

## :. به نام بی نام او .:

### مقدمه

درس آسیب‌شناسی روانی از مهمترین دروس برای دانشجویان روان‌شناسی است، چراکه از یک دانشجوی روان‌شناسی به ویژه در مقطع کارشناسی ارشد و گرایش روان‌شناسی بالینی انتظار می‌رود با انواع اختلالات روانی آشنا بوده و بتواند اختلالات را از یکدیگر تمییز دهد. به همین جهت این درس همیشه یکی از درس‌های حاضر در آزمون‌های کارشناسی ارشد و دکتری وزارت علوم و وزارت بهداشت است. گستردگی این درس و شباهت زیاد نشانه‌های برخی از اختلال‌های روانی به یکدیگر، این درس را به یکی از دروس دشوار تبدیل کرده است. در حالی که بسیاری از داوطلبان کنکور وزارت بهداشت همچنان صرفاً به مطالعه کتب مرجع برای شرکت در این آزمون اعتماد می‌کنند، برخی از داوطلبان این کنکور در کنکورهای اخیر توانستند صرفاً با تکیه بر مجموعه حاضر که حجی به مراتب کمتر از کتب مرجع دارد، در مدت کوتاهی به ۸۰ درصد از مطالب اصلی مسلط شوند و به غالب سوالات کنکور پاسخ دهند (به گزارش های سایت مراجعه نمایید). مجموعه آسیب‌شناسی روانی ویژه وزارت بهداشت کیهان (شامل خلاصه کاپلان + اختلالات کودکی)، حالا برای کنکور پیش‌رو با تغییرات چشمگیری روبرو شده تا کار مطالعه این مجموعه برای داوطلبان ساده‌تر شود.

### تغییرات آخرین ویرایش

در آخرین ویرایش این جزوه، سوالات کنکورهای اخیر با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با کنکورها در متن صورت گرفته است. همچنین برای جلوگیری از افزایش زیاد قیمت جزوات، سعی کردیم بدون کاهش کیفیت جزوات، متون را کم حجم کنیم و از تعداد صفحات خالی جزوه بکاهیم. در نهایت این جزوه پرحجم را در دو جلد جا دادیم.

### 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 جزوه رشد کیهان به تنهایی به ۸۵ درصد از سوالات آخرین کنکور ارشد وزارت بهداشت پاسخ داده است. در حالی که درصد رتبه‌های تک رقی در این درس در کنکور به طور میانگین چیزی حدود ۶۵ درصد بوده است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.
۲. این مجموعه توسط رتبه‌های برتر روانشناسی از جمله خانم‌ها کمار و بی طرفان تهیه و ویرایش شده است.
۳. این مجموعه، در سال‌های گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه‌های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور و خانم نیلوفر پور ابراهیم رتبه ۱۱. می‌توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.
۴. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته و برای کنکور ارشد 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

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، شهیدبهبشتی، 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 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 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 برنامه‌ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده‌اند. به طور مثال در سال 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 حاذقی 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 اختصاصی اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه‌ریزی 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 مشاوران ارشد کیهان (آقایان فلاح و نیک منش) برگزار می‌شود.
- امکان 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 نگاه رتبه‌های 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 برنامه‌ریزی کنید. یک برنامه‌ریزی 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 تأثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.
۴. **ابزارهای کل‌آمد:** 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 ۶-۷ 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 نیروی 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.

## فهرست

صفحه	عنوان
۲.....	فصل سیزدهم: اختلال نشانه بدنی و اختلالات مرتبط
۱۹.....	فصل پانزدهم: اختلالات تغذیه و خوردن
۲۹.....	فصل پانزدهم: اختلالات دفع
۳۰.....	فصل شانزدهم: اختلالات خواب
۳۸.....	فصل هجدهم: کژکاری‌های جنسی
۴۵.....	فصل نوزدهم: ملال (نارضایتی) جنسیتی
۴۹.....	فصل نوزدهم: اختلالات کنترل تکانه
۵۶.....	فصل بیستم: اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور
۹۳.....	فصل بیست و یکم: اختلالات عصبیشناختی
۱۱۰.....	فصل بیست و دوم: اختلالات شخصیت
۱۳۸.....	فصل بیست و چهارم: مهمترین تغییرات از DSM-IV تا DSM-5
۱۴۵.....	سوالات روانشناسی بالینی و آسیب شناسی ۱۴۰۰.....
۱۴۷.....	پاسخ نامه تشریحی سوالات روانشناسی بالینی و آسیب شناسی ۱۴۰۰.....
۱۴۹.....	منابع.....
۱۵۰.....	مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط.....

## فصل سیزدهم: اختلال نشانه بدنی و اختلالات مرتبط

نشانه بدنی و اختلالات مرتبط دیگر با نشانه‌های جسمانی برجسته، طبقه جدیدی را در DSM-5 تشکیل می‌دهد که نشانه بدنی و اختلالات مرتبط نامیده می‌شود. این فصل، تشخیص‌های اختلال نشانه بدنی، اختلال اضطراب بیماری، اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی)، عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند، اختلال ساختگی، نشانه جسمانی و اختلال مرتبط مشخص دیگر، و نشانه جسمانی و اختلال مرتبط نامشخص را دربرمی‌گیرد. تمام اختلالات در این فصل ویژگی مشترکی دارند: برجستگی نشانه‌های جسمانی مرتبط با ناراحتی و اختلال قابل ملاحظه. افراد مبتلا به اختلالاتی که با نشانه‌های جسمانی برجسته همراه هستند، معمولاً 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 بدین منظور که افراد بیشتر علائم اختلالات جسمی را تقلید میکنند تا امراض روانی. این طیف از بیماران علائم را به شکل ناخودآگاه تقلید میکنند.

تشخیص عمده در این طبقه تشخیصی، اختلال نشانه جسمانی، به جای فقدان توجه پزشکی برای نشانه‌های جسمانی، بر تشخیصی تأکید دارد که براساس نشانه‌ها و علائم مثبت (نشانه‌های جسمانی ناراحت‌کننده به علاوه افکار، احساسات و رفتارهای نابهنجار در پاسخ به این نشانه‌ها) صورت می‌گیرد. ویژگی برجسته خیلی از افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی، فقط نشانه‌های جسمانی نیست، بلکه شیوه‌ای است که آنها را نشان می‌دهند و تعبیر می‌کنند. وارد کردن مولفه‌های عاطفی، شناختی، و رفتاری در ملاک‌های اختلال نشانه جسمانی، انعکاس جامع‌تر و دقیق‌تری را از تصویر بالینی واقعی فراهم می‌آورد که با ارزیابی فقط شکایت‌های جسمانی نمی‌توان به آن دست یافت.

اصولی که در پس این تغییرات در نشانه جسمانی و اختلالات مربوط DSM-IV قرار دارند، برای درک کردن تشخیص‌های DSM-5 حیاتی هستند. اصطلاح اختلال جسمانی شکل DSM-IV گیج‌کننده بود و نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط جایگزین آن شد. در DSM-IV مقدار زیادی همپوشی بین اختلالات جسمانی شکل و روشن نبودن مرز تشخیص‌ها وجود داشت. گرچه افراد مبتلا به این اختلالات عمدتاً در محیط‌های پزشکی و نه بهداشت روانی حضور می‌یابند، برای پزشکان غیرروانپزشک، درک کردن و استفاده از تشخیص‌های جسمانی شکل DSM-IV دشوار بود. طبقه‌بندی کنونی DSM-5، با کاهش دادن تعداد کل اختلالات و طبقات فرعی آنها، این همپوشی را تأیید می‌کند. فریاد نخستین نظریه پردازان بود که مفاهیم روان و تن را کنار هم قرار داد. ابراهام تأثیر تکانه‌های پیش تناسلی رو پیشنهاد داد ساندور فرنسی واکنش‌های تبدیلی اعضای بدن که تحت کنترل دستگاه عصبی خودمختار هستند را مطرح کرد. همچنین گئورگ رودک پیوند معنی نمادین با تب و خونریزی را پیشنهاد نمود.

در گذشته علائم جسمانی سازی به ویژه اختلالات تبدیلی از سری اختلالات خستگی مزمن و سایر امراض قابل افتراق دقیق نبود به سه دلیل ذیل این مشکل امروزه تا حد زیادی مرتفع شده است: ۱. بهبود فنون تشخیصی طبی رد کردن علل عضوی را برای بیماری نورولوژیک اسانتر کرده است. ۲. پارادایم دستگاه عصبی مرکزی کمرنگتر شده است. ۳. نقش‌های اجتماعی تغییر کرده است.

ملاک‌های قبلی، بر اهمیت نشانه‌هایی که از لحاظ پزشکی توجیه نمی‌شدند تأکید زیادی داشتند در ارزیابی این چنین اختلالاتی لازم است به بررسی تجربه و آگاهی درمانجو از بیماری بپردازیم. این گونه نشانه‌ها با درجات مختلف وجود دارند، مخصوصاً در اختلال تبدیلی، اما اختلالات نشانه جسمانی می‌توانند با اختلالات جسمانی تشخیص داده شده نیز همراه باشند. هم‌ابتلایی رونپزشکی در بیماران دچار بیماری طبی بسیار شایع است. این هم‌ابتلایی یک عامل منفی در بروز و تشدید بیماری طبی است به عنوان نمونه اختلالات افسردگی و اضطرابی ناتوانی مرتبط با سکنه مغزی را تشدید میکنند و بیماران بستری دچار دلیریوم فرجام بعد از جراحی بدتری دارند و مقایسه عملکرد ضعیفتری نسبت به سایرین.

اختلالات روانپزشکی با عدم پایداری به درمان ضدتروویروس مرتبط اند و تأثیر نامطلوبی بر بقای بیماران الوده به ویروس اچ ای وی دارند. اعتبار تعیین کردن این موضوع که نشانه جسمانی از لحاظ پزشکی توجیه نمی‌شود، محدود است، و قرار دادن تشخیص بر مبنای فقدان توجیه، مشکل‌آفرین است و دوگانه‌نگری ذهن - بدن را تقویت می‌کند. درست نیست صرفاً به این دلیل که نمی‌توان علت جسمانی را ثابت کرد، تشخیص اختلال روانی برای فرد تعیین شود. علاوه بر این، وجود تشخیص جسمانی، احتمال اختلال روانی همزمان، از جمله نشانه جسمانی و اختلال مربوط را منتفی نمی‌سازد.

شاید به دلیل تمرکز بر فقدان توجیه جسمانی، افراد این تشخیص‌ها را تحقیرآمیز و موهن بدانند که اشاره دارند نشانه‌های جسمانی آنها «واقعی» نیستند. طبقه‌بندی جدید، تشخیص اصلی، یعنی اختلال نشانه جسمانی را براساس نشانه‌های مثبت تعیین می‌کند (نشانه‌های جسمانی ناراحت‌کننده به علاوه افکار، احساسات، و رفتارهای نابهنجار در پاسخ به این نشانه‌ها). با این حال، نشانه‌هایی از لحاظ جسمانی توجیه نمی‌شوند، به صورت ویژگی اصلی در اختلال تبدیلی و حاملگی کاذب (نشانه جسمانی و اختلال مربوط مشخص دیگر) باقی می‌ماند، زیرا در این گونه اختلالات، تعیین کردن قطعی این موضوع که نشانه‌ها با پاتوفیزیولوژی جسمانی هماهنگ نیستند، امکان‌پذیر است. روان‌درمانی در طب روان تنی نقش بسیار مهمی را بازی میکند و ممکن است ساختار و فرجام آن در مقایسه با روان‌درمانی در بهداشت روان متفاوت باشد. در بررسی افراد دچار امراض روان تنی بررسی داروهای مصرفی و تداخلات دارویی اهمیت دارد و از آنجاییکه اکثر داروهای روانگردان در کبد سوخت و ساز میشوند آگاهی از سلامت کبد اهمیت دارد.

اشاره به این موضوع اهمیت دارد که برخی از اختلالات روانی دیگر ممکن است در آغاز عمدتاً با نشانه‌های جسمانی آشکار شوند (مثل اختلال افسردگی اساسی، اختلال وحشتزدگی). چنین تشخیص‌هایی ممکن است نشانه‌های جسمانی را توجیه کنند، یا امکان دارد همراه با یکی از نشانه‌های جسمانی و اختلالات مرتبط در این فصل روی دهند. اختلالات جسمانی، همزمانی قابل ملاحظه‌ای در افراد جسمانی‌ساز دارند. گرچه نشانه‌های جسمانی غالباً با ناراحتی روانی و آسیب روانی ارتباط دارند، ولی برخی از نشانه‌های جسمانی و اختلالات مربوط می‌توانند خود به خود ایجاد شوند و علت‌های آنها مبهم بمانند. اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی ممکن است با نشانه جسمانی و اختلالات مربوط همراه باشند. مولفه جسمانی، شدت و پیچیدگی را به اختلالات افسردگی و اضطرابی اضافه می‌کند و به شدت بیشتر، اختلال کارکردی و حتی علاج‌ناپذیری در درمان‌های مرسوم منجر می‌شود. در موارد نادر، میزان اشتغال ذهنی ممکن است به قدری شدید باشد که در نظر گرفتن تشخیص اختلال هذیانی را موجه سازد.

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 آبروریزس می‌دانند. تفاوت‌ها در مراقبت جسمانی بین فرهنگ‌ها، بر جلوه بالینی، تأیید و مدیریت این جلوه‌های جسمانی تأثیر می‌گذارند.

تفاوت‌ها در جلوه بالینی نشانه احتمالاً حاصل تعامل عوامل متعدد در محدوده زمینه‌های فرهنگی است که بر این موضوع که چگونه افراد 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 عمدتاً 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، تقریباً 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 خودبیمارانگاری، اضطراب زیاد 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 بر محیط‌های پزشکی دیده می‌شود، به منظور سودمندی، همراه با نشانه جسمانی و اختلالات مربوط ثبت شده است. در اضطراب بیماری شخص اضطراب و دلمشغولی بیمار شدن را دارد درحالی‌که در اختلال علائم جسمی شخص دلمشغولی به بیماری بودن را دارد. در اضطراب بیماری علائم معدودتری نسبت به خودبیمارانگاری دارند.

در **اختلال تبدیلی**، ویژگی اصلی، نشانه‌هایی عصبی اندی به صورت حاد شروع میشود و گذارست و اغلب شامل یک علامت است نه یک بیماری خاص. که بعد از ارزیابی عصبی مناسب، معلوم می‌شوند و 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 دادن خطر رنج کشیدن، مرگ، یا معلولیت، بر بیماری جسمانی تأثیر ناگوار می‌گذارد.

**اختلال ساختگی**، مانند نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط دیگر، مشکلات مداوم مرتبط با برداشت از بیماری و شناسایی آن را دربردارد. در اکثر موارد گزارش 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، اختلال ساختگی DSM-5 در نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط منظور شده است.

**نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط مشخص دیگر و نشانه جسمانی و اختلال مربوط نامشخص**، اختلالاتی را شامل می‌شوند که برای برخی، اما نه همه آنها، ملاک‌های اختلال نشانه جسمانی یا اختلال اضطراب بیماری، به علاوه حاملگی کاذب برآورده می‌شوند.

تشخیص در DSM-IV-TR	تشخیص در DSM-5
جسمانی کردن	اختلال نشانه جسمانی
اختلال درد	
خودبیمارانگاری	اختلال اضطراب بیماری
اختلال تبدیلی	اختلال تبدیلی
اختلال بدشکلی	انتقال به بخش وسواس فکری- عملی

\* اختلال‌های جسمانی کردن، اختلال درد و خودبیمارانگاری (هیپوکندریازیس) که در DSM-IV-TR مستقل بودند با هم ترکیب شده و اختلال نشانه جسمانی 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.

### اختلال نشانه بدنی (Somatic symptom disorder) - خودبیمارانگاری

#### ملاک‌های تشخیصی

A. یک یا تعداد بیشتری نشانه بدنی که ناراحت‌کننده هستند یا به اختلال قابل ملاحظه 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 بی تناسب 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 هریک از نشانه‌های بدنی ممکن است همواره وجود نداشته باشد، اما حالت بیمار بودن مداوم است (معمولاً بیش از ۶ ماه).

#### انواع فرعی:

- همراه با درد چشمگیر (قبلاً اختلال درد نامیده می‌شد): این شاخص برای افرادی است که نشانه‌های بدنی آنها عمدتاً درد را شامل می‌شوند.
- این اختلال می‌تواند خفیف (همراه با یکی از علائم b)، متوسط (وجود دو یا چند علائم ملاک b)، شدید (وجود دو یا چند علائم ملاک b همراه با شکایات متعدد جسمی) باشد.

#### ویژگی‌های تشخیصی

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

این افراد اشتغال ذهنی یا ترس از بیمار شدن با اعتقاد راسخ به بیمار بودن دارند به طوری که حتی با رد طبی وجود بیماری نیز همچنان باور دارند بیمار هستند و پزشک قادر به تشخیص نبوده است این علائم و دلمشغولی‌ها حداقل به مدت ۶ ماه باید طول بکشد. بخشی از بیماران دچار خودبیمارانگاری بینش ضعیفی در مورد وجود اختلال دارند و چون این اختلال بیشتر شکایت‌های شکمی را شامل می‌شود اصطلاحاً به آن هیپوکندری نیز می‌گویند.

تهوع و استفراغ (خارج از دوران حاملگی)، اشکال در بلع، احساس درد در دست و پا، کوتاهی تنفس بدون ارتباط با فعالیت، فراموشی و عوارض حاملگی و قاعدگی از جمله شایعترین علائم این اختلال هستند. اضطراب و افسردگی شایعترین حالات روانپزشکی در این بیماران جسمانی ساز است. تهدید به خودکشی شایع است ولی اقدام به خودکشی نادر است. در این اختلال، نشانه‌ها عمدتاً ایجاد نمی‌شوند.

توماس سیدنهام، عوامل روانشناختی را مسئول این اختلال می‌دانست. پل بریکه به تعدد نشانه‌ها و دستگاه‌های مبتلا توجه نمود و به سیر معمولاً مزمن اختلال اشاره کرد. بریکه این اختلال را سندرم بریکه نامید. (البته نام اولیه اختلال جسمانی ساز، هیستری بود).

#### همه گیر شناسی

مردان و زنان به نسبت یکسان مبتلا میشوند. اگرچه از هرسنی علائم ممکن است آغاز شود ولی در جوانان و افراد بین ۲۰ و ۳۰ سال بیشتر است. این تشخیص در سیاهپوستان بیشتر از سفیدپوستان است ولی بنظر نمی‌رسد موقعیت اجتماعی، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل تأثیری بر تشخیص داشته باشد.

#### سیر و پیش آگهی

در بین سایر اختلالات نشانه بدنی، اختلال جسمانی سازی بیشترین ثبات را در طول سالهای متمادی دارد. وجه افتراق اختلال جسمانی سازی از سایر اختلالات شبه جسمی، تعداد شکایات و دستگاه‌های متعدد (مثلاً دستگاه گوارش و اعصاب) درگیر در این اختلال است.

این اختلال پیش از سن ۳۰ سالگی و اغلب در خلال سنین نوجوانی شروع می‌شود. معمولاً صفات شخصیتی یا اختلالات شخصیت همراه با این اختلال عبارتند از: دوری‌گزین، پارانویایی، خودشکن و دارای ویژگی‌های وسواسی- جبری.



### سبب شناسی

علت اختلال جسمانی سازی معلوم نیست. بیماران مبتلا به این اختلال، نقایص شناختی و توجهی مشخصی دارند که سبب درک اشتباه و ارزیابی نادرست درون‌دادهای جسمی - حسی می‌شود. در تعداد محدودی از مطالعات تصویر برداری مغزی، کاهش متابولیسم در لوب‌های پیشانی و در نیمکره مغلوب مشاهده شده است. تنظیم نابهنجار دستگاه سینتوکین (مولکول‌های پیام‌رسان دستگاه ایمنی) احتمال دارد سبب برخی از نشانه‌های اختلالات شبه جسمی شود. این افراد علائم جسمی خود را تقویت و تشدید میکنند آنها استانه پایتتر و تحمل کمتری نسبت به علائم جسمی دارند.

فرمول‌بندی‌های روانی - اجتماعی این اختلال شامل تعبیر علائم به عنوان شکلی از ارتباط اجتماعی است که نتیجه آن اجتناب از تعهدات (برای مثال: اشتغال به کاری که فرد به آن علاقه‌ای ندارد)، ابراز هیجان (برای مثال: خشم نسبت به همسر) یا نمادین سازی یک احساس یا اعتقاد (برای مثال: احساس درد در روده‌ها) است. تعبیر محدود روانکاوی متکی بر این فرضیه است که علائم بیماری جایگزینی برای تکانه‌های غریزی سرکوب شده است. بدین معنی که امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران از طریق واپس زنی و جابه‌جایی به شکایات جسمی تبدیل شده است. اختلال علائم جسمی همچنین به عنوان دفاعی در مقابل احساس گناه، احساس شرارت درونی و ابراز عزت نفس پایین و علامتی از توجه مفرط به خود تلقی شود.

دیدگاه رفتاری اختلال جسمانی تاکید می‌کند که آموزش والدین، سرمشق والدین و اداب و رسوم قومی - اخلاقی ممکن است به برخی از کودکان بیاموزد که بیش از سایرین اقدام به جسمانی سازی کنند. به علاوه برخی از مبتلایان به این اختلال، در خانواده‌های بی‌ثبات پرورش یافته‌اند و مورد سوءاستفاده جسمانی قرار گرفته‌اند. در این گونه خانواده‌ها بستگان درجه اول مذکر مستعد سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند. در بستگان مذکر زنان دچار اختلال جسمانی سازی احتمال بروز اختلال شخصیت، جسمانی سازی و اختلالات مصرف مواد بیش از سایر افراد است. ابتلای والد تنی یا ناتنی به یکی از این سه اختلال سبب افزایش خطر بروز اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال مرتبط با مواد یا اختلال جسمانی سازی می‌شود. بیشترین همبودی با علائم جسمی، افسردگی و اضطراب است.

### تشخیص

ملاک‌های دی اس ام ۵ ایجاب میکند که بیمار اعتقاد غلط مبنی بر ابتلا به یک بیماری جدی را داشته باشد و این باور غلط بر پایه سوتعبیر نشانه‌ها یا احساس‌های جسمانی مبتنی است این باور اشتباه بادی حداقل ۶ ماه طول بکشد و شدت باور اشتباه به اندازه‌هایی نباشد این اشخاص اگرچه با وجود نتایج منفی آزمایش‌ها مبنی بر وجود بیماری طبی بازهم معتقداند که بیمار هستند ولی شدت و ثبات باور به اندازه‌هایی نیست. همچنین محدود به ناراحتی در مورد ظاهر شخص نباشد در این صورت تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بهتر است. بیمار در تمام موارد افراطی بودن نگرانی‌هایش را تشخیص نمیدهد. این اختلال ممکن است متعاقب استرس‌های عمده و اغلب به دنبال مرگ یا بیماری شدید شخصی مهم در زندگی فرد یا حوادث هولناک بروز پیدا کند. اگر علائم کمتر از ۶ ماه دوام داشتند باید تحت عنوان سایر اختلالات علائم جسمی معین طبقه‌بندی شود. واکنش‌های جسمی گذار نسبت به استرس خارجی عموماً با برطرف شدن استرس مزبور از بین می‌روند.

### تشخیص افتراقی

سه ویژگی که وجود آنها بیشتر به نفع اختلال جسمانی سازی است تا یک اختلال طبی عبارتند از: (۱) درگیری چندین دستگاه عضوی، (۲) شروع زودرس و سیر مزمن بدون بروز نشانه‌های جسمی یا ناهنجاری‌های ساختمانی، (۳) فقدان ناهنجاری‌های آزمایشگاهی مشخصه بیماری‌های طبی. تفکیک علائم اختلال جسمانی سازی از اختلالات روان‌پریشانه راحت‌تر از افتراق علائم خود بیمار انگاری از این اختلالات است، زیرا در خود بیمار انگاری ترس از بیماری ممکن است به ابعاد هذیانی برسد.

افتراق با اضطراب بیماری:

در اضطراب بیماری ترس از بیماری وجود دارد ولی در علائم جسمی تأکیدی بر نگرانی از علائم است. بیماران دچار اضطراب بیماری نسبت به خودبیمارانگاریها علائم محدودتری دارند.

افتراق با تبدیلی:

علائم تبدیلی حاد و گذراست و اغلب شامل یک علامت است نه بیماری.

نکته! وجود یا عدم وجود بی تفاوتی زیبا ویژگی قابل افتراقی برای این دو اختلال نیست.

افتراق با بدریخت‌انگاری:

افراد دچار بدریخت‌انگاری ارزش دارند طبیعی به نظر برسند و معتقدند دیگران متوجه ناهنجاری آنها هستند منتها خودبیمارانگاریها در پی جلب توجه دیگران هستند. علائم اختلال علائم جسمی ممکن است در افسردگی و اختلالات اضطرابی (به ویژه پانیک) دیده شود.

نکته! وجه متمایز علائم جسمی با اختلال ساختگی این است که در تمارض علائم وجود ندارند و تقلید میشوند ولی در علائم جسمی علائمی که گزارش میشود واقعا وجود دارد و ادا نیست.

### سیر و پیش‌آگهی

این بیماری دوره ایست و ممکن دوره آن ماه‌ها و سالها طول بکشد. حدود یک سوم آنها در نهایت بهبود میابند. پیش‌آگهی‌های خوب شامل: وضعیت اقتصادی اجتماعی خوب، وجود افسردگی با اضطراب حساس به درمان، شروع ناگهانی علائم، فقدان اختلالات شخصیت و بیماری طبی غیرروانی. نکته! اکثر کودکان دچار علائم جسمی تا اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی بهبود میابند.

### درمان

درمان بیماران مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی وقتی بهتر انجام می‌شود که یک پزشک مشخص مسئول مراقبت‌های اولیه بیمار باشد. وقتی اختلال جسمانی‌سازی به همراه اختلال خلقی یا اضطرابی دیده می‌شود، تجویز داروهای روانگردان نوعی خطر کردن است. به درمان روانپزشکی مقاوم هستند. درمان بینش‌گرا، رفتاری، شناختی، هیپنوتیزم مفید است. همچنین گروه درمانی به علت کاهش اضطراب آنها نیز مفید است.

### سایر

سایر اختلالات علائم جسمی نامعین نیز باید ۶ ماه طول بکشد. و نوع معین یا نامعین دارای دوالگویی مربوط به دستگاه عصبی خودکار یا علائم مربوط به احساس خستگی و ضعف دارد این الگوی دوم باید با اختلال خستگی مزمن افتراق داده شود.

### اختلال درد

برخی بیماران ممکن است به دلیل ناهنجاری‌های ساختاری یا شیمیایی لیمبیک و حسی که آنها را مستعد ادراک درد می‌کند، به جای ابتلا به هر نوع اختلال روانی دچار اختلال درد شوند. DSM مشخص می‌کند که اختلال درد در وهله اول باید با عوامل روان‌شناختی مربوط باشد و یا تواما با عوامل روان‌شناختی و یک بیماری طبی عمومی همراه باشد. این عارضه طبی یا محل درد روی محور III کد بندی می‌شود. دردمزمن بیشتر با اختلالات افسردگی و دردحاد بیشتر با اختلالات اضطرابی همراهی دارد. اختلالات افسردگی، وابستگی به الکل و درد مزمن در بستگان افراد مبتلا به اختلال درد مزمن شیوع بیشتری دارد. افسردگی در اختلال درد به شکل‌های اساسی، دیس‌تایمی یا فقط علائم وجود دارد و به گفته بعضی‌ها شکلی از اختلال افسردگی است، شکل نقابدار یا جسمانی شده افسردگی. بارزترین علائم افسردگی در بیماران دچار اختلال درد عبارتند از: فقدان انرژی، عدم احساس لذت، کاهش میل جنسی، بی‌خوابی و تحریک‌پذیری. تابلوی بالینی آنها ممکن است در اثر اختلالات وابسته به مواد پیچیده شود زیرا این بیماران سعی دارند با استفاده از الکل و مواد دیگر دردشان را تسکین بخشند.

### همه‌گیر شناسی

اختلال درد اختلال شایعی به نظر می‌رسد. شیوع شش ماهه آن ۵ درصد، و شیوع در طول عمر آن ۱۲ درصد است. در طبابت عمومی حدود ۳ درصد مراجعین درد مداوم دارند. اختلال درد در هر سنی می‌تواند شروع شود. نسبت جنسی ابتلا معلوم نیست.

### سیر و پیش‌آگهی

درد در اختلال درد معمولاً به طور ناگهانی شروع می‌شود و ظرف چند هفته یا چند ماه شدت آن افزایش می‌یابد. پیش‌آگهی آن متغیر است. اختلالات درد حاد نسبت به اختلالات درد مزمن پیش‌آگهی بهتری دارند.

### تشخیص افتراقی

بیماران خود بیمار انگار معمولاً نسبت به مبتلایان اختلال درد علائم بیشتری دارند و علائمشان نوسان بیشتری از آنان دارد. اختلال تبدیلی معمولاً دوره کوتاهی دارد، در حالی که اختلال درد مزمن است.

### سبب شناسی

عوامل روان پویشی: علت اختلال درد، می تواند ابراز یک تعارض درون روانی باشد. این بیماران با انتقال مشکلات به جسم، ممکن است احساس کنند که ادعایی مشروع برای برآوردن نیاز های وابستگی و محبت خود دارند. معنای نمادین اختلالات بدنی ممکن است همچنین با جبران گناه فرضی، کفاره گناه و یا پرخاشگری سرکوب شده (شرارت درونی) ارتباط داشته باشد. مکانیسم های دفاعی این بیماران عبارتند از: جابه جایی، جایگزینی و واپس زنی است. وقتی بیمار نقش شی محبوب دوسوگرای دردمندی مانند والدین را به خود می گیرد، همانند سازی نیز نقشی در پیدایش درد دارد. عوامل رفتاری: رفتار های درد با پاداش تقویت می شوند و با مجازات یا بی توجهی مهار می شوند. عوامل بین فردی: درد علاج ناپذیر در روابط بین فردی وسیله ای برای بازی دادن استادانه دیگران و کسب مزایای تلقی می شود. این نفع ثانوی برای بیماران مبتلا به درد، بیشترین اهمیت را دارد مانند تضمین فداکاری یا تثبیت یک ازدواج. عوامل زیستی: قشر مخ می تواند شلیک رشته های دردوران را مهار کند. سروتونین احتمالاً ناقل عصبی اصلی در راههای مهاری نزولی است و اندورفین ها نیز در تعدیل درد در دستگاه عصبی مرکزی نقش دارند.

### درمان

از آن جا که ممکن است تخفیف درد مقدور نباشد، رویکرد درمانی باید معطوف به توان بخشی باشد. در اختلال درد، داروهای ضد افسردگی مانند سه حلقه ای ها و SSRI ها موثرترین عوامل دارویی به شمار می روند. موفقیت SSRI ها به نفع این فرضیه است که سروتونین در پاتوفیزیولوژی این اختلال موثر است. امفتامین ها هم ممکنه موثر واقع شوند. در بیماران مبتلا به اختلال درد، روان درمانی روان پویشی مفید است.

### 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 دچار شدن به بیماری جسمانی وجود داشته باشد (مثلاً 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 (مثلاً بارها بدن خود را برای یافتن علائم بیماری واری می‌کند) یا اجتناب ناسازگارانه بروز می‌دهد (مثلاً 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 مراقبت جویی: 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 نگرانی‌های فرد را توجیه کند، مشخص نماید. در حالی که این نگرانی ممکن است از علامت یا احساس جسمانی غیربیمارگون حاصل شده باشد، ناراحتی فرد عمدتاً از خود شکایت جسمانی ناشی نمی‌شود، بلکه از اضطراب او در مورد معنی، اهمیت، یا علت این شکایت سرچشمه می‌گیرد (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 موقت)، یا ناراحتی جسمانی است که عموماً 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 بیمار انگاری که قبلاً 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، مثلاً 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 مکرراً معاینه می‌کنند (مثل معاینه‌ی گلو در آینه) (ملاک D) آنها به افراط درباره‌ی بیماری مورد ظن خود تحقیق می‌کنند (مثلاً در اینترنت) و مکرراً در جستجوی اطمینان‌بخشی از سوی خانواده، دوستان یا پزشکان هستند. این سروکله زدن دائمی اغلب سبب کلافگی دیگران و ایجاد تنش درون خانواده می‌شود. 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.

علائم خود بیمار انگاری، بازتاب سوء‌تعبیر علائم بدنی است. افراد مبتلا به این بیماری، احساس‌های جسمی خود را تشدید و تقویت می‌کنند. آنها استانه پایین تر و تحمل کمتری نسبت به ناراحتی جسمانی دارند. اعتقاد فرد به بیمار بودن به حد هذیان نمی‌رسد و یا در مورد نگرانی فرد از ظاهر جسمانی نیست. این اختلال شکل دیگری از سایر اختلالات روانی است و بیش از همه با اختلالات افسردگی و اضطراب ارتباط دارد. بیماری افسردگی اساسی، بیش از سایر بیماری‌ها با اختلال بد ریخت انگاری بدن دیده می‌شود، بعد اختلال اضطرابی و بعد اختلال روان پریشانه است. بیش از ۹۰ درصد بیماران دچار اختلال بد ریخت انگاری بدن دوره ای از افسردگی اساسی را در طول زندگی‌شان تجربه کرده‌اند. متعاقب فشار روانی، از دست دادن فردی مهم، یا بیماری شدیدی که فرد از آن بهبود یافته، ممکن است خود بیمار انگاری گذرا دیده شود که تحت عنوان اختلالات شبه جسمی (NOS) طبقه بندی می‌شود.

### همه گیر شناسی

افراد سالمند بیشتر از جوانان درگیر میشوند. تا به حال یافته ای مبنی بر اینکه این اختلال در نژاد، موقعیت اجتماعی، سطح تحصیلت یا وضعیت تاهل شایعتر باشد یا نباشد وجود ندارد.

### سیر و پیش آگهی

سیر خودبیمارانگاری معمولاً به صورت دوره ای است. عوامل مرتبط با پیش‌آگهی خوب عبارتند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی خوب، وجود افسردگی یا اضطراب حساس به درمان، شروع ناگهانی علائم، فقدان اختلال شخصیت و فقدان عارضه ی طبی غیر روانی همراه.

### تشخیص افتراقی

اغلب این بیماران به عنوان شکایت کنندگان مزمن نادیده گرفته میشوند و معاینات طبی دقیق در موردشان انجام نمیشود. افتراق از علائم جسمی:

علائم جسمی تأکید بر نگرانی از علائم متعدد است درحالیکه در اضطراب بیماری تعداد علائم کمتر است. اختلال علائم جسمی معمولاً قبل از ۳۰ سالگی شروع میشود در حالیکه در اضطراب بیماری سن شروع آن کمتر مشخص است.

افتراق از تبدیلی: علائم در تبدیلی حاد و گذرا هستند.

افتراق از اختلال درد: اختلال درد همچون خودبیمارانگاری مزمن استولی علائم آن مربوط به شکایات درد است.

نکته! ترس از بیماری در افراد افسرده و طیف اضطرابی هم ممکن است دیده شود.

نکته! اگر بیمار ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب بیماری و یک اختلال روانی عمده دیگر نظیر افسردگی را داشته باشد باید هر دو تشخیص گذاشته شود.

وجه تمایز اختلال اضطراب بیماری از اختلال وسواسی-جبری واحد بودن باور آنها و فقدان رفتارهای جبری است. اما ترس اغلب ماهیت وسواس گونه دارد.

### سبب شناسی

طبق مدل یادگیری اجتماعی: علائم خودبیمارانگاری در واقع درخواستی برای پذیرش نقش بیمار از جانب کسی تلقی می‌شود که خود را با مسائل ظاهراً لاینحل و غلبه ناپذیر مواجه می‌بیند.

طبق مکتب روانپوشی: امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران (از طریق واپس زنی و جابه‌جایی) به شکایات جسمی تبدیل می‌شوند. این بیماران در زمان حال خشم خود را به این صورت بیان می‌کنند که ابتدا درصدد جلب توجه و کمک دیگران بر می‌آیند و بعد کمک آنها را به علت بی‌اثر بودن رد می‌کنند. 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 دادن [ابطال (نوعی مکانیسم دفاعی)] می‌شود.

### سیر و پیش‌آگهی

سیر و پیش‌آگهی آن همچون علائم جسمی است.

### درمان

این طیف هم در برابر درمان روانپزشکی مقاوم هستند. گروه درمانی متشکل از افراد همگن هم برای آنها مفید است. تسکین پایدار فقط میتواند بر اثر برنامه رواندرمانی موثری حاصل شود که بریا بیمار قابل پذیرش باشد و در آن بیمار بخواهد و بتواند مشارکت کند. دارودرمانی فقط وقتی علائم خود بیمار انگاری را تخفیف می‌دهد که بیمار یک اختلال زمینه‌ای حساس به دارو مانند اختلال اضطرابی یا افسردگی اساسی داشته باشد.

### اختلال تبدیلی (اختلال نشانه‌ی عصبی کارکردی)

#### ملاک‌های تشخیصی

- A. وجود یک یا تعداد بیشتری نشانه مربوط به تغییر در حرکت ارادی یا کارکرد حسی.
- B. یافته‌های بالینی شواهدی را از ناسازگاری بین نشانه‌ها و بیماری‌های عصبی یا طبی تشخیص داده شده، تأمین می‌کنند.
- C. نشانه یا نقص با اختلال جسمانی یا روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.
- D. نشانه یا نقص، ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند یا ارزیابی جسمانی را موجه می‌سازد.

#### انواع فرعی:

- همراه با عامل استرس‌زای روان‌شناختی
- بدون عامل استرس‌زای روان‌شناختی

#### ویژگی‌های تشخیصی

شماری از متخصصان بالینی برای توصیف کردن نشانه‌های اختلال تبدیلی از اسامی دیگر «کارکردی» (که به عملکرد نابهنجار دستگاه عصبی مرکزی اشاره دارد) یا «روان‌زاد» (که به سبب‌شناسی فرض شده اشاره دارد) استفاده می‌کنند. در اختلال تبدیلی، ممکن است یک یا تعداد بیشتری نشانه از نوع متفاوت وجود داشته باشد. نشانه‌های حرکتی عبارتند از ضعف یا فلج؛ حرکات نابهنجار مانند لرزش یا حرکات پیچشی؛ نابهنجاری‌هایی در شیوه راه رفتن؛ و وضع دست و پای نابهنجار. نشانه‌های حسی، تغییر، کاهش، یا فقدان حس پوستی، دیداری، یا شنوایی را شامل می‌شوند.

\* ملاک DSM-IV-TR تأکید داشت که نشانه‌ها باید در ارتباط با تعارض یا استرس باشند و عامدانه ایجاد نشده باشند.

سندرمی که اینک اختلال تبدیلی نامیده می‌شود، در اصل با سندرمی توأم بود که امروزه اختلال جسمانی سازی نام دارد و در گذشته به مجموعه این دو سندرم هیستری، واکنش تبدیلی یا واکنش تجزیه‌ای اطلاق میشد.

فلج، کوری و موتیسم (گنگی) شایعترین علائم اختلال تبدیلی هستند. در کوری تبدیلی، بیمار بدون برخورد با اشیا دور و بر و یا آسیب رساندن به خود راه می‌رود، مردمک‌هایش نسبت به نور واکنش نشان می‌دهد و پتانسیل‌های فراخوانده قشر مخ وی طبیعی است. اصطلاح بی‌تفاوتی زیبا (La belle indifference) به نگرش جسورانه و نامتناسب بیمار نسبت به علائم جدی اطلاق می‌شود.

#### همه گیر شناسی

۵ تا ۱۵ درصد مشاوره‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی مربوط به اختلال تبدیلی است. میزان‌های گزارش شده اختلال تبدیلی در جمعیت عمومی متفاوت بوده و از ۱۱ درصد هزار تا ۳۰۰ درصد هزار نفر را شامل می‌شود. داده‌های محدودی وجود دارد مبنی بر اینکه خطر ابتلا به این اختلال در بستگان افراد مبتلا به اختلال تبدیلی افزایش می‌یابد. نسبت ابتلای زنان به مردان در بالغین حداقل ۲ به ۱ است که تا حد ۱۰ به ۱ نیز می‌رسد. در کودکان، دخترها حتی به نسبت

بیشتری مبتلا می‌شوند. در زنان علائم تبدیلی بیشتر در سمت چپ بدن مشاهده میشود. در مردان بین اختلال تبدیلی و اختلال شخصیت ضداجتماعی ارتباط وجود دارد.

### سیر و پیش‌آگهی و بیماری‌های همراه

اختلال تبدیلی در هر زمانی از زندگی، از کودکی گرفته تا زمان پیری، ممکن است شروع شود، ولی شروع این اختلال پیش از ۱۰ سالگی یا بعد از ۳۵ سالگی نادر است. علائم تبدیلی در کودکان زیر ۱۰ سال معمولاً محدود به مشکلات راه رفتن یا تشنج است. زنان دچار اختلال تبدیلی در آینده بیشتر از سایر زنان ممکن است دچار اختلال جسمانی سازی شوند. نوع نمایشی و نوع انفعالی - وابسته در اختلالات شخصیت همراه اختلال تبدیلی دیده می‌شوند. البته بیشتر نوع نمایشی است. نفع ثانویه بروز این اختلال عمدتاً روان شناختی است و منافع اجتماعی، مالی یا حقوقی در بین نیست. اختلال تبدیلی معمولاً به صورت حاد شروع می‌شود، اما افزایش تدریجی علائم نیز ممکن است دیده شود. هرچه علائم بیشتر طول بکشد، احتمال بهبودی خود به خود پایین می‌آید. عوامل مربوط به پیش‌آگهی خوب عبارتند از: شروع ناگهانی، عامل استرس زای مشخص، فاصله کوتاه بین شیوع علائم و آغاز درمان و هوش بالاتر از متوسط. فلج، افونی (خفگی صدا)، و کوری با پیش‌آگهی خوب و ترمور (لرزش) و تشنج با پیش‌آگهی نا مساعد همراهند. اختلالات طبی به ویژه اختلالات عصبی شیوع قابل توجهی در میان افراد دچار اختلال تبدیلی دارند. با این حال تبدیلی در کسانی که هیچگونه سابقه بیماری طبی، عصبی یا روانی ندارند نیز ممکن است رخ دهد. این اختلال در اسکیزوفرنی نیز گزارش شده است ولی بسیار ناشایع است.

### سبب شناسی

**زیستی:** در این اختلال متابولیسم نیمکره غالب کاهش و متابولیسم نیمکره غیر غالب افزایش می‌یابد. اختلال ارتباط بین دو نیمکره را در سبب شناسی اختلال تبدیلی مطرح کرده‌اند. علائم ممکن است در اثر انگیزش بیش از حد قشری ایجاد شوند که حلقه‌های پس‌خوراند منفی بین قشر مخ و تشکیلات شبکه‌ای ساقه مغز را قطع می‌کند. افزایش پرونداد کورتیکوفوگال به نوبه‌ی خود مانع از آگاهی بیمار از احساس‌های جسمی میشود که این امر نقایص حسی برخی بیماران را توجیه میکند.

**روانکاوی:** بر طبق نظریه روانکاوی، اختلال تبدیلی در اثر واپس زدن تعارض درون روانی ناخودآگاه و تبدیل اضطراب به یک علامت جسمی ایجاد می‌شود. از نظر روانکاوی علائم تبدیلی دو وظیفه دارند: (۱) محافظت از فرد در برابر تکانه ناخودآگاه (نفع اولیه)، (۲) ارضای نیاز به توجه و درمان. **هماندسازی:** بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی ممکن است به طور ناخودآگاه علائمشان را از افراد مهم زندگیشان الگو برداری کرده باشند. **نظریه شرطی سازی و دیدگاه یادگیری:** یک علامت تبدیلی را می‌توان قسمتی از یک رفتار آموخته شده از طریق شرطی سازی کلاسیک دانست. علائم بیماری، که در دوران کودکی آموخته شده‌اند، به عنوان ابزاری برای مدارا با وضعیتی به کار می‌روند که مدارا با آن با روش‌های دیگر امکان پذیر نیست.

### تشخیص افتراقی

یکی از مشکلات عمده در تشخیص اختلال تبدیلی، مشکل رد قطعی اختلال طبی است. علائم اختلال تبدیلی در اسکیزوفرنی، اختلالات افسردگی و اضطراب نیز دیده می‌شود. اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، و اختلالات جسمانی سازی، ارتباط و همراهی قابل توجهی با اختلال تبدیلی دارند. درد در اختلال تبدیلی جزء علائم تشخیصی نیست. تشخیص اختلال تبدیلی همچنین علائم درد و کژکاری جنسی و علائم مخصوص اختلال جسمانی سازی را مستثنی می‌سازد. از علائم با القا، هیپنوتیزم، امیتال یا لورازپام از بین بروند، احتمالاً علائم شبه عصبی در نتیجه اختلال تبدیلی بوده است. بیماران در نتیجه بیماری خود مزایا و منافع محسوسی بدست می‌آورند مثل معافیت از تعهدات و موقعیت‌های دشوار زندگی، اخذ حمایت، کنترل بر رفتار دیگران و دریافت کمکی که در غیر این صورت قابل وصول نبود. با اینحال، سابقه یک فرد متمادی اغلب نا هماهنگ تر و متناقض تر از سابقه بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی است. در افتراق با تشنج گازگرفتن زبان، بی‌اختیاری ادرار، آسیب دیدن پس از سقوط نیز ممکن در تبدیلی دیده شود هرچند احتمال آن اندک است. پس از تشنج کاذب رفلکس گاغ و مردمک باقی میمانند و غلظت پرولاکتین خون بالا نمیرود.

### سایر علائم همراه

نفع اولیه: بیماران با کنار زدن تعارض‌های درونی خود از حیطة آگاهی به نفع اولیه میرسند. علائم تبدیلی ارزش نمادین دارد. نفع ثانویه: بیمار نتیجه مزایا و منافع محسوسی مثل بیمه با فرار از کاری و... کسب کند. بی تفاوتی زیبا: یعنی نگرش جسورانه و نامتناسب بیمار نسبت به علائم جدی خود یعنی بیمار به نظر میرسند نسبت به علائم خود بی تفاوت است. وجود یا عدم وجود آن دلیلی بر تشخیص با رد تشخیص تبدیلی نیست.

همانند سازی: ممکن است بیمار ناخودآگاه علائم را از افراد مهم زندگی خود الگو برداری کرده باشد.

## درمان

علائم اختلال تبدیلی معمولاً خود به خود برطرف می‌شوند. مهمترین ویژگی درمان برقراری ارتباط درمانگری دلسوز و با اعتماد به نفس است. رویکرد های روان پویشی مشتملند بر روان‌درمانی حمایتی بیش‌گرا یا رفتاری که در آنها بیمار به جستجوی تعارضات درون روانی خود و نمادگری علائم اختلال تبدیلی می‌پردازد. اظهار نظر درمورد خیالی بودن علائم وضع را بدتر میکند.

## اختلالات خاص

والتر کانون، اولین مطالعه جامع و منظم را در زمینه ارتباط استرس با بیماری‌ها انجام داد. او معتقد بود پاسخ های دستگاه عصبی خود مختار برای فرار یا جنگ، برای انسان متمدن امروزی لازم نیستند و باعث بروز بیماری می‌شود.

هانس سلیه الگویی برای استرس ارائه داد که خودش آن را سندرم تطابق عمومی نامید. این سندرم مرکب از سه مرحله است: (۱) واکنش هشدار (۲) مرحله مقاومت، که طی آن تطابق به شکل مطلوبی حاصل می‌شود. (۳) مرحله فرسودگی؛ که طی آن ممکن است تطابق یا مقاومت کسب شده از دست برود. او استرس را واکنش غیر اختصاصی بدن به هر گونه خواسته و نیازی می‌دانست که به وسیله شرایط لذت بخش یا ناخوشایند ایجاد شده است

استرس زاها دستگاه‌های نورادرزئیک مغز (بارز تر از همه، در لکوس سروئوس) را فعال می‌کنند. عوامل استرس زا همچنین دستگاههای سروتونرژیک مغز را هم فعال می‌کنند. استرس، انتقال عصبی دوپامینرژیک را نیز در مسیرهای مزوپره فرونتال افزایش می‌دهد

در پاسخ به استرس CRF ← از هیپوتالاموس ترشح می‌شود ← بر هیپوفیز قدامی تأثیر می‌گذارد ← منجر به آزادسازی هورمون آدرنوکورتیکوتروپ (ACTH) می‌شود ← بر قشر فوق کلیه تأثیر می‌گذارد ← منجر به آزادسازی گلوکوکورتیکوئیدها می‌شود.

اثرات کوتاه مدت گلوکوکورتیکوئیدها: پیشبرد مصرف انرژی، افزایش فعالیت قلبی-عروقی (که به پاسخ ستیز یا گریز کمک می‌کند)، و مهار عملکردهایی نظیر رشد، تولید مثل، و ایمنی

CRF می‌تواند به تنهایی و از طریق گیرنده های CRF در لکوس سروئوس، ترشح نوراپی نفرین را تحریک کند؛ این امر سبب فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک، به هر دو صورت مرکزی و محیطی، و نیز افزایش فعالیت ایمنی می‌شود

طبق نظریه روانکاوی، عوامل ناخودآگاه تعیین می‌کنند که کدام عضو به استرس و پیامد های آن مبتلا شوند، که این مفهوم پذیرش پیکری (somatic compliance) نامیده می‌شود.

اختلالات گوارش از لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماری های طبی رتبه اول را دارند. مطالعات تحریک الکتریکی حاکی است از اینکه، پاسخ های خودمختار سمپاتیک در هیپوتالاموس جانبی (لترال) ایجاد می‌شوند، محلی که دارای تعاملات نورونی در داخل مغز قدامی لیمبیک است.

تکانه های (ایمپالس ها) پاراسمپاتیک از هیپوتالاموس اطراف بطنی و جانبی منشا می‌گیرند و به سمت هسته حرکتی پشتی عصب واگ حرکت می‌کنند؛ این مسیر اصلی ترین راه برون ده پاراسمپاتیک است. مغز لیمبیک نیز اثرات و تعدیل هایی در عصب واگ اعمال می‌کند و مسیر واکنش های هیجانی مربوط به لوله گوارش را به وجود می‌آورد. در مبتلایان به اسپاسم کارکردی مری، بالاترین درصد هم ابتدایی مربوط به اختلالات اضطرابی بود. در بین اختلالات اضطرابی همراه، بالاترین درصد مربوط به اختلال اضطراب فراگیر بود.

نقش عوامل روانشناختی در زخم معده یا زخم پپتیک: این نقش با واسطه افزایش ترشح اسید معده به دنبال استرس روانی اعمال می‌شود. کولیت اولسراتیو، احتمالاً با شخصیت های وابسته ارتباط دارد.

بیماری کرون، با پانیک ارتباط دارد.

مهارکننده های انتخابی باز جذب سروتونین، می‌توانند عوارض گوارش چشمگیری ایجاد کنند. ← تهوع و اسهال. ضد افسردگی های سه حلقه ای (داروهای TCA) نیز می‌توانند سبب بروز اثرات گوارشی، بخصوص خشکی دهان، و یبوست شوند. افسردگی بیشترین ارتباط را با اختلالات قلبی - عروقی دارد. عاطفه ی منفی (در معنای کلی آن، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و حمایت اجتماعی) با بیماری قلبی - عروقی و عوامل روان شناختی موثر بر این بیماری رابطه دارند.

تسلیم پذیری در زنان عاملی محافظتی در برابر ابتلا به شریان کرونر (CAD) محسوب می‌شود. در مردان خصومت ورز، کارکرد گیرنده های آدرنرژیک دستخوش تنظیم کاهشی می‌شود.

در ابتدا افسردگی و سپس اضطراب، خطر ابتلا به آریتمی های قلبی و مرگ قلبی ناگهانی را شدت می‌بخشد.

در دریافت کنندگان پیوند قلب، اختلالات خلقی شایع است.

الگوهای شخصیتی مرتبط با فشار خون اساسی شامل افرادی است که عموماً و در کل مستعد و آماده پرخاشگری هستند. دانشمند روان‌کاو « اتو فنیکل » مشاهده کرد که افزایش هیپرتانسیون اساسی (پرفشاری خون) احتمالاً با وضعیت ذهنی افرادی ارتباط دارد که یادگرفته اند پرخاشگری بد است و در عین حال می‌بایست در جهانی زندگی کنند که مملو از پرخاشگری است و پرخاشگری لازمه زندگی در این جهان است .

محرک‌های فیزیولوژیک اختصاصی سنکوب وازوواگال (غش ← عدم رسیدن خون به مغز) شناسایی نشده اند، ولی وضعیت‌های استرس زای حاد از جمله عوامل سببی آن محسوب می‌شوند .

وجه مشخصه بیماران مبتلا به اسم این است که نیازهای وابستگی مفروطی دارند، ولی هیچ نوع شخصیت خاصی در آنها شناسایی نشده است. تا ۳۰ درصد بیماران اسمی واجد ملاک‌های اختلال پانیک یا بازار هراسی هستند. ترس شدید، بی‌ثباتی هیجانی، حساسیت به طرد، و عدم استقامت و پایداری در وضعیت‌های دشوار، عواملی هستند که میزان بستری شدن بیماران اسمی را افزایش می‌دهد .

اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسم شدید معمولاً بیشتر از میزان قابل پیش‌بینی به اختلالات خلقی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء مصرف مواد، و اختلال شخصیت ضد اجتماعی مبتلا هستند .

در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، همچون مبتلایان به اسم، میزان شیوع اختلال پانیک و اختلالات اضطرابی بالاتر از میانگین جامعه است .

### پرکاری تیروئید (هیپر تیروئیدی)

داروهای آنتاگونیست بتا آدرنژیک مثل پروپرانولول در پرکاری ممکن است مفید باشد .

علائم جسمی پرکاری تیروئید: افزایش سرعت ضربان قلب، آریتمی، بالا رفتن فشار خون، لرزش ظریف و خفیف، عدم تحمل گرما، تعریق مفراط، کاهش وزن، تاکی‌کاردی، بی‌نظمی‌های قاعدگی، ضعف عضلانی، و اگزوفتالمی .

ویژگی‌های روانپزشکی این بیماری نیز شامل عصبی بودن، خستگی، بی‌خوابی، بی‌ثباتی خلق، و احساس ملال هستند. تکلم ممکن است با فشار همراه باشد و بیماران فعالیت و تحرک زیادی داشته باشند. علائم شناختی عبارتند از کوتاه شدن دامنه توجه، اختلال حافظه نزدیک، و تشدید پاسخ یکه خوردن .

### کم کاری تیروئیدی (هیپو تیروئیدی)

علائم روان‌پزشکی هیپو تیروئیدی عبارتند از: خلق افسرده، آپاتی (بی‌احساسی)، اختلال حافظه، و سایر نقایص شناختی. نوعی سندرم روانپزشکی موسوم به جنون میکسدم که شامل توهمات شنوایی و پارانویا است، در برخی از این بیماران تشریح شده است .

### دیابت شیرین

این بیماری، یکی از عوارض جدی مصرف درازمدت داروهای آنتاگونیست سروتونین - دوپامین (SDAs) است. شروع ناگهانی آن اغلب با یک استرس هیجانی در ارتباط است. و عوامل روانشناختی موثر بر این حالت، عبارتند از: عواملی که احساسات ناکامی، تنهایی و غمگینی را بر می‌انگیزند .

اصطلاحاتی نظیر دهانی، وابسته، جستجوگر توجه مادری و بیش از حد منفعل در مورد این گونه بیماران به کار رفته است. روان‌درمانی حمایتی برای جلب همکاری بیمار در معالجه‌ی طبی این بیماری پیچیده ضروری است .

### سندرم کوشینگ (هیپر کورتیزولسم)

بیماری کوشینگ که شایعترین شکل سندرم کوشینگ خود به خود است، در نتیجه ترشح بیش از حد ACTH از غده هیپوفیز رخ می‌دهد و معمولاً منشأ آن یک آدنوم هیپوفیزی است. و ACTH موجب تحریک غده‌ی فوق کلیوی برای ترشح کورتیزول می‌شود .

سندرم کوشینگ، موجب افزایش عملکرد غده‌ی فوق کلیه می‌شود. علائم روانپزشکی شایعند و از افسردگی شدید تا سرخوشی متغیر بوده، ممکن است با علائمی از خصایص روانپزشکی همراه باشند یا نباشند .

علائم افسردگی، در بیماران مونث دچار سندرم کوشینگ شایعتر از بیماران مذکر است. البته در این بیماران، علائم افسردگی، بیشتر از علائم روانپزشکی یا مانیا وجود دارد .

علائم جسمی و افزایش نمره روان‌رنجوری در پرسشنامه شخصیت آیزنک نیز گزارش شده است که با طبیعی شدن میزان کورتیزول بهبود چشمگیری در آنها دیده می‌شود .

تقریباً ۸۳ درصد بیماران دچار درجاتی از نقص تمرکز و حافظه می‌شوند .



### هیپر پرولاکتینمی

توسط هیپوفیز قدامی تولید می‌شود، تولید شیر از پستان را تحریک می‌کند و رفتار مادر را تعدیل می‌نماید. داروهایی که فعالیت دوپامین را مسدود می‌کنند، مثل ضد روان‌پریشی‌ها، غلظت پرولاکتین را افزایش می‌دهند. هیپر تیروئیدی موجب بالا رفتن غلظت پرولاکتین می‌شود. تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، نظیر جدایی از والدین یا زندگی کردن با یک پدر الکلی، زمینه‌ساز هیپر پرولاکتینمی هستند.

### درماتیت اتوپیک: (خارش و التهاب پوست)

تأثیر متقابل تقویتی با اضطراب و افسردگی دارد. مطالعات مربوط به کودکان مبتلا به درماتیت اتوپیک نشان داده‌اند که هرچه مشکلات رفتاری این کودکان بیشتر باشد بیماری آنها نیز شدیدتر خواهد بود. در خانواده‌هایی که کودکان را به مستقل بودن تشویق می‌کنند، شدت علائم فرزندان کمتر است.

### پسوریازیس

استرس مرتبط با آن بیشتر از نظر مشکلات روانی - اجتماعی که در روابط فردی این بیماران به وجود می‌آورد، حایز اهمیت است، نه در شدت و مزمن شدن بیماری. در بیماران پسوریازیس سطح بالای از اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت وجود دارد. اختلالات شخصیت یاد شده عبارتند از: انواع اسکیزوئید، دوری‌گزین، منفعل - پرخاشگر، وسواسی - جبری.

### خارش مقعد

اغلب پیش از شروع این عارضه، انحرافات شخصیتی و آشفتگی‌های هیجانی که زمینه‌ساز یا عامل تداوم است، وجود داشته‌اند. خارش فرج: برخی از سابقه‌های طولانی از محرومیت جنسی داشته‌اند که اغلب همزمان با شروع خارش، شدت بیشتری یافته‌اند.

### کهیر

بیماران دچار کهیر مزمن ایدیوپاتیک اغلب افسرده و مضطربند و زنان بیشتر از مردان دچار علائم روان‌پزشکی عمده می‌شوند. مطالعات کنترل شده نشان دهنده وجود ارتباطی بین حوادث استرس‌زای زندگی و شروع کهیر بوده‌اند. آرتیتریت روماتوئید با افسردگی ارتباط دارد. تقریباً ۲۰ درصد افراد مبتلا به آرتیتریت روماتوئید همزمان به افسردگی هم دچار هستند. بیمارانی که افسرده شده‌اند به احتمال بیشتری مجرد باقی می‌مانند، بیماری آنها بیشتر طول می‌کشد، و احتمال بروز همزمان سایر اختلالات طبی در آنها بیشتر است. و عملکرد بدتری هم دارند.

### کمر درد

دو نوع رویکرد درمانی وجود دارد: رویکرد نخست یا روش متعارف (conventional) درمان علامتی است. مسکن‌هایی نظیر اسپیرین را می‌توان برای تسکین درد به کار برد. شل‌کننده‌های عضلانی نظیر دیازپام برای کاهش اسپاسم عضلانی و اضطراب به کار می‌رود. رویکرد دوم را جان سارنو طراحی کرده‌اند و نوعی رویکرد روانی آموزشی است. این درمان مبتنی بر این قضیه است که کمر بیمار از لحاظ ساختمانی سالم است و هیچ ناهنجاری که علائم را توجیه کند در آن وجود ندارد. به عقیده سارنو پاتوفیزیولوژی اختلال، انقباض عروق خونی تغذیه‌کننده عضلات، عصب یا تاندون درگیر است. درمان شامل آموزش بیمار در مورد جزء فیزیولوژیک بیماری (انقباض عروقی) و کمک به وی برای درک عمل ذهن ناخودآگاه و تعارضات ناشی از تأثیرات ناخودآگاه بخصوص در مورد خشم است. بیمار در می‌یابد که ذهنش، مفهوم درد جسمانی را جایگزین درد هیجانی می‌کند به طوری که ذهن خودآگاه دیگر مجبور نباشد با تعارض موجود روبه‌رو شود.

### فیبرومیالژیا

اغلب استرس زمینه‌ساز آن است و سبب اسپاسم شریانی موضعی و در نتیجه اختلال اکسیژن‌رسانی در مناطق مبتلا می‌شود. فیبرومیالژیا اغلب در سندرم خستگی مزمن و اختلالات افسردگی دیده می‌شود. داروهای ضد افسردگی بخصوص سرتالین (Zolof) نتایج امیدوارکننده‌ای داشته‌اند. سردرد شایع‌ترین علامت عصبی و یکی از شایع‌ترین شکایات طبی است. در اضطراب و افسردگی، اغلب سردرد، شکایت بارزی است. استرس‌های روان‌شناختی معمولاً سردرد را تشدید می‌کنند، خواه علت زمینه‌ساز اولیه جسمانی یا روانی باشد. استرس نیز یکی از عوامل تسریع‌کننده سردرد میگرنی است. بسیاری از افراد مبتلا به میگرن، بیش از حد خوددار و کمال‌گرا هستند و نمی‌توانند خشم خود را سرکوب کنند. روان‌درمانی به منظور کاهش تأثیر تعارض و استرس و برخی فنون رفتاری (مانند پسخوراند زیستی) نیز مفید گزارش شده‌اند.

سردرد های تنشی اغلب با اضطراب و افسردگی همراهند. شخصیت های رقابت گر، جاه طلب و عصبی بخصوص مستعد ابتلا به این اختلال (سردردهای تنشی) هستند. روان درمانی درمان موثری برای موارد سردرد های تنشی مزمن است. موثرترین رویکرد درمانی طولانی مدت، آموزش اجتناب یا مدارای بهتر با تنش است.

کاربرد پسخوراند زیستی با استفاده از پس خوراند الکترومیوگرام (EMG) از عضلات گیجگاهی یا پیشانی ممکن است در برخی بیماران مفید باشد. تمرین های آرام سازی (relaxation) و مراقبه (meditation) نیز ممکن است در برخی بیماران سبب رفع علائم شود. بازسازی شناختی: هدف این روش کمک به بیمار برای آگاه شدن از افکار، باورها و انتظارات غیر انطباقی خود و تغییر آنها است. بیماران آموزش می بینند که فرضیات مثبت را جایگزین فرضیات منفی سازند. هربرت بنسون، بر این باور بود که مراقبه عبارت است از: قرار گرفتن در یک وضعیت راحت، یک محیط آرام، اتخاذ یک رویکرد انفعالی، و یک تصویر ذهنی لذت بخش که فرد بتواند روی آن تمرکز کند. هیپنوتیزم: برای ترک سیگار و تقویت تغییر رژیم غذایی موثر است.

طبق گفته نیل میلر: پس خوراند زیستی با شرطی سازی عامل، پاسخ هایی احشایی دستگاه غیرارادی خودمختار را کنترل کرد. قدم اول در آموزش مهارت های مدیریت زمان افزایش آگاهی از الگوهای موجود صرف زمان است.

در برنامه مدیریت استرس، قدم نهایی حل مسئله است که طی آن بیمار تلاش می کند بهترین راه حل را برای موقعیت دشوار موجود بیابد و سپس پیشرفت خود را با درمانگر مرور کند. میزان شیوع مادام العمر بیماری های روانی در افراد مبتلا به بیماری های جسمی مزمن بیش از ۴۰٪ است، و اختلالات روانی که بیش از همه در این افراد مشاهده می شوند عبارتند از اختلالات سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی.

در بیماران مبتلا به بیماری های طبی، عوامل خطر ساز خودکشی عبارتند از: جنسیت مذکر و سن بالای ۴۵ سال، فقدان حمایت اجتماعی، وابستگی به الکل، سابقه اقدام های قبلی، بیماری طبی فاجعه آمیز یا ناتوان کننده بخصوص اگر همراه با درد های شدید باشد.

در بیماری های طبی، داروهای ضدروانپریشی (مانند هالوپریدول [Haldol]) در درمان سراسیمگی مفرط بسیار مفیدند.

شایعترین علت توهم، در بیماری های طبی، دلیریوم ترمنس است که معمولاً ۳ تا ۴ روز پس از بستری شدن شروع می شود. علت شایع بی خوابی در بیماران بستری درد است که درمان آن سبب رفع مشکلات خواب می شود.

دلیریوم شایعترین علت سردرگمی (کونفوزیون) یا اختلال موقعیت سنجی در بیماران بستری در بیمارستان های عمومی است. انتقال منفی نسبت به پزشک علت شایع عدم رعایت توصیه های درمانی است. اختلال شناختی علت اصلی اختلال قضاوت در بیماران بستری است.

عوامل تعیین کننده واکنش بیمار در هنگام ورود به بخش دیالیز عبارتند از: رویه شخصیتی بیمار و تجارب قبلی او از بیماری نارسایی کلیه یا بیماری مزمن دیگر. حدود نیمی از بیماران سرطانی اختلالات روانی هم دارند. اکثر این بیماران مبتلا به اختلال انطباق (۶۸ درصد) است. اختلال افسردگی اساسی (۱۳ درصد) و دلیریوم (۸ درصد) تشخیص های شایع بعدی در این بیماران محسوب می شود.

## اختلال ساختگی (Factitious disorder)

### ملاک های تشخیصی

#### اختلال ساختگی تحمیل شده بر خود

A. جعل علائم یا نشانه های جسمانی یا روان شناختی، یا ایجاد جراحت یا بیماری، همراه با فریب مشخص شده.

B. فرد خود را به دیگران به صورت مریض، معیوب، یا مصدوم نشان می دهد.

C. این رفتار فریبکارانه حتی در غیاب پاداش های بیرونی واضح، آشکار است.

D. این رفتار با اختلال روانی دیگر، مانند اختلال هذیانی یا سایر اختلال روان پریشی بهتر توجیه نمی شود.

ریچارد اش، اصطلاح سندرم مونشهاوزن (munchausen) را برای توصیف بیماری وضع کرد که شرح حال گذشته خود را با آب و تاب و تحریف بیان می کنند و همواره علائمی را جعل می کنند تا بتوانند در بیمارستان بستری شوند. اختلال ساختگی با علائم و نشانه های عمدتاً جسمانی شناخته شده ترین نوع سندرم مونشهاوزن است. از بین نامهای متعدد این اختلال می توان از اعتیاد به بیمارستان، اعتیاد به جراحی های متعدد (که حالتی موسوم به شکم شبیه به تخته رختشویی را در این بیماران ایجاد می کند) و سندرم بیمار حرفه ای نیز نام برد.

اختلالات ساختگی در وسط طیفی قرار می گیرد که در یک انتهای آن اختلالات شبه جسمی (ناخودآگاه و غیر عادی) وجود دارد و در انتهای دیگر آن تمارض (آگاهانه و ارادی).

در اختلالات ساختگی، بیشتر بیماران نشانه های بیماری های جسمی را تقلید می کنند تا روانی. و عمدتاً برای دریافت توجه و مراقبت هیجانی، این کار را انجام می دهند. ویژگی اساسی بیماران مبتلا به اختلال ساختگی جسمانی، توانایی آنها در ارائه ماهرانه علائم جسمانی است. این بیماران در خلال اقامت در بیمارستان پرتوقع

و اشکال تراش هستند. بسیاری از این بیماران هویت روشنی ندارند و دارای خودانگاره ضعیفی هستند که این خصوصیت از ویژگی های شخصیت مرزی است. اختلالات شخصیتی که در افراد دچار اختلالات ساختگی دیده می شود عمدتاً عبارت است از: اختلال شخصیت ضداجتماعی، نمایشی و مرزی. برخی از آنها شخصیت «انگاری» (as if personality) دارند و هویت افراد اطراف خود را برگزیده اند. بیماران مبتلا به اختلال ساختگی، ممکن است بگویند که با چهره های موفق یا پرآوازه نسبت دارند.

علایم روانی ساختگی شبیه پدیده تمارض کاذب (pseudomalingering) است که تصور می شود برای ارضای نیاز به حفظ تمامیت خودانگاره است که با قبول مشکلات روانی و رای کنترل آگاهانه شخص دچار آسیب خواهد شد. با چنین فرضی فریبکاری یک وسیله موقتی برای تقویت ایگو محسوب می شود. خصوصیتی که در بیماران مبتلا به اختلال ساختگی بیشتر از حد معمول دیده می شوند عبارتند از ضریب هوشی (IQ) طبیعی یا بالاتر از حد متوسط، فقدان اختلال تفکر صوری، اختلال حس هویت، از جمله سردرگمی نسبت به هویت جنسی، ضعف سازگاری جنسی، ضعف تحمل ناکامی، نیازهای قوی وابستگی، و خودشیفتگی (نارسیسیزم).

### همه گیر شناسی

در مورد اختلال ساختگی هیچ اطلاعات همه گیر شناختی جامعی وجود ندارد. تقریباً ۰/۸ درصد تا ۱ درصد موارد مشاوره روانپزشکی را تشکیل می دهند. اختلال ساختگی در حدود یک درصد از بیمارانی که در بیمارستان های عمومی مورد مشاوره روانپزشکی قرار می گیرند، مشاهده می شود. حدود دو سوم بیماران دچار سندرم مونته‌هاوزن مرد هستند. این افراد معمولاً سفیدپوست، میانسال، بی‌کار، مجرد و فاقد دلبستگی های قابل توجه اجتماعی یا خانوادگی هستند. مبتلایان به اختلال ساختگی با علایم و نشانه های جسمی عمدتاً زن هستند و در این موارد نسبت ابتلای زن به مرد ۳ به ۱ است. این افراد معمولاً بین ۲۰ تا ۴۰ سال سن دارند.

### سیر و پیش آگهی

اختلال ساختگی به طور مشخص در اوایل بزرگسالی شروع می شود. شروع اختلال یا جستجوی درمان ممکن است، متعاقب یک بیماری واقعی، فقدان عزیزان، طرد یا ترک شدن صورت بگیرد. این اختلال در بیمارانی که قبلاً به دلیل بیماری واقعی بستری بوده اند، زودتر از دیگران شروع می شود. این اختلال، در بسیاری از موارد پیش آگهی بد دارد. ویژگی های احتمالی حاکی از پیش آگهی خوب عبارتند از: (۱) وجود شخصیت افسرده- خود آزار (۲) عملکرد در سطح بینابینی و نه در شرایط روانپزشکی مستمر (۳) وجود حداقل صفات شخصیت ضداجتماعی.

### تشخیص افتراقی

تشخیص افتراقی اختلال ساختگی با این موارد است: اختلالات شبه جسمی، اختلالات شخصیت، اسکیزوفرنی، تمارض، سوء مصرف مواد، سندرم گانسر. وجه افتراقی اختلال جسمانی سازی (سندرم بریکه) از اختلال ساختگی تولید عمدی علایم ساختگی، سابقه مفصل بستری شدن های متعدد و تمایل ظاهری شخص به پذیرش اعمال مخرب متعدد طبی در بیماران مبتلا به اختلال ساختگی است. در خودبیمارانگاری بیمار به طور ارادی علایم را تولید نمی کند و بیماری به طور مشخص سن شروع بالاتری دارد. و معمولاً خود را در معرض اعمال ناقص کننده هم قرار نمی دهند. اختلال ساختگی باید از تمارض افتراقی داده شود. افراد متمارض برای ایجاد علایم و نشانه ها هدفی آشکار و قابل شناسایی محیطی دارند. همچنین می توانند وقتی که علایم مفید نیستند از آنها دست بردارند یا موقع خطر، از تولید آنها دست بردارند. سندرم گانسر، بیشتر مربوط به افراد زندانی است و با ارائه پاسخ های تقریبی مشخص می شود. بیماران مبتلا به این سندرم به سوالات ساده پاسخ های نادرست حیرت انگیزی می دهند.

اسکیزوفرنی در این بیماران بسیار نادر است. این افراد معمولاً غرابت های لباس پوشیدن، تفکر یا ارتباطات که مشخصه اختلال شخصیت اسکیزوتایپی است را ندارند. بیماران دچار اختلال ساختگی که نشانه های روانپزشکی را تقلید می کنند، معمولاً به طور همزمان به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند. بیماری های روانی همراه اختلال ساختگی عبارتند از: اختلالات خلقی، اختلالات شخصیت، اختلالات مرتبط با مواد.

### سبب شناسی

زیستی: بر طبق عوامل زیستی، چنین فرض شده است که اختلال پردازش اطلاعات در ایجاد دروغ پردازی خیالی (pseudologia fantastica) و رفتارهای غیر طبیعی بیماران مبتلا به مونته‌هاوزن نقش دارد. در این بیماران، هیچ الگوی ژنتیکی وجود ندارد، و هیچ یافته EEG غیر طبیعی وجود ندارد. روانپوشی: زیربنای روانپوشی (سایکودینامیک) اختلالات ساختگی به خوبی درک نشده است. در خانواده اصلی چنین بیمارانی، مادری طردکننده وجود داشته و یا پدر در خانه حضور نداشته است. سابقه معمول نشان می دهد که بیمار، پدر یا مادر یا هر دو را چهره های طردکننده ای می داند که نمی تواند رابطه صمیمانه ای برقرار کنند. بنابراین تقلید یک بیماری واقعی برای بازآفرینی پیوند مطلوب و مثبت والد- فرزند به کار گرفته می شود. مکانیسم های دفاعی عمده عبارتند از واپس

زدن (repression)، همانندسازی (identification)، همانندسازی با پرخاشگر، پسرفت (واپس روی) (regression)، و نماد سازی (symbolization). این اختلالات نوعی اجبار تکرار هستند، تکرار تعارض اساسی نیاز وجست و جوی مقبولیت و محبت در عین حال که شخص منتظر برآورده شدن آنها نیستند. بسیاری از این بیماران هویت روشنی ندارند و دارای خودانگاره ضعیفی هستند که این خصوصیت از ویژگی های شخصیت مرزی است.

### اختلال ساختگی با علائم و نشانه های عمدتا روانشناختی

علائم ساختگی غالباً عبارتند از افسردگی، توهمات، علائم تجزیه ای و تبدیلی و رفتارهای عجیب و غریب. علائم روانی ساختگی شبیه پدیده تمارض کاذب است در این حالت به نظر میرسد فریبکاری وسیله موقتی برای تقویت ایگو است. علائم دیگری که در نوع جسمانی اختلال ساختگی بروز میکنند، دروغ پردازی خیالی و شیادی است. در دروغ پردازی خیالی مایه های محدود واقعی با خیال پردازی های وسیع و رنگارنگ مخلوط میشوند. علاقه شنونده بیمار را خرسند میکند و در نتیجه سبب تقویت علامت میشود. شیادی اغلب مربوط به دروغ گفتن در حوزه های مختلف زندگی است.

### اختلال ساختگی مزمن با علائم و نشانه های عمدتا جسمانی

اختلال ساختگی با علائم و نشانه های عمدتا جسمانی شناخته شده ترین نوع سندرم مونشهاوزن است و نام آن سندرم بیمار حرفه ای است و ویژگی اساسی بیماران مبتلا به این اختلال توانایی آنها در ارائه ماهرانه علائم جسمانی است به گونه ای که آنها را قادر میسازد از بیمارستان پذیرش گرفته و بستری شوند.

### درمان

هیچ درمان روانی یا دارویی خاصی در رفع اختلال ساختگی موثر نبوده است. بنابراین بهتر است درمان روی اداره بیمار متمرکز شود تا معالجه کامل. بطور کلی در درمان اختلال ساختگی دارودرمانی کاربرد اندک دارد اما مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) می توانند در کاهش رفتار تکانشی مفید باشند. توافق کلی در مورد بهترین رویکرد رواندرمانی وجود ندارد، و بر اساس قضاوت بالینی باید درمان کرد. سه هدف عمده در درمان و اداره بیماران دچار اختلالات ساختگی عبارتند از: (۱) کاهش خطر مرگ و میر و عوارض، (۲) پرداختن به نیازهای هیجانی زمینه ای یا تشخیص اختلال روانپزشکی زمینه ای برای رفتار بیماری ساختگی، (۳) توجه به مسائل قانونی و اخلاقی.

شاید مهمترین عامل منفرد در اداره موفقیت آمیز بیمار تشخیص اولیه اختلال ساختگی از سوی پزشک است. این بیماران پیوسته در مراقبین طبی احساس بیهودگی، پریشانی، گیر افتادن، خصومت و حتی تحقیر را بر می انگیزانند. در واقع کادر درمانی در برخورد با این بیماران ناچارند یکجذب اساسی رابطه خود را با بیماران ترک کنند، قول واقعی بودن اظهارات بیمار، اغلب تشخیص روشن نیست زیرا یک علت جسمی قطعی را نمیتوان به طور کامل رد کرد.

### اختلال ساختگی تحمیل شده بر دیگری

#### (قبلاً اختلال ساختگی با واسطه یا نیابتی نامیده می شد)

- A. جعل علائم یا نشانه های جسمانی یا روان شناختی، یا ایجاد جراحت یا بیماری، در دیگری، همراه با فریب مشخص شده.
- B. فرد، شخص دیگری (قربانی) را به عنوان بیمار، معیوب، یا مصدوم به دیگران نشان می دهد.
- C. این رفتار فریبکارانه حتی در غیاب پاداش های بیرونی واضح، آشکار است.
- D. این رفتار با اختلال روانی دیگر، مانند اختلال هذیانی یا اختلال روان پریشی دیگر بهتر توجیه نمی شود.

❖ **توجه:** مقصر، نه قربانی، مورد این تشخیص قرار می گیرد.

اختلال ساختگی نیابتی برای نفع مادی نیست. یک هدف ظاهری این رفتار اخذ غیرمستقیم نقش بیمار از سوی مراقبت است، هدف دیگر نیز خلاص شدن از نقش مراقب از طریق بستری کردن تعمدی کودک است.

هیچ آزمایشی اختصاصی آزمایشگاه برای تشخیص اختلال ساختگی وجود ندارد.