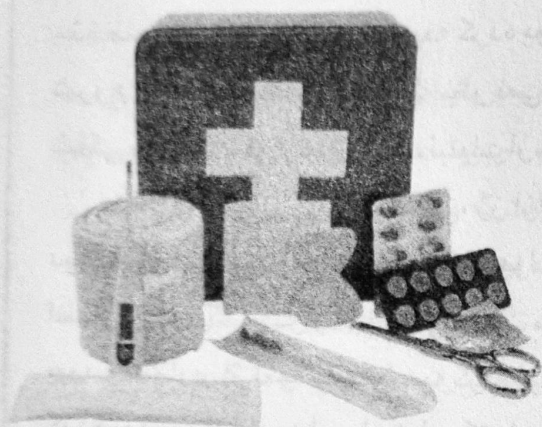


فصل ۹

اختلالات تجزیه‌ای و نشانه جسمانی

عناوین فصل



اهداف یادگیری

✦ گزارش موردی: رُز مارستون

✦ اختلالات تجزیه‌ای

● انواع اصلی اختلالات تجزیه‌ای

● نظریه‌ها و درمان اختلالات تجزیه‌ای

✦ نشانه جسمانی و اختلالات مربوط

● اختلال نشانه جسمانی

● اختلال اضطراب بیماری

● اختلال تبدیلی (اختلال نشانه عصبی کارکردی)

● بیماری‌های مرتبط با اختلالات نشانه جسمانی

● نظریه‌ها و درمان نشانه جسمانی و اختلالات

مربوط

✦ DSM-5: نشانه جسمانی و اختلالات مربوط

✦ عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی

دیگر تأثیر می‌گذارند

● مفاهیم مرتبط برای آگاهی از عوامل

روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر

تأثیر می‌گذارند

● استرس و مقابله‌گری

● ابراز هیجانی

● سبک شخصیت

✦ اختلالات تجزیه‌ای و نشانه جسمانی: دیدگاه

زیستی - روانی - اجتماعی

✦ برگشت به مورد: رُز مارستون

✦ خلاصه

✦ اصطلاحات مهم

۹-۱ نشانه‌های اختلالات تجزیه‌ای را مشخص

کنید.

۹-۲ نشانه‌ها و درمان‌های اختلالات نشانه

جسمانی را مشخص کنید.

۹-۳ عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر

بیماری‌های پزشکی دیگر را شرح دهید.

۹-۴ دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی را برای

اختلالات تجزیه‌ای و نشانه جسمانی شرح

دهید.

اختلالات تجزیه‌ای

به نظر می‌رسد که ذهن انسان تقریباً بی‌نهایت قادر به تجزیه کردن، یا جدا کردن تمرکز توجه است. شما می‌توانید در حال دویدن، به‌طور عمیق به یک مسئله فکر کنید؛ شاید حتی ندانید که چند کیلومتر را بدون آگاهی از محیط اطرافتان دویده‌اید. در **اختلالات تجزیه‌ای**^۱، این جدایی کارکردهای ذهنی با درجه شدیدتر از آنچه بسیاری از افراد در زندگی روزانه خود تجربه می‌کنند، روی می‌دهد.

اختلالات تجزیه‌ای درباره شیوه‌ای که خودپنداره افراد به مرور زمان شکل می‌گیرد، و شیوه‌ای که حافظه و درک واقعیت می‌توانند تجزیه شوند، سؤال‌های جالبی را پیش می‌کشند. در مقابل، **اختلالات نشانه جسمانی**^۲، که بعداً در این فصل بحث شده‌اند، سؤال‌های به‌طور برابر جالبی را درباره رابطه ذهن - بدن مطرح می‌سازند.

انواع اصلی اختلالات تجزیه‌ای

ما عموماً این عقیده را بدیهی می‌دانیم که هر فرد یک شخصیت و یک درک هویت دارد. با این حال، در **اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)**^۳، شخصیت‌ها و هویت‌های جداگانه‌ای می‌توانند در فرد واحدی تشکیل شوند. به نظر می‌رسد که شخصیت‌های مجزا، شیوه‌های درک کردن، تفکر، و برقراری ارتباط مخصوص خودشان را با دیگران دارند. بنا بر تعریف، افراد مبتلا به اختلال

هویت تجزیه‌ای، حداقل دو هویت مجزا دارند و وقتی در یک هویت هستند، نمی‌دانند که در هویت دیگر نیز به سر می‌برند. در نتیجه، تجربیات آنها تداوم ندارند. آنها در خاطرات مهم مربوط به خود و زندگی‌شان - اغلب خاطراتی با ماهیت آسیب‌زا - مانند مورد آزار و اذیت یا بدرفتاری قرار گرفتن، شکاف‌های بزرگی دارند.

افراد مبتلا به **یادزدودگی تجزیه‌ای**^۱، قادر نیستند اطلاعات مربوط به یک واقعه یا مجموعه‌ای از وقایع در زندگی خود را به یاد بیاورند. این نوع از دست دادن حافظه با لغزش‌های روزمره که باعث می‌شود اشیاء را گم کنیم یا اسامی افراد را فراموش کنیم، تفاوت دارد. افراد مبتلا به یادزدودگی تجزیه‌ای، واقعه خاصی را در زندگی خود فراموش می‌کنند که به احتمال زیاد واقعه‌ای آسیب‌زاست یا ماهیت استرس‌زا دارد. یادزدودگی آنها ممکن است حتی حالت **گریز**^۲ را تحریک کند - دوره یادزدودگی که باعث می‌شود آنها قادر نباشند برخی یا کل گذشته و هویت خود را یادآوری کنند و همراه با آن، در حالت گیجی سرگردان شوند یا مسافرتی کنند که به نظر می‌رسد بر هدف خاصی تمرکز دارد.

درک معمول شما از اینکه کیستید، آگاهی شما را از اینکه در بدن خودتان زندگی می‌کنید شامل می‌شود. **مسخ شخصیت**^۳ اختلالی است که در آن، افراد احساس می‌کنند هویت‌شان از بدنشان جدا شده است. امکان دارد آنها تجربیات غیرواقعی بودن، مشاهده‌گر بیرونی بودن، یا کرختی هیجانی یا جسمانی داشته باشند. **مسخ واقعیت**^۴ اختلالی است که در آن، افراد احساس می‌کنند محیط اطرافشان غیرواقعی است یا از آن جدا هستند. **اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت**، حالتی است که در آن، افراد یک یا هر دو تجربه مسخ شخصیت و مسخ واقعیت را دارند.

مورد کوتاه

اختلال هویت تجزیه‌ای

میرا خانم ۲۶ ساله مجرد و کارمند یک کتابفروشی بزرگ است. او تنها زندگی می‌کند و به جز دیدن خویشاوندان، با کسی معاشرت ندارد. او در محل کار به آدم ساکت و خجالتی معروف است. میرا در اوایل نوجوانی به مدت ۲ سال درگیر یک رابطه صمیمانه با مرد میان‌سالی شد که

از او سوءاستفاده عاطفی می‌کرد. گرچه دیگران اغلب این رابطه مشکل‌ساز را به او یادآوری می‌کردند، اما او ادعا می‌کند که خیلی کم از آن زمان به یاد دارد و از بدرفتاری جسمانی که متحمل شده بود خاطره‌ای ندارد. کسانی که به میرا نزدیک هستند، از شخصیت او اطلاعات متفاوتی دارند. اما شخصیت‌های دیگری درون بدن میرا به سر می‌برند و اسامی دیگری دارند و به شیوه‌ای رفتار می‌کنند که کاملاً با شخصیت «میرا» ناهمخوان است. «ریتا» در هوس‌های جنسی او خودنما، معاشرتی، و بازدارنده نشده است. شخصیت دوم، «جو»، گاهی از آپارتمان میرا خارج می‌شود. «جو» لباس مردانه بر تن دارد و با لحن درشتی صحبت می‌کند. شخصیت‌های میرا از جزئیات زندگی او بی‌خبرند.

نظریه‌ها و درمان اختلالات تجزیه‌ای

افراد در رشد عادی، ادراک‌ها و خاطراتی را که از خود و تجربیاتشان دارند، ادغام و یکپارچه می‌کنند. شما می‌توانید وقایع زیادی را از گذشته خود یادآوری کنید که با گذشت زمان درک تداوم به شما می‌دهند. در اختلال تجزیه‌ای، فرد این پیوستگی و تداوم را از دست می‌دهد و می‌کوشد از وقایع آگاهی هشیار که موجب عذاب روانی، اگر نه جسمانی می‌شوند، جدا شود یا آنها را از سر دور کند.



◀ افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای یاد گرفته‌اند با ایجاد شخصیت‌های «دیگر» که وقتی دچار استرس می‌شوند به صورت ناهشیار تفکر و رفتار آنها را کنترل می‌کنند، با شرایط زندگی بسیار استرس‌زا مقابله کنند.

متخصصان بالینی هنگام تشخیص و درمان افراد مبتلا به نشانه‌های تجزیه‌ای، با تکلیف دشواری مواجه‌اند. آنها ابتدا باید معلوم کنند آیا این اختلال واقعی است یا ساختگی. افراد ممکن است عمداً اختلال تجزیه‌ای را وانمود کنند تا توجه جلب کرده یا از تنبیه اجتناب ورزند. اگر آنها تحت تأثیر یک اختلال در فیلم‌هایی مانند *Shelter* یا نمایش‌های تلویزیونی مانند

The United States of Tara قرار گرفته باشند، ممکن است ناآگاهانه یکی از این اختلالات را پرورش دهند. در نتیجه و انمودسازی بالقوه اختلال تجزیه‌ای توسط افرادی که به نظر می‌رسد نشانه‌های آن را دارند، اختلال هویت تجزیه‌ای به صورت یکی از بحث‌انگیزترین اختلالات روانی درآمده است (لایلین فیلد و لین، ۲۰۱۵).

در موارد واقعی اختلال تجزیه‌ای که به نظر نمی‌رسد نشانه‌ها و انمود شده باشند، اتفاق نظر کنونی این است که تجزیه، پاسخی به آسیب هیجانی یا جسمانی اولیه است (ویسیا، ۲۰۱۶). یک تحقیق روان‌پزشکی بزرگ ثابت کرد افراد مبتلا به نشانه‌های تجزیه‌ای، در واقع میزان شیوع بالای بدرفتاری جسمانی و جنسی در کودکی داشته‌اند (فوت و همکاران، ۲۰۰۶). با این حال، خیلی از افراد بدون اختلال تجزیه‌ای، در اوایل زندگی با وقایع آسیب‌زا مواجه بوده‌اند و آنها را به یاد نمی‌آورند (کیلستروم، ۲۰۰۵). در همین راستا، تجربیات آسیب‌زای کودکی می‌تواند به انواع دیگر اختلالات منجر شوند. سؤالی که باقی می‌ماند این است: چرا برخی افراد که با آسیب مواجه شده‌اند دچار اختلال تجزیه‌ای می‌شوند، اما برخی نمی‌شوند؟

مورد کوتاه

یادزدودگی تجزیه‌ای همراه با گریز تجزیه‌ای

تروی ۳۹ ساله در حالت گیجی، اشک‌ریزان و در حالی که با وجود هوای سرد بیرون پیراهن تی‌شرت بر تن داشت، وارد مرکز بحران سلامت روان شد و گفت: «من نمی‌دانم کجا زندگی می‌کنم و کیستم! لطفاً یک نفر به من کمک کند». تیم بحران از او خواست جیب خود را بگردد، اما چیزی به جز عکسی از یک دختر بچه مو بور پیدا نکرد. تروی خسته به نظر می‌رسید و وقتی او را روی تخت خواباندند، زود به خواب رفت. تیم بحران پلیس را خبر کرد تا دریابد آیا گزارشی از یک فرد گمشده وجود دارد. به طوری که بعداً معلوم شد، دختر بچه در عکس، دختر تروی بود. از یک فرد گمشده وجود دارد. به طوری که بعداً معلوم شد، دختر بچه در عکس، دختر تروی بود. گرچه این بچه اتومبیلی در محوطه پارکینگ یک مرکز خرید با این دختر بچه برخورد کرده بود. گرچه این بچه بدجوری صدمه دیده و پای او شکسته بود، اما در بخش کودکان بیمارستان در حالت آرامش قرار داشت. اما پدرش ناپدید شده بود. از قرار معلوم، تروی به مدت چند ساعت سرگردان بود و کیف و اوراق هویت خود را نزد مددکار اجتماعی در بخش اورژانس جا گذاشته بود. وقتی تروی از خواب بیدار شد، توانست هویت خود و شرایط تصادف را به یاد بیاورد، اما از آنچه اتفاق افتاده بود، هیچ چیزی به یاد نمی‌آورد.

به فرض اینکه افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای با پرورش دادن نشانه‌های تجزیه‌ای به آسیب واکنش نشان می‌دهند، هدف درمان، عمدتاً یکپارچه کردن قسمت‌های مجزای خود، حافظه، و زمان در هشیاری فرد است. رهنمودهای درمان برای اختلال هویت تجزیه‌ای بر بهترین روش‌ها تأکید می‌کنند، مانند برقراری و نگهداری اتحاد درمانی نیرومند، و از دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌نگر، کمک به مراجعان برای اینکه خود و دنیایشان را با به حال اول برگرداندن فرض‌های متلاشی‌شده به صورت مطلوب‌تری در نظر بگیرند.

درمان شناختی - رفتاری برای کمک به مراجعان مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای، کاملاً مناسب است. این درمان به افراد مبتلا به این اختلال کمک می‌کند درک منسجمی از خود و تجربیاتشان پرورش دهند. متخصصان بالینی برای اینکه به مراجعان کمک کنند خود را به صورت مطلوب‌تری در نظر بگیرند، می‌توانند آنها را تحریک کنند از زیر سؤال بردن فرض‌های اساسی درباره خودشان که به نشانه‌های آنها کمک می‌کنند، بهره‌مند شوند. برای مثال، امکان دارد آنها باور داشته باشند که مسئول بدرفتاری هستند که با آنها شده است یا اشتباه است که به سوءاستفاده‌کنندگان از خودشان خشم نشان دهند، یا اینکه نمی‌توانند با خاطرات عذاب‌آورشان مقابله کنند.

متخصصان بالینی همچنین باید به همزمانی اختلال تجزیه با نشانه‌های دیگر، از جمله اختلال استرس پس از آسیب، توجه داشته باشند (سای و همکاران، ۲۰۱۵). درمان اختلالات تجزیه‌ای اغلب علاوه بر خود این اختلالات، به اختلالات خلقی، اضطرابی، و استرس پس از آسیب مرتبط نیز می‌پردازد.

مورد کوتاه

اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت

رابرت ۴۹ ساله با حالت سراسیمگی شدید و تقریباً وحشتزده، وارد مطب روان‌پزشک شد. او ماهیت وحشتناک «حملات عصبی» خود را که چند سال قبل شروع شده بودند توصیف کرد، اما اکنون به درجات فاجعه‌آمیز رسیده بودند. رابرت در طول این «حملات» احساس می‌کند انگار در هوا معلق است، بالای بدنش قرار دارد، و هر کاری را که انجام می‌دهد می‌بیند، اما کاملاً از اعمال خود جدا و منفصل است. او می‌گوید احساس می‌کند که انگار بدنش یک دستگاه است که توسط نیروهای بیرونی کنترل می‌شود: «به داستان و پاهایم نگاه می‌کنم و از خودم می‌پرسم

ادامه

چه چیزی آنها را تکان می‌دهد». با این حال، افکار رابرت هذیانی نیستند. او می‌داند که ادراک‌های تغییر یافته او عادی نیستند. تنها تسکینی که از نشانه‌های خود می‌یابد، زمانی است که خود را به چیز سنگینی می‌کوبد تا احساس درد سرانجام به هشیاری او رسوخ کند. ترس او از صدمه زدن جدی به خودش، به نگرانی اصلی وی که ذهن خود را از دست بدهد، اضافه شده است.

اکنون ابزارهایی در دسترس متخصصان بالینی قرار دارند که می‌توانند در تشخیص دقیق به آنها کمک کنند. مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای اختلالات تجزیه‌ای DSM-IV تجدیدنظر شده (SCID-D-R) (جدول ۱)، ابزاری است که به دقت استاندارد شده است.

نشانه جسمانی و اختلالات مربوط

در مجموعه اختلالاتی که در آنها **نشانه‌های جسمانی**^۱ برجسته هستند، افراد مشکلات جسمانی و / یا نگرانی‌هایی را درباره نشانه‌های پزشکی تجربه می‌کنند. اختلالات نشانه جسمانی ماهیت روان‌شناختی دارند، زیرا گرچه افراد مبتلا به این اختلالات ممکن است بیماری پزشکی تشخیص داده شده داشته یا نداشته باشند، اما برای نشانه‌های جسمانی و رفتارها، افکار، و احساسات ناراحت‌کننده مرتبط، جویای درمان هستند.

اختلال نشانه جسمانی

افراد مبتلا به **اختلال نشانه جسمانی**^۲، نشانه‌های جسمانی دارند که ممکن است بیماری پزشکی آنها را توجیه کند یا نکند. آنها افکار، احساسات، و رفتارهای ناسازگارانه هم دارند. این نشانه‌ها زندگی روزمره آنها را مختل می‌کنند. افراد مبتلا به این اختلال به درجه بی‌تناسبی به جدی بودن نشانه‌هایشان فکر می‌کنند، احساس اضطراب شدیدی درباره آنها دارند، و وقت و انرژی زیادی را صرف نشانه‌ها یا نگرانی درباره سلامتی‌شان می‌کنند. گرچه ممکن است به نظر برسد که افراد مبتلا به این اختلال عمداً نشانه‌ها را وانمود می‌کنند، اما آنها واقعاً به صورت هشیار با شیوه‌هایی که این مشکلات روانی را به صورت جسمانی ابراز می‌کنند، هماهنگ نیستند.

نشانه‌های جسمانی که افراد تجربه می‌کنند ممکن است درد را به عنوان تمرکز اصلی دربر داشته باشند. امکان دارد بیماری پزشکی قابل تشخیصی وجود داشته باشد، اما نمی‌تواند مقدار و ماهیت دردی را که مراجعان گزارش می‌دهند، توجیه کند. مراجعان مبتلا به اختلال درد نیز وجود دارند که بیماری پزشکی قابل تشخیصی برای آنها وجود ندارد.

اختلال نشانه جسمانی نسبتاً نادر است، ولی در بین بیمارانی که جویای درمان برای درد مزمن هستند، بالاتر از حد انتظار وجود دارد (رم، تانگن، مو، و اریکسون، ۲۰۱۱). در یک تحقیق، افزون بر نیمی از بیمارانی که به متخصصان قلب برای تپش‌های قلب یا درد قفسه سینه ارجاع داده شده بودند، پس از معاینه جسمانی معلوم شد که بیماری قلبی ندارند (جانسبو و



◀ افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی از بیماری‌های جسمانی غیر از آنهایی که توسط بیماری پزشکی توجیه شده‌اند، رنج می‌برند.

همکاران، ۲۰۰۹). در تعداد کمی از موارد، افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی از بیماری پزشکی قابل تشخیصی رنج می‌برند، اما شکایت‌ها و اختلال آنها خیلی بیشتر از آن است که متخصصان سلامت معمولاً با آن بیماری مرتبط می‌دانند. آنچه تصویر را در تشخیص و درمان اختلال نشانه جسمانی پیچیده‌تر می‌کند این واقعیت است که اغلب، افراد مبتلا به این اختلال، اختلال روانی دیگری نیز دارند که اختلال افسردگی اساسی، اختلال وحشتزدگی، و آگورافوبی از آن جمله هستند. پژوهشگران همچنین سعی دارند نقش بیماری‌های جسمانی قابل تشخیصی که ممکن است با اختلال نشانه جسمانی مرتبط باشند و اختلالات اضطرابی و افسردگی همراه با آن را متفقی بدانند (نیوبای و همکاران، ۲۰۱۷).

مورد کوتاه

اختلال نشانه جسمانی، با درد غالب

هلن، خانم ۳۴ ساله متأهل جویای درمان است، زیرا پزشک گفته است کار بیشتری که بتواند برای او انجام دهد، از دستش برنمی‌آید. وقتی از هلن درباره مشکلات جسمانی او جویا شدند، چند شکایت را نقل کرد که دوره‌های مکرر ناتوانی در یادآوری اتفاقی که برای او افتاده بود و در مواقع دیگر، تار شدن دید او در حدی که نمی‌توانست کلمات را روی صفحه چاپی بخواند، از آن جمله بودند. هلن از آشپزی و خانه‌داری لذت می‌برد، ولی به راحتی خسته و بدون دلیل آشکاری دچار تنگی نفس می‌شود. او اغلب نمی‌تواند غذاهایی را که می‌پزد بخورد، زیرا دچار تهوع می‌شود و آمادگی دارد که با حتی مقدار کمی غذا استفراغ کند. به گفته شوهر هلن، او تمام علاقه خود به رابطه جنسی را از دست داده است و آنها فقط هر چند ماه یک بار آمیزش جنسی دارند که آن هم به اصرار اوست. هلن از دردهای شدید هنگام دوره‌های قاعدگی شکایت دارد. در مواقع دیگر می‌گوید احساس می‌کند «درون او آتش گرفته است». هلن به علت دردهای دیگر در کمر، پاها، و قفسه سینه، می‌خواهد بیشتر وقت روز در بستر بماند. هلن در خانه قدیمی بزرگی زندگی می‌کند و به ندرت از آن خارج می‌شود، چون «باید وقتی پاهایم درد می‌گیرند بتوانم دراز بکشم».

اختلال اضطراب بیماری

افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری^۱ به اشتباه باور دارند که واکنش‌های طبیعی بدن بیانگر نشانه‌های بیماری جدی است و از آنها می‌ترسند. آنها به راحتی درباره سلامت خود هوشیار می‌شوند و در صدد آزمایش‌ها و عمل‌های پزشکی غیرضروری بر می‌آیند تا بیماری‌های اغراق‌آمیز یا خیالی خود را منتفی یا درمان کنند. نگرانی آنها از خود این نشانه‌ها نیست، بلکه از این احتمال است که بیماری جدی داشته باشند. آنها همچنین دلمشغول عقاید اشتباه خود درباره جدی بودن نشانه‌هایشان هستند. امکان دارد آنها به سوء مصرف غیرپزشکی داروهای تجویزی روی آورند که به نوبه خود، می‌تواند آنها را در معرض عوارض جانبی و همین‌طور وابستگی به داروها قرار دهد (جفرز و همکاران، ۲۰۱۵).

مورد کوتاه

اختلال اضطراب بیماری، نوع مراقبت‌خواهی

بت خانم ۴۸ ساله و مادر دو فرزند است که هر دوی آنها به تازگی خانه را ترک کرده‌اند. ظرف سال گذشته، دوره‌های قاعدگی او سنگین‌تر و نامنظم‌تر شده‌اند. او که جویای توجیه بود، چند روز را صرف خواندن هر چیزی که می‌توانست پیدا کند درباره سرطان رحم کرد. گرچه کتاب‌های پزشکی، اختلال قاعدگی را به عنوان ویژگی رایج یائسگی مشخص کرده بودند، ولی یک مقاله روزنامه، به احتمال سرطان رحم اشاره کرده بود. او فوراً از یک متخصص زنان وقت گرفت که او را معاینه کرد و به این نتیجه رسید که نشانه‌های او تقریباً به طور قطع ناشی از یائسگی هستند. بت که متقاعد شده بود پزشک او سعی داشت او را از دانستن «واقعیت ترسناک» محفوظ نگه دارد، به چند متخصص زنان دیگر مراجعه کرد و به دنبال کسی بود که به طور مناسبی آنچه را که او اطمینان داشت بیماری مهلکی است، تشخیص دهد. او تصمیم گرفت به دو دلیل شغل خود را در یک فروشگاه بزرگ رها کند. اول اینکه، نگران بود ساعات طولانی ایستادن پشت صندوق، بیماری جسمانی او را بدتر کند. دوم اینکه، احساس می‌کرد نمی‌تواند درگیر شغلی باشد که در قرار ملاقات‌های پزشکی او اختلال ایجاد کند.

اختلال تبدیلی (اختلال نشانه عصبی کارکردی)

ویژگی اصلی اختلال تبدیلی (اختلال نشانه عصبی کارکردی)^۱ این است که فرد دستخوش تغییرات کارکردی جسمانی می شود که ناشی از بیماری جسمانی اساسی نیستند. شکل هایی که این اختلال می تواند به خود بگیرد، از نابهنجاری های حرکتی مانند مشکل راه رفتن یا فلج، تا نابهنجاری های حسی نظیر ناتوانی در شنیدن یا دیدن گسترش دارند.

اصطلاح تبدیلی در نام این اختلال به تغییر شکل تعارض روان شناختی به نشانه های جسمانی اشاره دارد که فرض شده زیربنای این اختلال را تشکیل می دهند. اصطلاح **اختلال نشانه عصبی کارکردی** در پرانتز بیانگر شیوه جایگزین اشاره به این اختلال است که برخی متخصصان بالینی ممکن است ترجیح دهند. این اصطلاح از چند نظر، توصیفی تر از «تبدیلی» است که ریشه تاریخی در روان کاوی فرویدی دارد و در آن فرض شده بود تعارض های روان شناختی به آنچه شبیه نشانه های عصبی به نظر می رسند، مانند فلج، «تبدیل» می شوند. کارکردی در این زمینه به عملکرد نابهنجار سیستم عصبی مرکزی اشاره دارد.

مراجعان مبتلا به اختلال تبدیلی ممکن است دامنه وسیعی از بیماری های جسمانی را نشان دهند که «حملات صرعی کاذب» (نه حمله صرعی واقعی، بلکه چنین به نظر می رسد)، اختلالات حرکت، فلج، ضعف، اختلالات گفتار، نابینایی و اختلالات حسی دیگر، و اختلال شناختی از آن جمله هستند. نشانه ها می توانند به قدری شدید باشند که انجام دادن وظایف شغلی را برای مراجعان ناممکن سازند. بیش از نیمی زمین گیر می شوند یا به وسایل کمکی نیاز دارند. با اینکه تقریباً تمام مراجعان مبتلا به اختلال تبدیلی بیماری پزشکی ندارند، با این حال متخصصان بالینی باید بیماری های پزشکی را قبل از تعیین این تشخیص متفی بدانند (روزنباش و مازورک، ۲۰۱۱).

اختلال تبدیلی پدیده نادر است و ۱ تا ۳ درصد افرادی را که متخصصان بالینی برای مراقبت از سلامت روان ارجاع می دهند، مبتلا می کند. این اختلال، که اغلب در خانواده ها جریان دارد، عموماً بین ۱۰ تا ۳۵ سالگی ظاهر می شود و در زنان و افرادی که تحصیلات کمتر دارند، بیشتر مشاهده شده است. شاید بالغ بر نیمی از افراد مبتلا به اختلال تبدیلی، به اختلال تجزیه ای نیز مبتلا باشند (سارو همکاران، ۲۰۰۴). در واقع، ICD-10 اختلال تبدیلی را با عنوان نوعی از اختلال تجزیه ای طبقه بندی می کند.

بازبینی تحقیقات تصویربرداری از مغز بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی حرکتی (نابهنجاری‌های حرکتی)، تغییراتی را در نواحی پیشانی و پیش‌پیشانی فعال در برنامه‌ریزی و اجرای حرکات، و همین‌طور فعالیت‌های تغییر یافته در نواحی مغزی مسئول هیجان، مشخص کرده است (بوکل، لیگل، و پیه، ۲۰۱۶). بنابراین، افراد مبتلا به این نوع از اختلال تبدیلی، ممکن است از آنچه بدنشان انجام می‌دهد آگاه نباشند و از این رو، قادر به کنترل کردن اعمالشان نباشند.

مورد کوتاه

اختلال تبدیلی، همراه با ضایعه حسی

برایان، مرد ۲۴ ساله‌ای است که PhD خود را در رشته مهندسی دنبال می‌کند و همواره احساس می‌کند زیر فشار اضافه‌بار تحصیلی شدید قرار دارد. او همیشه خود را به صورت فردی تصور می‌کرده که اتفاقات عجیب و غریب برایش روی می‌دهند. او یک شب برفی هنگام رانندگی، تصادفاً مرد سالخورده‌ای را زیر گرفت که کنار جاده راه می‌رفت و صدمه تقریباً مهلکی به او وارد کرد. چند ماه بعد، گرفتار یک دعوای قانونی طولانی شد که وی را از کارش منحرف کرد و موجب استرس هیجانی فوق‌العاده‌ای شد. او یک روز صبح دوشنبه از خواب بیدار شد و دید اطراف اتاق خواب تلوتلو می‌خورد و نمی‌تواند غیر از سایه‌های اشیا در اتاق، چیز دیگری ببیند. او ابتدا تصور کرد که صرفاً با دشواری از خواب بیدار شده است. اما بعد از مدتی فهمید که بینایی خود را از دست داده است. او قبل از مشورت با پزشک، دو روز صبر کرد. وقتی به قرار ملاقات پزشکی خود رفت، از آنچه به نظر می‌رسید بیماری جسمانی جدی باشد، عدم نگرانی عجیبی داشت.

بیماری‌های مرتبط با اختلالات نشانه جسمانی

تمارض^۱ عبارت است از وانمود کردن عمدی نشانه‌های بیماری جسمانی یا اختلال روانی با انگیزه دریافت منافع معلولیت یا بیمه. تمارض که در DSM-IV-TR یک تشخیص بود، در DSM-5 تشخیص نیست. با این حال، این هنگامی که تشخیص‌ها باید در موقعیت‌های قانونی، شغلی، یا نظامی داده شوند یک مسئله است و احتمال اینکه مراجعان نشانه‌ها را وانمود می‌کنند، باید منتفی دانسته شود.

متخصصان بالینی فرض می‌کنند که مراجعان برای دریافت نفع مستقیم، مانند دریافت حقوق در زمان مرخصی، دریافت حق بیمه، یا پاداش مادی دیگر، تمارض می‌کنند. برخی از این موقعیت‌ها آنچه را که **مانفع اولیه**^۱ می‌خوانیم شامل می‌شوند - یعنی، منافع مستقیم بازی کردن نقش بیمار. از ارزیابی ساخت دار تمارض به‌طور گسترده‌ای برای بهبود بخشیدن به ارزیابی تمارض‌های مشکوک و محافظت از متخصصانی که با تعیین این موضوع روبرو هستند، استفاده می‌شود (ویس و ون دل، ۲۰۱۷).

در **اختلال ساختگی تحمیل شده بر خود**^۲، افراد الگویی از نشانه‌های وانمود شده را آشکار می‌سازند که جسمانی، روانی، یا ترکیبی از هر دو هستند. فرد این نشانه‌ها را نه برای به دست آوردن نفع مالی، بلکه به منظور اختیار کردن نقش بیمار وانمود می‌کند. در موارد شدید که به صورت غیررسمی با عنوان سندرم مونچاوزن^۳ معروف است، کل وجود فرد صرف دنبال کردن مراقبت پزشکی می‌شود. امکان دارد فرد در موارد **اختلال ساختگی تحمیل شده بر دیگری** (یا سندرم مونچاوزن به نمایندگی) بیماری فرد دیگری را وانمود کند. جالب اینکه، یک تحقیق همه‌گیرشناختی روی افراد مبتلا به اختلال ساختگی، نشان داد رایج‌ترین مشاغل که این اختلال در آنها دیده می‌شوند، مشاغل در حرفه‌های سلامتی هستند (کاسلی و همکاران، ۲۰۰۷).

برخلاف افراد مبتلا به اختلال تبدیلی، افراد مبتلا به اختلال ساختگی آگاهانه نشانه‌های خود را تولید می‌کنند، ولی انگیزه‌های آنها به جای بیرونی، به صورت درونی برانگیخته می‌شوند. امکان دارد آنها با **نفع ثانوی**^۴ برانگیخته شده باشند - همدردی و توجهی که وقتی بیمارند، از دیگران دریافت می‌کنند. آنها می‌دانند که نشانه‌های خود را تولید می‌کنند، ولی نمی‌دانند چرا. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به اختلال تبدیلی معتقدند که آنها بیمارند و به صورت موجه نقش بیمار را پذیرفته‌اند. افرادی که تمارض می‌کنند می‌دانند بیمار نیستند و بنابراین، هرگونه پاداشی را که در اثر بیماری دریافت می‌کنند، به صورت غیرقانونی به دست می‌آورند (کانان و وسلی، ۲۰۱۰).

نظریه‌ها و درمان نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط

نظریه پردازان روان‌پویشی اولیه، اولین کسانی بودند که سعی کردند این گروه از اختلالات را از دیدگاهی که علمی می‌دانستند، بشناسند و درمان کنند. آنها که ابزارهای تشخیصی پیشرفته نداشتند و کار خود را بر مبنای مفهوم تعارض ناهشیار استوار کرده بودند، به اختلال تبدیلی با عنوان «هیستری» (به معنی «رحم سرگردان») اشاره می‌کردند. آنها نتوانستند مبنای فیزیولوژیکی برای نشانه‌هایی بیابند که بعد از اینکه فرد تحت درمان با هیپنوتیزم یا روان‌کاوی قرار می‌گرفت ناپدید می‌شدند - این عقیده را تقویت کرد که نشانه‌ها مبنای روان‌شناختی دارند.



◀ هیپنوتراپی می‌تواند به افراد کمک کند خاطراتی را شرح دهند که یادآوری آنها به صورت هشیار بسیار ناراحت‌کننده است.

متخصصان بالینی که این روزها در چارچوب دیدگاه روان‌پویشی کار می‌کنند، به تبعیت از تدوین کلی هیستری توسط فروید، سعی می‌کنند تعارض‌های زیربنایی را که با نشانه‌های فرد ارتباط دارند، مشخص کنند و آنها را به آگاهی هشیار بیاورند. مراجع از طریق این فرایند، بینش و خودآگاهی کسب می‌کند و می‌تواند هیجان خود را به جای اینکه از طریق جلوه جسمانی آشکار سازد، به طور مستقیم ابراز کند.

از دیدگاه شناختی - رفتاری، اختلالات تجزیه‌ای، نشانه جسمانی، و اختلالات مربوط، برحسب افکار مرتبط با نشانه‌های جسمانی در نظر گرفته می‌شوند. مدل اساسی بر مبنای این فرض استوار است که افراد مبتلا به این اختلالات با تحریف‌های شناختی مواجه‌اند که باعث می‌شوند احساسات جسمانی عادی را اشتباه تعبیر کنند. بعد از اینکه آنها اهمیت نشانه‌های خود را اغراق می‌کنند، نسبت به علائم جسمانی داخلی خیلی حساس‌تر می‌شوند که به نوبه خود، باعث می‌شود نتیجه بگیرند واقعاً بیمارند (ویت‌هافت و هیلر، ۲۰۱۰).



◀ محیط‌های پزشکی می‌توانند منبع اضطراب چشمگیر برای برخی افراد باشند.

متخصصان بالینی در اجرای درمان شناختی - رفتاری برای مراجعان مبتلا به نشانه جسمانی و اختلالات مربوط، به آنها کمک می‌کنند از واکنش‌های بدنشان ارزیابی واقع‌بینانه‌تری داشته باشند. برای مثال، در یک تحقیق، مراجعانی که بیماری قلبی نداشتند، ولی از تپش قلب یا درد قفسه سینه شاکی بودند، تمرین روی تردمیل را انجام دادند. به آنها آموزش داده شده بود افزایش ضربان قلب‌شان را نه به صورت علامت بیماری، بلکه به صورت واکنش طبیعی به ورزش تعبیر کنند (جانسبو و همکاران، ۲۰۱۱).

هیپنوتراپی و دارو دو روش دیگر هستند که متخصصان بالینی برای درمان اختلال تبدیلی به کار می‌برند. درمانگر در هیپنوتراپی، از مراجع هیپنوتیزم شده می‌خواهد دست فلج شده خود را حرکت دهد. بعداً درمانگر تلقین پس هیپنوتیزم می‌کند تا مراجع را قادر سازد این حرکت را بعد از اینکه درمانگر او را از هیپنوتیزم خارج می‌کند، حفظ نماید. SSRIs داروهایی هستند که متخصصان بالینی عموماً در درمان اختلال تبدیلی استفاده می‌کنند، ولی درباره اثر بخشی آن تقریباً هیچ تحقیق کنترل شده‌ای وجود ندارد (روزنباش و مازورک، ۲۰۱۱).

درمان شناختی - رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، بر سطوح بالای اضطراب سلامتی آنها یا نگرانی بی دلیل از نشانه‌ها و بیماری جسمانی تمرکز می‌کند. در این نوع درمان، به افراد آموزش داده می‌شود عقاید ناسازگارانه خود را درباره نشانه‌های جسمانی‌شان بازسازی کنند و واکنش‌های بدن خود را به صورت واقع‌بینانه‌تری تعبیر کنند. با این حال، در موارد شدید، که مراجعان نمی‌خواهند وارد درمان فردی شوند یا در آن بمانند، گروه درمانی با استفاده از اصول ACT ممکن است گزینه مؤثری باشد (ایلن برگ و همکاران، ۲۰۱۶).

عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر تأثیر می‌گذارند

تا اینجا به اختلالاتی پرداختیم که در آنها، افراد نشانه‌های جسمانی را تجربه می‌کنند که علت فیزیولوژیکی ندارند. طبقه تشخیصی به نام **عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر تأثیر می‌گذارند**^۱ اختلالاتی را شامل می‌شوند که در آنها، یک یا چند حالت روان‌شناختی، بر بیماری جسمانی مراجع تأثیر نامطلوب می‌گذارد. اینها می‌توانند افسردگی، استرس، انکار بیماری، یا انجام دادن رفتارهای نامناسب یا حتی خطرناک مرتبط با سلامتی را دربر داشته باشند.

در جدول ۲ چند نمونه از بیماری‌های پزشکی را منظور کرده‌ایم که ممکن است تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی قرار داشته باشند. مشخص کردن تعامل عوامل روان‌شناختی با بیماری‌های پزشکی، متخصصان سلامت را از نحوه‌ای که این دو تعامل می‌کنند، آگاه‌تر خواهد کرد. احتمالاً، بعد از اینکه متخصص بالینی این تعامل را مشخص می‌کند، می‌تواند به این مسائل رسیدگی و به بهبود بیماری پزشکی مراجع کمک کند.

جدول ۲ عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر تأثیر می‌گذارند

بیماری پزشکی	عامل روان‌شناختی احتمالی
فشار خون	استرس شغلی مزمن خطر فشار خون را افزایش می‌دهد.
آسم	اضطراب، نشانه‌های تنفسی فرد را تشدید می‌کند.
سرطان	انکار کردن نیاز به مداخله‌های جراحی.
دیابت	تمایل نداشتن به تغییر دادن سبک زندگی برای کنترل کردن سطح گلوکز یا کاهش دادن مصرف آن.
سردرد مزمن ناشی از تنش	ادامه یافتن استرس‌های مرتبط با خانواده که در بدتر شدن نشانه‌ها دخالت دارند.
بیماری قلبی - عروقی	امتناع از مراجعه به متخصص قلب برای ارزیابی با وجود ناراحتی در قفسه سینه.

مورد کوتاه

عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر تأثیر می‌گذارند

مایکل مدیر ۴۱ ساله یک فروشگاه زنجیره‌ای بزرگ است که اجناس ارزان قیمت می‌فروشد. او با وجود موفقیت، با افسردگی تهییجی دست‌به‌گریبان است که باعث می‌شود بیشتر اوقات احساس ناشکیبایی و تحریک‌پذیری کند. او می‌داند که مشکلات هیجانی‌اش با مسائل مربوط به والدینش ارتباط دارند، و از این واقعیت آزرده است که به‌طور مزمن از تنش درونی رنج می‌کشد که همیشه بخشی از شخصیت او بوده است. او که فرزند آخر در خانواده چهار فرزندی است، احساس می‌کند در دوران کودکی مجبور بوده «دو برابر» همشیره‌های خود برای جلب توجه و محبت والدینش تلاش کند. اکنون در بزرگسالی، گرفتار انگیزه موفقیت شده است که او را از لحاظ جسمانی بیمار می‌کند. او اغلب روزها سر دردها و دل‌دردهای شدید دارد، اما مایل نیست کمک پزشکی بگیرد، زیرا نمی‌خواهد از وقت محل کارش مایه بگذارد.

مفاهیم مرتبط برای آگاهی از عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر تأثیر می‌گذارند

اختلالات روانی، استرس، حالت‌های هیجانی، صفات شخصیت، و مهارت‌های مقابله‌گری نامناسب، عوامل روان‌شناختی هستند که می‌توانند بر سلامت جسمانی فرد تأثیر بگذارند. این طبقه از اختلالات به تعامل‌های پیچیده‌ای اشاره دارند که بیماری‌های روان‌شناختی و جسمانی می‌توانند بر یکدیگر تأثیر بگذارند.

استرس و مقابله‌گری

در حیطه روان‌شناسی، اصطلاح استرس به واکنش هیجانی ناخوشایندی اشاره دارد که هروقت فرد واقعه‌ای را تهدیدکننده درک کند، تجربه می‌شود. این واکنش هیجانی ممکن است بر انگیزش فیزیولوژیکی بیشتر را دربر داشته باشد که واکنش‌پذیری بیشتر سیستم عصبی سمپاتیک را منعکس می‌کند. **واقعه استرس‌زای زندگی** عامل استرس‌زایی است که زندگی فرد را مختل می‌کند. تلاش‌های فرد برای کاهش دادن استرس، **مقابله‌گری** نامیده می‌شود. وقتی مقابله‌گری ناموفق باشد، و استرس فروکش نکند، فرد برای مشکلات پزشکی یا روان‌شناختی که در نتیجه برانگیختگی فیزیولوژیکی مداوم ناشی از هیجانات منفی مزمن تجربه می‌شود، توجه بالینی می‌جوید.

چه نوع وقایعی به عنوان عوامل استرس‌زا واجد شرایط هستند؟ رایج‌ترین شیوه برای توصیف عوامل استرس‌زا، از طریق مقیاس‌های ارزیابی واقعه استرس‌زای زندگی است که برای کمی کردن میزان مواجهه فرد با تجربیاتی که می‌توانند سلامت او را تهدید کنند، ساخته شده‌اند. یکی از معروف‌ترین مقیاس‌های ارزیابی، مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی است (هولمز و راهه، ۱۹۶۷) که استرس زندگی را برحسب واحدهای تغییر زندگی ارزیابی می‌کند. پژوهشگران هنگام ساختن شاخص واحدهای تغییر زندگی، محاسبه کردند که تا چه اندازه‌ای هر نوع واقعه با بیماری جسمانی ارتباط دارد. منطق نهفته در پس این مقیاس این است که هرچه یک واقعه بیشتر باعث شود شرایط زندگی خود را تنظیم کنید، برای سلامت شما زیان‌آورتر است.

مقیاس‌های وقایع زندگی این امتیاز را دارند که پر کردن آنها نسبتاً راحت است و مجموعه‌ای از ملاک‌های عینی را ارائه می‌دهند که به ما امکان می‌دهد افراد را مقایسه کنیم. با این حال، کمی کردن استرس همیشه راحت نیست. شما و دوستان ممکن است هریک واقعه بالقوه

استرس‌زایی مانند دیر کردن برای کلاس را تجربه کنید، اما شما از این موقعیت خیلی بیشتر از دوستان نگران باشید. بنابراین، روز شما خیلی کمتر از روز دوستان خوشایند خواهد بود و اگر بارها دیر کنید، ممکن است در معرض خطر بیماری مرتبط با استرس قرار گیرید.

مدل شناختی استرس بر شیوه‌ای که شما وقایع را تعبیر می‌کنید، بیشتر از اینکه آیا واقعه معینی را تجربه کنید، تأکید می‌کند. مانند رویکرد شناختی در کل، مدل شناختی استرس فرض می‌کند که ارزیابی یک واقعه به عنوان استرس‌زا، تعیین می‌کند که آیا آن واقعه تأثیر منفی بر حالت هیجانی شما دارد. افراد نه تنها از نظر شیوه‌ای که وقایع را تعبیر می‌کنند تفاوت دارند، بلکه شرایط پیرامون آن واقعه نیز بر آنها تأثیر می‌گذارند. اگر استاد دوست شما حضور و غیاب نکند، اما استاد شما این کار را انجام دهد، این توضیح خواهد داد که چرا در مورد دیر کردن، استرس بیشتر از دوستان احساس می‌کنید.

به طوری که این مثال نشان می‌دهد، استرس در ذهن نظاره‌گر است. حتی یک واقعه نسبتاً جزئی، اگر آن را به صورت منفی تعبیر کنید، می‌تواند باعث شود احساس استرس کنید. مدل شناختی فرض می‌کند که این وقایع «کوچک» می‌توانند تأثیر بزرگ داشته باشند، به‌ویژه وقتی که در مدت کوتاهی ایجاد شده باشند. وقایعی که **گرفتاری** نامیده می‌شوند، وقتی به قدر کافی زیاد باشند، و آنها را به صورت منفی تعبیر کنید، می‌توانند تأثیرات مهمی بر سلامت داشته باشند. اگر فقط برای کلاس دیر نکرده باشید، بلکه با دوست خود جروب‌بحث کرده، به پای خود آسیب رسانده، قهوه خود را ریخته باشید، و برای رفتن به خانه اتوبوس را نیز از دست داده باشید، وقایع بالقوه استرس‌زای متعددی در یک بعدازظهر خواهید داشت که همچون فردی خواهید بود که واقعه زندگی «بزرگتری» مانند بیرون رفتن برای اولین قرار ملاقات دارد.

از جنبه مثبت، شما می‌توانید گرفتاری‌های خود را با آنچه پژوهشگران بهبود روحیه می‌خوانند، متعادل کنید - وقایعی که در مقیاس کوچک، احساس بهزیستی شما را تقویت می‌کنند. شاید وارد فیس‌بوک شوید و خوشامدگویی لذتبخشی را از همکلاسی دبیرستانی سابق خود ببایید. لبخندی که این خوشامدگویی بر چهره شما می‌آورد، می‌تواند مقداری از

گرفتاری‌هایی که را که به تازگی تجربه کرده‌اید، کاهش دهد. وقتی زندگی بهبود روحیه‌های کمی برای شما به بار می‌آورد، شگفت‌آور است، اما وقتی به بار نمی‌آورد، نیاز دارید روش‌های دیگری را برای کاهش دادن استرس از طریق مقابله‌گری بیابید تا سلامت روانی خود را حفظ کنید. دو روش اساسی مقابله‌گری عبارت‌اند از: **مقابله‌گری**

مشکل مدار و مقابله‌گری هیجان‌مدار (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در مقابله‌گری مشکل‌مدار، شما سعی می‌کنید استرس را با تغییر دادن هر چیزی که موقعیت را استرس‌زا می‌کند، کاهش دهید. اگر به دلیل اینکه اتوبوس پرجمعیت است و ۵ یا ۱۰ دقیقه دیرتر از معمول می‌رسد بارها برای کلاس دیر می‌کنید، در این صورت می‌توانید با سوار شدن به اتوبوسی که زودتر می‌رسد، مقابله کنید؛ حتی اگر این به معنای آن باشد که ۱۰ دقیقه زودتر از وقت معمول خود بیدار شوید. در مقابله‌گری هیجان‌مدار، شما موقعیت را تغییر نمی‌دهید، بلکه در عوض نحوه‌ای که آن را احساس می‌کنید، تغییر می‌دهید. شاید استاد شما اگر اندکی دیر کنید اهمیتی ندهد، پس لزومی ندارد که خیلی به خودتان سخت بگیرید. اجتناب راهکار متمرکز بر هیجان‌دیگری است. این روش مقابله‌گری شبیه مکانیزم دفاعی انکار است. به جای اینکه به تجربه استرس‌زا فکر کنید، صرفاً آن را از ذهن خود دور می‌کنید.

از این دو شیوه مقابله‌گری کدام یک بهتر است؟ پاسخ این است که بستگی دارد. افراد با برخی موقعیت‌ها از طریق مقابله‌گری مشکل‌مدار به‌طور مؤثرتری مقابله می‌کنند. در موقعیت‌های تغییرپذیر، بهتر است از مقابله‌گری مشکل‌مدار استفاده کنید. اگر به خاطر اینکه نمرات شما افت کرده‌اند تحت استرس هستید، به شما توصیه خواهد شد بکوشید با مطالعه بیشتر، این وضعیت را تغییر دهید. اگر به علت اینکه تلفن همراه خود را گم کرده‌اید و قطعاً نمی‌توانید آن را پیدا کنید دچار استرس شده‌اید، در این صورت بهتر است از مقابله‌گری هیجان‌مدار استفاده کنید؛ نظیر اینکه به خودتان بگویید در هر حال به مدل جدیدتر نیاز داشتید (و گام‌هایی را نیز برای مقابله‌گری مشکل‌مدار بردارید، نظیر اینکه تلفن همراه گمشده خود را مسدود کنید).

وقتی افراد بزرگتر می‌شوند، می‌توانند از راهبردهای مقابله‌گری استفاده کنند که به‌طور مؤثرتری استرس آنها را کاهش می‌دهند؛ شاید به این دلیل که بهتر می‌توانند هیجانات آمیخته‌ای را تحمل کنند که با تجربه کردن افت‌وخیزهای زندگی همراه‌اند (اشنایدر و استون، ۲۰۱۵). برای مثال، سگال، هوک، و کولیج^۱ (۲۰۰۱)، در مقایسه نمونه‌هایی از سالمندان ساکن جامعه و دانشجویان دوره کارشناسی، معلوم کردند که جوانان در راهبردهای مقابله‌گری کژکار تمرکز کردن روی هیجانات و تخلیه آنها، و مصرف الکل و مواد مخدر، نمرات بالاتری گرفتند.

در مقابل، سالمندان به احتمال بیشتری از کنترل تکانه و روی آوردن به مذهب به عنوان راهبردهای مقابله‌گری استفاده کردند.

شخصیت نیز در اینکه افراد چقدر استرس را در نتیجه مواجهه با عوامل استرس‌زای بالقوه تجربه کنند، تأثیر دارد. به طور کلی، افرادی که سطح بالای خوشبینی دارند، در برابر استرس انعطاف‌پذیرترند. شاید از تجربه خودتان به یاد بیاورید که اولین سال کالج با مقدار زیادی استرس، هم از لحاظ تحصیلی و هم اجتماعی، همراه بوده است. پژوهشگران با استفاده از مقیاس‌های خوشبینی و مواجهه با عوامل استرس‌زا، معلوم کردند که هر دو به طور مستقل سطح سلامت ذهنی را که دانشجویان کارشناسی هنگام انتقال به این محیط تحصیلی جدید گزارش دادند، پیش‌بینی کردند (یوویتا و آسیح، ۲۰۱۸).

عوامل اجتماعی - فرهنگی نیز در ایجاد و تشدید سطح استرس فرد نقش دارند. برای مثال، زندگی در محیط اجتماعی خشن که ایمنی فرد را تهدید می‌کند، برقراری روابط اجتماعی را مختل می‌سازد، و سطح بالای تعارض، بدرفتاری، و خشونت را دربر دارد، شرایطی است که با جایگاه اجتماعی - اقتصادی پایین مرتبط است. مواجهه مزمن با استرس چنین محیطی، می‌تواند به چند تغییر در هورمون‌ها بینجامد که در نهایت تأثیرات مخربی بر سلامت قلبی - عروقی دارند و با خطر ژنتیکی و فیزیولوژیکی فرد تعامل می‌کنند. به نظر می‌رسد که سلامت قلبی - عروقی و عملکرد سیستم ایمنی نسبت به میزان استرسی که فرد در نتیجه پایین‌تر بودن در جایگاه اجتماعی - اقتصادی تجربه می‌کند، حساس باشند. به نظر می‌رسد سیستم لیمبیک که میانجی پاسخ‌های فرد به استرس می‌شود، نقش مهمی در توجیه این ارتباط‌ها بین طبقه اجتماعی و سلامتی ایفا می‌کند (مک‌ایون و گیاناروس، ۲۰۱۰).

شواهد زیادی نقش استرس را در انواع بیماری‌های پزشکی از طریق تعامل آن با وضعیت و کارکرد ایمنی تأیید می‌کنند. واقعه استرس‌زا می‌تواند یک رشته واکنش‌ها را در بدن راه‌اندازی کند که مقاومت آن را در برابر بیماری پایین می‌آورند. این واکنش‌ها همچنین می‌توانند نشانه‌های اختلال جسمانی مزمن و مرتبط با استرس را تشدید کنند. شخصیت نیز در تأثیرگذاری بر سلامتی، با استرس تعامل می‌کند. تحقیقات در زمینه استرس محیط کار نشان می‌دهد افراد با گرایش زیاد به متعهد ساختن بیش از اندازه خودشان، تلاش بیشتر از آنچه پاداش می‌گیرند صرف کارشان می‌کنند که به نوبه خود، سلامت قلبی - عروقی نامناسب‌تری دارند (ادی و همکاران، ۲۰۱۷).



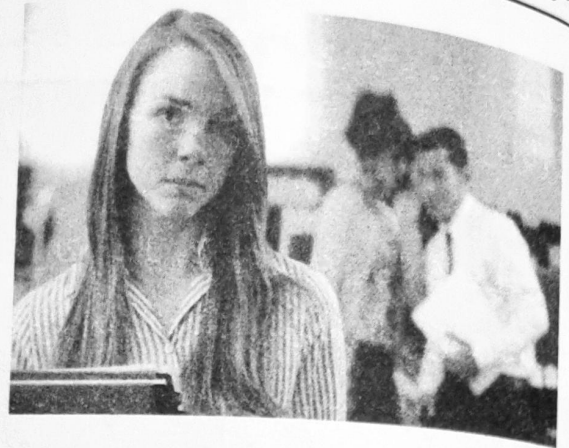
◀ مشکلات کنترل خشم این زن، رسیدگی به موقعیت‌های روزمره به شیوه منطقی و آرام را برای وی دشوار می‌کنند.

ابراز هیجان

مقابله‌گری با استرس، به وسیله کنترل کردن هیجانات منفی شما، یک راه برای کاهش دادن سطح استرس است. اما واقعی وجود دارند که ابراز هیجانات، حتی اگر منفی باشند، می‌تواند سلامت جسمانی و روانی شما را بهبود بخشد. در یک تحقیق کلاسیک، پژوهشگران از یک گروه دانشجوی سال اول کالج خواستند درباره تجربه وارد شدن به کالج که تجربه بسیار استرس‌زایی است، بنویسند. افراد گروه گواه درباره موضوعات سطحی نوشتند. آنهایی که درباره وارد شدن به کالج نوشتند، بیشتر از آزمودنی‌های گواه از دلتنگی موطن خود خبر دادند. با این حال، گرچه آنها هیجانات منفی بیشتری را تجربه کردند، کمتر به پزشک مراجعه نمودند و در پایان سال تحصیلی، از نظر معدل و تجربه کردن خلق مثبت، بهتر از آزمودنی‌های گواه بودند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که رویارویی با احساسات و افکار مرتبط با تجربه استرس‌زا، می‌تواند تأثیرات مثبت بلندمدت داشته باشد؛ با اینکه تأثیر اولیه چنین رویارویی ممکن است اخلاک‌گر باشد (پن‌بیکرو همکاران، ۱۹۹۰).

پن‌بیکر^۱ و همکارانش یافته‌های خود را به انواع جمعیت‌ها گسترش داده‌اند. در فراتحلیل ۱۴۶ تحقیق، معلوم شد افشاگری در افرادی که نگرانی‌های زیادی داشتند، تأثیر مثبت و چشمگیری داشت (فراتاریول، ۲۰۰۶). پژوهشگران معلوم کرده‌اند که نوشتن در سایت‌های رسانه اجتماعی، از جمله بلاگینگ^۲، تأثیرات مثبتی برای سلامت روانی دارد (کو، ۲۰۰۹).

با این حال، به خاطر داشته باشید گرچه فردی که این احساسات را ابراز می‌کند ممکن است احساس بهتری داشته باشد، فردی که به بازگو کردن ماجرای غم‌انگیز گوش می‌دهد ممکن است متحمل پیامدهای هیجانی منفی شود (کلاز و همکاران، ۲۰۱۵). این یکی از دلایلی



◀ شرایط در محل کار که استرس ایجاد می‌کنند، می‌توانند پیامدهای سلامت روان چشمگیری، مانند آزار و اذیت در محل کار داشته باشند.

است که افراد شاغل در حرفه‌های یاری‌رسانی ممکن است دچار خستگی مفرط شوند که «خستگی غمخواری» نیز نامیده می‌شود (وست، ۲۰۱۵).

سبک شخصیت

یکی از ارتباط‌ها بین شخصیت و سلامتی که تحقیق بسیار کاملی درباره آن شده است، الگوی رفتار تیپ A است - مجموعه‌ای از رفتارها که رقابت‌جویی، ناشکیبایی، بدبینی، مشکوک و متخاصم بودن نسبت به دیگران، و به راحتی تحریک شدن را شامل می‌شود (جدول ۳). افراد با الگوی رفتار تیپ A، سطح بالای برانگیختگی هیجانی را تجربه می‌کنند که فشار خون آنها را بالا می‌برد و سیستم عصبی سمپاتیک آنها را خیلی فعال می‌کند و آنها را در معرض خطر بیشتر حملات قلبی و سکته قرار می‌دهد. آنها نه تنها به دلیل اینکه بدنشان تحت استرس قرار دارد در معرض خطر هستند، بلکه سبک زندگی سخت‌کوشی و رقابت‌جویی آنها اغلب شامل رفتارهای پرمخاطره از جمله سیگار کشیدن، نوشیدن الکل زیاد، و ورزش نکردن می‌شود (مینوس و همکاران، ۲۰۱۰).

عامل خطر شخصیت دیگر برای بیماری قلبی، در بین افرادی وجود دارد که عاطفه افسرده نیرومندی را تجربه می‌کنند، ولی احساسات خود را مخفی نگه می‌دارند - این افراد به داشتن تیپ شخصیت D معروف هستند. شخصیت‌های تیپ D هیجاناتی مانند اضطراب، تحریک‌پذیری، و خلق افسرده را تجربه می‌کنند. علت اینکه این افراد در معرض خطر بیشتر برای بیماری قلبی قرار دارند این است که گرایش به تجربه کردن هیجانات منفی دارند و در عین حال، وقتی در موقعیت‌های اجتماعی هستند، جلوی ابراز این هیجانات را می‌گیرند. این افراد علاوه بر اینکه بیشتر در معرض خطر مریض شدن یا مردن در اثر بیماری قلبی قرار دارند، کیفیت زندگی پایین‌تری نیز دارند و از درمان‌های پزشکی، کمتر بهره‌مند می‌شوند. روان‌شناسان

تصور می‌کنند که ارتباط بین شخصیت و بیماری قلبی در این افراد، تا اندازه‌ای به علت پاسخ ایمنی معیوب به استرس است (دونولت و پدرسن، ۲۰۱۱).

اختلالات تجزیه‌ای و نشانه جسمانی: دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

گرچه اختلالاتی که در این فصل پوشش دادیم خیلی مجزا و متمایزند، ولی تعامل پیچیده بین ذهن و بدن، و تمایز بین نشانه‌های روانی «واقعی» و «ساختگی» را آشکار می‌سازند. ما همچنین نقش استرس را در اختلالات روانی و رابطه آن با بیماری‌های پزشکی و نشانه‌های جسمانی را بررسی کردیم.

زیست‌شناسی قطعاً در آسیب‌پذیرتر کردن برخی افراد در برابر اختلالات روانی و به‌ویژه این اختلالات، نقش دارد. امکان دارد فردی بیماری جسمانی معلوم یا تشخیص داده‌نشده‌ای داشته باشد که عوامل استرس‌زای خاصی بر آن تأثیر می‌گذارند که بعداً علائم مخصوص نشانه جسمانی و اختلال مربوط را راه‌اندازی می‌کنند. با این حال، نقش زیست‌شناسی هرچه باشد، توجیهات شناختی - رفتاری، رویکردهای مفیدی برای درمان فراهم می‌کنند.

به احتمال زیاد، ارتباط‌های ذهن - بدن که اساس این اختلالات را تشکیل می‌دهند، با تکامل DSM-5 بررسی دقیق‌تری خواهند شد. ارتباط‌های تاریخی بین این اختلالات به اصطلاح «روان رنجور» که به نظر می‌رسید شماری از بیماران فروید را مبتلا می‌کردند، ناپدید خواهند شد.

خلاصه

- این فصل سه مجموعه اختلالات را دربر داشت: اختلالات تجزیه‌ای، اختلالات نشانه جسمانی، و عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر تأثیر می‌گذارند. در هر یک از این اختلالات، بدن تعارض روان‌شناختی و استرس را به شیوه غیرعادی ابراز می‌کند.
- اختلالات تجزیه‌ای زمانی روی می‌دهند که به نظر می‌رسد ذهن انسان می‌تواند کارکردهای ذهنی را تجزیه یا جدا کند. انواع اصلی اختلالات تجزیه‌ای عبارت‌اند از: اختلال هویت تجزیه‌ای، یادزدودگی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، و اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت.
- در بین متخصصان سلامت روان، دیدگاه کلی درباره اختلالات تجزیه‌ای این است که نوعی واقعه آسیب‌زا باعث می‌شود افراد مبتلا به این اختلالات دستخوش شکاف تجربیات هشیار، خودپنداره، یا احساس پیوستگی در طول زمان شوند. با این حال، متخصصان بالینی در تشخیص و درمان فرد مبتلا به نشانه‌های تجزیه‌ای با تکلیف دشواری روبرو هستند.
- نشانه جسمانی و اختلالات مربوط مجموعه‌ای از اختلالات هستند که در آنها، نشانه‌های اصلی فرد آنچه را که او به صورت مشکلات جسمانی و / یا نگرانی‌ها از بیماری پزشکی تجربه می‌کند، شامل می‌شوند. اختلال اضطراب بیماری شامل ترس‌های اشتباه از واکنش‌های جسمانی عادی می‌شوند.
- ویژگی اصلی اختلال تبدیلی (اختلال نشانه عصبی کارکردی) این است که فرد تغییری را در کارکرد بدن تجربه می‌کند که ناشی از بیماری پزشکی اساسی نیست. تفاوت بین اختلال نشانه جسمانی و اختلال تبدیلی در این است که اولی نشانه‌های جسمانی متعدد و مکرر را به جای یک شکایت جسمانی تنها شامل می‌شود.
- اختلالات مرتبط با اختلالات نشانه جسمانی، تمارض و اختلال ساختگی را شامل می‌شوند.
- طبقه تشخیصی که به نام عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های پزشکی دیگر تأثیر می‌گذارند، اختلالاتی را شامل می‌شود که در آنها، بیماری جسمانی مراجع به صورت نامطلوبی تحت تأثیر یک یا چند حالت روان‌شناختی نظیر افسردگی، استرس، انکار بیماری، یا پرداختن به رفتارهای نامناسب یا حتی خطرناک مرتبط با سلامتی قرار می‌گیرد.

- اختلالات روانی، استرس، حالت‌های هیجانی، صفات شخصیت و مهارت‌های مقابله‌گری نامناسب، فقط برخی از عوامل روان‌شناختی هستند که می‌توانند بر بیماری‌های پزشکی فرد تأثیر بگذارند.
- مقابله‌گری می‌تواند به تنظیم هیجان اضطراب کمک کند و بنابراین، استرس را کاهش دهد. با این حال، مواقعی وجود دارند که ابراز هیجانات می‌تواند سلامت جسمانی و روانی را بهبود بخشد. رویارویی فعال با هیجاناتی که از واقعه ناراحت‌کننده یا آسیب‌زا پدیدار می‌شوند، می‌تواند منافع سلامتی بلندمدت داشته باشد.
- زیست‌شناسی قطعاً در آسیب‌پذیرتر کردن برخی افراد در برابر اختلالات روانی و به‌ویژه در این اختلالات نقش دارد. امکان دارد فردی بیماری جسمانی معلوم یا تشخیص داده‌نشده‌ای داشته باشد که تحت تأثیر برخی وقایع استرس‌زای زندگی قرار داشته باشد که نشانه‌های اختلال نشانه جسمانی را راه‌اندازی می‌کنند. توجیهات شناختی - رفتاری، روش‌های مفیدی را برای درمان فراهم می‌آورند.