

### اختلالات شبه جسمی

اصطلاح شبه جسمی (SOMATIFORM) از کلمه یونانی soma به معنی "بدن" گرفته شده است. اختلالات شبه جسمی گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مؤلفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهند. این اختلالات در برگزیده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آنها مغز، از راههایی که هنوز شناخته نشده است، پیامهای مختلفی ارسال می‌کند که بر آگاهی فرد تأثیر می‌گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می‌دهد. به علاوه مکانیسم‌های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیرقابل شناسایی در شیمی عصبی، فیزیولوژی عصبی و ایمنی شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری می‌شوند. پنج اختلال شبه جسمی خاص شناخته شده است.

- 1- اختلال جسمانی کردن که وجه مشخصه آن شکایات جسمانی متعددی است که با دستگاه‌های عضوی مختلفی مرتبط هستند.
- 2- اختلال تبدیلی که با یک یا دو شکایت عصبی مشخص می‌شود.
- 3- خود بیمارانگاری که بیشتر با باور بیماران به داشتن بیماری خاصی مشخص می‌شود تا تمرکز روی علائم.
- 4- اختلال بدریختی بدن، باور غلط یا مبالغه آمیزی است مبنی بر ناقص بودن بخشی از بدن
- 5- اختلال درد، عبارتست از نشانه‌هایی از درد که به طور کامل با عوامل روانی مرتبط هستند یا بر اثر این عوامل تشدید می‌شوند.

### اختلال تبدیلی conversion

اختلال تبدیلی نوعی آشفتگی در کارکردهای جسمی است که با مفاهیم کنونی مربوط به آناتومی و فیزیولوژی دستگاه‌های عصبی مرکزی یا محیطی مطابقت نمی‌کند. این اختلال نوعاً در زمینه استرس رخ می‌دهد و کژکاری قابل ملاحظه‌ای به بار می‌آورد. اختلال تبدیلی عبارت است از یک یا چند نشانه عصبی (مثلاً فلج، کوری و پارستیزی) که با یک اختلال طبی یا عصبی شناخته شده قابل توجه نیست. به علاوه تشخیص این اختلال ایجاب می‌کند که عوامل روانشناختی با شروع یا تشدید علائم ارتباط داشته باشند. تشخیص اختلال تبدیلی مختص نشانه‌هایی است که بر حرکت ارادی یا کارکرد حسی تأثیر می‌گذارد، یعنی نشانه‌های عصبی که پزشک نمی‌تواند نشانه‌های عصبی مذکور را صرفاً براساس یک اختلال عصبی شناخته شده توجیه کند.

نشانه‌های حسی: در اختلال تبدیلی، بی‌حسی و پارستیزی بخصوص در اندام‌ها شایع است.

نشانه‌های اختلال تبدیلی ممکن است، اندام‌های حسی ویژه را درگیر کند و سبب کوری و دید تونلی گردد. این علائم ممکن است یک طرفه یا دوطرفه باشند ولی ارزیابی عصبی سالم بودن راه‌های حسی را نشان می‌دهد. برای مثال در کوری تبدیلی، بیمار بدون برخورد با اشیای اطرافش یا آسیب رساندن به خود راه می‌رود. مردمک‌هایش نسبت به نور واکنش نشان می‌دهد و پتانسیل‌های فراخوانده قشر مخش طبیعی است.

نشانه‌های حرکتی: نشانه‌های حرکتی مشتعلند بر حرکات غیرطبیعی، اختلال در راه رفتن، ضعف و فلج، لرزش‌های موزون آشکار، حرکات کره‌ای، تیک و حرکات پرتابی نیز ممکن است مشاهده شود. کلاً هنگام توجه به این حرکات شدت آنها بیشتر می‌شود.

یک نوع اختلال راه رفتن در اختلال تبدیلی دیده می‌شود که نایستی-بدگامی نام دارد و شامل تلو تلو خوردن، حرکات پرتابی خشن و نامنظم تنه و حرکات موجی دست‌ها است. چنین بیمارانی بندرت روی زمین می‌افتند و اگر هم بیفتند معمولاً آسیبی نمی‌بینند.

سایر اختلالات حرکتی شایع عبارتند از: فلج و ضعف که ممکن است یک، دو یا هر چهار اندام را گرفتار کند، هرچند توزیع عضلات درگیر با راه‌های عصبی هماهنگ نیست.

تشنج‌های کاذب نشانه دیگری در اختلال تبدیلی است.

نشانه‌های روانشناختی مختلفی با اختلال تبدیلی همراه هستند مانند:

بی‌تفاوتی زیبا. این اصطلاح به نگرش جسورانه و نامتناسب بیمار نسبت به نشان‌های جدی اطلاق می‌شود، یعنی به نظر می‌رسد بیمار در این حالت نسبت به آنچه که اختلالی مهم محسوب می‌شود بی‌اعتناست. با این حال این بی‌اعتنایی آرام ممکن است در برخی بیماران دیده نشود.

همانندسازی: بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی ممکن است به طور ناخودآگاه نشانه‌هایشان را از افراد مهم زندگی‌شان الگوبرداری کرده باشند. برای مثال پدر، مادر یا شخصی که اخیراً فوت کرده است، ممکن است به صورت الگویی برای اختلال تبدیلی بازمندگان درآید. در جریان واکنش سوگ بیمارگونه، بازمندگان به طور شایعی دچار علائم فرد فوت شده می‌شوند.

### روشهای درمان بیماری

نشانه‌های اختلال تبدیلی معمولاً خودبه‌خود برطرف می‌شوند گرچه احتمالاً روان‌درمانی حمایتی یا رفتاری رفع آنها را تسهیل می‌کند. در مورد بیمارانی که نسبت به موضوع روان‌درمانی مقاوم هستند، درمانگر ممکن است روان‌درمانی معطوف بر مسائل استرس و مدارا را پیشنهاد نماید.

هیپنوتیزم، داروهای ضد اضطراب و تمرینات آرامش رفتاری و تمدد عضلانی در برخی موارد مؤثرند.

رویکردهای روان‌پویشی مشتعلند بر، روان‌کاوی و روان‌درمانی بینش‌گرا که در آنها بیمار به جستجوی تعارضات درون روانی خود و نمادگری نشانه‌های اختلال تبدیلی می‌پردازد.

### اختلال جسمانی کردن

وجه مشخصه اختلال جسمانی کردن، علائم جسمی متعددی است که با معاینات جسمانی و بررسی‌های آزمایشگاهی کافی قابل توجیه نیستند. این اختلال معمولاً پیش از سن 30 سالگی شروع می‌شود ولی ممکن است برای سالها ادامه یابد و با ترکیبی از درد، نشانه‌های گوارشی، جنسی و عصبی کاذب مشخص می‌شود. تفاوت اختلال جسمانی کردن با سایر اختلالات شبه جسمی در تعداد شکایات و دستگاه‌های متعدد (مثلاً گوارش و اعصاب) درگیر در این اختلال است. این اختلال مزمن است و با ناراحتی روانشناختی قابل ملاحظه، اختلال در عملکرد اجتماعی-شغلی و جستجوی افراطی برای کمک طبی همراه است.

اختلال جسمانی کردن را از زمان مصر باستان می‌شناختند. نام اولیه این اختلال، هیستری بود. اختلالی که اشتباهاً تصور می‌شد فقط زنان را مبتلا می‌کند.

تشخیص اختلال جسمانی کردن مستلزم آن است که نشانه‌ها پیش از سن 30 سالگی شروع شوند. در سیر اختلال بیمار بایستی حداقل از چهار نشانه دردناک؛ دو نشانه گوارشی، یک نشانه جنسی و یک نشانه شبه عصبی شاکتی باشد که هیچیک از آنها با معاینات جسمی و بررسی‌های آزمایشگاهی، به طور کامل قابل توجیه نباشند.

مبتلایان شکایات جسمی متعدد و سابقه طبی طولانی و پیچیده‌ای دارند. تهوع و استفراغ، اشکال در بلع، احساس درد در دست و پا، کوتاهی تنفس بدون ارتباط با فعالیت، فراموشی، عوارض حاملگی و قاعدگی از جمله شایعترین نشانه‌های این اختلال هستند. این افراد اغلب معتقدند که تمام عمر بیمار بوده‌اند. علائم عصبی کاذب احتمال وجود یک اختلال عصبی را مطرح می‌کنند. این

علايم عبارتند از: اختلال هماهنگي يا تعادل، فلج يا ضعف موضعي، اشكال در بلع يا احساس وجود توده در گلو، آفوني، احتباس ادرار، توهم، از بين رفتن حس لمس يا درد، دوبيني، كوري، كري، تشنج يا از دست دادن هوشيارى كه ناشى از غش نباشد.

ناراحتى روانشناختى و مشكلات بين فردى بارز هستند؛ اضطراب و افسردگى شايعترين حالات روانپزشكى در اين بيماران است. تهديد به خودكشى شايع است ولي اقدام به آن نادر مى باشد. اگر خودكشى واقع شود اغلب همراه با سوءمصرف مواد ديده مى شود. سابقه طبي بيماران اغلب پرحاشيه، مبهم، غيردقيق، متناقض و آشفته است. بيماران به طور كلاسيك شكايات خود را به گونه اى نامايشى، هيچانى، مبالغه آميز و با زباني پرآب وتاب بيان مى كنند. آنها ممكن است مراحل زمانى سابقه خود را با هم اشتباه كنند و نمى توانند به طور واضح نشانه هاى فعلى خود را از نشانه هاى قبلى تميز دهند. مبتلايان مونث ممكن است به شكلى نامايشى و خودنما لباس بپوشند. اينان ممكن است وابسته به خود، خودمحور تشنه تمجيد و تعريف و استاد در بازي دادن ديگران به نظر آيند.

### روشهای درمان بيماری

#### روان درمانی:

درمان بيماران مبتلا به اختلال جسمانى كردن وقتى بهتر انجام مى شود كه يك پزشك مسئول مراقبت هاى اوليه بيمار باشد. وقتى بيش از يك پزشك درگير درمان باشد، بيمار فرصت بيشترى براى ابراز شكايات هاى جسمى دارد.

روان درمانى، هم فردى و هم گروهى، در درمان اين اختلال به كار مى رود. در جريان روان درمانى به بيمار كمك مى شود تا با نشانه هايش كنار بيايد، هيچانات پنهان خود را ابراز كند و راهبردهاى ديگرى براى ابراز احساساتش پيدا كند.

04

### خود بيمار انگاری

اشتغال ذهنى بيمار با ترس از بيمار شدن يا اعتقاد وي مبنى بر ابتلا به يك بيمارى جدي را خودبيمارانگارى گويند.

اين ترس يا اعتقاد هنگامى ايجاد مى شود كه بيمار نشانه ها يا كاركردهاى بدنى را اشتباه تفسير كند.

اصطلاح خودبيمارانگارى از اصطلاح طبي قديمى هيپوكوندريوم مشتق شده است كه به معنای زير دنده ها است و نشان دهنده شكايات شكمي شايع در بسيارى از بيماران مبتلا است. اين اختلال ناشى از تعابير غيرواقعى يا نادرست بيمار از نشانه ها يا احساس جسمى است، هرچند علل طبي شناخته شده اى براى آنها نتوان يافت. اشتغال ذهنى بيمار سبب ناراحتى قابل ملاحظه وي و اختلال توانايى عملكرد در نقش هاى شخصى، اجتماعى و شغلى مى شود.

ملاك هاى تشخيصى براى اين بيمارى ايجاب مى كند كه بيمار با اعتقادى غلط مبنى بر ابتلا به يك بيمارى جدي اشتغال ذهنى داشته باشد و اين باور غلط برپايه سوءتعبير علايم يا احساس هاى جسمانى مبتنى است. اين باور اشتباه بايد حداقل 6 ماه، على رغم فقدان يافته هاى پاتولوژيك در معيانات طبي و عصبى، دوام داشته باشد. ملك هاى تشخيصى همچنين قيد مى كند كه اين اعتقاد غلط به شدت يك هذيان نوده و محدود به ناراحتى درمورد ظاهر شخص نيست. درعين حال نشانه هاى خودبيمارانگارى بايد به شدت باشد كه سبب ناراحتى هيچانى بيمار شود يا توانايى بيمار را در كارکرد حوزه هاى مهم زندگيش مختل كند. بالينگر ممكن است وجود بينش ضعيف را در اين بيماران تشخيص دهد، بيمار به طور ثابت افراطى بودن نگرانى هايش را تشخيص نمى دهد.

مبتلايان معتقدند، كه دچار يك بيمار جدي هستند كه هنوز تشخيص داده نشده است و نمى توان آنها را به قبول خلاف اين موضوع قانع كرد. آنها ممكن است درطول زمان همچنان معتقد باشند كه به بيمارى خاصى مبتلايند يا با گذشت زمان فكر كنند كه به بيمارى ديگرى مبتلا شده اند. اعتقاد آنها به وجود بيمارى، على رغم نتايج منفي آزمايشات، سيرخوش خيم بيمارى مزمن در طول زمان و اطمينان بخشى مناسب از سوي پزشكان همچنان ادامه مى يابد. با اين حال اعتقاد آنها به اندازه باور هذيانى ثابت نيست. خودبيمارانگارى اغلب با افسردگى و اضطراب همراه است و غالباً با يك اختلال افسردگى يا اضطرابى توأم ديده مى شود.

### روشهای درمان بيماری

#### روان درمانی:

بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری معمولاً نسبت به درمان روانپزشکی مقاومند. اما برخی از آنها درمان روانپزشکی را به شرطی می پذیرند که در بخش غیرروانپزشکی و با تمرکز بر کاهش استرس و آموزش مدارا با بيمارى مزمن به عمل آيد.

در اين بيماران روان درمانى غالباً سودمند است زيرا اين نوع درمان تعامل و حمايتى اجتماعى فراهم مى كند كه اضطرابشان را کاهش مى دهد.

ساير شكل هاى روان درمانى، نظير روان درمانى فردى بينش گرا، رفتار درمانى، شناخت درمانى و هيپنوتيزم نيز ممكن است مفيد باشند.

05

### اختلال بدريختی بدن

بیماران مبتلا به اختلال بدريختی بدن، احساس ذهنی مداومی درباره زشت بودن برخی از جنبه های ظاهر یا چهره خود دارند، علی رغم این که ظاهر آنها طبیعی یا تقریباً طبیعی است. اساس این اختلال باور یا ترس قوی بیمار است از این که ظاهر جذابی ندارد یا حتی نفرت انگیز و مشتملکننده است. این ترس را به ندرت می توان با اطمینان بخشیدن به بیمار یا تعریف و تمجید از او برطرف کرد، هرچند که مبتلايان نوعاً چهره و ظاهري كاملاً طبيعى دارند.

اختلال بدريختى بدن به خوبى مورد مطالعه قرار نگرفته است زيرا اين بيماران بيشتر به متخصص پوست، داخلى يا جراحان پلاستيك مراجعه مى كنند تا روانپزشكان. يك مطالعه روى گروهى از دانشجويان كالج نشان داد كه بيش از 50 درصد آنها حداقل يك نوع اشتغال ذهنى به جنبه خاصى از ظاهرشان داشتند و اين نگرانى در حدود 25 درصد اين دانشجويان، اثرات تقريباً چشمگيرى بر احساسات و كاركردهاى آنها داشت.

شايعترين نگرانى ها به عيب هاى صورت، بخصوص معايب اجزاي خاص بدن (مثل بينى) مربوط مى شود. گاهى نگرانى مبهم و فهم آن دشوار است، مانند نگرانى مفرط درمورد چانه اى "مچاله". در يك مطالعه معلوم شد بيماران در سير اختلال خود به طور متوسط درمورد چهار ناحيه بدن نگرانى هاىي دارند. قسمتهاى ديگر بدن كه مايه نگرانى هستند عبارتند از: موها، پستان و اعضاي تناسلى. يك گونه پيشنهادهى از اختلال بدشكلى بدن در مردان، ميل به بزرگ شدن هيكل و به دست آوردن عضلاتى بزرگ است. اين حالت مى تواند در زندگى معمولى، حفظ شغل يا سلامتى فرد اختلال ايجاد كند. در جريان ابتلاى بيمار به اختلال مزبور قسمت هاى موردنظر ممكن است تغيير يابند. نشانه هاى شايع همراه عبارتند از: باور يا هذيان واضح انتساب (معمولاً درمورد توجه ديگران به عيب ادعاى بدن اجتناب از آينه و سطوح شفاف يا برعكس نگاه كردن بيش از حد در آينه و كوشش براى پنهان كردن نقص فرضى (با آرايش يا لباس). اثرات بيمارى بر زندگى بيمار مى تواند چشمگير باشد، تقريباً همه بيماران مبتلا از رويارويى اجتماعى و شغلى دورى مى جويند تا يك سوم بيماران خانه نشين مى شوند زيرا نگرانند كه بخاطر نقايب ادعاىي مسخره شوند و تا يك پنجم آنها اقدام به خودكشى مى كنند. همچنان كه بيشتر اشاره شد همراهِ اختلالات اضطرابى و اختلال افسردگى با اين اختلال شايع است. و بيماران همچنين ممكن است صفات اختلالات شخصيت وسواس فكري- عملى، اسكيژوتيد و خودشيفته را دارا باشند.

### روشهای درمان بيماری

#### دارودرمانی:

درمان اختلال بدريختى بدن از طريق روش هاى جراحى، درماتولوژيك، دندانبپزشكى و ساير روش هاى طبي به منظور رفع نقص هاى ادعاىي تقريباً بدون استئنا ناموفق است. هرچند گزارش شده كه داروهاى سه حلقه اى، مهاركننده هاى منوآمين اكسيداز و پيموزايد (orap) درموارد منفردى موثر بوده اند اما شواهد بيشتر حاكى از آن است كه داروهاى مختص سروتونين- مثلاً كلومى پرامين و فلوئوكستين، حداقل در 50 درصد بيماران در کاهش نشانه ها موثر هستند. اگر بيمار دچار اختلال روانى ديگرى نيز مانند اختلال افسردگى يا اضطراب باشد، اختلال همراه بايد با دارو درمانى مناسب درمان شود.

**اختلال درد**

طبق تعریف DSM-IV-TR، اختلال درد عبارت است از وجود دردی که مرکز اصلی توجه بالینی است. عوامل روانشناختی نقش مهمی در این اختلال به عهده دارند. نشانه اولیه این اختلال، احساس درد در یک یا چند نقطه بدن است و این درد با اختلالات غیرروانی طبی یا عصبی به طور کامل قابل توجیه نیست. درد با ناراحتی های هیجانی و اختلال عملکردی همراه است. این اختلال قبلاً اختلال درد شبه جسمی، درد روانزاد، درد ناشناخته (ایدیوپاتیک) و درد ناجور (آتیبیک) نامیده می شد. اختلال درد در زنان دو برابر مردان تشخیص داده می شود.

ملاک های تشخیصی برای اختلال درد مستلزم وجود شکایت های بالینی قابل ملاحظه می باشد. شکایت های درد باید تحت تاثیر چشمگیر عوامل روان شناختی ارزیابی شوند و نشانه ها می بایست سبب اختلال کارکردی (مثلاً در زمینه های شغلی یا اجتماعی) و ناراحتی هیجانی قابل ملاحظه در بیمار شوند.

بیماران مبتلا به اختلال درد یک گروه همشکل را تشکیل نمی دهند بلکه برعکس مجموعه ای از بیماران ناهمگون با دردهای مختلف نظیر کمردرد، سردرد، درد ناجور (آتیبیک) درد صورت، درد مزمن لگن و دیگر انواع درد هستند. درد بیمار ممکن است عصبی، درمانزاد (پاتروژنیک)، عضلانی-اسکلتی، نوروپاتیک یا متعاقب ضربه باشد. با این حال برای تشخیص اختلال درد باید عوامل روان شناختی وجود داشته باشند که در ایجاد نشانه های درد و انتشار آن نقش عمده ای داشته باشند. بیماران دچار اختلال درد اغلب سابقه ای طولانی از مراقبت طبی و جراحی داشته اند. آنها پزشکان زیادی را ملاقات می کنند، درخواست داروهای متعددی می نمایند و ممکن است مصراغه خواستار جراحی باشند. درواقع این بیماران کاملاً به دردشان اشتغال ذهنی دارند و آن را عامل همه بدبختی های خود می دانند. اینان اغلب می پندارند که ناراحتی شان علت دیگری ندارد و اصرار دارند که زندگیشان منهای درد لذتبخش است.

**روشهای درمان بیماری****روان درمانی:**

پسخوراند زیستی ممکن است در درمان اختلال درد، به خصوص در میگرن، دردهای عضله، نیام عضله و حالات تنش عضلات مانند سردردهای تنشی موثر باشد. هیپنوتیزم، تحریک عصب از طریق پوست و تحریک ستون پشتی نخاع هم ممکن است مفید باشد. گاهی لازم است بیمار را از محیط عادی جدا کنیم و او را با یک برنامه جامع کنترل درد بستری کنیم یا در یک درمانگاه ویژه به صورت سرپایی تحت درمان قرار دهیم.

واحدهای چند رشته ای درمان درد از وجوه متعددی از جمله؛ درمان های شناختی- رفتاری، و گروه درمانی استفاده می کنند.