



اختلالات جسمی و اختلالات مرتبط

اختلالات جسمی و اختلالات مرتبط



• این طبقه شامل تشخیص های زیر است:

اختلال ساختگی

اختلال علامت عصبی
کارکردی (اختلال تبدیلی)

اختلال اضطراب
بیماری

اختلال علامت
جسمی

اختلال نامعین علامت جسمی
و اختلالات مرتبط

اختلال معین علائم جسمی و
اختلالات مرتبط دیگر

عوامل روان شناختی مؤثر بر
بیماری های طبی دیگر



اختلال علامت جسمی



اختلال علامت جسمی

- تشخیص اصلی در این طبقه تشخیصی یعنی اختلال علامت جسمی، بر وجود علائم و نشانه‌های مثبت (علائم جسمی ناراحت کننده به علاوه افکار، احساسات و رفتار غیر طبیعی در واکنش به این علائم) بیشتر تأکید دارد تا نبود یک علت طبی برای علائم جسمی.
- ویژگی مشخص بسیاری از افراد دارای این اختلال شیوه بروز و تفسیر آن علائم است. لحاظ نمودن توضیح عناصر عاطفی، شناختی و رفتاری در ملاک‌های اختلال علامت جسمی تصویر جامع تر و دقیق تری از نمای بالینی واقعی به دست می دهد تا آنچه فقط از ارزیابی شکایت‌های جسمی حاصل میشود.

ملاک‌های تشخیصی

A- وجود یک یا تعداد بیشتری نشانه جسمانی که ناراحت کننده هستند یا به اختلال قابل ملاحظه در زندگی روزمره منجر میشوند.

B- افکار، احساسات یا رفتارهای مفرط مرتبط با نشانه های جسمانی یا نگرانی هایی در ارتباط با سلامتی که حداقل با یکی از موارد زیر آشکار میشوند:

1. افکار بی تناسب و مداوم درباره جدی بودن نشانه های خویش

2. سطح بالای اضطراب مداوم درباره سلامتی یا نشانه ها

3. وقت و انرژی بیش از حد صرف این نشانه ها یا نگرانیها درباره سلامتی میشود.

C- گرچه هر یک از نشانه های جسمانی ممکن است همواره وجود نداشته باشد، اما حالت بیمار بودن مداوم است (معمولاً بیش از ۶ ماه)

- مشخص کنید اگر:

با علامت عمده درد (قبلا اختلال درد نام داشت) این شاخص مربوط به افرادی است که علائم جسمی مشخص آنها عمدتاً درد است.

- مشخص کنید اگر:

پایدار: یک سیر پایدار با علائم شدید، تخریب قابل توجه و دوره طولانی (بیش از ۶ ماه) مشخص می شود.

- شدت فعلی را مشخص کنید:

خفیف: فقط یکی از علائمی که درملاک B وجود دارد.

متوسط: دو یا چند علامت از ملاک B وجود دارد.

شدید: دو یا چند علامت از ملاک B وجود دارد و اضافه بر آن شکایات متعدد جسمی و یا یک علامت جسمی بسیار شدید موجود است.

شیوع

شیوع اختلال سوماتیک سمپتوم در جمعیت بزرگسال ۵ الی ۷ درصد است. شیوع اختلال سوماتیک سمپتوم در **زنان** بیش از مردان است.

بروز و سیر

سیر اختلال علامت جسمی مزمن و نوسان دار بوده و تحت تأثیر تعداد علائم، سن فرد، سطح تخریب و هرنوع هم ابتلایی قرار دارد. سیر همچنین تحت تأثیر صفات شخصیتی نیز قرار دارد اگر اجتناب از صدمه کم و همکاری بیشتر باشد فرد در مدت کوتاه تری به فروکش می رسد.

در کودکان شایع ترین علائم دل درد ، سردرد ، احساس خستگی و تهوع است.

اختلال علامت جسمی در ممکن است در بزرگسالان مسن تر کمتر تشخیص داده شود به این دلیل که علائم جسمی خاص مثل درد و خستگی به عنوان بخشی از پیری طبیعی در نظر گرفته میشوند.

سبب شناسی اختلالات سوماتیک سمپتوم

نظریه سایکودینامیک پدیده «خروج از بحران» یا حل و فصل مناقشه را در درمان اختلالات سوماتیک سمپتوم مطرح میسازد. نظریه سایکودینامیک معتقد است که تعارضها یا کشمکش های درونی اضطراب و خاطرات عذاب آور واپس رانده میشوند و به صورت سمپتوم های جسمی تجلی می یابند و منجر به اختلالات سوماتیک سمپتوم میگردند.

در پدیده خروج از بحران سعی میشود که تعارضات، افکار و خاطرات واپس رانده شده به سطح هوشیاری آورده شده و حل گردند. باید توجه داشت که اختلالات سوماتیک سمپتوم نسبت به درمانهای سایکودینامیک مثل خروج از بحران بسیار مقاوم هستند؛ زیرا درمانجویان بر این باورند که مشکل آنها جسمی است و فاقد مشکل روانی هستند.

درمان اختلالات سوماتیک سمپتوم

- یکی از مؤثرترین درمانها برای اختلالات سوماتیک سمپتوم درمانهای رفتاری هستند. همچنین، درمانهای شناختی - رفتاری میتوانند در درمان به ویژه اضطراب بیماری و اختلال سوماتیک سمپتوم با درد غالب مؤثر واقع شوند.
- در اختلالات سوماتیک سمپتوم عناصر رفتاری وجود دارد و درمانهای رفتاری میتواند در بهبود این اختلالات مؤثر باشند.
- دو عنصر رفتاری بارزی که در اختلالات سوماتیک سمپتوم وجود دارند عبارت اند از:
 - (1) این اختلالات باعث جلب توجه میشوند، لذا سمپتوم های آن چون منجر به پاداش (جلب توجه) شده اند تقویت میشوند.
 - (2) چک کردن دائمی و مکرر وضعیت جسمانی و جستجوی علائم فیزیکی بیماری در این اختلالات به صورت عادت درآمده اند.
- در درمان اختلالات سوماتیک سمپتوم به اطرافیان فرد مبتلا توصیه می شود که به علائم اختلال سوماتیک سمپتوم بی توجهی نمایند تا این علائم از بین بروند. همچنین با تکنیک هایی نظیر ریلکسیشن و مدیریت استرس رفتاری سعی میشود تا از میزان اضطراب فرد کاسته شود.

خطر خودکشی

اختلال علامت جسمی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی رابطه دارد و احتمالاً به این صورت است که افکار و رفتارهای خودکشی تا حدودی به وسیله همپوشی تشخیصی و هم ابتلایی مکرر اختلال علامت جسمی و اختلالهای افسردگی قابل توضیح هستند.

درمان دارویی اختلالات سوماتیک سمپتوم

افسردگی و اضطراب به شدت با اختلال علامت جسمی هم ابتلایی دارند.

دارو درمانی با داروهای آنتی دپرسانت (ضد افسردگی) و ضد اضطراب، در کاهش سمپتوم های اختلالات سوماتیک سمپتوم نیز موثر است.

عوامل خطر

صفت شخصیتی حالت عاطفی منفی (روان رنجور خوئی) عامل خطر برای اختلال سوماتیک سمپتوم است. با توجه به اینکه روان رنجور خوئی اصلی ترین عامل خطر برای افسردگی و اضطراب است، اختلالات افسردگی و اضطراب به صورت همایند با اختلال سوماتیک سمپتوم بروز می نمایند.

اختلال سوماتیک سمپتوم در طبقه اقتصادی - اجتماعی پایین و تحصیلات پایین ، شایع تر است
معمولاً قبل از بروز اختلال سوماتیک سمپتوم فرد یک **رویداد تنش زا** را تجربه می نماید.

تشخیص افتراقی

- عوامل روان شناختی مؤثر بر بیماریهای طبی دیگر
- اختلال پانیک
- اختلال علامت عصبی کارکردی (اختلال تبدیلی)
- اختلال هذیانی
- اختلال اضطراب فراگیر
- اختلال بدریخت انگاری بدن
- اختلالات افسردگی
- اختلال وسواسی- جبری.
- اختلال ساختگی و تمارض
- اختلال اضطراب بیماری

تشخیص افتراقی

در صورتی که علائم جسمی متناسب با اختلال روانی دیگر (مثل اختلال پانیک) باشد و ملاکهای تشخیصی آن اختلال هم احراز شود، آن گاه آن بیماری روانی به عنوان تشخیص جایگزین با یک تشخیص اضافی همراه باید در نظر گرفته شود. اگر، همان طور که معمولاً رخ می دهد هم ملاکهای اختلال علائم جسمی موجود باشد و هم اختلال روانی دیگری وجود داشته باشد، آن گاه هر دو را باید کدگذاری کرد؛ زیرا هر دو ممکن است نیاز به درمان داشته باشند .

تشخیص افتراقی

- سایر بیماری های طبی

عواملی که افراد دارای اختلال علامت جسمی را از افراد دارای بیماریهای طبی عمومی به تنهایی تفکیک میکنند شامل موارد زیر هستند: بی اثر بودن ضد دردها، سابقه اختلالهای روانی، نامشخص بودن عوامل تحریک کننده و تسکین دهنده، استمرار بدون وقفه، استرس.

تشخیص افتراقی

• عوامل روان شناختی مؤثر بر بیماریهای طبی دیگر

تشخیص اختلال علامت جسمی مستلزم علائم جسمی ناراحت کننده یا تخریب کننده است که ممکن است مرتبط با یک بیماری طبی دیگر باشد یا نباشد، اما باید همراه با افکار احساسها یا رفتارهای شدید یا نامتناسب در رابطه با این علائم جسمی با نگرانی های مربوط به سلامت باشد.

در مقابل تشخیص عوامل روان شناختی مؤثر بر بیماری های طبی دیگر مستلزم وجود یک بیماری طبی است؛ به همین ترتیب وجود عوامل روان شناختی که تأثیری منفی بر سیر آن بیماری می گذارند یا در درمان آن مداخله می کنند، ضروری است.

تشخیص افتراقی

• اختلال اضطراب فراگیر

افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در مورد حوادث موقعیت ها و فعالیت های متعددی نگرانی دارند که فقط یکی از آنها ممکن است سلامتی خود باشد. کانون اصلی اختلال معمولاً علائم جسمی یا ترس از بیماری بدان گونه که در اختلال علامت جسمی وجود دارد نیست.

تشخیص افتراقی

• اختلال پانیک (وحشت زدگی)

در اختلال پانیک، علائم جسمی و اضطراب در مورد سلامتی به صورت حملات حاد بروز می کنند در حالی که این علائم در اختلال علامت جسمی مستمرند.

تشخیص افتراقی

- اختلالات افسردگی

اختلالات افسردگی به شکل شایعی با علائم جسمی مثل خستگی، سردرد یا دردهای مفصلی، شکمی و سایر دردها همراه اند.

با وجود این، وجه افتراق اختلالات افسردگی از اختلال علامت جسمی وجود خلق افسرده و در مورد اختلال افسردگی اساسی، خلق پایین با کاهش علاقه یا لذت نسبت به فعالیت ها است.

تشخیص افتراقی

- اختلال اضطراب بیماری

در صورتی که کسی بدون علائم جسمی یا با علائم جسمی جزئی اضطراب مفرطی در مورد سلامتی خود داشته باشد، اختلال اضطراب بیماری تشخیص مناسبتری به حساب می آید.

تشخیص افتراقی

- اختلال علامت عصبی کارکردی (اختلال تبدیلی)

در اختلال علامت عصبی کارکردی، علامت موجود از دست دادن عملکرد (مثلاً یک اندام) است. در حالی که در اختلال علامت جسمی تمرکز بر نگرانی از ایجاد علائم است.

تشخیص افتراقی

- اختلال هذیانی

در اختلال علامت جسمی، باور به اینکه علائم جسمی بازتاب بیماری‌های وخیم زمینه‌ای هستند شدتی هذیانی ندارد. با وجود این، اعتقاد فرد در مورد علائم جسمی می‌تواند به شکلی پایدار حفظ شود. از سوی دیگر، در اختلال هذیانی، زیر نوع جسمی، اعتقاد در مورد اینکه علائم جسمی نشان دهنده یک بیماری زمینه‌ای جدی هستند قوی‌تر از آن چیزی است که در اختلال علامت جسمی یافت می‌شود.

تشخیص افتراقی

• اختلال بد ریخت انگاری بدن

در این اختلال، فرد به شکلی افراطی نگرانی و مشغولیت فکری در مورد نقایصی در ظاهر جسمی اش دارد.

برعکس، در اختلال علامت جسمی نگرانی درباره علائم جسمی نشانگر ترس از بیماری زمینه ای است و نه نقص در ظاهر.

تشخیص افتراقی

• اختلال وسواسی - جبری

در اختلال علامت جسمی افکار راجعه در مورد علائم یا بیماری جسمی مزاحمت کمتری ایجاد می کنند و افراد دارای این اختلال رفتارهای تکراری اختلال وسواسی - جبری با هدف کاهش اضطراب را که در اختلال وسواسی - جبری اتفاق می افتند، نشان نمی دهند.

تشخیص افتراقی

• اختلال ساختگی و تمارض

در اختلال ساختگی و تمارض، افراد خودشان را به صورت بیمار یا دارای اختلال نشان می دهند، اما علائم و نشانه های جسمی موجود را به قصد فریب جعل کرده اند. در مقابل، علائم اختلال علامت جسمی توسط محرک خاصی تحریک نشده اند یا خود فرد آنها را ایجاد نکرده است و این افراد به راستی و به شدت از شکایات جسمی شان رنج می برند.

هم ابتلائی

اختلال علایم جسمی، درجه بالایی از هم ابتلائی با اختلالات طبی و همین طور اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد.

وقتی هم که یک بیماری طبی هم زمان وجود دارد درجه تخریب بسیار فراتر از آن چیزی است که از بیماری طبی به تنهایی انتظار می رود.

هنگامیکه علائم فرد مطابق ملاکهای تشخیصی اختلال علایم جسمی است این تشخیص باید گذاشته شود.



اختلال اضطراب بیماری



- افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری تصور می‌کنند که واکنش‌های طبیعی بدن بیانگر نشانه‌های بیماری جدی است. آنها به راحتی درمورد سلامت خود مضطرب می‌شوند و درصدد آزمایش‌ها و شیوه‌های پزشکی غیرضروری بر می‌آیند تا بیماری‌های اغراق‌آمیز یا خیالی خود را درمان کنند. این اضطراب، ناراحت‌کننده و / یا مخرب است، ولی نشانه‌های جسمانی خیلی کم (خفیف) وجود دارند.
- نگرانی آنها درمورد خود این نشانه‌ها نیست، بلکه درمورد این احتمال است که بیماری جدی داشته باشند.
- تهدید، چنان واقعی به نظر می‌رسد که اطمینان خاطر دادن پزشک هم فایده ندارد.
- افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، علاوه بر تجربه کردن اضطراب درمورد بیماری خود، دلمشغول عقاید اشتباه خویش در رابطه با جدی بودن نشانه‌هایشان هستند.
- این افراد اغلب معتاد به جستجوهای اینترنتی در مورد بیماری فرضی هستند و از اطلاعاتی که پیدا می‌کنند، بدترین استنتاج‌ها را به عمل می‌آورند.
- تقریباً ۲۵٪ افرادی که در DSM-IV مبتلا به خودبیمارانگاری تشخیص داده می‌شدند، در DSM-5 مبتلا به اختلال اضطراب بیماری تشخیص داده خواهند شد.

- در صورتی که علامت یا نشانه ای جسمی وجود داشته باشد اغلب یک احساس فیزیولوژیک طبیعی (مثل سرگیجه) یا یک اختلال کارکردی خوش خیم موقت (مثل وزوز گذرای گوش) یا یک احساس ناراحتی جسمی است که عموماً دلالت بر وجود بیماری نمی کند (مثل آروغ زدن).
- اگر یک بیماری طبی قابل تشخیص وجود داشته باشد، اضطراب و مشغولیت ذهنی فرد به وضوح افراطی و نامتناسب با شدت بیماری است.
- کسانی که به اختلال اضطراب بیماری مبتلا هستند با شنیدن خبر بیمار شدن فردی دیگر یا خواندن اخبار ماجراهای مربوط به سلامتی به آسانی هراسان می شوند.
- تلاشهای پزشک برای اطمینان بخشی و تسکین دادن علائم اساساً سبب تخفیف نگرانی های بیمار نشده و ممکن است آن را افزایش دهد.
- نگرانی های مربوط به بیماری جایگاه مهمی در زندگی شخص به خود میگیرد بر فعالیت روزانه اش اثر می گذارد و ممکن است حتی سبب ناتوانی گردد.

ملاک های تشخیصی

- A. مشغولیت ذهنی با ابتلا یا کسب یک بیماری جدی
- B. علائم جسمی وجود ندارند یا در صورت وجود، فقط شدت خفیفی دارند. اگر یک بیماری طبی وجود دارد یا احتمال خطر بالایی برای ابتلا به یک بیماری طبی وجود دارد (مثل وجود سابقه خانوادگی روشن)، مشغولیت ذهنی به وضوح افراطی یا نامتناسب با آن است.
- C. سطوح بالای اضطراب در مورد سلامتی وجود دارد و فرد به سهولت درباره وضعیت سلامتی خود هراسان میشود.
- D. فرد به اقدامات افراطی در مورد سلامتی خود می پردازد (مثل واریسی های مکرر بدن خود برای یافتن علائم بیماری) یا اجتناب های نامناسب دارد (مثل خودداری از ویزیت توسط پزشک یا رفتن به بیمارستان).
- E. مشغولیت ذهنی در مورد بیماری باید حداقل ۶ ماه وجود داشته باشد اما نوع بیماری عامل ترس بیمار در طول این مدت ممکن است تغییر کند.
- F. مشغولیت ذهنی مربوط به بیماری را نتوان با اختلال روانی دیگری مثل اختلال علایم جسمی، اختلال پانیک، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بدریخت انگاری بدن، اختلال وسواسی- جبری یا اختلال هذیانی نوع جسمی بهتر توضیح داد.

- مشخص کنید اگر:

نوع مراقبت جو: مراقبت پزشکی شامل ملاقات با پزشک یا انجام آزمایش ها و اقدامات پزشکی مکررا مورد استفاده قرار می گیرد.

نوع مراقبت گریز: مراقبت پزشکی ندرتا مورد استفاده قرار می گیرد.

ویژگی های همراه موید تشخیص

از آنجا که افراد دارای اختلال اضطراب بیماری معتقد به وجود بیماری جسمی اند، در مراکز بیماریهای جسمی بسیار بیشتر از مراکز سلامت روان دیده میشوند. اکثر افراد دارای اختلال اضطراب بیماری، مراقبتهای طبی جامع ولی غیر رضایت بخشی دریافت کرده اند؛ این افراد به طور کلی در مقایسه با جمعیت عمومی به مقدار بیشتری از خدمات طبی و روانی استفاده می کنند. با این حال در اقلیتی از موارد اختلال اضطراب بیماری، افراد بیش از اندازه مضطرب هستند که بتوانند در جست وجوی توجه طبی باشند و از مراقبت بهداشتی طبی اجتناب میکنند.

آنها اغلب برای یک مشکل با پزشکان متعددی مشاوره می کنند و مکرراً نتایج آزمایشهای تشخیصی منفی به دست می آورند. گاهی توجه پزشکی منجر به افزایش متناقض اضطراب یا عوارض پزشک زاد از آزمایشها و اقدامات تشخیصی می گردد. افراد دارای این اختلال عمدتاً از مراقبت های پزشکی انجام شده ناراضی اند و آنها را غیر مفید میدانند و اغلب احساس میکنند که توسط پزشکان جدی گرفته نشده اند. گاهی این نگرانیها ممکن است به جا باشند زیرا پزشکان شان گاهی طرد کننده اند یا با بی میلی و مخالفت جویی واکنش نشان می دهند. این واکنش گاهی می تواند منجر به قصور در تشخیص یک بیماری طبی شود که واقعاً وجود دارد.

شیوع

- شیوع تخمینی اختلال اضطراب بیماری برپایه برآوردهای تشخیص های DSM-III و DSM-IV درمورد خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت است.
- شیوع این اختلال جدا از داده های مربوط به خود بیمار انگاری معلوم نیست و این داده ها شیوع حدود ۴-۶ درصد در جمعیت بالینی طبی عمومی را تخمین می زنند.
- در جمعیت سرپایی بیماران طبی، شیوع ۶ ماهه یا یک ساله بین ۲/۲ درصد و ۸ درصد با میانگین وزنی ۳ درصد در کشورهای مختلف بوده است.
- در یک مطالعه بر روی بیماران درمانگاه های تخصصی، حدود یک پنجم افراد، اضطراب بیماری را گزارش کردند.
- در پژوهشی دیگر، حدود ۱۵ درصد افراد در جمعیت عمومی، درمورد بیمار شدن و در نتیجه ناتوان شدن اشتغال خاطر داشتند.
- می توان انتظار داشت که این تشخیص در افراد سالمند بیشتر از جوانان گزارش شود.
- شیوع اختلال در مردان و زنان مساوی است.

بروز و سیر

- بروز و سیر این اختلال نامعلوم است.
- عموماً معتقدند که اختلال اضطراب بیماری، اختلالی مزمن، دوره ای و عودکننده با شروع در اوایل و اواسط بزرگسالی است.
- این اختلال در کودکان نادر است، گرچه شروع اضطراب های مرتبط با سلامتی می توانند در کودکی یا نوجوانی اتفاق بیفتند.
- در برخی نمونه های جامعه محور، اضطراب مربوط به سلامتی، با بالارفتن سن افزایش می یابد، اما در سایر مطالعات، اضطراب سلامت در میانسالی به اوج می رسد و در سنین بالاتر افت پیدا می کند.
- با وجود این، به نظر نمی رسد سن افراد دارای اضطراب سلامتی بالا در مراکز پزشکی با سن سایر بیماران آن مراکز تفاوت داشته باشد.
- در افراد مسن تر، اضطراب مربوط به سلامتی، بر از دست دادن **حافظه** و **حس** متمرکز است.

عوامل خطر و عوامل مربوط به پیش آگهی

- **محیطی:** اختلال اضطراب بیماری گاهی ممکن است به دنبال یک استرس مهم زندگی یا یک تهدید جدی ولی نهایتاً خوش خیم در مورد سلامتی فرد، بروز کند. سابقه سوء رفتار کودکی یا یک بیماری جدی این دوران ممکن است زمینه ساز بروز این اختلال در بزرگسالی گردد.
- **عوامل تغییر دهنده سیر بیماری:** تقریباً یک سوم تا یک دوم مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری، شکل گذرایی را تجربه می کنند که هم ابتلایی کمتر روان پزشکی و هم ابتلایی بیشتر طبی داشته و اختلال اضطراب بیماری کم شدت تری محسوب می شود.

تشخیص افتراقی

- سایر بیماری های طبی
- اختلالات سازگاری
- اختلال علائم جسمی
- اختلالات اضطرابی
- اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط
- اختلال افسردگی اساسی
- اختلالات روان پریشانه

تشخیص افتراقی

- سایر بیماری های طبی:

نخستین نکته در تشخیص افتراقی، در نظر گرفتن یک بیماری طبی زمینه ای شامل بیماری های عصبی یا غدد، بدخیمی های نهفته و سایر بیماریهایی است که سیستم های متعددی از بدن را تحت تأثیر قرار میدهند. وجود یک بیماری طبی، رد کننده احتمال تشخیص همزمان اختلال اضطراب بیماری نیست. اگر یک بیماری طبی وجود داشته باشد، اضطراب مربوط به سلامتی و نگرانی بابت بیماری به وضوح با وخامت آن نامتناسب است. مشغولیتهای ذهنی گذرا در مورد یک بیماری طبی، مطرح کننده اختلال اضطراب بیماری نیست.

تشخیص افتراقی

• اختلالات سازگاری:

اضطراب مربوط به سلامتی یک واکنش طبیعی نسبت به وجود بیماری جدی است و اختلالی روانی محسوب نمیگردد. چنین اضطراب سلامت غیر مرضی آشکارا مربوط به بیماری طبی است و به طور معمول دوره ی محدودی دارد. در صورتی که اضطراب مربوط به سلامتی شدت کافی داشته باشد، که ناراحتی قابل توجه بالینی در یک یا چند حوزه عملکردی مهم ایجاد کند، احتمال تشخیص اختلال سازگاری مطرح است. در عین حال فقط هنگامی که اضطراب سلامتی استمرار و شدت کافی داشته باشد، اختلال اضطراب بیماری تشخیص داده میشود. از این رو تشخیص نیاز به حضور مداوم اضطراب نامتناسب مربوط به بیماری به مدت حداقل ۶ ماه دارد.

تشخیص افتراقی

• اختلال علامت جسمی :

هم اختلال علامت جسمی و هم اختلال اضطراب بیماری ممکن است با سطوح بالایی از اضطراب در مورد سلامت و رفتارهای افراطی مرتبط با سلامت مشخص شوند. این دو اختلال را می توان با استفاده از این واقعیت از هم تفکیک کرد که اختلال علامت جسمی مستلزم وجود علائم جسمی ناراحت کننده یا علائمی است که منجر به وقفه بارز در زندگی روزمره شود، در حالی که در اختلال اضطراب بیماری، علائم جسمی یا وجود ندارند یا اگر وجود داشته باشند، از نظر شدت خفیف هستند. در اختلال اضطراب بیماری، شخص عمدتاً نگران بیمار بودن خود است، نه نگران نشانه بدنی.

تشخیص افتراقی

• اختلالات اضطرابی:

مشخصه اختلال اضطراب بیماری، اضطراب و ترس از داشتن یک بیماری جدی است. ولی بروز آن با بروز اضطراب در دیگر اختلالات اضطرابی فرق دارد. فرد در این اختلال با نشانه های بدنی، مشغله ذهنی دارد و آنها را به اشتباه، علامت بیماری یا مریضی تفسیر می کند. مبتلایان این اختلال، همیشه اول به پزشک مراجعه می کنند.

در اختلال اضطراب فراگیر، مبتلایان نگران اتفاقات، موقعیتهای یا فعالیتهای متعددی هستند که **فقط یکی از آنها** ممکن است شامل سلامتی باشد. در اختلال پانیک، فرد ممکن است نگران باشد که حملات پانیک بازتاب وجود یک بیماری طبی است. با وجود این، گرچه این افراد ممکن است در مورد سلامتی خود مضطرب باشند ولی این اضطراب به طور معمول خیلی **حاد و دوره ای** است. در اختلال اضطراب بیماری، ترس و اضطراب در مورد سلامتی خود، **پایدارتر و با دوام تر** است. افراد دارای اختلال اضطراب بیماری، ممکن است حملات وحشت زدگی را تجربه کنند که محرک آنها، نگرانی در مورد بیماریشان است.

تشخیص افتراقی

• اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط:

افراد دارای اختلال اضطراب بیماری ممکن است افکار مزاحمی در مورد ابتلا به یک بیماری و همچنین رفتارهای اجباری مربوط به آن (مثل جست و جوی اطمینان بخشی) داشته باشند. با این حال، در اختلال اضطراب بیماری، مشغولیت ذهنی معمولاً متمرکز بر ابتلا به یک بیماری است در حالی که در اختلال وسواسی جبری (OCD) افکار مزاحم اند و معمولاً متمرکز بر ترس از بیمار شدن در آینده هستند. اکثر افراد دارای OCD، وسواس های فکری و عملی شامل سایر نگرانیها علاوه بر ترس از دچار شدن به بیماری دارند. در اختلال بد ریخت انگاری بدن، نگرانی ها محدود به ظاهر فیزیکی شخص است که به نظر ناقص یا معیوب می رسند.

تشخیص افتراقی

• اختلال افسردگی اساسی :

بعضی افراد با دوره های افسردگی اساسی، نشخوار فکری در مورد سلامتی خود و نگرانی فوق العاده ای نسبت به بیماری دارند. در صورتی که این نگرانی ها فقط طی دوره افسردگی اساسی رخ دهند، تشخیص مجزای اختلال اضطراب بیماری مطرح نمی گردد. با این حال، اگر نگرانی مفرط در مورد بیماری، پس از بهبود دوره اختلال افسردگی اساسی تداوم داشته باشد، تشخیص اختلال اضطراب بیماری را باید در نظر گرفت.

تشخیص افتراقی

• اختلالات روان پریشانه:

افراد دارای اختلال اضطراب بیماری، تفکرات هذیانی ندارند و اذعان می کنند که ممکن است بیماری مورد هراسشان وجود نداشته باشد. عقاید آنها انعطاف ناپذیری و شدتی را که در هذیانهای جسمانی اختلالات روان پریشی (مثل اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی نوع جسمی، اختلال افسردگی اساسی با علائم روان پریشی) دیده میشود ندارد. هذیانهای واقعی جسمی عموماً عجیب و غریب تر از نگرانی‌هایی هستند که در اختلال اضطراب بیماری دیده میشود (مثلاً عضوی از بدن پوسیده یا از بین رفته). نگرانی‌های مشاهده شده در اختلال اضطراب بیماری گرچه واقعیت ندارند ولی توجیه پذیرند.

هم ابتلائی

- خودبیمارانگاری، با اختلالات اضطرابی (بخصوص GAD و Panic)، OCD و اختلالات افسردگی هم ابتلائی دارد. از جمله به لحاظ سن شروع، خصوصیات شخصیتی و زمینه خانوادگی، اشتراکات زیادی دارند.
- تقریبا دو سوم افراد دارای اختلال اضطراب بیماری احتمال دارد حداقل یک اختلال روانی عمده دیگر هم داشته باشند.
- افراد دارای اختلال اضطراب بیماری ممکن است در معرض افزایش خطر برای اختلالات شخصیت باشند.

درمان

- این افراد معمولاً در قبال درمان روان پزشکی مقاومت می کنند. برخی از آنها درمان روان پزشکی را به شرطی قبول می کنند که در بخش غیر روان پزشکی و با تمرکز بر کاهش استرس و آموزش مدارا با بیماری مزمن به عمل آید.
- در مورد این گونه بیماران، روان درمانی گروهی به ویژه مفید است؛ در صورتی که گروه همگن و شامل بیمارانی باشد که از یک اختلال واحد رنج می برند.
- سایر انواع روان درمانی مانند روان درمانی بینش مدار انفرادی، رفتاردرمانی، شناخت درمانی و هیپنوتیزم هم ممکن است مفید واقع شوند.
- دارو درمانی در تخفیف اضطراب ناشی از ترس بیمار درمورد بیماری مفید است. بخصوص اگر بیماری مورد هراس، تهدیدکننده حیات است. اما دارودرمانی فقط تخفیف دهنده علائم است و نمی تواند تسکین پایداری ایجاد کند.
- تسکین پایدار فقط می تواند بر اثر برنامه روان درمانی موثری حاصل شود که برای بیمار، قابل پذیرش باشد و در آن بیمار بخواهد و بتواند مشارکت نماید.



عوامل روان شناختی موثر بر سایر بیماری های طبی



- مفاهیم طب روان تنی در عنوان تشخیصی به نام عوامل روان شناختی موثر بر بیماری های طبی منظور شده اند. این طبقه حاوی اختلالات جسمانی ناشی از عوامل هیجانی یا روان شناختی است و ضمناً اختلالات روانی یا هیجانی را که بر اثر بیماری جسمی ایجاد یا تشدید شده اند در بر می گیرد. برای گذاشتن این تشخیص، وجود یک بیماری طبی ضروری است.
- اختلالاتی هستند که در آنها، یک یا چند حالت روان شناختی، بر بیماری جسمانی درمانجو تاثیر ناگوار می گذارد. این ها می توانند افسردگی، استرس، انکار تشخیص، یا انجام دادن رفتارهای مرتبط با سلامتی نامناسب یا حتی خطرناک را در بر داشته باشند.
- اختلالات روانی، استرس، حالت های هیجانی، صفات شخصیت، و مهارتهای مقابله کردن نامناسب، فقط تعدادی از عوامل روان شناختی هستند که می توانند بر بیماری های جسمانی فرد تاثیر بگذارند.
- این طبقه از اختلالات، به تعامل های پیچیده ای که بیماری های روان شناختی و جسمانی می توانند بر یکدیگر تاثیر بگذارند، اشاره دارد. مشخص کردن تعامل عوامل روان شناختی با بیماری های جسمانی، متخصصان سلامت را از نحوه ای که این دو تعامل می کنند، آگاه تر خواهد کرد.

- ویژگی اصلی این اختلال، وجود یک بیماری پزشکی تشخیص گذاری شده، مثل آسم، دیابت یا درد شدید است که به وضوح، معلول یک بیماری پزشکی مثل سرطان است که یک یا چند عامل روانی یا رفتاری، بر آن تاثیر سوء می گذارند و دفعات یا شدت آن را بالا می برند.
- این عوامل روانی یا رفتاری، تاثیر مستقیمی بر سیر یا شاید درمان بیماری پزشکی می گذارند.
- نمونه ی آن، اضطراب است که در صورت شدت، بیماری آسم را بدتر می کند.
- نمونه دیگر، بیماران دیابتی هستند که لزوم بازبینی مرتب میزان انسولین و مداخله در صورت نیاز را انکار می کنند. در این مورد، بحث غفلت از بازبینی مناسب و مداخله در بین است ولی غفلت، در واقع یک عامل رفتاری یا روانی است که بر بیماری پزشکی، تاثیر سوء می گذارد.
- این تشخیص را باید از شکل گیری استرس یا اضطراب در پاسخ به یک بیماری پزشکی شدید که تشخیص مناسب برای آن، اختلال سازگاری است، جدا کرد.

- عوامل روان شناختی یا رفتاری عبارت اند از: ناراحتی روان شناختی، الگوهای ارتباطات بین فردی، سبک‌های مقابله و رفتارهای غیر انطباقی بهداشتی مثل انکار علائم یا پیروی ضعیف از توصیه های طبی. نمونه‌های شایع بالینی شامل آسم تشدید شده توسط اضطراب، انکار نیاز به درمان برای درد حاد قفسه‌سینه و دستکاری مصرف انسولین توسط فرد مبتلا به دیابت به امید کاهش وزن است. عوامل روان‌شناختی بسیار متنوعی شناسایی شده اند که روی بیماریهای طبی اثر منفی دارند. برای نمونه علائم افسردگی یا اضطراب، حوادث پر فشار زندگی، سبک ارتباطات، صفات شخصیتی و سبکهای مقابله را می توان ذکر کرد.
- این تشخیص باید برای موقعیتهایی نگه داشته شود که اثر عامل روان شناختی بر بیماری طبی واضح باشد و این عامل روان شناختی اثرات عمده ای بر سیر یا فرجام بیماری طبی داشته باشد.
- علائم غیر طبیعی روان شناختی یا رفتاری که در واکنش به بیماری طبی ایجاد شده اند بهتر است تحت عنوان یک اختلال سازگاری کدگذاری شود (واکنش مهم بالینی در پاسخ به یک عامل استرس مشخص).

بیماری جسمانی	عامل روان شناختی احتمالی
فشار خون	استرس شغلی مزمن، خطر فشار خون را افزایش می دهد.
آسم	اضطراب، نشانه های تنفسی فرد را تشدید می کند.
سرطان	انکار کردن نیاز به مداخله های جراحی
دیابت	تمایل نداشتن به تغییر سبک زندگی برای کنترل کردن سطح گلوکز یا کاهش دادن مصرف آن
سردرد مزمن ناشی از تنش	ادامه یافتن استرس های مرتبط با خانواده که در بدتر شدن نشانه ها دخالت دارند.
بیماری قلبی عروقی	امتناع از مراجعه کردن به متخصص قلب برای ارزیابی با وجود ناراحتی در قفسه سینه

ملاک های تشخیصی

- A. یک علامت یا بیماری طبی (غیر از یک بیماری روانی) وجود دارد .
- B. عوامل روان شناختی یا رفتاری به شکلی زیان آور به یکی از طرق زیر بر بیماری طبی تأثیر می گذارند:
1. این عوامل بر سیر بیماری طبی مؤثر واقع میشوند که به صورت رابطه نزدیک زمانی بین عوامل روانشناختی و ایجاد یا تشدید یا تأخیر بهبودی مشخص میشود.
 2. این عوامل موجب اخلاص در درمان بیماری طبی می شوند (مثل پیروی ضعیف از دستورات درمانی) .
 3. این عوامل خطرات پابرجای اضافی برای سلامت بیمار ایجاد میکنند.
 4. این عوامل بر پاتوفیزیولوژی زمینه ای، تسریع یا تشدید علائم یا لزوم توجه طبی، تأثیر میگذارند.
- C. یک بیماری روانی دیگر (مثل اختلال پانیک، اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه) توضیح بهتری برای عوامل روان شناختی و رفتاری مندرج در ملاک B نباشد.

شدت کنونی را مشخص کنید:

خفیف: افزایش خطر طبی (مثل پیروی نامرتب از مصرف داروهای ضد فشار خون)

متوسط: شدیدتر شدن بیماری طبی زمینه ای (مثال: اضطرابی که موجب تشدید آسم شود).

شدید: منجر به بستری در بیمارستان طبی یا مراجعه به بخش فوریت گردد.

بسیار شدید: منجر به خطرات شدید و تهدید کننده زندگی میشود (مثل ندیده گرفتن علائم حمله قلبی).

شیوع

شیوع عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماریهای طبی نامعلوم است. در مراکز اطلاعات صورت حساب بیمه خصوصی ایالات متحده این اختلال تشخیصی نسبت به اختلال علامت جسمی در DSM-IV شایع تر است.

بروز و سیر

عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماریهای طبی میتوانند در تمام طول زندگی رخ دهند. به ویژه در کودکان خردسال، کسب شرح حال معتبری از والدین یا مدرسه در ارزیابی تشخیصی می تواند کمک کننده باشد. بعضی شرایط، مشخصه مراحل خاص زندگی اند (مثلاً در افراد سالمند، استرس همراه با مسئولیت مراقبت از همسر یا شریک زندگی بیمار).

تشخیص افتراقی

- بیماری روانی ناشی از بیماری طبی دیگر
- اختلالات سازگاری
- اختلال علامت جسمی
- اختلال اضطراب بیماری

تشخیص افتراقی

- بیماری روانی ناشی از بیماری طبی دیگر:

رابطه زمانی بین علائم یک اختلال روانی و یک بیماری طبی نیز میتواند مشخصه یک بیماری روانی ناشی از بیماری طبی دیگر باشد اما سبب شناسی در اینجا معکوس است. در یک بیماری روانی ناشی از بیماری طبی دیگر، بیماری طبی به عنوان علت بیماری روانی از طریق یک مکانیسم فیزیولوژیک مستقیم شناخته می شود.

در عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماری های طبی، عوامل روان شناختی یا رفتاری بر سیر آن بیماری طبی تأثیر می گذارند.

تشخیص افتراقی

• اختلالات سازگاری:

علائم غیر طبیعی روان شناختی یا رفتاری که در واکنش به یک بیماری طبی ایجاد میشوند بهتر است به عنوان یک اختلال سازگاری (یک واکنش روان شناختی عمده بالینی در پاسخ به یک استرس مشخص) کدگذاری شوند. در کار بالینی، در هر حال، عوامل روان شناختی و بیماری طبی در اغلب اوقات به طور دوجانبه یکدیگر را تشدید میکنند و تفکیک این دو معمولاً اختیاری است. سایر اختلالات روانی هم اکثراً منجر به عوارض طبی میشوند، به طور عمده اختلالات مصرف مواد را میتوان ذکر کرد.

در فردی که یک اختلال روانی عمده دارد که به طور همزمان اثرات منفی یا عامل یک بیماری طبی دیگر بوده است، تشخیص اختلال روانی و بیماری طبی معمولاً کافی است. عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماری های طبی هنگامی تشخیص داده میشود که ویژگیهای روان شناختی یا رفتاری، ملاکهای لازم برای یک تشخیص روانی را ندارند.

تشخیص افتراقی

- اختلال علامت جسمی:

اختلال علامت جسمی با ترکیبی از علائم جسمی ناراحت کننده و افکار، احساسات و رفتار افراطی یا غیر انطباقی در واکنش به این علائم یا نگرانی های مربوط به سلامتی مشخص میشود. فرد ممکن است یک بیماری طبی قابل تشخیص داشته یا نداشته باشد. برعکس، در عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماری های طبی، عوامل روان شناختی تأثیری منفی بر یک بیماری طبی گذاشته اند و افکار، احساسات و رفتار لزوماً افراطی نیستند. تفاوت مربوط به تأکیدهاست و نه یک مرز مشخص. در عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماریهای روانی، تأکید بر تشدید بیماری طبی است. در اختلال علامت جسمی، تأکید بر افکار، احساسات و رفتار غیر انطباقی است.

تشخیص افتراقی

- اختلال اضطراب بیماری:

مشخصه اختلال اضطراب بیماری، اضطراب زیاد در مورد بیماری است که ناراحت کننده و یا مزاحم زندگی روزانه است ولی با علائم جسمی چندانی همراه نیست. کانون نگرانی بالینی، نگرانی بیمار از ابتلا به یک بیماری است، در حالی که در اکثر موارد هیچ بیماری عمده ای وجود ندارد. در عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماری های طبی، اضطراب میتواند یک عامل روان شناختی متناسب باشد که بر بیماری طبی تأثیر گذاشته اما نگرانی بالینی، تأثیرات منفی آن بر بیماری طبی است.

هم ابتلائی

بنا به تعریف، تشخیص عوامل روان شناختی مؤثر بر سایر بیماریهای طبی مستلزم وجود یک سندرم یا صفت روان شناختی یا رفتاری مربوط و یک بیماری طبی هم زمان است.

درمان

- مدیریت استرس و تمرینات آرام سازی
- هیپنوتیزم
- بایوفیدبک
- آموزش حل مسئله



اختلال تبدیلی (اختلال علامت عصبی کارکردی)



- ویژگی اصلی اختلال، این است که فرد دستخوش تغییرات کارکرد جسمانی می شود که ناشی از بیماری جسمانی اساسی نیستند. شکل هایی که اختلال تبدیلی 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.
- این افراد دامنه وسیعی از بیماری های جسمانی را نشان می دهند؛ از جمله: حملات صرعی کاذب، اختلالات حرکت، فلج، ضعف، اختلالات گفتار، نابینایی و اختلالات حسی دیگر، و اختلال شناختی.
- نشانه ها می توانند به قدری شدید باشند که درمانجویان قادر به کار کردن نباشند. بیش از نیمی زمین گیر می شوند یا به وسایل کمکی نیاز دارند.
- علائم یا نقائص اختلال تبدیلی عمدا ایجاد نمی شوند، ناشی از مصرف مواد نیستند، محدود به علائم جنسی یا درد نبوده و نفع بروز آنها عمدتاً روان شناختی است و منافع اجتماعی، مالی یا حقوقی در بین نیست.
- نشانه های تبدیلی اغلب پس از مدتی رفع می شوند و فقط با تکرار همان استرس یا استرس مشابه باز می گردند.
- منظور از **کارکردی، غیرعضوی** بودن نشانه است.

- در اختلال علامت عصبی کارکردی ممکن است یک یا چند علامت مختلف وجود داشته باشند. علائم حرکتی شامل ضعف یا فلج، حرکات غیر طبیعی مثل لرزش، پرش یا حرکات دیستونیک؛ و ناهنجاری در راه رفتن است. علائم حسی شامل تغییر، کاهش یا نبود حس در پوست، بینایی یا شنوایی است.
- این اختلال در ویراست های قبلی DSM و هم چنین بسیاری از متون پژوهشی روان پزشکی «اختلال تبدیلی» نامیده میشود. اصطلاح تبدیلی ریشه در نظریه روان تحلیل گری دارد که پیشنهاد میدهد تعارض روانی ناهشیار به علائم جسمی «تبدیل» شده است.
- این تشخیص نباید یکی از استثنائات بیماری باشد و می توان در افرادی که بیماریهای عصبی مثل صرع یا مالتیپل اسکلروزیس دارند هم این تشخیص را گذاشت. اما نباید به صرف اینکه ارزیابی ها نتایج طبیعی دارند یا علامت عجیب و غریب است، این تشخیص را گذاشت.

ملاک های تشخیصی

A. وجود یک یا چند علامت مربوط به تغییر در حرکت ارادی یا کار کرد حسی

B. یافته های بالینی نشانگر شواهدی از ناسازگاری بین علائم و بیماریهای عصبی یا طبی تشخیص داده شده است.

C. یک اختلال طبی یا روانی دیگر توضیح بهتری برای علامت یا نقص موجود نیست

D. علامت یا نقص موجود سبب ناراحتی بالینی قابل ملاحظه یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی و یا دیگر حوزه های کارکردی میشود و یا ارزیابی طبی را ایجاب میکند.

- مشخص کنید اگر:

دوره حاد : علائم کمتر از ۶ ماه دوام دارند.

پایدار : علائم ۶ ماه یا بیشتر تداوم دارند.

- مشخص کنید اگر:

با عامل استرس زای روان شناختی (عامل استرس را مشخص کنید)

بدون عامل استرس زای روان شناختی

ویژگی های همراه موید تشخیص

ممکن است تاریخچه ای از علائم جسمی متعدد مشابه وجود داشته باشد، به خصوص آنهایی که شامل درد و خستگی هستند. شروع ممکن است با استرس یا سانحه ای با ماهیت روان شناختی یا فیزیکی باشد. سبب شناسی احتمالی این استرس یا سانحه میتواند با یک رابطه نزدیک زمانی حدس زده شود. در عین حال، با آنکه ارزیابی استرس و سانحه اهمیت دارد، در ۵۰ درصد افراد ممکن است چنین چیزی مشخص نشود و اگر موردی از استرس یا سانحه هم پیدا نشد نباید این تشخیص کنار گذاشته شود. اختلال علامت عصبی کارکردی معمولاً با علائم گسست مثل گسست از خویشتن، گسست از واقعیت و یاد زدودگی گسسته به خصوص در شروع حملات یا حین حملات همراه است.

پدیده بی تفاوتی زیبا (یعنی عدم نگرانی درباره ماهیت یا تبعات علامت) در اختلال علامت عصبی کارکردی وجود دارد ولی برای آن اختصاصی نیست و نباید برای تشخیص مورد استفاده قرار گیرد. همین امر در مورد مفهوم نفع ثانویه (یعنی منافع محیطی مثل پول یا خلاص شدن از مسئولیت ها) هم صدق میکند که برای اختلال علامت عصبی کارکردی اختصاصی نیست.

شیوع

- شیوع دقیق اختلال نامعلوم است. شیوع در درمانگاه‌های تخصصی بالاتر به نظر می‌رسد. در مطالعاتی که در اسکاتلند انجام شده، حدود ۱۵ - ۵ درصد افراد درمانگاه‌های اعصاب، تشخیص اختلال تبدیلی دارند.
- اختلال علامت عصبی کارکردی در افراد مؤنث برای اکثر علامتها ۲ تا ۳ برابر شایع تر است..
- در زنان، علائم در سمت چپ بدن شایع تر از سمت راست بدن است. زنان دچار اختلال تبدیلی در آینده بیشتر از سایر زنان ممکن است دچار اختلال جسمانی سازی شوند.
- مردان مبتلا، اغلب حوادث شغلی یا نظامی را از سر گذرانده اند.
- در کودکان، دخترها به نسبت بیشتری مبتلا می شوند.
- در زنان، افراد با تحصیلات کمتر، افراد کم هوش، افراد متعلق به گروه های اجتماعی اقتصادی پایین و پرسنل نظامی که در موقعیت های جنگی قرار داشته اند، شایع تر است.

بروز و سیر

- شروع این اختلال در سرتاسر عمر است.
- میانگین شروع حملات غیر صرعی در سنین ۲۹ - ۲۰ سال به اوج میرسد و میانگین شروع علائم حرکتی در سنین ۳۹ - ۳۰ سال است.
- این علائم می توانند گذرا یا پایدار باشند.
- پیش آگهی ممکن است در کودکان خردسال تر بهتر از نوجوانان و بزرگسالان باشد.

عوامل خطر و عوامل مربوط به پیش آگهی

مزاجی: صفات شخصیتی غیر انطباقی، به ویژه بی ثباتی هیجانی، عموماً با اختلال علامت عصبی کارکردی همراهی دارند.

محیطی: احتمال سوء رفتار و غفلت در دوران کودکی وجود دارد. حوادث پرفشار زندگی از جمله صدمه جسمی، اغلب ولی نه همیشه وجود دارند.

ژنتیک و فیزیولوژیک: حضور بیماری عصبی که علائم مشابه ایجاد کند، یک عامل خطر محسوب میشود (مثال: حدود یک پنجم افراد با تشنج های کارکردی [غیر صرعی] دارای صرع هم هستند).

عوامل تغییر دهنده سیر بیماری: دوره کوتاه علائم و پذیرش تشخیص، عوامل پیش آگهی مثبت هستند. صفات شخصیتی غیر انطباقی، وجود بیماری جسمی هم زمان و کسب مزایای از کار افتادگی میتوانند از عوامل پیش آگهی منفی باشند.

تشخیص افتراقی

- بیماری نورولوژیک (عصبی)
- اختلال علامت جسمی
- اختلال ساختگی و تمارض
- اختلالات گسستگی
- اختلال بد ریخت انگاری بدن
- اختلالات افسردگی
- اختلال پانیک

تشخیص افتراقی

- گاهی جدا کردن واکنش های تبدیلی از **اختلالات بدنی واقعی** سخت است.
- سال ها تصور میشد بیماران مبتلا به واکنش های تبدیلی، همان بی تفاوتی را در برابر نشانه ها دارند که مبتلایان به اختلال علامت جسمی شدید دارند.
- **بی تفاوتی** علامت اختلالات تبدیلی فرض می شود ولی این طور نیست. کسانی که اختلالات بدنی واقعی دارند، گاهی اوقات دچار نوعی بی اعتنایی به اختلال خود می شوند و برخی از مبتلایان به نشانه های تبدیلی، سخت نگران هستند.
- همچنین به نظر می رسد استرس بارز می تواند موجب بروز نشانه های تبدیلی شود. این استرس، غالبا به شکل یک مصدومیت فیزیکی است. اما وقوع یک استرس مشخص، علامت موثقی برای اختلال تبدیلی نیست. چون اختلالات بسیار دیگری، با رویدادهای پر استرس رابطه دارند و رویدادهای پر استرس غالبا در زندگی افرادی که اختلالی ندارند، پیش می آیند.

تشخیص افتراقی

• بیماری نورولوژیک (عصبی):

تشخیص افتراقی اصلی، بیماری نورولوژیکی است که بهتر بتواند علائم را توجیه کند. پس از یک ارزیابی جامع، در پیگیری ندرتاً یک علت غیر منتظره مربوط به بیماری نورولوژیک شناسایی میشود. با وجود این، در صورتی که علائم پیشرونده باشند، ارزیابی مجدد ممکن است مورد نیاز باشد. اختلال علامت عصبی کارکردی میتواند هم زمان با بیماری نورولوژیک هم وجود داشته باشد و هم می تواند مرحله مقدماتی یک بیماری عصبی پیشرفته باشد.

تشخیص افتراقی

- اختلال علامت جسمی:

اختلال علامت عصبی کارکردی را میتوان علاوه بر اختلال علامت جسمی، تشخیص گذاشت. ناسازگاری بسیاری از علائم جسمی مطرح شده در اختلال علامت جسمی با پاتوفیزیولوژی را نمیتوان اثبات کرد (مثل درد، احساس خستگی)، در حالی که در اختلال علامت عصبی کارکردی چنین عدم هماهنگی ای برای تشخیص ضروری است.

تشخیص افتراقی

• اختلال ساختگی و تمارض:

اختلال علامت عصبی کارکردی علائمی را توصیف میکند که فرد واقعاً آنها را تجربه کرده است و عمداً آنها را ایجاد نکرده است (یعنی جعل نکرده است). با این حال، شواهد قطعی از جعل کردن (مثل شواهد واضحی از این که اختلال کارکرد در حین معاینه وجود دارد ولی در حین فعالیتهای روزمره زندگی دیده نمیشود) میتواند مطرح کننده دو تشخیص باشد:

تمارض، در صورتی که هدف، انگیزه هایی چون منافع بیرونی آشکار باشد

یا اختلال ساختگی، در صورتی که چنین پاداشی وجود نداشته باشد.

تشخیص افتراقی

- اختلالات گسستگی:

علائم گسست در افراد دارای اختلال علامت عصبی کارکردی شایع اند.

در صورتی که هم اختلال تبدیلی و هم اختلال گسستگی وجود داشته باشند، هر دو تشخیص گذاشته میشود.

تشخیص افتراقی

- اختلال بدریخت انگاری بدن:

افراد دارای اختلال بدریخت انگاری بدن به شکل مفرطی نگران نقایصی هستند که در ظاهر فیزیکی خود احساس میکنند

ولی شکایتی از علائم کارکرد حسی یا حرکتی در بخش مورد نظر بدن خود ندارند.

تشخیص افتراقی

- اختلالات افسردگی:

در اختلالات افسردگی ممکن است احساس سنگینی در اندامها گزارش شود در حالی که ضعف در اختلال علامت عصبی کارکردی کانونی تر و برجسته تر است. اختلالات افسردگی را با علائم محوری افسردگی میتوان تمیز داد.

تشخیص افتراقی

- اختلال پانیک:

علائم نورولوژیک دوره ای (مثل لرزش) هم در اختلال علامت عصبی کارکردی و هم در حملات پانیک رخ میدهند.

در حملات پانیک، علائم نورولوژیک عموماً با علائم قلبی تنفسی مشخص و حفظ آگاهی همراه هستند. از دست دادن آگاهی با یادزدودگی در مورد حمله و در حملات کارکردی دیده میشوند و نه در حملات پانیک.

هم ابتلائی

- اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال پانیک و اختلالات افسردگی به وفور همزمان با اختلال علامت عصبی کارکردی مشاهده میشوند.
- اختلال علامت جسمی هم همین طور شایع است.
- اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال علامت عصبی کارکردی بسیار شایع تر از جمعیت عادی است.
- بیماری‌های نورولوژیک و سایر بیماری‌های طبی، همراهی زیادی با اختلال علامت عصبی کارکردی دارند.

درمان

- علائم اختلال تبدیلی معمولاً خود به خود برطرف می شوند. گرچه احتمالاً روان درمانی حمایتی بینش گرا یا رفتاری رفع آنها را تسهیل می کند. مهمترین ویژگی درمان، برقراری ارتباط درمانگری دلسوز و با اعتماد به نفس است.
- درمورد بیمارانی که نسبت به روان درمانی مقاوم هستند، پزشک ممکن است روان درمانی معطوف بر مسائل استرس را پیشنهاد نماید.
- اظهار اینکه علائم خیالی هستند، اغلب وضع این بیماران را بدتر می کند.
- هیپنوتیزم، داروهای ضد اضطراب و تمرینات رفتاری آرام سازی عضلانی در برخی موارد موثرند.
- رویکردهای روان پویشی مشتمل اند بر روان کاوی و روان درمانی بینش گرا که در آنها بیمار به جستجوی تعارضات درون روانی خود و نمادگری علائم اختلال تبدیلی می پردازد.
- هر قدر این افراد زمانی طولانی تر در نقش بیمار قرار داشته باشند، درمان مشکل تر خواهد بود.



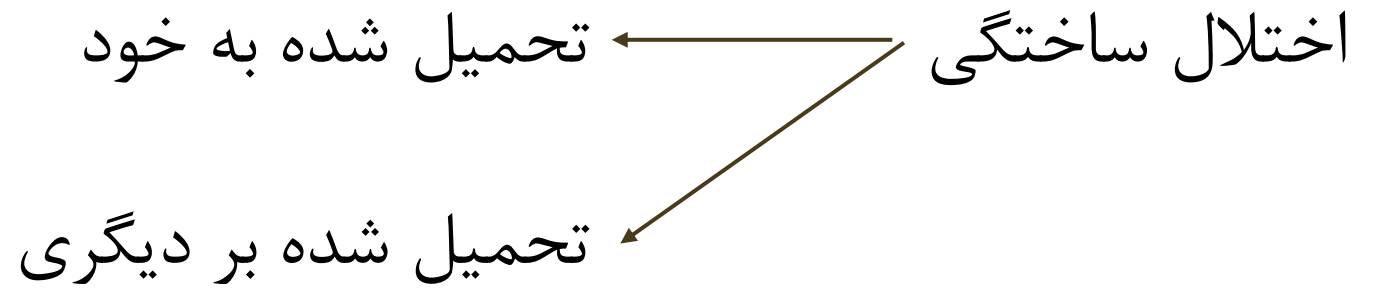
اختلال ساختگی



نفع ثانویه	نفع اولیه
بیرونی (محیطی)	درونی
با هدف دریافت مزایا و حقوق مثل : مرخصی های استعلاجی، پاداش های مالی، پرداخت های مالی	با هدف رهایی از اضطراب و احساس گناه
در افرادی که تمارض می کنند وجود دارد.	در اختلال تبدیلی وجود دارد.

نکته : نفع اولیه و نفع ثانویه، هر دو مکانیزم دفاعی هستند.

نکته : نفع ثانویه که محیطی است، ممکن است در همه افراد در هنگام بیماری وجود داشته باشد.



- در این اختلال فرد الگویی از نشانه های جعل شده را آشکار می سازد که یا جسمانی یا روانی یا ترکیبی از هر دو است. فرد این نشانه ها را برای به دست آوردن نفع مالی جعل نمی کند بلکه به منظور اختیار کردن نقش بیمار و دریافت توجه و مراقبت جعل می کند.
- در موارد شدید که به صورت غیر رسمی با عنوان (نشانگان مونچاوزن) معروف است . کل وجود فرد به دنبال مراقبت پزشکی است که در این مورد اختلال ساختگی تحمیل به خود نامیده می شود.
- امکان دارد که فرد در مورد اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگری، بیماری فرد دیگری را وانمود کند یعنی یک فرد که به عنوان مثال مادر است بیماری هایی را به کودک خود تحمیل کند و کودک نیز این بیماری ها را وانمود کند که در این صورت اختلال نیابتی نامیده می شود.

حالت هایی که در این اختلال دیده می شود :

- بی تفاوتی ملیح یا زیبا یا تمام عیار است.
- این حالت ریشه در نفع اولیه دارد و فرد به طور عجیبی بی تفاوت است نسبت به درگیری جسمی حادی که دارد و هدف آن با گرفتن نقش بیمار، دریافت توجه و مراقبت و رهایی از اضطراب و تعارض و احساس گناه است.

اما نکته مهم آنکه درمانجویان در اختلال ساختگی عمدتاً نشانه ها را وانمود یا اغراق می کنند ولی سعی ندارند به نفع اولیه دست یابند و نفع اولیه فقط مختص اختلال تبدیلی ها است.

در اختلال ساختگی ممکن است به وسیله نفع ثانویه برانگیخته شوند مثل : توجه و همدردی و مراقبت . اما برخلاف تبدیل ها افراد مبتلا به اختلال ساختگی نفع اولیه ندارند و به صورت آگاهانه نشانه های خود را تولید می کنند.

ملاک های DSM-5 برای اختلال ساختگی

❖تحمیل شده بر خود

A- جعل علائم یا نشانه های جسمانی یا روانشناختی ، یا ایجاد جراحت یا بیماری در ارتباط 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 اختلال روان پریشی دیگر بهتر توضیح داده نمی شود. دوره تکی ، دوره های مکرر (دو یا تعداد بیشتر رویداد جعل بیماری و یا ایجاد جراحت).

ملاک های DSM-5 برای اختلال ساختگی

❖ تحمیل شده بر دیگری

A- جعل علائم یا نشانه های جسمانی یا روانشناختی ، یا ایجاد جراحت یا بیماری در ارتباط با فریب مشخص شده.

B- فرد شخص دیگری (قربان) را 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 اختلال روان پریشی دیگر بهتر توضیح داده نمی شود .

توجه : مقصد، نه قربانی مورد این تشخیص قرار می گیرد.

دوره تکی، دوره مکرر(دو یا تعداد بیشتر رویداد جعل بیماری و یا ایجاد جراحت).

شیوع و همه گیر شناسی

مطالعات محدودی که در مورد این اختلال صورت گرفته است نشان می دهد که بیماران دچار اختلال ساختگی تقریباً ۰/۸ درصد موارد مشاوره و روانپزشکی را تشکیل می دهند.

شیوع مواردی که علائم روانشناختی را تقلید می کنند بسیار کمتر از آن هایی است که علائم جسمانی را جعل می کنند.

در مورد افرادی که تقلید بیماری را در می آورند و با نام های متفاوت و در جاهای مختلف تحت عنوان بیماری های مختلف خود را بستری می کنند یک بانک اطلاعاتی فراهم شده تا بیمارستان ها در این مورد هوشیار باشند.

حدود ۲/۳ بیماران مونشهاوزن مرد هستند . این افراد معمولاً سفید پوست، میانسال، بیکار، مجرد و نشانه های جسمانی و عمدتاً زن هستند. و در این مورد ابتلای زنان به مردان ۳ به ۱ است و این افراد معمولاً بین ۲۰ تا ۴۰ سال سن دارند و دارای سابقه اشتغال یا آموزش پرستاری یا شغل های مرتبط به بهداشت و درمان هستند.

اختلال ساختگی نیابتی اغلب توسط مادران به فرزندان خردسال یا شیرخوار خود ایجاد می شود.

سیر و پیش آگهی

- اختلال ساختگی در اوایل بزرگسالی شروع می شود هر چند ممکن است در دوران کودکی یا نوجوانی هم بروز کند.
- معمولاً بیمار با یکی از بستگان نزدیک اش در دوران کودکی یا اوایل نوجوانی به دلیل یک بیماری جسمی واقعی در بیمارستان بستری بوده است و پس از آن الگوی مفعول بستری های پی در پی به تدریج شروع می شود.
- با پیشرفت اختلال بیمار اطلاعات بیشتری در مورد طبابت و بیمارستان به دست می آورد.
- در اکثر موارد در این اختلال پیش آگهی بد است.
- این بیماری اغلب سبب آسیب های جدی یا واکنش های نامطلوب ناشی از درمان می شود.

سیر و پیش آگهی

- هر چند در مورد فرجام نهایی این بیماران اطلاعات کافی در دسترس نیست ولی تعدادی از آن ها احتمالا در اثر دارو و اعمال جراحی غیر ضروری و .. می میرند.
- ویژگی های احتمالی حاکی از پیش آگهی خوب عبارت اند از :
 - ۱- وجود شخصیت افسرده- خودآزار
 - ۲- عملکرد در سطح بینابینی و نه در شرایط روان پریش مستمر
 - ۳- وجود حداقل صفات شخصیت ضد اجتماعی

دلایل بروز اختلال ساختگی

دلایل بروز اختلال ساختگی همچنان به صورت کامل و یک مستند علمی مشخص نشده است اما روانشناسان و نظریه پردازان به این نتیجه رسیده اند که تلفیق و ترکیبی از دو عامل مسائل روانشناختی و تجربیات فردی استرس زا می تواند سبب ایجاد این بیماری در افراد شود. برخی از دلایل ایجاد این بیماری شامل موارد زیر می شود:

۱- وجود تروما در دوران کودکی مانند تجاوز جسمی، جنسی و به طور کلی سوء استفاده عاطفی

۲- ترک شدن و جداشدن ناگهانی والدین

۳- از دست دادن فردی نزدیک به بیمار به دلایلی مانند : مرگ و ...

۴- نداشتن عزت نفس

۵- داشتن سابقه بیماری جدی در دوران کودکی و توجهی که در پی آن دریافت شده است.

۶- داشتن بحران هویتی

۷- وجود افسردگی و داشتن حس تنهایی شدید

۸- وجود اختلالات شخصیتی در بیمار

تشخیص افتراقی

اختلال تبدیلی	اختلال ساختگی	تمارض
گرفتن غیر عمدی و ارادی نقش بیمار فرد واقعا فکر می کند بیماری و مشکل دارد.	ایجاد عمدی و ارادی علائم	وانمود کردن عمدی و ارادی نشانه‌های بیماری جسمانی یا اختلال روانی
با هدف دریافت منافع اولیه و درونی	با انگیزه گرفتن نقش بیمار و عدم دریافت منافع ثانویه و محیطی	با انگیزه دریافت منافع ثانویه و محیطی

هم ابتلائی

تعداد زیادی از افراد دارای اختلال ساختگی همزمان دارای مشکلات روانپزشکی دیگری نیز هستند؛ مثل : اختلالات خلقی، اختلالات شخصیت، اختلالات مرتبط با مواد.

وجود افراد شاغل در بیمارستان یا اگر یکی از نزدیکان آن ها در این محیط ها حضور دارند، زمینه ابتلا به این اختلال را در کنار سایر عوامل زمینه ای احتمالی بیدار می کند زیرا افراد دارای اختلال ساختگی اطلاعات زیادی در زمینه دارویی نشانه های بیماری و یا انواع بیماری ها دارند و می توانند پزشک خود را فریب بدهند.

عوامل خطر ساز

- بسیاری از بیماران در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته اند و دچار محرومیت بوده اند که سبب بستری های مکرر در اوایل رشدشان شده است و این باعث نوعی گریز از محیط آسیب رسان خانه در فرد بوده؛ زیرا در بیمارستان مراقبتی احتمالا دلسوزانه و با محبت از طرف پزشکان و پرستاران و کارکنان بیمارستان دریافت کرده اند.
- وجود مادری طرد کننده یا عدم حضور پدر، یعنی پدر یا مادر یا هر دو چهره های طرد کننده ای داشته اند که نمی توانستند رابطه صمیمانه برقرار کنند.
- « فرد پزشک یا کادر درمان را به چشم والدین طرد کننده ی خود و جایگزین آن ها می بیند و وجود یک تعارض در فرد که در عین حال نیاز به توجه و محبت و مقبولیت دارد منتظر برآورده شدن آن ها نیست».

عوامل خطر ساز

- از دست دادن فردی نزدیک به بیمار به دلایلی مانند : مرگ و ...
- داشتن بحران هویتی: معمولاً بیماران هویت روشنی ندارند و دارای ناخودآگاه ضعیفی هستند که این خصوصیت از ویژگی‌های شخصیت مرزی است.
- برخی از آن‌ها (شخصیت انگاری) دارند که هویت افراد اطراف خود را برگزیدند.
- «اگر فرد از متخصصین بهداشتی باشد اغلب قادر به تفکیک خود از بیمارانی که با آن‌ها تماس پیدا می‌کند نیست».
- **عوامل زیستی:** شاید کژکاری مغز عاملی در بروز اختلال ساختگی باشد. چنین فرض شده است که اختلال پردازش اطلاعات در ایجاد دروغ‌های خیالی و رفتارهای غیر طبیعی مبتلایان به مونچه‌اوزن نقش دارد.

درمان

- هیچ درمان روانی خاصی در رفع اختلال ساختگی موثر نبوده است.
- یک تناقض بالینی در این بیماران دیده می شود که در عین حال که اختلال بیماری های جدی را تقلید می کنند، در جست و جوی درمان غیر ضروری هستند و آن را تحمل می کنند.
- این بیماران سرانجام با ترک ناگهانی بیمارستان یا عدم رعایت پیگیری هر گونه برنامه درمانی معناداری را در هم می ریزند.
- بنابراین بهتراست درمان روی اداره بیمار متمرکز شود تا معالجه کامل.
- یک مداخله روانپزشکی مناسب این است که به کادر درمان یادآوری شود که هرچند بیماری فرد ساختگی است ولی واقعا بیمار است.

درمان

- سه هدف عمده در درمان و اداره بیماران عبارت است از :
 - ۱- کاهش خطر مرگ و میر و عوارض
 - ۲- پرداختن به نیاز های هیجانی زمینه ای یا تشخیص اختلال روانپزشکی زمینه ای رفتار بیماری ساختگی
 - ۳- توجه به مسائل قانونی و اخلاقی
- گاهی بیماران مبتلا مهارت تشخیص پزشک را تحقیر می کنند و پزشکان باید سعی کنند در چنین مواقعی احساس رنجش پیدا نکنند و از «تشریفات افشاگرانه» که چنین افرادی را به دشمنی آورده و زمینه فرار آن ها از بیمارستان را فراهم می سازد اجتناب کنند.

درمان

- ارتباط خوب بین روانپزشک و کارکنان بخش جراحی یا طبی قویا توصیه می شود. هر چند در متون مربوطه موارد معدودی از روان درمانی انفرادی این بیماران گزارش شده است ولی توافق کلی در مورد بهترین رویکرد در این مورد وجود ندارد.
- نقش عمده روانپزشکان در کار با بیماران مبتلا به اختلال ساختگی این است که به سایر اعضای کادر درمان بیمارستان کمک کنند تا با خشم ناشی از گول خوردن از بیمار مدارا کنند تا در مقابل ناکامی شدید رفتار حرفه ای خود را حفظ کنند.
- در مورد اختلال ساختگی نیابتی باید به خدمات (بهزیستی کودکان) اطلاع داده شود و یک نامه ای برای کنترل مستمر سلامت کودک تنظیم شود.
- دارودرمانی در این اختلال کاربرد اندکی دارد. مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) می توانند در کاهش رفتار تکانشی مفید باشند.



Thank you



با تشکر از توجه شما