



اختلال علائم جسمی در بستر فرهنگ ایرانی

تألیف: دکتر آلاله وزیری

www.ketab.ir



کتاب‌یرا

۱۴۰۰

وزیری، آلاله، ۱۳۶۳ -	سرشناسه
اختلال علائم جسمی در بستر فرهنگ ایرانی: تألیف آلاله وزیری	عنوان و نام پدیدآور
تهران: کتاب ریرا، ۱۴۰۰.	مشخصات نشر
ص. ۱۷۲	مشخصات ظاهری
978-622-7729-37-5	شابک
فیبا	وضعیت فهرست نویسی
کتابنامه: ص. [۱۵۹] - ۱۷۲.	یادداشت
اختلال جسمانی -- ایران -- نمونه پژوهی	موضوع
Somatization disorder -- Iran -- Case studies	موضوع
اختلال جسمانی	موضوع
Somatization disorder	موضوع
RC۵۵۲	رده بندی کنگره
۶۱۶/۸۵۲۴	رده بندی دیویی
۸۵۰۹۸۹۳	شماره کتابشناسی ملی
فیبا	اطلاعات رکورد کتابشناسی

اختلال علائم جسمی در بستر فرهنگ ایرانی

تألیف: آلاله وزیری

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۷۲۹-۳۷-۵

قیمت: ۳۵۰۰۰ تومان

کلیه حقوق برای پدیدآورنده محفوظ است.



کتاب ریرا

انتشارات کتاب ریرا

نشانی: تهران، خیابان انقلاب، خیابان دانشگاه، خیابان روانمهر، کوچه بهار، پلاک ۳، طبقه

زیرهمکف - تلفن: ۰۲۱۲۸۴۲۴۷۲۶

فهرست مطالب

۵	مقدمه
۱۹	فصل اول: اختلال علائم جسمی
۱۹	اختلال علائم جسمی
۲۲	همه گیر شناسی
۲۲	هم ابتلایی و تشخیص افتراقی
۲۳	سیر و پیش آگهی
۲۴	سبب شناسی
۲۴	عوامل ژنتیکی
۲۵	نظریه رشدی عصب شناسی
۲۵	تصویر برداری عصبی
۲۶	عوامل محیطی
۲۶	عوامل روانشناختی
۳۰	نظریه ذهنی سازی در اختلال علائم جسمی
۳۴	روابط بین فردی
۳۵	نظریه بین فردی
۳۵	روابط بین فردی و سلامت
۳۶	روابط بین فردی و اختلال علائم جسمی
۳۷	جسمانی سازی و ارتباط
۳۷	بازنمایی درونی روابط در بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی
۳۸	مدل بین فردی و اضطراب بیماری
۳۸	نظریه بین فردی پویا در اختلال علائم جسمی
۳۹	مبانی عصبی روابط بین فردی
۴۰	تنظیم هیجان

۴۱	تاریخچه تنظیم هیجان
۴۱	برخی از مدل‌های تنظیم هیجان
۴۳	راهبردهای تنظیم هیجان
۴۴	تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی
۴۵	اختلال علائم جسمی و تنظیم هیجان
۴۷	مفهوم فرهنگ
۴۸	فرهنگ و تنظیم هیجان
۵۱	فصل دوم: تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی
۵۸	جامعه آماری، نمونه کتاب و روش نمونه‌گیری
۶۴	بن مایه‌های مربوط به روابط بین فردی
۷۰	درماندگی برانگیزی در نزدیکان
۷۳	محک زدن دیگران با علائم جسمی
۸۶	ژرفا‌گریزی در رابطه
۹۷	بن مایه‌ها مربوط به تنظیم هیجان
۱۱۸	ارتباط میان بن مایه‌ها و ترسیم شبکه بن مایه‌ها
۱۲۱	بخش تنظیم هیجان
۱۲۷	فصل سوم: نتیجه‌گیری
۱۲۷	بن مایه فراگیر سبک ارتباط پر کشمکش و فرساینده
۱۴۱	بخش دوم: الگوی تنظیم هیجان
۱۵۸	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۱۵۹	فهرست منابع

مقدمه

اندیشه و ایده وجود بالقوه‌ی ریشه‌های روانشناختی در بسیاری از نشانه‌ها جسمانی^۱ و تظاهرات بیماری، قدمت زیادی دارد و به نظر می‌رسد نوعی گرایش در سطح جهانی برای تجربه کردن و به اشتراک گذاشتن نشانه‌ها جسمانی در هنگام مواجهه با استرس‌های روانشناختی وجود داشته باشد. اعتقاد بر این است که علایم جسمانی که در تابلوی بسیاری از اختلالات روانشناختی دیگر نیز دیده می‌شوند، در واقع در نقش نوعی زبان بین‌المللی در بیان رنج روانی عمل کرده و تقریباً در تمامی فرهنگ‌ها دیده می‌شوند؛ اگرچه شکل بروز و طبقه‌بندی آنها همواره همراه با تغییرات فرهنگی و عوض شدن پارادایم‌ها اشکال جدیدی به خود گرفته است.

نشانه‌های جسمانی دارای سرچشمه‌های روانی، همیشه و به صورت تاریخی برای درمانگران و پژوهشگران توجه برانگیز و معماگونه بوده است. کارل یاسپرس^۲ به نقل از فاجس^۳ و همکاران، در توصیف اختلال‌های هیستری، خودپیمارانگاری و جسمانی‌سازی^۴ چنین بیان کرده است که یک شخص سالم در بدن خود زندگی می‌کند، اما بیش از حد درباره آن فکر نمی‌کند. وی همچنین معتقد بود که اکثر رنج‌های فیزیکی، ناشی از بازتاب‌های روانی هستند و کمتر نشانگر بیماری‌های جسمانی واقعی به شمار می‌روند. همچنین یاسپرس معتقد بود که این نشانه‌ها معمولاً سیری ثابت و تکرار شونده دارند و تنها در غالب تجربه‌ها، موقعیت‌ها و تعارضات یک فرد به خوبی فهمیده می‌شوند.

با توجه به شیوع بالای این اختلال در سطح جهانی و شیوع بالای این اختلال به عنوان سومین اختلال شایع روانشناختی در ایران، همچنین تمایل زیاد به جسمانی‌سازی مسائل

1 Somatic symptoms

2 Carl jaspers

3 Fuchs

4 Somatization

روانشناختی در میان ایرانیان که در پژوهش‌های بسیاری به آن اشاره شده است و با توجه به نقش عوامل فرهنگی و اجتماعی در بروز این اختلال، نیز با تاثیر پذیری این اختلال از تعارض‌ها و روابط بین فردی، پژوهش حاضر به قصد تبیین دو موضوع روابط بین فردی و تنظیم هیجان در مبتلایان به علائم جسمی انجام گرفته است و الگویی را در این موارد استخراج نموده است.

در توضیح اصطلاح شناسی^۱ مربوط به نشانه‌های جسمی باید گفت که اصطلاح اختلال جسمانی سازی^۲ در طول دهه‌ها برای توصیف این پدیده به کار می‌رفته است. این اصطلاح به تدریج با اصطلاحات عینی دیگری مانند نشانه‌ها غیر قابل توصیف از لحاظ پزشکی^۳، نشانگان بدنی کارکردی^۴ و یا نشانه‌ها اولیه^۵ (بدون علت مشخص و روشن) و یا اختلال نشانه‌های جسمی^۶ جایگزین شده است.

چنان که پیش‌تر بیان شد، نحوه طبقه‌بندی این گروه از اختلالات در طی زمان و همراه با تغییر پارادایم‌های علمی دستخوش تغییراتی شده است. در DSM-5^۷ اختلالات علائم جسمی و علائم مرتبط به گروهی از نشانه‌ها جسمی اطلاق می‌شود که یا آشفتگی روانی بسیار ایجاد می‌کنند، یا منجر به اختلال جدی در کارکردهای فرد می‌شوند. وجه مشترک این اختلال‌ها وجود علائم جسمانی یا نگرانی بیش از حد درباره علائم و بیماری‌های جسمی است. در DSM-5 این طبقه دچار دگرگونی شده و اختلالاتی را گرد هم آورده است که پیش‌تر در میان چند فصل از ویرایش‌های قبلی DSM پراکنده بودند. عمده این اختلالات در فصل اختلالات شبه جسمی گرد آوری شده بودند.

علت این تغییرات در ویراست جدید، وجود همپوشانی بسیار در میان این اختلالات و مشکل در عدم تفکیک میان آنها بود. از جانب دیگر نحوه مطرح کردن این اختلالات حاوی

1 Terminology

۲ Somatization Disorder

3 Medically unexplained symptoms (MUS)

4 Functional somatic syndromes

5 Idiopathic

6 Somatic symptom disorder (SSD).

۷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

بار منفی بود و به تدریج موجب کم کردن تعاملات مثبت میان بیمار و درمانگر می‌شد زیرا معمولاً بیماران و همچنین متخصصان بر روی رد کردن علت‌های طبی متمرکز می‌شدند که این مساله از یکسو بسیار هزینه بر بود و از سوی دیگر جنبه‌های روانی دخیل در این گروه از اختلالات را کم اهمیت جلوه می‌داد. بنابراین در DSM-5 تاکید بر این است که اختلال نشانه‌ها جسمی به دلیل افکار، احساس‌ها و رفتارهای افراطی که با این اختلال همراه هستند، سبب افت شدید کارکرد می‌شود. تغییر دیگری که در معیار تشخیص گذاری این اختلال صورت گرفته این است که دیگر لازم نیست که نشانه‌ها جسمی از لحاظ پزشکی غیر قابل توجه باشند، بلکه حتی در صورت وجود دلایل طبی نیز واکنش‌ها و شکایات بسیار شدید و نامتناسب بیمار ملاک تشخیص گذاری قرار می‌گیرند.

در DSM-5 اختلال علائم جسمی یا به اختصار (SSD)، که یک زیر طبقه عمده در گروه اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط می‌باشد، یک طبقه تشخیصی جدید و کلی است که جایگزین اختلالات جسمانی سازی، خود بیمار انگاری، اختلال درد و اختلال شبه جسمی نامتمایز در ویرایش‌های پیشین شده است.

نرخ شیوع اختلال علائم جسمی در سطح بین المللی ۸/۹ درصد برآورده شده است و این اختلال بعد از اضطراب و افسردگی سومین اختلال شایع روانی به حساب می‌آید. همچنین تخمین زده می‌شود که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد کسانی که شکل حاد بروز اختلال علائم جسمی را نشان می‌دهند، بعدها به شکل مزمن این اختلال گرفتار خواهند شد. در ایران نیز مطالعه نوربالا و همکاران، اختلال جسمانی سازی را سومین اختلال شایع روانشناختی پس از اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد، اگرچه درصد شیوع این اختلال در این مطالعه بیان نشده است.

با وجود اینکه به نظر می‌رسد بسیاری از بیماران، از نشانه‌ها غیر قابل توضیح از لحاظ پزشکی یا اختلالات جسمانی شکل رنج می‌برند. سبب شناسی، تشخیص گذاری صحیح و درمان این طیف از اختلالات هنوز چالش برانگیز است. بر اساس پیشینه پژوهش‌ها استرس یکی از عواملی است که نقش به سزایی در این اختلالات ایفا می‌کند. این که یک فرد

استرس را به عنوان یک چالش یا تهدید دریافت کند یا نه، بستگی به عواملی نظیر تجربه‌های قبلی و شیوه‌های مقابله وی دارد.

نشانه‌های جسمانی اختلالات روانی باید به عنوان یک پدیده زیستی روانی اجتماعی مفهوم بندی شوند، که آسیب پذیری زیستی و ژنتیک، تأثیرات محیط و مولفه‌های روانشناختی و رفتاری را مد نظر قرار دهد. بر این اساس نمود نهایی اختلالات علائم جسمی و علائم مرتبط بستگی به فرآیندی پیچیده از تعامل بین عوامل گوناگون دارد که در طی آن آسیب پذیری زیست شناختی مثل حساسیت نسبت به درد، تجربه‌های آسیب زای اولیه (خشونت، سو استفاده)، عوامل مربوط به یادگیری (توجهی که فرد در نتیجه مریض بودن دریافت کرده است)، عدم تشویق بیان غیر جسمانی استرس و عوامل روانشناختی، شخصیت فرد را به جهتی سوق می‌دهد که بر روی جسم متمرکز شده و از توان او برای بیان هیجان‌هایش کاسته می‌شود. از این منظر علائم این اختلالات باید به عنوان نوعی تعامل اجتماعی در نظر گرفته شوند. تعاملاتی در جهت اجتناب از تعهدات و کارهایی که فرد به انجام آنها علاقه ندارد، ابراز هیجان (مثلاً خشم نسبت به همسر) یا ابراز نمادین یک احساس یا اعتقاد.

چنان که بیان شد، علائم جسمانی در این اختلال نوعی کارکرد ارتباطی داشته و در حکم نوعی زبان عمل می‌کنند؛ بنابراین مساله ارتباطات بین فردی نقش مهمی در این اختلال دارد. منظور از روابط بین فردی فرآیندی است که افراد در آن به تبادل اطلاعات از راه‌های کلامی و غیر کلامی می‌پردازند. رابطه بین فردی تنها به آنچه که به صورت آشکار گفته می‌شود دلالت ندارد، بلکه چگونگی بیان، عوامل غیر کلامی نظیر تن صدا، جلوه‌های چهره ای و زبان بدن را نیز در بر می‌گیرد.

ماندر و هانتز، اعتقاد دارند که الگوهای بین فردی یک شخص، می‌توانند سلامت جسمی وی را تحت تأثیر قرار دهند و این موضوع می‌تواند بر شدت تجربه نشانه‌ها، رفتارهای مرتبط با سلامت، پاسخ به استرس، رابطه بیمار و پزشک و چگونگی استفاده فرد از نظام سلامت تأثیر گذار باشد. همچنین این پژوهشگران معتقد هستند که آگاهی پزشکان

از سبک‌های بین فردی و دلبستگی، می‌تواند آنها را در شناخت تفاوت‌های فردی موثر بر سلامت کلی افراد یاری دهد.

لاندا و همکاران، در مطالعه ای بیمارانی را که دارای نشانه‌ها جسمی سازی بودند را به وسیله مجموعه ای از مصاحبه ها و مقیاس‌های مربوط به روابط بین فردی، آلکسیثامیا و ضربه روانی مورد بررسی قرار دادند. نتیجه این بررسی نشان داد که در ۹۰ درصد بیماران نیاز برآورده نشده به روابط صمیمانه، نخستین بازنمایی درونی^۱ از روابط بین فردی به شمار می‌آید.

عدم درک عاطفی در روابط بین فردی نیز، می‌تواند سبب چالش‌های بسیار در ارتباطات میان افراد شود و شرایط را برای راه اندازی نشانه‌ها جسمی مساعد سازد.

در مطالعه ای بر روی ۵۱۵ نفر که تجربه ضربه روانی^۲ داشتند، کسانی که بازماندگان آسیب روانی در روابط بین فردی مانند از دست دادن یا سو استفاده بودند، علائم جسمی بیشتری را در مقایسه با بازماندگان بلایای طبیعی گزارش کردند.

در ادامه اهمیت عوامل روانشناختی و عوامل بین فردی، اشاره به عوامل خانوادگی به نظر ضروری می‌رسد چرا که خانواده اولین و مهم‌ترین محیط برای روابط بین فردی به شمار می‌آید. برخی از عوامل خانوادگی که مشخص شده است با اختلالات علائم جسمی در ارتباط هستند از این قرار است: وجود فردی در خانواده که مبتلا به این اختلالات بوده است، وجود اختلال‌های روانشناختی در نزدیکان فرد، محیط خانوادگی ناکارآمد و تجربه ضربه روانی در خانواده. برآورد می‌شود که در حدود یک سوم از کسانی که با شکایات جسمانی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، مشکلات اجتماعی و اقتصادی و خانوادگی هم داشته باشند. در مجموع با توجه به کارکرد ارتباطی علائم اختلال علائم جسمی بهتر است که رفتارهای یک فرد را در بافتار خانواده اش مورد بررسی قرار دهیم.

تاثیر خانواده بر کارکرد فرد، عمدتاً به وسیله پویایی‌های خانواده و محیط آن شکل می‌گیرد. بسیاری از عوامل دیگر نیز به خصوص در اوایل زندگی، مانند تک والدی، عوامل

1 Internal Representation

2 trauma

اقتصادی، ترکیب افرادی که با هم درون یک خانه زندگی می‌کنند، خانواده گسترده و ارزش‌ها بر پویایی‌های خانواده تاثیر گذار هستند.

در محدوده مرزهای سیستم خانواده، الگوهای تعامل خانواده شکل می‌گیرند. به طور مثال رفتار عضو مشخصی از خانواده، رفتار دیگر اعضای خانواده را به شکلی قابل پیش بینی تحت تاثیر قرار می‌دهد. معمولاً رفتار اعضای خانواده با یکدیگر، اثری عمیق بر شیوه نگرش یک فرد نسبت به خودش و دنیا دارد و این موضوع بر روابط افراد و احساس بهزیستی آنها تاثیر گذار است.

مساله والد گری نیز یکی دیگر از عواملی است که باید در چارچوب عوامل خانوادگی به آن توجه شود. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که سبک‌های والدگری (طرد، خصومت، در دسترس نبودن از لحاظ هیجانی)، ارتباطی قوی با اختلال علائم جسمی دارند. در همین راستا، مطالعه دیگری نشان داده است که بیماران مبتلا به علائم جسمی ارتباط هیجانی ضعیفی را با هر دو والد گزارش می‌کنند، کمتر مورد مهربانی جسمانی قرار گرفته اند و درگیری فیزیکی بیشتری را با بین والدین خود گزارش می‌دهند. در ادامه بیان عوامل خانوادگی موثر در اختلال علائم جسمی بیان نظریه‌های تحولی مربوط به اختلال، ضروری به نظر می‌رسد. خلاصه نظریه تحولی در اختلالات نشانه‌ها جسمی، این است که تجارب غیرمطلوب بین فردی با مراقبین اولیه، ممکن است با آمادگی ژنتیکی یک فرد تداخل کنند و موجب اختلال در رشد بخشی از نورون‌ها شوند که در تنظیم عواطف و کارکرد بین فردی نقش دارند؛ در نتیجه این اختلال در رشد، هنگامی که فرد در بزرگسالی استرس‌های ناخوشایند را تجربه کند، به نحوی با آنها رو به رو شود که در مراحل ابتدایی تر رشد رو به رو می‌شد. چرا که از نظر تحولی جسمی سازی در نوزادان و کودکان پاسخی متناسب در قبال استرس محسوب می‌شود، تا زمانی که ظرفیت‌های بالاتر برای تحمل استرس و توانایی تنظیم عواطف در اثر افزایش سن شکل بگیرند. پژوهش‌های اخیر نشان داده اند که عواطف مربوط به روابط بین فردی و دلبستگی زمینه‌های نورولوژیک مشترکی با درد جسمانی دارند. بنابراین اثر متقابل آمادگی‌های ژنتیکی و تجارب اولیه منفی بر رشد این سیستم نورونی تاثیر گذاشته