



## گزارش یک مورد اختلال تجزیه‌ای با تظاهرات نامتعارف و درمان موفقیت آمیز با روش‌های شناختی- رفتاری

دکتر سیده‌مهدی صمیمی اردستانی\*، دکتر محمدتقی یاسمی\*\*

### چکیده

**هدف:** هدف از نگارش نوشتار حاضر، گزارش مورد غیرمتعارفی از اختلال تجزیه‌ای به شکل رفتار چرخشی تکرارشونده همراه با افت عملکرد تحصیلی و روش‌های درمانی به کار برده شده بوده است.

**روش:** مورد گزارش شده دانشجوی مرد ۲۲ ساله‌ای است که از ۱۰ سالگی رفتارهای چرخشی همراه با خیال‌پردازی داشته و به دلیل صرف وقت بسیار زیاد برای این رفتار دچار افت تحصیلی گردیده است. درمان بیمار با بهره‌گیری از روش‌های خودبازنگری، انجام آرامش عضلانی، انجام کارهای منحرف‌کننده ذهن و به‌کارگیری روش توقف فکر و تنبیه آغاز گردیده و با آموزش جرأت‌آموزی و برخی روش‌های رفتاری ادامه یافت.

**یافته‌ها:** پس از پایان برنامه درمان و بررسی پیگیری ۸ ماه پس از آن رفتار چرخشی از میان رفته و رفتارهای میان‌فردی وی با دیگران بهبود چشمگیر یافته بود.

**نتیجه:** روش‌های شناختی- رفتاری می‌توانند در کاهش علائم و بهبودی اختلال تجزیه‌ای مؤثر باشند.

-

:

احساس گفته می‌شود که در حالت معمول به گونه‌ای  
هماهنگ با یکدیگر ارتباط دارند (سادوک<sup>۱</sup> و سادوک<sup>۲</sup>،

پدیده تجزیه<sup>۱</sup> به از هم‌گسیختگی در رفتار، اندیشه و

\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام

حسین (ع)، مجموعه روانپزشکی و علوم رفتاری (نویسنده مسئول).

\*\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)،

مجموعه روانپزشکی و علوم رفتاری.

۲۰۰۰) افزون بر آن پدیده تجزیه به‌عنوان یکی از سازوکارهای دفاعی برای پرهیز از رنج‌های هیجانی دانسته شده‌است (فریوید<sup>۱</sup>، ۱۹۶۶) و تجربه حالت تجزیه‌ای چهره اصلی آن است (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). در اختلال خلسه<sup>۳</sup> که یکی از انواع اختلال‌های تجزیه‌ای مشخص نشده<sup>۴</sup> است، آگاهی فرد از پیرامون خود محدود و یا توجه وی به محرکی ویژه در محیط معطوف می‌گردد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳).

حالت تجزیه‌ای می‌تواند نشانه‌ای از اختلال‌های تشنجی بوده یا در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی<sup>۵</sup> تجربه شود (کاپلان<sup>۶</sup> و سادوک، ۱۹۹۸). گریب<sup>۷</sup> (۱۹۹۹) بین نشانه‌های تجزیه‌ای و اختلال وسواسی-جبری از نوع واریسی کردن و نظم و تقارن<sup>۸</sup> ارتباط معنی‌داری به‌دست آورد. برخی پژوهشگران شواهدی را عنوان می‌کنند که نشان می‌دهد تجزیه، مکانیسم بیماری‌زایی اصلی برای ایجاد اختلال استرس پس از ضربه<sup>۹</sup> می‌باشد (واندرکولک<sup>۱۰</sup> و فیسلر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵). واندرکولک (۱۹۹۶) در پژوهش دیگری اختلال پس از ضربه، تجزیه، اختلال جسمانی شدن<sup>۱۲</sup> و کژتنظیمی عاطفه<sup>۱۳</sup> را با یکدیگر مرتبط یافت و حالت‌های یادشده را نوعی تطبیق با حادثه دردناک دانست. اگر چه تغییر در هوشیاری به شکل حالت تجزیه‌ای ممکن است در لحظه بی‌پناهی کامل ارزش انطباقی داشته باشد، تداوم این وضعیت پس از از میان رفتن خطر موجب ناسازگاری خواهد شد. ضمناً روش مقابله به‌شکل حالت تجزیه‌ای خوب آموخته شده می‌تواند بی‌توجهی بعدی بازمانده حادثه به آن نشانه‌های اجتماعی را در پی داشته باشد که در شرایط معمول وی را نسبت به رخدادها هوشیار می‌سازند (جدیت<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۴). امروزه حملات تجزیه‌ای تکرارشونده به‌عنوان پاسخ‌های یادگیری شده مطرح شده‌اند که با نشانه‌های<sup>۱۵</sup> زمینه‌ای یا هدف‌های دفاعی<sup>۱۶</sup> شروع می‌شوند (میرز<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۹).

نویسندگان مقاله حاضر به‌موردی از اختلال تجزیه‌ای برخورد کردند که به‌عنوان یک مشکل بالینی مطرح شده بود و در بازبینی پژوهش‌های انجام شده به مورد مشابهی برخورد نکردند.

شرح حال بیمار و گزارش درمان موفق او در زیر ارائه می‌گردد.

معرفی بیمار: مرد ۲۲ ساله، دانشجو با شکایت «رفتار چرخشی<sup>۱۸</sup>» تکرارشونده به درمانگاه روانپزشکی مراجعه کرده بود. چرخیدن بیمار به این شکل بود که وی درحالی‌که دست‌های خود را به طرفین باز می‌کرد شروع به چرخیدن می‌نمود و در همان حال به خیال‌پردازی مشغول می‌شد. در حین چرخیدن بیمار از موسیقی‌های تند و هیجانی استفاده می‌کرد. مدت چرخیدن در هر بار از چند دقیقه تا چند ساعت متغیر بود و عموماً به‌دنبال فشارهای روانی مانند ناکامی‌های درسی یا عدم کفایت در درآمد روزمره، دفعات و زمان چرخیدن بیشتر می‌شد. در هنگام چرخیدن بیمار هوشیار بوده ولی اظهار می‌داشت به حالت خلسه فرو می‌رود و هیچگونه احساس سرگیجه یا تجربیات ناخوشایند را تجربه نمی‌کرد و در صورت حضور فرد دیگری این رفتار قطع می‌شد. محتوای خیال‌پردازی‌ها، آرزوها و خواست‌های برآورده نشده بود. برای نمونه بیمار درحال چرخیدن گمان می‌کرد که موقعیت اجتماعی بالایی دارد، از نظر اقتصادی بسیار مرفه است و در زمینه

- 1- Freud
- 2- American Psychiatric Association
- 3- trance
- 4- not otherwise specified dissociative disorder
- 5- borderline personality disorder
- 6- Kaplan
- 7- Grabe
- 8- cheking and ordering symmetry
- 9- PTSD
- 10- Vanderkolk
- 11- Fisler
- 12- somatization disorder
- 13- affective dysregulation
- 14- Jdith
- 15- cues
- 16- defensive purposes
- 17- Meares
- 18- rotating behavior

تحصیلات جایگاه ویژه‌ای دارد. این رفتار از حدود ۱۰ سالگی شکل گرفته و در آغاز چرخیدن مورد توجه و تشویق خانواده قرار می‌گرفته که موجب افزایش آن می‌شده است. بیمار شروع این رفتار را تصادفی می‌دانت و هیچ‌گونه زمینه خاص فرهنگی برای آن وجود نداشت. به جهت صرف وقت زیاد برای این رفتار در طی سال گذشته بیمار دچار افت تحصیلی شدید شده بود. علاوه بر چرخیدن، بیمار گهگاه در زمان‌های دیگر به خودارضایی نیز دست می‌زد که این موضوع نیز موجب ناراحتی وی می‌شد. در معاینه بالینی و بررسی تاریخچه توانایی‌های ذهنی، طبیعی به نظر می‌رسید و از نظر ویژگی‌های فردی و شخصیتی ویژگی‌های شخصیت و سواسی - جبری را داشت. در روابط اجتماعی، بسیار عاطفی بود. افزون بر آن در روابط با آشنایان و دوستان تا حد چشمگیری کم‌جرات<sup>۱</sup> بود به طوری که در تصمیم‌گیری‌ها و سواسی و مردد و تابع سایرین از جمله دوستان و اعضای خانواده بود. بیمار تنها پسر خانواده چهار نفری و بزرگترین فرزند این خانواده بود. سایر اعضای خانواده مشکل خاص روانپزشکی نداشتند، به جز مادر بیمار که وی نیز از نظر شخصیتی دارای ویژگی‌های و سواسی - جبری بود. در مصاحبه همکاری داشت.

برنامه کلی درمان بیمار، درمان شناختی - رفتاری و دارای دو بخش بود:

بخش نخست: روش‌های به‌کاربرده شده برای کاهش رفتارهای چرخشی که عمدتاً ماهیت جبری<sup>۲</sup> داشت:

۱- خویشن‌نگری<sup>۳</sup>: گزارش مکتوب موارد چرخش و پی‌آمدهای آن.

۲- انجام آرمیدگی<sup>۴</sup> در هنگام احساس تنش و اضطراب برای چرخیدن.

۳- کارهای منحرف‌کننده ذهن<sup>۵</sup> مانند تمیزکردن اتاق و تمرین تمرکز روی یک شیئی معین در هنگام احساس اضطراب برای چرخیدن.

۴- درخواست از اعضای خانواده برای حضور در اتاق وی برای حذف موقعیت تنهائی.

۵- به‌کارگیری روش توقف افکار<sup>۶</sup> برای قطع افکار اضطراب برانگیز.

۶- تنبیه رفتار چرخشی: شکستن نوار موسیقی استفاده شده پس از چرخش.

قسمت دوم: در این قسمت برای تقویت اعتماد به نفس و کاهش تمایل به ایجاد فانتزی در بیمار، روش‌های آموزش جسارت به‌کار گرفته شد. جلسات درمانی در آغاز درمان با فواصل یک هفته برنامه‌ریزی شد. پس از گذشت ۱۰ جلسه هفتگی، فواصل جلسات بیشتر شد و به حدود سه هفته تا پنج هفته افزایش یافت و پس از چند جلسه محدود، فاصله جلسه‌های درمانی به دو تا سه ماه رسید و پس از یکی دو جلسه با فواصل یادشده، روند درمان قطع گردید و تنها براساس احساس نیاز بیمار جلسه برگزار می‌گردید.

پس از حدود ۱۰ جلسه، فاصله زمانی چرخش بیمار از روزانه ۴-۳ بار و مدت دست‌کم نیم‌ساعت در هر بار به میزان حداکثر هر هفته یک بار و حداکثر ده دقیقه در هر بار کاهش یافت. البته بیمار اظهار می‌داشت اگر چه از میزان چرخیدن کاسته شده، ولی در مواقع دیگر مانند پیاده‌روی و یا طی مسافت با اتوبوس به خیال‌پردازی‌های گذشته می‌پردازد. در این هنگام پیشنهاد شد بیمار در هنگام سوارشدن به اتوبوس یا پیاده‌روی به کارهای منحرف‌کننده ذهن مانند خواندن کتاب یا روزنامه بپردازد و در صورت فراهم‌نبودن شرایط به افکار و خیال‌پردازی‌های خود جهت بدهد و به‌عنوان نمونه به برنامه‌ریزی‌های روزمره بیانید. پس از گذشت نزدیک به ۸ ماه رفتار چرخشی از بین رفته

1-non-assertive  
2-compulsive  
3- self observation  
4-relaxation  
5- distraction  
6- thought stopping

بود و بیمار نیز از وضعیت رفتارهای میان فردی و تحصیل رضایت کامل داشت.

بیمار معرفی شده را می توان مبتلا به اختلال بی خودشدن تجزیه ای تلقی کرد. گرچه از نظر پدیدارشناسی میان رفتار این بیمار و رقص دراویش<sup>۱</sup> شباهت وجود داشت بیمار از این زمینه فرهنگی بی اطلاع بود و نخستین تجربیات وی به صورت تصادفی رخ داده بود.

اختلال های تجزیه ای در افراد عموماً پس از استرس رخ می دهند (واندر کولک، ۱۹۹۶) در بیمار یادشده دوره های تجزیه ای با رویداد دردناکی ارتباط نداشت بلکه بروز این حالت ها بیشتر در اراده خود وی و در راستای حل ناکامی های روزمره و در پاسخ به تحقق نیافتن آرزوهای شخصی بوده است.

از سوی دیگر اختلال ها و ویژگی های شخصیتی خاص با بروز تجربه های تجزیه ای مرتبط دانسته شده است (گریب، ۱۹۹۹؛ والدو<sup>۲</sup> و مریت<sup>۳</sup> ۲۰۰۰). این بیمار، نیز ویژگی های شخصیتی وابسته و بی جرأتی را از خود نشان می داد و نداشتن اعتماد به نفس زمینه را برای ایجاد دوره های تجزیه ای آماده می ساخت.

در بیشتر بررسی های انجام شده در زمینه اختلال های تجزیه ای درمان محدود به رواندرمانی با نگرش روان پویشی یا روانکاوای بوده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). اما برای این بیمار روش های شناختی - رفتاری به کار برده شد. اینکه اختلال های تجزیه ای نیز به روش های شناختی - رفتاری پاسخ می دهند یا خیر نیاز به بررسی بیشتر دارد. چهره مشترک در تمام اختلال های تجزیه ای، پدیده تجزیه است و چنانچه در گستره عادی این تجربه ها علل پزشکی عمومی و دارویی بر آن نتوان یافت، تشخیص اختلال تجزیه ای را می توان عنوان کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). این بیمار براساس نشانه های بالینی در

دسته اختلال بیخودشدن و اختلال تجزیه ای مشخص نشده قرار می گیرد، حال آنکه آسیب شناختی روانی وی ترکیبی از ویژگی های شخصیتی و سواسی و نداشتن اعتماد به نفس را نشان می داد. افزون بر این، تجربه های تجزیه ای در این بیمار از نظر نشانه شناسی شبیه رفتارهای جبری بود. طبقه بندی اختلال های تجزیه ای در حال حاضر صرفاً توصیفی است لازم است طبقه بندی این اختلال به جنبه های آسیب شناختی روانی نزدیک تر گردد و در آن صورت افزون بر پیش پا نهادن روش های مؤثر عملی و درمانی افق نگرش تشخیصی بالینگران را به نشانه های توصیفی محدود نسازد.

نویسندگان از همکاری صادقانه همکار ارجمند جناب آقای دکتر یوسف سمنانی نهایت سپاسگزاری را دارند.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4<sup>th</sup> ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Freud, A. (1966). *The ego and the mechanism of defense. In the Writings of Anna Freud*. New York: International Universities Press.

Grabe, H.I. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32, 319-324.

Jdith, L.H. (1994). *Trauma and recovery*. London: Pandora.

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

2- dervish dance

2- Waldo

3- Merritt

- Meares,R.(1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1850-1855.
- Sadock,B.J.,& Sadock,V.A.(2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vanderkolk,B.A., & Fisler,R.(1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Trauma Stress*,8, 505-525.
- Vanderkolk,B.A.(1996).Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of trauma. *American Journal of Psychiatry*,153, 83-93.
- Waldo,T.G.,Merritt,R.D.(2000). Fantasy proneness, dissociation, and DSM-IV axis II symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*,109, 555-558.
- World Health Organization (1993). *International classification of disease*.(10<sup>th</sup> ed).Geneva: World Health Organization.