

## اختلالات تجزیه‌ای، تشخیص و درمان (یک بررسی فراترکیبی از مطالعات گذشته)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۹

### خلاصه

**مقدمه:** اختلالات تجزیه‌ای، سندرم پس از سانحه و روان‌زیستی هستند که عموماً در طول زمان و در دوران کودکی ایجاد می‌شوند. این اختلالات، به دلیل اعتباری که این تشخیص در میان جمعیت‌های مختلف پیدا کرده، پذیرشی فزاینده دارند اما علیرغم شواهد تجربی که از اعتبار این تشخیص و ارتباط آن با تروما حمایت می‌کند، این اختلال همچنان تشخیصی نامطمئن و پر از ابهام است. از طرفی به سبب اطلاعات کمی که در مورد تشخیص و درمان این اختلال وجود دارد، این مطالعه به بررسی این بیماری، ابعاد آن و روندهای درمانی آن پرداخته است.

**روش کار:** بررسی حاضر از نوع تفسیری با رویکرد کیفی بوده است که سعی داشته با اتخاذ تکنیک فراترکیب به احصاء متغیرهای تاثیر گذار در این زمینه اقدام نماید. جامعه آماری این مطالعه تمام منابع چاپی در حیطه اختلال تجزیه‌ای می‌باشد که با توجه به رویکرد کسپ روبیرک تعداد ۳۰ مقاله انتخاب شد.

**نتایج:** تجزیه و تحلیل با استفاده از سیستم کدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شد و در نهایت نتایج گویای ۵ محور مهم در زمینه اختلال تجزیه‌ای می‌باشد که عبارت‌اند از علت‌یابی تجربی، درمان، تجارب تجزیه‌ای، اختلال تجزیه‌ای می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** زمینه‌های اختلال تجزیه‌ای در سه نوع، اختلال نشان می‌دهد. افراد نوع یک، عملکرد بالایی دارند. افراد نوع دو، عملکرد پایین تری دارند و میزان بالاتری از همبودی با سایر اختلالات را تجربه می‌کنند. نوع سوم، معمولاً قادر به کار نیستند، شرایط زندگی وخیم تری دارند و نیاز به بستری شدن مکرر در بیمارستان دارند.

**کلمات کلیدی:** اختلال تجزیه‌ای، پژوهش کیفی، علت‌یابی تجربی، تجارب تجزیه‌ای، حوادث ناگوار

مینا نظری کمال<sup>۱</sup>

قاسم آهی\*<sup>۲</sup>

احمد منصوری<sup>۳</sup>

مهناز مهربانی‌زاده هنرمند<sup>۴</sup>

فاطمه شهبابی‌زاده<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی،

واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد

اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی،

نیشابور، ایران

<sup>۴</sup> استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی،

دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۵</sup> دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد

اسلامی، بیرجند، ایران

Email: ahigh1356@yahoo.com



## مقدمه

فراموشی همانند نعمتی طبیعی و ارزشمند در زندگی فرد نمود می‌کند و بروز فراموشی و نسیان به فرد کمک کرده تا زندگی بهتری داشته باشد. گاهی فراموشی به طور طبیعی رخ نمی‌دهد و این رخداد در ادامه یک آسیب جدی یا شوکی شدید بروز می‌کند که در روان‌شناسی بالینی از آن به عنوان اختلالات گسستگی یا تجزیه‌ای یاد می‌کنیم (۸). این اختلالات در واقع به گروهی از بیماری‌های روانپزشکی اطلاق می‌شود که فرد بیمار نسبت به خود و محیط پیرامون خود کاملاً یا بصورت نسبی آگاهی و ادراکش را از دست می‌دهد و به عبارتی ذهن بیمار نسبت به آنچه اتفاق می‌افتد دچار گسستگی می‌شود و این اختلال به نوعی در حافظه وی نیز بروز می‌کند. این مشکلات می‌تواند شامل حافظه، هویت، احساسات، آگاهی و ادراک و رفتار فرد باشد و علائم آن در زمان بروز به گونه‌ای بالقوه است که می‌تواند سبب مختل شدن هر قسمتی از فرآیند ذهنی گردد. از دست دادن حافظه و فراموشی را می‌توان مثال بارزی برای این اختلال به شمار آورد (۶). اختلالات تجزیه‌ای با اختلال یا تغییر در عملکردهای یکپارچه سازنده هویت، حافظه و آگاهی مشخص می‌شوند. این اختلالات از اختلالات حافظه تا ایجاد احساس از بین رفتن واقعیت خود و بروز شخصیت دیگر متفاوت است و معمولاً با آسیب، مسائل شخصی و روابط آشفته با دیگران ارتباط دارد. تصور می‌شود که تجزیه به صورت شخصی برای دفاع از خود در برابر شرایط استرس‌زا ایجاد می‌شود که به موجب آن فرد هوشیاری خود را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که با درگیری عاطفی درونی یا عوامل استرس‌زای بیرونی مقابله کند. دفاع‌های تجزیه‌ای عملکردهای دوگانه‌ای دارند (۱۴). آمارهای مربوط به اختلالات تجزیه‌ای در سطح جهانی نشان می‌دهد ۲۹ درصد از افرادی که به صورت سرپایی به منظور درمان اختلالات روانی مراجعه می‌کنند اغلب دارای اختلالات یا علائم تجزیه‌ای هستند. همچنین ۲۶ درصد از مردان و ۳۶ درصد از زنان مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند (۲۴).

افراد مبتلا به اختلال تجزیه‌ای با چیزهایی مانند فراموش نکردن گذشته خود یا داشتن شکاف در حافظه فعلی دست و پنجه نرم می‌کنند. آنها با انگ اجتماعی بیماری روانی به طور کلی و اختلال تجزیه‌ای به طور خاص سروکار دارند. ممکن است به دلیل شنیدن صداهایی در سرشان به اشتباه تشخیص داده شوند. بسیاری هوشیاری بیش از حد را تجربه می‌کنند و همیشه به دنبال مشکل هستند. آنها اغلب تشخیص افسردگی همزمان را تجربه می‌کنند. با توجه به موارد فوق، مشاوران حرفه‌ای باید درک کنند که افراد دارای اختلال تجزیه‌ای چه تجربه‌ای دارند تا بتوانند در آن موثرتر باشند (۱۱).

افراد مبتلا به این بیماری در ایران آمار مشخصی ندارند چرا که اغلب به روان‌شناسان یا روانپزشکان مراجعه نمی‌کنند و برخی از افراد نیز با تصور این که فرد دچار بیماری آلزایمر شده است چندان روش‌های روان‌درمانی را در این حوزه به کار نمی‌برند. براساس برخی از آمارهای سازمان بهزیستی، حدود ۲۰-۳۰ درصد مردم ایران دارای حداقل یک اختلال روانی هستند که از این تعداد ۳ درصد دچار اختلالات تجزیه‌ای هستند و نزدیک ۷۰ درصد از افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای در شهرها زندگی می‌کنند (۱۲). درحالی که آمارهای جهانی به ویژه در کشورهای پیشرفته حاکی از آن است که نزدیک ۲۰ درصد از افراد در این کشورها از اختلالات روانی رنج می‌برند و نزدیک ۱ درصد نیز دچار اختلالات تجزیه‌ای هستند (۱۵). احتمال بروز این اختلال‌ها در افرادی که در دوره کودکی در معرض آزار و بدرفتاری عاطفی، جسمی یا جنسی بوده‌اند، بیشتر است. زیرا ذهن کودک، قدرت تحلیل و درک اتفاقات استرس‌زای شدید یا تجربه‌هایی که با سن او متناسب نیستند را ندارد و در واقع از همان ابتدا با استفاده از مکانیسم دفاعی تجزیه یا گسست، سعی می‌کند با ناملازمات کنار بیاید و با تجزیه کردن تجربه‌ها در ذهن خود، شرایط پیش آمده را پشت سر بگذارد. این کودکان در بزرگسالی بیش از دیگران ممکن است دچار اختلال‌های تجزیه‌ای شوند. اختلال‌های روان‌شناختی دیگر مانند افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از آسیب هم ممکن

ممکن است اطرافیان‌شان را نگران کند و باعث شود همکارانشان آنها را غیر قابل اعتماد در نظر بگیرند (۱۰).

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی آمده است که اختلال تجزیه‌ای با تجربیات طاقت‌فرسا، حوادث آسیب‌زا یا سوء استفاده در دوران کودکی همراه است. اختلالات تجزیه غالباً پس از ضربه رخ می‌دهند و پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی آن‌ها را پس از ضربه و اختلالات مربوط به استرس برای قرار دادن این رابطه نزدیک قرار می‌دهد. در اختلالات تجزیه به طور کلی و به طور خاص در اختلال هویت تجزیه‌ای، تغییرات در محیط نیز تا حد زیادی مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلالات تجزیه‌ای شامل فراموشی تجزیه‌ای، گریز تجزیه‌ای اختلال هویت تجزیه‌ای و اختلال مسخ شخصیت است (۲۰). برای خانواده هم می‌توان پیامدهایی نظیر اختلال در رابطه اجتماعی با فرد بیمار، نگرانی اطرافیان از واکنش‌های تجزیه‌ای و برای جامعه نیز پیامدهایی نظیر مشکلات عمده در محیط کار، از قبیل فراموشی، به موقع حاضر نشدن، نام برد.

درمان‌های اختلالات تجزیه‌ای بیشتر روان درمانی است (۹). از جمله روان درمانی‌های تحلیلی یا پویایی؛ به بخش‌های ناخودآگاه ذهن و نیز تجربه‌های قدیمی فرد می‌پردازد که ممکن است در ایجاد این اختلال‌ها تأثیر داشته باشند. همچنین درمان‌های شناختی-رفتاری؛ درمان شناختی-رفتاری به مراجع کمک می‌کند تا رابطه بین افکار و احساسات خود را در موقعیت‌های مختلف بشناسد و خطاهای شناختی که به صورت غالب در رویارویی با شرایط دچارش می‌شود را تشخیص دهد و از روش‌های رفتاری متفاوت و جدیدی برای رویارویی با شرایط استرس‌زا استفاده کند. هیپنوتیزم نیز می‌تواند به فرد کمک کند تا تجربه‌ها یا خاطره‌هایی را به یاد بیاورد که در حالت هوشیاری معمولی فکر کردن به آنها برایش سخت است و درمانگر می‌تواند با کاربرد تکنیک هیپنوتیزم در چارچوب رویکردهای درمانی مانند درمان تحلیلی یا شناختی-رفتاری به فرد کمک کند (۱۳).

است علایم تجزیه‌ای را ایجاد کنند یا به صورت اختلالی همراه با این اختلال‌های تجزیه‌ای وجود داشته باشند (۱۷).

اختلال‌های تجزیه‌ای در طبقه‌بندی‌های کلاسیک اختلالات روانی به گروه‌های مختلف تقسیم‌بندی می‌شوند: فراموشی تجزیه‌ای، فرار تجزیه‌ای، مسخ شخصیت و اختلال هویت تجزیه‌ای. در اختلال فراموشی تجزیه‌ای، فرد خاطره‌های مربوط به بخشی از زندگی خود یا اتفاقی که برایش رخ داده را فراموش می‌کند. بخش فراموش‌شده، ممکن است حادثه‌ای ناخوشایند باشد که پذیرش آن برای بیمار دشوار است و ذهن تلاش می‌کند تا آن بخش را از آگاهی کنار بگذارد (۲۰). در فرار یا گریز تجزیه‌ای نیز مراجع به صورت ناگهانی مکان خود را تغییر می‌دهد و به نقطه‌ای نامعلوم می‌رود که خودش هم نمی‌داند برای چه به آنجا رفته است. افرادی که دوره فرار تجزیه‌ای را تجربه می‌کنند، ممکن است دچار فراموشی تجزیه‌ای هم شوند و بعدها خاطره‌های مربوط به این دوره را به یاد نیاورند (۲۲). در اختلال مسخ شخصیت، فرد احساس گسست و جدایی نسبت به خود یا محیط اطراف پیدا می‌کند و احساسش ممکن است جدید و متفاوت باشد. در اختلال هویت تجزیه‌ای که به آن اختلال چندشخصیتی هم گفته می‌شود، فرد در دوره‌های مختلف زمانی شخصیت‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهد. این شخصیت‌ها ممکن است حتی از وجود یکدیگر خبر نداشته باشند و ویژگی‌های فردی متفاوتی داشته باشند (۹). به نظر می‌رسد تجارب اختلالات تجزیه‌ای برای افراد مبتلا به این نوع اختلال بسیار گسترده و قابل تأمل است؛ بیمار با از دست دادن حافظه ثانویه، با تعارض‌های روان شناختی دردناکی روبرو می‌شود که در آن بیمار منابع هیجانی محدودی دارد (۵). این افراد بیشتر در معرض خودآسیبی، افکار و اقدام به خودکشی، اختلال در عملکرد جنسی، وسواس و اجتناب جنسی، احتمال ابتلا به الکل و مصرف مواد، اختلالات افسردگی و اضطراب، اختلالات شخصیتی، خواب و اشتها هستند (۲۳). اختلالات تجزیه‌ای همچنین با مشکلات عمده‌ای در روابط فردی و کار همراه می‌باشد. افراد مبتلا به این بیماری اغلب قادر به مقابله با فشارهای حرفه‌ای و عاطفی نیستند و واکنش‌های تجزیه‌ای آنها

فرا ترکیب قرار داده است تا به سوال اصلی این مطالعه یعنی اختلالات تجزیه‌ای، تشخیص و درمان آن پردازد. ابزار جمع آوری داده‌ها فیش می‌باشد و نظام تجزیه و تحلیل در آن بر مبنای تکنیک تحلیل محتوا قائم بر کدگذاری باز، محوری و انتخابی می‌باشد. روایی این مطالعه توسط اساتید راهنما و مشاوره تعیین می‌شود و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب کاپا تعیین می‌شود. در این ضریب از کدگذار دیگری درخواست می‌شود که کدها را دسته بندی و کدگذاری نماید. که میزان توافق دو کدگذار باید بالای ۸۰ درصد باشد. جامعه آماری کلیه منابع چاپی در حیطه مولفه‌ها و درمان اختلال تجزیه‌ای می‌باشد. نمونه نیز کسپ رویبرک انتخاب می‌شود. هر مقاله‌ای که حایز دریافت نمره ۳۰ به بالا باشد در نمونه باقی و مابقی از نمونه حذف می‌شود. پر دو تکل فرا ترکیب به شرح زیر می‌باشد.

- ۱- جستجو در منابع معتبر اسکولار، اسکوپوس، سانس دایرکت
  - ۲- انتخاب مقاله بر پایه محل چاپ، پایگاه مرجع، موضوع و محدوده زمانی
  - ۳- معیارهای امتیاز دهی بر پایه اهداف، عناوین، منطق نمونه برداری، جامعه، تجزیه و تحلیل، منابع و دقت در یافته‌ها
- بر پایه داده‌های فوق، امتیاز دهی کسپ انجام می‌شود که مابین اعداد ۵ تا ۵۰ خواهد بود. از بین مقالات جستجو شده ۱۷۲ مقاله قابل پذیرش می‌باشد که از این میان تعداد ۲۶ مقاله، امتیاز کسپ را دریافت نموده‌اند. که به قرار جدول زیر می‌باشد.

بررسی تجارب افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای نشان می‌دهد که اغلب این افراد تجارب مشترک و متفاوتی دارند (۹). بنابراین در این حوزه میتوان عنوان داشت که مطالب زیادی تاکنون نگاشته شده است. نکته قابل توجه در تمام این مطالب این است که بخش بزرگی از این مطالعات اغلب کمی و تقلیل گرایانه می‌باشد. بدین معنا که تسلط یک متغیر یا چند متغیر را مبنای مطالعه قرار می‌دهند و تاکنون مدلی جامع در این زمینه ارائه نشده است. این مدل می‌تواند علاوه بر جامعیت، بعنوان یک اصل مطالعاتی در نظر گرفته شود که خلاء آن در مطالعات پیشین کاملاً دیده می‌شود. از این رو مساله اصلی پژوهش حاضر کشف، شناسایی و توصیف و تبیین این تجارب از میان متون چاپی می‌باشد که این بخش بیشتر به وسیله خوانش مطالعات دیگران انجام می‌شود. هدف این است که معیارها و مولفه‌های بیماری تجزیه‌ای شناخته شود. تجربیات افراد واکاوی شود و مدلی قابل تبیین ارائه شود. این بررسی از میان متون چاپی کیفی انجام می‌شود. بدین ترتیب می‌توان ادعا نمود که مطالعه کنونی به دنبال یک جامعیت بخشی کلان و کلی به مطالعات پیشینیان و ارائه مدلی قابل اتکا در این زمینه می‌باشد.

## روش کار

بررسی حاضر از نوع مطالعات تفسیری با رویکرد کیفی می‌باشد که تمام تلاش خود را بر مبنای تحلیل بر پایه تکنیک

جدول ۳. امتیازدهی به مقالات

مقاله	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
امتیاز نهایی	۴	۳۲	۴۱	۳۲	۳۰	۲۹	۴۴	۲۷	۳۴	۳۶
مقاله	۱	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱
امتیاز نهایی	۸	۲۶	۲۸	۲۸	۳۱	۳۷	۴۴	۲۳	۲۷	۳۴
مقاله	۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱
امتیاز نهایی	۷	۲۶	۲۶	۲۷	۳۱	۲۵	۳۷	۳۱	۲۸	۱۷
مقاله	۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶					

کدگذاری باز و مقوله بندی و گزینشی نیز در دستور کار قرار می گیرد.

با توجه به سیستم کسپ رویبرک، می توان عنوان داشت که تعداد ۸ مقاله در تحلیل نهایی در سیستم قابل ارزیابی می باشد

## نتایج

روش کدگذاری:

یکی از معروفترین متخصصان کیفی سالدنا می باشد وی بیان می کند که روش خاص قابل تعریفی در مورد کدگذاری وجود ندارد و انواع مختلف آن شامل کدگذاری دور نخست، کدگذاری باز، کدگذاری محوری، انتخابی، توصیفی، فرآیندی، زنده و انواع آن در روند کدگذاری وجود دارد (۱۸). در این مطالعه از کدگذاری فرآیندی استفاده می شود. همچنین

## کد گذاری باز:

کدگذاری باز خود به دو دسته کدگذاری اولیه و مقوله بندی تقسیم می شود. در زیر به هر یک از این بخش ها پرداخته می شود.

## کد گذاری اولیه

اولین مرحله از دسته بندی، کدگذاری اولیه نامیده می شود. در این مطالعه، تعداد ۹۰ کد اولیه استخراج شده است که پس از تخلیص و دسته بندی به تعداد ۷۸ کد اولیه دست یافت. نمودار ۱ فراوانی هریک از کدها را نشان میدهد.



موارد هم مجموعه ای از کدها با هم تشکیل یک کد جدید می دهند. به چنین دسته بندی مقولات می گویند. در این مطالعه ۶۱ مقوله وجود دارد (مقولات در این مطالعات زیاد نیستند).

کدهای قابل توجه در این نمودار شامل بیزاری از پدیده های زندگی روزمره، احساس گناه، احساس افسردگی، نظم جویی هیجانی می باشد که بیش از سایر کدها تکرار شده است.

کدگذاری محوری:

با توجه به سه اصل اشراف نظری محقق، تحلیل همپوشانی نرم افزار و نگاه متخصصان این مطالعه موفق به کشف چهار کد محور شد. که در نمودار زیر محورها و کد مربوط به هریک آورده می شود.

## مقولات:

بر اساس نظر اشتراوس و کلونین، کدهای اولیه را می توان دسته بندی نمود. این دسته بندی حالت انتزاعی داشته و کد اولیه که انتزاعی تر از کدهای دیگر است، اساس دسته بندی قرار می گیرد. در برخی



خانواده‌های آنان که علت بیماری خود را به چنین باورهایی نسبت می‌دهند، ترجیح می‌دهند از طریق تشریفات و اعمالی که توسط شفا دهندگان دینی انجام می‌شود درمان شوند (۱۹).

ویژگی اصلی اختلالات گسستی، مختل شدن و یا ادامه نیافتن فرآیند نرمال ادغام هوشیاری، حافظه، هویت، هیجان، ادراک، تصویر ذهنی از بدن، کنترل حرکات عضلانی و رفتار است. سمپتوم‌های گسستگی به طور بالقوه قادرند همه زمینه‌های عملکرد روانی را مختل کنند. اختلالات گسستگی به طور فراوان، بعد از وقوع انواع مختلف و گسترده‌ای از تجربه‌های روانی تروماتیک در کودکان، نوجوانان، و بزرگسالان روی می‌دهند. تجربه‌های تروماتیک به تجربه‌هایی که به پیامدهای روانی منجر می‌شوند اشاره دارد و این موضوع در تضاد با تاثیر فیزیکی است که یک آسیب مغزی تروماتیک (ضربه مغزی) می‌تواند بر جا بگذارد. بنابراین در **DSM-5** اختلالات گسستگی بعد از اختلالات مرتبط با تروما و استرس قرار داده شده‌اند اما بخشی از آنها نیستند. علت چیدمان آنها در کنار یکدیگر این است که رابطه نزدیکی که این دو طبقه اختلالات با هم دارند، نشان داده شود. هم اختلال استرس حاد و هم اختلال استرس پس از تروما حاوی سمپتوم‌های گسستگی هستند مثل آزمنیای، فلش بک‌ها، بی‌حسی هیجانی، و دپرسونالیزیشن/دی‌ریالیزیشن (**DSM5\_TRT 2022**).

سمپتوم‌های گسستگی به یکی از این دو شیوه یا هر دو تجربه می‌شوند: ورود ناخواسته (مزاحمت آمیز) سمپتوم‌های گسستگی به آگاهی و رفتار، که با از بین رفتن احساس تداوم یا پیوستگی در تجربه ساجکتیو همراه هستند (سمپتوم‌های گسستگی "مثبت" مثل قطعه قطعه شدن هویت، دی‌پرسونالیزیشن و دی‌ریالیزیشن) و/یا ناتوانی در دسترسی یافتن به اطلاعات یا کنترل کردن عملکردهای ذهنی که به طور عادی و به سهولت در دسترس قرار می‌گیرند یا قابل کنترل کردن هستند (سمپتوم‌های گسستگی "منفی" مثل آزمنیای). در کانتکس‌های فرهنگی مختلف، ریسک فکتورهای اختلالات گسستگی شامل این‌ها هستند: شروع شدن تروما در سنین پایین‌تر، غفلت و سوءاستفاده جنسی، بدرفتاری جسمی، و بدرفتاری هیجانی توسط والدین،

می‌دهد. این حالت، از برخی جهات برای بازماندگان تروما، کارکرد انطباقی دارد اما در تجزیه شدید مرتبط با تروما، این حالات می‌تواند تقریباً در تمام جنبه‌های عملکردی فرد تداخل کرده و منجر به تشخیص **DD** شود (**DSM5\_TRT 2022**). در نتیجه گیری نهایی باید گفته شود که تجزیه پاتولوژیک، به عنوان پاسخی به استرس تروماتیک اولیه و/یا ناملایمات روانی شدید مفهوم‌سازی شده است. به صورت کلی تجزیه، افراد را مستعد فانتزی و خیال‌پردازی می‌کند و در نتیجه خاطرات ساختگی و پیچیده‌ای از تروما را ایجاد می‌کند. در این زمینه باید قائل به چرخش دورانی بود به نحوی که در اغلب مطالعات دیده شده است که تروما باعث تجزیه می‌شود و در صورت کنترل عوامل مختلف بیرونی می‌توان امیدوار بود که جلوی فانتزی‌ها و خیالات ذهنی گرفته شود (۳).

بنابراین در دسته بندی علت یابی تجزیه‌ای، عوامل ذهنی و عوامل بیرونی مانند تروماهای کودکی مهمترین دسته‌ها را شامل می‌شود. که دور دورانی را ایجاد می‌کند؛ از یک سو عوامل بیرونی مانند تروماهای کودکی می‌تواند زمینه گسست در افکار و احساسات را فراهم سازد و از سوی دیگر زمینه‌های ذهنی مانند افکار تکراری، رویا پردازی و سایر ادراکات می‌تواند بر پیوستار تجزیه‌ای افراد تاثیر بگذارد و شدت شخصیت تجزیه‌ای را افزایش دهد.

## ۲- اختلال تجزیه‌ای:

شامل خاطرات رخنه کننده، بیماری مغزی، برجستگی روابط بین افراد، ارتباطات اجتماعی و انگ و برجسب را می‌شود. در تعریف، اختلالات تجزیه‌ای (**DDs**) به عنوان از هم گسیختگی در عملکردهای هوشیاری، حافظه، هویت یا ادراک محیط تعریف می‌شود. به طور کلی، شیوع آن در هر دو محیط درمان روانپزشکی بستری و سرپایی ۱۰ درصد است و البته شیوع اختلالات تجزیه‌ای (**DDs**) در کشورهای مختلف، متفاوت است (۴).

در کشورهایی مانند هند، علت بیماری، به پیچیدگی‌ها و مشکلات روانشناختی و ویژگی‌های شخصیتی مانند روان رنجورخویی نسبت داده می‌شود (۷، ۵، ۱۱) و بیماران و



وسواس فکری-اجباری و اختلالات خوردن همبود با اختلالات تجزیه‌ای نشان داده‌اند (۱، ۲، ۳، ۸). چنانچه اختلالات تجزیه‌ای تشخیص داده نشوند، به اختلال روانپزشکی همبود ممکن است به اشتباه برچسب «مقاومت به درمان» داده شود.

نگرانی اصلی این است که، با وجود نرخ بالای ۷۵ درصد اختلال تجزیه‌ای همبود، در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و پیش بینی پاسخ ضعیف به رفتار درمانی دیالکتیکی استاندارد، تعداد کمی از متخصصین احتمال وجود اختلالات تجزیه‌ای را بررسی می‌کنند. در نتیجه، بسیاری از بیماران درمان را ترک می‌کنند یا به‌طور نامناسبی ادامه می‌دهند که به جهت درمان آنها نمی‌تواند اثربخش باشد، به بیماران «درهای گردان» تبدیل می‌شوند یا بدون دریافت درمان تخصصی مناسب ترخیص می‌شوند. این بدان معنا نیست که اختلال تجزیه‌ای همبود، مهمتر از سایر اختلالات بوده یا باید به تنهایی کانون درمان قرار بگیرد، اما داشتن توجه به آن، برنامه‌ریزی و مرحله‌بندی مناسب جهت درمان را میسر می‌کند. اختلالات مرتبط با تروما مانند اختلالات استرس پس از سانحه پیچیده و اختلالات تجزیه‌ای اغلب "ریشه‌ای‌تر" بوده و شیوه‌های سازگاری دیگری را حفظ می‌کنند که به فرد اجازه می‌دهد تا تروما را به شیوه‌ی خودش مدیریت نموده یا با آن کنار بیاید. اختلال خوردن نمونه‌ای از این شیوه‌های کنار آمدن است؛ از اینرو، درمانی که بر اختلال خوردن متمرکز بماند، موفقیت آمیز نخواهد بود. به همین ترتیب، تروما-درمانی، درمورد این بیمار، اختلال خوردن را درمان نمی‌کند، زیرا رویکرد متمرکز بر تروما، صرفاً و موقتا اختلال همبود را حذف کرده، اما اختلال ریشه‌ای که خود به درمان نیاز دارد را نادیده گرفته است. متأسفانه عموماً در روند درمان، امکان جداسازی فرآیند کار و پرداختن به اختلالات مختلف فرد، توسط درمانگران مختلف وجود ندارد (۲۱).

روی هم انباشته شدن تروماها و ناملایمات زندگی؛ و تروما یا شکنجه مکرر و مستمر در رابطه با اسارت (مثلاً اسیر جنگی بودن و قربانی قاچاق انسان شدن) (DSM5\_TRT 2022).

باید در نظر داشت که اختلال تجزیه‌ای اغلب کمتر شناخته شده و درمان نمی‌شوند. در واقع، افراد مبتلا به **DDs** به طور متوسط بین ۵ تا ۱۲٫۴ سال قبل از دریافت تشخیص دقیق، به طور فعال درگیر درمان هستند.

### ۳- تجارب تجزیه‌ای:

سوگواری بیمارگونه، رفتارهای چرخشی، خیال پردازی، افت تحصیلی، چند شخصیتی، ناتوانی در کنترل عاطفی، احساس افسردگی، روان رنجورخویی، تجزیه گشودگی، احساس گناه، لکنت زبان، و اجتناب تجربی، بی‌توجهی، افکار مزاحم، بیش برانگیختگی، فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت، رویا پردازی و تخیل، مشکلات در بیان احساسات، بی‌زاری از پدیده‌های زندگی روزمره، دیدگاه بیماران در مورد بیماری، غیر واقعی بودن، مشکلات شغلی، سردرگمی تحصیلی، سردرگمی هویتی، ناامیدی و عصبانیت، و غیره جز زیر گروه‌های این محور قرار می‌گیرند.

براساس تحقیقات گسترده، رویدادهای آسیب‌زا و شیوه پاسخگویی فرد به آنها به‌طور فزاینده‌ای باعث حفظ و تداوم بسیاری از بیماری‌های روانشناختی شناخته می‌شوند. بنابراین جای تعجب نیست که اختلالات مبتنی بر تروما یعنی **PTSD**، **PTSD** پیچیده، **DID** و **DDNOS** همبودی بالایی با سایر اختلالات روانپزشکی نشان دهند (۱۶، ۱۷). محققین میزان تشخیص‌های همراه (به استثنای اختلال شخصیت) را در بیماران مبتلا به **DDNOS**، **DID** و سایر اختلالات روانپزشکی بررسی کردند. به طور متوسط، افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای دارای پنج تشخیص همبود محور یک بودند، درحالی‌که افراد مبتلا به **PTSD** ساده، اضطراب یا افسردگی دو تشخیص داشتند. شناسایی اختلالات همبود به دلیل تأثیر آن بر نتایج درمان مهم است.

بسیاری از مطالعات میزان بالاتر ترک درمان، نتایج ضعیف و پاسخ کمتر به درمان‌های روان‌شناختی استاندارد برای **PTSD**، اختلالات اضطرابی، اعتیاد، اختلال شخصیت مرزی، اختلال

جدول ۲. همبودی در اختلالات تجزیه‌ای

مطالعه	اظهار نظر	شیوع اختلالات تجزیه‌ای در گروه بیماران بر اساس اختلال	گروه بیمار، %
سار و همکاران (۲۰۱۰)	یک "زیرگروه مرتبط با تروما" از اسکیزوفرنی که ویژگی‌های DID را در کنار علائم درجه اول، شکایات جسمی و ادراکات فراحسی، با نرخ بالای اختلال شخصیت مرزی همراه نشان می‌دهد.	روان‌گسیختگی	گزارش نشده
اورن و همکاران (۲۰۰۷)	علائم تجزیه‌ای قبل از اعتیاد. بیماران دارای علائم تجزیه‌ای، نرخ بالاتری از اختلال شخصیت مرزی، جسمی‌سازی و اقدام به خودکشی داشتند.	وابستگی به الکل یا اعتیاد به مواد مخدر (بیماران بستری در یک مرکز درمانی).	اختلال تجزیه‌ای شدید: ۹٪ در گروه الکل. ۱۷٪ در گروه دارویی
شوماکر و همکاران (۱۹۹۴)	نرخ تجربه تروما در دوران کودکی ۳۸-۴۵٪، نمرات بالاتر در پرسشنامه تجزیه برای هر دو بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی. نمرات بالا در مناطق آسیب‌شناختی سردرگمی هویت، فراموشی و از دست دادن کنترل.	اختلالات خوردن: پرخوری عصبی یا بی‌اشتهایی عصبی.	گزارش نشده
گاف و همکاران (۱۹۹۲)	هر چه مورد شدیدتر و مقاوم‌تر به درمان باشد، احتمال وجود اختلالات تجزیه‌ای بیشتر است.	اختلال وسواس فکری عملی	گزارش نشده
پیک و همکاران (۲۰۱۷).	نرخ بالای شخص زدایی، واقعیت زدایی و سردرگمی هویت با تشنج همراه بود.	اختلال تبدیلی یا اختلال حمله غیرصرعی (تشنج تجزیه‌ای).	اختلال تجزیه‌ای: ۴۷٫۴ درصد در گروه اختلال تبدیلی: علائم تجزیه‌ای به طور قابل توجهی در گروه تشنج نسبت به گروه کنترل بیشتر است.
راس (۲۰۰۷).	نرخ بالای بروز مرزی، اجتنابی، خود ویرانگر و منفعل-پرخاشگر. یافته‌ها با همبودی مشاهده شده در PTSD پیچیده و PTSD سازگار بود، بنابراین نویسندگان چنین برداشت کردند که اختلال تجزیه‌ای، به عنوان یک اختلال مرتبط با آسیب روانی اعتبار ساختاری دارد.	اختلال شخصیت مرزی (دانشجویان، بیماران بستری روانپزشکی).	گزارش نشده اختلال تجزیه‌ای: ۷۲٫۵٪ از دانشجویان، ۵۹٪ از بیماران بستری DID: ۳۸٪ از روانپزشکی.

۴- درمان

به دسترسی به درمان تخصصی هستند کاهش قابل توجهی از علائم را تجربه می‌کنند (۲). همچنین کاهش میزان خودزنی و بستری شدن در بیمارستان، کاهش میزان قربانی شدن مجدد، کاهش مصرف مواد و کاهش هزینه‌های بستری و درمان سرپایی و کاهش طول مدت درمان و بهبود عملکرد اجتماعی، عاطفی و شغلی نیز گزارش شده است (۱۳، ۱۰). بدون درمان تخصصی که تجزیه را هدف قرار دهد، علائم تجزیه نه تنها باقی می‌مانند، بلکه بدتر می‌شوند (۲۴، ۱۱). این امر در مورد کودکان و نوجوانان مبتلا به تجزیه نیز صادق است. تجزیه درمان نشده، در طول زمان و به دلیل بدتر شدن علائم، کودکان بزرگتر را در معرض خطرات ایجاد اختلالات شدیدتر در عملکرد قرار می‌دهد. شناسایی و پرداختن به تجزیه مرتبط با تروما در دوران کودکی و

در این زمینه باید گفته شود که درمان، محور فکری دیگر در این مطالعه می‌باشد که شامل، شیوع برخورد با تعارضات (ویژگی فردی) کارکردهای اجرایی، نظم جویی، برخورد با حادثه استرس‌زا، کسب دانش در مورد اختلال هویت، جرات‌آموزی، نیازها و دلبستگیها، آرامش ذهنی، خودبازنگری، انجام کارهای منحرف‌کننده ذهن، توقف فکر و تنبیه آن می‌باشد. در این زمینه باید به این امر اشاره کرد که بیشتر راهکارهای درمانی در واقع از طریق شناخت درمانی صورت می‌پذیرد و کمتر به روندهای دارودرمانی گرایش پیدا می‌کند. در همین مورد برخی گزارش داده‌اند که درمان تجزیه‌ای به تشدید علائم آنها منجر شده است. اما این در حالی است که بیمارانی که قادر

می‌شود. برای جامعه ضروری است که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در تشخیص، ارزیابی و درمان گسست در خدمت پیشگیری از پیامدهای سلامت عمومی آموزش ببینند (۶).

تعداد بی‌شماری از مطالعات که این اثرات را بررسی کرده اند نشان می‌دهند تجزیه مرتبط با تروما، یک علامت رایج برای تروما است، اما به طور گسترده ناشناخته است و واسطه ارتباط تجزیه و تروما، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و بسیاری از خطرات بهداشتی و اجتماعی است (۱۳، ۱۷، ۲۰). در نهایت باید گفته شود که تجزیه یک موضوع مهم برای بهداشت عمومی است که اغلب "پنهان و نادیده گرفته شده" است و همین امر، توجه حرفه‌های مراقبت‌های درمانی و بهداشتی را ضروری می‌کند (۲۳).

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند می‌باشد. نویسنده از استاد راهنما و تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

نوجوانی و زمان نزدیک به شروع علائم، نتایج درمان را بهبود می‌بخشد و می‌تواند از یک عمر سختی و ناتوانی و همچنین عواقب عمیق تر برای سلامت عمومی جلوگیری کند (۱۴). در مجموع باید عنوان شود که سه نوع اختلال تجزیه‌ای وجود دارد: افراد نوع یک عملکرد بالایی دارند و به طور کلی می‌توانند شغل خود را حفظ کنند و در موقعیت‌های اجتماعی به خوبی تعامل داشته باشند. آنها به طور کلی برای تشخیص‌های همراه مانند افسردگی یا اضطراب به دنبال مشاوره هستند و در این شرایط به خوبی به درمان پاسخ می‌دهند. افراد نوع دو عملکرد پایین تری دارند و میزان بالاتری از همبودی با سایر اختلالات را تجربه می‌کنند. آنها ممکن است ویژگی‌های مرزی مانند درگیر شدن در آسیب به خود یا پاسخ به افراد با قطبیت‌ایده آل سازی و سپس کاهش ارزش را نشان دهند. آنها ممکن است نیاز به بستری شدن در بیمارستان را برای تقویت و حفظ ثبات داشته باشند. نوع سوم معمولاً قادر به کار نیستند، شرایط زندگی وخیم تری دارند و برای مقابله با رفتارهای خود تخریبی نیاز به بستری شدن مکرر در بیمارستان دارند (۷). باید عنوان شود که تشخیص و درمان تجزیه و **DDs** مرتبط با تروما منجر به پیامدهای مثبت بی‌شماری از جمله بهبود کیفیت زندگی، کاهش خطرات بهداشتی و اجتماعی، کاهش نیاز به استفاده از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و همینطور کاهش هزینه‌ها (کاهش ۲۵ تا ۶۴ درصدی) و مزایای اقتصادی قابل توجهی

### References

1. Belli H . Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. World Journal of Clinical Cases, 2014, 2: 327-31.
2. Brand B, Dorahy M, Krugl C, et al .Dissociative identity disorder: an empirical overview. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2014, 45: 402-17.
3. Dalenberg C J, Brand, B L, Gleaves DH, Dorahy M J, Loewenstein, R. J., Cardena, E.,... Spiegel D. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. Psychological Bulletin, 2012, 138(3), 550-588.
4. Emran A, Sharma V, Singh R, Jha M, Iqbal N. Lived Experiences of Women with Dissociative Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis. Indian J Psychol Med. 2021;43(6):492-499.
5. Grajewski Piotr, Dragan M . Adverse childhood experiences, dissociation, and anxious attachment style as risk factors of gaming disorder, Addictive Behaviors Reports, Volume 11, 2020, 100269, ISSN 2352-8532.

6. Komagamine T., Kokubun N., Hirata K. Hystero-epilepsy in the Tuesday Lessons and NMDA receptor function: A hypothesis for dissociative disorder, *Medical Hypotheses*, Volume 150, 2021, 110567, ISSN 0306-9877.
7. Martanez -Taboas A, Lewis-Fernández R, and Sar V. Cultural aspects of psychogenic nonepileptic seizures. In: LaFrance WC Jr and Schachter SC (eds) *Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures*. 4th ed. Cambridge University Press, 2018, pp. 137–149.
8. Minnen A, Marleen T. A brief cognitive-behavioural treatment approach for PTSD and Dissociative Identity Disorder, a case report, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 72, 2021, 101655, ISSN 0005-7916.
9. Mitchell S, Steele K. Mentalising in complex trauma and dissociative disorders, *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2020, 100168, ISSN 2468-7499.
10. Moskowitz A, Dorahy M. First rank symptoms, dissociation and dissociative disorders: A commentary on Humpston et al. (2020), *Schizophrenia Research*, Volume 228, 2021, Pages 460-461.
11. Nahar A, Reddy SS, and Desai G. Somatoform and dissociative disorders in rural settings. In: Chaturvedi S (ed) *Mental Health and Illness in the Rural World*. Mental Health and Illness Worldwide. Springer, 2020, pp. 47–53.
12. Nester M. S, Hawkins S. L, & Brand B L. Barriers to accessing and continuing mental health treatment among individuals with dissociative symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 2022, 13(1), 2031594. 10.1080/20008198.2022.2031594
13. Poursharifi Hamid. Personality disorders in people with gender identity disorder. Master's thesis. Psychology major, 2014. Tabriz University, Faculty of Psychology and Educational Sciences
14. Rathee, Sushma. *Dissociative Disorders: Phenomenology and Management*, 2022. 23. 138-144.
15. Reuille-D S. Applications of somatic psychology: movement and body experience in the treatment of dissociative disorders, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2020, 16:2, 105-119.
16. Rodewald F, Wilhelm C, Enrich H, et al. Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2011, 199: 122–31.
17. Saidpour S. The diagnostic role of analytical experiences and executive functions in post-traumatic stress disorder, depressive disorders and normal people. Master's thesis. Psychology field, 2014. Kharazmi University, Faculty of Psychology and Educational Sciences
18. Saldana J. *Coding Guide for Qualitative Researchers*, Translated into Persian by Abdullah Guyan, Scientific and Cultural Publishing Company, Tehran, 2016. <https://www.iranketab.ir/book/46756-the-coding-manual-for-qualitative-researchers>
19. Sood A. The Global Mental Health movement and its impact on traditional healing in India: A case study of the Balaji temple in Rajasthan. *Transcult Psychiatry* 2016; 5: 766–782.
20. Sutar R, Sahu. Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review, *Psychiatry Research*, 2019, Volume 281, 112529, ISSN 1781-165,
21. Temple M. Understanding, identifying and managing severe dissociative disorders in general psychiatric settings. *BJPsych Advances*, 2019, 25(1), 14-25. doi:10.1192/bja.2018.54.
22. Watanabe Y, Suda Y, Takeno J. A Robot Science Approach to Simulating the Pathogenesis of Dissociative Identity Disorder, *Procedia Computer Science*, Volume 169, 2020, Pages 46-50, ISSN 1877-0509.
23. Weber P., Erlacher R. Dissociative sensibility disorders – A retrospective case series and systematic literature review, *European Journal of Paediatric Neurology*, Volume 22, Issue 1, 2018, Pages 27-38, ISSN 1090-3798.
24. Zeligman M, Greene-Rooks J, Hundley G, Graham J, Spann S, Bickley E, Bloom Z. Lived Experiences of Men with Dissociative Identity Disorder, 2017. *Adultspan Journal*. 16. 65-79.

## Review Article

# Dissociative disorders, diagnosis and treatment (a meta-synthesis review of past studies)

Received: 26/11/2024 - Accepted: 07/01/2025

Mina Nazari Kamal<sup>1</sup>  
Gasem Ahi<sup>2\*</sup>  
Ahmad Mansouri<sup>3</sup>  
Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand<sup>4</sup>  
Fatemeh Shahabizadeh<sup>5</sup>

<sup>1</sup> PhD Student of Clinical Psychology,  
Department of Psychology, Birjand  
Branch, Islamic Azad University,  
Birjand, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of  
Psychology, Birjand Branch, Islamic  
Azad University, Birjand, Iran.  
(Corresponding Author)

<sup>3</sup> Department of Psychology,  
Neyshabur Branch, Islamic Azad  
University, Neyshabur, Iran

<sup>4</sup> Professor of Clinical Psychology  
Department, Education and  
Psychology Faculty, Shahid Chamran  
University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

<sup>5</sup> Associate Professor, Department of  
Psychology, Birjand Branch, Islamic  
Azad University, Birjand, Iran.

Email: ahigh1356@yahoo.com

### Abstract

**Introduction:** Dissociative disorders are post-traumatic and psychotic syndromes that generally develop over time and during childhood. These disorders are gaining increasing acceptance due to the validity of the diagnosis among different populations, but despite empirical evidence supporting the validity of this diagnosis and its association with trauma, this disorder remains an uncertain and ambiguous diagnosis. On the other hand, due to the limited information available about the diagnosis and treatment of this disorder, this study aims to identify this disease, its dimensions, and its treatment processes.

**Methods:** The present study was an interpretative study with a qualitative approach that attempted to identify influential variables in this field by adopting the meta-synthesis technique. The statistical population of this study was all printed sources in the field of dissociative disorder, and 30 articles were selected according to the Casp Rubric approach.

**Results:** The analysis was conducted using an Open, Axial, and Selective Coding system, and ultimately the results indicate 5 important axes in the field of dissociative disorder, which are empirical etiology, treatment, dissociative experiences, and dissociative disorder.

**Conclusion:** Dissociative disorder is characterized by three types of disorders. Individuals with type 1 have high functioning. Individuals with type 2 have lower functioning and experience a higher rate of comorbidity with other disorders. Individuals with type 3 are usually unable to work, have worse living conditions, and require frequent hospitalization.

**Keywords:** Dissociative Disorder, Qualitative Research, Empirical Causality, Dissociative Experiences, Adverse Events