

خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت  
راهنمایی برای درمانگران

## فهرست مطالب

۱	مقدمه و مباحث کلیدی.....	۷
۲	تظاهرات بالینی خودبیمارانگاری و حالات مرتبط.....	۱۵
۳	تشخیص و طبقه‌بندی خودبیمارانگاری.....	۴۰
۴	روابط خودبیمارانگاری با سایر آسیب‌های روان‌شناختی و تشخیص‌های افتراقی خودبیمارانگاری.....	۵۳
۵	ارزیابی خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت.....	۸۳
۶	وجه همه‌گیرشناختی و اقتصادی خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت.....	۱۰۵
۷	سیر و سرانجام خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت.....	۱۳۲
۸	مدیریت و نحوه ارتباط پزشک و بیمار در خودبیمارانگاری.....	۱۵۰
۹	مدل‌های شناختی و رفتاری و مدل‌های شناختی رفتاری و درمان‌های مرتبط در زمینه خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت.....	۱۷۶
۱۰	روان‌درمانی بین‌فردی خودبیمارانگاری و اختلالات مرتبط: یک رویکرد مبتنی بر دل‌بستگی.....	۲۳۶
۱۱	مدل‌های روان‌پویشی و رویکردهای درمانی خودبیمارانگاری.....	۲۶۴
۱۲	درمان‌های دارویی و نورویبولوژیکی خودبیمارانگاری، اضطراب بیماری و علائم جسمانی.....	۲۸۶
	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۰۷
	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۱۰



# ۱ مقدمه و مباحث کلیدی

والدن استراکویک و راسل نويز

واضح است که خودبیمارانگاری ماهیت سردرگم‌کننده‌ای دارد، اما در ساده‌ترین حالت خود نیز از پیچیدگی خاصی برخوردار است و به همین خاطر علی‌رغم پیشینه طولانی، هنوز به صورت یک مبحث چالش‌برانگیز باقی مانده است. همین امر باعث شد که با وجود ماهیت از یادرفته مفهوم خودبیمارانگاری دوباره به آن بپردازیم. خودبیمارانگاری را چه یک «بیماری خیالی» بنامیم و چه آن را بخشی از باورهای هدایانی یک اختلال روانی شدیدتر بدانیم، این اختلال جزء موضوعات مهم تلقی می‌شود، هرچند که افراد مبتلا به این اختلال خیلی جدی گرفته نمی‌شوند. اگرچه عبارات مختلفی برای توصیف خودبیمارانگاری ارائه و رد شده‌اند؛ سازه‌های مختلفی ساخته و بازسازی شده اما هنوز چالش‌های مربوط به این موضوع برطرف نشده است. بسیار روشن است که هدف از تدوین این کتاب پرداختن به موضوع خودبیمارانگاری است.

ما در این مقدمه هدف خود از تدوین این کتاب را به دو بخش عمده تقسیم می‌کنیم. ابتدا به عنوان و منطق نگارش این کتاب در این برهه زمانی خاص می‌پردازیم و دوم اینکه هدف ما این است که به محتوای این کتاب به عنوان منبعی که به مسائل اساسی مرتبط با خودبیمارانگاری می‌پردازد اشاره کنیم.

## عنوان کتاب به چه مسئله‌ای می‌پردازد؟

این کتاب به دو مفهوم «خودبیمارانگاری» و «اضطراب سلامت» اشاره دارد تا به صورت عینی به این مفاهیم بپردازد. نارضایتی فزاینده‌ای که در خصوص اصطلاح و مفهوم خودبیمارانگاری وجود داشت باعث شده است تا این عبارت از ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (-DSM 5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) کنار گذاشته شود و دو اختلال علائم جسمانی و اختلال اضطراب بیماری جایگزین آن شوند. هنوز هم بسیاری از بالینگران با این اختلالات آشنایی چندانی ندارند و همین امر نشان می‌دهد که چرا در عنوان این کتاب از این اصطلاحات استفاده نشده است. در مقابل اصطلاحات خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت جزء آن دسته از مفاهیمی به شمار می‌روند که صرف نظر از اولویت‌ها و نگرش‌های فردی برای همه قابل تشخیص هستند.

در این کتاب از اصطلاح «خودبیمارانگاری» برای اشاره به یک مفهوم تشخیصی استفاده شده است که بر ملاک‌های ارائه شده توسط راهنماهای تشخیصی و طبقه‌بندی (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی) استوار است. برخلاف «خودبیمارانگاری»، «اضطراب سلامت» هیچ‌گاه به‌عنوان یک تشخیص رسمی معرفی نشده و تعاریف مختلفی برای آن ارائه گردیده است؛ بنابراین در این کتاب هرکجا که لازم باشد از اصطلاح اضطراب سلامت برای تعریف این مفهوم استفاده می‌شود.

به نظر ما اضطراب سلامت تا حد زیادی بیانگر وجه عاطفی خودبیمارانگاری است. این مفهوم رفتارهای مرتبطی همچون اجتناب و کسب اطمینان را نیز دربر می‌گیرد. از این رو خودبیمارانگاری مفهوم گسترده‌ای است که اضطراب سلامت و اجزای شناختی آن را که به «مشکوک بودن نسبت به بیماری خود»، «باور به بیماری خود»<sup>۱</sup> یا «مجاب کردن دیگران نسبت به بیماری خود»<sup>۲</sup> مربوط هستند شامل می‌شود. خودبیمارانگاری به‌طور معمول (و نه لزوماً) با اضطراب سلامت همبستگی بالایی دارد اما ماهیت دقیق ارتباط آن‌ها هنوز مشخص نشده است.

## علت تدوین کتاب‌های حوزه خودبیمارانگاری

### و اضطراب سلامت در حال حاضر چیست؟

کتاب‌های مناسب دیگری نیز در خصوص خودبیمارانگاری و اضطراب بیماری وجود دارد که بنا به دلایلی ارزشمندند. اولین آن‌ها به تغییرات روان‌پزشکی مربوط به نام‌گذاری این اختلالات اشاره دارد. چنین شرایطی اغلب به پیچیدگی‌های موجود دامن می‌زنند. عجیب نیست که نظرها به سمت اختلال علائم جسمانی و اختلال اضطراب بیماری جلب شده است. درحالی‌که برخی از اصطلاحات جدید مطرح شده در این حوزه استقبال کرده‌اند (دیمسادل و همکاران، ۲۰۱۳)، برخی دیگر آن‌ها را مورد انتقاد قرار داده‌اند (فرانسس، ۲۰۱۳). هدف ما در این کتاب آن است که این حوزه از آسیب‌شناسی روانی را به‌صورت روشن‌تری مورد بررسی قرار دهیم. ما قصد داریم با اتخاذ رویکردی نقادانه و با اشاره به مزایا و معایب آن به بررسی مفاهیم مرتبط با این حوزه بپردازیم. ممکن است این روش بتواند موجب هدایت مطالعات آتی شود.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند اضطراب بیماری و خودبیمارانگاری دائماً در بین موارد بالینی به چشم می‌خورند. تعداد دقیق افراد مبتلا به اضطراب سلامت که از طریق اینترنت به دنبال دریافت مشاوره‌های مرتبط با نگرانی‌های خود هستند («خودبیمارانگاری خاموش»<sup>۳</sup> یا «بیماری انگاری

---

1. disease suspicion  
2. disease belief  
3. disease conviction  
4. silent hypochondriacs

سایبری»<sup>۱</sup>) دقیقاً مشخص نیست، هرچند که ممکن است نرخ بالایی داشته باشد. حوزه‌ای که ما در آن فعالیت می‌کنیم به مراقبت از سلامت می‌پردازد که در آن سبک زندگی سالم تشویق می‌شود و رسانه‌های جمعی آن در مورد مخاطراتی که سلامت ما را تهدید می‌کنند هشدار می‌دهند. به نظر می‌رسد این وضعیت ایجاد شده از سوی متخصصان و مراکز خدمات مراقبت از سلامت شرایط را برای بروز اضطراب سلامت فراهم ساخته باشد؛ بنابراین لازم است که به‌خصوص در این عصر فن‌آوری درک بهتری از اضطراب سلامت و خودبیمارانگاری ایجاد شود. بازشناسی و درک بهتر خودبیمارانگاری «مدرن»<sup>۲</sup> از اهداف دیگری است که در این کتاب دنبال می‌شوند.

هرچند اطلاعات زیادی درخصوص خودبیمارانگاری و اضطراب بیماری وجود دارد، اما بیشتر آن‌ها در مجلات یا نشریات تخصصی که از منظری انحصاری (تک‌بعدی) به آن می‌نگرند منتشر می‌شوند. در مقابل هدف کتاب ما ارائه مدل‌های نظری و رویکردهای درمانی چندگانه و مفید بالینی است که قصد داریم آن‌ها را در یک مجموعه واحد گردآوری کنیم. ما پذیرای رویکردهای مختلف هستیم و کتاب ما رویکرد یکپارچه‌ای را که در رابطه با خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت مورد غفلت واقع شده است، مورد توجه قرار می‌دهد؛ بنابراین ما نه تنها به نظریه‌ها و درمان‌های شناختی و رفتاری که حمایت و شواهد زیادی مبنی بر اثربخشی آن‌ها وجود دارد می‌پردازیم، بلکه مدل‌ها و درمان‌های بین‌فردی‌ای همچون رویکردهای نظری و درمان روان‌پویشی و چشم‌اندازهای دارودرمانی را نیز مدنظر قرار می‌دهیم. ما بر این باوریم که چنین اقدامی این امکان را برای بالینگران فراهم می‌آورد تا به دانش خود انسجام ببخشند و مهارت‌های خود را ارتقاء دهند و این امر در نهایت به نفع بیماران خواهد بود.

بسیاری از جنبه‌های خودبیمارانگاری و اضطراب بیماری ناشناخته است و لازم است که به‌هنگام مواجهه با بیمارانی که به چنین مشکلاتی مبتلا هستند از محدودیت‌هایی که در این حوزه با آن‌ها روبه‌رو هستیم مطلع باشیم. درعین حال لازم است که از تمام منابع موجود در جهت درک، حمایت و کمک به این افراد استفاده کنیم. دستیابی به این امر مستلزم وجود کتابی است که جهت‌گیری عملی داشته باشد و دانش بالینی و مبتنی بر شواهد را در قالب توصیه‌ها، پیشنهادها و دیدگاه‌های عملی مطرح کند. می‌توان در این کتاب در کنار توصیف‌های موردی به چنین توصیه‌ها و پیشنهادها نیز دست یافت. امیدواریم که کتاب حاضر یک منبع کاربردی، در دسترس و قابل استناد برای تمام بالینگرانی باشد که در راستای مراقبت از افراد مبتلا به خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت فعالیت می‌کنند. هرچند این کتاب در درجه اول برای متخصصان سلامت روان تنظیم شده است اما ممکن است سایر بالینگران نیز بتوانند در حیطه کاری خود از مطالب آن بهره‌مند شوند.

1. cyber chondriacs

2. modern hypochondriasis

## مسائلی که در این کتاب به آن‌ها پرداخته شده است

### مسائل مفهومی

خودبیمارانگاری چیست؟ جالب است که پاسخ دادن به این سؤال ساده کار دشواری است و کتاب ما نیز قصد ندارد که پاسخی قطعی برای این سؤال فراهم آورد. در عوض ما قصد داریم که به سازه مفهومی خودبیمارانگاری بپردازیم و اجزای آن را مورد بازنگری قرار دهیم.

خودبیمارانگاری می‌تواند به صورت گسترده (رویکردی که در DSM-IV اتخاذ شده است، انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) یا دقیق مفهوم بندی شود. مزیت استفاده از یک مفهوم گسترده جامع بودن آن است که می‌توان آن را در ۵ بخش خلاصه نمود: (۱) اشتغال ذهنی با علائم و بیماری‌های جسمانی، (۲) ترس از بیماری، (۳) وجود این دیدگاه که در حال حاضر به بیماری مبتلا است (اعتقاد راسخ به بیماری)، (۴) سوء تعبیر علائم جسمانی و (۵) تداوم اشتغال ذهنی علی‌رغم وجود اطمینان خاطری که متخصصان در خصوص عدم وجود بیماری ارائه می‌دهند. با چنین مفهوم تشخیصی گسترده و در عین حال محدود (محدود به این معنا که برای تشخیص آن وجود همه علائم ضروری است)، عجیب نیست که خودبیمارانگاری در بین نمونه‌های به دست آمده از جمعیت عمومی از شیوع پایینی برخوردار باشد؛ بنابراین ممکن است شیوع واقعی خودبیمارانگاری به خاطر نحوه مفهوم بندی آن کمتر از حد واقعی (موجود) آن برآورد شده باشد. ظاهراً همین امر یکی از دلایلی است که به موجب آن تلاش‌هایی در جهت ساده‌سازی مفهوم خودبیمارانگاری صورت می‌گیرد تا ملاک‌های تشخیصی آن را کمتر محدود کند و در نتیجه موجب سهولت در تشخیص شود.

هیچ‌گاه «تقسیم و تجزیه» مفاهیم گسترده کار ساده‌ای نیست. حذف عبارت «خودبیمارانگاری» از DSM-5 ناشی از معنای کهنه و گمراه‌کننده آن بود که در عین حال بار تحقیرآمیز و ننگ‌آوری را نیز القا می‌کرد. با وجود این طی فرایند تجزیه مفهومی، مفهوم خودبیمارانگاری از میان رفت. به عبارت دیگر ایجاد امساک در مفهوم خودبیمارانگاری صرفاً با معرفی یک عبارت جدید همراه بود و تغییری در اصل موضوع ایجاد نشد.

«تقسیم» خودبیمارانگاری کار دشواری بوده است، به این خاطر که هیچ روش مطمئنی برای اینکه نشان دهد چگونه می‌توان به بهترین نحو دست به چنین کاری زد وجود ندارد. به صورت سنتی ترس‌های مربوط به بیماری و باورهای مربوط به بیماری دو جزء کلیدی خودبیمارانگاری به شمار می‌روند، لذا خودبیمارانگاری می‌تواند به دو نوع اساسی ترس‌های مربوط به بیماری و باورهای مربوط به بیماری تقسیم شود، اما این اتفاق رخ نخواهد داد، شاید به این خاطر که ترس‌ها و باورهای مربوط به بیماری اغلب به صورت هم‌آیند ظاهر می‌شوند، لذا انجام هرگونه اقدامی در این راستا ممکن است مصنوعی به نظر برسد. در مقابل مفهوم خودبیمارانگاری در DSM-5 به صورت قراردادی با توجه به

وجود یا نبود علائم جسمانی به دو نوع تقسیم شده است. این امر موجب تشکیل یک طبقه تشخیصی محدود از اختلال اضطراب بیماری «که با وجود اندکی از علائم جسمانی یا بدون هیچ علامتی مشخص می‌شود» و یک طبقه تشخیصی گسترده از اختلال علائم جسمانی (که با وجود حداقل یک علامت جسمانی آشفته ساز یا مخرب تعیین می‌گردد) شده است. برعکس به نظر می‌رسد که حالت دوم با مفهوم خودبیمارانگاری ناهمگن تر است چراکه برای جایگزینی با چهار عامل تشخیصی DSM-IV: خودبیمارانگاری همراه با علائم جسمانی، اختلال جسمانی سازی، اختلال درد و اختلال جسمانی شکل نامتمایز<sup>۱</sup> در نظر گرفته شده است. همچنین، احتمالاً اختلال علائم جسمانی طیف گسترده‌ای از علائم طبی تبیین نشده<sup>۲</sup> را در برمی‌گیرد که در طبقه اختلالات جسمانی شکل DSM-IV جای نمی‌گیرند. با وجود این ناهمگنی یکی از نکات جالبی که در خصوص سودمندی این نوع تشخیص وجود دارد ایجاد سهولت در تعاملات بین متخصصان، تحقیقات و مدیریت این اختلالات است.

درحالی‌که اختلال علائم جسمانی و اختلال اضطراب بیماری بیش‌ازحد «خشتی» به نظر می‌رسند، احتمالاً برای بیمار پذیرفتنی‌تر است که از این عبارات برای توصیف وضعیتش استفاده شود و دریافت چنین تشخیصی به میزان کمتری برایش ننگ‌آور خواهد بود، اما فقط زمان است که مشخص می‌کند آیا این تداعی منفی که به دنبال عبارت خودبیمارانگاری ایجاد شده است اصطلاحات تشخیصی جدیدی را به وجود خواهد آورد یا خیر. تاریخ نشان می‌دهد که ننگ‌آور بودن صرفاً با تغییر نام از بین نمی‌رود. لازم است که رویکرد کلی نیز تغییر یابد تا بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری همه‌روزه شاهد ایجاد یک «نگرش جدید» نباشند. علاوه بر این به‌سختی می‌توان متقاعد شد که اصطلاحات جدید بتوانند به‌صورت موفقیت‌آمیزی بین ذهن و بدن ارتباط برقرار کنند.

احتمالاً این مسائل تشخیصی مشکل‌ساز در سال‌های آتی به‌عنوان دغدغه اصلی این حوزه مطرح خواهند شد که وظیفه اصلی آن انجام مطالعاتی درخصوص تعیین دقیق مزایا و معایب ایجاد اصطلاحات و مفاهیم جدید است. یکی از معایبی که اکنون در این راستا بدیهی به نظر می‌رسد این است که تغییر اصطلاحات این حوزه موجب قطع تداوم ارتباط میان پژوهش‌های جدید و متون تحقیقاتی پیشین شده است. در نتیجه تمام اطلاعات ما در مورد خودبیمارانگاری (و به میزان کمتری اضطراب سلامت) به زبان طبقات تشخیصی DSM-5 «برگردانده» خواهد شد. همان‌طور که این کتاب نیز نشان می‌دهد این اقدام کار ساده‌ای نیست و احتمالاً حداقل در ابتدا مستلزم این است که قیاس‌هایی در این راستا صورت گیرد.

## مسائل درمانی

دلیل اصلی «بدنامی» خودبیمارانگاری این است که بیماران مبتلا به این وضعیت اغلب به‌سختی به

1. undifferentiated somatoform disorder  
2. medically unexplained symptoms



درمان واکنش نشان می‌دهند. به‌علاوه، بسیاری از این افراد با ترکیبی از درخواست کمک و رد درمان یا عدم پیروی از دستورات درمانی به درمانگر مراجعه می‌کنند. لذا عجیب نیست که بالینگران به مرور زمان نسبت به اهداف درمانی سهل‌گیرتر و واقع‌بین‌تر شوند؛ بنابراین بسیاری از رویکردهای درمانی خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت هدف مشترکی دارند و آن، هم «ارائه خدمات مراقبتی است و نه ارائه خدمات درمانی».

علی‌رغم اشتراکات گسترده‌ای که در رابطه با درمان خودبیمارانگاری در رویکردهای مختلف وجود دارد، بسیاری از درمان‌ها در نحوه‌ی دستیابی به این اهداف مسیرهای متفاوتی را طی می‌کنند. برخی به دنبال کاهش مستقیم تظاهرات بالینی خودبیمارانگاری هستند، درحالی‌که سایرین به دنبال عوامل شناختی و رفتاری‌ای هستند که موجب تداوم اختلال می‌شوند یا بر مسائل مهمی همچون سبک دلبستگی، الگوهای ارتباطی، رویدادهای دوران کودکی، احساس گناه و خصومت تأکید می‌کنند. «مراقبت» در بین افراد و امور مختلف معنای متفاوتی دارد، لذا مقیاسی که بتواند این مفهوم را بسنجد و در عین حال مورد تأیید همه‌ی محققان باشد وجود ندارد. در زمینه‌ی خودبیمارانگاری از شاخص‌های متنوعی برای «بهبود شرایط مراقبت» از این افراد ایجاد شده است که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به کاهش سطوح اضطراب سلامت، افسردگی و اضطراب فراگیر؛ کاهش اشتغال ذهنی به بدن، باورهای مربوط به بیماری یا بیماری جسمانی و کاهش ملاقات با پزشک و بهبود کیفیت زندگی، اشاره نمود. گاهی اوقات این مقیاس‌های مختلف موجب دشواری مقایسه‌ی نتایج حاصل از پژوهش‌های متفاوت می‌شود. لازم است که تحقیقات آتی به بررسی تأثیر تنوع ملاک‌ها در تعیین میزان اثربخشی درمان‌های مربوط به علائم و اختلالات هم‌آیند با خودبیمارانگاری بپردازند. بهترین درمانی که می‌توان مورد استفاده قرار داد درمانی است که بر اساس شخصیت و سایر ویژگی‌های بیمار انتخاب شود.

نحوه‌ی مراقبت از بیمارانی که در حال حاضر به خودبیمارانگاری مبتلا هستند مشخص نیست. بسیاری از آن‌ها از سوی پزشکان مراقبت اولیه‌ی خود مراقبت می‌شوند و این در حالی است که هرچند اصول مراقبتی پذیرفته‌شده‌ای در این زمینه وجود دارد اما اثربخشی آن‌ها هنوز آزمایش نشده است. درمان‌های روان‌شناختی در زمینه‌ی مراقبت‌های اولیه چندان در دسترس نیستند و بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری به‌سختی در این درمان‌ها شرکت می‌کنند. احتمالاً افزایش میزان دسترس‌پذیری و اثربخشی مراقبت‌های اولیه موجب افزایش پذیرش درمان‌هایی خواهد شد که در این کتاب توصیف شده‌اند.

به لحاظ تحقیقاتی تاکنون فقط روش‌های درمان شناختی- رفتاری (CBT) و درمان‌های دارویی در مورد خودبیمارانگاری مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نیاز به بررسی دقیق و کنترل شده‌ی سایر روش‌های درمانی از جمله روان‌درمانی بین‌فردی و روان‌درمانی پویایی که در این کتاب به آن‌ها پرداخته شده

کاملاً احساس می‌شود. این رویکردهای درمانی به‌ویژه برای افرادی تجویز می‌شوند که تحت درمان شناختی رفتاری قرار نگرفته‌اند.

هرچند اشکال مختلفی از CBT اثربخشی خود را در مطالعات کنترل شده نشان داده‌اند، اما هنوز هم امکان پیشرفت وجود دارد. به‌عنوان مثال تعداد معینی از بیماران از فرایند درمان خارج می‌شوند و تعداد کمی از تحقیقات برای یک دوره زمانی طولانی مدت بیماران را مورد پیگیری قرار می‌دهند. بیشتر آزمایش‌ها در مراکز تخصصی انجام می‌شوند و این مسئله که آیا نتایج آن‌ها می‌تواند در سایر موقعیت‌ها یا موقعیت‌های عملی بالینی تکرار شود یا خیر مشخص نیست. همچنین، مشخص نیست که کدامیک از این عناصر مفیدترند و کدامیک از مکانیسم‌های CBT موجب تغییر خودبیمارانگاری می‌شوند.

اغلب فرض می‌شود که در تمام روش‌های روان‌درمانی ارتباط بیمار-درمانگر عنصر اصلی اثربخشی درمان به شمار می‌رود، اما این مسئله نیز هنوز به‌اندازه کافی مورد بررسی قرار نگرفته است. بررسی این امر که آیا رابطه «درمانی عمومی» (صرف‌نظر از رویکرد روان‌درمانی) می‌تواند موجب بهبود پیامدهای درمانی شود یا خیر، از اهمیت خاصی برخوردار است. به‌عبارت‌دیگر می‌توان این سؤال را به این صورت مطرح کرد که آیا بیش از یک «نوع» رابطه درمانی وجود دارد که می‌تواند در مورد خودبیمارانگاری موجب دستیابی به پیامدهای موردنظر شود؟ فصول این کتاب از چشم‌اندازهای مختلف به این مسئله می‌نگرد.

ممکن است درمان‌های دارویی و سایر درمان‌های زیستی مبتنی بر اصول عصبی-زیستی خودبیمارانگاری و اضطراب بیماری بتوانند به اشکال شدیدتر این اختلالات پردازند. درحالی‌که ما هنوز نتوانسته‌ایم تغییراتی را درک کنیم که در سطوح سلولی و بیوشیمیایی اتفاق می‌افتند و مانع اثربخشی درمان‌های دارویی موجود و جدید می‌شوند، تحولات جدید و ترغیب‌کننده‌ای نیز وجود دارد که می‌توانند در آینده موجب هدایت درمان‌های دارویی و سایر درمان‌های زیستی شوند. تحقیقاتی که به شفاف‌سازی این حوزه ناشناخته می‌پردازند از اهمیت بسزایی برخوردارند و این کتاب بر آنچه امید است در این راستا به دست آید نگاهی اجمالی خواهد داشت.

## اظهارات بی‌پرده

محققان این فصل اذعان نموده‌اند که هیچ ارتباطی بین آن‌ها و نهادهایی که موجب سوگیری در دیدگاه‌هایشان گردد وجود نداشته است.

## منابع

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, et al. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research* 75:223–228.
- Frances A (2013). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ* 346:f1580.

# ۲ تظاهرات بالینی خودبیمارانگاری و حالات مرتبط

لورا سیری و جیووانی ای. فاوا

## مقدمه

افراد در برخورد با اطلاعات مربوط به سلامت که از منابع درونی (به‌عنوان مثال درک تغییرات جسمانی و علائم بیماری) یا بیرونی (به‌عنوان مثال شنیدن یا مطالعه در زمینه بیماری) سرچشمه می‌گیرند واکنش‌های عاطفی، شناختی و رفتاری متفاوتی نشان می‌دهند. مفهوم رفتار بیماری<sup>۱</sup> (مکانیک و ولکارت، ۱۹۶۰؛ سیری و همکاران، ۲۰۱۳)، چگونگی ارتباط عوامل شخصیتی، فرهنگی اجتماعی و موقعیتی مؤثر بر واکنش فرد به موقعیتی‌های مربوط به سلامت (به‌عنوان مثال ابتلا به آنفلوآنزا یا مطالعه متنی درخصوص یک بیمار در نشریات غیرتخصصی) که ممکن است در دامنه‌ای بین، فقدان دلوپسی تا نگرانی (سیری و گراندی، ۲۰۱۲) در نوسان باشد را مشخص می‌کند.

اضطراب فرد در مورد سلامتی خود تا زمانی که در حد معمول و کوتاه‌مدت باشد لزوماً یک آسیب روان‌شناختی تلقی نمی‌شود. این امر می‌تواند تا حدودی بیانگر بی‌اطلاعی فرد از شدت علائم یا صرفاً واکنش نشان دادن به یک موقعیت استرس برانگیز باشد. حتی ممکن است میزانی از نگرانی‌های مرتبط با سلامتی موجب افزایش رفتارهای انطباقی، همچون چکاب و انجام آزمایش‌های غربالگری شود. به‌عنوان مثال برخی محققان دریافتند افرادی که به میزان بالاتری نسبت به وضعیت سلامتی خود نگران‌اند به احتمال بیشتری هرچه زودتر برای تشخیص اولیه سرطان سینه اقدام می‌کنند (آرو و همکاران، ۱۹۹۹؛ لوستائو و همکاران، ۲۰۰۱). باین حال لوستائو و همکاران (۲۰۰۱) مشاهده کردند چنانچه افزایش سطوح ویژگی‌های اصلی علائم خودبیمارانگاری، به حد اعتقاد راسخ نسبت به بیمار بودن و هراس می‌رسید، کاهش مشارکت در اقدامات غربالگری را پیش‌بینی می‌کرد.

غربالگری سرطان سینه حاکی از تفاوت در ارزش انطباقی نگرانی‌های مربوط به سلامتی است؛ بنابراین لازم است که رویکردی پیوستاری نسبت به این نگرانی‌ها اتخاذ شود تا بتوان آن‌ها را از سطح

1. illness behavior

سازگاران تا ناسازگاران و از میزان خفیف تا شدید مورد ارزیابی قرار داد. نگرانی‌های شدید در مورد بیماری به طبقه گسترده‌ای از رفتارهای بیماری نابهنجار تعلق دارد که به‌عنوان یک مدل ناسازگارانه از تجربه، ادراک، ارزیابی و پاسخ‌دهی به وضعیت سلامتی شخص در نظر گرفته می‌شود (پیلووسکی، ۱۹۷۸). ممکن است خودبیمارانگاری و علائم مرتبط، به‌عنوان نمودی از تأیید بیماری<sup>۱</sup> در رفتارهای بیماری نابهنجار در نظر گرفته شود (پیلووسکی، ۱۹۹۷).

تعریف ارائه شده توسط ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، به‌وضوح خودبیمارانگاری را از سایر اختلالات متمایز می‌سازد (سیری و همکاران، ۲۰۰۷). باین‌حال متون تحقیقاتی حوزه روان‌تنی هراس از بیماری، اضطراب سلامت و هراس از مرگ<sup>۲</sup> که هر یک می‌توانند جزئی از خودبیمارانگاری یا طبقه خاصی از بیماری‌ها باشند را معرفی کرده‌اند (فاوا و گراندی، ۱۹۹۱). ملاک‌های تشخیصی تحقیقات حوزه خودبیمارانگاری<sup>۳</sup> (DCPR) که از سوی فاوا و همکارانش (۱۹۹۵) برای این طبقات (جدول ۱-۲، ۲-۳) ارائه شده است در چند موقعیت بالینی (سیری و فاوا، ۲۰۱۳) مورد استفاده قرار گرفته است. باین‌حال هنوز اعتباریابی دائمی آن انجام نشده است. گاهی اوقات ممکن است باورهای خودبیمارانگارانه به‌اندازه هذیان‌ها شدید باشند. ممکن است هذیان‌های خودبیمارانگارانه نمودی از اختلالات هذیانی و اختلالات جسمانی باشند یا همراه با سایر اختلالات روانی ظاهر شوند. هدف این فصل فراهم ساختن توصیفی از ویژگی‌های اصلی بالینی این سندروم است که به اختلالات طیف خودبیمارانگاری تعلق دارند و شدت آن‌ها از اضطراب سلامت تا سایکوز خودبیمارانگاری<sup>۴</sup> در نوسان است.

## خودبیمارانگاری

بر اساس DSM-IV خودبیمارانگاری از اجزای عاطفی، شناختی و رفتاری تشکیل شده است.

### ویژگی‌های عاطفی

ترس از بیماری جلوه عاطفی خودبیمارانگاری است و با باور به این مسئله که «من به‌شدت بیمارم» در ارتباط است. موضوع این ترس می‌تواند در طول زمان ثابت بماند و یا به‌مرور زمان تغییر کند و یا ممکن است به هراس تبدیل شود. وقتی افراد خودبیمارانگار به‌وسیله مقیاس نگرش نسبت به بیماری<sup>۵</sup> (IAS) (کلندر و همکاران، ۱۹۸۷؛ سیری و همکاران، ۲۰۰۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند مشخص شد،

1. illness-affirming  
2. thanatophobia  
3. criteria for psychosomatic research  
4. hypochondriacal psychosis  
5. Illness Attitude Scales