

## بررسی اختلالات تجزیه ای در ارتباط به سوء استفاده جنسی در دوران کودکی

نیکسا پزشکی

۱ دانشجوی کارشناسی روانشناسی، دانشگاه پیام نور استهبان، شیراز، ایران

### خلاصه :

هدف از مطالعه حاضر بررسی اختلالات تجزیه ای در ارتباط به سوء استفاده جنسی در دوران کودکی می باشد. انواع مختلف اختلالات تجزیه ای شامل فراموشی تجزیه ای، گریز تجزیه ای، اختلال هویت تجزیه ای، اختلال مسخ شخصیت. در فراموشی تجزیه ای ناتوانی در به خاطر آوردن اطلاعاتی که قبلاً در حافظه بیمار ذخیره شده است. در اختلالات گریز تجزیه ای مبتلایان از خانه همیشگی و محل کار خود به طور فیزیکی دور شده و قادر به یادآوری جنبه های مهم هویت قبلی خود: (اسم، اسم فامیل، شغل و غیره) نیستند. دلایل مفهومی، نظری، تجربی و بالینی محکمی برای درک و طبقه‌بندی هر شکلی از PTSD به عنوان یک اختلال تجزیه‌ای وجود دارد. شواهدی وجود دارد که تجربه ترومای دوران کودکی ممکن است منجر به اضطراب و درد طولانی مدت در بزرگسالی شود، که ممکن است به سطح آسیب شناسی روانی نیز برسد. هر دو تجزیه جسمی و روانی با ترومای گزارش شده دوران کودکی مرتبط هستند. نرخ بالای آزار جنسی در بین بیماران مبتلا به تشنج کاذب و اختلال جسمانی سازی و به طور کلی در بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی مشاهده شده است. اگر چه فاکتورهای مهمی در بروز این اختلالات تجزیه ای مرتبط با سوء استفاده جنسی در دوران کودکی نقش دارد و نیاز است به طور جامع مورد بررسی قرار گیرد و از جمعیت قابل توجهی برای بررسی آن استفاده نمود که بتوان در ارتباط با نوع خاص اختلال تجزیه ای مرتبط با سوء استفاده جنسی در دوران کودکی به نتایجی در آینده رسید و برای درمان مناسب آن اقدامات لازم مبذول گردد.

**کلمات کلیدی:** اختلالات تجزیه ای، ترومای کودکی، سوء استفاده جنسی، دوران کودکی

### ۱.۱ اختلالات تجزیه ای

در حالت سلامت روانی، هر شخصی احساس پیوسته ای از انسان واحد بودن با شخصیت بنیادی واحد دارد. اختلال کلیدی در اختلال های تجزیه ای از دست دادن آن حالت پیوسته هوشیاری است. شخص احساس می کند که چنین هویتی ندارد یا در مورد هویت خود سر در گم است و یا هویت‌های چندگانه دارد. چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) در بردارنده معیارها و ملاک هایی برای چهار اختلال تجزیه ای است:

فراموشی تجزیه ای، گریز تجزیه ای، اختلال هویت تجزیه ای، اختلال مسخ شخصیت. در فراموشی تجزیه ای ناتوانی در به خاطر آوردن اطلاعاتی که قبلاً در حافظه بیمار ذخیره شده، شایع است. در اختلالات گریز تجزیه ای مبتلایان از خانه همیشگی و محل کار خود به طور فیزیکی دور شده و قادر به یادآوری جنبه های مهم هویت قبلی خود: (اسم، اسم فامیل، شغل و غیره) نیستند.

مبتلایان به اختلالات هویت تجزیه ای، دو یا چند شخصیت مجزا دارند، که هر یک از آنها تعیین کننده رفتار و نگرشها در دوره ای که آن شخصیت خاص تسلط دارد می باشد. اختلال هویت تجزیه ای معمولاً شدیدترین نوع اختلال تجزیه ای تلقی

می‌شود [۱، ۲]. مطالعات مختلفی انواع مختلفی از اختلالات تجزیه‌ای را در بیمار مجروح جنگی [۳]، دانشجویان [۴]، افراد سوگوار [۵] گزارش شده است.

اختلالات تجزیه‌ای، اختلالاتی هستند که طبق تعریف DSM-IV در کارکرد یکپارچه شخصیت، هوشیاری، حافظه و درک، از هم گسیختگی ایجاد می‌شود. بر اساس نوع ممکن است این اختلالات ناگهانی یا به تدریج باشند و شامل: فراموشی تجزیه‌ای، گریز تجزیه‌ای، اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال مسخ شخصیت و اختلالات تجزیه‌ای که به گونه دیگر مشخص نشده است، می‌باشند [۵].

در مطالعه‌ای دیگر ذکر شده است که پدیده تجزیه‌ای به از هم گسیختگی در رفتار، اندیشه و احساس گفته می‌شود که در حالت معمول به گونه‌ای هماهنگ با یکدیگر ارتباط دارند. علاوه بر آن پدیده تجزیه‌ای به عنوان یکی از سازوکارهای دفاعی برای پرهیز از رنج‌های هیجانی دانسته شده است و تجربه حالت تجزیه‌ای چهره اصلی آن است. در اختلال خلسه که یکی از انواع اختلالات تجزیه‌ای مشخص نشده است، آگاهی فرد از پیدامون خود محدود و با توجه وی به محرکی ویژه در محیط معطوف می‌گردد.

حالت تجزیه‌ای می‌تواند نشانه‌ای از اختلال‌های تشنجی بوده یا در بیماران مبتل به اختلال شخصیت مرزی تجربه شود. برخی از پژوهشگران شواهدی را عنوان می‌کنند که نشان می‌دهد تجزیه‌ای، مکانیسم بیماری‌زایی برای ایجاد اختلال استرس پس از ضربه می‌باشد. در پژوهش دیگری اختلال پس از ضربه، تجزیه‌ای، اختلال جسمانی شدن و کژ تنظیمی عاطفه را با یکدیگر مرتبط یافت و حالت یاد شده را نوعی تطبیق با حادثه دردناک دانست. اگرچه تغییر در هوشیاری به شکل حالت تجزیه‌ای ممکن است در لحظه بی‌پناهی کامل ارزش انطباقی داشته باشد، تداوم این وضعیت پس از آن میان رفتن خطر موجب ناسازگاری خواهد شد. ضمناً روش مقابله به شکل 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. امروزه حملات تجزیه‌ای تکرار شونده به عنوان پاسخ‌های یادگیری شده مطرح شده‌اند که با نشانه‌های زمینه‌ای یا هدف‌های دفاعی شروع می‌شوند [۶].

## ۲. دلایل ایجاد اختلالات تجزیه‌ای

DSM-5 شامل یک زیرگروه از " PTSD با علائم تجزیه‌ای " است. با این حال، دلایل مفهومی، نظری، تجربی و بالینی محکمی برای درک و طبقه‌بندی هر شکلی از PTSD به عنوان یک اختلال تجزیه‌ای وجود دارد. مبانی مفهومی مربوط به اصول فلسفی است که به ندرت در زمینه آسیب‌شناسی روانی مورد بحث یا تحقق قرار می‌گیرد. زمینه‌های نظری به ویژه شامل درک تفکیک به عنوان تقسیم شخصیت به عنوان یک سیستم زیست روانی اجتماعی در دو یا چند زیر سیستم آگاه است. دلایل تجربی شامل وجود علائم تجزیه‌ای-شناختی-عاطفی و حسی-حرکتی - یعنی تظاهرات تجزیه‌ای شخصیت - در PTSD است. همچنین اشتراکات عصبی ساختاری و عملکردی عمده‌ای بین PTSD و اختلالات تجزیه‌ای پیچیده وجود دارد. از نظر بالینی، مکاتبات نزدیک در سطح ارزیابی و درمان وجود دارد. PTSD و اختلال هویت تجزیه‌ای را می‌توان به عنوان اشکال جزئی و عمده تفکیک شخصیت تصور کرد، همانطور که پیر ژانت اعلام کرده بود [۷].

## ۳. ترومای کودکی

تجارب نامطلوب دوران کودکی اغلب پیامدهای نامطلوبی به همراه دارد. شواهدی وجود دارد که تجربه ترومای دوران کودکی ممکن است منجر به اضطراب و درد طولانی مدت در بزرگسالی شود، که ممکن است به سطح آسیب‌شناسی روانی نیز برسد.

علاوه بر این، در یک محیط بالینی، بسیاری از بیماران با علائم اضطراب، وضعیت درد را گزارش می‌کنند و برعکس، بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن از اضطراب رنج می‌برند. تحقیقات در مورد علائم اضطراب و استرس در دهه‌های اخیر به سرعت افزایش یافته است [۸].

#### ۴. ارتباط بین اختلالات تجزیه‌ای و ترومای کودکی

اختلالات تجزیه‌ای مدل بیماری نمونه‌ای از پارادایم زیست روانی اجتماعی در روانپزشکی را تشکیل می‌دهد. یک وضعیت پس از سانحه مرتبط با ناملایمات رشدی، هم زیربنای بیولوژیکی، هم پیامدهای عصبی زیستی استرس مزمن، و هم زمینه اجتماعی که در آن تجارب تروماتیک رخ می‌دهد، بر پاتوژنز، بیان و درمان اختلالات تجزیه‌ای تأثیر می‌گذارد. بعد مرکزی آسیب‌شناسی روانی تجزیه‌ای، اختلال در احساس خود و/یا عاملیت است که ممکن است با فراموشی همراه باشد، به دلیل تغییر فرآیندهای فرحافظه. چنین تفکیک پیامدهای متقابل آشفته بین واقعیت‌های بیرونی و جهان درونی (واقعیت‌های روانی) است که نیاز به همگام‌سازی دارد. این بی‌نظمی ممکن است منجر به تغییراتی در هوشیاری شود که ممکن است با توانایی‌های شناختی، هوشیاری و آگاهی فرد تداخل داشته باشد. از آنجایی که یکی از این اختلالات ممکن است در یک بیمار خاص یا برای یک دوره زمانی غالب باشد، مداخله درمانی نیاز به انعطاف‌پذیری هم در درمان مداوم و هم بین بیماران مختلف دارد. مدل سه‌گانه تروما و تفکیک پیچیده، مبنایی را برای درک این طیف از آسیب‌شناسی روانی فراهم می‌کند که با واکنش بدن به آسیب یا اجزای یک بیماری بدنی مشابهت دارد [۹].

اختلال تبدیلی از نظر تاریخی با مفهوم *historically* مرتبط است. در اواخر قرن نوزدهم، پیر ژانت، *historically* را به عنوان یک اختلال تجزیه‌ای مفهومی کرد و علائم جسمانی را به عنوان جنبه‌هایی از این وضعیت در بیماران آسیب دیده خود توصیف کرد. در آغاز کار خود، زیگموند فروید، معاصر جانت، *historically* را نیز یک اختلال مبتنی بر تروما می‌دانست. با این حال، فروید بعداً علائم جسمانی هیستری را به عنوان نتیجه یک مکانیسم دفاعی روان رنجور تصور کرد و از آنها به عنوان علائم تبدیل نام برد. در DSM-II، انواع تبدیلی و تجزیه‌ای روان رنجوری *hysterical* به عنوان انواع یک اختلال طبقه‌بندی شدند. در DSM-III و نسخه‌های بعدی آن، اختلالات تجزیه‌ای یک گروه جداگانه در نظر گرفته شده است. از سوی دیگر، آخرین نسخه طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ICD-10، تمامی تظاهرات روان رنجوری *hysterical* را تحت عنوان اختلالات تجزیه‌ای قرار می‌دهد. این مطابق با یافته‌های مطالعات مدرن است که شواهدی را برای رابطه بین علائم جسمانی و گسستگی احیا کرده‌اند [۱۰].

هر دو تجزیه جسمی و روانی با ترومای گزارش شده دوران کودکی مرتبط هستند. از بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای در ترکیه، ۴۶.۰٪ سوء استفاده فیزیکی در دوران کودکی و ۳۳.۰٪ سوء استفاده جنسی در دوران کودکی را گزارش کردند. نرخ بالای آزار جنسی در بین بیماران مبتلا به تشنج کاذب و اختلال جسمانی‌سازی و به طور کلی در بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی مشاهده شده است. سوء استفاده جنسی و گسستگی به طور مستقل با چندین شاخص اختلال سلامت روان، از جمله رفتارهای پرخطر مانند خودکشی، خودزنی، و پرخاشگری جنسی مرتبط است [۱۱].

علائم تبدیلی هم در محیط‌های روانپزشکی و هم در محیط‌های پزشکی عمومی اغلب مشاهده می‌شود. در بین بیماران سرپایی که در یک موسسه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در یک منطقه نیمه اورژانسی بستری شده بودند، شیوع علائم تبدیلی در ماه قبل ۲۷.۲ درصد بود. نرخ طول عمر به ۴۸.۲٪ افزایش یافت. بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی نمرات کلی علائم روانپزشکی نزدیک به بیماران روانپزشکی عمومی دارند که نشان دهنده همبودی روانپزشکی بالایی است. در یک مرکز مراقبت‌های

بهداشتی اولیه، علائم تبدیل بیشتر در میان افراد دارای تشخیص ICD-10 مشاهده شد. افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر و نوراستنی شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در این میان بودند [۱۲].

## ۵. سوء استفاده جنسی در دوران کودکی

سوء استفاده جنسی در دوران کودکی مکرراً توسط بیمارانی که به مراکز روانپزشکی مراجعه می‌کنند گزارش شده است و به نظر می‌رسد که بر ایجاد اختلالات روانپزشکی تأثیر می‌گذارد. مطالعه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در بیماران روانپزشکی به ویژه جالب است زیرا می‌تواند کیفیت مراقبت ارائه شده به آنها را بهبود بخشد. سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در بیماران روانپزشکی به طور قابل توجهی با شیوع اضطراب، افسردگی، اعتیاد و افکار خودکشی مرتبط است. شیوع سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در بیماران روانپزشکی در کشورهای مختلف متفاوت است. در چین ۱۲.۵٪، در کره جنوبی ۲۳٪ و در ایرلند ۲۴.۸٪ است. ارتباط آنها با شروع زودتر علائم روانپزشکی، وخامت تدریجی اختلالات روانپزشکی، افزایش خطر خودکشی و کاهش کیفیت زندگی مشهود است. مطالعات در تونس در مورد سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در بیماران روانپزشکی محدود است [۱۳].

در یک مطالعه مقایسه‌ای بر روی گروهی از بیماران تونسی مبتلا به اختلال دوقطبی و گروه شاهد، سوء استفاده جنسی در دوران کودکی به طور قابل توجهی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر بود. سوء استفاده جنسی در دوران کودکی همچنین با وجود ویژگی‌های روان‌پریشی در طول جبران‌سازی همراه است. در مطالعه دیگری در تونس، ۱۲.۹ درصد از کودکان قربانی آزار جنسی به بیماری‌های مزمن روانی (اختلالات روان‌پریشی، اختلالات دوقطبی، اختلالات سلوک) مبتلا شده بودند [۱۳].

## ۶. ارتباط بین سوء استفاده جنسی در دوران کودکی و اختلالات تجزیه‌ای در بزرگسالی

آزار جسمی در دوران کودکی و به ویژه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی به طور علی با علائم تجزیه‌ای بزرگسالان مرتبط است. این رابطه به طرق مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است و بیشتر مطالعات ارتباط بین تمایل به جدایی و سوء استفاده در دوران کودکی را نشان می‌دهد. اگرچه به طور کلی گزارش شده است که آزار جسمی با علائم تجزیه‌ای مرتبط است، اما همه مطالعات این را نشان نمی‌دهند. از سوی دیگر، بسیاری بر این باورند که سوء استفاده جنسی به طور خاص با علائم تجزیه‌ای بزرگسالان مرتبط است. این باور اکنون به جایی رسیده است که برخی از محققین تصور می‌کنند این ارتباط نشان داده شده است و تحقیقات خود را بر روی ویژگی‌های سوء استفاده در استفاده از تفکیک متمرکز می‌کنند. با این حال، محققان دیگر هنوز در مورد اینکه آیا ارتباط مستقیمی بین ترومای جنسی اولیه و نشانگرهای تفکیک بالا به طور قانع‌کننده‌ای ایجاد شده است یا خیر بحث می‌کنند. دلیل این سردرگمی ممکن است مربوط به تحقیقات تا به امروز باشد. اکثر مطالعات مربوط به رابطه بین سوء استفاده و تفکیک دوران کودکی از جمعیت‌های بالینی یا نمونه‌های غیر بالینی دانشجویان مقطع کارشناسی استفاده کردند. نمونه‌ها معمولاً کوچک و فقط شامل زن بودند. در این مطالعات از انواع اقدامات غیراستاندارد، برای تعیین کمیت سوء استفاده، بیماری روانپزشکی و تجربیات تجزیه‌ای استفاده شده است. بسیاری از مطالعات نتوانسته‌اند رابطه بین سوء استفاده فیزیکی و جنسی در دوران کودکی و ارتباط آنها با بیماری روانپزشکی و همچنین علائم تجزیه‌ای را کنترل کنند [۱۴].

در واقع مطالعات نشان داده اند که شباهت‌ها در ویژگی‌های خانوادگی، نشانه‌های قربانی و واکنش جامعه نشان می‌دهد که بیماران اختلال تجزیه‌ای ممکن است نشان دهنده برخی از آزار و اذیت شدیدتر و نشانه‌های شدید زنجیره‌ای از بازماندگان کودک آزاری باشند. هر دو سوء استفاده و تفکیک توسط متخصصان در نیمه اول قرن بیستم انکار شد، احتمالاً به عنوان بخشی از یک فرآیند تاریخی، درک جامع زیستی-روانی-اجتماعی این اختلالات مستلزم ادغام فرضیه کودک آزاری با داده‌های مربوط به ژنتیک، فیزیولوژی، روانشناسی، بیماری‌های همراه، و تاریخچه طبیعی، از جمله پاسخ‌های درمانی در بیمارانی است که از هم جدا می‌شوند [۱۵].

### نتیجه گیری

به طور کلی اختلالات تجزیه‌ای با سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در ارتباط است. اگر چه فاکتورهای مهمی در بروز این اختلالات نقش دارد و نیاز است به طور جامع مورد بررسی قرار گیرد و از جمعیت قابل توجهی برای بررسی آن استفاده نمود که بتوان در ارتباط با نوع خاص اختلال تجزیه‌ای مرتبط با سوء استفاده جنسی در دوران کودکی به نتایجی در آینده رسید و برای درمان مناسب آن اقدامات لازم مبذول گردد.

### ۱۲. مراجع

۱. آذربادگان، ح. طبقه بندی بیماران روانی و احکام آنان از دیدگاه محقق نراقی. فقه، ۲۰۰۱. ۸ (شماره ۳۰-۲۹): 43-95 p.
۲. خلاصه روان پزشکی. جلد ۲: 148 p.
۳. Ghaffari Nejad, A. and S. Sardar Pour, *Persistent dissociative disorder in a veteran of Iraq-Iran war*. Journal of Babol University of Medical Sciences, 1999. 1(3): p. 57-62.
۴. محمدتقی، ص.ا.س.ی. گزارش یک مورد اختلال تجزیه‌ای با تظاهرات نامتعارف و درمان موفقیت آمیز با روش‌های شناختی - رفتاری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران اندیشه و رفتار. ۳۳: ۴۶p-۴۲.
۵. علی، خ. and غ.ن. علیرضا، گزارش یک مورد اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال چند شخصیتی) متعاقب واکنش سوگواری بیمارگونه. ۲۰۰۹.
۶. سیدمهدی، ص.ا. and ی. محمدتقی، گزارش یک مورد اختلال تجزیه‌ای با تظاهرات نامتعارف و درمان موفقیت آمیز با روش‌های شناختی-رفتاری. ۲۰۰۳.
۷. Nijenhuis, E.R.S., *Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder*. European Journal of Trauma & Dissociation, 2017. 1(1): p. 47-61.
۸. Kascakova, N., et al., *The unholy trinity: Childhood trauma, adulthood anxiety, and long-term pain*. International journal of environmental research and public health, 2020. 17(2): p. 414.
۹. Şar, V., *Childhood trauma and dissociative disorders*. Childhood trauma in mental disorders: A comprehensive approach, 20: ۲ p. 333-365.
۱۰. Şar, V., et al., *Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder*. American Journal of Psychiatry, 2004. 161(12): p. 2271-2276.

- .۱۱ Tsar, V., et al., *Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey*. Journal of Trauma & Dissociation, 2001. **1**(4): p. 67-80.
- .۱۲ Sağduyu, A., et al., *Sağlık ocağına başvuran hastalarda dissosiyatif (konversiyon) belirtiler*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1 : (۳) ۱۹۹۷ p. 161-169.
- .۱۳ Abbes, W., A. Kerken, and E. Emna, *Prevalence of Childhood Sexual Abuse Among Tunisian Psychiatric Outpatients and its Associated Factors*. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2024. **29**(4): p. 514-531.
- .۱۴ Mulder, R.T., et al., *Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample*. American Journal of Psychiatry, 1998. **155**(6): p. 806-811.
- .۱۵ Goodwin, J.M. and R.G. Sachs, *Child Abuse in the Etiology of Dissociative Disorders*, in *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, L.K. Michelson and W.J. Ray, Editors. 1996, Springer US: Boston, MA. p. 91-105.