

## گزارش یک مورد اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال چند شخصیتی) متعاقب واکنش سوگواری بیمارگونه

دکتر علی خردمند\* - دکتر علیرضا غفاری نژاد\*\*

\*متخصص روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
\*\*متخصص روانپزشکی، دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

### چکیده

**مقدمه:** اختلال هویت تجزیه‌ای یک اختلال نادر است که در آن فرد بیشتر از یک هویت را تجربه می‌نماید. این اختلال معمولاً سیر تدریجی داشته و دارای پیش‌آگهی خوبی نمی‌باشد. یکی از عوامل مهم زمینه‌ساز برای ایجاد آن، سوء استفاده جنسی از بیمار در کودکی می‌باشد. این اختلال به عنوان یک واکنش بعد از سوگواری گزارش نشده است.

**معرفی مورد:** در این گزارش، مرد جوانی که به صورت حاد بعد از مرگ عموی خود دچار اختلال هویت تجزیه‌ای گردیده بود، گزارش گردیده است وی دارای دو شخصیت مستقل از یکدیگر با دو نام و خصوصیات متفاوت بود.

**نتیجه‌گیری:** شروع اختلال هویت تجزیه‌ای به صورت حاد و متعاقب واکنش سوگواری برای نخستین بار است که گزارش می‌شود. تصور می‌شود، شروع اختلال تجزیه‌ای متعاقب استرس‌های حاد از نظر چهره بالینی بیماری با بقیه انواع این اختلالات تفاوتی نداشته باشد.

**واژگان کلیدی:** سوگواری، استرس، اختلال هویت تجزیه‌ای

تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۱/۲۲

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۷

نویسنده پاسخگو: کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان شهید بهشتی، دفتر پژوهش [dr.alikheradmand@yahoo.com](mailto:dr.alikheradmand@yahoo.com)

### مقدمه

و جستجوی شخص از دست رفته است. مرحله سوم مرحله آشفتگی و یأس توصیف شده و مرحله چهارم مرحله سازمان دهی مجدد است که به طور طبیعی حدود ۶ ماه تا یک سال طول می‌کشد. در صورتی که برخی از وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خاصیت سایکوتیک پیدا کنند و یا فرد بازمانده نیز معتقد به همان دلیلی که شخص از دست رفته، فوت کرده است باشد، یا فرد بازمانده معتقد به زنده بودن فرد از دست رفته، باشد در این صورت اختلال سوگواری از مسیر عادی خود خارج شده و تبدیل به *Pathological grief* یا *grief Complicated* می‌شود (۲). تظاهرات چندی برای این نوع سوگواری ذکر شده است اما پیدایش اختلال تجزیه‌ای بعنوان واکنش به فقدان (loss) فرد مورد علاقه تا به حال گزارش نگردیده است.

### گزارش بیمار

بیمار مرد جوان ۲۱ ساله، با مدرک تحصیلی دیپلم، بیکار، مجرد و ساکن کرمان که به علت بی‌قراری، پرخاشگری و اقدام به تهاجم نسبت

اختلالات تجزیه‌ای، اختلالاتی هستند که طبق تعریف DSM-IV در کارکرد یکپارچه شخصیت، هوشیاری، حافظه و درک، از هم گسیختگی ایجاد می‌شود. براساس نوع ممکن است این اختلالات ناگهانی یا به تدریج باشند و شامل: ۱- فراموش تجزیه‌ای ۲- گریز تجزیه‌ای ۳- اختلال هویت تجزیه‌ای ۴- اختلال مسخ شخصیت ۵- اختلالات تجزیه‌ای که به گونه دیگر مشخص نشده است، می‌باشند.

از نظر شیوع، اختلال هویت تجزیه‌ای، کمترین شیوع را بین این اختلالات دارا می‌باشد. امروز تصور می‌شود که شیوع این اختلال از آنچه که قبلاً تصور می‌شد، بیشتر است با این حال هنوز جزو اختلالات روانی نادر تصور می‌شود (۱، ۲). در بررسی بایگانی بیمارستان شهید بهشتی کرمان که در حال حاضر حاوی ۴۷۹۹۵ پرونده می‌باشد، گزارش دیگری از اختلال هویت تجزیه‌ای یافت نشد.

Bowlby چهار مرحله برای داغدیدگی فرض کرده است: مرحله اول، ناامیدی حاد است که با کرختی و اعتراض مشخص می‌شود، انکار نیز در این مرحله ممکن است فوراً ظاهر شود مرحله دوم حسرت شدید

نمی‌توان نادیده گرفت. کلیه اختلال رفتار نامبرده از چهل روز پیش، درست ۳ روز بعد از فوت عمومی بیمار به علت تصادف اتومبیل پیدا شده بود، در آن زمان بیمار را بجای پدرش جهت شناسایی جنازه به سردخانه بیمارستان می‌برند. رابطه عمومی بیمار با وی یک رابطه نزدیک عاطفی بوده به طوری که بیمار وی را نزدیک‌تر از پدر خود احساس می‌نمود. گزارش رفتارهایی که مربوط به فرایند سوگواری به صورت کلاسیک مانند گریه، اعتراض و خشم می‌شود در بیمار مشاهده نگردید. در گزارش رویاها، بیمار یک رویای تکرارشونده گزارش می‌داد که در چهل روز گذشته چند مرتبه مشاهده کرده بود، به این صورت که بدن‌های تکه‌تکه به سمت او می‌آیند به طوری که وحشت نموده و پدر و مادرش را از خواب بیدار می‌نمود وقتی به طور مستقیم از بیمار سؤال شد که راجع به مرگ عمویش چه احساسی دارد جواب داد: «عمویم نمرده، من او را می‌بینم وی و مرتب برای دیدن من به بخش آمده و با من ملاقات می‌کند، مثلاً دپروز با همدیگر چند ساعت تلویزیون دیده‌ایم».

در معاینه وضعیت روانی، بیمار مضطرب و بیقرار به نظر می‌رسید، ولی شواهدی دال بر روانپریشی (توهم پایدار و هذیان) مشاهده نشد. جهت‌یابی به زمان و مکان و شخص طبیعی بود. حافظه بیمار در به یاد آوردن بعضی حوادث که مربوط به شخصیت اصلی وی نبود، مختل بود. در معاینه عصبی، نکته قابل توجهی وجود نداشت در گزارش CT scan اولیه گزارش از شک و تردید به فشردگی بطن‌های جانبی بود که به همین خاطر MRI مغزی درخواست شد که نتیجه طبیعی بود و در مجموع کلیه ارزیابی‌های مغزی طبیعی تلقی گردید. از بیمار آزمون SCL-90-R<sup>۴</sup> به عمل آمد اندکس کلی شدت بیماری (GSI)<sup>۵</sup> آشکارا بالا بود. این آزمون در تشخیص اختلال هویت تجزیه‌ای به عنوان یک ابراز تشخیصی پیشنهاد شده است (۴). نمره بیمار در آزمون تجربه تجزیه‌ای (DES)<sup>۶</sup> ۳۵ بود. نمره بالاتر از ۳۰ در این آزمون نشان دهنده سطح بالایی از علایم تجزیه‌ای بوده و احتمال وجود یک اختلال تجزیه‌ای جدی وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به شرح بیمار، تصور می‌شود که بیمار در مرحله Denial دچار سوگ پاتولوژیک شده و علاوه بر احساس توهمی حضور<sup>۷</sup>، دچار اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال چند شخصیتی) نیز گردیده است، با توجه به اطلاعات در دسترس، تکامل یک اختلال هویت تجزیه‌ای

به اعضای خانواده از چهل روز قبل از بستری، به مرکز روانپزشکی شهید بهشتی کرمان ارجاع و بستری گردید. در هنگام مصاحبه از علت بستری شدن خود ابراز بی‌اطلاعی نمود ولی در پاسخ به سؤالی که راجع به نظر اطرافیان در رابطه با کسالت وی پرسیده شد، ابراز داشت: «می‌گویند تلویزیون خانه را شکسته‌ام و با چاقو دست برادرم را زخمی کرده‌ام»؛ اما خود بیمار می‌گفت که هیچ‌کدام از این اقدامات را به خاطر نمی‌آورد. با بررسی‌های تکمیلی مشخص گردید بیمار اقداماتی را انجام می‌دهد که به خاطر نمی‌آورد و گاهی در کیف یا جیب خود پول یا وسایلی پیدا می‌کند که به یاد نمی‌آورد آنها را چه موقع تهیه کرده است. به عنوان مثال می‌توان به تسبیحی که به گردن داشت و طبق گفته مادرش شخصاً سال گذشته در سفر مشهد خریده بود اشاره کرد. بیمار در حالی که علاقه‌مند به این شیء بوده و حتی در موقع خواب آنرا از خود دور نمی‌کرد، به یاد نمی‌آورد که چه موقع آن را تهیه کرده و ابراز می‌داشت از طرف یکی از دوستانش هدیه گرفته است. با این مشخصات و با شک اولیه اختلال هویت تجزیه‌ای<sup>۱</sup> که قبلاً اختلال چند شخصیتی<sup>۲</sup> نامیده می‌شد تحت مصاحبه ساختار یافته برای تشخیص اختلال هویت تجزیه‌ای با استفاده از فهرست علایم لوون اشتاین<sup>۳</sup> قرار گرفت (۳) و سپس یافته‌ها با ضوابط تشخیصی DSM - IV برای این اختلال مورد بررسی مجدد قرار گرفت (۱) و تشخیص اختلال هویتی تجزیه‌ای با دو شخصیت مجزا مورد تأیید قرار گرفت. شخصیت دوم بیمار شخصی به نام امیر بود که نام وی با نام اصلی بیمار متفاوت و به عنوان مثال فردی مؤدب خوش لباس و خوش صورت توصیف می‌شد که به راحتی می‌تواند با جنس مخالف ارتباط برقرار نماید، در عین حال هنگامی که خشمگین می‌شده کنترل تکانه‌ها را از دست داده و اقدام به شکستن وسایل و به گفته بیمار احساق حق خود می‌نموده است. امیر به راحتی می‌توانسته پول درآورد و گاهی بیمار پول‌هایی در جیب می‌یافته که از نظر مقدار قابل توجه بوده و آنها را مربوط به امیر می‌دانست. بیمار ابراز می‌داشت خیلی افراد که گاهی آنها را نمی‌شناسم من را امیر صدا می‌کنند. بیمار فقط امیر را هنگامی که در آینه نگاه می‌کرد می‌دید و از او به عنوان یک دوست خیلی خوب که در برابر شرایط ناملازم زندگی توانایی مقاومت بیشتری دارد یاد می‌نمود. در مصاحبه تکمیلی با تلقین و ایجاد هیپنوز توانستیم با امیر صحبت نماییم. وی که لحن صدای متفاوت و مؤدب‌تری نسبت به بیمار داشت عنوان نمود که دوست او آدم کم‌صبر و کم‌طاقتی است و لازم است با ناملازمات زندگی بهتر کنار آید.

در تاریخچه کودکی و گذشته بیمار نکته قابل ملاحظه‌ای در زمان کودکی وجود نداشت اما در هنگام جوانی در هنگام ناملازمات اقدام به خودزنی می‌کرده است در ارتباط با جنس مخالف مشکل داشته و روابط جنسی موفق برقرار ننموده است. در مصاحبه بیمار منکر هرگونه سابقه آزار و سوءاستفاده جنسی در کودکی شد به علت آنکه از ادامه مراجعه بیمار برای درمان مطمئن نبودیم از پرسیدن سؤال در هنگام هیپنوز خودداری کردیم. معهدا امکان وجود چنین سابقه‌ای را

- 1 - Dissociative identity disorder
- 2 - Multiple personality disorder
- 3 - Loewenstein
- 4 - Symptoms Check List-revised 90
- 5 - Global Severity Index
- 6 - experience scale dissociative
- 7 - Sense of presence

اخیراً یک مورد از اختلال هویت تجزیه‌ای با تظاهر درماتیت مصنوعی گزارش شده است (۱۱).

در جمع‌بندی سایکودینامیک فردی که مستعد ابتلا به خصوصیات تجزیه‌ای می‌باشد ممکن است از dissociation به عنوان یک استراتژی فعال برای فایق آمدن بر استرس استفاده کند (۱۲) هر چند که استفاده از مکانیسم‌های نابالغ، مختص شخصیت‌های ناپخته و نابالغ می‌باشد اما ممکن است در برقراری تعادل روانی در بیمار در کوتاه مدت مؤثر باشد.

اختلالات چندی به عنوان تشخیص‌های افتراقی اختلال هویت تجزیه‌ای مطرح می‌گردند؛ مهمترین تشخیص افتراقی بیماری اسکیزوفرنیا است در این بیماری ممکن است فرد بپندارد بیش از یک نفر در وجود او زندگی می‌کنند (۴). با مصاحبه‌های دقیق وجود هر گونه هذیان و توهم در بیمار مورد بحث، رد شد. اختلال شخصیت مرزی نیز اختلالی است که می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلال هویت تجزیه‌ای باشد. با توجه به سابقه خودزنی در بیمار وجود اختلال شخصیت مرزی در بیمار در نظر گرفته شد اما ضوابط تشخیصی کافی برای مطرح نمودن آن یافت نگردید لازم به توضیح است با توجه به طبقه‌بندی جدید بیمار می‌تواند در محور یک تشخیصی، دچار اختلال هویت تجزیه‌ای بوده و در محور دوم همزمان دچار اختلال شخصیتی از هر نوع باشد.

با توجه به افزایش موارد تشخیص اختلالات هویت تجزیه‌ای، توجه پزشکان به وجود اختلال به خصوص وقتی که هنگام مصاحبه با مجموعه‌ای ناهمگون از علائم روبرو هستیم، توصیه می‌گردد. امید است در آینده گزارش‌های مشابه ارتباط شروع این اختلال و واکنش‌های مربوط به سوگ و استرس‌های حاد را بیشتر روشن نماید.

نیازمند گذشت طولانی بوده و به تدریج ایجاد می‌شود و طبق تحقیقات انجام شده استرس دوران کودکی از جمله مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفتن در کودکی (۵)، سوء استفاده‌های مذهبی در زندگی به ویژه در دوران کودکی (۶، ۷)، فرد را مستعد اختلال چند شخصیتی می‌سازد. در مطالعه‌ی دیگر (۸) به نقش انحرافات جنسی در ایجاد هویت تجزیه‌ای اشاره شده است. تروماهای کودکی که زمینه ساز ایجاد چند شخصیت می‌گردند در واقع تلاش ego برای سازمان‌دهی روان و جلوگیری از گسیختگی شخصیت می‌باشند (۹). با این وجود اخیراً یافته‌هایی در دست است که این اختلال می‌تواند به سرعت تکامل یابد؛ به عنوان مثال در مقاله‌ای که توسط Ellison (۱۰) ارائه شده به پیدایش اختلال هویت متعاقب الکتروشوک درمانی (ECT) اشاره شده است. در این گزارش نیز بیمار ما بعد از حادثه فوت عمویش و دیدن جنازه او، پدیده تجزیه (dissociation) به صورت حد اتفاق افتاده بود، در جستجوی انجام شده نوع دیگری از شروع حاد این بیماری یافت نشد. هر چند با این گزارش نمی‌توان ادعا کرد که حادثه فوت عمو، به خودی خود باعث ایجاد اختلال چند شخصیتی گردیده اما به عنوان یک عامل استرس‌زا در فعال نمودن کشمکش‌های روانی می‌تواند نقش داشته باشد. به طور کلی تروما می‌تواند باعث بروز اختلالات تجزیه‌ای در جمعیت مردم عادی گردد در مطالعه‌ای در شانگهای بر روی ۷۳۷ بیمار روانپزشکی و ۶۱۸ فرد سالم کارگر کارخانه نشان داده شد که ۱۵ نفر دچار یکی از انواع اختلالات تجزیه‌ای بودند (۱۳) گاهی تظاهر اختلال هویت تجزیه‌ای با علائم غیرمعمول است؛ به عنوان مثال درماتیت مصنوعی (dermatitis artifacta) یک اختلال پوستی است که بیمار خود اقدام به ایجاد آن نموده، اما آن را انکار می‌نماید.

## References

- 1- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC. 2000
- 2- Soderstrom B.J. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 19th ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
- 3- Lowenstein R.J. An office mental examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. Psychiatric clinics of North America 1991, 14(3): 567-604
- 4- Steinberg M, Barry DT, Shokomskas D, Hall P. SCL-90 symptom pattern indicators of dissociative disorders. Bull Menninger Clin 2005; 69(3): 237-49.
- 5- Everest P. The multiple self: working with dissociation and trauma. J Anal Psychol. 1999; 44(4): 443-63
- 6- Goodwin J. Mary Reynolds: a post – traumatic reinterpretation of a classic case of multiple personality disorder. Hillside J Clin Psychiatry 1987; 9(1):89-99
- 7- Steele H. Unrelenting catastrophic trauma within the family: when every secure base is abusive. Attach Hum Dev 2003; 5(4): 353-66, discussion 409-14.
- 8- Brenner I: On trauma, perversion, and "Multiple Personality Disorder". J Am Psychoanal Assoc. 1996; 44(3): 785-814.
- 9- Reis BE. Toward a psychoanalytic understanding of multiple personality disorder. Bull Menninger Clin 1993 summer; 57(3): 309-18.
- 10- Ellison JM. Transient dissociative identity disorder after electroconvulsive therapy. J ECT 2000; 16(3): 314-6.

- 11- Ozmen M, Erdogan A, Aydemir EH, Oguz O. Dissociative identity disorder presenting as dermatitis artefacta. *Int J Dermatol* 2006; 45(6): 770-1.
- 12- Gullestad SE. Who is 'who' dissociation? A plea for psychodynamics in a time of trauma. In *J Psychoanal* 2005; 86(pt3): 639-56.
- 13- Xiao Z, Yan H, Wang Z, Zou Z, Xu Y, Chen J, Zhang H, Ross CA, Keyes BB. Trauma and dissociation in China. *Am J Psychiatry* 2006; 163(8): 1388-91.