

اختلال اضطراب بیماری همراه با هذیان اشتراکی (گزارش موردی)

نادر اباذری

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی
porsoon@yahoo.com

سمانه قوشچیان چوبمسجدی

دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه سمنان

چکیده

با توجه به نادر بودن اضطراب بیماری به صورت اشتراکی، موردی از اختلال اضطراب بیماری اشتراکی در این مقاله گزارش می شود. یک زن و شوهر ۲۲ و ۲۸ ساله به اصرار خانواده ها به کلینیک مراجعه کردند. شوهر چهار سال پیش پس از یک سانحه اتومبیل دچار نگرانی های متعدد و شدیدی در مورد سلامتی خودش شده بود. همسر وی پس از یک سال دقیقا نگرانی های همسر را در مورد خودش پیدا کرده بود. دو روانشناس بالینی فرآیند تشخیص گذاری و درمان را به مدت دو ماه پیگیری نمودند. ارزیابی های تشخیصی صورت گرفتند. هر دو نفر بر اساس معیارهای DSM-5 دچار اختلال اضطراب بیماری تشخیص گذاری شدند. شوهر علاوه بر ملاک های موجود برای اختلال اضطراب بیمار دچار حملات پنیک هم تشخیص گذاری شد. بر اساس تحلیل های انجام شده نتیجه گیری شد که ملاک ها برای شمول علائم اختلال سایکوز اشتراکی نیاز به بازبینی دارند .

واژگان کلیدی: اضطراب بیماری، اختلال سایکوتیک مشترک، هذیان

مقدمه

دومه

علامت اصلی اختلال سایکوتیک مشترک (جنون دو نفری) هذیانی است که در فردی به وجود می آید که رابطه نزدیکی با شخص دیگری (گاهی اوقات القا کننده یا مورد اصلی نامیده می شود) دارد که قبلا یک اختلال سایکوتیک با هذیان های بارز داشته است. فرد به صورت کلی یا جزئی شریک اعتقادات هذیانی مورد اولیه می شود. به اعتقاد نویسندگان DSM ، اسکیزوفرنی احتمالا شایع ترین تشخیص مورد اولیه می باشد. گرچه تشخیص های دیگری چون اختلال هذیانی یا اختلالات خلقی با خصایص روان پریشانه هم ممکن است دیده شود (ویمر و همکاران، ۲۰۰۴). محتوای هذیان ها بستگی به تشخیص اولیه دارند. افرادی که در اعتقادات هذیانی با هم شریک می شوند، اغلب رابطه سببی یا نسبی با یکدیگر دارند و مدت طولانی با هم زندگی کرده اند. اگر رابطه قطع شود اعتقادات هذیانی شخص دوم کاهش یافته و یا به طور کلی از بین می رود. ممکن است اختلال سایکوتیک مشترک در بین بیش از دو نفر به وجود آید. به خصوص زمانی که یکی از والدین، مورد اولیه باشد و اعضای خانواده با او همراه شوند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). افراد مبتلا به این اختلال برای درمان مراجعه نمی کنند مگر این که مورد اصلی برای درمان مراجعه نماید. علاوه بر آن صرف نظر از اعتقادات هذیانی در اختلال سایکوتیک مشترک، رفتار معمولا از جهات دیگر غریب یا غیر معمول نیست (پتل و همکاران، ۲۰۰۴).

شرح حال بیمار

مورد اصلی مردی ۲۸ ساله است که ۵ سال پیش ازدواج کرده است. ۴ سال پیش پس از سانحه تصادف از نظر نخاعی دچار آسیب شد که راه رفتن او را با مشکل مواجه کرد. پس از درمان های انجام شده راه رفتن بیمار و آسیب های نخاعی بهبود یافته و بیمار به وضعیت عادی خود بازگشت. اما در این زمان افکاری به سراغ او آمدند که بیمار تصور می کرد پس از تصادف دچار مشکل قلبی شده است و به طور مرتب رای چکاپ به پزشک مراجعه می کرد. در همه این مدت همسر بیمار همراه او بوده است. هر دو نفر از نظر هوشی و تحصیلی تقریبا در یک سطح هستند اما بیمار اصلی از نظر مالی از همان ابتدا برتری اقتصادی نسبت به خانواده همسرش داشته و این مورد موجبات وابستگی خانم به وی را فراهم کرده است. با گذشت حدود شش ماه از بهبود یافتن بیمار از نظر جسمی بیمار اجازه خارج شدن همسرش از خانه را به وی نداد و خودش هم از خانه خارج نشد. آن ها به مدت طولانی خود را در خانه حبس می کردند. بیمار اصلی از نظر مالی تامین بوده است و اموراتشان را افرادی انجام می دادند. پس از این اتفاق، بیمار به این فکر دچار شد که هر کس که به من نگاه می کند می تواند بیماری هایش را به بدن من انتقال دهد. بیمار اصلی این فکر هذیانی را حتی در مورد خانواده اصلی خود نیز داشت. زندگی مداوم و طولانی این دو نفر با یکدیگر موجب شد که همسر بیمار اصلی نیز دچار این فکر هذیانی گشته و بیمار اصلی را در فعالیت های مربوط به این هذیان همراهی نماید. این دو نفر با اصرار خانواده برای درمان مراجعه کردند. خط اول درمان برای اختلال سایکوتیک مشترک جدا کردن افراد از یک دیگر می باشد که این مورد در مورد پیش رو امکان پذیر نبود. بنابر این درمان ها به صورت انفرادی با تمرکز بر بیمار اصلی آغاز شدند. بیمار اصلی درمان هیپنوتراپی شناختی دریافت کرد و هسرش

در
مان شناختی رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای و جرات ورزی
دریافت نمود.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که مشاهده شد یک زن و شوهر دچار نشانه های مشترکی شدند که اولویت بروز نشانه ها در شوهر بوده است و با تداوم زندگی این دو نفر با یکدیگر، زن نیز دچار نشانه های القایی شد. نکته دیگر در مورد کفایت ملاکهای تشخیصی موجود است. جایی برای علایم القایی خلقی و نشانگان غیر سایکوتیک در ملاکها وجود ندارد (ریف و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع در DSM و البته ICD جایی برای تشخیص اختلالات غیر سایکوتیک که به شکل اشتراکی بروز کرده اند وجود ندارد و تشخیص گذاری به شکل اشتراکی در این موارد صورت نمی گیرد (کریستودولو و همکاران، ۱۹۹۵). در پایان جهت بازبینی ملاک های تشخیص گذاری برای اختلال سایکوتیک اشتراکی، مطالعات و بررسی های بیشتر پیشنهاد می شود.

منابع

- Wehmeier, p.M. Barth, N. (2003). Induced delusional disorder. A review of the concept. *Psychopathology*, 36,37-45
- Kaplan,HI. Sadock,BJ. (1998). Synopsis of psychiatry and behavioral sciences. (pp.496-497)
- Patel, A.S., Arnone, D., & Ryan, W. (2004). Folie á deux in bipolar affective disorder: A case report. *Bipolar Disorders*, 6, 162-165.
- Reif, A., & Pfuhlmann, B. (2004). Folie a deux versus genetically driven delusional disorder: Case reports and nosological considerations. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 155- 160.
- Christodoulou, G.N., Margariti, M.M., Malliaras, D.E., & Alevizou, S. (1995). Shared delusions of doubles. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 58(4), 499-501.