

بیماران دو قطبی، به جامعه بری گردند

سمیه ریاط میلی

درآمد

تک تک بررسی زیر درباره‌ی دختر نوجوانی است که در دبیرستان تحصیل می‌کند. از آن جا که مشاوران مدارس؛ به طور متناوب در کنار فعالیت‌های مشاوره‌ای خود، با مواردی از قبیل آن چه در زیر آمده است، مواجه می‌شوند، مطالعه‌ی این تک تک بررسی‌ها به آنان کمک می‌کند، با جزئیات بیشتری، مشکلات روانی را بشناسند. این اختلالات قطعاً جنبه‌ی بالینی دارند و در محدوده‌ی مدرسه و فرصت مشاوره‌ی درون مدرسه‌ای قابل بررسی و درمان نیستند؛ گرچه ممکن است در مدرسه مشاهده شوند. مشاور با شناخت هر چه بهتر می‌تواند تصمیم بگیرد که با این نوع مشکلات چه برخوردی داشته باشد و فرد را به کجا ارجاع دهد. اختلالی که در این شماره شرح داده شده، «اختلال دو قطبی» است. اختلال دو قطبی، بر اساس نامی که برای آن انتخاب شده است، هم شامل حمله‌های افسردگی است و هم حمله‌های مانیا (شیدایی). به طور معمول، اختلال دو قطبی در آغاز به صورت حمله‌ی مانیا آشکار می‌شود. حمله‌های بعدی ممکن است که به شکل الگوهای گوناگونی رخ بنماید. امکان دارد که پس از حمله‌های مانیا، یک دوره‌ی طبیعی باشد و به دنبال آن، یک حمله‌ی افسردگی، سپس یک دوره‌ی طبیعی و به همین ترتیب. یا این احتمال نیز هست که بلافاصله پس از یک حمله‌ی مانیا، حمله‌ی متضادی همراه با فواصلی از حالات طبیعی که بین دوره‌های مانیا - افسردگی رخ می‌نمایند، وجود داشته باشد.



اضافه شدن حمله‌های مانی، تنها خصیصه‌ای نیست که اختلال دو قطبی را از افسردگی شدید متمایز می‌کند، بلکه این دو سندرم از بسیاری جهات با یکدیگر تفاوت دارند:

● نخست آن که اختلال دو قطبی خیلی کمتر از افسردگی شدید شایع است.

● دوم آن که این دو اختلال از نظر جمعیت‌شناسی دو نمودار متفاوت را در بر می‌گیرند. بدین معنی که اختلال دو قطبی بر خلاف افسردگی شدید، در هر دو جنس به طور یکسان رخ می‌دهد و در طبقات پایین اجتماعی شایع‌تر است.

● سوم آن که کسانی که ازدواج کرده‌اند یا دوستان و روابط صمیمانه‌ای دارند، کمتر مستعد ابتلا به افسردگی شدید هستند، در صورتی که از نظر ابتلا به اختلال دو قطبی، چنین چیزی صادق نیست.

● چهارم آن که افرادی که به افسردگی شدید مبتلا هستند، تاریخچه‌ای حاکی از عزت نفس پایین و وابستگی زیاد دارند، در حالی که شخصیت قبل از بیماری افرادی که برای ابتلا به اختلال دو قطبی آمادگی دارند، نوعاً بهنجارتر بوده است.

● پنجم این که افسردگی شدید در هر سنی ممکن است رخ دهد، ولی اختلال دو قطبی معمولاً قبل از ۳۰ سالگی رخ می‌نماید.

● ششم این که دوره‌های این دو اختلال تا حدودی با یکدیگر متفاوت‌اند. بدین معنی که در اختلال دو قطبی، حمله معمولاً کوتاه است و بیش از حمله‌های افسردگی شدید تکرار می‌شود.

● بالاخره احتمال بیشتری وجود دارد که اختلال دو قطبی برخلاف افسردگی شدید، ریشه‌ی خانوادگی داشته باشد.

مشخصات کلی بیمار

نام: ح.س.

نام‌پدر: علی رضا

سن: ۷۱ سال

جنس: زن

وضع‌تاهل: مجرد

تولد: تهران

شغل: دانش‌آموز

گزارش روان‌پزشک

خانم ح.س ۱۷ ساله، اهل و ساکن تهران، دانش‌آموز سال آخر تجربی. سومین بار است که در بیمارستان رازی بستری می‌شود و چهار بار سابقه‌ی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی را دارد. بیمار می‌گوید: «از خانه فرار کرده بودم و توسط مأموران کلانتری به این جا آورده شدم.»

تاریخچه‌ی بیماری قبلی

بیمار حدود یک هفته قبل از منزل فرار کرده است. او علت فرار خود را آزارهای جنسی پدرش عنوان کرده است و می‌گوید، این موضوع و

دل‌تنگی مادرش، دلیل فرار وی بوده است. بیمار مذکور عنوان می‌کند که این اذیت و آزارها، از حدود ۴ - ۳ سال پیش وجود داشته است. او دوره‌هایی از خلق پایین، مثل اضطراب و افسردگی، و نیز دوره‌هایی از خلق بالا و شاد، همراه با خروج از منزل، آرایش، و افزایش فعالیت و انرژی را تجربه کرده است.

بیمار عنوان می‌کند که در روابط بین‌شخصی سریع دل‌بسته و سریع دل‌سرد می‌شود و به خودش می‌گوید: آتشم زود سرد می‌شود. او عنوان می‌کند که به دلیل آزارهای پدر، در کلانتری از پدرش شکایت کرده و پدر از جلسه‌ی دادگاه گریخته است.

بیمار دلیل بستری شدن در بیمارستان روزبه را شکایت پدر عنوان می‌کند (به دلیل درگیری یا پدرش که ناشی از روابط وی با فردی به نام **بهزاد** بوده است). در بیمارستان روزبه به مدت ۴۶ روز بستری بوده و تحت درمان بالیتیموم قرار گرفته است. دومین بار بستری شدن او در این مرکز به درخواست خودش و به دلیل به تنگ آمدن از زندگی در خانه‌ی پدری بوده و یک هفته بستری شده

است. سومین بار بستری شدن بیمار در این مرکز، توسط پدرش انجام گرفته است. از نظر او، علت ارجاعش به بیمارستان، ترس پدر از این موضوع بوده است که بیمار مراسم ازدواج خواهر کوچک‌ترش را به هم بزند. او عنوان می‌کند که ۱۰ روز بستری بوده و با رضایت شخصی پدر ترخیص شده است. بیمار در حال حاضر با پدر، دو برادر و یک خواهر که هر سه تانتی هستند، در خانه‌ی پدری زندگی می‌کند. وضعیت اقتصادی خانواده در حد متوسط است.

وضع ظاهری

دختر جوانی است که ارتباط چشمی و کلامی خوبی برقرار می‌کند. آرایش ندارد و از وضع ظاهری خوبی برخوردار است.

تاریخچه‌ی خانوادگی

مادر و دایی بیماری ناراحتی اعصاب دارند و تحت درمان دارویی‌اند. پدر مشکل اعصاب و روان ندارد.

قبل از مدرسه، یک سال به کودکانستان رفته است و سال اول دبستان، به جز مختصری احساس اضطراب، مشکل خاصی نداشته است. او در دوره‌ی راهنمایی و دبیرستان دوستان صمیمی داشته است. در سن ۱۲ سالگی عادت ماهانه شده که ابتدا موضوع را با خانواده مطرح نکرده است. (حجالت می‌کشیده است).

حافظه‌ی وی در هر سه سطح مطلوب است. به طور کلی در بیان مسائل خود دچار تناقص‌گویی است و به مشکل خود بصیرت دارد.

گزارش پرستار

بیمار از درد در ناحیه‌ی واژینال شاکی است و مرتباً بحث را به ارتباط جنسی با پدرش می‌کشانند. داروهایی که روان‌پزشک برای او تجویز کرده



است، عبارت‌اند از: الازاین^۱ و فرسولین^۲.
ارتباط چشمی و کلامی برقرار می‌کند
و بیماری جسمی ندارد. وضعیت اشتهاش
معمولی است.

وضعیت روانی

۱. شکل ظاهری: مرتب
۲. خلق و عاطفه: طبیعی
۳. تکلم: طبیعی
۴. ادراک: توهم ندارد.
۵. وضعیت روانی حرکتی: طبیعی
۶. فکر:

فرم فکر: انتزاعی

جریان فکر: طبیعی

محتوای فکر: هذیان ندارد.

مالکیت فکر: پخش افکار.

وضعیت هوش: طبیعی است.

هشیاری: طبیعی است.

جهت‌یابی: مشکلی ندارد.

حافظه: خوب است.

تمرکز حواس: دارد.

اطلاعات عمومی: نرمال است.

قضاوت: شخصی و اجتماعی طبیعی است.



انتساب به خود همراه است.
موارد دیگری نیز در ادبیات این پروفایل
وجود دارند که به چند مورد از آن‌ها اشاره
می‌شود:

۱. اشخاص دارای این پروفایل، اغلب دچار
وحشت هستند و تفکری آشفته دارند. این افراد
زمانی که حمایت دیگران را از دست می‌دهند،
دچار سقوط و فروریختگی می‌شوند.

۲. اغلب ازدواج نمی‌کنند و اگر به این امر
اقدام کنند، قضاوت نادرستی در انتخاب همسر
دارند.

۳. زنان دارای این پروفایل، کیفیت
کودکانه (دخترچپه) دارند و اغلب جوان‌تر از سن
خود به نظر می‌رسند.

۴. اغلب افکاری هذیانی یا غیرمعمول دارند
و عمدتاً سوءظنی هستند.

۵. در یک تحقیق مشاهده شده است
که دارندگان این پروفایل اغلب تجاوزگران
جنسی هستند که با خشونت، قربانیان خود
را تحقیر می‌کنند و مدت‌ها رفتار ناسازگار
اجتماعی داشته‌اند. آن‌ها به کنش‌نمایی به طرق
خودشکانه تمایل داشته‌اند.

۶. این افراد عمدتاً توسط دیگران آورده
می‌شوند و پیش‌آگهی ضعیفی دارند، چون می‌خواهند مشکلاتشان را
با تغییر دیگران حل کنند.

متداول‌ترین تشخیص در این مورد، اسکیزوفرنی پارانوئید است.
در بررسی‌های به عمل آمده توسط مأموران کلانتری، وقتی از پدر
بیمار برای حضور در دادگاه به منظور بررسی DNA از نظر عامل پارگی
بکارت درخواست شد، پدر پنهانی دادگاه را ترک کرد.

بخشی از سخنان بیمار از این قرار است:
«خیلی فرار می‌کنم. دفعه‌ی آخر می‌خواستم برم بهزیستی، اما چون
پرونده‌ی روانی داشتم، فرستادیم این‌جا.

مشکلم اینه که نمک خونم کمه. مجردم. یکی یه دونه‌ام، ولی سه
خواهر و برادر ناتنی دارم. شما نمی‌تونید با پدرم صحبت کنید که اخلاقشو
عوض کنه؟

مادرم دو ساله ولم کرد. بابام بهش می‌گه تو آدم‌ربایی و به دایی ۴۵
سالم که مجرده می‌گه به من نظر داره.
بابام از من سوءاستفاده‌ی جنسی کرده.

بابام دندانسازه. وقتی برام خواستگار پیدا می‌شه، بابام می‌پروونه.
یه پسره تراشکاری داره. وقتی ماشینمون خراب شد، رفتیم پیش
اون و فهمیدیم فامیلیش با ما یکیه. با هم رفتیم بیرون. اسمش امیره.

۳۵ سالشه. زن نداره. دو بار رقتم دم مغازشون. با هم دعوامون شد. زدم
شیششو شکوندم. فکر کنم معتاد باشه.

یک بار راننده بهم گفت: عصبانی. منم گفتم الان بهت نشون می‌دم.
۸۰۰ تومن بهش دادم. گفتم وایسا. بعد با آجر زدم شیشه‌اشو شکوندم.»

**بخشی از سخنان مادر بیمار ضمن مصاحبه به شرح زیر
است:**

دخترم به جز این که از کودکی خیلی دختر حرف‌گوش کنی نبوده،

نتایج «آزمون رورشاخ» اجرا شده به شرح زیر است:

تفسیر پروفایل آزمون رورشاخ، علاوه بر پر نمودن شاخص‌های
مربوط به اسکیزوفرنیا، این موارد را نشان می‌دهد:

● بالا بودن تعداد پاسخ‌های An^3 و Mor^2 بیانگر آن است که آزمودنی
نشخوارهای ذهنی فراوانی در مورد بدن و «تصویر از خود»^۵ دارد و
احساس آسیب‌پذیری می‌کند.

● وجود برخی خصوصیات منفی در خودپنداری فرد، باعث منفی‌نگری
در تفکر شده است. بالا بودن مقیاس CDI^* بیانگر این است که آزمودنی
به لحاظ اجتماعی نسبت به آن چه انتظار می‌رود، ناپخته‌تر است. این
افراد مستعد تجربه کردن مشکلات متعدد هنگام تعامل یا محیط پیرامون
هستند که اغلب به فضای بین فردی نیز کشیده می‌شود. لذا ارتباط بین
فردی تمایل زیادی به سطحی شدن دارد.

● این افراد که غالباً توسط دیگران ملاحظه کار^۶، بی‌عرضه^۷ و درمانده
ارزیابی می‌شوند، کمتر نسبت به نیازها و علائق دیگران حساس
هستند. غالباً نیز دچار آشفتگی در روابط اجتماعی و نارضایتی در روابط
بین‌فردی‌اند.

نتایج آزمون «ام ام پی آی» اجرا شده، به شرح زیر است:

در نیم‌رخ فوق آمده است که این افراد به شدت از دیگران فاصله
می‌گیرند، با کسی دوست نیستند و یا دوستان معدودی دارند. آنان را
می‌توان افرادی بازداری شده، مطرود، متنفر از دیگران و مضطرب
توصیف کرد که نمی‌توانند انتظارات دیگران را بپذیرند. این امر بدان سبب
است که به شدت درگیر نیازهای خیالی خود هستند و قدرت تمرکز کافی
ندارند. گاهی از نظر عاطفی بی‌تفاوت‌اند. محتوای فکری آنان اگر عجیب
و نامأنوس نباشد، دست کم غیرمعمول و اغلب با هذیان عظمت و هذیان

مشکل دیگری نداشته است. او در دوران دبیرستان یک دوست بسیار صمیمی داشت که به دلیل بیماری لاعلاج از دنیا رفت. پس از فوت او، دخترم به شدت تنها می‌شود و برای مدتی حالت‌های افسردگی پیدا می‌کند. دخترم مشکلی ندارد و به جای او باید پدرش را بستری کنند. وقتی پدری برای دخترش پلیس بیاورد و او را با دستبند ببرند، طبیعی است که آن دختر مریض شود.

پدر دخترم به او گفته است، این آرزو را که دخترت عروس شود، به دلش می‌گذارد. چند بار زن گرفته و همه‌ی آن‌ها را نیز عاصی کرده و فراری داده است. من پس از این که از شوهرم جدا شدم، دیگر ترسیدم که دوباره ازدواج کنم.

بخشی از سخنان پدر بیمار ضمن مصاحبه به شرح زیر است:

دخترم بیماری ادواری دارد. مادرش ناراحتی عصبی دارد. پدر مادرش نیز از سال‌ها پیش ناراحتی اعصاب داشته است.

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده، معلوم می‌شود که روان‌شناسان بالینی در فرایند درمانی

بیماران دوقطبی نقشی ندارند و این جای تعجب است که حتی در مراکز که دارای بخش نسبتاً مجهز روان‌شناسی بالینی‌اند، از روش‌ها و شیوه‌های روان‌درمانی، رفتاردرمانی و... استفاده به عمل نمی‌آید.

به نظر می‌رسد، اشکال عمده، در نگرش متداول روان‌پزشکی ایران به بیماری دوقطبی است که اکثراً آن را بیماری‌ای تلقی می‌کنند که نیازمند خدمات روان‌شناسی نیست. در حالی که عملاً می‌بینیم، دارودرمانی به تنهایی، نمی‌تواند مشکل‌گشای این بیماران باشد. بدون درمان‌های روان‌شناختی امید به بهبودی بیهوده است. فقط به کمک دارودرمانی توأم با درمان‌های روان‌شناختی است که بیمار بهبود می‌یابد و به اجتماع بازمی‌گردد.

در این بحث، بازگشت بیمار به محیط قبلی، خود مسئله‌ای در حیطه‌ی وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی است. به علاوه، در سبب‌شناسی، علامت‌شناسی و درمان، الزاماً باید مطالعه‌ی درازمدت و بررسی همه جانبه مدنظر باشد. در شناخت اختلال دوقطبی، نظریه‌های متفاوتی در سبب‌شناسی، مثل فرضیه‌ی بیوشیمی یا رفتار درمانی در زمینه‌ی درمان بیان شده است. اما روشن است که بیوشیمی مغز یا رفتاردرمانی، چنان‌چه به عنوان زیر سیستم مطرح شوند، بسیار ارزنده‌اند.

به نظر می‌رسد، استفاده از رویکرد سیستمی بتواند جواب‌گویی مسئله باشد. به قول جان دیویی، تجربه‌ها، هسته‌ی اصلی زندگی بشر هستند. واقعیت نیز جز از راه تجربه قابل درک نیست. براینکه کنش متقابل فرد در محیط، همین تجربه‌هاست.

به این ترتیب، بشر از طبیعت فاصله نمی‌گیرد، بلکه آماده‌ی تأثیر بر آن می‌شود. او، اسرار زندگی از تولد تا مرگ را بر همین اساس استوار می‌کند.



دیویی می‌گوید: «رشد چیزی جز ماریپچی از تجربه‌ها نیست. به این ترتیب که بشر با جهان خارج ارتباط برقرار می‌کند و با آن شریک می‌شود. او رشد را، ادامه‌ی کل تجربه‌هایی می‌داند که به تعاملی از گذشته و حال فرد و محیط می‌انجامد و این تعامل را در درازمدت در نظر می‌گیرد.»

بدون شک بیماری روانی جدا از پدیده‌های محیطی نیست. به همین علت، در نظریه‌ی سیستم‌ها، اطلاق واژه‌ی درونزا^۱ به کلی مردود است. براساس نظریه‌ی عام سیستم‌ها، برای درمان، «گروه درمانی خانواده» پیشنهاد می‌شود. هنگام برخورد با مسئله، درمانگر آن را همه‌جانبه می‌نگرد و آن چه موجب بروز مشکل است را بررسی می‌کند. در وهله‌ی اول، جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با مسئله، و تاریخچه‌ی رشد بیمار ضروری است.

در این قبیل موارد، گاهی می‌بینیم رفتار نادرستی در خانواده شکل می‌گیرد و تقویت می‌شود. در طول درمان، به درمانگر فرصت داده می‌شود، به تصحیح این ارتباطات بپردازد. رفته‌رفته که درمان پیش می‌رود، اطلاعات دقیق‌تری کسب می‌شود.

خانواده درمانی در نظریه‌ی عام سیستم‌ها

به دو شکل صورت می‌گیرد:

۱. خانواده درمانی تک‌جنبه‌ای (تک‌خانواده‌ای)؛

۲. خانواده درمانی چندجنبه‌ای که شامل چهار یا پنج بیمار بستری و خانواده‌ی آن‌ها، شامل پدر، مادر، خواهر، برادر، ... و درمانگر می‌شود.

بعضی از روان‌پزشکان معتقدند، بیماران دوقطبی قربانیانی هستند که دیگر نمی‌توانند به اجتماع برگردند. اما در خانواده درمانی، با تغییر در خانواده و کل سیستم، بیمار نیز تغییر می‌کند. البته این کار مستلزم به کار بردن انرژی زیادی است. کار درمانی نیز می‌تواند فواید بسیاری برای این بیماران داشته باشد.

و در پایان، پی‌گیری و ارتباط با بیماری که از بیمارستان مرخص می‌شود، بسیار مهم است. زیرا بیمار به محیطی باز می‌گردد که محرک‌ها و مراقبت‌های بیمارستان را ندارد.

در نتیجه، یک نیروی گریز از اجتماع در او شکل می‌گیرد و تقویت می‌شود. نظارت بر این مرحله، از مددجویان اجتماعی برمی‌آید که حداقل ماهی یک بار ترتیبی دهند تا گروه درمانی با خانواده‌ی بیمار و یا بیمار ملاقاتی داشته باشند تا علائم مجدداً ظاهر نشوند.

زیرنویس

1. Fersolin
2. Olanzapin
3. Anatomy
4. Morbidity
5. Self image
6. Coping deficit index
7. Guarded
8. Inept
9. Endogenes