نشانگان مانیای پسیکوتیک اشتراکی: گزارش موردی

دکتر امیر شعبانی[1]
گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر میترا حکیم‌شوشتری
گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی ایران

هدف : با توجه به نادر بودن پسیکوز القایی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی و غیرمعمول بودن هذیان بزرگ‌منشی در جنون القایی، موردی از نشانگان مانیای پسیکوتیک اشتراکی در این مقاله ارائه می‌شود. **روش:** دو خواهر ۲۶ و ۲۱ ساله که به ترتیب و با فاصلهٔ سه روز دچار علایم خلقی و پسیکوتیک شده و به اورژانس یک بیمارستان روان‌پزشکی آورده شده بودند، تحت درمان قرار گرفتند. ارزیابی تشخیصی به وسیلهٔ دو روان‌پزشک انجام شد و بررسی‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری مغزی و الکتروآنسفالوگرافی صورت گرفت. پیگیری آنها تا چهار ماه ادامه یافت. **یافته‌ها:** تشخیص در هر دو مورد بر اساس معیارهای DSM-IV، اختلال دو قطبی نوع یک در دورهٔ مانیا و با ویژگی‌های پسیکوتیک بود. هذیان‌های مذهبی و بزرگ منشی به طور مشترک، هذیان گزند و آسیب در خواهر بزرگتر و توهم شنوایی در خواهر کوچکتر وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** ملاک‌های تشخیصی رایج برای شمول علایم روانی مختلف اشتراکی، مانند علایم مانیا، نیاز به بازبینی دارند. برای ارزیابی اعتبار این تشخیص‌ها انجام بررسی‌های طولی پیشنهاد می‌شود.

مقدمه

اختلال هذیانی القایی[2] (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) یا اختلال پسیکوتیک اشتراکی[3] (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) در طبقه‌بندی‌های جدید (ICD-10 و DSM-IV) معادل واژهٔ قدیمی جنون دو نفره[4] قرار گرفته‌اند. اصطلاح جنون دو نفره اولین بار به وسیلهٔ لاسگ[5] و فالره[6] در ۱۸۷۷ وضع شد و به انتقال افکار هذیانی از یک بیمار اولیه به فرد یا افراد دیگر که در ارتباط نزدیک با او هستند اشاره داشت (به نقل از پاتل[7]، آرنون[8] و رایان[9]، ۲۰۰۴). این اختلال در شرایط خاصی ایجاد می‌شد. افکار هذیانی اولیه مربوط به فرد فعال‌تر و باهوش‌تر بود، در حالی که فرد منفعل و کم هوش‌تر به تدریج دچار همان افکار می‌گردید. به علاوه، آن دو در ارتباط نزدیک با یکدیگر و در انزوای اجتماعی زندگی می‌کردند و هیجان‌ها، علایق و اعتقادات مشترکی داشتند (به نقل از وهمه‌یر[10]، بارت[11] و رم‌اشمیت[12]، ۲۰۰۳) . واژهٔ جنون دو نفره یا جنون القایی در مفاهیم مختلفی به کار رفته است که گاه تفاوت عمده‌ای بین آنها دیده می‌شود. به عنوان نمونه، در تعریف یکی از انواع آن به نام جنون ارتباطی[13] فرد دوم دچار هذیانی خاص

۱ – نشانی تماس: تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، خیابان جهان، پلاک ۱، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

E-mail: ashaabany@yahoo.com

2- induced delusional disorder
3- shared psychotic disorder
4- folie á deux
5- Lasegue
6- Falret
7- Patel
8- Arnone
9- Ryan
10- Wehmeier
11- Barth
12- Remschmidt
13- folie communiquée

خود می‌گردد(کاپلان[1] و سادوک[2]، ۱۹۹۸) که این بر خلاف تعاریف طبقه‌بندی‌های رسمی جدید (DSM-IV و ICD-10) است. هم چنین، گاه تعریف این اختلال به گونه‌ای گسترده شده است که مواردی مانند نشانگان مونشاوزن[3] با هذیان ابتلا به بیماری فیزیکی را نیز در بر می‌گیرد (یانوفسکی[4]، ۱۹۸۶). از طرفی بروز جنون القایی در زمینهٔ اختلال دو قطبی گزارش شده که این برخلاف تعاریفی است که بروز پسیکوز القایی را در افراد دارای سابقهٔ اختلال روان‌پزشکی عمده نمی‌پذیرند (پاتل وهمکاران، ۲۰۰۴).

هر چند بسیاری از پژوهشگران این اختلال را کاملاً نادر گزارش کرده‌اند (سیلوریا[5] و سیمن[6]، ۱۹۹۵)، احتمالاً شیوعی بیش از آن چه پیش از این تصور می‌شد دارد؛ به ویژه اگر در بیماران بستری بررسی گردد. میزان بروز آن بین۱/۷ و ۲/۶ درصد در میان موارد بستری در بیمارستان روان‌پزشکی گزارش شده است (به نقل از وهمه‌یر و همکاران، ۲۰۰۳). با این حال، در بین موارد جنون القایی نیز وجود اختلال خلقی دوقطبی، نادر محسوب می‌شود. پاتل و همکاران (۲۰۰۴) در بررسی خود تنها یک گزارش جنون القایی همراه با اختلال دوقطبی یافته و خود نیز یک مورد آن را گزارش کرده‌اند.

با توجه به نادر بودن پسیکوز القایی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی، غیر معمول بودن هذیان بزرگ منشی[7] در جنون القایی (۱۳-۲٪) (کاشیواز[8] و کاتو[9]، ۱۹۹۷؛ سیلوریا و سیمن، ۱۹۹۵) و نیز جالب بودن انتقال علایم مانیا به عنوان یک نشانگان، در این جا گزارش ابتلای دو خواهر به مانیای پسیکوتیک که به فاصلهٔ چند روز از هم روی داده است ارائه می‌شود.

گزارش مورد

دو خواهر ۲۱ و ۲۶ ساله در مرداد ۱۳۸۳ با علایم حاد رفتاری، به وسیلهٔ خانواده به اورژانس یک مرکز آموزشی – درمانی روان‌پزشکی در تهران آورده شدند. آنها در خانواده‌ای شش نفره با وضعیت اجتماعی – اقتصادی نسبتاً پایین زندگی می‌کرده‌اند. خواهر بزرگتر، فرزند دوم و تنها فرد دارای تحصیلات دانشگاهی (کارشناسی) در خانواده بود، در حالی که خواهر کوچکتر، فرزند آخر و دارای مدرک دیپلم. هر دو مجرد و بی‌کار بودند. پدرشان به دلیل ابتلا به اختلال خلقی دوقطبی تحت درمان دارویی بوده است.

اختلال در خواهر بزرگتر با فاصلهٔ چند ماه از یک شکست عاطفی و به صورت بی قراری، افزایش فعالیت و خروج مکرر از منزل شروع شده و علایم خلق بالا، افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، ولخرجی و پرخاشگری را نیز نشان داده بود. او از دو سال قبل دچار علایم خفیف افسردگی بوده اما مراجعه‌ای برای درمان نداشته است. در معاینهٔ وضعیت روانی، آژیتاسیون، خلق بالا، عاطفه‌ای در طیف بهنجار، فشار کلام[10]، هذیان‌های مذهبی[11] و بزرگ منشی، و هذیان گزند و آسیب[12] یافت شد. او اعتقاد داشت که خداست و با پیامبر و امامان در ارتباط است. به علاوه، دچار سوءظن به اطرافیان بود و اعتقاد داشت که می‌خواهند او را مسموم کنند. در هیچ یک از حوزه‌های حسّی، توهمی به دست نیامد.

با این که این دو خواهر از مدت‌ها پیش رابطهٔ خوبی با هم نداشتند، با شروع علایم خواهر بزرگتر، ارتباط عاطفی زیادی پیدا کردند و پس از سه روز خواهر کوچکتر نیز دچار بی خوابی، افزایش انرژی، پرحرفی، ولخرجی و بی‌قراری گردید. تمایلات مذهبی‌اش افزایش قابل توجهی یافت و بسیار عبادت می‌کرد. او با دیدن نور خورشید تعظیم می‌کرد و آن را نور صاحب‌الزمان می‌دانست. با نظر خواهر بزرگتر، از خوردن غذا امتناع می‌نمود و در انتظار مائدهٔ بهشتی بود. او پس از خروج خواهرش از منزل، اعتقاد داشته که او مرده و نزد فرشته‌هاست. پس از بازگشت خواهر بزرگتر به منزل و بر اساس این اعتقاد او که «هیچ است و باید نابود شود»، خواهر کوچکتر به کوتاه کردن موهای او مبادرت نموده وگفته است که «با این کار، به هیچ شدن او کمک می‌کند». در معاینهٔ وضعیت روانی او نیز آژیتاسیون، خلق بالا و متغیر، عاطفه‌ای در طیف بهنجار، فشار کلام، پرش افکار[13] و هذیان‌های مذهبی و بزرگ منشی یافت شد. بر خلاف خواهر بزرگتر، هذیان گزند و آسیب وجود نداشت ولی دچار توهم شنوایی بود.

1- Kaplan
2- Sadock
3- Munchausen syndrome
4- Janofsky
5- Silveria
6- Seeman
7- grandiosity
8- Kashiwase
9- Kato
10- pressure of speech
11- religious
12- persecutory
13- flight of ideas

آنها در دو بخش مختلف بیمارستان بستری بودند. در بررسی‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری‌های مغزی و الکتروآنسفالوگرافی دو بیمار، یافته‌ای نابهنجار به دست نیامد. مصاحبهٔ بالینی دو روان‌پزشک بر اساس معیارهای تشخیصی چهارمین ویرایش کتابچهٔ تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، تشخیص اختلال دو قطبی نوع یک در دورهٔ مانیا و با ویژگی‌های پسیکوتیک را تأیید نمود و با توجه به شدت علایم، درمان با داروهای ضد پسیکوز، تثبیت کنندهٔ خلق (لیتیوم کربنات) و خواب آور انجام گرفت. با وجود درمان چند دارویی، چندین هفته تا بهبودی و از میان رفتن علایم عمدهٔ دو بیمار طول کشید. با این حال، می‌توان گفت شدت علایم در خواهر کوچکتر بیشتر بود؛ نمرهٔ علایم مانیا، افسردگی و اضطراب بر پایهٔ مقیاس سنجش مانیای یانگ[1] (یانگ، بیگز[2]، زیگلر[3] و مایر[4]، ۱۹۷۸)، مقیاس ۲۴ ماده‌ای سنجش هامیلتون برای افسردگی[5] (هامیلتون، ۱۹۶۰) و مقیاس سنجش اضطراب هامیلتون[6] (هامیلتون، ۱۹۵۹) در خواهر بزرگتر و در ابتدای دورهٔ بستری به ترتیب ۱۱، ۷ و ۵ و چهار ماه پس از آن به ترتیب ۲، ۳ و ۲ به دست آمد. این نمره‌ها در خواهر کوچکتر در ابتدای دورهٔ بستری به ترتیب ۲۲، ۹ و ۱۲ و پس از چهار ماه به ترتیب ۳، ۳ و ۵ بود.

بحث

همان‌طور که ملاحظه گردید، دو خواهر ۲۶ و ۲۱ ساله، به ترتیب و با فاصلهٔ سه روز دچار علایم مشابه سندرم مانیا با ویژگی‌های پسیکوتیک مشترک شدند. آنها طی سه روز یاد شده، ارتباط عاطفی نزدیکی با یکدیگر داشتند و پس از آن نیز خواهر کوچکتر رفتارهای خواهر بزرگتر را تأیید و حتّی القائات پسیکوتیک او را اجرا می‌نمود. با وجود جدا بودن محل بستری آنها و نیز اجرای درمان چند دارویی، بهبودی‌شان چندین هفته به طول انجامید.

در توضیح بروز مانیا با فاصلهٔ چند روز در این دو نفر، شاید بتوان ابتلای خواهر بزرگتر را به عنوان یک فشار روانی و عاملی تسریع کننده برای ابتلای خواهر کوچکتر به شمار آورد. با در نظر گرفتن سابقهٔ مانیا در پدر آنها و وجود آسیب‌پذیری ژنتیکی، توجیه اخیر تقویت می‌شود. این توجیه، بر خلاف تشخیص نشانگان مانیای پسیکوتیک اشتراکی است. ولی نظر نویسندگان این مقاله این است که «ابتلای هم زمان دو خواهر به علایمی که چه از نظر شکل و چه از نظر محتوا مشترک‌اند» و این نکته که «بیمار دوم که کوچکتر و با تحصیلات کمتر است طی چند روز ارتباط نزدیک با بیمار اول، هذیان او را می‌پذیرد و با او در زمینهٔ این اعتقاد هذیانی همکاری می‌کند»، به تعریف القایی بودن علایم روانی نزدیک‌تر است، تا به توجیه پیشین. البته گزارش حاضر، به دلیل طولانی نبودن رابطهٔ نزدیک دو بیمار، با شرح معمول جنون القایی متفاوت است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸)، ولی طولانی بودن این رابطه در هیچ‌یک از دو سیستم مرسوم طبقه‌بندی (DSM-IV و ICD-10) به عنوان ملاک تشخیص در نظر گرفته نشده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲).

بر پایهٔ پژوهش‌های مختلف، شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در بیمار اولیه، اسکیزوفرنیا (حدود ۶۰٪) است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ کاشیواز و کاتو، ۱۹۹۷؛ سونی[7] و راکلی[8]، ۱۹۷۴). در بررسی مروری سیلوریا و سیمن (۱۹۹۵) که ۱۲۳ مورد منتشر شدهٔ جنون القایی را از ۱۹۴۲ تا ۱۹۹۳ شامل شده، اسکیزوفرنیا و اختلال هذیانی به ترتیب در ۴۴٪ و ۱۱٪ بیماران اولیه و اختلالات خلقی در ۱۳٪ آنان یافت شده است. در این بررسی، فراوانی اختلال خلق بالا[9] در بیمار اولیه ۳/۷٪ گزارش شد. بیماران دچار جنون القایی در گروه ژاپنی (کاشیواز و کاتو، ۱۹۹۷) بیش از همه دچار واکنش پارانویید (۵۴٪) و سپس اسکیزوفرنیا (۲۲٪) تشخیص داده شدند و در بررسی سیلوریا و سیمن (۱۹۹۵) نیز ۶۲٪ آنان دچار هم‌ابتلایی روان‌پزشکی بودند که ۱/۳ این موارد، افسردگی بوده است. گزارش حاضر، با توجه به ابتلای بیماران اول و دوم به مانیای پسیکوتیک، جزو گزارش‌های نادر محسوب می‌شود. با این حال، این مورد از نظر ابتلای دو عضو خانواده، ابتلای دو خواهر، و مسن‌تر بودن بیمار اولیه، با شکل غالب جنون القایی هم سو است، چرا که ۹۲-۹۰٪ این بیماران عضو یک خانواده‌اند (کاشیواز و کاتو، ۱۹۹۷؛

1- Young – Mania Rating Scale (Y-MRS)
2- Biggs
3- Ziegler
4- Meyer
5- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
6- Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)
7- Soni
8- Rockley
9- elated mood disorder

سیلوریا و سیمن، ۱۹۹۵)، ۵۰٪ دوتایی‌های[1] پسیکوتیک به شکل مادر – دختر یا خواهر – خواهر هستند (به نقل از ریف[2] و پفولمن[3]، ۲۰۰۴)، و در ۵۸-۵۱٪ موارد، بیمار غالب مسن‌تر از بیمار مغلوب می‌باشد (وهمه‌یر و همکاران، ۲۰۰۳).

از نظر محتوای هذیان، با این که نوع معمول آن بر پایهٔ گزارش‌ها «گزند و آسیب» است (۷۵-۵۱٪) (وهمه‌یر و همکاران، ۲۰۰۳) و در گزارش حاضر نیز بیمار اول به این هذیان مبتلا بود، به بیمار دوم انتقال پیدا نکرد. هذیان‌های مذهبی و بزرگ منشی که علایم مشترک این بیماران بودند، به ترتیب در ۲۷٪ و ۱۳-۲٪ موارد گزارش شده‌اند (کاشیواز و کاتو، ۱۹۹۷؛ سیلوریا و سیمن، ۱۹۹۵).

البته با توجه به ارقام بالا،گزارش حاضر از جهت نوع هذیان مشترک، استثنایی نیست، چرا که انتقال بسیاری از انواع محتواهای هذیانی نادر در جنون القایی ذکر شده است که به عنوان نمونه می‌توان ازنشانگان کاپگراس[4] (هارت[5] و مک‌کلور[6]، ۱۹۸۹)، نشانگان فرگولی[7] (کریستودولو[8]، مارگاریتی[9]، مالیاراس[10] و آلویزو[11]، ۱۹۹۵)، نشانگان کوتارد[12] (ولف[13] و مک‌کنزی[14]، ۱۹۹۴) و نشانگان اکبام[15] (ترابرت[16]، ۱۹۹۹) نام برد. ولی آن چه در این گزارش استثنایی است و بنابر منابع در دسترس، تا کنون منتشر نشده، اشتراک کل علایم نشانگان مانیا است. در این راستا، حتّی انتقال تک علامت برانگیختگی[17] نیز در جنون القایی، تنها در ۲٪ موارد بیان شده است (وهمه‌یر و همکاران، ۲۰۰۳).

در تبیین اشتراک نشانگان مانیا، شاید بتوان از تعمیم نظریهٔ شارفتر[18] (به نقل از پاتل و همکاران، ۲۰۰۴) در مورد اسکیزوفرنیا بهره گرفت. او در بررسی خود نتیجه گرفت که دخالت استعداد ارثی ابتلا به اسکیزوفرنیا در ایجاد جنون القایی، مستقل از نقش محیط می‌باشد و وجود چنین استعدادی برای ابتلا به جنون القایی لازم است. شاید همان‌گونه که پاتل و همکاران (۲۰۰۴) یادآور شده‌اند، با توجه به نقش مهم ژنتیک در ابتلا به اختلال دوقطبی، نتیجه‌گیری شارفتر به این اختلال نیز قابل تعمیم باشد. در این دو خواهر نیز با توجه به ابتلای پدر به اختلال دوقطبی و وجود بار ژنتیکی، سن بالاتر و تحصیلات بیشتر بیمار اول و نیز ارتباط عاطفی نزدیک آن دو، جمع عوامل محیطی و ژنتیکی مستعد کنندهٔ خواهر کوچکتر به ابتلا وجود داشته است.

نکتهٔ دیگر در مورد کفایت ملاک‌های تشخیصی موجود است. در ملاک‌های DSM-IV و ICD-10 جایی برای علایم القایی خلقی و البته برای یک «نشانگان القایی» وجود ندارد و مواردی این چنینی فاقد یک تشخیص اختصاصی‌تر خواهند بود. با این که بر پایهٔ DSM-IV، برای تشخیص اختلال پسیکوتیک اشتراکی، بیمار غالب باید دچار یک هذیان تثبیت شدهٔ پیشین باشد، در ICD-10 ابتلا به یکی از موارد اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوتایپال، اختلال هذیانی پایدار[19] یا اختلال پسیکوتیک حاد و گذرا[20] در بیمار غالب، لازم دانسته شده است. بر این اساس، ملاک اول تشخیصی ICD-10، شامل مواردی مانند گزارش حاضر، که بیمار اول دچار اختلال خلقی دو قطبی است نمی‌گردد، و به این ترتیب قادر به تشخیص القایی بودن مواردی از این دست نخواهد بود.

در پایان، جهت بازبینی ملاک‌های تشخیصی و ارزیابی اعتبار گسترش و اختصاصی کردن تشخیص‌های موجود، انجام بررسی‌های طولی برای ارزیابی سیر و پیش آگهی هر یک از زیرنوع‌های[21] جنون القایی پیشنهاد می‌شود.

1- dyad
2- Reif
3- Pfuhlmann
4- Capgras syndrome
5- Hart
6- McClure
7- Fregoli syndrome
8- Christtodoulou
9- Margariti
10- Malliaras
11- Alevizou
12- Cotard's syndrome
13- Wolf
14- McKenzie
15- Ekbom's syndrome
16- Trabert
17- excitement
18- Scharfetter
19- persistent delusional disorder
20- acute and transient psychotic disorder
21- subtypes

منابـــع

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders,* (4th ed.). Washington, DC.

Christtodoulou, 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.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of medical Psychology, 32*, 50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 56-62.

Hart, J., & McClure, G.M. (1989). Capgras'Syndrome and folie a deux involving mother and child. *British Journal of Psychiatry, 154*, 552-554.

Janofsky, J.S. (1986). Munchausen Syndrome in a mother and daughter: An unusual presentation of folie á deux. *Journal of Nervous & Mental Disease, 174*, 368-370.

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry and behavioral sciences/ clinical psychiatry* (pp. 496-497). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kashiwase, H., & Kato, M. (1997). Folie á deux in Japan-analysis of 97 cases in the Japanese literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 231-234.

Soni, S.D., & Rockley, G.J. (1974). Socio-clinical substrates of folie a deux. *British Journal of Psychiatry, 125*, 230-235.

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.

Silveria, J.M., & Seeman, M.V. (1995). Shared psychotic disorder: A critical review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry, 40*(7), 389-395.

Trabert, W.(1999). Shared psychotic disorder in delusional parasitosis. *Psychopathology, 32*, 30-34.

Wehmeier, P.M., Barth, N., & Remschmidt, H. (2003). Induced delusional disorder: A review of the concept and an unusual of folie á famille. *Psychopathology, 36*, 37-45.

Wolf, G., & McKenzie, K. (1994). Capgras, Fregoli and Cotard's Syndromes and koro in folie a deux. *British Journal of Psychiatry, 165*, 842.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organization.

Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., & Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry, 133*, 429-435.