

طب روان تني

(گزارش های موردی)

تأليف

جيمز بورگوئز

دبرا كان

كموئل فيلبريك

جان مايكل بوستويك

ترجمه

دكتور سيد حمزه حسيني

متخصص روان پزشکی، فلوشیپ طب روان تني
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دكتور عبدالحسين ستوده نيا

افسانه شايسته أذر

American
Psychiatric
Publishing, Inc.

(با مجوز رسمی ترجمه)



کتاب ارجمند



فهرست

۱۱	..... سخن مترجم
۱۳	..... پیشگفتار
۱۵	..... ۱. چالش‌های فراروی ارزیابی روانی
۱۶	..... تشخیص اختلال فشار روانی پس از سانحه از طریق مصاحبه تلفنی
۱۹	..... چالش‌های ارتباطی و فرهنگی، افسردگی، اختلال فشار روانی پس از سانحه، و روان‌آشفته‌گی
۲۳	..... مترجم بعنوان یک عامل بدگمانی
۲۵	..... سوختگی شدید، اختلال بینایی و اختلال فشار روانی پس از سانحه
۲۷	..... اختلال قوای شناختی و ارزیابی آن در بیمار بستری
۳۱	..... "آقای ۵۱۵۰" یا بیمار شدیداً ظاهر ساز
۳۲	..... منابع
۳۳	..... ۲. تغییرات حاد وضعیت ذهنی / روان‌آشفته‌گی
۳۴	..... نابینایی و توهمات بینایی
۳۵	..... اختلال فشار روانی پس از سانحه، درمان با الکتروشوک (ECT)، و فراموشی
۳۸	..... سارکوئیدوز عصبی و علایم روان‌پریشی
۴۰	..... افزایش سطح آمونیم در سرم و بروز روان‌آشفته‌گی با مصرف والپروات
۴۳	..... کاربرد والپروئیک اسید بعنوان درمان کمکی برای درمان روان‌آشفته‌گی و / یا سرآسیمگی
۴۸	..... سندرم نورولپتیک بدخیم
۵۴	..... سندرم سروتونین در برابر سندرم نورولپتیک بدخیم، دوگانگی کاذب یا ابهام در علایم؟
۵۷	..... یک مورد مبهم سم‌شناسی
۵۹	..... منابع

۳. بیماری‌های قلبی ۶۱

- روان‌آشفته‌گی و زوال عقل عروقی که پس از عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر تشخیص داده شد .. ۶۱
- افزایش فاصله QTC و مصرف داروهای ضد روان‌پریشی آتیپیک ۶۵
- اثرات قلبی مصرف دوز بالای داروها: مسایل مربوط به زناشویی و تصویر ذهنی از بدن ۶۶
- وابستگی به متامفتامین و کاردیومیوپاتی ۶۷
- اختلال پانیک (هول) همراه با بیماری عروق کرونر: "داستان مرغ و تخم‌مرغ" ۶۹
- خودزنی با جسم تیز و آسیب به قلب ۷۱
- منابع ۷۳

۴. بیماری‌های ریوی ۷۴

- آسم شدید، ناتوانی و افسردگی ۷۴
- مسمومیت با منواکسیدکربن و نکروز هیپوکامپ ۷۷
- پژواک کلام و هیپوکسی ۷۹
- سیستیک فیبروزیس و آسیب روانی ۸۰

۵. بیماری‌های گوارشی ۸۴

- تضعیف روحیه و ابتلا به چندین مشکل پزشکی پس از عمل جراحی گوارشی ۸۴
- مصرف دوز بالای استامینوفن و مرگ ناشی از نارسایی برق‌آسای کبدی ۸۸
- عمل بای‌پس معده، افسردگی و اختلال شخصیت مرزی و نمایشی ۹۰
- جراحی بای‌پس معده و اختلال دو قطبی: استفاده از داروهای روان‌پزشکی جایگزین ۹۴
- انسفالوپاتی کبدی عودکننده: روان‌آشفته‌گی متناوب / مزمن ۹۶
- هذیان‌های جسمی گوارشی ۹۷
- ویروس هپاتیت C، اینترفرون، پیوند و افسردگی ۹۸
- روان‌پریشی در مورد غذا و کاهش وزن ۱۰۳
- انسفالوپاتی ناشی از بیماری پانکراس ۱۰۴
- بلع و سواس گونه اجسام خارجی ۱۰۵
- ایلئوس ناشی از مصرف کلوزاپین و بنزتروپین ۱۰۸
- منابع ۱۱۰

۶. بیماری‌های کلیوی ۱۱۲

- "خدا کلیه‌های مرا شفا داده است" ۱۱۲

۱۱۵	سندرم ترشح نامناسب هورمون ضدادراری ناشی از مصرف داروهای روانپزشکی سروتونرژیک ...
۱۱۸	نارسایی کلیوی، دیابت بی‌مزه، و مسمومیت با لیتیوم
۱۲۰	نارسایی کلیوی ناشی از استفاده درمانی از لیتیوم
۱۲۲	منابع

۷. اختلالات غدد درون‌ریز

۱۲۳	پاراگانگلیوما، افسردگی و اضطراب
۱۲۳	وابستگی به الکل و مسمومیت با ایزوپروپانول: تقلید بیماری متابولیک
۱۲۵	روانپریشی و پورفیریای متناوب حاد
۱۲۷	دیابت قندی مرتبط با مصرف الانزایم
۱۳۱	دیابت قندی، عوارض دیابت و افسردگی
۱۳۳	منابع

۸. تومورشناسی

۱۳۶	کاربرد داروهای روانپزشکی در بیماران سرطانی
۱۳۷	روان‌درمانی در بیماران سرطانی
۱۳۷	سرطان پانکراس و انکار
۱۳۸	آدنوکارسینوم و امتناع از درمان
۱۴۰	مسائل بین فرهنگی و زبان / مترجم در سرطان سینه و آمبولی ریوی
۱۴۳	سندرم پارائتوپلاستیک عصبی و کارسینوم سلول کلیوی
۱۴۶	ملانوم بدخیم، مراحل سوگ، و کنارآمدن
۱۵۰	سرطان رحم، اختلال دوقطبی، و روان‌آشفستگی
۱۵۴	منتزیت سرطانی، افسردگی، اضطراب، و روان‌آشفستگی
۱۵۹	روان‌آشفستگی به دنبال مصرف اینترلوکین-۲
۱۶۲	دو بار جان به در بردن از سرطان با اختلالات روانی باقیمانده
۱۶۴	کشمکش‌های بازمانده‌ای از قربانی سرطان: سوء مصرف مواد، مسائل مرزی، و داغ‌بستگی
۱۶۷	منابع
۱۶۹	منابع

۹. روماتولوژی

۱۷۱	لوپوس اریتماتوز سیستمیک، کورتیکواستروئیدها و اختلال خلق
۱۷۱	آرتريت تاكايوسا، آرتريت روماتويد، افسردگی و روانپریشی
۱۷۳	منابع
۱۷۸	منابع

۱۷۹	.....	۱۰. بیماری‌های عفونی
۱۸۰	.....	کاتاتونی بدخیم و آنسفالیت ویروسی
۱۸۵	.....	سیستی سرکوز عصبی با علائم خلقی و روانپریشی
۱۸۶	.....	ایزونیازید و روانپریشی
۱۸۸	.....	HIV / ایدز، روان‌آشفتگی و افسردگی
۱۹۳	.....	HIV، اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال افسرده‌خویی
۱۹۵	.....	منابع
۱۹۷	.....	۱۱. بیماری‌های پوستی
۱۹۷	.....	خراشیدگی پوست ناشی از مصرف متامفتامین
۱۹۹	.....	اختلال ساختگی با زخم‌های پوستی
۲۰۱	.....	منابع
۲۰۲	.....	۱۲. بیماری‌های جراحی
۲۰۲	.....	موردی از بیماری خانوادگی و علائم در حال تشکیل
۲۰۷	.....	پارگی حاد آلت تناسلی: موردی از تغییر اسناد
۲۰۹	.....	سوختگی، روان‌آشفتگی، و اختلال استرس پس از آسیبی
۲۱۲	.....	"راسوی پای مرا می‌خورد"
۲۱۳	.....	اختلال شخصیت خودشیفته، افکار خودکشی نمایشی، و وابستگی بیش از اندازه
۲۱۶	.....	خود آسیب‌رسانی در پی هذیان
۲۱۷	.....	خود-بیضه‌برداری
۲۱۸	.....	قورباغه درآوری سیستم‌سکوپیک
۲۲۰	.....	نعوذ دائمی ناشی از ریسپریدون
۲۲۱	.....	منابع
۲۲۲	.....	۱۳. پیوند اعضا
۲۲۲	.....	پس زدن کلیه و افسردگی
۲۲۴	.....	پارانویا، پیوند کلیوی، و عدم همکاری در درمان
		شروع جدید صرع در بیماری پیوندی: ترک مخفیانه بنزودیازپین، عوارض جانبی بوپروپیون،
۲۲۶	.....	یا هر دو؟
۲۲۹	.....	افسردگی اساسی راجعه و اهدای کلیهٔ نوحه‌دستانه

۲۳۲	..... کاتاتونی و روان‌پریشی بعد از پیوند
۲۳۷	..... هراس اجتماعی، وابستگی به الکل، و پیوند کبد
۲۳۹	..... اختلال هراس، وابستگی الکل، و نارسایی کبد
۲۴۲	..... منابع
۲۴۳	..... ۱۴. بیماری‌های اعصاب و جراحی اعصاب
۲۴۳	..... زوال عقل مربوط به لوب پیشانی مغز در بیماری ویلسون
۲۴۵	..... بیماری پارکینسون، زوال عقل، روان‌آشفته‌گی و خطرات تجویز تعداد زیادی دارو
۲۴۷	..... اولیگوآستروسیتوم لوب پیشانی همراه با بی‌ارادگی
۲۵۰	..... نوروفیبروماتوز همراه با روان‌آشفته‌گی، خلق افسرده، و مرگ
۲۵۳	..... قمار پاتولوژیک، اختلال دوقطبی، و پرامپیکسول
۲۵۵	..... فلج اندام‌های تحتانی و "فزون-والایشی"
۲۵۷	..... اختلال تبدیلی (plus)
۲۶۰	..... صلاحیت تصمیم‌گیری و موضوعات فرهنگی در بیمار جراحی اعصاب
۲۶۳	..... اختلال اسپرگر بروز کرده در سالمندی؛ یک چالش تشخیصی
۲۶۸	..... زوال عقل همراه با حفظ مهارت‌های حرکتی: سفری طولانی و توأم
۲۶۸	..... با فراموشی به خانه
۲۷۱	..... اختلالات حرکتی و زوال عقل
	اختلال حرکتی و زوال عقل ناشی از اختلالات ساب‌کورتیکال لوب پیشانی:
۲۷۵	..... سندرم ایکس شکننده همراه با لرزش بدن / عدم تعادل
۲۷۸	..... تشنج و استفاده بیش از اندازه از ونلافکسین
۲۷۹	..... بیماری فهار با پارانویا و اختلال شناختی
۲۸۱	..... تشنج و روان‌آشفته‌گی ناشی از مصرف کلوزاپین
۲۸۳	..... ترومای سر و اختلال استرس حاد
۲۸۸	..... بیماری ناشی از پریون
۲۸۹	..... افسردگی و بی‌تفاوتی بعد از سکته مغزی و مصرف مدافینیل
۲۹۱	..... بروز مانیا بعد از سکته مغزی
۲۹۳	..... مانیا ناشی از کورتیکواستروئیدها
۲۹۵	..... فراموشی پس‌گستر
۲۹۸	..... منابع

۲۹۹	.....	۱۵. زنان و مامایی و طب کودکان
۲۹۹	.....	بارداری انکارشده
۳۰۰	.....	کودکی کتک خورده نه دچار عفونت
۳۰۲	.....	پانکراتیت و مصرف ریسپریدون توسط یک کودک
۳۰۲	.....	منابع
۳۰۳	.....	۱۶. درد
۳۰۳	.....	درد مزمن یا حاد، وابستگی به اوپیوئید، ترک اوپیوئید، و مصرف متادون
۳۰۵	.....	درد، وابستگی به مواد، و سندرم کوشینگ
۳۰۸	.....	۱۷. روانپزشی در بستر طب عمومی
۳۰۸	.....	سلطان لپرچون‌ها، "مراقب نازی‌ها باشید" و "عقاب فرود می‌آید"
۳۱۱	.....	حیوانات توهمی، اسلحه واقعی



سخن مترجم

طب روان‌تنی یا روان‌پزشکی رابط - مشاور یا سایکوسوماتیک یک مکتب فکری یا تئوری نمی‌باشد، بلکه به‌طور عملی، دانش، ایده‌ها و روش‌های درمانی روان‌پزشکی را در موقعیت‌هایی به‌کار می‌برد که به مراقبین بهداشتی و درمانی در مراقبت و درک جامع‌تر بیماران کمک کند. در واقع تعامل عملی روان‌پزشکان با سایر متخصصین پزشکی از این طریق صورت می‌گیرد. از طرفی حل برخی مشکلات بیماران با رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی - معنوی (biopsychosocial) مانند چاقی، سیگار، شیوه زندگی کم‌تحرک، اصلاح نگرش به سلامت روانی، ضرورت افزایش ارتباط و همکاری بین روان‌پزشکی و سایر رشته‌های تخصصی را می‌طلبد. همچنین افزایش بروز و شیوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت و فشارخون نیاز به کنترل همه‌جانبه آنها را ضرورت می‌بخشد و پیشرفت‌های اخیر در درمان بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها، نیاز به حضور روان‌پزشک رابط - مشاور در تیم درمانی و ملاحظه کیفیت زندگی بیماران را بیش از پیش مطرح کرده است.

از طرفی تدوین و تصویب نهایی برنامه چهار ساله دستیاری روان‌پزشکی در دهه اخیر تحولی جدی در این عرصه ایجاد نمود. طبق این برنامه دانشگاه‌هایی که دستیار روان‌پزشکی تربیت می‌کنند، موظف به ایجاد دوره چرخشی روان‌پزشکی رابط - مشاور (زیرمجموعه طب روان - تنی) شده‌اند و با عنایت به اینکه یکی از شیوه‌های آموزشی در پزشکی، Case based discussion می‌باشد، تصمیم گرفته شد کتاب حاضر که یکی از معدود کتاب‌هایی است که در زمینه طب روان‌تنی و بر پایه بحث دربارهٔ موارد بیماری با طبقه‌بندی براساس تخصص‌های مختلف پزشکی به نگارش درآمده است، ترجمه شود که می‌تواند مورد استفاده پزشکان عمومی، دستیاران تمامی رشته‌ها بخصوص روان‌پزشکی و روان‌پزشکان محترم قرار گیرد.

سید حمزه حسینی

استاد روان‌پزشکی

ریاست مرکز تحقیقات روان‌تنی

و سردبیر مجله روان‌تنی

پیشگفتار

پزشکی بالینی، بویژه طب روان‌تنی^(۱)، به طور تفکیک‌ناپذیری به توانایی پزشک در کاربرد خلاقانه مهارت‌های به دست آمده از تجربه‌های بالینی آگاهانه در مراقبت از بیماران وابسته است. در نتیجه، علیرغم پیشرفت‌های عظیم در بخش علوم پایه، مطالعه "موارد بیماری جالب" هنوز یک روش عمده آموزش بالینی در طب روان‌تنی محسوب می‌شود. در واقع، در نظر گرفتن اهمیت شرح حال هر بیمار، تجربه منحصربه‌فرد هر شخص از بیماری سیستمیک یا روان‌پزشکی، و پاسخ‌های ویژه هر بیمار نسبت به بیماری و نحوه تطابق با آن، همگی از مهم‌ترین جنبه‌های مهارت بالینی روان‌پزشکی هستند.

در این کتاب، شرح و توضیح مجموعه‌ای از موارد بالینی به خواننده ارائه می‌شود که این موارد بالینی براساس بیماری جسمی اولیه دسته‌بندی شده‌اند. در فصل پایانی این کتاب، چند مورد بیماری شرح داده شده‌اند که طبیعت مخرب روان‌پریشی را در زمینه طب بالینی به وضوح نشان می‌دهند؛ این موارد بیماری، "به‌طور واضح" در این دسته‌بندی بیماری‌ها نمی‌گنجد. این موارد، "واقعی" بوده، بیمارانی هستند که به مؤلفین این کتاب مراجعه کرده‌اند. البته برای حفظ اسرار بیماران، جزئیات بالینی و جمعیت شناختی این بیماران تغییر داده شده و در برخی موارد، بجای ارائه علائم و شرح حال یک بیمار، ترکیبی از علائم چند بیمار به صورت یک مورد بالینی ارائه شده است. اطلاعات روان‌پریشی مربوط به هر بیمار نیز حفظ شده است زیرا این اطلاعات غالباً به درک عمیق‌تر وضعیت بالینی کمک می‌کنند. این موارد بالینی از تجربیات دست اول ما در زمینه خدمات طب روان‌تنی در مراکز پزشکی دانشگاهی (مراکز سطح سوم مراقبت‌های پزشکی) به دست آمده‌اند و می‌توانند به خوبی منعکس‌کننده تجربیات روان‌پزشکان، رزیدنت‌ها و دانشجویان در چنین مراکزی باشند.

در این کتاب، مجموعه‌ای از موارد بالینی جالب، حاوی نکات آموزشی مهم در طب روان‌تنی، همراه با بازتاب مفهومی مانند بیماری و رنج و جستجو برای مفهوم زندگی در زمینه شرایط کاملاً چالش‌برانگیز مانند بیماری، فشارهای اجتماعی و سایر عوامل تنش‌زا ارائه شده است. در این کتاب ما کوشیده‌ایم نکات بالینی مفیدی را به دانشجویان، رزیدنت‌ها و همکاران دانشگاهی که با خواندن و برخورد متفکرانه با این موارد بالینی، تلاش ما را مورد قدردانی قرار می‌دهند، آموزش دهیم. بدون شک، خوانندگان در مورد شرح

حال بیماران، نکات تشخیصی و درمان‌های اعمال شده، نظرات مختلفی خواهند داشت. این امری مطلوب است؛ موارد بالینی در خدمت مباحث سلامتی می‌توانند بعنوان آزمون بالینی رورشاخ^(۱) عمل کنند. در بسیاری از کارهای بالینی، پزشکان متفکر ممکن است در برخی جنبه‌های موارد بالینی، مؤدبانه اختلاف نظر داشته باشند. این امر در مورد روان‌پزشکی بیش از سایر تخصص‌های بالینی صادق است زیرا این رشته، ماهیتی انتزاعی و ضرورتاً فردی دارد. این اختلاف دیدگاه‌ها در طب روان‌تنی ممکن است بیشتر باشد زیرا دانش پایه‌ای در این بخش از روان‌پزشکی هنوز در حال شکل‌گیری است، موارد بالینی به‌طور اجتناب‌ناپذیری در قالب‌های کلیشه‌ای نمی‌گنجند، و وجود بیماری‌های سیستمیک جسمی به‌طور هم‌زمان، همیشه در زمینه، مخفی می‌ماند به‌طوری که برداشت بالینی به‌طور کاملاً واضح، امکان‌پذیر نمی‌باشد.

ما قصد نداریم درمانی قطعی برای این موارد بالینی پیشنهاد کنیم بلکه تلاش می‌کنیم مواردی تفکربرانگیز در وضعیت‌های دشوار بالینی را مطرح نماییم که همگی ما به‌طور روزمره در مواجهه حیاتی جسم و روان با آنها روبه‌رو می‌شویم. در این وضعیت‌های بالینی، هر دو قسمت جسم و روان مورد تهدید واقع شده، به‌طور متغیری پاسخ می‌دهند و ضرورتاً در تجربهٔ پربر انسان بودن و بیماری نقش ایفا می‌کنند. یک تذکر دانشگاهی: براساس تجربیات ما چاپ و انتشار مجموعه‌های موارد بالینی، نقشی مهم در آموزش روان‌پزشکی ایفا می‌کند زیرا افراد بیشتری از این موارد جالب، مطالبی یاد می‌گیرند و در جریان تغییرات فزاینده در طبابت روان‌تنی قرار می‌گیرند.

نقش دیگر این کتاب، ارائه مجموعه‌ای سازمان‌یافته برای یادآوری تعداد زیادی بیماران قابل توجه می‌باشد. تمامی این بیماران با چالش‌های متنوعی روبه‌رو بوده‌اند؛ بعضی از این بیماران به شکل کلاسیک "بیماری روان‌تنی" دچار بوده‌اند و درک ارتباطات روان‌تنی برای آگاهی از بیماری آن‌ها ضروری بوده است؛ برخی بیماران دچار روان‌پریشی قابل توجه بوده‌اند، به‌طوری که بیماری‌های جسمی آنها به وضعیت روان‌پریشی مربوط می‌شد؛ بعضی بیماران پس از وقایع تأسف بار اجتماعی زنده مانده بودند و هم‌زمان، به مراقبت‌های پزشکی نیز نیاز داشتند؛ و در نهایت، عده‌ای از آنها با چالش‌های عمدهٔ سیستمیک پزشکی روبه‌رو بودند که آسیب‌های روانی نیز به‌طور هم‌زمان به درجات متغیری با آنها وجود داشتند. شرح و توضیح این موارد، فراتر از توصیف بالینی و درمان علایم، با هدف روشن ساختن نقش پزشک در برابر بیماری‌های روان‌تنی و فراهم آوردن زمینهٔ درک جنبه‌های شخصی این بیماری‌ها و معنا و مفهوم آنها انجام شده است.

طب روان‌تنی به صورت متضاد، هم یک هنر قدیمی بهبود بخشیدن بیماری، و هم یک رشته تخصصی جدید در روان‌پزشکی می‌باشد. کار کردن در این زمینه و نشان دادن مبارزه شجاعانه این بیماران در برابر تهدیدات گوناگون و درس آموختن از آنها، موهبتی فوق‌العاده است. ما امیدواریم انتشار این کتاب برای همکارانی که به‌طور تحسین‌آمیزی به این بیماران شجاع خدمت می‌کنند، مفید باشد.

چالش‌های فراروی ارزیابی روانی

رویکرد بالینی مورد استفاده در طب روان‌تنی غالباً نسبت به آنچه بطور عادی در سایر الگوهای روانپزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد، تغییر و تعدیل قابل توجهی یافته است. به علاوه، بروز یک بیماری روانپزشکی در زمینه یک بیماری طبی یا جراحی غالباً بطور قابل توجهی با تظاهر بیمار روانی در شخص که از لحاظ جسمی سالم است، تفاوت دارد. موارد ارائه شده در این فصل در تلاش برای روشن ساختن این نکات بیان شده‌اند.

یک تناقض شایع در طب روان‌تنی این است که در این رشته، روانپزشک سالهای زیادی را صرف یادگیری بالینی روشهای مختلف ارتباط با بیماران با استفاده از درجات متفاوت توجه به موارد ظریف در زمینه ارتباط بین فردی، توجه به تفاوت‌های جزئی در ارتباط و ارتباط غیرمستقیم و تمرین همدلی بالینی و سنجیده می‌نماید - زمان بسیار زیادی را فقط صرف تعامل و کار با بیماران بی‌اعتنا و بدون واکنش و / یا بیهوش می‌کند. برای کار در این زمینه، یک مهارت مهم برای انجام مصاحبه در طب روان‌تنی، توانایی غلبه بر موانع ارتباطی چالش‌برانگیز بصورت انعطاف‌پذیر است (غالباً غلبه بر چندین مانع ارتباطی بطور همزمان).

بجز در طب روان‌تنی که روان‌پزشک به کرات برای ارزیابی بیماران بیهوش، ساکت و / یا بی‌حرکت به کمک خواسته می‌شود، تعداد نسبتاً کمی الگوهای بالینی روانپزشکی وجود دارد. قاعده‌ای که در تعامل با موارد شدید و متعدد سدهای ارتباطی باید به خاطر داشت، این است که: "هرچه تعامل شما با بیمار کمتر باشد، توانایی مشاهده شما باید بیشتر باشد". ارزیابی علایم حیاتی، سطح هوشیاری، میزان رفتارهای حرکتی، وضعیت اعصاب محیطی، رنگ و ماهیت پوست، سطح تونوس عضلات (از شل تا سفتی عضلات)، و وضعیت خلقی "عینی" بیمار بطور معمول در این جلسات مصاحبه انجام می‌شود. فرد معاینه‌گر ممکن است انتظارات متفاوتی در مورد وضعیت روانی مثلاً یک بیمار بدحال مبتلا به بیماری کبدی با ظاهری بسیار زرد و یرقانی و یک بیمار با ظاهر فیزیکی سالم داشته باشد. بطور مشابه، بیماری که پس از یک حمله عروقی مغز دچار فلج واضح نیمه راست بدن شده، نسبت به کسی که اختلال حرکتی خفیف‌تر دارد،

بیشتر در خطر ابتلا به افسردگی و زوال عقل^۱ است. "بازنمایی"^۲ وضعیت ذهنی مشاهده شده در بیمار در "زمینه" وضعیت جسمی او می‌تواند به درک همه جانبه وضعیت بالینی بیمار کمک کند.

سایر چالش‌های ارتباطی شایع در طب روان‌تنی بالینی عبارتند از:

- ◆ بررسی بیمارانی که به زبان اصلی پزشک صحبت نمی‌کنند.
- ◆ چالش‌های ارتباطی ناشی از رسوم فرهنگی
- ◆ لوله‌گذاری داخل نای و تهویه مصنوعی
- ◆ روان‌آشفستگی^۳ و زوال عقل
- ◆ زبان پریشی^۴
- ◆ بیمارانی که حنجره آنها با عمل جراحی برداشته شده است.
- ◆ بیمارانی که کیلومترها از حمایت‌های اجتماعی آشنا دور هستند.
- ◆ جداسازی فیزیکی و اجتماعی بیماران بعثت موارد احتیاطی کنترل عفونت
- ◆ سوختگی یا ادم صورت که ارزیابی وضعیت خلقی بیمار را دشوار می‌سازد
- ◆ بیمارانی که بطور محدود قادرند از اندام فوقانی خود استفاده کنند و نمی‌توانند بنویسند.
- ◆ محرومیت حسی بدلیل از دست دادن بینایی، شنوایی یا سایر حواس.

با این حال، علیرغم شیوع این موانع ارتباطی در طب روان‌تنی، واقعیت این است که بیمارانی که چالش‌برانگیزترین موانع ارتباطی را دارند، غالباً در زمینه بیماری طبی یا جراحی، به بیشترین اختلال روانپزشکی دچار می‌شوند. بنابراین، با در نظر گرفتن میزان اختلال روانپزشکی در بیماری که در سمت دیگر موانع ارتباطی منتظر است، تلاش حداکثری پزشک در دستیابی به ارتباط بالینی پایه، غالباً ضروری‌ترین نیاز بیمار می‌باشد.

تشخیص اختلال فشار روانی پس از سانحه^۵ از طریق مصاحبه تلفنی

بیمار مردی سفیدپوست و ۵۰ ساله و یکی از پناهندگان از جمهوری یوگسلاوی سابق بود. وی فقط به زبان صربی - کروات می‌تکلم می‌نمود. وی بعثت اختلالات گوارشی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن در بیمارستان بستری گردیده بود. یک مشاوره طب روان‌تنی برای "بررسی بی‌اشتهایی" بیمار درخواست گردید. مرکز پزشکی که وی در آن تحت درمان بود، تعداد زیادی مترجم برای زبانهای مختلف داشت اما مترجمی برای زبان

1- Dementia

2- Mapping

3- Delirium

4- Aphasia

5- Posttraumatic stress disorder

صربی - کروات‌ها نداشت. بعلاوه، مرکز پزشکی دیگری که چنین مترجمی داشته باشد، یافت نشد. بیمار همراه بستگانش در ناحیه‌ای زندگی می‌کرد اما انتظار نمی‌رفت تا چندین ساعت هیچ ملاقات‌کننده‌ای داشته باشد. با وجود آنکه اعضای خانواده وی برای کمک به برقراری ارتباط در دسترس بودند، استفاده از آنان بعنوان "مترجم" می‌توانست مشکل‌ساز باشد (برای رعایت رازداری و اطمینان از حفظ اسرار بیمار)؛ این موضوع بویژه در مورد مصاحبه روانپزشکی که در آن لازم است موارد بسیار دردناک مطرح گردد، صادق است.

ما توانستیم از یک سرویس ترجمه تلفنی استفاده کنیم، بدین ترتیب که مصاحبه‌گر، پرسش‌ها را مطرح می‌نمود و مترجم از طریق تلفن، ترجمه سؤالات را برای بیمار انجام می‌داد. سپس مترجم، ترجمه پاسخ‌های بیمار را برای مصاحبه‌گر از طریق تلفن انجام می‌داد. این روش واضحاً کند و پیچیده است و نسبت به روش مصاحبه تیبیک "زنده و رودر رو" به کمک مترجم، کارآیی به مراتب کمتری دارد، اما در برخی شرایط، تنها راه عملی برای برگزاری مصاحبه است.

با این روش ما توانستیم قطعات یک داستان تأسف بار و قابل توجه را کنار هم قرار دهیم. بیمار طی جنگ‌های نژادی داخلی در دهه ۱۹۹۰ در بوسنی - هرزگوین زندگی می‌کرد. هنگامی که دهکده محل زندگی او مورد حمله قرار گرفت، تعدادی از مردان هم‌نژادش در محلی جمع‌آوری و همگی قتل‌عام شدند. به وی گلوله‌ای اصابت نکرد اما او زیر اجساد افراد مرده یا در حال مردن قرار گرفت. او برای اینکه جان‌ش را نجات دهد، بمدت طولانی بدون حرکت و ساکت سر جای خود باقی ماند تا جلاخان صحنه جنایت را ترک کردند. سپس او با زحمت خود را از زیر توده‌ای از اجساد قربانیان نجات داد و از صحنه فرار کرد. در نهایت، وی توانست به محلی امن برسد و مدتی بعد توانست جواز ورود به ایالات متحده را دریافت کند.

وی بعلت بروز پس‌نگاه‌های^۱ روزانه و کابوس‌های مکرر شبانه از صحنه کشتار، همراه با خاطرات روشن و زنده از صدای شلیک اسلحه، ناله قربانیان و بوی مرگ دچار ضربه و آسیب روحی شده بود. رفلکس‌های عصبی بیمار، بیش فعال بود، وی بصورت مزمن دچار اختلال خواب شده بود و از آنجا که نمی‌توانست با این واقعیت کنار بیاید که چرا وی زنده مانده بود، در حالی که عده زیادی از افراد ساکن روستایش مرده بودند، دچار احساس گناه قابل توجه ناشی از زنده ماندن^۲ بود. حتی پس از آنکه وی به ایالات متحده آمد، بعلت اضطراب ناشی از اختلال فشار روانی پس از سانحه

(PTSD)، علائم گوارشی وی بدتر شد. برای درمان اختلالات خواب، کابوس‌های شبانه و اضطراب، برای وی میرتازاپین تجویز گردید. بتدریج اختلال خواب بسیار بهبود یافت، میزان کابوس‌های شبانه کمتر شد و در معاینات بعدی، میزان اضطراب بیمار نیز کاهش یافت.

◆ تشخیص: محور I - اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD)، ۳۰۹/۸۱.

این داستان غم‌انگیز و وحشتناک با روشی که قبلاً گفته شد، از طریق ترجمه تلفنی بدست آمد. البته بعلت نبود "همزمانی" نسبی در ارتباط بین فردی، تلاش برای ابراز همدلی و انس گرفتن هیجانی دشوارتر بود. با این حال، ارتباط برقرار کردن با این مرد و پی بردن به داستان زندگی‌اش امکانپذیر بود. در این مورد بالینی، چالش‌های دشوار در برقراری ارتباط با یک بیمار از طریق یک الگوی پیچیده ترجمه تلفنی (که البته در این مورد ضروری بود)، همراه با شواهد بالینی ابتلا به یک بیماری حاد سیستمیک طبی، اختلال و به هم ریختگی فرهنگی، و انزوای اجتماعی همراه با PTSD شدید و مزمن به وضوح دیده می‌شوند.

اگرچه ماهیت "روان تنی" این مورد بیماری، غیرمستقیم است (بجز ارتباط منطقی بین اضطراب مزمن مرتبط با PTSD و اختلالات گوارشی)، اما این شرایطی است که روانپزشک متخصص طب روان‌تنی در برخورد با بیماران بستری در بیمارستان گاهی با آن مواجه می‌شود. گروه درمانی با استفاده از این روش ارتباطی توانستند جنبه‌های زیستی - روانی - اجتماعی این بیمار را ارزیابی کنند. بعلاوه، این مورد بالینی به پزشک مشاور خاطرنشان می‌سازد احتمال تأثیر پدیده‌های حاد اجتماعی مانند زندانی شدن، تحت شکنجه قرار گرفتن یا در معرض اعدام قرار گرفتن را در ایجاد رنج و ناراحتی برخی بیماران بستری در نظر بگیرد.

بصورت نمونه‌وار، این پدیده‌ها در پناهندگان بازمانده شایعتر دیده می‌شوند و این پناهندگان بعلت شرایط پناهندگی، غالباً ارتباط عاطفی کمتری با ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی دارند. این بیماران ممکن است به خدمات روانپزشکی سرپایی دسترسی نداشته باشند و همچنین ممکن است چندان به مصاحبه‌های بالینی اعتماد نداشته باشند که داستان زندگی خود را فاش نمایند. روانپزشک باید احتمال ابتلا به PTSD مزمن را در بیمارانی که علائم مزمن گوارشی دارند و در معرض اضطراب بیش از حد و دائمی بوده‌اند، در نظر داشته باشد. وظیفه گروه طب روان‌تنی دربارهٔ چنین بیمارانی این است که در بحث با سایر پزشکان، ارتباط طیف علائم PTSD را با تظاهرات جسمی بیمار بیان نمایند.

چالش‌های ارتباطی و فرهنگی، افسردگی، اختلال فشار روانی پس از سانحه، و روان‌آشفتگی

بیمار مردی ۴۰ ساله و اسپانیایی تبار بدون سابقه رسمی روانپزشکی بود. وی فقط به زبان اسپانیایی تکلم می‌نمود و تمام داستانش از طریق چندین جلسه مصاحبه طی دوره بستری در بیمارستان با کمک ارزشمند چندین مترجم زبان اسپانیایی بدست آمد. او اهل منطقه‌ای روستایی و فقیر در شمال مکزیک بود. بیمار تحصیلات رسمی اندکی، کمتر از چهار کلاس در مدارس مکزیک داشت. او چندین سال قبل بصورت غیرقانونی از مکزیک به ایالات متحده وارد شده بود و در مزارع کار می‌کرد. زن و فرزندان او در مکزیک زندگی می‌کردند اما بعلت وضعیت غیرقانونی مهاجرت او، برای دیدن آنها به مکزیک سفر نکرده بود از ترس آنکه در هنگام ورود مجدد به ایالات متحده، وضعیت مهاجرت غیرقانونی او افشا گردد. وی با حواله تلگرافی پول به حمایت مالی از خانواده‌اش ادامه می‌داد و با آنان از طریق تلفن و نامه ارتباط داشت. برای جشن چهلمین سال تولدش، وی با سه تن از دوستانش (کارگرانی که مانند او بصورت غیرقانونی مهاجرت کرده بودند) برای مصرف مشروب بیرون رفتند. آنها همگی در حالیکه کاملاً مست بودند، با ماشین به سمت خانه‌شان برگشتند. در مسیر بازگشت، راننده (که بیمار مان بود) کنترل خود را از دست داد و در یک جاده دور افتاده روستایی، خودرو واژگون شد. بیمار دچار شکستگی ستون فقرات ناحیه سینه‌ای و فلج هر دو اندام تحتانی گردید. رفقای او از ترس فاش شدن وضعیت مهاجرت غیرقانونی‌شان توسط پلیس، علیرغم تشخیص آسیب شدید بیمار، وی را درون خودروی واژگون رها کردند و از صحنه گریختند. وی تلفن همراه یا وسیله ارتباطی شخصی دیگری نداشت. چندین ساعت بعد، یک رهگذر او را یافت و نیروهای نجات را به محل حادثه فراخواند.

بیمار بلافاصله به بخش فوریت‌های یک مرکز پزشکی دانشگاهی برده شد و شکستگی ستون فقرات و فلج اندام‌های تحتانی او مورد ارزیابی قرار گرفت. محل شکستگی ستون فقرات بدون عارضه‌ای ثابت گردید. بعلت تأخیر پیش آمده در نجات وی، درمان‌های طبی و جراحی در مورد شکستگی ستون فقرات، وضعیت عملکرد حرکتی بیمار را بهبود نبخشید و وی دچار فلج دائمی هر دو اندام تحتانی گردید. در ابتدا، بیمار به لوله‌گذاری داخل نای و تهویه مصنوعی نیز نیاز داشت. وی دچار علائم محرومیت از الکل نشد.

مدت کوتاهی پس از انجام جراحی، جهت ارزیابی "خلق افسرده بیمار و احتمال