

## گزارش یک مورد اختلال سایکوتیک مشترک (جنون مشترک)

دکتر صفر حامدنی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت ۸۸/۰۲/۰۱، تاریخ پذیرش ۸۸/۰۳/۲۷

## چکیده

اختلال سایکوتیک مشترک نوعی اختلال سایکوتیک است که دو یا چند نفر به طور مشترک به آن مبتلا می‌شوند. مورد اولیه معمولاً یک بیماری سایکوتیک عمده دارد و موارد ثانویه که افرادی وابسته و تلقین‌پذیر هستند، علائم سایکوتیک مورد اولیه را پذیرفته و بیمار می‌شوند. این اختلال نادر است و فقط به صورت موردی گزارش شده‌اند. در این مقاله موردی از اختلال سایکوتیک مشترک گزارش شده است.

دوشیزه- الف ۱۷ ساله سابقه سه ساله اختلال سایکوتیک دارد. در شرح حال اخذ شده از اعضاء خانواده‌اش مشخص شد که مادر، خواهر و برادر وی نیز علائم سایکوتیک نظیر هذیان آسیب و گزند و توهمات شنوایی او را دارند. اعضاء این خانواده به صورت منزوی از اجتماع زندگی می‌کنند. خانواده، دوشیزه-الف به صورت منزوی از دیگر افراد جامعه زندگی می‌کند. در این شرایط اعضاء خانواده در معرض استرس‌های مختلف قرار می‌گیرند و مستعد به مشکلات روان‌پزشکی هستند. به عنوان یک توصیه بهداشت روانی، تشویق خانواده‌ها برای داشتن روابط سالم براساس موازین شرعی و اخلاقی با دیگر افراد جامعه، باید مورد توجه قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** اختلال سایکوتیک مشترک، هذیان گزند و آسیب، توهم شنوایی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیستم، شماره سوم، ص ۲۲۷-۲۲۵، پاییز ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۱۵۸۳۶

Email: dr.hamednia@yahoo.com

## مقدمه

اختلال سایکوتیک مشترک، نوعی اختلال سایکوتیک است که دو یا چند نفر به طور مشترک به آن مبتلا می‌شوند مترادف‌های این اختلال عبارتند از: اختلال پارانوئید مشترک، اختلال سایکوتیک القائی، سایکوز تحمیلی و "folie a deux" (۱).

فولی آ دو یک اصطلاح فرانسوی است و به معنی جنون دوتائی می‌باشد. این نوع جنون که یکی از اشکال شایع اختلال سایکوتیک مشترک می‌باشد که در آن هذیان‌های مشترک بین دو نفر پدید می‌آیند (خصوصاً بین دو خواهر) (۷).

اختلال سایکوتیک مشترک اولین بار توسط لازک وفالره در سال ۱۸۷۷ میلادی توصیف شد. اختلال نادری است ولی میزان شیوع و بروز آن در کتب روان‌پزشکی با اعداد و ارقام مشخص نشده است و تماماً گزارش‌های موردی بوده‌اند (۲).

زمانی که فردی دچار سایکوز می‌شود، معمولاً افراد دیگر تشخیص

می‌دهند که عقاید هذیانی وی غلط هستند و با بیمار بحث و جدل می‌کنند و سعی می‌کنند که عقاید او را اصلاح کنند. ویژگی اصلی این اختلال، سرایت هذیان‌ها و علائم سایکوتیک دیگر از فردی به فرد دیگر است. این افراد معمولاً به مدت طولانی ارتباط نزدیکی با هم دارند و معمولاً با هم و به صورت منزوی از اجتماع زندگی می‌کنند (۳).

در شایع‌ترین شکل این اختلال که در متن بازنگری شده ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) شرح آن آمده است، فردی که ابتدا یک هذیان دارد (مورد اولیه) اغلب یک بیماری مزمن روانی دارد و عضو موثر بوده و رابطه نزدیکی با فرد دیگری که بسیار تلقین‌پذیر است (مورد ثانویه) دارد و در نتیجه این فرد دوم نیز به هذیان مبتلا می‌شود. گاهی بیش از دو نفر درگیر می‌شوند: جنون سه تائی، جنون چهارتائی و جنون

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

DSM-IV-TR و همچنین معیارهای تشخیصی دهمین تجدید نظر طبقه‌بندی آماری بین المللی بیماری‌ها (ICD-10) برای اعضاء خانواده بیمار تشخیص اختلال سایکوتیک مشترک مطرح گردید و از آنجایی که در شرح حال اخذ شده معاینه فیزیکی به عمل آمده از آن‌ها، هیچ‌گونه بیماری طبی عمومی یا مصرف ماده‌ای وجود نداشت، تشخیص اختلال سایکوتیک مشترک در آن‌ها قطعی شد (۵).

دوشیزه الف که فرزند آخر خانواده است به شدت مورد علاقه دیگر اعضاء خانواده به خصوص مادر می‌باشد. با این حال رابطه بین آن‌ها معیوب است به طوری که توجه افراطی مادر به او، باعث تقویت بعضی خصوصیات منفی از جمله حس برتریت نسبت به دیگران شده است.

### بحث

اختلال سایکوتیک مشترک هر چند که در اغلب موارد بین دو نفر اتفاق می‌افتد لیکن بندرت ممکن است این اختلال در بیش از دو نفر و در موارد استثنایی نیز بین چند نفر از اعضاء یک خانواده به وجود آید. در این مورد معرفی شده نیز که جزو موارد استثنایی است، مورد اولیه فردی با بیماری سایکوتیک مشخص با سابقه حدود سه ساله مداوای روان‌پزشکی است و موارد ثانویه شامل سه نفر از بستگان درجه یک خانواده او هستند که همگی با هم زندگی می‌کنند.

اعضاء این خانواده وابستگی شدیدی بهم دارند. به جز پدر خانواده که مردی ساده لوح بوده و به دست‌فروشی اشتغال دارد و بیشتر اوقات خود را بیرون از منزل به کار مشغول است، بقیه اعضاء تقریباً تمام اوقات شبانه روز را با هم هستند. هر سه فرزند خانواده تحصیلات خود را قبل از رسیدن به دوره متوسطه رها کرده‌اند.

ویژگی دیگری که این مورد از اختلال سایکوتیک مشترک را از دیگر موارد گزارش شده در کتب و مجلات روان‌پزشکی متمایز می‌سازد، وجود دو علامت سایکوتیک مشترک در بین مورد اولیه و موارد ثانویه است. یعنی هم هذیان مشترک از نوع گزند و آسیب دارند و هم توهمات مشترک شنوایی دارند.

علائم سایکوتیک موجود در این افراد به نوعی هستند که غرابت کم‌تری دارند و با توجه به سن و سال مورد اولیه که دختری در موقیت ازدواج است، این علائم از نظر سایکودینامیک می‌توانند بازتاب امیال درونی وی برای ازدواج تلقی گردند. از آنجایی که این فرد مورد دل‌بستگی مادر، خواهر و برادر می‌باشد، به شدت در دل آن‌ها جای کرده است. دل‌مشغولی‌های او هر چند به صورت علائم سایکوتیک باشند، برای آنان نیز از اهمیت زیادی برخوردارند و با او هم عقیده می‌شوند و حتی "توهمات" او را نیز می‌شنوند.

فامیلی. که این موارد بسیار نادرند. شایع‌ترین شکل ارتباطی در جنون مشترک: خواهر - خواهر، همسر - همسر و مادر - فرزند است ولی ترکیبات دیگری نیز توصیف شده‌اند. معمولاً یک استعداد ژنتیکی برای این اختلال وجود دارد (۴).

ویژگی مهمی که علائم سایکوتیک این بیماران دارند این است که هذیان‌های آن‌ها کم‌تر از هذیان‌های موجود در بیماران اسکیزوفرنیک، عجیب و غریب هستند، لذا این هذیان‌ها برای دیگران باور کردنی هستند. شریک شدن اطرافیان با عقاید هذیانی بیمار عامل تقویت کننده‌ای است که علائم سایکوتیک را در وی پایدار تر می‌کند. بنابراین یکی از اقدامات موثر در درمان این اختلال جدا کردن مورد اولیه با مورد یا موارد ثانویه است. و درمان انفرادی مورد اولیه برای درمان این اختلال معمولاً کافی است و بهبودی خودبخودی در مورد یا موارد ثانویه نیز حاصل می‌شود (۶).

### معرفی مورد

دوشیزه الف-۱۷ ساله مجرد، در خانواده‌ای با سطح اقتصادی - اجتماعی نسبتاً پایین در یک ناحیه شهری با جمعیت زیر یکصد هزار نفر زندگی می‌کند. این دختر خانم از حدود سه سال قبل مراجعات مکرر به مرکز روان‌پزشکی داشته و به دلیل علائم سایکوتیک از قبیل توهمات بینایی و شنوایی و هذیان‌های گزند و آسیب و همچنین هذیان erotic تحت مداوا قرار می‌گیرد. بیمار فوق در اوایل سال جاری با علائمی از جمله هذیان‌های آسیب و گزند، توهمات بینایی و شنوایی، پرخاشگری، خنده‌های خودبخودی، درگیری با اطرافیان و رفتارهای تخریبی در بخش روان‌پزشکی پذیرش گردید. این بیمار بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR دچار اسکیزوفرنی از نوع پارانوئید بود.

بیمار اعتقاد داشت که عده‌ای قصد آسیب به وی را دارند و صداهایی را می‌شنود که او را تهدید می‌کنند و همچنین موجوداتی را می‌بیند که با قدی کوتاه و صورتی زشت و پشمالو در جلوی وی ظاهر می‌شوند و با اسم او را مورد خطاب قرار داده و می‌گویند: "تو دختر زیبایی هستی و باید با ما ازدواج بکنی در غیر این صورت تو و خانواده تو را از بین خواهیم برد". مادر بیمار، برادرش و تنها خواهرش با هیجان خاصی اظهار می‌دارند که آقای دکتر این صداها زندگی ما را به هم ریخته‌اند و هر وقت که دختر مان را صدا می‌کنند و او را اذیت می‌کنند، ما نیز این صداها را می‌شنویم، آن‌ها آرامش ما را از ما گرفته‌اند و از دست آن‌ها در امان نیستیم."

بر اساس مصاحبه روان‌پزشکی که با مادر، خواهر و برادر بیمار نیز انجام شد، مشخص گردید که آن‌ها نیز به‌طور ثانویه علائم سایکوتیک با همان محتوی غلام موجود در بیمار اصلی را پیدا کرده‌اند. بر این اساس و مطابق ملاک‌های تشخیصی

## نتیجه

در پیدایش اختلال سایکوتیک مشترک علاوه بر زمینه ژنتیک، عوامل روانی - اجتماعی نیز نقش مهمی دارند. روابط نزدیک لیکن معیوب بین بیمار و اعضاء خانواده که با همدیگر و زیر یک سقف زندگی می‌کنند، خصوصاً در شرایطی که این خانواده حالت جدا از جامعه و منزوی پیدا کرده است، از عوامل روانی - اجتماعی مهم هستند که با زمینه مستعد ژنتیک، بالقوه بیماری‌زا می‌شوند. خانواده‌ای که روابط اندکی با اجتماع دارد مستعد بروز برخی مشکلات روانی و اجتماعی است. شکل ایده‌ال زندگی بشری، به‌صورت اجتماعی است و در این نوع زندگی، انسان می‌تواند با

استرس‌های مختلف درونی و برونی به‌خوبی مدارا کند. مسائلی از قبیل ازدواج، کارایی و غیره که از دغدغه‌های مهم جوانان است، در خانواده‌هایی که روابط صحیح اجتماعی با دیگر خانواده‌ها دارند به‌خوبی صورت می‌پذیرد.

بنابراین به‌عنوان یکی از اصول بهداشت روانی می‌توان خانواده‌ها را آگاه نمود که با دیگر خانواده‌ها خصوصاً خویشاوندان روابط مستمری در چارچوب موازین شرعی و اخلاقی داشته باشند. و در تربیت فرزندان ضمن رعایت عدالت منطقی بین آنان، روابط متعادلی با آن‌ها برقرار کنند.

## References

1. Benjamin JS, Virginia AS. Kaplan & Sadock comprehensive text book of psychiatry. 8<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2005. P.1023, 1525, 1529-30.
2. Steven R, Hirsch W, Daniel W. Schizophrenia. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Blackwell; 2003. P.59, 62
3. Michael G, Richard M, John G. Oxford psychiatry. New York: Oxford University Press; 1999. P.12, 181
4. Michael BF, Allen F, Harold AP. DSM-IV-TR guide book. Washington: American Psychiatry Publishing, Inc. 2004, P.160, 179,180,447
5. Cooper J. ICD-10 classification of mental and behavioral disorder. New York: Churchill Livingstone; 1998, P.114
6. Robert B, Paul B. Principle and practice of forensic psychiatry. New York: Churchill Livingstone; 1990 P.181, 214, 822
7. Raymond J C. The dictionary of psychiatry. Philadelphia: Taylor & Francis group 1991; P.384, 898
8. Wimpier P, Bart N, Remschmidt H. Induced delusional disorder: a review of the concept and an unusual case of folie a family. Int J Psychopathol 2003;36(1):36-7, 43
9. Armand M, Nicola J. The Harvard guide of psychiatry. Harvard: Harvard University Press; 1999. P. 250-1