

طب روان قنی

(گزارش های موردی)



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	..... ناینایی و توهمات بینایی
۳۵	..... اختلال فشار روانی پس از سانحه، درمان با الکتروشوک (ECT)، و فراموشی
۳۸	..... سارکوئیدوز عصبی و علائم روان‌پریشی
۴۰	..... افزایش سطح آمونیم در سرم و بروز روان‌آشفته‌گی با مصرف والهروات
۴۳	..... کاربرد والهروئیک 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 علائم؟
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
- ۱۲۵ وابستگی به الکل و مسمومیت با ایزوپروپانول: تقلید بیماری متابولیک
- ۱۲۷ روانپریشی و پورفیریای متناوب حاد
- ۱۳۱ دیابت قندی مرتبط با مصرف الانزایم
- ۱۳۳ دیابت قندی، عوارض دیابت و افسردگی

۸. تومورشناسی

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

۹. روماتولوژی

- ۱۷۱ لوپوس اریتماتوز سیستمیک، کورتیکواستروئیدها و اختلال خلق
- ۱۷۳ آرتریت تاکایوسا، آرتریت روماتوئید، افسردگی و روانپریشی
- ۱۷۸ منابع

۱۰. بیماری‌های عفونی ۱۷۹

- ۱۸۰ کاتاتونی بدخیم و آنسفالیت ویروسی
- ۱۸۵ سیستی سرکوز عصبی با علائم خلقی و روانپریشی
- ۱۸۶ ایزونیاژید و روانپریشی
- ۱۸۸ HIV / ایدز، روان‌آشفته‌گی و افسردگی
- ۱۹۳ HIV، اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال افسرده‌خویی
- ۱۹۵ منابع

۱۱. بیماری‌های پوستی ۱۹۷

- ۱۹۷ خراشیدگی پوست ناشی از مصرف متامفتامین
- ۱۹۹ اختلال ساختگی با زخم‌های پوستی
- ۲۰۱ منابع

۱۲. بیماری‌های جراحی ۲۰۲

- ۲۰۲ موردی از بیماری خانوادگی و علائم در حال تشکیل
- ۲۰۷ پارگی حاد آلت تناسلی: موردی از تغییر اسناد
- ۲۰۹ سوختگی، روان‌آشفته‌گی، و اختلال استرس پس از آسیبی
- ۲۱۲ "راسویی پای مرا می‌خورد"
- ۲۱۳ اختلال شخصیت خودشیفته، افکار خودکشی نمایشی، و وابستگی بیش از اندازه
- ۲۱۶ خود-آسیب‌رسانی در پی هدیان
- ۲۱۷ خود-بیضه‌برداری
- ۲۱۸ قورباغه درآوری سیستم اسکوپیک
- ۲۲۰ نعوذ دائمی ناشی از ریسپریدون
- ۲۲۱ منابع

۱۳. پیوند اعضا ۲۲۲

- 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،
یا هر دو؟
- ۲۲۶
- ۲۲۹ افسردگی اساسی راجعه و اهدای کلیه نوع دوستانه

۲۳۲	کاتاتونی و روانپزشی بعد از پیوند
۲۳۷	هراس اجتماعی، وابستگی به الکل، و پیوند کبد
۲۳۹	اختلال هراس، وابستگی الکل، و نارسایی کبد
۲۴۲	منابع

۱۴. بیماری‌های اعصاب و جراحی اعصاب ۲۴۳

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 ونلاکسین
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

۱۵. زنان و مامایی و طب کودکان ۲۹۹

- ۲۹۹ بارداری انکارشده
- ۳۰۰ کودکی کتک‌خورده نه دچار عفونت
- ۳۰۲ پانکراتیت و مصرف ریسپریدون توسط یک کودک
- ۳۰۲ منابع

۱۶. درد ۳۰۳

- ۳۰۳ درد مزمن یا حاد، وابستگی به اوپیوئید، ترک اوپیوئید، و مصرف متادون
- ۳۰۵ درد، وابستگی به مواد، و سندرم کوشینگ

۱۷. روانپزشکی در بستر طب عمومی ۳۰۸

- 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 بطور عملی، دانش، ایده‌ها و روش‌های درمانی روانپزشکی را در موقعیت‌هایی بکار 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 (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 همه جانبه 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 دو سال 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 محدود کتابهایی است که در زمینه طب روان‌تنی و بر پایه بحث درباره 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

دانشیار گروه روانپزشکی، فلوشیپ رابط - مشاور



پیشگفتار

پزشکی بالینی، بویژه طب روان‌تنی^(۱)، به طور تفکیک‌ناپذیری به توانایی پزشک در کاربرد خلاقانه مهارت‌های بدست 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، "به طور واضح" در این دسته‌بندی بیماریها نمی‌گنجند. 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 بصورت 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) بدست آمده‌اند و می‌توانند بخوبی 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 مفاهیمی 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 بطور اجتناب‌ناپذیری در قالب‌های کلیشه‌ای نمی‌گنجند، و وجود بیماری‌های سیستمیک جسمی بطور همزمان، همیشه در زمینه، مخفی می‌ماند بطوری که برداشت بالینی به طور 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 بطور روزمره در مواجهه حیاتی جسم و روان با آنها روبرو می‌شویم. در این وضعیت‌های بالینی، هر دو قسمت جسم و روان مورد تهدید واقع شده، بطور متغیری پاسخ می‌دهند و ضرورتاً در تجربه پرچار 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 روبرو 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، بطوری که بیماری‌های جسمی آنها به وضعیت روان‌پریشی مربوط می‌شد؛ بعضی بیماران پس از وقایع تأسفات اجتماعی زنده مانده بودند و همزمان، به مراقبت‌های پزشکی نیز نیاز داشتند؛ و در نهایت، عده‌ای از آنها با چالش‌های عمده سیستمیک پزشکی روبرو بودند که آسیب‌های روانی نیز بطور 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 زمینه درک جنبه‌های شخصی این بیماری‌ها و معنا و مفهوم آنها انجام شده است.

طب روان‌تنی بصورت 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 همکاری که به طور 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 بعلت 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 بعلت 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
4- Aphasia

2- Mapping
5- Posttraumatic stress disorder

3- Delirium

صریبی - کرواتنی 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 تپیک "زنده و رو در 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 جاننش را نجات دهد، بمدت طولانی بدون حرکت و ساکت سر جای خود باقی ماند تا جلدان 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 زندگی 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 طی، 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 خاطر نشان 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 درباره 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 روان‌آشفته‌گی

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 ما نبود) 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 لوله گذاری 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

ابتلا به PTSD مشاوره طب روان‌تنی درخواست گردید. بررسی وضعیت بیمار در وضعیتی که لوله داخل نای وجود داشت، آغاز شد. بعلت وجود لوله داخل نای، وی نمی‌توانست صحبت کند و ارتباط اولیه با بیمار از طریق ایما و اشاره و نوشتن محدود توسط بیمار انجام می‌شد (که توسط مترجمین تسهیل می‌گردید). در معاینه بیمار مشخص گردید وی دچار افسردگی است، بعلت از دست دادن قدرت حرکت غصه‌دار است، از اینکه نمی‌تواند اکنون کار کند، می‌ترسد (وی تنها بعنوان کارگر فیزیکی کار کرده بود) و نگران از دست دادن خانواده‌اش در مکزیک می‌باشد. او از رفقاییش بخاطر رها کردن وی در صحنه حادثه در حالی که شدیداً مجروح بود، عصبانی بود. بیشترین نگرانی او این بود که نتواند از خانواده‌اش در مکزیک حمایت کند که در این صورت، نقش خود به عنوان یک نان‌آور خانواده را از دست می‌داد. وی بطرزی وسواس‌گونه در مورد شرایطش نگران بود، به حدی که خواب وی در شب مختل شده بود و هنگامی که می‌خواستید، کاپوس‌های شبانه از صحنه تصادف او را آزار می‌داد.

این بیمار، بویژه چالش قابل توجهی برای مترجمین زبان اسپانیایی مرکز پزشکی محسوب می‌شد. در ابتدای مصاحبه، مترجم به ما گزارش داد، زبان اسپانیایی محاوره‌ای بیمار بشدت محدود است (بعلت تحصیلات اندک) و مترجم باید به طور قابل توجهی زبان اسپانیایی خود را ساده سازد تا بتواند با وی ارتباط برقرار کند. بعلاوه، بیمار تقریباً بی‌سواد بود، بطوریکه ارتباط نوشتاری (در ابتدا بعلت وجود لوله داخل نای از آن استفاده شد) با بیمار، بشدت محدود، مختصر و سخت بود. اطلاع یافتن از شرح حال بیمار، نیازمند روند آهسته و دشوار گردآوری مطالب طی چندین جلسه مصاحبه طولانی مدت بود.

برای بیمار، میرتازاپین تجویز گردید که باعث بهبود خواب، کاهش کاپوس‌های شبانه و بهبود وضعیت خلقی بیمار گردید. در نهایت، لوله داخل نای خارج شد و وی توانست صحبت کند و ما توانستیم جزئیات بیشتری در مورد زندگی وی بدست آوریم. بعلت وضعیت مهاجرت غیرقانونی و محدودیت‌های مالی، وی نمی‌توانست از یک برنامه رسمی پزشکی بالینی و بازتوانی استفاده کند.

چندین تماس با خانواده بیمار، عمدتاً با عمویش که در نقطه‌ای دیگر از کالیفرنیا زندگی می‌کرد، برقرار شد و چند بار توانستیم عمویش را ملاقات کنیم. با این حال، بیمار از ملاقات همسر و / یا پسر بزرگش بشدت نگران بود. بعلت مشکلات صدور ویزا که با وضعیت مهاجرت غیرقانونی بیمار نیز تشدید یافته بود، همسر بیمار نتوانست برای ملاقات او ویزا دریافت کند. انتقال بیمار به بیمارستانی در مکزیک نیز امکانپذیر نبود. گروه طب روان‌تنی چندین جلسه مصاحبه به کمک مترجم را با کمک

پرسنل اجتماعی بخش و همسر بیمار (از طریق تماس تلفنی با مکزی یک) برگزار کردند. خوشحالی قابل توجه بیمار هنگام صحبت با همسرش از طریق تلفن، جالب بود اما پس از این تماس‌های کوتاه، وی دوباره ناراحت می‌شد. کشیشان کاتولیک رومی و اسپانیایی‌زبان نیز اقدامات اجتماعی برای کمک به بیمار انجام دادند.

برای انتقال بیمار به یک مرکز خدمات پرستاری مجرب، چندین بار هماهنگی‌های لازم بعمل آمد. متأسفانه، بیمار پس از چند ماه بستری در بیمارستان دچار وخامت تدریجی حال عمومی شد. برای درمان آفیوژن ریوی دائمی بیمار، دوباره لوله گذاری داخل نای و قرار دادن لوله قفسه‌سینه انجام شد. طی این مدت، بیمار دچار سرآسیمگی روانی^۱ و روان‌آشفستگی گردید که با تجویز یک دوره ریسپریدون تا حدودی تخفیف یافت. ارزیابی عملکرد شناختی بیمار طی دوره‌های روان‌آشفستگی، بعلت وجود موانع ارتباط زبانی، بیسوادی بیمار، و وجود لوله داخل نای، بویژه دشوار بود. طی دوره‌های وخامت وضعیت تنفسی، وی درخواست می‌کرد مراقبت‌های پزشکی متوقف گردد و بگذارند وی بمیرد. با توجه به موانع ارتباطی موجود، اطمینان یافتن از درک بیمار از عواقب توقف مراقبت‌های پزشکی امکانپذیر نبود و بعلت دوره‌های مکرر روان‌آشفستگی، گروه طب روان‌تنی به این نتیجه رسید که بیمار فاقد قدرت تصمیم‌گیری در مورد توقف مراقبت‌های پزشکی است.

پس از مذاکرات پیچیده و طولانی مدت، پسر بالغ بیمار توانست از مکزی یک برای ملاقات بیمار بیاید و بعنوان یک جانشین جهت اتخاذ تصمیم عمل کند. پس از چندین ماه سیر تدریجی وخامت حال عمومی و کاهش تدریجی عملکرد ریوی و پیش‌بینی نهایی وابستگی دائمی به دستگاه تهویه مصنوعی، با توافق پسر بیمار، رویکرد مراقبت از بیمار فقط به استفاده از روش‌های فراهم آوردن راحتی بیمار تغییر یافت. بیمار پس از یک سال بستری بودن در بیمارستان، بدون ملاقات همسر و فرزندانش درگذشت.

◆ تشخیص: محور ۱: اختلال افسردگی اساسی، یک حمله شدید بدون ویژگی‌های

روان‌پریشی، ۲۹۶/۲۳؛ اختلال استرس حاد، ۳۰۸/۳؛ اختلال فشار روانی

پس از سانحه ۳۰۹/۸۱؛ روان‌آشفستگی، ۲۹۳/۰.

این بیمار از چندین جنبه یک مورد غم‌انگیز بود و جدای از محتوای عاطفی آن، یک چالش بزرگ برای گروه طب روانی‌تنی محسوب می‌شد. در این مورد، مردی از یک فرهنگ سعی می‌کرد با انگیزه رفع نیازهای خانواده‌اش در سرزمین مادری، بصورت "سایه‌ای" در فرهنگی دیگر

عمل کند. در واقع، این مرد مانند چند میلیون مهاجر غیرقانونی دیگر که به سادگی زندگی می‌کنند، برای خانواده‌شان بصورت تلگرافی پول حواله می‌کنند و از نظر اقتصادی، بهره‌وری قابل قبولی دارند، در زیر سطح قابل تشخیص توسط رادارهای اجتماعی زندگی می‌کنند. زندگی این مرد در یک لحظه با وقوع یک آسیب ناشی از تصادف و فلج هر دو پا بشدت تغییر یافت. اگر وی به موقع نجات می‌یافت و تحت مراقبت‌های پزشکی جهت تثبیت شکستگی ستون فقرات و مراقبت‌های عصبی جهت آسیب حاد طناب نخاعی قرار می‌گرفت، پیش‌آگهی مطلوب‌تری می‌داشت اما چنانکه گفته شد عملکرد حرکتی وی بهبود نیافت.

چالش‌های بالینی فراروی درمان طب روان‌تنی این بیمار، متنوع، پیچیده و متعدد بودند. اولین و مهمترین چالش، نیاز به برقراری ارتباط با بیمار، تنها از طریق زبان اسپانیایی بود. خوشبختانه در مرکز ما چند مترجم زبان اسپانیایی وجود داشت و ما غالباً می‌توانستیم از یک مترجم جهت چند جلسه مصاحبه استفاده کنیم. بعلاوه، توانایی این بیمار در استفاده از زبان مادریش نیز محدود بود، بطوری که مترجمین باید جملات و سؤالات خود را برای بیمار با کلماتی ساده بیان می‌کردند. بیمار غالباً دارای لوله داخل نای بود و با توجه به توانایی محدود بیمار در نوشتن، برقراری ارتباط و ارزیابی بیمار در این فواصل دشوار بود. وی بطور واضح دچار افسردگی خلق و اختلال استرس حاد شده بود و در مراحل بعدی دچار PTSD شد بطوری که اختلالات خلق و اضطراب بیمار نیز ارتباط با وی را مشکلتر نمود.

پس از آنکه شدت و تداوم آسیب‌های بیمار روشن گردید، این مرد بطرز عمیق و قابل فهمی دچار افسردگی شد. بیشتر اوقات او در انتظار تماس با خانواده‌اش بود که مدت زیادی دور از آنها، زندگی کرده، برای رفع احتیاجات آنها تلاش کرده بود. این مورد، نیاز پایه انسان به ارتباط عاطفی نزدیک، و از دست رفتن اجتناب‌ناپذیر اراده و آرزو را در برخورد با مشکلات حل‌نشده زندگی به وضوح نشان می‌دهد.

آستانه اقدامات دارویی روانپزشکی در چنین مواردی پایین بوده، نیاز نیست معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکان آمریکا ۲۰۰۰) لحاظ شود. با تجویز میرتازاپین این بیمار بهبود نیافت، با اینکه تا پایان عمر بیمار، تجویز این دارو ادامه یافت. بعلاوه، همزمان با وخامت وضعیت ریوی بیمار، چندین حمله روان‌آشفتگی نیز روی داد که درمان این حملات در زمینه درمان افسردگی و اختلال استرس حاد / PTSD باید انجام می‌شد. در حالی که تمامی این موارد بالینی وجود داشتند، توانایی بیمار در تحمل درمانهای قویتر و علاج‌کننده مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به حملات مکرر روان‌آشفتگی، که باعث وخامت شدید عملکرد شناختی بیمار شده بود، گروه طب روان‌تنی احساس کردند که بیمار قادر نیست در این مورد، تصمیمی اتخاذ کند.

علیرغم تلاش‌های زیادی که توسط سرویس‌های بالینی مختلف برای این بیمار انجام شد

(سرویس‌های اجتماعی بالینی و کشیش‌ها نیز در این میان بودند) رنج و مبارزه این بیمار با انزوا، یأس و در خود فرورفتگی پایان یافت. گروه طب روان‌تنی، کمتر با چنین مواردی از تجربه انسانی از رنج، تنهایی و ناامیدی روبرو می‌شوند.

مترجم بعنوان یک عامل بدگمانی

هنگامی که در یک محیط فرهنگی پیچیده با تنوع فرهنگی بعنوان متخصص طب روان‌تنی کار می‌کنید، به راحتی به استفاده منظم از مترجم عادت می‌کنید. غالباً در یک روند پویا، مترجم بعنوان یک "شکونده مرزهای فرهنگی" به پزشک در درک بهتر تجربیات فرهنگی بیمار کمک می‌کند و همزمان به بیمار کمک می‌کند با سازگاری بیشتری در رابطه پزشک - بیمار تعامل داشته باشد. با این حال، در مواردی مترجم بطور ناخواسته در یک روند غیرقابل پیش‌بینی، تعجب‌برانگیز و کاملاً دارای نتایج معکوس ممکن است قسمتی از فرایند روان‌پوشش بیمار شود.

بیمار مردی سفیدپوست، مجرد و ۴۹ ساله بود. وی در اوکراین متولد شده و در دهه چهارم زندگی‌اش به ایالات متحده مهاجرت کرده بود. او در اوکراین برخی مراقبت‌های روانپزشکی دریافت کرده بود که در مورد آنها توضیحی نمی‌داد. وی به زبان اوکراینی (عمدتاً) و مقداری روسی تکلم می‌نمود. در منطقه ساکرامنتو، کالیفرنیا (محل مرکز پزشکی) جمعیت زیادی از کسانی که عمدتاً به زبان روسی و اوکراینی صحبت می‌کنند، ساکن هستند که اکثر آنها اخیراً به این منطقه مهاجرت کرده‌اند. این بیمار کار نمی‌کرد اما بعنوان عضوی از جامعه اوکراینی محلی پذیرفته شده و مورد حمایت قرار گرفته بود. وی پس از آنکه ماشینی با سرعت کم به دوچرخه او برخورد کرد (وی عمدتاً از دوچرخه برای رفت و آمد استفاده می‌کرد) در بیمارستان بستری گردید. وی بعلت ترومای خفیف وارده تحت درمان قرار گرفت اما گروه جراحی متوجه شدند وی "رفتار عجیبی" دارد. مشاوره طب روان‌تنی برای بیمار درخواست گردید.

در تماس تلفنی با یک عضو خانواده بیمار مشخص گردید وی فردی تنها، منزوی و گوشه‌گیر و دارای رفتاری "عجیب" است که هیچ ارتباط نزدیکی با کسی برقرار نکرده است و بشدت نسبت به دیگران بی‌اعتماد است. او اکثر دارایی خود را با دوچرخه‌اش با خود حمل می‌کند و فقط مدت کوتاهی را با اعضای مختلف جامعه محلی اوکراینی‌ها می‌گذراند. او ازدواج نکرده، فرزندی نداشت و چند هزار دلار (احتمالاً تمام پس‌انداز زندگی‌اش) را با یک کمر بند به هر جا که می‌رود، با خود می‌برد. با کمک یک مترجم اوکراینی با وی مصاحبه شد. در مصاحبه با بیمار، سوءظن

شدید همراه با هذیان گزند و آسیب مشخص گردید که متعاقب آن، حرکات تهدیدآمیز مشاهده شد. هنگامی که در مورد بیماری روانپزشکی قبلی و درمانهای انجام شده، از او سؤال شد، جوابهای گنگ و دوپهلوارانه داد. وی نتوانست برای این پرسش که چرا دارایی و پولهایش را با خود به همه جا می‌برد، غیر از اینکه به دیگران اعتماد ندارد، توضیح منطقی دیگری ارائه کند. او قادر نبود برنامه‌ای منطقی برای مراقبت از خود فراهم کند. در بررسی وضعیت ذهنی او، نکته قابل توجهی بدست نیامد.

در میانه جلسه مصاحبه، وی شروع به بررسی علامت شناسایی مترجم نمود و سپس سؤالاتی از او بطور مستقیم پرسید. سپس بطور ناگهانی وی از پاسخ دادن به سؤالات بیشتر امتناع نمود و با گروه طب روان‌تنی یا مترجم صحبت نکرد.

پس از پایان مصاحبه، صحبت با مترجم معلوم شد چرا ارتباط با بیمار ناگهان بطور کامل قطع گردید. مترجم به گروه طب روان‌تنی گفت بیمار متوجه لهجه محلی مترجم شده (وی یک فرد روس بود که بعنوان زبان دوم قادر بود اوکراینی هم صحبت کند)، سپس به علامت شناسایی مترجم نگاه کرده است و متوجه شده که اسم وی یک اسم روسی است. سپس بیمار گفته است: "به روسها اعتماد ندارم بعلت آنچه قبلاً در وطنم از آنها دیده‌ام." وی هیچ توضیحی در مورد اینکه یک قربانی احتمالی اقدامات روسها بوده است، ارائه نکرد. سپس وی از ارتباط بیشتر با مترجم امتناع نمود و جلسه مصاحبه خاتمه یافت. بعلت ابتلا به روان‌پریشی و ناتوانی در مراقبت از خود، با احتمال سابقه اسکیزوفرنی پارانوئید، پس از ترخیص از مرکز پزشکی، برای انجام اقدامات و ارزیابی‌های روانپزشکی بدون کسب اجازه، به یک مرکز محلی مراقبت‌های روانپزشکی انتقال یافت.

◆ تشخیص: محور I: اسکیزوفرنی نوع پارانوئید. ۲۹۵/۳۰.

این مورد بالینی، اگرچه مختصر بود و تشخیص اختلال روان‌پریشی در آن دشوار نبود، اما از این جهت قابل توجه است که نشان می‌دهد چگونه هویت مترجم (که بعنوان یک عضو "خنثی" از لحاظ روان‌پویشی شناخته می‌شود و یا احتمالاً بعنوان یک "عامل" در برقراری ارتباط با بیمار در نظر گرفته می‌شود) در برخی موارد ممکن است میزان تنش تجربه شده توسط بیمار را افزایش دهد. همچنین به پزشک خاطر نشان می‌سازد تسلط زبانی مترجم، تنها عامل تعیین‌کننده توانایی او در کمک معنادار به مصاحبه طب روان‌تنی نمی‌باشد (این مترجم قادر بود به دو زبان روسی و اوکراینی صحبت کند بنابراین عموماً برای برقراری ارتباط با این دو گروه قومیتی می‌توانست کمک مفیدی باشد).

در این مورد، مترجم ناخواسته بعنوان یک عامل محرک برای بیمار عمل نمود، علیرغم اینکه بین قومیت بیمار و مترجم در یک نگاه سطحی و اولیه، قرابت وجود دارد (از دیدگاه یک پزشک ساکن در آمریکای شمالی). تنفر تاریخی میان قومیت‌های روسی و اوکراینی که بر اثر وقایع تاریخی و فرهنگی اروپای معاصر شکل گرفته، می‌تواند در حد قابل توجهی باشد و تنها با انتقال بیمار به محلی جدید برطرف نمی‌شود. در این وضعیت، پزشک می‌تواند سوءظن بیمار نسبت به مترجم روسی را بعنوان پاسخی که در فرهنگ وی قابل تأیید است، محسوب نماید (و نه کاملاً یک هذیان)، اگرچه الگوی انزواطلبی و بدگمانی شدید این بیمار ممکن است احتمال رفتار خصمانه با مترجم روس را بسیار بیشتر کند.

سوختگی شدید، اختلال بینایی و اختلال فشار روانی پس از سانحه

بیمار مردی ۲۵ ساله، مجرد و از اهالی خاورمیانه بود. وی همراه با تعداد زیادی از اعضاء خانواده‌اش در مغازه کوچک خرده‌فروشی‌شان کار می‌کرد. یک شب، هنگامی که وی به تنهایی مشغول کاری بود، در مغازه آتش‌سوزی رخ داد. وی از ترس آنکه اموال خانواده بر اثر آتش‌سوزی از بین برود (به علت اینکه پوشش بیمه مغازه ناچیز بود) بجای آنکه از آنجا فرار کند، سعی کرد به تنهایی آتش را خاموش کند. زمانی که واحد آتش‌نشانی جهت اطفاء حریق به محل رسید، وی دچار سوختگی شدید صورت، تنه، شکم و اندامها شده بود. وی به علت سوختگی شدید بیش از ۶۵٪ سطح بدن در بخش سوختگی بستری گردید. بویژه، وی دچار سوختگی شدید صورت و آسیب چشم‌ها شده بود. وی همچنین دچار آسیب قرنیه ناشی از بسته نشدن پلک‌ها و اختلال بینایی طولانی مدت گردید.

از گروه طب روان‌تنی درخواست شد جهت بررسی وضعیت ذهنی تغییر یافته بیمار، در بخش مراقبت‌های ویژه سوختگی او را ویزیت کنند. سطح هوشیاری بیمار متغیر بود و توهمات بینایی و اختلال ذهنی بصورت متغیری وجود داشت. سپس وضعیت روان‌آشفته‌گی برای بیمار مطرح گردید. وی با دوز پایین ریسپریدون درمان شد و بتدریج وضعیت روان‌آشفته‌گی بهبود یافت.

پس از بهبود روان‌آشفته‌گی، وی دچار کابوس‌های شبانه واضح و پس‌نگاه‌های^۱ متعدد شده بود. موضوع این کابوس‌های شبانه همیشه این بود که وی در مغازه در حال سوختن گیر افتاده، دچار سوختگی و درد شدید شده است و همزمان خود را بخاطر اینکه نتوانسته مغازه و دارایی خانواده‌اش را نجات بدهد، سرزنش می‌کرد. اقتصاد

خانواده وی بعلت از دست دادن مغازه‌شان کاملاً نابود شده بود اما آسیب شدید پسر بزرگشان بیشتر بر آنها تأثیر گذاشته بود (زیرا برای آینده روی او سرمایه‌گذاری زیادی کرده بودند). با تداوم تجویز ریسپریدون و رویکرد روان‌درمانی حمایتی، کابوس‌های شبانه بتدریج در حد قابل توجهی بهبود یافت.

پس از چندین هفته بستری بودن در بخش سوختگی و انجام چندین جراحی پوست برای درمان سوختگی‌ها، وی دچار جمع‌شدگی شدید پوست و تغییر وضعیت بدن شد. در نهایت، وی به بخش خدمات بازتوانی منتقل گردید. در مدتی که وی در این بخش بود، وضعیت بنیادی وی بتدریج بهبود یافت اما متعاقب این بهبودی، یک آسیب روانی دیگر روی داد.

در اولین روزی که وی توانست با وضوح کافی ببیند، به وی یک آینه داده شد تا برای اولین بار از زمان بستری شدن در بیمارستان، خود را ببیند. هنگامی که وی آثار بجا مانده از سوختگی صورتش را مشاهده کرد، بلافاصله با وحشت عقب نشست. به طرز عجیب و تأسف بار، عکسی جدید از بیمار مربوط به قبل از حادثه در محل بود. وی مردی خوش‌قیافه، با اجزاء چهره قوی، موهای مشکی پُر پشت و چشمان قهوه‌ای گرم و بزرگ بود. اکنون چندین اسکار در صورت او وجود داشت، پلک‌ها در وضعیت غیرطبیعی قرار گرفته و موهایش را از دست داده بود. در واقع، وی اکنون شبیه یک پیرمرد چروکیده شده بود. اکنون علاوه بر همه مشکلات گفته شده، وی باید بطرز ملموس با از دست دادن ظاهر زیبای خود روبرو می‌شد، ظاهری که احتمالاً موجب سربلندی قابل توجه و تحسین وی می‌گردید.

◆ تشخیص: محور I- روان‌آشفته‌گی ۵/ ۲۹۳؛ اختلال فشار روانی پس از سانحه، ۳۰۹/۸۱.

این داستان غم‌انگیز چندین نکته را روشن می‌سازد. بیماران غالباً تنها براساس علایق شخصی‌شان عمل نمی‌کنند و زمانی که واقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی نیز مطرح می‌شوند، ممکن است خود را در معرض آسیب‌های جدی قرار دهند. این مرد احتمالاً می‌توانست بدون آسیب قابل توجهی از محل آتش‌سوزی فرار کند، اگر احساس نمی‌کرد مجبور است بماند و با آتشی که مغازه خانواده‌اش را تهدید می‌کرد، مبارزه کند. آیا وی بعنوان فرزند بزرگتر خانواده بویژه احساس می‌کرد باید برای نجات سرمایه خانواده "شجاعانه" و "قهرمانانه" رفتار کند؟ آیا وی می‌ترسید اگر فرار کند و برای نجات سرمایه خانواده تلاش نکند، با اتهاماتی از سوی خانواده‌اش روبرو گردد؟ آیا وی می‌توانست درباره این موارد در زمان حادثه فکر کند (بعداً وی در مورد انگیزه اعمالش در زمان آتش‌سوزی موارد اندکی بخاطر داشت)؟

وی پس از بستری شدن در بخش سوختگی یک حمله روان‌آشفته‌گی داشت که در بیماران بخش سوختگی، مشکلی شایع محسوب می‌شود و پس از درمان، بهبود یافت. پس از بهبود روان‌آشفته‌گی، وی دچار کابوس‌های شبانه و پس‌نگاه‌ها شد که با تشخیص PTSD همخوانی داشت. با درمان مناسب، این علائم نیز بهبود یافت. مصاحبه با این مرد بویژه چالش برانگیز بود. هنگامی که اولین بار این بیمار ویزیت شد، لوله داخل نای داشت که ارزیابی بالینی بیمار را محدود می‌نمود. بعلت سوختگی دستها، وی قادر نبود قلم بدست گیرد و بنویسد. با توجه به اختلال بینایی، وی نمی‌توانست چیزی هم بخواند. این موارد، موانع ارتباطی قابل توجهی در بررسی وضعیت بیمار ایجاد می‌کردند. بعلاوه، با توجه به سوختگی شدید صورت، کندی عاطفه در ظاهر بیمار مشهود بود.

این مورد بالینی، سهولت استفاده از روش‌های معمول ارتباطی انسان و وضعیتی که چندین روش ارتباطی قابل استفاده نیستند، را خاطر نشان می‌سازد (فقدان تکلم بعلت وجود لوله داخل نای، قادر نبودن به نوشتن مطالب بعلت سوختگی اندامها، تماس چشمی اندک، ناتوانی در خواندن مطالب بعلت آسیب شدید قرنیه و پلک‌ها، محدودیت شدید توانایی پزشک در درک عواطف بیمار بعلت سوختگی صورت). در این شرایط، فاصله‌ای زیاد بین پزشک و بیمار احساس می‌شود و نمی‌توان به تجربیات درونی بیمار پی برد. تصور کنید که در چنین شرایطی، بیمار چقدر احساس تنهایی می‌کند؛ ابتدا دچار گیجی و روان‌آشفته‌گی می‌شود، سپس بعلت حادثه و آسیب‌های وارده دچار PTSD می‌گردد، سپس در نهایت هنگامی که می‌تواند در آینه خودش را ببیند، از مشاهده آنچه دیگران می‌بینند، دچار یأس و ترس می‌شود. تصویر بیماری با صورت شدیداً آسیب دیده، سوخته و تغییر شکل یافته در بستر بیمارستان در کنار تصویر قبلی و زیبا و خوش‌قیافه همان شخص، یکی از ملموس‌ترین زوج تصاویر متضادی است که یک نفر می‌تواند مشاهده کند.

اختلال قوای شناختی و ارزیابی آن در بیمار بستری

یک مانع ارتباطی بویژه شایع در طب روان‌تنی که در بسیاری از حوزه‌های دیگر روانپزشکی بالینی کمتر دیده می‌شود، کار با بیماران دچار اختلال قوای شناختی است. این امر غالباً یک جمله قصار را به وضوح تداعی می‌کند که در روانپزشکی، یک جنبه مهم کار بالینی این است که پزشک باید مستقیماً با عضو دچار بیماری ارتباط برقرار کند و انتظار داشته باشد به نوعی این عضو، مشکل خود را شرح دهد. فراموش کردن اثر قوای شناختی در برخوردهای بین فردی، برای لحظه‌ای آسان است. با این حال، هنگامی که برقراری ارتباط با یک فرد دچار اختلال قوای شناختی لازم است، قسمت زیادی از ارتباط متقابل اجتماعی که براساس قوای شناختی شکل می‌گیرد، از دست می‌رود.

انجام مصاحبه با بیمار دچار اختلال قوای شناختی بطرز "معمول" دشوار است. در شرایطی که احتمال اختلال قوای شناختی مطرح است، ارزیابی نسبتاً ابتدایی قوای شناختی در جلسه مصاحبه، غالباً رویکردی مفید می‌باشد. بدین ترتیب چندین هدف تأمین می‌شود. اول، وضعیت قوای شناختی بیمار در ابتدای مصاحبه مشخص می‌شود. اگر اختلال قابل توجه قوای شناختی وجود داشته باشد، نمی‌توان از بیمار انتظار داشت جنبه‌های مهم بیماری‌های طبی / جراحی و سوابق بستری در بیمارستان را به وضوح و به درستی به خاطر بیاورد. تبیین وضعیت قوای شناختی در ابتدای مصاحبه بالینی به هدایت ساختار بعدی مصاحبه کمک می‌کند. پزشک نباید انتظار داشته باشد با انجام پرسش‌های آزاد و / یا انتزاعی از یک بیمار دچار اختلال قوای شناختی، پاسخ‌های درست دریافت کند. بعلاوه، بیماران دچار اختلال قوای شناختی بطور شایع دچار اختلال توجه هستند و حفظ توجه آنها دشوار است، بنابراین وضعیت شناختی بیمار باید در "بهترین" وضعیت بیمار انجام شود.

ارزیابی بالینی طب روان‌تنی در بیمار بستری در بیمارستان، بررسی چندین حوزه عملکرد ذهنی را دربر می‌گیرد. روش‌های رسمی ارزیابی وضعیت شناختی عبارتند از: روش‌های استاندارد شده مانند ارزیابی وضعیت Mini-Mental (Folstein; MMSE) و همکاران؛ ۱۹۷۵). با توجه به محدودیت‌های MMSE برای ارزیابی عملکردهای لوب پیشانی، روانپزشکان بطور معمول برای ارزیابی عملکردهای لوب پیشانی از روش‌های دیگر نیز کمک می‌گیرند. یکی از این روش‌های ارزیابی عملکرد لوب پیشانی، استفاده از گروهی از آزمون‌ها به نام "آزمون حیوانات" است.

روش انجام این آزمون ساده است: "اکنون از شما می‌خواهم تا آنجا که می‌توانید نام چند حیوان را بگویید تا به شما بگویم توقف کنید". پزشک سپس یک دقیقه زمان می‌گیرد. نام بردن از ۱۲ حیوان طی یک دقیقه بعنوان یک معیار بالینی مفید بکار می‌رود. افراد سالم از نظر قوای شناختی، علاوه بر نام بردن ۱۲ حیوان در یک دقیقه، از یک روند منطقی پیروی می‌کنند یعنی ابتدا از حیوانات خانگی آغاز می‌کنند، سپس از حیوانات مزرعه و سپس از حیوانات وحشی چند نام می‌گویند. اگرچه انجام این کار برای افراد دارای قوای شناختی طبیعی آسان است اما افراد دچار اختلال قوای شناختی غالباً در انجام آن دچار اختلال قابل توجه می‌شوند. موارد زیر نمونه‌هایی قابل توجه از پاسخ به این آزمون هستند.

"چند گربه"

یک مرد ۶۵ ساله مبتلا به زوال عقل^۱ (امتیاز MMSE کمی کاهش یافته، در حد ۲۳).

با اختلال شخصیت خودشیفته و دچار وابستگی به الکل به مشکلات متنوعی در مراقبت از خود دچار شده بود و تحت ارزیابی قرار گرفت. پاسخ او به "آزمون حیوانات" بدین شکل بود: "خوب، شما گربه‌های بزرگ خود را دارید، گربه‌های زرد، گربه‌های کوچک، گربه‌های سیاه، بچه گربه‌ها، من زمانی یک گربه داشتم، اجازه بدهید در مورد آن به شما مطلبی بگویم!" (در اینجا وی آزمون را رها کرد تا توضیحاتی در مورد این گربه ویژه به ما ارائه کند). امتیاز این آزمون "یک" بود. نکات قابل توجه در این آزمون عبارتند از: تکرار^۱ (تکرار "گربه" چندین بار)، نحوه استفاده بیمار از صفات به گونه‌ای که به معنای گروه دیگری از موارد خواسته شده است، و تفکر مماسی وی که بجای نام بردن حیوانات خواسته شده، به گفتن قصه‌ای در مورد یک گربه پرداخت. بطرز شگفت‌آوری، اختلال شدید در "آزمون حیوانات" با ناتوانی بیمار در مراقبت از خود و اتخاذ تصمیم همخوانی داشت - بهتر از نتایج آزمون MMSE که اختلال اندکی نشان می‌داد. وی سپس به یک مکان ساختارمند برای مراقبت بیشتر منتقل شد.

تغییر جهت

اصطلاح عصبی - روانپزشکی "تغییر جهت"^۲ به معنای توانایی در تغییر موضوع تفکر در پاسخ به سرخ‌های محیطی مناسب است. در واقع، بیمار مورد "چند گربه" که قبلاً شرح داده شد، در تغییر موضوع تفکر از "گربه" به موضوع دیگر دچار مشکل بود. یک بیمار دیگر مبتلا به زوال عقل چنین پاسخی به این آزمون داد: "گربه، سگ، گاو، اسب، ماهی، ماهی... (چند ثانیه مکث)، ماهی با لیمو خوب است، لیمو، توت‌فرنگی، آلبالو، سیب..."، این پاسخ را به عنوان "تفکر مماسی خودبخودی" تفسیر می‌کنیم. "ماهی" و "لیمو" بعنوان یک وعده غذایی رایج به هم مربوط هستند و پس از گفتن "لیمو" ذهن بیمار تغییر جهت داده، بجای نام بردن حیوانات، میوه‌جات را نام می‌برد.

بیماری با سابقه طولانی مدت وابستگی شدید به الکل (مصرف دو بسته ۱۲ عددی آبجو در روز) با گیجی و سرآسیمگی روانی مراجعه نمود. امتیاز آزمون MMSE وی ۱۰ بود و بین پاسخ‌هایش مکث طولانی وجود داشت، به طوری که بنظر می‌رسید پاسخ‌های کاملاً نادرستش را "توضیح می‌دهد" (مثلاً اکنون سال ۱۸۹۶ است و قادر نبود هیچ رئیس‌جمهور ایالات متحده را نام ببرد). در آزمون گروه‌بندی^۳، وی توانست در یک دقیقه تنها بگوید "قایق، آبی، کلاه‌دوز، گربه".

ناپایداری^۱

بسیاری از بیماران مبتلا به زوال عقل قادرند وظایف ذهنی کوتاه را انجام دهند (مثلاً اجزاء آزمون MMSE) ولی هنگامی که لازم است در "آزمون حیوانات" بمدت یک دقیقه فعالیت ذهنی انجام دهند، دچار اختلال قابل توجه عملکرد می‌شوند.

فردی در مراحل اولیه بیماری آلزایمر با امتیاز MMSE اندکی پایین (۲۲) و کندی قابل توجه عواطف مراجعه نمود. پاسخ وی در "آزمون حیوانات" بدین صورت بود: "گره، سگ، موش (مکت)، بیشتر از این این نمی‌توانم چیزی بگویم. این ناپایداری در عملکرد مغزی در بیماران دچار افسردگی نیز دیده می‌شود.

بخش پریشانی^۲

ما چندین بیمار مبتلا به زوال عقل یا روان‌آشفته‌گی مشاهده کردیم که گیجی و / یا اختلال قضاوت خود را به وضوح با مواردی که در گروه "حیوانات" انتخاب می‌کردند در "آزمون حیوانات" نشان می‌دادند:

"یک گاو"

"آیا گاو یک حیوان است؟"

"طالبی"

"میکسی، دونالد، و گوفی."

"تک شاخ"

"ازدها"

"گیاهان"

"تره غول."

تکرار

چندین بیمار مبتلا به زوال عقل یا روان‌آشفته‌گی با بازگشت به مواردی که قبلاً گفته بودند، آنها را تکرار کردند، مثلاً "سگ، گربه، موش، اسب، گاو، میمون، سگ، گربه". این افراد ممکن است در نهایت ۱۲ یا بیشتر حیوان مختلف را نام ببرند اما اگر در نهایت این افراد، تعداد خواسته شده از حیوانات را نام بردند، باید به تکرار نام حیوانات توجه نمود.

"آقای ۵۱۵۰" یا بیمار شدیداً ظاهر ساز

ارزیابی بالینی در طب روان‌تنی نیز شامل مشاهده فیزیکی پایه و رفتاری می‌شود. باید بخاطر داشت که برقراری ارتباط، یک پدیده چند بعدی است زیرا مشاهده بیمار، به خودی خود نوعی برقراری ارتباط می‌باشد. بیمارانی که عمداً ظاهری عجیب را انتخاب می‌کنند (مثلاً خالکوبی، زینت‌آلات متصل به بدن) ممکن است منشأ پاسخ‌های قابل توجه مغایر با واقعیت باشند؛ چنین مواردی ممکن است نیاز به مشاوره داشته باشند حتی اگر رفتار بیمار از سایر جهات تخریبی نباشد. چنانکه در این مورد دیده می‌شود، برقراری ارتباط به همان میزان که با تکلم انجام می‌شود، به مشاهده ساده نیز غالباً نیاز دارد.

بیمار مردی ۲۲ ساله، سفیدپوست و مجرد بود که بعلت سوختگی با آتش در بخش سوختگی بستری شده بود. پرسنل بخش سوختگی با عجله تقاضای مشاوره طب روان‌تنی کردند، با این جمله که "بیمار واقعاً دیوانه است." گروه طب روانی‌تنی پرسیدند آیا بیمار سرآسیمه است، می‌خواهد خودکشی کند، یا کلمات نامفهوم و پرت‌ویلا می‌گوید، و از بخش پاسخ دادند: "نه، او فقط دیوانه است،... وقتی او را ببینید، می‌فهمید." با چنین مقدمه‌ای حس کنجکاوی گروه بطور واضح تحریک شد (اگرچه کمی هم به این موضوع عادت دارند زیرا پرسنل بخشها بطور شایع برای دریافت مشاوره، کمی مشکلات روانی را بزرگنمایی می‌کنند) و فوراً جهت مشاوره به بخش رفتند.

گروه به اطاق بیمار وارد شدند و با جوانی با بدن کمی عضلانی و سر تراشیده روبرو شدند. وی هوشیار بود و همکاری می‌کرد و در مقابل انجام مصاحبه مقاومت نمی‌کرد. از او پرسیده شد آیا می‌داند که گروه طب روان‌تنی برای ویزیت او آمده‌اند، و وی پاسخ داد "من خودم کاری کردم که به شما تلفن بزنند. من فقط می‌خواهم شما بدانید، افراد زیادی فکر می‌کنند من دیوانه‌ام!" وی سابقه روان‌پریشی، افسردگی، اقدام به خودکشی، دیگرکشی، یا بستری در بیمارستان روانپزشکی را رد کرد، فقط اظهار داشت "وقتی متامتامن مصرف می‌کنم، چیزهایی می‌بینم." سپس وی گفت "به این مورد رسیدگی کنید" و سرش را برگرداند.

روی قسمت عمده نیمه چپ سر تراشیده‌اش، یک خالکوبی به شماره "۵۱۵۰" دیده می‌شد. شماره ۵۱۵۰ شماره بخش رفاه اجتماعی کالیفرنیا و کد مؤسسات مربوط به درمان غیراختیاری بیماران روانپزشکی می‌باشد. در کالیفرنیا، شماره "۵۱۵۰" در سطوح مختلف وارد فرهنگ روانپزشکی محلی (و حتی فرهنگ محلی) شده است. این شماره به صورت یک فعل متعدی، توسط افراد بستری در بخش روانپزشکی جهت توصیف بستری شدن اجباری بکار می‌رود (مثلاً، من دیشب آقای جونز را در بخش