

گزارش یک مورد بستری طولانی مدت (بیش از ۶ ماه) بی‌اشتهایی روانی

دکتر حبیب‌اله خزایی*؛ لیبا رضایی**

چکیده

سابقه و هدف: بی‌اشتهایی روانی اختلالی است که در آن شخص از حفظ حداقل وزن طبیعی امتناع می‌کند، شدیداً از بالا رفتن وزن خود می‌ترسد و به‌طور قابل ملاحظه در مورد بدن خود و شکل آن دچار سوء تعبیر است. این اختلال با اختلال عمیق تصویر تن و پافشاری بر لاغری تا حد گرسنگی کشیدن مشخص است. شروع آن معمولاً در نوجوانی است و در جنس مؤنث بسیار شایع‌تر از جنس مذکر می‌باشد. با توجه به سیر و پیش‌آگهی این بیماری و عدم وجود تجربه مشابه در این خصوص، این مطالعه به تأثیر مثبت بستری طولانی مدت در درمان این اختلال می‌پردازد.

معرفی بیمار: بیمار خانم مجرد ۲۰ ساله ای است که در آبان‌ماه ۱۳۸۳ با اصرار خانواده برای بستری در بخش روان‌پزشکی زنان مرکز آموزشی درمانی فارابی مراجعه نمود. کاهش وزن شدید، امتناع از غذا خوردن، اعتقاد به چاقی و لزوم کاهش وزن علایم اصلی بیمار بودند. بعد از مصاحبه روان‌پزشکی براساس معیارهای تشخیصی *DSM IV_TR* تشخیص بی‌اشتهایی روانی مطرح شد. در دوره شش ماهه بستری، همراه با دارودرمانی، درمان‌های غیردارویی (به‌ویژه رفتاردرمانی) برای بیمار در نظر گرفته شد و بیمار با بهبود نسبی ترخیص شد.

بحث: اگرچه بی‌اشتهایی روانی، اختلالی با سیر و پیش‌آگهی متغیر است و به‌طور کلی پیش‌آگهی در این اختلال خوب نیست، اما در این بیمار با انجام دادن اقدامات درمانی شش ماهه تغییرات درمانی خوبی ایجاد شد و به نظر می‌رسد این بیماران نیازمند برنامه درمانی طولانی مدت و استفاده از شیوه‌های درمانی مختلف هستند.

کلید واژه‌ها: بی‌اشتهایی روانی، تصویر تن، بستری طولانی مدت

« دریافت: ۱۵/۴/۱۷ پذیرش: زمستان ۱۳۸۵ »

* روان‌پزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، مرکز آموزشی درمانی فارابی

** کارشناس ارشد کاردرمانی، مرکز آموزشی درمانی فارابی

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مدیریت پژوهشی، تلفن:

مقدمه

بی‌اشتهایی روانی (anorexia nervosa) اختلالی است که در ۰/۵ تا ۱ درصد دختران نوجوان روی می‌دهد و شیوع آن ۱۰ تا ۲۰ برابر در دخترها بیشتر از پسرهاست. براساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) ملاک‌های این اختلال عبارتند از: ۱- امتناع مستمر از حفظ وزن بدن در سطح بالاتر از حداقل وزن مورد انتظار (مثلاً کاهش وزن به حدی که وزن بدن به کمتر از ۸۵ درصد وزن مورد انتظار برسد) یا عدم کسب وزن مورد انتظار در دوره رشد که به وزن کمتر از ۸۵ درصد وزن مورد انتظار منجر شود؛ ۲- این بیماران مشخصاً ترس فراگیر از چاق شدن دارند، حتی وقتی که وزن پایین‌تر از حد معمول است؛ ۳- اختلال در تصویر تن (Body Image) دارند. احساس فریبی و بدریختی دارند و غالباً تحلیل‌رفتگی خود را انکار می‌کنند و ۴- در افرادی که به سن قاعدگی رسیده‌اند، آمنوره یا قطع شدن سه دوره پیاپی عادت ماهانه وجود دارد (۱). دو نوع اختلال خاص برای این اختلال تعریف شده است که در نوع اول یا محدودکننده (Restricting type) که شخص مصرف غذا را محدود می‌کند، اما اقدام به استفراغ عمدی و مصرف ملین نمی‌کند و در نوع دوم، یعنی پرخوری پاکسازی (Binge /eating , Purging) ضمن دوره بی‌اشتهایی روانی، شخص مرتباً اقدام به پرخوری و پاکسازی از طریق استفراغ عمدی یا مصرف داروهای ملین و مدر می‌نماید (۲). عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی را در سبب‌شناسی بی‌اشتهایی روانی دخیل دانسته‌اند و به همین دلیل نیز طرح درمانی

جامع، شامل بستری کردن در بیمارستان، روان‌درمانی فردی و خانوادگی، روش‌های رفتاری، بین فردی و شناختی و در بعضی از موارد مصرف دارو می‌باشد (۵-۲).

معرفی بیمار

خانم مجرد ۲۰ ساله، دارای مدرک دیپلم با سابقه دوبار بستری قبلی در بخش روان‌پزشکی که هر دو بار با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کرده بود، به دلیل امتناع از غذا خوردن و کاهش وزن شدید با اصرار خانواده در بخش بستری شد. بیمار هنگام ورود به بخش ۳۵ کیلوگرم وزن و ۱۵۴ سانتیمتر قد داشت و در تشریح مشکلات خود به اعتقاد قوی در مورد چاقی خود و نیاز به کاهش وزن، محاسبه کالری غذاهای مصرفی، اجبار به پیاده‌روی‌های شدید پس از غذا خوردن، استفاده از ملین‌ها به‌طور متناوب و کاهش بیش از ۲۰ کیلوگرم وزن در طول چند سال اخیر اشاره داشت، اما هیچ‌گاه استفراغ خودالقایی نداشت. شروع مشکل از ۸ سال پیش به‌طور تدریجی و با سابقه قبلی وسواس شستشو ذکر شد. با توجه به شرایط بیمار و عدم تجربه بستری طولانی مدت برای این بیماران در کشور، در جلسه مشترک تیم درمان، بر توافق درمانی اولیه برای بستری به مدت حداقل شش‌ماه تأکید شد که در این جلسه خانواده بیمار نیز حضور داشتند (۶ و ۷). اهداف اصلی در مورد این بیمار اصلاح تصویر تن و توان‌بخشی تغذیه‌ای (Nutritional Rehabilitation) بود (۸). درمان دارویی این بیمار شامل سیپروهپتادین (که ازدوز پایین شروع و تا ۲۴ میلی‌گرم در روز افزایش یافت)، کلومیپرامین (از ۲۵

خوب یعنی کاهش افکار مربوط به کاهش وزن و لاغری و بهبود غذاخوردن ترخیص شد و توصیه‌های لازم برای پیگیری به خانواده ارایه شد.

بحث

اختلال بی‌اشتهایی روانی اختلالی با سبب‌شناسی چند بُعدی و سیر و پیش‌آگهی متغیر است که در طرح درمانی برای آن باید به ابعاد مختلف توجه داشت. همان‌طور که ذکر شد بیمار با بهبودی نسبتاً خوب، یعنی کاهش افکار مربوط به کاهش وزن و لاغری و بهبود غذاخوردن که در سیر درمان سرپایی چندساله این بیمار مشاهده نشده بود، ترخیص شد که این تغییرات از دید خانواده و بیمار قابل توجه و ارزشمند بود و مشاهدات تیم درمان تأثیر این تغییرات را تأیید کرد. یکی از نکات حایز اهمیت در این بیمار ضرورت بستری طولانی مدت در بیمارستان (شش ماه) بود که این موضوع به دلیل ماهیت بیماری، امتناع بیمار از شرکت در جلسات درمان سرپایی، نیاز به برنامه درمانی طولانی مدت، نظارت دقیق روان‌پزشک بر اجرای برنامه‌های درمانی و ارزیابی مکرر و مستمر پیشرفت درمانی بیمار از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود.

از طرف دیگر آن‌گونه که در مصاحبه‌های بالینی مشخص گردید، خانواده بیمار قادر به اجرای کامل توصیه‌های درمانی در منزل نبودند و بیمار با آن‌ها همکاری نمی‌کرد؛ لذا توافق اولیه بر بستری طولانی مدت در بیمارستان برای این بیمار ضروری بود (۷و۶). نکته دیگر توجه به اهمیت درمان‌های غیردارویی برای این بیمار می‌باشد؛ زیرا به رغم اینکه درمان‌های دارویی در این اختلال مورد توافق همگان نمی‌باشد، استفاده از شیوه‌های مختلف درمان‌های غیردارویی در این اختلال توصیه می‌شود. در عین حال

میلی گرم شروع تا ۲۲۵ میلی‌گرم افزایش یافت) و اولانزاپین (۲/۵ میلی‌گرم در روز) بود.

در بخش درمان غیردارویی به منظور اصلاح تصویر تن از تمرینات در مقابل آینه و شیوه تماس حرکت‌درمانی (Contact movement therapy) استفاده شد (۹و۱۰). در تمرینات در مقابل آینه از بیمار خواسته شد که روزانه به مدت ۱۰ دقیقه در مقابل آینه ضمن تماشای تصویر واقعی بدن بر قسمت‌های مختلف بدن تمرکز کند. در شیوه تماس حرکت‌درمانی نیز که به صورت گروهی و با نظارت کار درمان‌گر انجام می‌شد، حرکات هدفمندی به منظور آگاهی بیشتر از بدن انجام می‌شد (لمس قسمت‌های مختلف بدن، آزادسازی و تحمل وزن در حین حرکت، تمرینات کششی و فشاری). به‌منظور توان‌بخشی تغذیه‌ای برای بیمار رفتار درمانی با استفاده از تقویت مثبت و منفی نیز ارایه می‌شد که در صورت همکاری بیمار در غذاخوردن امتیازاتی مانند مرخصی‌های کوتاه مدت در نظر گرفته می‌شد (تقویت مثبت) و برعکس، عدم همکاری بیمار در غذا خوردن با محرومیت از امتیاز (تقویت منفی) همراه بود (۲). ذکر این نکته ضروری است که این برنامه به تدریج و با مقدار مصرف حداقل یک چهارم وعده غذایی شروع شد و کم کم افزایش یافت. در کنار این برنامه در گروه درمانی‌های کلامی، نگرش‌های فرهنگی و اجتماعی مربوط به وزن بدن و همچنین مکانیسم‌های زیربنایی اختلال (از جمله کنترل برخورد و دیگران) مورد بحث و بررسی قرار گرفت. نشانه‌های تغییر به تدریج ظاهر شد و با مداومت و استمرار برنامه‌های درمانی، پس از شش ماه بیمار با بهبود نسبتاً

مشابه در ارتباط با بستری طولانی مدت این بیماران در کشور، توافق اولیه بر ضرورت بستری طولانی مدت (بیش از ۶ ماه) با بیمار و خانواده به عمل آمد. از آنجا که از ابتدا بر تداوم این توافق از جانب بیمار و خانواده مطمئن نبودیم، قصد گزارش مورد را نداشتیم و بسیاری از آزمایش‌ها و بررسی‌های پاراکلینیکی مورد نیاز برای این بیماران در مورد این بیمار انجام نشده است؛ لذا تجربیات بعدی با انجام مرحله به مرحله کلیه آزمایش‌ها و مقیاس‌های ارزیابی دقیق و پی‌گیری پس از ترخیص پیشنهاد می‌شود.

توجه به این نکته ضروری است که بستری طولانی مدت امکان اجرای مستمر این برنامه‌ها را نیز فراهم می‌کند، لذا نکته قابل ذکر در مورد این بیمار و سایر بیماران مبتلا به انواع اختلالات خوردن، طولانی بودن دوره درمانی، استمرار بر اجرای اهداف درمانی همراه با ارزیابی مکرر در طول درمان، استفاده از شیوه‌های مختلف درمانی به ویژه درمان‌های غیردارویی، جلب همکاری و حمایت خانواده و پی‌گیری طولانی مدت می‌باشد (۱۱ و ۱۲).

محدودیت‌ها

همان‌طور که قبلاً ذکر شد با توجه به عدم وجود تجربه

Abstract:***Long -Term Hospitalization for Anorexia Nervosa
(A Case Report)***

Khazae, H.¹; Rezae, L.²

1. Assistant Professor in Psychiatrics, Kermanshah University of Medical Sciences

2. MSc in Occupational Therapy, Farabi Educational Treatment Center

Introduction: *Anorexia nervosa is a disorder in which the person avoids keeping normal weight , afraid from weight gaining and misconcepts about her body and form's significantly . This disorder is recognized by distored body image and persistence on thinness until hungriness, It usually begins in adolecense and more prevalence in female than male.*

By considering its course and prognosis and lack of similar practice in this area, this paper addresses positive effects of long term hospitalization in anorexia nervosa.

The Case: *This is a case report of 20-year girl who was admitted to Women Psychiatric Ward of Farabi Hospital by persistence of her family (2005) . chief symptoms are weight loss, avoiding eating, maintained believed to fatness, non medication therapies accompanied with drug therapy was considered for her in period or hospitalization period (Six month) and discharged with relative improvement.*

Conclusion: *Although course and prognosis of anorexia is variable and prognosis is not good totally , therapeutic changes in this patient are good and long term treatments using different methods of therapy are required for these hinds of patients.*

Key Words: *Anorexia Nervosa, Body Image, Long-Term Hospitalization.*

منابع

- ۱- کاپلان هارولد ، سادوک بنیامین. خلاصه روان پزشکی. ترجمه: رفیعی حسنی سبحانیان خسرو. چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند؛ سال ۱۳۸۲، صفحات: ۲۹۱-۲۸۴
2. Taublieb AB. Disorder of eating and elimination in childhood and adolescence, in the psychopathology of childhood and adolescence. 1st ed. New York: Longman; 1999, PP. 231-36
3. Fadem B. Obesity and eating disorder in behavioral science in medicine. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004, PP. 253-63
4. Leven Kron S. Treatment choices in anatomy of anorexia. 1st ed. New York: Norton Company; 2001, PP. 109-24
5. McIntosh VV, Jordan J, Corter FA, Lutys E, Mckenzi JM, Bulikcm Formerpton CM, Joyce PR. Three psychotherapy for anorexia nervosa: a randomized control trial. Am J Psychiatry 2005; 162(4):741-7
6. Pereirat, Lock, Oqqinsj. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. Int J Eating Disorder 2006 Aug 25 (EPUB ahead print)
7. Frisch MJ, Herzog DB, Franko DL. Residential treatment for eating disorder. In J Eating disorder 2006 Mar, (Epub ahead to print)
8. Golden.NH, Meyer W. Nutritional rehabilitation of anorexia nervosa: goal and dangers. Int J Adolesc Med Health 2004; 16(2):131-44
9. Key A, George CL, Beattie D, Stammer K, Lacey H, Waller G. Body image treatment with an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitization process. Int J Eat Disorder 2002; 31(2):185-90
10. Lemieux A. Contact movement therapy for client with eating disorder: In: Alyex J, editor. Eating disorder in women and children. 1st ed. Canada: Bocaraton center; 2001, PP. 355-73
11. Schmidt U. Eating disorder: In: Kohen D, editor. Women and mental health. 1st ed. Philadelphia: Brunner Routledge, Tayorand Francis Group; 2002, PP. 174-98
12. Ro O, Martinsen EW. Hoffard A, Rosen Vinge JH, Short-term follow up of adult with long standing anorexia nervosa or non specified eating disorder after inpatient treatment. Eat Weight Disorder 2004; 9(1):62-8