

گزارش یک مورد اختلال ساختگی (سندرم مونچهوزن) نیابتی

مهدی شیرزادی¹؛ جلال شاکری¹؛ فایزه تاتاری¹؛ عمران داوری نژاد¹؛ وحید فرنی¹؛ حبیب‌اله خزایی^{1*}

چکیده

زمینه: سندرم مونچهوزن نیابتی سندرمی است که یک نفر اقدام به ایجاد یا القاء بیماری در فرد دیگری می‌کند و با این کار به دنبال نیازهای عاطفی خودش در طی فرایند درمان می‌باشد. معیارهای تشخیص این بیماری مبهم بوده و چندان مورد توافق نظر متخصصین نیست و عدم تشخیص به موقع این اختلال منجر به آسیب‌های جبران‌ناپذیری به بیماران خواهد شد.

معرفی بیمار: در مطالعه حاضر یک پسر 19 ساله کم‌توان ذهنی با سوابق متعدد بستری در سرویس‌های روانپزشکی، داخلی اورولوژی و جراحی را معرفی می‌کنیم که دارای یک خواهر 12 ساله و برادر 4 ساله است که آن‌ها هم سوابق متعدد بستری در بخش‌های اطفال و داخلی داشته‌اند. پدر 48 ساله خانواده که بیمار مزمن روانی و وابسته به مواد بود نیز سوابق متعدد بستری در بخش‌های طبی و روانپزشکی و نورولوژی داشت. مادر خانواده مبتلا به سندرم مونچهوزن نیابتی تشخیص داده شد.

کلیدواژه‌ها: سندرم مونچهوزن نیابتی، اختلال ساختگی نیابتی، کم‌توانی ذهنی

«دریافت: 1393/2/1 پذیرش: 1393/6/4»

1. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بیمارستان فارابی، مرکز تحقیقات اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، صندوق پستی: 6719851151.

تلفن: 09188332464، فاکس: 083-38264163

Email: khazaie@gmail.com

مقدمه

رفتار یک تکانه غیرقابل کنترل نیست و خود فرد کاملاً از غلط بودن آن آگاه است (5).

ما در اینجا یک پسر کم‌توان ذهنی 19 ساله و خواهر 12 ساله و یک برادر 4 ساله‌اش را توصیف می‌کنیم که مادرشان مبتلا به سندرم مونچهوزن نیابتی است.

معرفی بیمار

مورد یک پسر 19 ساله کم‌توان ذهنی است که مراجعات سرپایی و سوابق متعدد بستری در بخش روانپزشکی در طول چند سال اخیر داشته است، به طوری که در 2 سال گذشته بیش از 5 مرتبه بستری‌های طولانی مدت (گاهی تا یک‌ماه در هر نوبت) در بیمارستان داشته است. با توجه به روند تکرار بستری‌ها، توجه ما به این مورد جلب شد. در تمام مراجعات، مادر بیمار به همراهش بود و اقدام به دادن شرح‌حال‌های اغراق‌شده از وضعیت خشونت و پرخاشگری بیمار می‌نمود و همین امر

سندرم مونچهوزن نیابتی عملی است که در آن یک نفر به منظور ارضاء نیازهای روانی و هیجانی‌اش در طی فرایند درمان اقدام به القاء یا ایجاد یک بیماری در فرد دیگری می‌کند. معیارهای این سندرم چندان مورد توافق نظر متخصصین نیست. پزشکانی که آن را به‌عنوان یک بیماری روانپزشکی تشخیص می‌دهند بیشتر به ملاک‌های ذکرشده در DSM-IV-TR (جدول 1) استناد می‌کنند (1) و (2) ولی عده‌ای دیگر این مشکل را تحت عنوان یک نوع سوء استفاده و آزار پزشکی در نظر می‌گیرند (5 و 6). پیروان مکتب سایکودینامیک، قربانیان را ابژه‌های ابزارگونه فرد مرتکب جهت تنظیم روابط به‌شدت ambivalence و مخربش با یک پزشک توصیف می‌کنند (4). علی‌رغم وجود سایکوپاتولوژی‌های همراه در فرد مرتکب، پیروان نظریه سوء استفاده پزشکی معتقدند که فرد مجرم در یک رفتار کاملاً ارادی درگیر است و این

فتق و... داشته است. به صورت اتفاقی مشخص شد که مادر سوابق قبلی بستری‌های فرزندش را در یک پاکت به همراه دارد و آن‌ها را جهت بررسی به مصاحبه‌گر ارایه نمود که در بین اوراق مزبور، تعدادی مربوط به سوابق بستری دو فرزند دیگرش بود. زمانی که موضوع با مادر مطرح شد اظهار نمود که دختر 12 ساله‌اش تا به حال سه مرتبه به دلایلی مانند پنومونی و زنبورگزیدگی در بخش اطفال بستری بوده است و پسر 4 ساله هم سابقه یک بار بستری با تشخیص پنومونی داشته است. همسر ناتوان روانی‌اش هم بستری‌های متعدد در بخش‌های قلب، نورولوژی و روان‌پزشکی دارد. در بررسی سوابق پزشکی و روانپزشکی مادر، مورد خاصی مبنی بر بستری در بیمارستان یا اقدامات پزشکی و درمانی تهاجمی یافت نشد.

مشخص شد که در برنامه مادر زمان بسیار زیادی صرف مراجعه به درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها می‌شود و علاقه زیادی به محیط بیمارستان، پزشکان و پرسنل دارد و علت آن را رفتار خوب آن‌ها ذکر کرد. پس از تشخیص، یک نفر از پزشکان به عنوان درمانگر مسئول این خانواده در بیمارستان مشخص گردید (gate keeper). در ضمن وضعیت خانواده با سایر پزشکان و کادر درمانی در میان گذاشته شد که از این پس هرگونه اقدام تشخیصی و درمانی برای فرزندان این خانواده به پزشک مسئول واگذار شود. همچنین به مادر خانواده (به گونه‌ای حمایتگرانه) توصیه شد کلیه مشکلات طبی و روانپزشکی فرزندانش را با پزشک مربوطه در میان بگذارد. مورد با مددکاری بیمارستان مطرح گردید و تلاش فراوانی جهت پذیرش بیمار در مرکز نگهداری بهزیستی انجام شد. پزشک مربوطه ضمن برقراری یک رابطه درمانی مناسب با مادر و جلب اعتماد او سعی نمود تا در هر ویزیت مشکلات مادر و خانواده را به‌طور کامل مورد توجه قرار داده و اقدامات درمانی و حمایتی لازم را انجام دهد. همین امر منجر به مراجعات مادر در مورد هر گونه مشکل طبی و روانپزشکی فرزندانش به پزشک مربوطه شد و از

منجر به بستری‌شدن‌های مکرر بیمار با تشخیص مشکلات رفتاری به دنبال کم‌توانی ذهنی گردیده بود. در تمام مراجعات، شرح حال ارایه‌شده توسط مادر اغراق‌آمیزتر از وضعیت بالینی مشاهده شده در بیمار بود به گونه‌ای که پزشکان گاهی اندیکاسیونی جهت بستری نمی‌دیدند. در مواردی از مراجعه، شواهدی از مصرف الکل در بیمار مشاهده شد و در یک مورد به‌طور اتفاقی دیده شد که مادر بیمار در محل اورژانس مقداری مشروبات الکلی به بیمار می‌دهد.

از طرفی در طول زمان‌های بستری کودک در بیمارستان، مادر به همراه کودکان خردسال دیگرش روزانه به بیمارستان و محل بستری بیمار مراجعه می‌کرد به گونه‌ای که اکثر پرسنل و پزشکان به دیدن مادر عادت کرده بودند. مادر در هر مراجعه ضمن اصرار به دیدن پزشک بر عدم بهبودی فرزندش تأکید می‌کرد و در هنگام ترخیص بیمار مضطرب بود و گاه از ترخیص او طفره می‌رفت. تیم درمان متوجه شد در دو سال اخیر زمان‌هایی که کودک از بیمارستان مرخص می‌شد مادر اقدام به بستری کردن همسرش که او هم بیمار مزمن روانی و وابسته به مواد است، می‌کرد. به‌طوری‌که همان مراجعات متعدد و روابط با تیم درمان حفظ می‌گردید. تمام این موارد توجه ما را به احتمال وجود سندرم مونچھوزن نیابتی جلب کرد. طی مصاحبه‌های انجام‌شده مشخص شد که مادر 36 ساله خانه‌دار و دارای تحصیلات اول راهنمایی است. مادر خودش یک خواهر و چهار برادر داشته که 4 برادرش تا سن یک‌سالگی فوت شده‌اند و خودش علت مرگ آن‌ها را فقر و عدم مراقبت مناسب مادرشان می‌داند. در سن 14 سالگی با شوهرش که 28 ساله بوده ازدواج کرده است و در حال حاضر غیر از پسر 19 ساله‌اش، یک دختر 12 ساله و یک پسر 4 ساله دیگر دارد. در ادامه مشخص شد که پسر 19 ساله در طول 2 سال اخیر علاوه بر بستری‌های متعدد روانپزشکی، بستری‌های فراوان دیگری در بخش‌های داخلی، اورولوژی و جراحی با تشخیص‌های پنومونی، هیدروسل،

تشخیص قطعی را نشان دهد.

3- متغیرهای فیزیولوژیک با بیماری ساختگی و القاشده مطابقت می‌کنند. مثلاً نمایشگر ردیاب آپنه، نقایص مصنوعی زیادی را در عضلات قبل از ایست تنفسی نشان می‌دهد که از تقلای کودک در مقابل ایجاد انسداد در مجاری تنفسی حکایت می‌کند.

4- بیمار به درمان‌های مناسب پاسخ نمی‌دهد.

5- سرزندگی و نشاط بیمار با یافته‌های آزمایشگاهی مطابقت ندارد.

6- وقتی مادر به کودک دسترسی ندارد نشانه‌های علائم کودک محو می‌شوند و مادر تنها شاهد شروع نشانه‌ها و علائم در کودک است.

7- مادر یا سایر فرزندان او نیز به بیماری‌های غیرقابل توجهی دچار شده‌اند.

8- مادر قبلاً آموزش‌های طبی یا پرستاری دیده است و یا شاهد نمونه‌هایی از بیماری کنونی فرزند خود در دیگران بوده است (مثلاً یکی از والدینش به آپنه در هنگام خواب مبتلا بوده‌اند).

9- مادر حتی از انجام آزمایش‌های تهاجمی و دردناک بر روی کودکش نیز استقبال می‌کند.

10- بهبودی کودک موجب اضطراب مادر می‌شود.

11- دروغگویی مادر ثابت شده است و مشاهدات طبی اطلاعاتی به دست می‌دهند که با اظهارات والدین همخوانی ندارد.

بسیار مهم است که در تشخیص سندرم مونچهوزن نیابتی، آن‌را از موارد مشابه ولی متفاوت افتراق داد که شامل موارد ذیل می‌شوند (9 و 10):

1- اضطرابی که منجر به توجه بیش از حد ولی غیرآسیب‌رسان به کودک می‌شود.

2- عدم همکاری درمانی مناسب والدین که منجر به وخامت اوضاع و عدم بهبودی بیمار می‌گردد.

3- تمارض در راستای کسب منافع مالی.

در مسیر تشخیص این سندرم، جدا کردن مادر یا فرد مرتکب از قربانی یا قربانیان و پس از آن بررسی روند

آسیب‌های آتی به تمامی فرزندان خانواده به‌طور ملموسی کاسته شد. روند درمانی شرح داده شده هم‌اکنون نیز ادامه دارد.

بحث

علی‌رغم آنکه سندرم مونچهوزن نیابتی را به‌عنوان یک اختلال نادر روانپزشکی می‌شناسیم ولی به‌نظر می‌رسد این سندرم وضعیتی جدی و بالقوه تهدیدکننده حیات قربانیان است (3 و 7)، مرگ و میری حدود 10 درصد دارد (6) و درمان فرد مرتکب بسیار ناامیدکننده است. مرتکبین این سندرم عموماً مادرها هستند و قربانیان آن‌ها معمولاً فرزندان خردسالشان می‌باشند (8). گاه پدرهایی هم به‌عنوان مرتکب گزارش شده‌اند که قربانیان آن‌ها از لحاظ سنی بالاتر بوده‌اند. بیماری‌های شایع مشاهده شده در قربانیان این سندرم شامل تشنج، FTT، اسهال و استفراغ، آسم و آلرژی و انواع عفونت‌ها است (5، 8 و 10). این آسیب‌های اولیه معمولاً با یکسری آسیب‌های ثانویه ناشی از روش‌های تشخیصی و درمانی دردناک جهت تشخیص و درمان وضعیت‌های طبی گیج‌کننده موجود تشدید می‌شوند (10).

ملاک‌های تحقیقی DSM-IV-TR برای اختلال ساختگی نیابتی شامل موارد ذیل می‌باشد (1 و 2):

الف- ایجاد یا تقلید عمدی علائم یا نشانه‌های جسمی یا روانشناختی در فرد دیگری که تحت مراقبت شخص است. ب- انگیزه رفتار فرد مرتکب، اخذ نقش بیمار به‌طور نیابتی است.

پ- این رفتار انگیزه‌های خارجی (مانند نفع مادی) ندارد. ت- این رفتار با یک اختلال روانی دیگر توجیه نمی‌شود. نشانگرهای بالینی زیر احتمال اختلال ساختگی نیابتی را مطرح می‌کنند (1 و 2):

1- علائم و الگوی بیماری بیش از حد غیر معمول هستند و یا از نظر فیزیولوژیک قابل توجیه نیستند.

2- موارد متعدد بستری شدن و انجام عملیات تشخیصی به‌وسیله مراقبین متعدد، نتوانسته است علت یا

است و باید توجه داشت در مورد تمام بیماران، ثبت دقیق و مستندسازی تمام علائم و یافته‌ها بسیار با اهمیت می‌باشد. لازم است در تمام مراحل تشخیص و درمان از اقدامات تهاجمی و آسیب‌رسان به بیماران اجتناب شود (10). در مورد این بیمار انجام اقدامات حمایتی، برقراری رابطه درمانی مناسب، پذیرش غیرمشرط مادر و توجه دقیق و حمایت‌گرانه پزشک مسئول به تمام مشکلات طبی و غیرطبی خانواده و انجام حمایت‌های اجتماعی مناسب از طریق مددکاری، کمک شایانی به بهبود روند مدیریت بیمار نمود.

بیماری در غیاب او کمک‌کننده است. این جدایی می‌تواند به‌عنوان یک اقدام مناسب در جهت حفظ سلامتی و امنیت کودک باشد.

نتیجه‌گیری

ارزیابی پرونده‌های پزشکی قبلی خود بیمار و سایر خواهر و برادرها و اخذ یک شرح حال جامع در تشخیص بیماری مهم است و آگاهی از دینامیک ناکارآمد خانواده کمک‌کننده می‌باشد. در این موارد حضور یک تیم درمانی چندمنظوره در فرایند درمان و اقدامات بعدی قانونی لازم

References

1. Kaplan H, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Rezaie F. (Persian translator). 2nd ed. Tehran: Rojhan Publication Company. 2009;2:251-2.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 1994;725-7.
3. Marcus A, Ammermann C, Klien M. Munchausen syndrome by proxy and factitious illness symptomatology. Parent- child interaction , and psychopathology of the parent . Eur Child Adolesc Psychiatry. 1995;4(4):229-36.
4. Schreier HA, Libow JA. Munchausen by proxy syndrome: a modern pediatric challenge. J Pediatr. 1994;125(6 Pt 2):S110-5.
5. Boros S, Ophoven J, Andersen R. Munchausen syndrome by proxy: a profile for medical child abuse. Aust Fam Physician. 1995;24(5):768-9, 772-3.
6. Rosenberg D. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl. 1987;11(4):547-63.
7. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. Arch Dis Child. 1982;57(2):92-8.
8. Jones J, Butler H, Hamilton B. Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl. 1986;10:33-40.
9. Rand D, Feldman M. Munchausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases. Harv Rev Psychiatry. 1999;7(2):94-101.
10. Zylstra RG, Miller KE, Stephens WE. Munchausen Syndrome by Proxy: A Clinical Vignette. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2000;2(2):42-44.