

گزارش یک مورد اختلال ساختگی و کالتی با علایم وسواسی

هدف:

دکتر میترا حکیم شوشتری^۱
گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت
روان

روش:

دکتر فریبا عربگل
گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی

یافته‌ها:

میترا سپاسی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

نتیجه‌گیری:

مقدمه

آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال ساختگی و کالتی با علایم روانی پدیده نادری است. از تئوری‌های مطرح در این بیماری، نیاز به ارتباط با پزشک است که ناشی از حس عمیق ترک شدن اولیه می‌باشد. کودک در این تعامل آزارگرانه-آزارخواهانه^۳، به عنوان شیء یادگارپرستی^۴ برای کنترل رابطه استفاده می‌شود (شریر^۵، ۱۹۹۲). از اتیولوژی‌های دیگر، برآورده ساختن نیازهای روانشناختی

اختلال ساختگی و کالتی^۲ عبارت است از تولید عمدی علایم جسمی یا روانی در فردی که تحت مراقبت بیمار قرار دارد. انگیزه تولید این علایم تنها ایفای نقش بیمار به واسطه این کار است و انگیزه‌های خارجی برای آن وجود ندارد (انجمن روانپزشکی

۱ - نشانی تماس: خیابان ستارخان، خیابان پاتریس لومومبا، کوچه ۲۵ غربی، پلاک ۱۷، طبقه دوم جنوبی.

E-mail: mitra_hakim2000@yahoo.com

2- factitious disorder by proxy

3- sadomasochistic

4- fetishistic object

5- Schreier

میترا حکیم شوشتری و همکاران

می گفت با درمان به موقع نوه اش، قصد پیشگیری از ابتلای او به بیماری های شدید روانی را دارد. با توجه به عدم پاسخ کودک، داروی او به ۴۰ میلی گرم فلوکستین کاهش و برای بررسی های روانشناختی ارجاع داده شد.

در فاصله دو مراجعه، داروی کودک موقتاً به علت مسافرت کودک و زندگی با اقوام پدری قطع شد. بستگان پدری کودک معتقد بودند که کودک مشکل روانپزشکی ندارد و علایم وی با اطمینان بخشیدن به او در رابطه با عدم ارتباط بیماری مادرش با رعایت بهداشت از بین می رود، لذا داروی کودک را قطع کردند. بعد از بازگشت کودک به نزد مادر بزرگش، او اقدام به تجویز روزانه ۶۰ میلی گرم فلوکستین به کودک کرد تا مانع از تشدید بیماری کودک شود. لازم به ذکر است که کودک در محیط های دیگر نظیر مدرسه و منزل بستگان فاقد علایم و سواسی بود.

در بررسی روانپزشکی به عمل آمده از کودک، توسط روانپزشک اطفال هیچ گونه علایم و سواسی در کودک مشاهده نشد. کودک از این که مادرش بیمار است، ناراحت بود. او از ابتلای خود به بیماری روانی نگران بود و اظهار می کرد که مادر بزرگش به او آموخته است که با رعایت جدی بهداشت از ابتلای خود به بیماری پیشگیری کند. علایم افسردگی در کودک وجود نداشت و علایم اختلال تفکر نیز دیده نشد. عملکرد او در مدرسه طبیعی بود. در زمینه ارتباط با همسالان مشکلی نداشت. در ارزیابی به عمل آمده با آزمون و کسلر (وکسلر و همکاران، ۲۰۰۴) از بهره هوشی بالایی (۱۲۰) برخوردار بود. در بررسی روانشناختی کودک با آزمون های فرافکنی نتایج زیر حاصل شد که مؤید تشخیص اختلال ساختگی و کالتی در کودک بود.

در کارت هفت آزمون CAT^۱ (بلک^۱ و بلک^۲) (۱۹۴۹) (کارت پلنگ و میمون) احساس قربانی شدن، انفعال و اطاعت توسط کودک بیان شد؛ یعنی به جای فرار، کودک ماندن و از بین رفتن را مجسم می کرد. در کارت هشت این آزمون (کارت میمون مادر و میمون کودک)، کودک احساس تنبیه شدن، تنهایی و ترس از تهدید، تنبیه و محرومیت از غذا را بیان می کرد. در کارت نه آزمون CAT که خرگوشی را در اطاق نیمه تاریک نشان می دهد، کودک

شخصی از طریقی جاغلانه، یعنی به عنوان مادری خوب قلمداد شدن است. به این بیماری ذهنی کودک می توان اختلال ساختگی و کالتی اطلاق نمود (همان جا). در گزارش حاضر، یک کودک با علایم و سواس معرفی می شود که علایم او تحت القائنات مادر بزرگش ایجاد شده است.

گزارش مورد

بیمار دختری هشت ساله، دانش آموز کلاس دوم دبستان، اهل بابل و ساکن تهران است، که در مهرماه سال ۱۳۸۱ با شکایت سواس شستشو و قرینگی (طبق اظهار مادر بزرگش) به درمانگاه روانپزشکی کودکان ارجاع داده شد. مادر بزرگ کودک اظهار داشت که از سه سال پیش متوجه وجود علایم شستشوی زیاد و افراطی، در نوه اش شده است. طبق اظهار او، علایم و سواس شستشو به صورت شستن دست ها به مدت طولانی بود. او هم چنین ذکر نمود که کودک به همین علت تحت درمان دارویی قرار گرفته است، اما پاسخ درمانی مناسبی ندارد. کودک داروهای کلومیپرامین (۱۵۰ میلی گرم در روز)، فلوکستین (۶۰ میلی گرم در روز)، کلونازپام و لیتیم (تا ۶۰۰ میلی گرم روزانه برای تقویت اثر داروهای ضد سواس) را دریافت کرده، اما طبق گفته های مادر بزرگ تغییری در علایم نداشته است. در این مدت مادر بزرگ، کودک را نزد پزشکان مختلف (روانپزشک و نورولوژیست) برده، در حال حاضر نیز اصرار به تجویز داروهای جدیدتر و قویتر دارد.

لازم به ذکر است که مادر کودک از شش سال پیش مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید و دارای سابقه دو نوبت بستری در بخش روانپزشکی است و تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک می باشد. از شروع بیماری مادر، کودک با مادر بزرگش زندگی کرده است. مادر و پدر کودک در قسمت دیگری از همان منزل زندگی می کنند. کودک رابطه عاطفی مناسبی با مادر خود ندارد و از آزار و پرخاشگری او نسبت به پدرش شکایت می کند.

مادر بزرگ کودک، ذکر می کرد که نسبت به درمان بیماری دخترش سهل انگاری کرده و درمان مناسب را به عمل نیاورده است. او در مورد وضعیت کنونی دخترش احساس گناه می کرد و

پاروتید بیمار احتمال وجود این بیماری مطرح شد. در بررسی‌ها، آنها متوجه تزریق این مواد به پاروتید کودک توسط مادر بزرگ او شدند. بعد از جدایی کودک از مادر بزرگ تدریجاً علایم بیماری برطرف شد.

کاروسو^۱، برگانی^{۱۱}، دی‌ناتال^{۱۲} و دآرکایس^{۱۳} (۱۹۸۹) یک مورد از اختلال ساختگی و کالتی با علایم جسمی را در کودکی ۱۲ ساله گزارش کردند که با تجویز گلین کلامید، دچار هیپوگلیسمی می‌شد. متأسفانه کودک قبل از تشخیص تحت عمل جراحی پانکراتکتومی ساب‌توتال قرار گرفت. روزبرگ^{۱۴} (۱۹۸۷) ۱۱۷ مورد از این اختلال را در مروری بر مقالات گزارش کرد که در همه موارد، مادران یا مراقبین اصلی علایم را ایجاد کرده بودند و بیشتر موارد را علایم جسمی تشکیل می‌دادند. ساویدو^{۱۵}، بوزیکاس^{۱۶} و کاراواتوس^{۱۷} (۲۰۰۲) این بیماری را با علایم روانی در پسر ۱۲ ساله گزارش کردند. او و والدینش ادعای کاذبی در زمینه آزار جسمی ناشی از رفتار معلم داشتند. والدین کودک دچار سایکوز مشترک^{۱۸} بودند و کودک مبتلا به اختلال سلوک و مشکلات هیجانی ناشی از تفکر یاد شده بود. شریر (۱۹۹۲) مواردی از اختلال ساختگی و کالتی را مطرح کرد که علایم به صورت ناتوانی تحصیلی بروز کرده بود. فلدمن^{۱۹} روزنکوئیست^{۲۰} و بوند^{۲۱} (۱۹۹۷) یک مورد پرستار ۳۴ ساله را گزارش کردند که علایم جسمی و روانی را در خود و دختر خردسالش ایجاد می‌کرد. این مورد از موارد نادر همراهی اختلال ساختگی و اختلال ساختگی و کالتی می‌باشد.

گریفیث^{۲۲} (۱۹۸۸) یک عملکرد سیستمیک برای این بیماری قایل شده است، بدین ترتیب که بیماری موجب تداوم ساختار زندگی می‌شود و کودک مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد این تئوری در مورد این بیمار صادق است، بدین ترتیب

ترس از رها شدن، تنبیه و تنهایی را ذکر کرد و احساس نادیده گرفته شدن را بیان نمود.

در داستان‌های نیمه تمام Louisa (لوی، موساتی^۲، پیردا^۳ و سیچی^۴، ۱۹۸۴)، به خصوص در داستانی که مربوط به کیوترهاست، کودک احساس قربانی بودن، فراموش شدن، عدم امنیت، فقدان وجود یک منبع عاطفی و ترس از یک موضع قدرتمند را بیان کرد. در انجام آزمون کشیدن ادمک^۵ (توماس^۶، ۱۹۹۴) کودک خانه‌ای را به همراه دختری به ابعاد بسیار کوچک و بدون رنگ آمیزی به تصویر کشید. او این تصویر را مربوط به مادر بزرگ خود می‌دانست و بارها آن را می‌کشید و پاک می‌کرد، که می‌تواند نشانه رابطه متعارض با او باشد. کودک دختری را کشید که ابعاد بزرگتر، لباس رنگی و زیورآلات داشته، مشغول توپ‌بازی بود؛ این تصویر می‌تواند نشان‌دهنده خود ایده آل کودک باشد. کودک در پاسخ به این سؤال که بچه در خانه چه حالتی دارد، پاسخ داد که ناراحت است و در برابر این پرسش که چرا ناراحت است، گفت چون دوست ندارد دست‌هایش را بشوید، از مادر بزرگ کتک می‌خورد. او در مقابل این سؤال که چه کسی از همه خوشحال‌تر است، پاسخی نداد.

مادر بزرگ کودک در ارزیابی روانپزشکی، معیارهای اختلال اضطرابی منتشر (DSM-IV) را داشت و علایم اختلال وسواس در او مشاهده نشد.

کودک از مادر بزرگ خود جدا شد و تحت روان‌درمانی حمایتی قرار گرفت. بعد از حدود دو ماه علایم وسواس بهبودی کامل نشان داد و پیگیری بیمار تا شش ماه بعد، حاکی از عدم وجود این علایم بود.

بحث

اختلال ساختگی و کالتی با تظاهرات روانی، اختلال نادری است که گزارشات کمی از بروز آن در کودکان وجود دارد. فینسترا^۷، مرت^۸ و تره‌فرس^۹ (۱۹۸۸) یک مورد اختلال ساختگی و کالتی با علایم جسمی را در یک دختر یک ساله با پاروتیدیت یک‌طرفه گزارش کردند. با توجه به الگوی آناتومیک غیرطبیعی و به‌دست آوردن موادی شامل آلومینیوم، آهن و سیلیس از نمونه

1- Levi
3- Piredda
5- Draw a Person Test
7- Feenstra
9- Treffers
11- Bregani
13- D' Arcais
15- Savvidou
17- Karavatos
19- Feldman
21- Bond

2- Musatti
4- Sechi
6- Thomas
8- Merth
10- Caruso
12- Di Natale
14- Rosenberg
16- Bozikas
18- shared psychosis
20- Rosenguist
22- Griffith

روانشناختی به عمل آمده از کودک، علائم وسواس را نشان نداد و بیان‌کننده احساس تنبیه، تهدید، تنهایی، عدم امنیت عاطفی، انفعال و اطاعت بود. در واقع کودک توسط مادر بزرگ خود مورد سوء رفتار هیجانی^۵ واقع می‌شد. به عبارت دیگر مادر بزرگ با استفاده از هیجان‌ات کودک، علائم ساختگی را ایجاد و به درمان آنها مبادرت می‌کرد.

با توجه به عدم وجود اختلال وسواس در مادر بزرگ کودک، احتمال الگو برداری کودک از وی و تقلید علائم نیز منتفی است. احتمالاً مادر بزرگ کودک با ایجاد بیماری و نجات دادن قربانی، سعی در حفظ نقش خود به عنوان مادری خوب داشت؛ نقشی که در ایفای آن در رابطه با دخترش، ناکام بوده است.

در نهایت، توجه به این نکته ضروری است که برخی اختلالات غیر شایع نظیر اختلال ساختگی و کالتی باید به ویژه در هنگام عدم پاسخ بیمار به درمان‌های رایج روانپزشکی در نظر گرفته شوند. بیمارانی که به دنبال درمان‌های جدید هستند و هرگونه درمانی را با رضایت خاطر می‌پذیرند، باید شک به این گونه تشخیص‌ها را قویتر کنند.

که با بیمار بودن و تحت درمان واقع شدن موجب کاهش احساس گناه مادر بزرگ و ایجاد تعادل (هوموستاز) شده است.

از سوی دیگر، گزارشات معدودی از شروع اختلال وسواس در کودکان قبل از دبستان وجود دارد. اختلال وسواس غالباً سیر نوسانی دارد و بیمار علائم متفاوتی را نشان می‌دهد. الگوی وسواس کودکان در سنین پایین، معمولاً از الگوی وسواس بالغین تبعیت نکرده، از اشکال خاصی برخوردار است. کودکان معمولاً سعی در اجرای آداب وسواس خود به صورت پنهانی دارند (لیونارد^۱، راپاپورت^۲ و سوندو^۳، ۱۹۹۷).

این بیمار یک علامت بالینی رایج وسواس را نشان می‌دهد و این علامت از آغاز بیماری به طور ثابت ادامه داشته، با وجود درمان دارویی بهبودی نشان نداده است. این مسایل نیز احتمال وجود اختلال ساختگی و کالتی را در کودک تقویت نمود.

اختلال وسواس در کودکان همراهی زیادی با اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و اختلال تورت^۴ دارد و زمینه اضطرابی بالایی در این کودکان دیده می‌شود؛ با این حال، در این بیمار هیچ‌گونه اختلال همراه دیده نشد. تنها نگرانی نسبت به بیماری مادر وجود داشت که با توجه به شدت بیماری مادر و بدبینی و پرخاشگری او غیرعادی نیست. در این بیمار، به علت وجود اختلال روانی در مادر، در ابتدا به احتمال وجود سایر اختلالات از جمله اختلال ساختگی و کالتی کمتر پرداخته شد. اصرار زیاد مادر بزرگ کودک، بر تجویز دوز بالاتر دارو و استفاده از داروهای جدیدتر، شک به وجود اختلال ساختگی و کالتی را تقویت نمود. بررسی

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۹/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۴/۱۵

1- Leonard
3- Swedo
5- emotional abuse

2- Rappaport
4- Tourette disorder

منابع

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington DC: APA Press.

Bellak, L., & Bellak, S. (1949). *Children's Apperception Test*. Oxford, England: C. P. S. Co.

Caruso, M., Bregani, P., Di Natale, B., & D' Arcais, A. (1989). Induced hypoglycemia: An unusual case of child battering. *Minerva Pediatrica*, 41, 525-528.

Feenstra, J., Merth, I. T., & Treffers, P. D. (1988). A case of Munchhausen syndrome by proxy. *Tijdschr Kindergeneesk*, 56, 148-153.

Feldman, M. D., Rosenquist, P. B., & Bond, J. P. (1997). Concurrent factitious disorder and factitious disorder by Proxy: Double Jeopardy. *General Hospital Psychiatry*, 19, 24-28.

Griffith, J. (1988). The family systems of Munchausen's syndrome by proxy. *Family Process*, 27, 423-437.

Leonard, H. L., Rapoport, J. L., & Swedo, S. E. (1997). Obsessive compulsive disorder: In Wiener JM (Ed.). *Textbook of child and adolescent psychiatry*. American Psychiatric Press.

- Levi, G., Musatti, L., Piredda, M. L., & Sechi, E. (1984). Cognitive and linguistic strategies in children with reading disabilities in an oral storytelling test. *Journal of Learning Disabilities, 17*, 406-410.
- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect, 11*, 547-563.
- Savvidou, I., Bozikas, V. P., & Karavatos, A. (2002). False allegations of child physical abuse: A case of Munchhausen-like syndrome? *International Journal of Psychiatry in Medicine, 32*, 201-208.
- Schreier, H. A. (1992). The perversion of mothering: Muchhausen syndrome by proxy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56*, 421-437.
- Schreier, H. A. (2002). Understanding the dynamics in Munchausen by proxy: The case of Kathy Bush. *Child Abuse and Neglect, 26*, 537-549
- Thomas, C. C. (1994). Draw a person test.