

گزارش ۲ مورد اختلال ساختگی با تظاهرات ریوی مشابه

چکیده

شکایات جسمی یکی از مهمترین تظاهرات بیماران با مشکلات روانی است که به اشکال مختلف خود را نشان می‌دهد. تظاهرات ریوی از شکایتهای نسبتاً شایع جسمی هستند که در این میان تنگی نفس و سرفه مزمن جزء شایعترین شکایتهای ریوی محسوب می‌شوند و خلط خونی از علائم نسبتاً نادر می‌باشد. یکی از اختلالات روانی که با مشکلات جسمی بروز می‌کند اختلال ساختگی است. در این اختلال بیمار خودآگاه ولی غیر ارادی، یکسری علائم جسمی را از خود نشان می‌دهد که با این عمل سعی در فریب‌دادن اطرافیان و پزشک دارد، بدون اینکه چشم‌داشتی از رفتار خود داشته باشد. در این مقاله ۲ بیمار معرفی می‌گردند که هر ۲ نفر، بعلت خلط خونی مراجعه کرده بودند و بررسیهای مختلف تشخیصی، علت جسمی را برای شکایت آنها نشان نداده بود. در نهایت پس از مدتی مشخص شد که منشأ خلط خونی، اختلال ساختگی است که در نتیجه آن، بیماران به روانپزشک معرفی گردیدند.

دکتر امین احتشامی افشار I

*دکتر محمد مهدی زحمتکش II

دکتر آرشد میرابزاده III

کلیدواژه‌ها: ۱- خلط خونی ۲- اختلال ساختگی ۳- تظاهرات ریوی

مقدمه

ایمنی (AIDS) (۴)، گزارش شده است. اختلال ساختگی با یک سری علائم جسمی یا روانشناختی مشخص می‌شود که بصورت عمدی ایجاد می‌گردد (۱). انگیزه بیمار از این رفتارها که در این اختلال از خود نشان می‌دهد، اتخاذ نقش بیمار (Sick role) است که در ارتباط با اهداف بیرونی مثل نفع اقتصادی، اجتناب از مسئولیت و فرار از قانون و غیره نمی‌باشد.

عمدی بودن علائم با مدارک مستقیم و یا با رد شدن علل

بسیاری از بیماران که دچار مشکلات روانی هستند دارای شکایات و تظاهرات جسمی می‌باشند. تهوع، استفراغ، بی‌اشهایی، پرخوری، اسهال، یبوست، تپش قلب، تنگی نفس، فلج و... از جمله این شکایتهای هستند. یکی از اختلالات روانی که با تظاهرات جسمی خود رانشان می‌دهد بیماری ساختگی است که با شکایتهای گوناگونی بروز می‌کند.

موارد متعددی از آن با شکایتهای ریوی (۱)،

نورولوژیکی (۲ و ۳)، گوارشی و حتی تقلید علائم بیماری نقص

این مقاله در سومین کنگره بین‌المللی بیماریهای ریوی و سل در تهران سال ۱۳۷۹ ارائه شده است.

I) دانشیار و فوق تخصص بیماریهای ریه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

II) استادیار و فوق تخصص بیماریهای ریه، بیمارستان حضرت رسول، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (* مولف مسؤول)

III) استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

یک مرکز دانشگاهی بستری و تحت بررسی قرار گرفته بود.

در بررسیهای انجام شده از نظر معاینه بالینی، یافته مثبتی نداشت. از نظر آزمایشات پاراکلینیکی بجز هماچوری میکروسکوپی که احتمالاً بعلت پرپود ماهانه بوده است، سایر پارامترها در حد طبیعی بودند. پس از انجام آزمایشات تکمیلی مثل سی تی اسکن و برونکوسکوپی، بیمار بدون تشخیص خاصی مرخص گردید.

بیمار ۲ ماه پس از ترخیص، مجدداً با همین شکایت مراجعه کرد. او در نوجوانی دچار مشکل اروژنیتال بود که به همین علت چندین نوبت در بیمارستان بستری و در نهایت مشککش با عمل جراحی برطرف شده بود. بجز این مورد، بیماری دیگری نداشت. در تاریخچه فامیلی، پدر بیمار سابقه کانسر حنجره داشت که تظاهرات آن بصورت سرفه مزمن و خلط خونی بوده است. آزمایشات PT, Platelet, ESR, CBC, ANA, ANCA, LE cell, U/A, PPD, LFT, PTT, همه در حد طبیعی بودند. گرافی ریه، سی تی اسکن ریه، اکوکاردیوگرافی و در نهایت برونکوسکوپی نیز در ۲ نوبت طبیعی بود. مشاوره ENT هم طبیعی گزارش گردید.

با توجه به تکرار مشکلات بیمار و طبیعی بودن تمام آزمایشات تشخیصی، برای بیمار احتمال تمارض یا بیماری ساختگی مطرح و مشاوره روانپزشکی درخواست شد.

طبق گزارش روانپزشک، بیمار دچار افسردگی خفیف و اضطراب بود و بنظر نمی رسید که دچار تمارض یا بیماری ساختگی باشد.

با توجه به عدم تشخیص علت هموپتزی، تصمیم به مرخص کردن بیمار گرفته شد که این تصمیم با امتناع بیمار مواجه گردید و چون بر ترخیص اصرار ورزیده شد متوجه شدیم که بیمار پس از پنهان کردن خود، با گیره سر مخاط دهان خود را سوراخ کرده و با ایجاد زخم عمیق خونریزی ایجاد نموده است. به همین دلیل بیمار مجدداً به روانپزشک معرفی گردید.

دیگر ویا هر دو مشخص می شود. میزان شیوع اختلال ساختگی نامشخص است ولی براساس مطالعات انجام شده، بیشترین شیوع به مردان و پرسنل بهداشتی و بیمارستانی اختصاص دارد. بعلت اشکالات موجود در پیوستن بیمار به پروسه درمانی، کشف علت بیماری با مشکل مواجه است.

هدف اصلی اکثر بیماران، نیاز برای پذیرفته شدن می باشد بطوریکه این افراد معمولاً سابقه ای از مراقبت و دریافت محبت بیش از اندازه را در زندگی گذشته خود داشته اند، لذا سعی می کنند تا با اتخاذ نقش بیمار و دوباره زنده کردن خاطرات همراه با مراقبت و مورد قبول واقع شدن، بر تجربه دردناک طرد شدن، غلبه یابند (۵).

معیار تشخیصی DSM-IV (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی) ۳ نوع اختلال ساختگی را توصیف نموده است (۶):

- ۱- با علائم و نشانه های روانشناختی بارز.
- ۲- با علائم و نشانه های جسمی بارز.
- ۳- با هر دو گروه علائم جسمی و روانشناختی بدون بارز بودن هیچ یک از علائم، از نظر تظاهرات کلینیکی. شروع اختلال معمولاً در اوائل بزرگسالی است اما گاهی نیز در کودکی یا نوجوانی دیده می شود. اختلال ساختگی برای بیمار ناتوان کننده است و اغلب باعث ترومای شدید روانی و واکنش نامناسب به درمان می گردد. پیش آگهی در بیشتر موارد ضعیف است و هیچ درمان اختصاصی روانپزشکی نیز وجود ندارد. اگرچه می توان با تأکید بر اداره کردن بیمار تا درمان، به این گروه از بیماران کمک نمود (۷).

معرفی بیمار اول

بیمار اول خانم مجرد ۱۹ ساله ای بود که مدتی بعنوان بهورز در یکی از خانه های بهداشت ورامین فعالیت می کرد. او بعلت خلط خونی که از ۳ ماه قبل متعاقب سرماخوردگی ایجاد شده بود به درمانگاه ریه مراجعه کرده بود. به گفته خود بیمار علاوه بر خلط خونی دچار تب، کاهش وزن و بی اشتهایی نیز شده بود که به همین علت مدت ۲۲ روز در

معرفی بیمار دوم

بیمار دوم خانم مجرد ۲۲ ساله با مدرک تحصیلی فوق دیپلم بهیاری بود که در زمان مراجعه بعنوان منشی در مطب یک پزشک عمومی مشغول بکار بود. علت مراجعه بیمار داشتن خلط خونی از ۵ سال قبل بود که به همین علت ۳ بار در بیمارستان بستری گردیده بود و هر بار پس از بررسی‌های مکرر، منشأ هموپتیزی تشخیص داده نشده بود. بیمار در سن ۱۰ سالگی بعلت Wolfe parkinson white syndrom (WPW) و حملات تاکیکاردی، تحت عمل جراحی قطع راه‌های هدایتی قرار گرفته و پیس‌گذاری شده بود که در این رابطه هیچ مشکلی نداشت. در طی این چند سال چندین نوبت سابقه بستری در بیمارستان داشت که یک نوبت بعلت DVT بود و یک نوبت بعلت آپاندیسیت، تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته بود.

وی تنها فرزند دختر خانواده و دارای ۲ برادر بود که هر دو از نظر جسمی سالم بودند. پدر و مادر بیمار نیز مشکل جسمی نداشتند. در معاینه بیمار نکته قابل توجهی ملاحظه نشد. در دست چپ بیمار آنژیوکت وجود داشت که سعی در پنهان کردن آن می‌نمود و این در حالی بود که دستور آنژیوکت برای بیمار، داده نشده بود.

کلیه آزمایشات و همچنین گرافی ریه بیمار طبیعی گزارش شد. برونکوسکوپی نیز در ۲ نوبت طبیعی بود. بیمار جهت انجام HR سی‌تی‌اسکن به بخش سی‌تی‌اسکن منتقل گردید که روی تخت دچار هموپتیزی قابل توجهی شد.

تکنسین بخش سی‌تی‌اسکن، بیمار را در حال مکیدن آنژیوکت دیده بود. اما او ساختگی بودن شکایت خود را انکار نمود که جهت بررسی بیشتر به روانپزشک معرفی شد و تحت درمان قرار گرفت.

پس از ترخیص چندین نوبت دیگر نیز مراجعه به پزشک داشت که یک نوبت آن بعلت DVT بود و ما در معاینات

انجام شده متوجه شدیم که پای خود را با طناب نایلونی محکم بسته است.

بحث

بیمار اول، یک بار قبل از تشخیص منشأ هموپتیزی، از نظر روانپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته بود که ظاهراً بجز افسردگی خفیف و اضطراب، مشکل دیگری نداشت. بعد از مشخص شدن منشأ هموپتیزی و عمدی بودن آن، در یک جلسه تشخیصی و درمانی، مصاحبه روانپزشکی برای بیمار انجام شد.

ابتدا سعی در برقراری ارتباط مناسب درمانی با بیمار شد و سپس با بررسی تاریخچه، علائم و نشانه‌های بالینی و انگیزه بیمار از این اقدام براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV، تشخیص اختلال ساختگی با علائم و نشانه‌های بارز جسمی داده شد. بعلت عدم همکاری بیمار در ادامه دادن جلسات درمانی، امکان بررسی دقیق بیمار از ابعاد سایکودینامیک و تحلیل انگیزه رفتاری او میسر نگردید. بیمار دوم، شکایت از وجود خون در خلط داشت. شروع ناراحتی او به ۵ سال پیش برمی‌گشت که منجر به ۳ نوبت بستری شدن وی در بیمارستان گردیده بود.

در تمامی دفعات پذیرش بررسی‌های تشخیصی از قبیل انواع آزمایشات خونی، برونکوسکوپی، اندوسکوپی و غیره انجام شده بود که در هیچ کدام از آنها نکته‌ای دال بر وجود یک بیماری جسمی بدست نیامده بود. بیمار اصرار شدیدی مبنی بر عضوی بودن مشکل خود داشت و بطور قابل ملاحظه‌ای بر انجام بررسی‌های بیشتر تشخیصی، اصرار می‌ورزید و حتی بر هر نوع عمل جراحی خاص که بتواند علت بیماریش را تشخیص دهد، پافشاری می‌کرد.

بیمار سابقه مراجعات سرپایی متعددی را نیز از حدود ۵ سال قبل با همین شکایت داشته است و تقریباً در تمامی مراجعات، بر بستری شدن اصرار ورزیده بود. علیرغم وجود خلق افسرده و نارضایتی کلی از زندگی، سابقه مراجعه به روانپزشک نداشت.

عمدی بودن علائم و رد شدن قطعی عامل عضوی برای شکایت مطرح شده، از مواردی بود که در طی بستری شدنهای مکرر مشخص شده بود.

در تمامی مراحل مصاحبه هیچگاه سعی نشد با سوالات مستقیم بیمار مورد اتهام قرار داده شود، بلکه پی‌ریزی یک ارتباط درمانی مناسب (Rapport) برای اجرای برنامه‌های درمانی بعدی، مدنظر قرار داشت.

در هر ملاقات، معاینه فیزیکی کامل از نظر شکایت مورد نظر، صورت می‌گرفت که با این عمل همکاری بیمار در ارائه شرح حال نیز بهتر می‌شد.

از دیگر نکات قابل توجه در مصاحبه، آشنایی بیمار به اصطلاحات پزشکی مربوط به بیماری و حتی موضوعات کلی در مورد بیماریهای طبی، روشهای روتین بکار رفته در مورد پذیرش و ترخیص بیماران و مراجعات سرپایی آنها بود. این ویژگی در تعداد قابل توجهی از بیماران وجود دارد (۹۰۸).

بیمار سابقه خلق افسرده همراه با کاهش انرژی، عدم علاقه به زندگی، اختلال در خواب به صورت کم خوابی، پراشتهایی و حواس پرتی را از حدود ۴ سال قبل ذکر می‌کرد. نزدیک به ۲ سال قبل نیز اقدام به خودکشی با تیغ داشته است که بیشتر به فرم نمایشی برای جلب توجه خانواده‌اش بوده است.

بیمار اظهار می‌کرد، خودکشی کردم تا خانواده‌ام ملزم به توجه به من شوند. از دوران کودکی بعلت مشکلات قلبی مراجعات مکرر به پزشکان متخصص قلب داشته است و در طی این دوران از حمایت‌های بی دریغ مادر برخوردار بوده است اما هیچگاه این محبت را از پدر و یا برادرانش کسب نکرده بود.

پدر بیمار چهره‌ای خشن و طردکننده داشت و بعلت مشکلات هیجانی و مالی در خانواده بعنوان فردی بدون احساسات عاطفی شناخته می‌شده است.

بیمار اغلب سعی در برقراری ارتباط بسیار نزدیک عاطفی با افرادی غیر از اقوام درجه اول خود مثل دوستان

وی از کودکی دچار مشکلات قلبی بود که منجر به چندین بار بستری در آن دوران شده بود. او فرزند آخر خانواده و دارای ۳ برادر بزرگتر بود که با آنها ارتباط عاطفی و صمیمی مناسبی نداشت. یکی از برادرانش در جبهه شهید و مفقود الجسد بود. با پدر رابطه عاطفی خوبی نداشت و اظهار می‌کرد پدرش تنها او را به خاطر حقوق و حمایت مالی‌اش می‌خواهد و هیچ وقت نتوانسته است او را درک کند.

بیمار با مادر خود ارتباط نزدیکتری داشت که این ارتباط در مواقع بیماری به حد اعلا می‌رسید. پدر کارگر ساده خدماتی و مادر خانه‌دار بود. سابقه بیماری جسمی و روانپزشکی خاصی در خانواده وجود نداشت. در طی آخرین مرحله بستری، یکی از اعضای تیم درمان متوجه شد که بیمار ۲ بار از محل کاتتر وریدی خود خون مکیده است که با انکار واضح همراه با اضطراب بیمار مواجه گردیده بودند. پس از آن بنا به توصیه پزشک متخصص ریه برای بررسی روانپزشکی بصورت سرپایی به این سرویس ارجاع شد.

اگرچه وی مراجعه منظمی نداشت اما در ۴ جلسه مشاوره شرکت کرد و تقریباً در تمام جلسات، در ابتدای ملاقات، با استفاده از کلمات تخصصی پزشکی به شرح تاریخچه‌ای از اختلال جسمی خود که منجر به مراجعات مکرر به متخصص داخلی شده بود، می‌پرداخت.

استفاده از رنگهای شاد برای لباس و رفتارهای توجه‌طلبانه همراه با تمایل به شوخی و دست انداختن پزشک از بارزترین خصوصیات بیمار برای جلب توجه بود. اکثر اوقات بیمار به سرعت تغییر خلق می‌داد بطوریکه در طی یک مصاحبه عاطفه او از غمگین بودن به سمت شادی و گاهی عصبانیت، تغییر می‌کرد ولی اکثراً خلق خود را ناخوشایند (dysphoric) توصیف می‌نمود و یا قادر به شرح دقیق آن نبود (alexithymia).

مشکل درکی خاصی در او مشخص نشد و هذیان بارزی نداشت. از نظر شناخت و معاینه نورولوژیک نیز نکته پاتولوژیک وجود نداشت.

و برگزیدن نقش بیمار بصورت غیرارادی انجام شده بود. از طرفی بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی به مدت طولانی از یک علامت شکایت نمی‌کنند و نسبت به روتین بیمارستانی نیز معمولاً بی‌اطلاع هستند (۹و۸).

۲- اختلال جسمی سازی (Somatization disorder): در این اختلال نیز ایجاد علائم عمدی نیست و بیمار معمولاً زیر بار بررسی‌های تشخیصی و درمان و بستری شدن نمی‌رود. همچنین شکایت بیشتر در چند ارگان است (۹ و ۸).

۳- خود بیمار انگاری (Hypochondriasis): در این اختلال نیز بیماران بطور ارادی قادر به تولید علائم نیستند. معمولاً سن شروع بالاتر است و علائم و نشانه‌ها در ارتباط با یک اختلال طبی خاص هستند، لذا بیشتر بر بیماری تکیه دارند تا علائم. از سوی دیگر آن دسته از روش‌های تشخیصی را که بسختی صورت می‌گیرند و یا خطرناک هستند، نمی‌پذیرند (۹و۸).

۴- اسکیزوفرنیا (Schizophrenia): معمولاً در صورتیکه هذیان جسمی ثابتی در یک مورد خاص وجود داشته باشد و بیمار با این اعتقاد اصرار به بستری نماید، قابل اشتباه شدن است (۹و۸).

۵- تمارض (Malingering): در اینجا هدف محیطی آشکاری وجود دارد مثلاً بستری شدن می‌تواند برای اجتناب از کار، استفاده از غذای بیمارستان و ایجاد مکانی برای خواب و یا همراه با نفع مادی و یا فرار از قانون باشد.

۶- اختلالات روان تنی (Psychosomatic disorders): در این اختلالات، یک بیماری جسمی با پاتوفیزیولوژی مشخص وجود دارد که شروع و یا عود آن همراه با یک استرس روانی است. تمام موارد فوق بعلت عدم تطابق با تاریخچه بیماری و علائم و نشانه‌های بیمار، بعنوان تشخیص احتمالی کنار گذاشته شد (۹و۸).

در نهایت بیمار با تشخیص‌های اختلال ساختگی (Factitious disorder)، اختلال افسرده خویی (dysthymic disorder) و اختلال شخصیت نمایشی

و آشنایان دورتر داشته است که در بیشتر موارد، بعد از مدتی با شکست مواجه می‌شد. در بخش سعی در برقراری ارتباط عاطفی نزدیک با پرسنل و پزشکان می‌کرد و به خود اجازه مداخله در فعالیتهای تشخیصی و درمانی را نیز می‌داد.

بیمار در کودکی با آرزوی پزشک شدن رشد کرده بود اما با قبولی در رشته بهیاری تمام آمال و آرزوهای خود را در آن دیده بود و از بهیاری به عنوان یکی از رشته‌های هم ردیف پزشکی برای کمک به بیماران نام می‌برد.

با توجه به اینکه بیمار بعنوان منشی در یک مطب پزشکی مشغول بکار بوده است بنا به اظهار خودش، بخوبی می‌توانست بیماران را درک کند و خود را ملزم به کمک عاطفی به آنها می‌دانست.

نکته دیگر اینکه در مراجعات سرپایی نوبت گرفته شده را رعایت نمی‌کرد و اغلب با توعی بالا، درخواست مراجعه خارج از نوبت و ویزیت ویژه می‌نمود.

با توجه به عمدی بودن علائم و رد تقریباً کامل علل عضوی مربوط به آن و اینکه هیچ انگیزه بیرونی برای رفتار بیمار وجود نداشت، تشخیص اختلال ساختگی با علائم جسمی بارز (Factitious disorder with predominantly physical signs & symptoms) یا سندرم مونچهازن (Munchausen syndrome) بعنوان اولین تشخیص احتمالی، مطرح شد.

قبل از بحث در خصوص تشخیص ابتدایی، مواردی که باید بعنوان تشخیص افتراقی در نظر گرفته شوند به قرار زیر هستند:

۱- اختلال تبدیلی (Conversion disorder): علامت یا علائم این دسته از بیماران به صورت عمدی ایجاد نمی‌شود بلکه بطور غیرارادی و ناخودآگاه، با یک ارتباط مستقیم و در یک فاصله زمانی مشخص، بدنبال یک تعارض هیجانی ایجاد می‌گردد.

در واقع این بیماران از اساس روانشناختی علائم جسمی خود آگاهی ندارند در صورتیکه در بیمار ما علامت بصورت عمدی و خودآگاه ایجاد شده بود اما ارادی نبوده

۱- آگاهی در مورد خصوصیت سایکودینامیک اختلال، به این صورت که علیرغم عمدی بودن علائم، ایجاد علائم تحت کنترل و اراده بیمار نیست (علائم خودآگاه و غیر ارادی).

۲- آگاهی از این واقعیت که حتی با وجود تشخیص اختلال ساختگی باز هم بیمار، بیمار است و باید بعنوان یک بیمار با وی برخورد نمود تا فردی متقلب.

۳- متمرکز نمودن درمان بر مدارا کردن با بیماران تا بهبودی واقعی.

۴- مانع شدن از اقدامات تشخیصی خطرناک و دردناک بعد از تشخیص اختلال.

۵- آگاه بودن از احتمال بروز پدیده ضد انتقال در پزشک و پرسنل درمانی بصورت احساس خشم و تنفر نسبت به بیمار و مدارا با آن.

۶- آموزش کافی به پرسنل تیمهای درمانی در مورد این اختلال، و فهم انگیزه بیماران.

منابع

1-Schamaling-KB; Rosenberg-S J; openhimer-J; et al. Factitious disorder with respiratory symptoms psychosomatic. 1991; 32(4): 459-9.

2- Ballard-RS; stoudemire-A; Factitious apraxia Int-J-psychiatry-Med. 1992; 22(3): 275-80.

3- Heron-EA; kritchevsky-M; Delis-DC: Neuropsychol presentation of Ganser symptoms. J-din-Exp Neuropsychol. 1991; 13(5): 652-66.

4- Songer-DA: factitious AIDS. A case reported and literature review. Psychosomatics 1995; 36(4): 406-11.

5- Ladvikson-BR; Griffin-J; Graziano-FM: Munchhausen's syndrom: The importance of a comprehensive medical history. Wis-Med-J 1993; 92: 128-9.

6- Kaplan and Sadock, synopsis of psychiatry. 8nd edition. Baltimor, Willious and Wilkius. 1998. PP: 633.

7- Houck-CA; Medicolegal aspects of factitious disorder psychiatr- Med, 1992; 10(3): 105-16.

(Histerionic personality disorder)، تحت درمان دارویی و روان درمانی قرار گرفت.

یافته مهم پس از آشکار شدن رفتار بیمار در تقلید علائم، تأکید مجدد بر اجرای غیر ارادی نقش بیمار برای جلب توجه و تکرار اجباری تعارضات روانی و تلاش برای مقبول واقع شدن بود.

بیمار در دوران کودکی تجربه‌ای از تحت مراقبت قرار گرفتن و اتخاذ نقش بیمار داشته است. از طرفی بعلت عدم ارتباط مناسب عاطفی بین او و اکثر اعضای خانواده، بدنبال فرار از وضعیت آسیب‌زای موجود و ایجاد یک محیط ارتباطی جدید بود تا از این طریق قادر به گرفتن محبت باشد و بتواند محبت بورزد(۱۰). لذا این تعارض، ناخودآگاه در ارتباط جدید با پرسنل بیمارستانی تظاهر می‌کند بطوریکه در عین خوش رفتاری با آنان از طرف ایشان نیز بعنوان بیمار دردمند و محتاج کمک، مورد محبت قرار می‌گیرد و آنان نیز علاقه خود را به بیمار در قالب بررسیهای دقیق تشخیصی و درمانی نشان می‌دهند.

از طرف دیگر شاید ارتباط نزدیک با پرسنل درمانی و بکار بردن ژست‌های خاص در این مورد نوعی همانندسازی با فردی است که آرزوی او داشتن آن رل شخصیتی بوده است(۵ و ۸)، زیرا بیمار سالهای کودکی خود را در آرزوی پزشک شدن سپری کرده بود.

از نقطه نظر سایکودینامیک، شاید بیمار با اتخاذ نقش بیمار و دوباره زنده کردن تجربه بستری شدنهای مکرر قبلی، بخواهد بر آسیبی که به آن علت در گذشته به او وارد شده بود غلبه یابد و آن را از یاد ببرد. از طرفی تقلید علامت فوق می‌تواند عملی انطباقی، برای حفظ تمامیت شخصیت وی محسوب گردد و به نوعی پوشاننده قدرت تحمل ضعیف او برای غلبه بر ناکامی‌ها باشد.

پیشنهادهات: پیشنهاداتی در برخورد با بیمارانی که تشخیص ابتدائی آنها اختلال ساختگی است ارائه می‌شود که عبارتند از:

8- Kaplan and Sadock, comprehensive textbook of Psychiatry, 7nd edition. Philadelphia lippincott Willious and Wilkius, 2000; pp1271-78.

9- Kaplan and Sadok, synopsis of psychiatry, 7nd edition, Baltimor, Willious and Wilkius 1998, 652-9.

10- Folks-DG: Munchhausen's syndrom and other factitious disorders; Neurol-clin. 1995; 13(2): 267-81.

INTRODUCING TWO CASES OF FACTITIOUS DISORDER WITH SAME PULMONARY PRESENTATION

A. Ehteshami Afshar, MD^I *M.M. Zahmatkesh, MD^{II} A. Mirabzadeh, MD^{III}

ABSTRACT

Organic presentation is the main complain in psychiatric disorders which represent in different features, symptoms like shortness of breath and chronic cough are common when patient complication of pulmonary problems. One of the psychiatric disorder which presents with organic problems is factitious disorder. In this disorder patient complain about some organic dysfunctions that are voluntary but unconsciously. Patient tries to deceive the physician and his or her relatives without any obvious and recognazible to assume the sick role. In this article we introduce two cases with chief complaint of hemoptysis that we found production of this physical sign was intentional and the motivation for the behavior is to assume the sickrole. The diagnosis of these two patients was factitious disorder with prodominantly physical signs and symptoms.

Key Words: 1) Hemoptysis 2) Factitious disorder 3) Pulmonary presentation

This Article presented in the 3th international congress of pulmonary Disease and Tuberculosis, Tehrarn, 2000.

I) Associate professor of pulmonary Disease, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

II) Assistant professor of pulmonary Disease, Hazrat Rasool hospital, starkhan st., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding author)

III) Assistant professor of psychology, school of rehabilitation, shahid shah nazari st., Mohsseni sq. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.