گزارش ۲مورد اختلال ساختگی با تظاهرات ریوی مشابه

دکتر امین احتشامی افشار I

***دکتر محمد مهدی زحمتکش** II

دکتر آرش میراب‌زاده III

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 وسرفه مزمن جزء شایعترین شکایتهای ریوی محسوب می‌شوند و خلط خونی از علائم نسبتاً نادرمی‌باشد. 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 چشم داشتی 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.

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

مقدمه

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 شکایتها 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(۲و۳)، گوارشی و حتی تقلید علائم بیماری نقص ایمنی(AIDS)(٤)، 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 وغیره نمی‌باشد.

عمدی بودن علائم با مدارک مستقیم ویا با ردشدن علل

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 ـ درمانی ایران، تهران.

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

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

دیگر ویا هـر دو مشـخص می‌شـود. مـیزان شـیوع اختـلال ساختگی نامشخص است ولی براساس مطالعات انجام شده، بیشترین شیوع به مردان و پرسنل بهداشـتی و بیمارسـتانی اختصاص دارد. بعلت اشکالات موجود در پیوستن بیمار بـه پروسـه درمانی، کشـف علـت بیمـاری بـا مشـکل مواجـه است.

هدف اصلی اکثربیماران، نیاز برای پذیرفته شدن می‌باشد بطوریکه این افـراد معمـولاً سـابقه‌ای از مراقبـت و دریـافت محبت بیش از اندازه را در زندگی گذشته خود داشته‌اند، لـذا سعی می‌کنند تا با اتخاذ نقش بیمـار و دوبـاره زنـده کـردن خاطرات همراه با مراقبت و مورد قبول واقع شدن، بر تجربه دردناک طردشدن، غلبه یابند(۵).

معیار تشخیصیDSM-IV (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی) ۳ نـوع اختـلال سـاختگی را توصیـف نموده است(٦) :

۱ـ با علائم و نشانه‌های روانشناختی بارز.

۲ـ با عـلائم و نشـانه های جسمی بارز.

۳ـ با هر دو گـروه علائـم جسـمی و روانشـناختی بـدون بارز بودن هیچ یک از علائم، از نظر تظاهرات کلینیکی.

شروع اختلال معمولاً در اوائل بزرگسالی است اما گـاهی نیز در کودکی یا نوجوانی دیده می‌شـود. اختـلال سـاختگی برای بیمار ناتوان کننده است و اغلب بـاعث ترومـای شـدید روانی و واکنش نامناسب به درمان می‌گردد.

پیش آگهی در بیشتر موارد ضعیف است و هیـچ درمـان اختصاصی روانپزشکی نیز وجود ندارد. اگرچه می‌تـوان بـا تأکید بر اداره کردن بیمار تا درمان، به این گروه از بیماران کمک نمود(۷).

معرفی بیمار اول

بیمار اول خانم مجرد۱۹ ساله‌ای بـود کـه مدتـی بعنـوان بهورز در یکی از خانه‌های بهداشت ورامین فعالیت می‌کـرد. او بعلت خلط خونی که از۳ ماه قبل متعاقب سـرماخوردگـی ایجاد شده بود به درمانگاه ریه مراجعه کرده بود. بـه گفتـه خود بیمار علاوه بر خلط خونـی دچـار تـب، کـاهش وزن و بی‌اشتهایـی نیز شده بود که به همین علت مـدت۲۲ روز در یک مرکز دانشگاهـی بستری وتحـت بررسـی قـرار گرفتـه بود.

در بررسیهای انجام شـده از نظـر معاینـه بـالینی، یافتـه مثبتی نداشت. از نظر آزمایشات پاراکلینکی بجز هماچـوری میکروسکوپی که احتمالاً بعلـت پریـود ماهانـه بـوده اسـت، سـایر پارامترهـا در حـد طبیعـی بودنـد. پـس از انجـام آزمایشات تکمیلی مثل سی‌تی‌اسکن و برونکوسکوپی، بیمـار بدون تشخیص خاصی مرخص گردید.

بیمار ۲مـاه پـس از ترخیـص، مجـدداً بـا همیـن شـکایت مراجعه کرد. او در نوجوانی دچار مشکل اروژنیتال بود کـه به همیـن علـت چندیـن نوبـت در بیمارسـتان بسـتری و در نهایت مشکلش با عمل جراحی برطرف شده بـود. بجـز ایـن مورد، بیماری دیگری نداشت. در تاریخچه فامیلی، پدر بیمار سـابقه کانسـر حنجـره داشـت کـه تظـاهرات آن بصـورت سـرفه مزمـن و خلـط خونـی بـوده اسـت. آزمایشات,PT,Platelet, ESR, CBC, ANA, ANCA LE cell, U/A, PPD, LFT, PTT, همـه درحـد طبیعـی بودند. گرافی ریه، سی‌تی‌اسکن ریه، اکوکـاردیوگرافـی و در نـهایت برونکوسـکوپـی نـیز در ۲ نوبـت طبیعـی بـود. مشاورهENT هم طبیعی گزارش گردید.

با توجه به تکرار مشـکلات بیمـار و طبیعـی بـودن تمـام آزمایشـات تشخیصـی، بـرای بیمـار احتمـال تمـارض یـا بیماری ساختگی مطرح ومشـاوره روانپزشـکی درخواسـت شد.

طبق گزارش روانپزشک، بیمار دچار افسردگـی خفیـف و اضطراب بود و بنظر نمی‌رسید که دچار تمارض یا بیمـاری ساختگی باشد.

با توجه به عدم تشـخیص علـت همـوپـتزی، تصمیـم بـه 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 مخـاط دهان خود را سوراخ کرده و با ایجاد زخم عمیق خونریـزی ایجاد نموده است. به همین دلیل بیمار مجدداً به روانپزشـک معرفی گردید.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

معرفی بیمار دوم

بیمار دوم خانم مجرد۲۲ 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 از۵ سال قبل بود که به همین علت ۳ بار در بیمارستان بستری گردیده بود و هر بار پس از بررسیهای مکرر، منشأ هموپتزی تشخیص داده نشده بود. بیمار در سن۱۰ 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 ومادر 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 در۲ نوبت طبیعی بود. بیمار جهت انجام HR سی‌تی‌اسکن به بخش سی‌تی‌اسکن منتقل گردید که روی تخت دچار هموپتزی 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 هموپتزی، از نظر روانپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته بود که ظاهراً بجز افسردگی خفیف و اضطراب، مشکل دیگری نداشت. بعد از مشخص شدن منشأ هموپتزی 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 به۵ سال پیش برمی‌گشت که منجر به۳ 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.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

وی از کودکی دچـار مشـکلات قلبـی بـود کـه منجـر بـه چندین بار بستری در آن دوران شـده بـود. او فرزنـد آخـر خانواده و دارای ۳ برادر بزرگـتر بـود کـه بـا آنـها ارتبـاط عـاطفی و صمیمـی مناسـبی نداشـت. یکـی از برادرانـش در جبهه شهید و مفقود الجسد بود. با پدر رابطه عاطفی خوبـی نداشت و اظهار می‌کرد پدرش تنها او را به خـاطر حقـوق و حمایت مالی‌اش می‌خواهد و هیچ وقت نتوانسـته اسـت او را درک کند.

بیمار با مادر خود ارتباط نزدیکتری داشت که این ارتباط در مواقع بیماری به حد اعلای خود می‌رسـید. پـدر کـارگـر ساده خدماتی و مادر خانه‌دار بود. سابقه بیماری جسـمی و روانپزشـکی خـاصی در خـانواده وجـود نداشـت. در طـی آخرین مرحله بستری، یکی از اعضـای تیـم درمـان متوجـه شد که بیمار ۲ بار از محل کاتتر وریدی خـود خـون مکیـده است که با انکار واضـح همـراه بـا اضطـراب بیمـار مواجـه گردیده بودند. پس از آن بنا بـه توصیـه پزشـک متخصـص ریه برای بررسی روانپزشـکی بصـورت سـرپـایی بـه ایـن سرویس ارجاع شد.

اگرچه وی مراجعه منظمی نداشت اما در٤ جلسه مشاوره شرکت کرد و تقریباً در تمام جلسات، در ابتدای ملاقـات، بـا استفاده از کلمات تخصصی پزشکـی به شـرح تاریخچـه‌ای از اختلال جسـمی خـود کـه منجـر بـه مراجعـات مکـرر بـه متخصص داخلـی شده بود، می‌پرداخـت.

اسـتفاده از رنگهـای شـاد بـرای لبـاس و رفتارهـای توجه‌طلبانـه همـراه بـا تمایـل بـه شوخـی و دسـت انداختـن پزشـک از بارزترین خصوصیـات بیمـار بـرای جلـب توجه بود. اکثر اوقات بیمار به سرعت تغییـر خلـق می‌داد بطوریکـه در طی یـک مصاحبه عاطفه او از غمگیـن بودن به سمـت شادی و گاهـی عصبانیت، تغییر می‌کـرد ولی اکثـراً خلق خود را ناخوشـایند (dysphoric) توصیـف می‌نمود و یا قادر به شرح دقیق آن نبود(alexythymia).

مشکل درکی خاصی در او مشخص نشد و هذیان بارزی نداشـت. از نظـر شـناخت ومعاینـه نورولـوژیـک نـیز نکتـه پاتولوژیک وجود نداشت.

عمدی بودن علائم و رد شدن قطعی عامل عضـوی بـرای شکایت مطـرح شـده، از مـواردی بـود کـه در طـی بسـتری شدنهای مکرر مشخص شده بود.

در تمامی مراحل مصاحبه هیچگاه سعی نشد با سـوالات مستقیم بیمار مورد اتهام قرار داده شود، بلکه پی‌ریزی یـک ارتباط درمانی مناسب(Rapport) بـرای اجـرای برنامـه‌های درمانی بعدی، مدنظر قرار داشت.

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

از دیگر نکات قابل توجه در مصاحبه، آشـنایی بیمـار بـه اصطلاحات پزشکی مربوط به بیمـاری و حتـی موضوعـات کلی در مورد بیماریهای طبی، روشهای روتین بکار رفته در مورد پذیرش و ترخیص بیماران و مراجعات سرپـایی آنـها بود. این ویژگی در تعـداد قـابل توجـهی از بیمـاران وجـود دارد(۸و۹).

بیمار سابقه خلق افسرده همراه بـا کـاهش انـرژی، عـدم علاقه به زندگی، اختلال در خـواب بـه صـورت کـم خوابـی، پراشـتهایی و حـواس پرتـی را از حـدود٤ سـال قبـل ذکـر می‌کرد. نزدیک به۲ سال قبل نیز اقدام به خودکشـی بـا تیـغ داشته است که بیشـتر بـه فـرم نمایشـی بـرای جلـب توجـه خانواده‌اش بوده است.

بیمار اظهار می‌کرد، خودکشی کردم تا خانواده‌ام ملزم به توجه به من شوند. از دوران کودکـی بعلـت مشـکلات قلبـی مراجعات مکرر به پزشکان متخصص قلب داشته اسـت ودر طی این دوران از حمایتهای بی دریغ مادر برخـوردار بـوده است اما هیچگاه این محبت را از پدر و یـا برادرانـش کسـب نکرده بود.

پـدر بیمـار چهـره‌ای خشـن و طردکننـده داشـت و بعلـت مشـکلات هیجانـی و مالـی در خانـواده بعنـوان فردی بـدون احساسـات عـاطفی شـناخته می‌شـده است.

بیمـار اغلـب سـعی در برقـراری ارتبـاط بسـیار نزدیـک عاطفی با افرادی غیر از اقوام درجه اول خود مثـل دوسـتان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 توقعی 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 (Munchhausen syndrom) 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:

۱ـ 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 ودر 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 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(۸و۹).

۲ـ 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(۸و ۹).

۳ـ خود بیمارانگاری(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 خطرزاهستند، نمی‌پذیرند(۸و۹).

٤ـ اسکیزوفرنیا (Schizophrenia) : معمولاً در صورتیکه هذیان جسمی ثابتی در یک مورد خاص وجود داشته باشد وبیمار با این اعتقاد اصرار به بستری نماید، قابل اشتباه شدن است(۸و۹).

٥ـ 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 ویا همراه با نفع مادی و یا فرار از قانون باشد.

٦ـ اختلالات روان تنی (Psychosomatic disorders) : در این اختلالات، یک بیماری جسمی با پاتوفیزیولوژی مشخص وجود دارد که شروع ویا 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(۸و۹).

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

(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 درارتباط 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(۵و 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 می تواند عملی انطباقی، برای حفظ تمامیت شخصیت وی محسوب گردد وبه نوعی پوشاننده قدرت تحمل ضعیف او برای غلبه بر ناکامی‌ها باشد.

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

۱ـ 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).

۲ـ 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.

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

٤ـ مانع شدن از اقدامات تشخیصی خطرناک و دردناک بعد از تشخیص اختلال.

٥ـ 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.

٦ـ 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 lnt-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 literture 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.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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**

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

This Article presented in the 3th international congress of pulmonary Disease and Tuberclosis, 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.*