پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
سال ۲۶، شماره۳، صفحات ۲۳۳ ـ ۲۲۹ (پاییز ۱۳۸۱)

گزارش یک مورد سندرم مونکهاوزن با واسطه در کودکی ۳ ساله

دکتر کیارش مهاجر*، دکتر مصطفی شریفیان**

* پزشک عمومی

** استادیار، بخش نفرولوژی اطفال، مرکز آموزش درمانی مفید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه

سندرم مونکهاوزن با واسطه[1] موردی نادر در حیطه روانپزشکی است که در آن بیمار دارای شکایتها و علائمی است که توسط فرد متکفل بیمار به وی القاء می‌شود. بیمار معمولاً کودکی است که بهمراه مادر خود از یک بیمارستان به بیمارستان دیگری سرگردان است، تحت بررسیهای بسیار و آزمایشهای تشخیصی متعدد قرار می‌گیرد و مجموعه کادر پزشکی و پرستاری را در روند تشخیص و معالجه دچار مشکلات فراوانی می‌سازد. مورد مطرح شده کودک سه ساله‌ایست که بهمراه مادرش با علائم و شکایاتی غیراختصاصی به مرکز کودکان مفید مراجعه نمود. بررسیهای اولیه و اقدامات تشخیصی موردنظر صورت گرفت و در حالیکه چالشهای تشخیصی و درمانی در مورد بیمار بارز بود، تشنجهای مقاوم به درمان در کودک به پیچیدگیهای تصویر بالینی افزود. بیمار به ICU منتقل شد و در آنجا تشنجهای وی براحتی مهار گردید. نهایتاً با توجه به مجموعه یافته‌های بالینی و پاراکلینیک بیمار با تشخیص سندرم مونکهاوزن با واسطه از بیمارستان مرخص می‌گردد. شناخت و توجه کافی به احتمال وجود این سندرم در مواردی که علائم و شکایت کودک و رفتار مادر بیمار و همچنین تصویر بالینی بیماری تناقض آمیز و مبهم جلوه می‌کنند، از سرگردانی، صرف هزینه و وقت بی‌مورد در برخورد با این بیماران خواهد کاست. درمان این بیماران اقدامات حمایتی ویژه و درازمدتی را می‌طلبد که در حیطه کار روانپزشکان قرار دارد.

واژگان کلیدی: *سندرم مونکهاوزن با واسطه، اطفال.*

مقدمه

سندرم مونکهاوزن با واسطه یک سندرم نسبتاً نادر در حیطه روانپزشکی است که در زیر مجموعه اختلالات ساختگی (factitious disorders) قرار می‌گیرد. اطلاعاتی که در مورد این بیماری وجود دارد از بررسی موارد گزارش شده این بیماری بدست آمده است و جنبه تجربی دارد (۱).

بطور کلی اختلالات ساختگی مجموعه‌ای از بیماریهای روانی هستند که در آن علائم فیزیکی یا روانشناختی خاصی به عمد ایجاد می‌شوند تا فرد در نقش یک بیمار ظاهر شود. گرچه بیماران این علائم را تعمداً نشان می‌دهند، بنظر می‌آید که رفتار آنها خارج از کنترل خویش و اجتناب‌ناپذیر باشد. بعبارت دیگر آنها می‌دانند که چه می‌کنند، اما قادر نیستند که رفتار خود را مهار کنند و در عین حال از انگیزه بوجود آورنده این علائم آگاه نیستند (۲).

تفاوت اختلالات ساختگی با تمارض (malingering) اینست که در تمارض بیمار هدف کاملاً مشخص از تظاهر به علائم دارد که با دانستن شرایط محیطی وی به آسانی

[1] Munchausen syndrome by proxy:

این نام اولین بار در دهه هفتاد برای توصیف یکی از انواع کودک‌آزاری (child abuse) که بالقوه کشنده است مطرح شد (۴). مونکهاوزن نام یک بارون مشهور آلمانی است که در قرن هجدهم میزیست.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

قابل تشخیص است. مثلاً فرد عمداً نقش بیمار را بازی می‌کند تا از رفتن به دادگاه یا اعزام به سربازی فرار کند و بعبارتی دیگر دارای اکتساب ثانویه (secondary gain) است. اما در اختلالات ساختگی محرک خاصی در محیط خارج یافت نمی‌شود و انگیزه ناخود آگاه فرد برای تظاهر به بیمار بودن تنها یک نیاز روانشناختی برای قرار گرفتن در نقش بیمار است (۳).

اختلالات ساختگی یکی از آزاردهنده‌ترین و خسته‌کننده‌ترین تظاهرات بالینی موجود در حیطه طبابت پزشک است. در این موارد رابطه پزشک و بیمار بشدت مختل می‌شود. تلاش پزشک در رفع علائم مورد شکایت بیمار مقدمه‌ای بروز شکایتهای متعدد و متفاوت دیگر است و تکرار این شکایتها گاه منجر به انجام اقدامات درمانی تهاجمی روی بیمار می‌شود که نتیجه آن بروز عوارض بعدی و ایجاد شدن بهانه‌ای برای تداوم شکایتهای بیمار خواهد بود.

در سندرم مونکهاوزن با واسطه، بیمار دارای شکایتها و علائمی است که توسط فرد دیگری که بیمار تحت تکفل او قرار دارد در وی ایجاد شده است. مثلاً کودکی دارای علائم و شکایتهای متعددی است که پزشکان از تشخیص آن عاجز می‌مانند و پس از بررسیهای گوناگون مشخص می‌گردد که عامل بوجود آورنده علائم مادر او بوده است که با توجه به نیازهای روانشناختی خود، کودک را در نقش بیمار قرار داده است. بروز چنین مشکلی می‌تواند به قیمت بستری شدنهای مکرر کودک و انجام اقدامات تشخیصی متعدد و زیانبخش برای کودک تمام شود و در حالات شدید و مزمن ممکن است حتی ناخواسته به مرگ کودک بینجامد. در واقع سندرم مونکهاوزن با واسطه یکی از انواع غیرمعمول کودک‌آزاری (child abuse) می‌باشد. (۵،۶).

با وجود اینکه این بیماری تحت عنوان اختلالهای ساختگی و در زمره اختلالات روانی بحساب می‌آید و شرح آن در کتب تشخیصی و درمانی روانپزشکی مطرح می‌گردد، از آنجا که بیشتر این بیماران علائم و نشانه‌های فیزیکی بارز دارند، مراجعات آنها عمدتاً به کلینیکهای داخلی و اطفال است و ممکن است حتی پزشکان مجرب را نیز به خطا بیندازند.

در ادامه بحث یک مورد سندرم مونکهاوزن با واسطه که بیش از یک ماه در بیمارستان کودکان مفید بستری بوده است، معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار م ـ س دختر ۳ ساله ایست که بهمراه مادرش در تاریخ ۷۹/۱/۸ به مرکز کودکان مفید مراجعه می‌کند. بگفته مادر بیمار شکایت اصلی وی تکرر و حجم ادرار از یک هفته پیش از مراجعه بوده است. بیمار تب داشته و از درد مفاصل نیز شکایت می‌کرده است. بیمار پیش از آن در اواخر سال ۷۸ بعلت تب و تشنج مدتی در بیمارستان کودکان دیگری بستری بوده که بگفته مادر تشخیص صرع و عفونت هر دو کلیه و مثانه نوروژنیک برای وی مطرح شده است.

بیمار فرزند دوم خانواده، ماحصل NVD با وزن هنگام تولد ۲/۵ کیلوگرم، و از لحاظ نمو عصبی (neurodevelopmental) کاملاً سالم بوده است. سابقه پنومونی و تشخیص را در ۹ ماهگی داشته و سابقه منتژیت را نیز ذکر می‌کند که بخاطر آن یک ماه در بیمارستان بستری بوده است. سابقه عفونتهای مکرر اداری را نیز بگفته مادر داشته است. هنگام مراجعه، بیمار تحت درمان با فنی‌توئین ۰/۵ میلی‌لیتر روزی دو بار و فنوباربیتال ۳۰ میلی‌گرم روزی دو بار قرار داشت. در معاینه اولیه بیمار اریتم گوش راست، دندانهای فاسد و صورت ظاهراً ادماتوز جلب نظر می‌نمود.

در طول مدت بستری بیمار، آزمایشهای بسیار متعدد و مشاورههای مختلف از جمله مشاوره اعصاب، گوارش و کلیه صورت گرفت. از جمله آزمایشهای انجام شده به موارد ذیل می‌توان اشاره کرد: U/A و U/C در چندین نوبت، اندازه‌گیری الکترولیتها و بیوشیمی خون در چندین نوبت، تست عرق، CT اسکن مغز، تستهای رایت و ویدال و کومبس رایت، لاکتات و آمونیاک خون، آنالیز CSF و Chest X –ray، رادیوگرافی از سینوسها، سونوگرافی کامل شکم، کلیه و مثانه، VCUG و MRI از مهره‌های کمری.

نتایج آزمایشهای پاراکلینیکی ذکر شده عموماً طبیعی بودند و موارد غیرطبیعی تنها شامل بعضی از کشتهای اداری مشکوک، وجود خون و RBC و پروتئین در اولین آزمایش

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

ادرار و گزارش اسکار کلیوی در اسکن DMSA (ناشی از عفونت ادراری قبلی) بود.

در اواسط دوران بستری بیمار بروز تشنجهای متعدد بر پیچیدگی تصویر بالینی بیمار افزود و اقدامات درمانی در بخش شامل فنوباربیتال، فنی‌توئین و دیازپام نتوانست باعث کنترل تشنجها شود و نهایتاً بیمار به ICU منتقل گردید. با نهایت تعجب در ICU تشنجها تنها با درمان فنوباربیتال تحت کنترل درآمد، گر چه سطح هوشیاری کودک برای چند روز پایین ماند. بهرحال مجدداً به بخش منتقل گردید. امکان آزمایشات سم‌شناسی (toxic screen) نیز فراهم نشد.

مادر بیمار در طول مدت بستری فرزندش روابطی بسیار صمیمانه با پرسنل بخش برقرار کرده بود، اما به گفته پرسنل چندان در رفتار خود متعادل نبود و حالات پرخاشگرانه و سوءظن دَر او وجود داشته است. او به شدت پیگیر اقدامات تشخیصی و درمانی برای فرزندش بوده است.

بهر حال با توجه به شرایط مادر و بیمار و به نتیجه نرسیدن بررسیهای گوناگون و مطرح شدن سندرم مونکهاوزن، در تاریخ ۷۹/۲/۱۴ دستور ترخیص بیمار صادر می‌شود. اما مادر از بردن بچه امتناع می‌کند و بشدت عصبانی می‌شود و اصرار می‌کند که فرزندش هنوز بهبود نیافته است. در همان روز کودک مجدداً دچار تشنج می‌شود و به درمان دارویی پاسخ مورد انتظار را نمی‌دهد. نهایتاً در تاریخ ۷۹/۲/۱۷ مادر فرزند خود را با اعتراض و نارضایتی از بیمارستان می‌برد. جالب اینکه یک هفته بعد پدر بیمار به بیمارستان مراجعه می‌کند و سراغ همسر و فرزند خود را می‌گیرد و ذکر می‌کند که مدتی‌است از آنها بی‌خبر است.

بحث

در منابع روانپزشکی چهار پایه اساسی را برای تشخیص اختلالات ساختگی با واسطه (Munchausen Syndrome[1] by proxy یا Factitious disorder by proxy) مطرح می‌کنند: (۳)

۱ـ ایجاد عمدی نشانه‌ها و علائم فیزیکی یا روانشناختی در شخص دیگر که تحت تکفل فرد قرار دارد.

۲ـ انگیزه رفتار فرد قرار گرفتن در نقش بیمار بطور غیرمستقیم (با واسطه) است.

۳ـ انگیزه‌های بیرونی برای چنین رفتاری وجود ندارد (بعنوان مثال بهره مالی).

۴ـ اختلالات روانی دیگر قادر به توجیه این رفتار نیستند.

علاوه بر پایه‌های تشخیصی فوق الگوها و علائم بسیار غیرمعمول بیماری، پیدا نشدن تشخیصی قطعی برای بیمار، پاسخ ندادن بیمار به درمانهای معمول، عدم همخوانی وضعیت بیمار با یافته‌های آزمایشگاهی، اطلاعات زیاد مادر در زمینه واژه‌های پزشکی و اقدامات بیمارستانی، دروغگویی مادر، کم بودن ملاقات‌کننده‌های بیمار (۲) و حالات بسیار حساس و حمایتگر مادر (۷) همگی یافته‌هایی هستند که می‌تواند پزشک را در رسیدن به تشخیص بیماری یاری کند.

همچنین براساس آمارهای بدست آمده شایعترین علائم و نشانه‌های بارز در اختلال ساختگی با واسطه شامل مسمومیتها، تشنج، استفراغ، آپنه، اسهال، از دست دادن هوشیاری، تب، لتارژی، دهیدراتاسیون، هماتمز، آتاکسی و هماچوری می‌باشد(۴).

یک مثال بارز برای سندرم مونکهاوزن با واسطه هیپرانسولینمی ساختگی (Factitious hyperinsulinemia) است که در آن عمداً به کودک انسولین تزریق می‌شود. هنگامیکه غلظت انسولین در خون بسیار بالاست (>100μu/ml) چنین تشخیصی باید مدنظر باشد. غلظت پپتید C (C-peptide) در چنین مواردی پایین یا غیرقابل ردیابی است که مؤید وجود منبعی خارجی برای بالا رفتن انسولین خون می‌باشد (۸). مواردی نیز از مسموم شدن کودکان بواسطه داروهای گوناگون در مقالات مختلف به چشم می‌خورد (۹). در مطالعه دکتر رفیعی و همکاران در سال ۱۹۹۵ یک مورد سندرم مونکهاوزن با واسطه در بیمارستان نمازی شیراز مطرح شده که در آن مادر به فرزندش داروی کلرپرومازین می‌خورانده است (۱۰).

در زمینه بیمار مورد بحث ما یافته‌های بسیار وجود دارد که دلالت بر مطرح بودن سندرم مونکهاوزن با واسطه برای مادر و کودک است. کودک بارها در بیمارستانهای مختلف بستری بوده است. تشخیصهای مطرح شده در مورد وی چندان قطعیت و انسجامی نداشته‌اند. شکایتهای اولیه

۱- در متون جدید عمدتاً از لفظ Factitious disorder by proxy استفاده می‌شود.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

بهنگام مراجعه غیراختصاصی و بعضاً نامربوط بوده و منجر به اقدامات پاراکلینیکی متعدد شده است. نتایج اغلب آزمایشهای انجام شده طبیعی بود. مادر از طولانی شدن مدت بستری و انجام اقدامات متعدد پاراکلینیکی برای فرزندش استقبال می‌کند. رفتارهای غیرمعمول مادر در بخش که شامل پرخاشگری و سپس صمیمیت بیش از حد با پرسنل پرستاری، کنجکاوی زیاد در مورد اقدامات تشخیصی و درمانی، بدبینی نسبت به کادر پزشکی و پرستاری و بی‌قراری و اضطراب نابهنجار در رابطه با وضعیت کودک، جلب توجه می‌کرده است. موضوع تشنجهای مقاوم به درمان کودک و انتقال وی به ICU نیز در خور تأمل است.

معلوم نیست که علت این تشنجها چه بوده است، اما با توجه به وضعیت مادر احتمال ایجاد این تشنجها توسط او زیاد بنظر می‌رسد. همچنین جالب توجه است که در طول دوره بستری بودن بیمار در ICU که طبعاً ساعت حضور مادر در کنار وی بسیار کم شده بود، تشنجهای کودک به راحتی تحت کنترل بود، اما پس از خروج از ICU و بهنگام مطرح شدن ترخیص بیمار، تشنجهای وی آغاز گردید. اینکه مادر پس از یک ماه بستری بودن کودک و صرف هزینه‌های بسیار و تحمل محیط بیمارستان حاضر به بردن کودک نیست نمی‌تواند شرایطی عادی باشد. همچنین غیبت پدر کودک در زمان حضور وی در بیمارستان و رجوع پدر به بیمارستان پس از ترخیص کودک موضوعی غیرمعمول و قابل توجه است. احتمالاً مادر که رفتارش چندان در اراده خود نبوده، بدون اطلاع به همسرش کودک را بستری و مرخص نموده است.

عموماً درمان چنین بیمارانی کار بسیار دشواری است. معمولاً باید کودک و مادر را از یکدیگر جدا کرد تا زمانی که ارزیابی‌های لازم در مورد هر دو نفر صورت گیرد. روان درمانی اختصاصی برای مادر و نیز کودک (در صورت داشتن شرایط سنی) لازمست و یک پزشک متخصص اطفال یا طب خانواده که به بیماری کودک آشناست، باید پیگیریهای لازم را در دراز مدت برای وی انجام دهد. شایان ذکر است که تاکنون تنها یک مورد درمان موفق بیمار مبتلا به سندرم مونکهاوزن همراه با سندرم مونکهاوزن با واسطه (بصورت ترکیبی) در ایران گزارش شده است (۱۱).

وجود علائم متعدد و شکایتهای متغیر در بیمار، رفتار غیرمعمول و گاه عجیب مادر و فرزند، سردرگمی پزشکان در تشخیص بیماری علیرغم استمرار شکایتهای بیمار، نتایج متناقض آزمایشهای متعدد و عدم پاسخ مورد انتظار به اقدامات درمانی در مجموع دست به دست هم داده و سیستم پزشکی را در مقابله با چنین بیمارانی دچار مشکلات عمده‌ای می‌سازد. هوشیاری پزشک معالج و تیم درمان نسبت به احتمال وجود چنین سندرمی در موارد مشکوک و انجام مشاوره روانپزشکی می‌تواند در تشخیص بموقع و برنامه‌ریزی درمانی بسیار کمک‌کننده باشد.

REFERENCES

1- Kaplan HI, Sadock BJ. Factitious Disorders. In: Jones RM (ed.),Comprehensive Textbook of Psychiatry. 4th ed. Williams and Wilkins, Baltimore; 1995; p: 1272.

2- Sadock BJ, Sadock VA. Factitious disorders, In: Feldman MD, Ford CV (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Lippincott, Williams and Wilkins Philadelphia, 2000; p:1533-43.

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington DC, 1994; p:471-6.

4- Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases. Harv Rev Psychiatry 1999;7: 94-101.

5- Bryk M, Siegel PT. My mother caused my illness: the story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome. Pediatrics 1997; 100: 1-7.

6- Murray JB. Munchausen syndrome/Munchausen syndrome by proxy. J Psychol 1997; 131: 343-52.

7- Beers MH, Berkow R. Psychiatric Disorders. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17th ed. Merck and Co. Inc. Whitehouse Station, 1999; p:508.

8- Behrman RE, Kliegman RM. Endocrine Disorders. In: Styne DR, Glaser NS (eds.), Nelson Essentials of Pediatrics 3rd ed. WB Saunders, Philadelphia, 1998; p:690.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

9- Arnold SM. Arnholz D, Garyfallov GT, Heard K. Two siblings poisoned with diphenhydramine: a case of factitious disorder by proxy. Ann Emerg Med 1998; 32: 256-9.

10- Rafiei SM. Munchausen syndrome by proxy: report of a case. Acta Medica Iranica 1995; 33: 110-1.

11- Yasamy MT, Parvaresh N, Fekri A, et al. Successful treatment of mixed munchausen syndrome and munchausen syndrome by proxy: a case report. Arch Intern Med 2001; 4: 40-3.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]