

التدبير العلاجي للاضطراب المفتعل والتمارض Managing Factitious Disorder and Malingering

جيمس ج. أموس

سؤال استشاري نمطي

"نرجو تحويل هذا المريض للرعاية النفسية، فهو ليس لديه أي اضطراب جسدي، وقد يكون متمارضاً".
تم تسجيل حكاية أول مريض شُخص بمتلازمة الإلحاح على الاستشفاء (Munchausen's)، ويسمى هذا المريض باسم إنديانا سيكلون "The Indiana Cyclone"، تم تسجيل حكايته في قصيدة طويلة لوليام بين "William H Bean M.D"؛ القصيدة تحت عنوان "القصة الملحمية للمونخهاوزن" (The Munchausen Saga):

"The Munchausen Saga"

في صيف عام ١٩٤٥

في مدينة أيوا... إلى باب مشفانا

قبلة للمئات كل يوم

وجد البحار التاجر طريقه

إنه مصارع بدوام جزئي ويرتدي سترة

ويقوم بالاصطدام بالباب ومعه مضرب رهيب

٢٦٠ جنيتهاً على الأقل ومغطى بالدم مثل وحش جريح... (1)

تستمر القصيدة لصفحات عديدة، تتحدث عن قصصه الملونة، والتي لم يكن كثير منها حقيقياً، وتظهر فيها قدرته على اختلاق نوبات مؤثرة من النزيف، والتي لم يكن لها أي تفسير طبي. لم تتضح دوافعه التي تدفعه إلى إظهار أعراض وعلامات طبية، بما فيها احتمال غير أكيد بوجود محفزات خارجية نحو المكسب المادي من وراء

الخداع التأميني. لقد خضع لإجراءات طبية غاية في الألم عادة ما يتجنبها المتمازضون (2). ونلاحظ هنا اختلافات طبية ومفاهيمية بين الاضطراب المفتعل والتمازض، رغم أن الحدود بينهما تميل للضبابية، بسبب الصعوبة التي يواجهها الأطباء في تحديد النوايا والدوافع التي تدفع إلى هذه السلوكيات المرضية غير الطبيعية.

الخلفية

كان آشـر "Asher" أول من وصف الاضطراب المفتعل بشكل مقنع في مقاله المعنون (بمتلازمة الإلحاح على الاستشفاء). وقد وصف المرضى الذين يُلفقون العلل الطبية، وروى حكايات طويلة منسوبة خطأ إلى الراوي الألماني بارون فون مونخهاوزن "Baron von Munchausen"، الذي عاش في القرن الثامن عشر، وأعطى "أشر" أسماء براقية لاتينية لبعض مرضاه، مثل: (histrionica, laparotomophilia migrans and neurologica diabolica). (hemorrhagia).

وقد كتب تشابمان "Chapman" تقريراً لحالة (case report) حول رجل يسمى إنديانا سيكلون (The Indiana Cyclone)، وهو يعتقد أن آشـر قد حول أسماء بعض مرضاه للمسميات اللاتينية السابقة الذكر من باب السخرية. إن جوهر تعريف هذا الاضطراب، أن المرضى يكذبون بخصوص الأعراض الطبية والنفسية عندما يتحدثون مع مقدمي الرعاية الصحية؛ لكي يتبنوا دور المريض، وذلك لأنهم يتلهفون على جذب الانتباه، خصوصاً انتباه الأطباء. وهو مختلف عن التمازض، وذلك لأن التمازض لا يُعرف بأنه اضطراب، كما أن وراءه دوافع خارجية كأسباب أساسية لاختلاق المرض الطبي أو النفسي، مثال (الهروب من الغرامات أو الالتزامات، مثل السجن أو الخدمة العسكرية، أو الحصول على مستحقات). وتشمل المعايير التي حددها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) بخصوص الاضطراب المفتعل الآتي:

- أ) الإنتاج المتعمد أو تصنع أعراض/علامات مرضية جسمية أو نفسية.
- ب) دافع المريض لهذا السلوك هو تولي دور المريض.
- ج) عدم وجود دوافع خارجية لهذا السلوك، مثل (المكاسب الاقتصادية، أو تجنب المسؤولية القانونية، أو تحسين الصحة الجسمية كما في التمازض) (3).

ويصنف DSM-IV-TR التمازض تحت كود "في" (V code)، وهو ما يعني "الظروف الأخرى التي قد تكون محوراً للاهتمام الإكلينيكي"، لكنها لا تعد اضطراباً نفسياً. ويُعرف التمازض على أنه "الإنتاج المتعمد لأعراض مرضية جسمية أو نفسية مبالغ فيها أو كاذبة، تحفزه دوافع خارجية" (4).

إن تحديد موضع الاضطراب المفتعل في المراجعة الخامسة للدليل DSM-V يُعد موضع جدل الآن، كما هو الحال مع كل الاضطرابات جسدية الشكل. والاضطراب المفتعل في نظر كثير من الخبراء، ذو ارتباط أكبر بالكذب أكثر منه بالجسدية (5). ويؤكد تورنر "Turner" في مقترحه على وضع الكذب التخيلي (pseudologia fantastica)، أو الكذب المرضي (pathological lying)، خاصيةً أساسيةً للاضطراب المفتعل، ويستند في ذلك على فكرة أن هذا الاضطراب ذو ارتباط أكبر بالكذب أكثر منه بالجسدية. ورغم عدم وجود بيانات وبائية بشأن ظاهرة الكذب التخيلي، لكن الخصائص الإجمالية له تتلخص في الآتي:

١- الإجابة بطلاقة على الأسئلة مع أكاذيب واضحة تضع الراوي (المريض) في دور الضحية أو البطل، والذي يبدو كما أنه يصدّق الحكاية بنفسه.

٢- غالباً ما تحتوي القصة على نواة للحقيقة.

٣- تظهر المغامرات الخيالية في عدد من الظروف، وهي مستمرة ودائمة.

٤- يثير أو يستدعي استجابة شخصية معقدة من المستمع، مثل (الفضول والافتتان) (6).

بينما يعتقد آخرون أن الاضطراب المفتعل، ينبغي أن يوضع باعتباره نوعاً من الاضطرابات الجسدية الشكل، ويتم تصوره وربما معاملته كما تعامل الاضطرابات الجسدية الشكل (فيسمى مثلاً: اضطراب جسدي الشكل مع سلوك مفتعل) (7). وقد نقل الباحثان باس وهاليقان (Bass & Halligan) فكرة أن الاضطراب المفتعل يدور حول الكذب أكثر من الجسدية لمستويات أعلى، وزعما أن "مفهوم هذا الاضطراب معلول، وتشخيصه غير عملي، وغير مفيد إكلينيكيًا؛ ولذا ينبغي إزالته من تصنيفات الأمراض الموجودة حالياً" (8).

ورغم تفضيل بعض الخبراء للقول بأن تصنيفي الاضطراب المفتعل والتمارض، ينبغي أن يكونا متنافيين مطلقاً (mutually exclusive)، إلا أن الأدلة تشير إلى أن كليهما من نمطي السلوك (المفتعل والتمارضي)، يمكن أن يتواجدا معاً في مريض واحد، كما ظهرت في نموذج حالة "The Indiana Cyclone" (9).

لقد تعقدت عملية تصور فكرة الاضطراب المفتعل من خلال التقرير الكاذب لحالة مزعومة من "متلازمة المونخهاوزن المفتعلة"، فقد روى المؤلفان قورويث ولانغستون "Gurwith & Langston" معاينتهما لمريض في حجرة الطوارئ، والذي ادعى أنه يعاني من اضطراب "مونخهاوزن"، وطلب تنويمه بالمستشفى للعلاج من هذا الاضطراب. وقد وُصف، بأنه يعترف بخضوعه لعدد من الجراحات غير الضرورية، التي أدت لبطن يشبه الشبكة (gridiron abdomen) - والذي تم غسله لاحقاً بواسطة الأطباء باستعمال الماء والصابون فاختفت هذه الآثار المزعومة. ولاحقاً اعترف المؤلفان بأن القصة كانت كلها من نسج الخيال؛ مما دعا أحد خبراء هذا الاضطراب "مارك فيلدمان" أن يقترح إعادة تسمية هذه المقالة "افتعال افتعال متلازمة مونخهاوزن" (10، 11). وقد تم الإفصاح عن هذه

الخدعة في نهاية المقالة نفسها. وقد سمياً المريض بـ "Norman U Senchbau"، وهو اسم جناس تصحيفي لـ "Baron Munchausen"، ومع ذلك فقد تم الاستشهاد بهذه المقالة بواسطة مؤلفين آخرين معتقدين بموثوقية القصة. وقد أشار أحد المؤلفين إلى أن هذه المقالة كانت نكتة ذكية ومعبرة عن درجة التناقض المتأصلة في هذا الاضطراب المفتعل:

"بوضوح يرى كل من قوروريث ولانجستون أن كلمة "مفتعل"، تشير إلى اتجاهين معاكسين. ففي المقام الأول تصف هذه الكلمة التمثيل الزائف الكاذب الذي يقدمه المريض لمرض معروف. قد تكون أعراضه حقيقية بما فيه الكفاية لو أنه كان يعاني من المرض بالفعل، لكن بالنظر إلى أن هذا المريض مزور، فإن الأعراض تكون مختلقة ومتصنعة. وفي هذا الإطار تشير كلمة "مفتعل" إلى أن الاضطراب ليس حقيقياً، وأنه لا شيء من تلك الأعراض التي وصفها المريض، تعد مؤشرات حقيقية على أعراض متلازمة "مونخهاوزن". وبدلاً من إنتاج أعراض مرض ما، مثل الإيدز أو الصرع - كما هي العادة - فإن المريض يتصنع هذا الاضطراب نفسه. وباختيار المريض أن يقلد متلازمة "مونخهاوزن"، فإن المريض بمكر يُقدم علامة تشير لمتلازمة مونخهاوزن حقيقية. ولا يمكن اصطناع الصرع بحكايات مثلاً عن النوبات الصرعية، وكذلك الإيدز لا يمكن اصطناعه من خلال ملاحظات مكتوبة بشأن قلة عدد الخلايا التائية (T cell) في الدم. وبعكس المرضى الذين يتصنعون المرض الجسدي، فإن المريض يمكنه تصنع اضطراب نفسي بوصفه جزءاً من متلازمة مونخهاوزن، وذلك من خلال تليفق حكايات طويلة، وعندما يتضح أن هذه الحكايات الطويلة ملفقة، فإنها تكون مؤشراً على أن هذا المريض يعاني فعلاً من الكذب التخيلي، وهو أحد العلامات الفعلية لمتلازمة مونخهاوزن. وعلى النقيض من ذلك، فباختيار المريض أن يتصنع متلازمة مونخهاوزن، فإنه بذلك يثبت أنه مريض فعلاً بهذا المرض. ونتيجة لذلك، فإن مصطلح "مفتعل"، والذي يفيد مبدئياً أن المريض لا يعاني حقيقة من متلازمة مونخهاوزن، يفيد الآن أن المريض في الحقيقة يعاني من هذا الاضطراب" (12).

وقد أعاققت صعوبات التشخيص التحديد الدقيق لنسبة انتشار الاضطراب المفتعل والتمارض. وتشير واحدة من أحدث التقديرات إلى أن نسبة حدوث الاضطراب المفتعل تحوم حول ما يقرب من ١٪ (13)، وأن نسبته أكثر شيوعاً بين مرضى وحدات التنويم النفسية مما كان يُعتقد سابقاً. وقد ذكرت دراسة لحالات متسلسلة (case series)، أن ٦٪ من عدد مئة حالة منومة بالوحدات النفسية الداخلية يعانون من الاضطراب المفتعل، وكانت الجرعات العلاجية المفرطة (overdose) أحد الأسباب الأولية لبعض التنويمات، وأكثر من نصف المرضى الطبيين يعانون كذلك من تشخيصات نفسية متعددة (14).

ورغم عدم التأكد من معدل انتشار أعراض التمارض بالضبط، لكن أكثر أعراض التمارض انتشاراً تتمثل في إصابة الدماغ البسيطة، متبوعة بفيبروميالوجيا أو اضطراب الألم المزمن، والألم، والاضطرابات السمية

العصبية، والإصابة الكهربائية، واضطرابات النوبات الصرعية، وكذلك إصابات الدماغ المتوسطة والشديدة؛ حيث يُعتقد أنها كلها كثيراً ما تستخدم في التمارض (9). أما التمارض بالعلة العقلية، فهو الأكثر تكراراً وحدوثاً في مجال الاتهامات الجنائية، لكن في المرض الطبي، فإن أغلب الدوافع تدور حول المكسب المالي.

إن سبب الاضطراب المفتعل مازال مادة للتخمين. ويُعتقد أن عوامل الاختطار تشمل وجود سوابق انتهاك للطفولة، وإقامة الأطفال في المستشفيات لمدة طويلة، والتي قد تكون محاولات للهروب من الأسر التعسفية والفوضوية، والرفض الأبوي، أو مبالغة في ردود الفعل تجاه المرض. وتشمل الموضوعات الديناميكية: التلذذ بالاضطهاد (masochism)، وتتبع المرهوبات (counterphobia)، وإظهار التفوق والسيطرة، ومحاولات لبناء العلاقات (15). إن اضطراب الإحساس بالذات وبالواقع، هو أيضاً مما افترض من الأسباب (16). وغالباً ما يرتبط هذا المرض بالشخصية المعادية للمجتمع، والشخصية الحدية. ويشمل نموذج الأهبة-الضغط (stress diathesis model) (17) الآتي:

- ١- الصدمات المبكرة المسببة للقابلية للإصابة بالمرض النفسي، مثال (ضغوط لا تطاق مع الحاجة للهروب).
- ٢- يؤدي إلى رواية أعراض جسمية، فيتلقى دعماً من المستشفيات التي تعزز هذا السلوك.
- ٣- يتم التعامل مع الضغوطات اللاحقة بالمثل.

ويمكن أن يجلب المرضى المصابون بالاضطراب المفتعل المرض لذواتهم، وهو ما قد ينتج عنه تشويه شديد وقد تنتج عنه الوفاة؛ والتي تكون غالباً بسبب تدخّلات طبية علاجية غير ضرورية. وقد نجح هؤلاء المرضى في مقاضاة الأطباء الذين سببوا هذا الضرر الناشئ عن العلاج أو التدخل الطبي دون قصد، وقد حدث ذلك؛ لأن الطبيب فشل في اكتشاف هذا الاضطراب، رغم إنكار هؤلاء المرضى في المقام الأول وبشكل مبكر للطبيعة الحقيقية لأمراضهم المصطنعة. وتبلغ تكلفة الإفراط في استهلاك الخدمات الصحية (health utilization) لهؤلاء المرضى ملايين الدولارات. وقد ينتج عن تحايل هؤلاء المرضى، أن يتجاهل الطبيب مرضاً حقيقياً يعانون منه.

الإجراءات التشخيصية:

تتراوح مظاهر الاضطراب المفتعل، بما فيها أسوأ أنواعه، الذي يُسمى بمتلازمة "مونخهاوزن"، بين الاختلاق الكامل لمرض طبي أو (نفسى)، إلى تضخيم الأعراض المرضية، مروراً بمحاكاة مرض، مثل تقليد نوبات صرعية متعممة؛ أو إحداث مرض (مثال ذلك حقن جرح بيكتريا برازية). كما أن المرضى يهربون بالتخريب ضد النصيح الطبي، عندما تُكتشف حيلهم. وغالباً ما يصاحب الاضطرابات المفتعلة النفسية اضطرابات طبية مفتعلة. إن مآل الاضطرابات المفتعلة النفسية، غالباً ما يكون أسوأ من الاضطراب الحقيقي. ومما هو شائع كذلك، حصول

الاضطرابات النفسية متعددة الأعراض ، وكذلك المتلازمات المتعددة ذات المظاهر المتباينة. وتشمل الخصائص العامة لهذا الاضطراب الآتي :

- عدم الاستجابة للعلاج الفعال المعتاد.
- سوابق ضخمة من الرعاية الصحية.
- التنبؤ الدقيق بشدة المرض أو انخفاضه.
- عدم قلق أسرة المريض بشكل ملائم.
- الأسماء المتحللة واستخدام الحيل.
- الكذب التخيلي.

ويتميز المساق الإكلينيكي (clinical course) بالآتي :

- أنه عادة يكون مزمنًا ، لكن قد يحدث هدأة (remission) في الاضطراب لبعض المرضى.
- نسبة المراضة (morbidity) عالية.
- هناك نقص في البيانات بشأن الوفيات ، لكن الوفيات تحدث نتيجة لمحاكاة المرض أو الانتحار.
- وينبغي أن يحتفظ الطبيب بدرجة عالية من الشك ، عندما يقابل مريضاً لديه سوابق مرضية طويلة ومعقدة ، وتجليات (presentations) تمثيلية هستيرية للأعراض ؛ وعندما يمتلك هذا المريض قدرة خارقة على التنبؤ بمتى يشد المرض ، ومتى يخف.
- أما التمارض ، فله علامات ، منها ادعاء المريض أن لديه حساسية من أدوية كثيرة ، وذلك عند البحث عن أدوية مناسبة للمريض. كما أنه قد يصبرُ على نوع معين من الأدوية ، مثل : الديميرول (Demerol). وقد يتصنعون مشكلة مرضية حادة ؛ لتجنب مأزق آني ؛ وربما يتصنعون مشكلة مرضية تحت حادة ، وذلك عند السعي للحصول على العجز المستمر الدائم.
- ولا توجد تحاليل مختبرية موضوعية يمكن أن تؤكد وجود هذا التمارض ، ومن الصعوبة بمكان التنبؤ بالألم التمارضي ؛ لأن الإحساس بالألم أمر شخصاني. ويتعاضم دور الفحص النفسي العصبي في التأكد من وجود التمارض بشكل أكثر كفاءة من الشك الإكلينيكي البسيط. ويفيد اختبار الشخصية متعدد الأطوار- النسخة الثانية (Minnesota Multi-Phasic Personality Inventory, 2nd edition (MMPI-2) في التعرف إلى تمارض العلل النفسية أكثر من تمارض العلل الطبيعية. كما أن اختبار الذاكرة التمارضية (The test of malingered Memory (TOMM) ، يمكن أن يظهر استقالة أوقات ردود الفعل على الاستجابات الصحيحة في المتظاهرين. وفي واحدة من الدراسات ، مَيَز استبيان الإدراك الجسدي المعدل (the modified somatic perception questionnaire) بين التمارضين وغير التمارضين

بحساسية (sensitivity) ، ونوعية (specificity) تبلغ نسبتها ٠,٩٠ (9). إن محاولات تقييم تعبيرات الوجه ونتائج الفحص الجسدي ليست ذات موثوقية عالية، لكن السمة الأساسية للتمارض تتمثل في "عدم الاتساق بين الأعراض المرورية من المريض، والتقارير المصاحبة، والسلوكيات الملاحظة، والتقييمات الجسدية والنفسية" (9).

اتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

لا يناقش معظم الباحثين علاج التمارض؛ لأنه لا يعد مرضاً نفسياً، ورغم ذلك فإن بعضهم يؤكد على أهمية ترك التمارض يحتفظ بماء وجهه في أثناء التخلي عن دور المريض. إن الهدف الأكثر واقعية، هو الشفاء وليس الاعتراف. ومن المهم أن نتعرف إلى الاضطرابات التي يمكن علاجها، والاضطرابات المقاومة للعلاج التي تساهم في شعور التمارض بحاجته للتمارض. إن علاج الاكتئاب الدفين، والقلق، واضطرابات الشخصية خصوصاً اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع؛ أمر شديد، على أن الكثيرين يعدون اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD) أحد الاضطرابات المقاومة للعلاج.

ولا توجد كتابات علمية مبرهنة تتحدث عن الاضطراب المفتعل، من حيث التجارب ذات الشواهد (RCTs) من ١٩٩٨ حتى ٢٠٠٥، رغم نشر أكثر من ١٩٠٠ ورقة من عام ١٩٨٥ إلى الوقت الحالي: حيث يوجد تحليلان اثنان لميتا (meta-analysis)، وثمانية مقالات نقدية، وتقارير حالات. وسنقدم فيما يلي بعض التعليقات على هذه المقالات النقدية (١٨):

- إن الاكتشاف المبكر للاضطراب، سيمنع المرض المزمن في المستقبل.
- يتم التأكيد على المنهج العلاجي، حيث يتعاون الطبيب النفسي مع طبيب الرعاية الأولية، ويتبنى الأخير منهج العلاج الطبي المتحفظ.
- إن تطوير تحالف علاجي مع المريض أمر أساسي للعلاج.
- تُظهر الخصائص السكانية أن المرضى غالباً ما يكونوا صغاراً في السن، ومتعلمين، ومن العاملين بمراكز الرعاية الصحية، ومن الإناث، والبيض.

وينبغي على الاستشاري أن يستشير محامي المستشفى مبكراً لعمل خطة للتعامل مع الخطر (risk management)، بشأن أي مريض مشتبه في إصابته بالاضطراب المفتعل أو التمارض، وذلك لميل هؤلاء المرضى لرفع دعاوى تجاه أطبائهم.

إن مسألة مواجهة المريض أو عدم مواجهته بالاضطراب المفتعل تُعد موضع جدل، مع أن بعضهم ينادي بكلتا الطريقتين حسب الحالة. وإن المرضى المعرضين للخطر الشديد، إما لموت عرضي، أو إصابات جسدية

شديدة؛ هم بحاجة للتحويل إلى وحدة رعاية طبية نفسية مغلقة (MPU) (medical-psychiatry unit) إذا ما كانت متوفرة. وقد يضطر الطبيب لمواجهة المريض الذي يلوّث جرحاً، أو يسمم نفسه، والذي قد يرفض الإنقاذ من سلوكه الخطير. وفي كثير من التشريعات يستحيل على المريض أن يمثل أمام قاضي أو لجنة محاكمة، للحصول على حكم محكمة لإدخاله المستشفى قهراً، إلا إذا أخبر المريض بسبب ذلك. وإذا لم تتوفر وحدة رعاية طبية - نفسية (MPU)، أو إذا كان سلوك المريض لا يضعه في خطر الإضرار بنفسه بشكل وشيك، عندئذ يُفضّل استخدام وسائل غير تصادمية، والتي إحداها هو الربط المزدوج العلاجي (the therapeutic double-bind). فبدلاً من إخبار المريض بأنه يُعتقد أنه يؤذي نفسه، وأنه يكذب بهذا الشأن؛ فإن الطبيب يطرح على المريض مشكلة معقدة، وهي شكل ساخر من أشكال التضليل بشأن ما يعتقد الشخص فعلاً. ففي حالة المرض الطبي المتعل، فإن الطبيب يُخبر المريض أنه لديه إما مشكلة طبية أو مشكلة نفسية، وأنه ليس واضحاً من أيهما يشكو. وإذا كانت المشكلة طبية، فإن العلاج الطبي المقترح، هو علاج متحفظ، آمن، غير جراحي؛ وسيقدم حلاً جذرياً لها. أما إذا استمرت المشكلة، فإن الاضطراب النفسي يعدُّ هو التفسير لعدم زوال هذه المشكلة.

وفي بعض الحالات ينتج عن الربط المزدوج ما ينطوي عليه اسم هذا الأسلوب. فعلى المريض أن يختار إما أن يعرف نفسه على أنه مريض نفسي (وهو آخر شيء يقبله على نفسه)، أو أن يترك سلوك المرض غير الطبيعي. ومن غير الواضح متى يمكن تطبيق هذه الإستراتيجية، وإلى أي مدى هي ناجحة. إن هذا التدخل المستند إلى العلاج الاستراتيجي السلوكي (strategic behavioural treatment)، يقوده سيناريو معين مكتوب، ويقدم للمرضى الذين يعانون من اضطرابات حركية غير عضوية، كما تم وصفه بواسطة شاييرو "Shapiro" وتيسيل "Teasel" (19):

- ١- العنصر الأساسي يتضمّن إخبار المريض أن الشفاء الكامل دليل على سبب جسدي لمعاناته، بينما الفشل في الحصول على الشفاء يعدُّ دليلاً واضحاً على أن المرض النفسي سبب معاناته.
- ٢- بقاء الحصول على الشفاء يعود إلى أحد عاملين، الأول أن الاضطراب ليس جسدياً، بل مشكلة نفسية، والثاني أنه يلزم عمل تعديلات للعلاج، وعندما يحدث هذا التعديل، فإنه سيلحقه شفاء كامل، وذلك لو كانت المشكلة جسدية. أما إذا تم عمل التعديل، ولم يكتمل الشفاء، فإن المشكلة تكون نفسية.
- ٣- يشمل عدم الشفاء الكامل، عودة الأعراض بعد الخروج من المستشفى، أو بقاء بعض الأعراض، أو ظهور أعراض جديدة، رغم انفراج أعراض أخرى ليس لها أساس عضوي، أو طلب التخريج من المستشفى قبل نهاية الأعراض تماماً.

٤- الشفاء الكلي ممكن مع العلاج النفسي طويل الأجل.

٥- عنصر أساسي من عناصر الشفاء يتمثل في عرض هذا السيناريو على الأسرة، وعلى أفراد الدعم

الآخرين في اجتماع عائلي (يجدول بالضبط قبيل التخريج من المستشفى إذا انفرجت الأعراض المرضية، أو أبكر من ذلك إذا حدث تقدّم غير كافٍ). ويخطط لهذا من أجل التغلب على المقاومة ومنع الانتكاسة. ويؤكد الطبيب أنه حتى لو شُفي المريض تمامًا، فإن هناك دائماً فرصة ضئيلة أن تكون المشكلة نفسية. وبهذا فإن الطريق الوحيدة للتأكد من أن المشكلة ليست نفسية، هي أن نرى إذا ما ظلّ المريض عديم الأعراض بعد التخريج. وإذا عادت الأعراض القديمة للظهور، أو ظهرت أعراض غير عضوية جديدة، فينصح المريض وأسرته بالبحث عن العلاج النفسي.

لقد سجّل "شابيرو وتيسيل" وجود نسبة تحسّن تبلغ ٧١٪ في سلسلة الحالات الصغيرة التي تأسّس عليها البروتوكول السابق. ومع ذلك فإذا لم يستطع الطبيب الكذب وإتقان التصنع، فإن من الأفضل للطبيب أن يتجنّب طريقة الربط المزدوج، إلا في الحالات القصوى التي لا يوجد بديل علاجي غيرها. ولا توجد كتابات علمية كثيرة بشأن إرشادات العلاج للاضطراب المفتعل، رغم وجود بعض تقارير الحالات (case reports) المتفرقة التي تدّعي نجاح بعض الطرق العلاجية. ولا توجد بحوث قوية تم تنفيذها لتأكيد فاعلية أي وسيلة علاجية للاضطراب المفتعل، سواء كانت تصادمية أو غير تصادمية. وطبقاً لمقالة نقدية حديثة، فإن غالبية المرضى لا يندمج في العلاج، ولا يستمر في المتابعة (20). وهناك القليل من الدراسات بشأن التوصيات الدوائية للسلوك المفتعل نفسه، ولكن بالتأكيد فإن العلاج الدوائي مطلوب في حالة وجود اضطراب نفسي مصاحب، كاضطراب المزاج، أو القلق، أو الذهان. ويظلّ العلاج النفسي هو العلاج المختار للاضطراب المفتعل، رغم أن انخراط المريض فيه أمر صعب.

إننا متأكدون أن نتيجة المقالة النقدية المذكورة آنفاً، لن تمنع الأطباء الجراحين والباطنيين من استدعاء استشاريي الطب النفسي؛ لمساعدتهم عند مواجهة ما يشبه السلوك المفتعل. لقد عرض هاميلتون وفيلدمان ثلاث فرضيات عملية جديدة بشأن الاضطراب المفتعل (21)، وهي:

- ١- الاضطراب المفتعل ليس نادراً في حدوثه، وليس شديداً دائماً.
- ٢- الاضطراب المفتعل ليس مميزاً بشكل قاطع عن الاضطرابات الجسدية الشكل.
- ٣- الاضطراب المفتعل يتطور تدريجياً.

وما يمكن أن يتطور من إعادة تأطير (re-framing) كهذه، هو المساهمة في نشر استخدام العلاج المعرفي السلوكي واستراتيجيات التعامل الشرطي الاقتراني (contingency management strategies)، مثل (المتابعة المنتظمة، بصرف النظر عن وجود شكوى طبية نشطة). إن التشجيع على الاستشارة المبكرة للطب النفسي عند الشك في الاضطراب المفتعل، يمكن أن يقلل من عدد التدخلات الطبية غير الضرورية التي تحمل مخاطر حصول الضرر علاجي المنشأ. ويمكن لأطباء الأطفال، وكذلك أطباء الرعاية الأولية، أن يحاولوا منع نشوء النماذج المزمّنة من السلوك المرضي، وذلك بتوعية الأسرة بأهمية تقليص سلوك دور المريض، وتشجيع أنشطة دعم النمو في المنزل

والمدرسة والعمل. ومن الأدوار الأساسية للاستشاريين النفسيين تسهيل عملية اتخاذ الأطباء الطالبين للاستشارة لقرارهم، بشأن تحديد مدى كفاية التقييم الطبي؛ وذلك لتجنب الضرر علاجي المنشأ. ومن المهم أيضاً مساعدتهم للتعرف إلى ردود الفعل العاطفية القوية التي يحدثها هؤلاء المرضى لدى الفريق المعالج، بل ومساعدتهم على منعها؛ لأن ردود الفعل هذه قد تُقسّم الفريق المعالج إلى معسكرات متضادة.

المراجع References

1. Bean WB. The Munchausen syndrome. *Perspect Biol Med*. 1959;2(3):347-53.
2. Chapman JS. Peregrinating problem patients: Munchausen's syndrome. *JAMA*. 1957;165(8):927-33.
3. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet*. 1951;1(6650):339-41.
4. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
5. Turner MA. Factitious disorders: reformulating the DSM-IV criteria. *Psychosomatics*. 2006;47(1):23-32.
6. Newmark N, Adityanjee, Kay J. Pseudologia fantastica and factitious disorder: review of the literature and a case report. *Compr Psychiatry*. 1999;40(2): 89-95.
7. Krahn LE, Bosrwick JM, Stonnington CM. Looking toward DSM-V: should factitious disorder become a subtype of somatoform disorder? *Psychosomatics*. 2008;49(4): 277-82.
8. Bass C, Halligan PW. Illness related deception: social or psychiatric problem? *J R Soc Med*. 2007;100(2):81-4.
9. McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(4):645-62.
10. Feldman MD. Factitious Munchausen's syndrome - a confession. *N Engl J Med*. 1992;327(6):438-9.
11. Gurwith M, Langston C. Factitious Munchausen's syndrome. *N Engl J Med*. 1980;302(26):1483-4.
12. Amirault C. Pseudologia fantastica and other tall tales: the contagious literature of Munchausen syndrome. *Lit Med*. 1995; 14(2):169-90.
13. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, et al. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics*. 2007;48(1): 60-4. •
14. Gregory RJ, Jindal S. Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76(1):31-6.
15. Klonoff EA, et al. Chronic factitious illness: a behavioral approach. *Int J Psychiatry Med*. 1983;13(3):173-83.
16. Spivak H, Rodin G, Sutherland A. The psychology of factitious disorders: a reconsideration. *Psychosomatics*. 1994;35(1):25-34.
17. Feldman MD, Eisendrath SJ. *The spectrum of factitious disorders*. 1st ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1996.
18. Straker D, Hyler S. Factitious disorders. In: Blumenfeld MJ, Strain JJ, editors. *Psychosomatic medicine*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 571-8.
19. Shapiro AP, Teasell RW. Behavioural interventions in the rehabilitation of acute v. chronic non-organic (conversion/factitious) motor disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;185(2):140-6.
20. Eastwood MR, Rifat SL, Nobbs H, et al. Mood disorder following cerebrovascular accident. *Br J Psychiatry*. 1989; 154: 195-200.
21. Hamilton JC, Feldman MD. Factitious disorder and malingering. In: Gabbard GO, editor. *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2007. p. 629-35.