

گزارش یک مورد حاملگی کاذب/هذیان حاملگی در زن ۶۶ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی در شهر ارومیه

محمد رضا انوشه^۱، صفر حامد نیا^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۹/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: حاملگی کاذب اختلال روانی نادری است که اغلب در زنانی که با یک تعارض درون روانی مواجه هستند دیده می‌شود. پیدایش علائم بیماری غیرارادی و به اصطلاح در ضمیر ناخودآگاه صورت می‌گیرد و بیمار باور عمیق به داشتن حاملگی پیدا می‌کند. این باور درونی در شکل‌گیری علائم جسمانی مربوط به حاملگی نقش دارند.

معرفی بیمار: بیمار خانم متأهل ۶۶ ساله‌ای است که از حدود ۲۸ سالگی دچار اختلال دوقطبی نوع ۱ بوده ولی تحت مراقبت مرتب پزشکی قرار نداشته است. به‌علاوه همسر بیمار رابطه عاطفی مناسبی با وی نداشته و در همین راستا همسر دومی نیز برگزیده است. بیمار دارای سه فرزند پسر است که همگی ازدواج کرده‌اند و مستقل شده‌اند. ولیکن شوهر بیمار علاوه بر سه پسر خود دخترخوانده‌ای نیز دارد که همسر جدیدش با خود آورده است. مضافاً اینکه شوهر بیمار نسبت به دخترخوانده‌اش حتی بیشتر از پسران خود ابراز محبت می‌کند بیمار در حمله اخیر خلقی که یک دوره افسردگی اساسی با خصوصیات پسیکوتیک را تجربه می‌کرد ادعای حاملگی کرده است. کلیه آزمایش‌ها از جمله سطح بتا اچ سی جی و سونوگرافی خلاف باور بیمار را نشان می‌دادند

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیمار با حوادث استرس‌زای متعددی مواجه شده و در نتیجه تعارض‌های مختلف درون روانی در او پیدا شده است و به‌این ترتیب زمینه لازم فراهم شده و به نظر می‌رسد این حوادث، از طریق فرایندهای سایکودینامیک در شکل‌گیری حاملگی کاذب نقش ایفا کرده‌اند. همچنین سطح پرولاکتین سرم بسیار بالا بود که احتمالاً به دلیل مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک بوده و این خود می‌توانست در پروراندن و تثبیت اشتغال ذهنی حاملگی تأثیر داشته است.

کلیدواژه‌ها: اختلال دوقطبی، حاملگی کاذب، پرولاکتین

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره دهم، ص ۸۳۵-۸۳۱، دی ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۱۵۸۳۶

Email: dr.hamednia@yahoo.com

مقدمه

دادن توانایی بالقوه حامله شدن بعد از هیستریکتومی، بستن لوله‌ها و یا سقط (۱). بیشترین موارد در زوجین نازایی بود که نازایی به زن نسبت داده شده بود و او شدیداً تحت دیسترس و ناراحتی بود.

حاملگی کاذب اختلال نادری است و بر اساس پنجمین ویرایش دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5^۱) در قسمت اختلالات علائم جسمانی مشخص نشده (NOS^۲ **) طبقه‌بندی می‌شود (۲). در زنانی که از اختلال سایکوتیک رنج می‌برند هذیان حاملگی غیرشایع نیست، خصوصاً از آنجایی که درمان با آنتی‌سایکوتیک‌ها با مهار ترشح دوپامین، سطح پرولاکتین را بالا

حاملگی کاذب از نظر تعریف پیدایش علائم کلاسیک حاملگی مثل آمنوره، تهوع، بزرگی و پیگمانتاسیون پستان‌ها، بزرگی شکم و دردهای حاملگی دریک زن غیر حامله است. این پدیده تسلط روان بر جسم را احتمالاً از طریق درونداهای مرکزی در سطح هیپوتالاموس نشان می‌دهد. تصور می‌شود فرایندهای روان‌شناختی در پیدایش آن نقش داشته باشند مانند: اشتیاق شدید به حاملگی و یا ترس مرضی نسبت به حامله شدن، احساس دوگانه و تعارضات مرتبط با هویت جنسی و پرورش کودک و واکنش سوگ به از دست

^۱ استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ DSM-5= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

^۲ **NOS=Non Otherwise Specified

خلاف ادعای وی را ثابت کرده بود. (۱۲) یک گزارش هم از ایران توسط بیدکی و همکاران در سال ۲۰۱۸ از دانشگاه علوم پزشکی یزد صورت گرفته است بیمار گزارش شده مرد ۲۵ ساله مجردی بوده که هر روز خودارضایی داشته و ادعا می‌کرده که در سه‌ماهه دوم حاملگی است. او اعتقاد داشته که دارای رحم است و از آنجا که در استمنا برگشت منی به عقب داشته به این باور رسیده که خودش، خودش را حامله کرده است. (۱۳) و چند مورد انگشت‌شمار دیگر که از گوشه‌کنار دنیا گذارش گردیده‌اند. به‌دلیل نادر بودن این اختلال روان‌پزشکی، ما نیز بر آن شدیم که این مورد را گزارش نماییم.

معرفی مورد

بیمار خانم ۶۶ ساله‌ای است با سواد خواندن و نوشتن که در ۲۵ سالگی ازدواج می‌کند و حاصل آن سه فرزند پسر است که در حال حاضر همگی ازدواج کرده و زندگی مستقلی دارند. همسرش ۱۲ سال قبل به بهانه بیماری زنش با زنی که دارای یک فرزند دختر و یک پسر بوده، ازدواج کرده است. به گفته بیمار، همسرش دخترخوانده خود را حتی از پسرهای خودش هم بیشتر دوست دارد. اختلال روان‌پزشکی بیمار از ۲۸ سالگی شروع می‌شود و اولین بستری او در ۳۴ سالگی بوده است در آن نوبت بیمار در فاز افسردگی با خصوصیات پسیکوتیک بوده است. در این فاصله اتفاق پزشکی مهم دیگر، ابتلای بیمار به کانسر پستان در ۵۶ سالگی است که بدنبال آن ماستکتومی چپ انجام شده است نوبت دوم بستری روان‌پزشکی در ۵۹ سالگی در فاز مانیا بوده و نوبت سوم نیز در ۶۴ سالگی وی در فاز افسردگی و آخرین نوبت (نوبت کنونی) نیز در ۶۶ سالگی وی در فاز مختلط می‌باشد. در این دوره علائم خلقی همراه با افکار خودکشی و توهمات شنوایی بوده که بیمار را بسیار بد چون "سلیطه" "بدکاره" و... خطاب می‌کردند. بعد از بستری، درمان با سرترالین، ریسپریدون و لیتیموم شروع شد و به‌تدریج سرترالین به ۲۰۰ میلی‌گرم و لیتیموم به ۹۰۰ میلی‌گرم و ریسپریدون ۸ میلی‌گرم در روز رسانده شد. در طول درمان پاسخ درمانی ضعیف بود و بیمار اغلب اوقات روی تخت دراز کشیده و عمدتاً از توهمات شنوایی ناراحت کننده رنج می‌برد. حدود سه هفته از بستری گذشته بود که تقریباً به‌طور ناگهانی برای اولین بار بیمار ادعای حاملگی کرد و در طی یک هفته این ادعا به تابلوی بالینی غالب تبدیل شد. علائم افسردگی تا حدودی فروکش کرده بودند و به نظر می‌رسید بیمار از اینکه حامله است ذوق زده شده و از آن راضی است. بیمار از تخت پایین آمده و مرتباً با خودش ور می‌رفت و با علائم خود مشغول بود مکرراً دست به شکمش می‌زد سینه خود را فشار می‌داد و نوک آنرا واری می‌نمود و درعین حال لبخند رضایت بر لب داشت. در ویزیت‌های روزانه هم بیمار نه‌تنها بر ادعای خود مصر بود بلکه

برده که خود باعث آمنوره، حساسیت و تورم پستان‌ها و ترشح شیر می‌شود که تجربه جسمانی حاملگی را القا می‌کند (۳) و (۴). هذیان حاملگی علاوه بر اسکیزوفرنیا در سایکوزهای خلقی، اختلالات افسردگی، اپی لپسی، دمانس و سایر بیماری‌های ارگانیک مغز نیز گزارش شده است. حاملگی کاذب و هذیان حاملگی تشابهات و تفاوت‌های ظریفی با همدیگر دارند. از نظر تشابهات در هر دو این‌ها تغییرات جسمانی نظیر آمنوره، گالاکتوره، تورم پستان‌ها و احتمالاً افزایش پرولاکتین دیده می‌شود. ولیکن تفاوت‌های آن‌ها این است که در حاملگی کاذب بیشتر با علائم شکمی نظیر اتساع شکم، احساس حرکات جنین، افزایش وزن، تهوع و استفراغ همراه است. تفاوت ظریف دیگر اینکه به نظر می‌رسد افزایش پرولاکتین در حاملگی کاذب بیشتر منشأ روان‌شناختی و به‌اصطلاح صرفاً جنبه فیزیولوژیک داشته باشد درحالی‌که در هذیان حاملگی افزایش پرولاکتین به علت اختلال آندوکرینی و یا بر اثر عوارض داروهای نظیر آنتی‌سایکوتیک‌ها باشد (۵).

در گذشته حاملگی کاذب بندرت گزارش می‌شد ولیکن گزارش در کشورهای درحال توسعه، هند (۶) یا صحرای جنوب آفریقا (۷)، به‌طور فزاینده‌ای بیشتر می‌شود. در آفریقا میزان بروز آن ۱ مورد در هر ۳۴۴ حاملگی گزارش شده است (۸) امروزه با فضای ذهنی فرزندآوری رو به کاهش، در زنان تحصیل‌کرده و غنی احتمال حاملگی کاذب بیشتر شده است. (۹) به‌طور کلی عوامل زیستی - روانی - اجتماعی شایع مؤثر در پیدایش حاملگی کاذب عبارت‌اند از: نازایی زوجین خصوصاً نازایی زن، احساس دوگانگی در مورد حاملگی، موضوعات مربوط به رابطه زن و شوهر و مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک، به‌دلیل بالا بردن پرولاکتین سرم احتمالاً در متقاعد کردن بیماران به حامله بودن تأثیرگذار است زیرا افزایش پرولاکتین خود موجب آمنوره، گالاکتوره و بزرگی و سفتی پستان‌ها می‌شود که از علائم کلاسیک حاملگی هستند (۱۰). باوجودی که بشر از قدیم‌الایام با حاملگی کاذب سروکار داشته است اما هذیان حاملگی اولین بار در آغاز قرن نوزدهم توسط اسکیرول در ادبیات پزشکی مستند شده است (۱۱). گزارش‌های نادری در مورد حاملگی کاذب/هذیان حاملگی وجود دارد. یک مورد هذیان حاملگی را یورگن کورنیشکه در سال ۲۰۰۲ از آلمان گزارش کرد. بیمار زن ۵۱ ساله غنایی بود که مبتلا به اسکیزوفرنیا بود و در دهه نود مدتی ادعای حاملگی داشته و علی‌رغم اینکه تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های مربوط به حاملگی منفی بودند همچنان برای پیگیری حاملگی به کلینیک زنان و زایمان مراجعه می‌کرده است. یک مورد دیگر از بنگلادش بود که مصطفی کمال و همکاران در سال ۲۰۱۲ یک زن مولتی پار تازه طلاق گرفته را گزارش نمودند. بیمار بلافاصله بعد از دریافت طلاق‌نامه از همسرش ادعای حاملگی نموده بود که البته بررسی‌ها

رفتارهایش بیشتر حول و حوش این ادعا بود. حاملگی خود را چهار ماهه می‌دانست و جالب اینکه محصول حاملگی هم دختر بود. "حالا از کجا میدانی دختر است؟" آقای دکتر من سه تا پسر به دنیا آورده‌ام اما این بچه با همه‌شان متفاوت است" به این ترتیب بود که بیمار برای هر سؤال و تردیدی فوراً یک پاسخی داشت. در معاینات خیلی سریع یک بالش پشت خود قرار می‌داد و به طرز شگفت آوری شکم خود را جلو آورده و سفت می‌کرد به‌طوری‌که معاینه‌کننده واقعاً احساس می‌کرد چیزی در شکم هست و حتی گاهی حرکات مشکوکی را هم لمس می‌نمود در همان حال بیمار خیلی ماهرانه پزشک را متوجه تنها پستانش می‌کرد و با لمس و فشار دادن آن نشان می‌داد که سینه‌اش چقدر سفت شده و البته بعد از کمی ور رفتن با نوک سینه ترشحات مختصر شیرمانندی هم در آن ظاهر می‌شد. همچنین همکاران پرستار گزارش می‌کردند که بیمار اغلب صبح‌ها در دستشویی با سروصدا و نمایش گونه و بسیار اغواگرانه "آق" می‌زند. علائم بیمار به قدری طبیعی می‌نمود که اغلب اعضای تیم مراقبتی رابه تردید انداخته بود. بنابراین بررسی‌های آزمایشگاهی مرتبط درخواست گردید. ابتدا یک تست ساده حاملگی انجام شد که منفی بود و سپس سطح بتا اچ سی جی درخواست شد که منفی بود. اما سطح پرولاکتین بالا بود (۷۵/۱۵) نانوگرم در میلی لیتر با فرانس ۱۸/۴۹ - ۴/۲۴ نانوگرم در میلی لیتر بعد از مونوپوز). در درمان بیمار تغییراتی داده شد و درمان با تشنج الکتریکی نیز شروع گردید. در طی ۱۰ روز و با دریافت چهار جلسه ECT شواهد بهبودی ظاهر و با ادامه درمان بهبودی کامل شد و بیمار حدود سه هفته بعد مرخص گردید. جالب است که بیمار با بهبودی آشکار بارها با حجب و حیا از اینکه با ادعای حاملگی موجب آزار و اذیت شده است عذر خواهی کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

حاملگی کاذب/هذیان حاملگی هرچند پدیده نادری است ولیکن گزارشاتی (به‌ویژه) از کشورهای درحال توسعه در مورد آن وجود دارد که لزوم شناخت بیشتر و بهتر آنرا تاکید می‌کند. از آنجاکه درحال حاضر سن ازدواج بالا رفته و زوجین فرصت کم‌تری برای فرزندآوری دارند احتمالاً این گزارشات در آینده بیشتر هم خواهند شد به‌ویژه از کشورهای درحال توسعه که فشارهای اجتماعی برای بچه دار شدن در آن‌ها هنوز بالاست.

در مطالعه سیستماتیک مری وی سیمین (Mary V See) در سال ۲۰۱۴ از کانادا که هدف آن بررسی موارد گزارش شده اخیر حاملگی کاذب/هذیان حاملگی از سراسر جهان برای درک بیشتر عوامل زمینه‌ای زیستی - روانی - اجتماعی در پیدایش آن بود، ۸۰ مورد گزارش شده از سال ۲۰۰۰-۲۰۱۴ را مورد بررسی

بیمار ما هرچند دچار اختلال دوقطبی بود و در بعضی از دوره‌های بیماری علائم سایکوتیک نشان می‌داد، لیکن با توجه به تظاهرات بالینی و علائم جسمانی مرتبط با حاملگی وی (عمدتاً علائم شکمی) و همچنین با توجه به تعارض‌های متعدد روان‌شناختی که داشت، به نظر می‌رسد بیشتر با حاملگی کاذب سازگار است تا هذیان حاملگی.

امید است با توجه به مجموعه بحث‌های فوق، این گزارش به درک بهتر و بیشتر حاملگی کاذب/هذیان حاملگی کمک کند چرا که انتظار می‌رود پزشکان مخصوصاً روان‌پزشکان با موارد بیشتری از

استفاده کرد و تا حد امکان داروهای بی اثر را به کار برد که سطح پرولاکتین را کمتر از ۱۰۰ می‌برند.

این پدیده‌ها در آینده مواجه شوند. ضمناً به نظر می‌رسد در بیماران با ریسک بالا باید با احتیاط بیشتری از داروهای آنتی‌سایکوتیک

References

1. Kaplan and Sadock S. Comprehensive Text Book of Psychiatry. 10th Ed. 2017. P. 2511.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed. Washington, DC: APA; 2013.
3. Tarin JJ, Hermenegildo C, García-Pérez MA, Cano A. Endocrinology and physiology of pseudocyesis. *Reprod Biol Endocrinol* 2013;11(1):39.
4. Rosch DS, Sajatovic M, Sivec H. Behavioral characteristics in delusional pregnancy: a matched control group study. *Int J Psychiatry Med* 2002;32:295–303.
5. Simon M, Voros V, Herold R, Fekete S, Tenyi T. Delusions of pregnancy with Post-partum onset: An integrated, individualized view. *Eur J Psychiatry* 2009;23:234–42.
6. Makhal M, Majumder U, Bandyopadhyay GK. Psychodynamic and socio-cultural perspective of pseudocyesis in a non-infertile Indian woman: a case report. *Malaysian Journal of Psychiatry* 2013;22(1).
7. Ibekwe PC, Achor JU. Psychosocial and cultural aspects of pseudocyesis. *Indian J Psychiatry* 2008;50:112–6.
8. Ouj U. Pseudocyesis in a rural southeast Nigerian community. *J Obs Gyn Res* 2009;35:660–5.
9. Dafallah SE. Pseudocyesis and infertility. *Saudi Med J* 2004;25:964–5.
10. Seeman MV. Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. *World J Clin Cases* 2014;2(8):338.
11. Kornischka J, Schneider F. Delusion of pregnancy. *Psychopathology* 2003;36(5):276–8.
12. Kamal A, Rahman W, Laila L, Hakim N. Case Reports on Pseudocyesis. *Journal of Armed Forces Medical College, Bangladesh* 2012;8(1):56–58.
13. Bidaki R, Bozorg B, Ayatollahi M, Roozbeh M. Delusion of Pregnancy as a Somatic-Type Delusional Disorder in a Young Male From the South of Iran. *Hospital Practices and Research* 2018;3(2):69–70.

A CASE REPORT OF DELUSIONAL PREGNANCY/PSEUDOCYESIS IN A 66 YEARS OLD WOMAN WITH A BIPOLAR MOOD DISORDER IN URMIA

Mohammadreza Anoosheh¹, Safar Hamednia²

Received: 15 Sep, 2019; Accepted: 28 Nov, 2019

Abstract

The Patient is a 66 years old woman with bipolar mood disorder type 1 since 28 years old. She has three sons with no daughter. Her husband remarried with a widowed woman 12 years ago that (who) has a daughter and a son from previous marriage. Before the beginning of the last period of mood disorder she has an important tension with her sons and their wives so that all of them left the Party in her home in the fifth and last admission to the psychiatric ward. In the mid-treatment process, she claimed that she is pregnant and her fetus is a daughter. Although most of the classic signs and symptoms of pregnancy were found in the patient and serum Prolactin level was high because of risperidone use in the 8mg/d dose, all tests, including beta-HGH levels and ultrasound, showed that she was not pregnant. However, the patient insisted on her pregnancy (pseudocyesis). It seems that Psychodynamic processes and high levels of Prolactin had a role in her claim.

Keywords: bipolar mood disorder' pseudocyesis' prolactin

Address: Razi Psychiatric Center, Urmia, Iran.

Tel: +989144415836

Email: dr.hamednia@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2020: 30(10): 835 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Science, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Science, Urmia, Iran. (Corresponding Author)