

Symulacja i zaburzenia pozorowane

Simulation and factitious malingering

Anna Wójcicka¹, Anna Grzywa¹, Rafał Celiński²

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Instytut Fizjoterapii, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Streszczenie

Powody, dla których ludzie symulują chorobę są przeróżne, mogą to być spodziewane korzyści finansowe, potrzeba bycia obiektem współczucia, czy też tak prozaiczne jak odczuwanie przyjemności z oszukiwania innego człowieka. Celem niniejszego artykułu jest dokonanie analizy i możliwych strategii wykrywania, diagnozowania symulacji oraz zbliżonych do niej różnych form Zespołu Münchausena - zarówno by proxy jak podobnego zaburzenia rzekomego per procura. Zespół Münchausena klasyfikowany, jako choroba psychiczna charakteryzuje się świadomym tworzeniem u siebie objawów patologicznych. Rozpowszechnienie występowania tego typu zaburzeń jest nieznane. Szacuje się, że 5-10% wszystkich przyjęć do szpitali jest spowodowane zaburzeniami pozorowanymi. Etiologia zespołu Münchausena również nie jest jak dotąd wyjaśniona. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że istotne znaczenie w rozwoju tego zaburzenia odgrywają zarówno czynniki somatyczne, jak i psychiczne. Zespół ten jest rzadko rozpoznawany i stanowi prawdziwe wyzwanie dla pracowników służby zdrowia, gdyż sprawia wiele trudności diagnostycznych. Podstawowe znaczenie w diagnostyce odgrywa dobra znajomość postaci klinicznych i symptomów tego zaburzenia, wśród których znajduje się celowe wywoływanie u siebie objawów psychicznych lub fizycznych choroby, patologiczne kłamstwo oraz częsta zmiana miejsc hospitalizacji. Szczególne znaczenie ma szczególnie zebrany wywiad oraz wnikliwa rozmowa i obserwacja pacjenta przy często rozbieżnych wynikach badań dodatkowych.

Słowa kluczowe: zespół Münchausena, symulacja, osobowość, zaburzenia somatyczne

Abstract

Reasons, why people simulate a disease are various, including expected financial benefits, the need to feel the sympathy of other people, or mundane feeling of pleasure caused by cheating another person. The main aim of this article is to analyse the possible strategies of detecting and diagnosing the simulation and its alike various forms of Münchausen syndrome – both by proxy and similar alleged disease per procura. Münchausen syndrome, classified as psychical disease, is characterised by conscious creating own pathological symptoms. The prevalence of this disorder is unknown. It is estimated that around 5-10% of all hospital admissions is due to simulated symptoms. The aetiology of Münchausen syndrome has not been explained so far either. In the specialist literature it is being underlined that the crucial importance in development of this disorder is played by both the somatic as well as psychical factors. This syndrome is rarely diagnosed and identified and poses a real challenge to the health care staff, because it causes a lot of diagnostic difficulties. The core importance in the diagnosis play the good knowledge of clinical patterns and symptoms of this disease, among which there is purposeful inducing of psychical or somatic syndromes in self, pathological lying and frequent changing of hospitalisation place. Particularly important is carefully taken history as well as insightful conversation and observation of the patient with often incompatible results of additional examinations.

Keywords: Münchausen syndrome, simulation, personality, somatic disorders

Symulacja

Określenie symulacja pochodzi z łaciny od słowa *simulatio* i oznacza stworzenie fałszywych pozorów, świadome wprowadzanie w błąd otoczenia, udawanie np. choroby. Symulacja obejmuje szeroki wachlarz obrazów klinicznych, różniących się pod względem skali zniekształceń, motywacji i wykrywalności [1]. Przy czym, jak słusznie zauważył Ford, w przypadku symulacji nie mogą mieć miejsce autentyczne objawy [2]. Zachowania takie mogą mieć znaczenie szczególnie dla lekarzy sądowych, kiedy za symulowane objawy oskarżyciel obwinia kogoś bez uzasadnienia, np. kobiety mogą podawać, że zostały zgwałcone, co nie jest zgodne

z prawdą. Również osoby odbywające karę pozbawienia wolności mogą symulować choroby somatyczne, lub wywołać u siebie objawy choroby – w celu przekonania nadzoru o konieczności przewiezienia ich do szpitala. Co z kolei może być wykorzystane w celu ucieczki. Takimi objawami może być udawanie drgawek, ranienie siebie odbytu celem wywołania krwawień, pokazywanie lekarzom czy nadzorowi rzekomo wydalonych kamieni nerkowych. Ford [2] do symulowanych objawów zalicza także zespół Münchausena, chociaż inni autorzy zaliczają go raczej do zaburzeń dysocjacyjnych.

Symulowanie objawów może służyć wymuszaniu recept na leki, przez osoby od nich uzależnione. Pacjenci

z zaburzeniem symulowanym pochodzą przeważnie z dysfunkcyjnych rodzin i mają histrioniczne cechy osobowości, często w dzieciństwie doświadczyły traumatycznych przeżyć lub odrzucenia. Najczęstsze skargi dotyczą dolegliwości brzusznych, sercowych, które zresztą osoby symulujące same wywołują przyjmując środki takie jak np.: hormony tarczycy, amfetaminę czy inne. Wywołują krwotok przyjmując środki przeciwkrzepliwe, albo symulują krwotok dodając krew do pobranych próbek np. moczu. Podwyższają temperaturę ciała pocierając termometr lub wkładając go do gorącego płynu, pokazując zmiany skórne, które sami spowodowali [3]. Symulowanie z definicji jest wywołane przez świadome zachowanie pacjenta, aby użyć choroby do uzyskania zewnętrznego celu. Jednakże sugerowano, że symulowanie jest skrajną wartością na kontinuum świadomych-nieświadomych motywacji, zaś na drugim jego krańcu znajdują się objawy konwersyjne. Wiele z symulowanych objawów znajduje się pomiędzy tymi ekstremami, tak więc mają one zarówno komponentę świadomą, jak i nieświadomą.

Uważa się, że pacjenci z osobowością dyssocjalną są bardziej skłonni do symulowania, używania objawów fizycznych jako jednego ze środków do manipulowania lub oszukiwania innych. Jednakże wszystkie typy osobowości były opisywane w związku z symulowaniem i może to być postrzegane jako mechanizm radzenia sobie, gdy inne strategie są nieskuteczne. Dla przykładu: objawy symulowane mogą być dla wykorzystywanego przez pracodawcę pracownika mechanizmem pozwalającym na wydostanie się z niemożliwej do tolerowania sytuacji w pracy. Symulowane objawy zazwyczaj zanikają, gdy zostaje osiągnięty zamierzony cel (np. po uzyskaniu rekompensaty finansowej) lub gdy osoba symulująca podejrzewa, że jej oszustwo zostało wykryte. Czasami, w przypadku długiego symulowania, prezentowane objawy mogą pozostać, prawdopodobnie w celu „zachowania twarzy” lub dlatego, że zostały włączone do tożsamości tej osoby. Symulacje należy różnicować z chorobami somatycznymi, zaburzeniami pozorowanymi (np. bez wyraźnego motywu), zaburzeniami somatomorficznymi, zwłaszcza zaburzeniami konwersyjnymi (których motyw jest podświadomy) oraz z pseudo-symulacją. W tej ostatniej pacjent wierzy, że świadomie kontroluje objawy, ale w rzeczywistości jest chory (np. osoba chora psychicznie) i udaje objawy choroby psychicznej, aby ukryć przed samym sobą fakt, że nie kontroluje swoich procesów umysłowych. Symulowane objawy psychologiczne często można wykryć przy pomocy testów psychologicznych [4]. Skale kontrolne w teście MMPI-2 mogą wykazać zmiany spowodowane udzielaniem fałszywych odpowiedzi. Badanie stanu psychicznego i testy psychologiczne mogą ujawnić wyniki niespójne lub nietypowe dla symulowanego zaburzenia. Testy wielokrotnego wyboru mogą

wykazać, że podejrzany o symulowanie w statystycznie istotny sposób odpowiada nieprawidłowo co z kolei sugeruje znajomość prawidłowych odpowiedzi.

Powszechnie uważa się, że symulowane objawy zanikają z chwilą osiągnięcia zamierzonego celu. Jednakże w czasie procesu chorobowego, w wyniku procedur diagnostycznych lub terapeutycznych, symulant może doświadczyć powikłań jatrogennych. Komplikacje psychologiczne pojawiają się, gdy po latach procesów sądowych symulujący uwierzy w swoją chorobę (np. w wyniku zachowań wyuczonych) i nie rezygnuje z objawów po korzystnym wyroku sądowym.

Symulacja jest to udawanie objawów w celu uzyskania jakiejś korzyści. Hłasko w książce „Piękni dwudziestoletni” pisze: *„Udawanie obłądki nie jest rzeczą prostą, ale można się tego nauczyć, jeżeli ma się dość odwagi i charakteru. Najłatwiej jest symulować manię prześladowczą; wymaga to jednak czasu. Kiedy widzimy, że zostało nam tylko pieniędzy na dwa miesiące życia - zaczynamy. Zgłaszamy się pewnego dnia do komisariatu policji z prośbą o wydanie nam pozwolenia na broń. Na pytanie urzędników, w jakim celu potrzebny nam jest piętnaściorzłonowy pistolet marki FN odpowiadamy, że od tygodni jesteśmy śledzeni przez jakiegoś osobnika w skórzanym płaszczu, czarnych okularach i z laską w rękę; sugerujemy przy tym, że w lasce umieszczona jest szpada... oczywiście urzędnicy policji wyrzucają nas na zbity pysk. W parę dni później zgłaszamy się znów; znów opowiadamy to samo, z tą różnicą, że tym razem jesteśmy śledzeni przez zupełnie innego osobnika, który trzyma w ręku teczkę; sugerujemy że w teczce rzeczony osobnik ma bombę zegarową, która chce włożyć do bagażnika naszego samochodu. Na pytanie urzędnika czy jesteśmy w posiadaniu samochodu, odpowiadamy, iż nie, ale czasem bierzemy taksówkę i wtedy rzeczony osobnik może tam umieścić swoją bombę. Znów dostajemy kopa w tyłek; ale na komisariacie policji wiedzą już, że byliśmy dwa razy; może nawet trzy lub cztery, ale nie więcej. Nie wolno nam na początku w żadnym wypadku iść do lekarza; jest się przecież wariatem, który nic nie wie o nękającej go chorobie i który wie, że jest prześladowany na tle politycznym. (...) W końcu zrywamy kontakt ze światem, kupujemy proszki nasenne i idziemy do hotelu. Dzwonimy do najlepszego przyjaciela i mówimy mu, że mamy dla niego stuprocentową możliwość dużego i pewnego zarobku, musi jednak zadzwonić jutro o dwunastej. Przyjaciół przyrzeka nam, że zadzwoni; pożeramy proszki nasenne, piszemy list pożegnalny do rodziny i wyjaśniamy, iż na skutek prześladowań i braku pomocy decydujemy się na popełnienie samobójstwa; udzielamy błogosławieństwa dzieciom i młodszemu rodzeństwu; śpimy. Następnego dnia przyjaciel dzwoni, ale w hotelu nie mogą nas dobrać. Po jakimś czasie portier puka do naszych drzwi, po czym wyłama je przemocą, a my budzimy się w szpitalu dla wariatów otoczeni gromadą psychiatrów i idiotów” [5].*

Zaburzenia pozorowane

Według DSM-IV zaburzenia pozorowane rozpoznaje się kiedy ma miejsce:

- A. Zamierzone wytwarzanie lub udawanie oznak lub objawów fizycznych lub psychicznych.
- B. Motywem takiego zachowania jest podjęcie roli osoby chorej.
- C. Zewnętrzne uwarunkowania dla takiego zachowania (np. zysk ekonomiczny, uniknięcie odpowiedzialności prawnej lub poprawa samopoczucia fizycznego jak w Symulacji) nie występują [6].

W DSM-IV-TR wymieniono następujące cztery podtypy diagnostyczne zaburzeń pozorowanych:

1. Zaburzenia pozorowane z dominacją oznak lub objawów psychicznych.

Pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi mogą naśladować zaburzenia psychologiczne i choroby psychiczne. Blisko związany z zaburzeniami pozorowanymi jest syndrom fałszywej wiktylizacji, w którym pacjent fałszywie podaje jakiś typ wykorzystywania. Dla przykładu: kobieta może fałszywie zgłaszać, że została zgwałcona. Inne naśladowane zaburzenia psychologiczne zawierają: różne formy otępień, amnezję lub fugi; różne zaburzenia osobowości i, rzadko, schizofrenię.

2. Zaburzenia pozorowane z dominacją oznak lub objawów fizycznych.

Wytwarzanie fizycznych objawów chorobowych jest prawdopodobnie najczęstszą formą zaburzeń pozorowanych. Objawy są albo symulowane, albo sztucznie produkowane. Pośród najczęstszych z tych zaburzeń jest pozorowana hipoglikemia, pozorowana anemia, pozorowane krwawienie żołądkowo-jelitowe, pozorowane napady drgawkowe, kolki nerkowej.

3. Zaburzenia pozorowane ze współwystępowaniem oznak lub objawów psychicznych i fizycznych. Pacjent może zostać przyjęty do szpitala z pozorowanymi objawami fizycznymi i w trakcie hospitalizacji, być może w celu uzyskania większej sympatii, może zgłaszać lub naśladować różne objawy psychologiczne, takie jak doświadczenie niedawnej straty bliskiego krewnego lub przyjaciela lub bycie zgwałconym w przeszłości.

- 4 Zaburzenia pozorowane nieokreślone inaczej.

Kategoria ta jest zarezerwowana dla tych form zaburzeń pozorowanych, które nie pasują do innych kategorii. W niej zawarty jest zespół Münchhausena per proxy, w którym jedna osoba potajemnie i ukradkowo indukuje chorobę lub zgłasza chorobę u innej osoby. Najczęściej jest to zachowanie matki w stosunku do małego dziecka [7].

Zaburzenie pozorowane znane są od czasów rzymskich i były opisane w tekstach medycznych Galena. Obecne zainteresowanie tym potajnym produkowaniem objawów przedstawianych lekarzowi zostało zainicjowane przez opis Ashera z 1951 roku i nazwane „Zespo-

łem Münchhausena” [8]; wiele artykułów w periodykach medycznych opisywało i próbowało wyjaśnić tę przewrotną formę zachowań chorobowych.

Prawdziwe rozpowszechnienie zaburzeń pozorowanych jest nieznane, przypuszcza się jednak, że jest ono częstsze niż się je rozpoznaje. Jedno badanie kanadyjskie szacuje, że blisko 1 na 1 000 przyjęć do szpitala spowodowane jest zaburzeniami pozorowanymi. Jednakże badanie zupełnie innego typu wykazało, że blisko 3,5% przyjęć z powodu kamicy nerkowej po wykonaniu badań laboratoryjnych okazywało się niepotrzebnymi, ponieważ napady były udawane. Badanie pacjentów skierowanych do National Institutes of Health z powodu gorączki o nieznanym pochodzeniu wykazały, że prawie 10% z nich miało gorączkę pozorowaną.

Zespół Münchhausena najczęściej występuje u mężczyzn w średnim wieku, bez ścisłych związków rodzinnych. Składa się on z symulowania choroby, elementów pseudologii fantastycznej i peregrynacji. Pacjent taki wędruje z miejsca na miejsce w poszukiwaniu wciąż nowych miejsc do leczenia i opieki. Pacjent taki zgłasza się do Oddziałów intensywnej terapii, często wieczorem licząc, że na pewno ktoś z lekarzy się nim zajmie. Podają się za ważne osoby, (dyplomatę, profesora uniwersytetu, znanego sportowca), co ma im zapewnić większe zainteresowanie personelu. Po wykluczeniu choroby oburzają się na lekarzy i obrażeni udają się do odległego szpitala w innym mieście. Kobiety cierpiące na to zaburzenie są przeważnie niezamężne, w wieku 20-30 lat i często pracują w zawodach medycznych, takich jak np.: pielęgniarstwo. Sprawcami w zespole Münchhausena by proxy są najczęściej matki małych dzieci, które same mogły kiedyś być zaangażowane w zaburzenie pozorowane lub spełniają kryteria zaburzeń somatyzacyjnych.

Wyjaśnienia dla zachowania w przebiegu zaburzeń pozorowanych są w większości oparte na spekulacjach. Leżące u ich podstaw motywacje są prawdopodobnie wieloczynnikowe. Sugeruje się następujące sposoby wyjaśnienia:

A. Poszukiwanie opieki i wsparcia. Osoby w roli chorego są zwolnione z obowiązków społecznych i inni się nimi opiekują. Gdy brakuje alternatywnych źródeł opieki i wsparcia, osoba ta może celowo wyidukować chorobę jako drogę do poszukiwania takiego wsparcia. Wielu pacjentów z zaburzeniami pozorowanymi powinno się opiekować kimś, a zaburzenia pozorowane pozwalają na odwrócenie ról: zamiast opiekować się innymi, pacjent przyjmuje rolę osoby wymagającej opieki.

B. Pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi czasami wykorzystują chorobę aby uzyskać korzyści przysługujące osobom niepełnosprawnym lub zwolnienie z codziennych obowiązków i wykonywania jakiejś pracy, a choroba wywołuje uwagę i troskę członków rodziny, której nie otrzymaliby w innych okolicznościach.

C. Osoby, które z powodzeniem wprowadzają w życie oszustwo, mogą mieć poczucie wyższości dzięki swoim kompetencjom do oszukiwania innych, oraz odczuwać przyjemność manipulowania innymi. W związku z tym mogą doświadczać zmiany samooceny z bycia słabym i nieporadnym na poczucie bycia mądrym i pełnym władzy nad innymi.

D. Niektórzy pacjenci używają zaburzeń pozorowanych do uzyskiwania leków. Jednak nawet ci, którzy wyłudniają leki na receptę, wydają się robić to bardziej z powodu dreszczyku emocji, wynikającego z oszukania lekarza, niż z powodu uzależnienia.

E. Pacjent przeżywając lęk spowodowany strachem przed odrzuceniem lub bezradnością, może używać zaburzeń pozorowanych, aby bronić się przed dekompensacją psychiczną.

Kryteria diagnostyczne według DSM-IV [6] niezbyt dokładnie opisują różniące się między sobą zespoły kliniczne, zaliczane do zaburzeń pozorowanych. Wyróżniono trzy główne zespoły, chociaż mogą istnieć między nimi części wspólne.

1. Zespół Münchausena (peregrynujące zaburzenia pozorowane), jak wspomniano wcześniej po raz pierwszy opisany przez Ashera w 1951 roku, składa się z udawania choroby, kłamstwa patologicznego i wędrowania. Niektórzy pacjenci z tym zaburzeniem cieszyli się wielką sławą, zresztą nazwa tego zaburzenia pochodzi od nazwiska barona cierpiącego na nie. Demonstrowane objawy są zazwyczaj dramatyczne i wymagają natychmiastowej hospitalizacji, badań. Tacy pacjenci bardzo chętnie udzielają o sobie nieprawdziwych informacji. Pacjenci ci wprowadzają lekarza w zakłopotanie z powodu niezgodności wyników badań laboratoryjnych z badaniem somatycznym i wywiadem oraz z powodu ich słabej reakcji na standardowe procedury terapeutyczne. Rzadko ktoś ich odwiedza i trudno jest uzyskać informacje o wcześniejszych hospitalizacjach; często używają pseudonimów, aby trudniej było ich zidentyfikować. Jeżeli zostaną poinformowani, że nie są chorzy wówczas często reagują złością, grożą pozwem sądowym i wypisują się ze szpitala. Następnie zgłaszają się do innego szpitala, gdzie ponownie przedstawiają swoje dolegliwości.

Historia i wywiad medyczny często pokazują, że osoby te często doświadczyły stresującego dzieciństwa. Neuropatyczne dziecięce cechy charakteru (np. kłamanie lub podkładanie ognia) były często zaznaczane w wywiadzie. Wielu z tych pacjentów pracowało w zawodach paramedycznych (np. w korpusie medycznym w wojsku).

2. Zespół Münchausena by proxy – Zaburzenie powodujące dużą krzywdę, w którym matka wywołuje chorobę u swojego dziecka, zostało po raz pierwszy opisane w 1978 roku. W następstwie tego setki opisów przypadków z całego świata potwierdziło występowanie takiej formy wykorzystywania dziecka. W każdym dużym szpitalu dziecięcym można spotkać kilka przypadków w ciągu roku. Kobieta

z zespołem Münchausena (nazywanym „by proxy” czy „per procura”), to najczęściej matka wytwarzająca objawy choroby u dziecka przez duszenie go, zatrucie, przeziębienie, co powoduje konieczność leczenia, a matka jako opiekunka znajdzie się w sferze zainteresowań personelu. Matki takie wywołują u dziecka np. alergię, krwinkomoc, trudności oddechowe, krwawienia lub wymioty. Z leków najczęściej są stosowane środki przeczyszczające, trankwilizatory, środki przeciwbólowe i różne leki znajdujące się w domu lub dostępne bez recepty [9]. Cechą charakterystyczną jest brak poprawy po leczeniu i poszukiwanie ciągle nowych zakładów leczniczych. Nie ma żadnych wskazań do leczenia farmakologicznego takiego zaburzenia, powinno się zaproponować pacjentowi psychoterapię, ale oni przeważnie nie wyrażają zgody. W zespole Münchausena by proxy sprawca (zwykle matka) zgłasza dziecko (zwykle niemowlę) do leczenia medycznego z powodu symulowanej lub faktycznie wywołanej choroby. Dla przykładu: dziecko może mieć zapaść po tym, jak matka potajemnie podawała mu środki przeczyszczające lub inne leki. Dziecko może doświadczać powtarzających się napadów bezdechu sennego wtórnie do podduszania (np. poprzez zaciskanie nozdrzy). Gdy dziecko jest hospitalizowane, matka intensywnie angażuje się w opiekę nad nim. Co ciekawe, matka zaskakująco pragnie podpisać formularz zgody na inwazyjne procedury diagnostyczne i lecznicze. Stan zdrowia dziecka może poprawiać się w niewytłumaczalny sposób, gdy matka przez jakiś czas pozostaje poza szpitalem. Ojciec dziecka jest zazwyczaj niezaangażowany lub nieobecny. Sprawca w zespole Münchausena by proxy, zwykle matka, zazwyczaj ma poważne zaburzenia osobowości, które są bardzo trudne do leczenia. Jest to szczególnie prawdziwe, gdy sprawca kontynuuje zaprzeczanie swojemu zachowaniu. Wielu psychiatrów uważa, że powrót dziecka do matki musi zależeć od jej potwierdzenia i przyznania się do swojego zachowania, jej potrzeby przerwania go i jej zrozumienia dla potrzeb i praw dziecka. Te matki mogą mieć nasilone zaburzenia osobowości typu narcystycznego. Mogą postrzegać innych wyłącznie jako obiekty do manipulacji, a nie jako odrębne osoby z uczuciami, potrzebami i prawami. Jeśli w wywiadzie znajduje się informacja o niewyjaśnionej śmierci kogoś z rodzeństwa, dziecko musi być objęte szczególną opieką, aby zapewnić mu bezpieczeństwo.

Gdy matka zostaje skonfrontowana z podejrzeniem (lub dowodem), że to ona wywołuje chorobę dziecka, często reaguje gniewnym zaprzeczeniem i personel medyczny może także wyrażać niedowierzanie. Uzasadnione podejrzenia zespołu Münchausena by proxy wymagają zgłoszenia jako forma wykorzystywania dziecka odpowiednim służbom ochrony praw dziecka. Wśród dzieci, które są ofiarami zespołu Münchausena by proxy notowany jest wysoki wskaźnik śmiertelności (prawie 10% umiera przed osiągnięciem

dorobności). Badania nad ich rodzeństwem (także przyrodnim) wykazują podobnie wysoki wskaźnik śmiertelności, ponieważ wytwarzanie choroby może być przeniesione na następne dziecko. Gdy ofiarą zespołu Münchausena by proxy jest dziecko, konieczne może okazać się umieszczenie go w środowisku zastępczym, aby chronić jego zdrowie i życie. Dziecko będzie wymagało wspierającej pomocy psychologicznej, aby poradzić sobie z separacją od rodzica i ze zmianami w środowisku. Dla ofiar zespołu Münchausena by proxy, nierozpoznanie zaburzenia przez klinicystę lub podjęcie przez niego niewłaściwych działań może oznaczać kontynuację leczenia, powikłania, a nawet śmierć.

3. Powszechne zaburzenia pozorowane (nie-peregrynujące). Objawy podawane przez pacjentów mogą dotyczyć: stanu dermatologicznego związanego z samookaleczeniami lub infekcjami, zaburzeń w obrazie morfotycznym krwi z powodu potajemnego używania dikumarolu lub stosowania upustów krwi, hipoglikemii z powodu stosowania insuliny i innych chorób.

Pacjenci z powszechnymi zaburzeniami pozorowanymi zazwyczaj pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych i przejawiają cechy osobowości histrionicznej lub osobowości z pogranicza (borderline).

Pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi mają umiejętność uzyskiwania hospitalizacji i diagnozowania za pomocą inwazyjnych procedur. W rezultacie często poddawani są niepotrzebnym operacjom, takim jak nefrektomia czy nawet usunięcie trzustki. Są w grupie wysokiego ryzyka jeśli chodzi o narażenie na powikłania jatrogenne, a lekarze mogą przyczynić się do uzależnienia od leków. Setki tysięcy dolarów, w niektórych przypadkach miliony, mogą być wydawane na diagnozowanie i leczenie wymyślonych i wydukowanych przez pacjenta chorób. Lekarze również narażeni są na ryzyko. Pod wpływem złości pacjenci z tym zaburzeniem mogą pozywać lekarza do sądu lub przynajmniej wprowadzać nieład i rozdzźwięk pomiędzy swoimi opiekunami.

Wyniki badań psychologicznych pacjentów z zespołem Münchausena wykazują poważne problemy charakterologiczne, często socjopatię, narcyzm lub zaburzenia histrioniczne. Blisko 30% pacjentów z zespołem Münchausena ma jakąś postać dysfunkcji mózgowej. Dysfunkcja ta najbardziej uwidacznia się w tym, że wyniki IQ osiągnięte w skalach słownych znacznie przewyższają te ze skal bezsłownych, co znajduje powiązanie z kłamstwem patologicznym.

Wyniki badań pacjentów z powszechnymi zaburzeniami pozorowanymi są spójne z cechami osobowości histrionicznej lub borderline, nadmiernym koncentrowaniem się na fizyczności i konfliktami dotyczącymi seksualności.

Badania dotyczące sprawców w zespole Münchausena by proxy mogą wskazywać na zaburzenia osobowości (np. narcystyczna) i współwystępowanie zaburzeń

z osi I (np. depresji) [10]. Często przejawiają oni zaburzenia o niewyraźnie zarysowanych granicach.

Badania laboratoryjne mogą ujawniać niespójne wyniki, nietypowe dla żadnej ze znanych chorób (np. wzorzec hipokaliemii, która pojawia się z powodu potajemnego zażywania leków moczopędnych). Obecność toksyn lub leków, zażywaniu których pacjent zaprzecza, może skierować myślenie diagnostyczne w stronę zaburzeń pozorowanych. Dla przykładu: fenoloftaina może być obecna w stolcu dziecka, które doświadcza biegunki w rezultacie zespołu Münchausena by proxy.

Nie opublikowano żadnych badań, które wskazałyby wyniki neuroobrazowania specyficzne dla zaburzeń pozorowanych. Jednakże zważywszy na intensywne kłamanie, w które zaangażowane są te osoby i podobieństwa do symulowania, rozsądnym będzie oczekiwanie podobieństw z wynikami uzyskiwanymi w przypadku kłamania/symulowania.

Przebieg zaburzeń

Zwodnicza natura osób z zaburzeniami pozorowanymi wyklucza możliwość trafnego przewidywania zarówno przebiegu choroby, jak i rokowania. Wiemy, że u niektórych pacjentów z powszechnymi zaburzeniami pozorowanymi objawy mogą utrzymywać się przez lata. Objawy te mogą ustąpić spontanicznie lub być może po „przyłapaniu” i po konfrontacji. Osoby z zespołem Münchausena mogą symulować swoje choroby latami, często dużo podróżują, używać pseudonimów, aby utrudnić ich wyśledzenie. Niektórzy pacjenci umierają z powodu popełnienia pomyłki w czasie wytwarzania objawów choroby. Inni pacjenci zamieniają odgrywanie dramatu w szpitalu na odgrywanie dramatu w sali sądowej, pozywają lekarzy za spowodowanie choroby, którą sami u siebie wywołali (np. pozwanie chirurga za zakażenie pooperacyjne, które było wywołane przez pacjenta).

Diagnoza różnicowa

Tak, jak w przypadku wszystkich zaburzeń somatomorficznych, diagnozowanie zaburzeń pozorowanych zawiera wykluczenie obecności prawdziwego procesu chorobowego. Pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi często mają chorobę somatyczną, ale choroba ta jest skutkiem umyślnego i potajemnego działania, takiego jak upuszczanie sobie krwi. Sporadycznie pacjent z faktyczną chorobą somatyczną (np. cukrzycą) nauczy się, jak manipulować objawami i wynikami w taki sposób, który stworzy połączenie choroby somatycznej i zaburzeń pozorowanych. W takim przypadku oba procesy chorobowe i wynikające z nich zachowania będą wymagały uwagi terapeuty.

Zaburzenia pozorowane muszą także być różnicowane z symulowaniem. Czynnikiem różnicującym te dwa zaburzenia jest motywacja. Osoba symulująca ma zdefi-

niowany, zewnętrzny cel, który motywuje do konkretnych zachowań (celem tym może być wypłata odszkodowania z firmy ubezpieczeniowej), podczas gdy w przypadku zaburzeń pozorowanych celem pacjenta jest pełnienie roli chorego, aby zaspokoić potrzeby psychologiczne. Symulowanie i zaburzenia pozorowane mają dużą część wspólną.

Pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi mogą również spełniać kryteria innych zaburzeń somatomorficznych lub innych chorób z osi I, takich jak duża depresja, lub rzadziej, schizofrenia. U większości pacjentów z zaburzeniami pozorowanymi współwystępują zaburzenia osobowości z wiązki B (np. dyssocjalna, borderline, histrioniczna, narcystyczna).

Leczenie

Podejście terapeutyczne do zaburzeń pozorowanych musi różnić się od tego, jakie jest stosowane do leczenia specyficznych stanów chorobowych. Zaburzenia pozorowane prezentują zachowanie chorobowe, które jest spowodowane przez szeroką gamę czynników i często różnorodne motywacje. Terapeuta musi stworzyć odrębny plan terapeutyczny dla każdego z pacjentów. Następnie, ponieważ zaburzenia pozorowane często występują łącznie z poważnymi zaburzeniami osobowości, terapeuta musi unikać zachowań manipulacyjnych ze strony pacjenta. W związku z tym wskazane jest tworzenie strategii multidyscyplinarnych, angażujących prawników, pielęgniarki, pracowników socjalnych i innych profesjonalistów. Niestety w przypadku wielu pacjentów z zaburzeniami pozorowanymi za cel należy uznać raczej pohamowanie objawów i unikanie niepotrzebnych wydatków na opiekę medyczną niż osiągnięcie wyzdrowienia.

Przytłaczająca większość pacjentów z zaburzeniami pozorowanymi ma leżące u podłoża tych zaburzeń zaburzenia osobowości. Pomimo ich powierzchownej życzliwości, towarzyskości i samochwalstwa, pacjenci ci są bardzo delikatni. Nie są kandydatami do konfrontacyjnej psychoterapii zorientowanej na uzyskanie wglądu gdyż mogą zdekompensować się w czasie takiego leczenia. Wielu pacjentów całkowicie odrzuca jakiegokolwiek leczenie psychiatryczne i elementy terapii muszą być prowadzone przez personel nie psychiatryczny. Dlatego też sugeruje się aby wszyscy członkowie zespołów terapeutycznych posiadali elementarną znajomość podstawowych technik terapeutycznych.

Psychoterapia powinna być wspierająca, empatyczna i nie zmuszająca do konfrontacji. Czasami tylko „bycie tutaj” i pozwalanie pacjentowi na mówienie, nawet jeśli większość z jego wypowiedzi to kłamstwo patologiczne, zapewnia pacjentowi wystarczające wsparcie, aby nie odczuwał potrzeby natychmiastowego angażowania się w zaburzenia pozorowane. Nie jest to co prawda działanie lecznicze, ale pozwala zapobiec zarówno powikła-

niom jatrogennym jak i zmniejsza koszty leczenia. Leczenie choroby jest trudne i długotrwałe. Uważa się, że powinno być ono połączone z indywidualną terapią psychologiczną i wsparciem psychiatrycznym. Pacjenci muszą być dokładnie oceniani pod kątem współistniejących zaburzeń psychicznych, takich jak duża depresja lub schizofrenia. Obecność innego zaburzenia z osi I jest relatywnie rzadka, ale jeśli występuje, to winna być leczona przez wdrożenie zarówno psychoterapii jak i innego leczenia.

Relatywnie mało wiemy o długoterminowym wyleczeniu z zaburzeń pozorowanych. Niektórzy pacjenci umierają na skutek swojego zachowania wywołującego chorobę, inni doświadczają poważnych powikłań medycznych, wliczając w to utratę narządów (np. trzustki lub nerki) lub kończyn. Jeśli zaburzenia pozorowane powstają na gruncie np. depresji psychotycznej, to rokowanie jest lepsze niż gdy są skutkiem zaburzeń osobowości, jak to zwykle bywa w tych przypadkach. Chociaż istnieją doniesienia o zakończonych sukcesem interwencjach psychoterapeutycznych u niektórych pacjentów, to nie ma dowodów, że remisja ta utrzymała się po zakończeniu terapii. Zespół Münchhausena wydaje się być relatywnie oporny na leczenie, chociaż ostateczne rezultaty w przypadku większości z tych pacjentów nie są znane [11]. W przypadku konfrontacji niektórzy pacjenci z tymi zaburzeniami otwierają się na psychoterapię i ich stan wydaje się poprawiać, demonstrują mniej objawów. Inni zaprzeczają swojej chorobie, zmieniają lekarza, kontynuując swoje zaburzone zachowanie w innym miejscu; jeszcze inni zaprzeczają chorobie, ale wyraźnie wstrzymują swoje zachowania chorobowe po przeprowadzonej konfrontacji.

Długoterminowe rokowania dla zespołu Münchhausena by proxy nie są znane. Wśród ofiar obserwowany jest wysoki wskaźnik śmiertelności w czasie dzieciństwa, a u tych, które przeżyły dzieciństwo, po osiągnięciu dorosłości mogą rozwijać się objawy zaburzeń somatomorficznych lub zaburzeń pozorowanych. Ponieważ jest to zaburzenie znane od niezbyt dawna, długoterminowe obserwacje nie są dostępne [12]. Relatywnie mało też wiemy o dalszych losach wyleczonych pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Cunnien A.J. Psychiatric and medical syndromes associated with deception, w: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception*, wyd. 2, New York; Guilford: 1997 s. 23–46.
2. Ford C.V. Factitious disorders and malingering. W: Ebert M.H., Loosen P.T., Nurcombe B., Leckman J.F. red., *Psychiatry Current diagnosis & treatment*. Mc Graw Hill Medical, New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, Madrid, Mexico City, Milan, new Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sydney, Toronto; 2008.
3. Rothenhausler H.B., Kapfhammer H.P. Munchhausen patients in general hospitals-Clinical features and treatment approaches in C-L psychiatry settings *Psychiatr. Prax.*, 2002; 29(7): 381-387.
4. Kaufman D.L. Munchhausen syndrome by proxy: Medical issues. W: Olson R.A., Mullins L.L., Gilman J.B., Chaney J.M. (red.), *The*

- sourcebook of pediatric psychology. Boston; Allyn and Bacon: 1994, s. 361-374.
5. Hłasko M. Pięćni dwudziestoletni. Warszawa; Wyd. Alfa: 1988, s. 76-77.
 6. DSM IV American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington; DC APA: 2000.
 7. DSM IV-TR Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR American Psychiatric Association wyd I polskie, red. J. Wiórka, Wyd. Elsevier Urban & Partner: 2008.
 8. Asher R. Munchausen syndrome. Lancet, 1951; 1: 339-341.
 9. Bools Ch. Factitious illness by proxy. B. J. Psychiat, 1996; 169: 268-275.
 10. Ehlers W., Plassmann R. Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchausen syndrome). Psychother. Psychosom., 1994; 62: 69-77.
 11. Huffman J.C., Stern T.A. The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. Gen. Hosp. Psychiatry, 2003; 25(5): 358-363.
 12. Ebert M.H., Nurcombe B., Loosen P.T., Leckman J.F. Current Diagnosis & Treatment Psychiatry. Mc Graw Hill Medical, New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, Madrid, Mexico City, Milan, new Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sydney, Toronto; 2008.

Correspondence address

Anna Wójcicka
Katedra i Klinika Psychiatrii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Lublin, ul. Głuska 1, 20-234 Lublin