

## Zespół Münchhausena o dominującym typie brzuszny z towarzyszącymi objawami depresyjnymi i lękowymi – opis przypadku klinicznego

Münchhausen syndrome of a predominantly abdominal type associated with depressive and anxiety symptoms – case report

Magdalena Łabędzka, Anna Lewandowska, Andrzej Kobus, Janusz Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2012; 7, 1: 43–49

### Adres do korespondencji:

Magdalena Łabędzka  
Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego  
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań  
e-mail: ma-la@o2.pl

### Streszczenie

Zespół Münchhausena to rzadkie zaburzenie psychiczne, w którym pacjenci wywołują u siebie objawy choroby somatycznej lub psychicznej w celu wstąpienia w rolę chorego. Dokładna przyczyna choroby nie jest znana, ale uważa się, że w etiopatogenezie zaburzeń biorą udział zarówno czynniki somatyczne, jak i psychiczne. Diagnostyka zespołu opiera się na wnikliwym wywiadzie i obserwacji oraz współpracy specjalistów wielu gałęzi medycyny. Leczenie zespołu Münchhausena przysparza wielu trudności i wiąże się zazwyczaj ze złym rokowaniem co do sukcesu terapii. Niniejsza praca jest opisem przypadku 27-letniej pacjentki z dominującym typem brzuszny zespołu Münchhausena z towarzyszącymi objawami depresyjnymi i lękowymi.

**Słowa kluczowe:** zespół Münchhausena, objawy depresyjne, objawy lękowe.

### Wprowadzenie

Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenie pozorowane) jest jednostką chorobową wyróżnioną zarówno w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10: F68.1), jak i w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV-TR: 300.16-300.19). Według kryteriów obu klasyfikacji pacjent cierpiący na zaburzenie pozorowane udaje objawy chorobowe wielokrotnie, bez wyraźnego powodu, może nawet wyrządzić sobie krzywdę, aby wywołać objawy. Motywacja tego zachowania

### Abstract

Münchhausen syndrome is a rare mental disorder in which patients provoke symptoms of somatic or mental illness in themselves in order to assume the role of a patient. There is no known exact cause of the disease, but it is believed that in the pathogenesis of the disorder both somatic and mental factors are involved. Diagnosis is based on a careful interview and observation, and on the cooperation of specialists from many fields of medicine. Treatment of Münchhausen syndrome poses many difficulties and is usually associated with poor prognosis for successful treatment. We report a case of a 27-year-old patient with predominant abdominal Münchhausen syndrome associated with depressive and anxiety symptoms.

**Key words:** Münchhausen syndrome, depressive symptoms, anxiety symptoms.

nie jest jasna, a zasadniczy cel udawania objawów stanowi wejście w rolę chorego. Zachowanie to często wiąże się ze znacznymi nieprawidłowościami w zakresie osobowości i związków z innymi ludźmi. Do zaburzeń pozorowanych zalicza się: *hospital hopper syndrome* (zespół pacjenta wędrującego po szpitalach), *hospital addiction syndrome* (zespół pacjenta uzależnionego od szpitala) oraz zespół Münchhausena. Wszystkie wymienione zaburzenia cechuje zbieżność w realizacji podstawowych przesłanek diagnostycznych będących źródłem przynależności do klasy zaburzeń (ICD-10, DSM-IV-TR).

Termin „zespół Münchhausena” został po raz pierwszy użyty w 1951 r. przez brytyjskiego

lekarza hematologa i endokrynologa Richarda Ashera w jego publikacji: *Munchausen's syndrome* (Asher 1951). Dla określenia tego zespołu Asher użył nazwiska żyjącego w XVIII w. barona Karla Friedricha Hieronymusa von Münchhausena (1720–1797), który zasłynął z umiejętności przekonującego opowiadania o swoich niezwykle, aczkolwiek całkowicie wymyślonych przygodach.

Pierwotnie Asher wyróżnił 3 postaci choroby: skórą, brzuszną i krwotoczną (Asher 1951). Z czasem dostrzeżono kolejną częstą postać zespołu, mianowicie postać neurologiczną (Kwan i wsp. 1997).

Postać skórna zaliczana jest do najczęstszych i przejawia się głównie osutkami, trudno gojącymi się ranami oraz nawracającymi zakażeniami. Postać brzuszna, znana jako wędrująca laparotomia (*laparotomia migrans*), objawia się zwykle ostrym bólem brzucha, który prowadzi do podejrzenia niedrożności jelit. Pacjenci z tą postacią choroby najczęściej mają bogatą historię chirurgicznych interwencji w obrębie jamy brzusznej. Typ krwotoczny to tak zwana histeria krwotoczna. Prezentowane objawy to zazwyczaj wymioty krwią, krwotok z płuc, górnego lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz symptomy hemofilii. Osoby z tą formą zaburzenia wywołują krwawienia z nosa lub połykają krew zwierzęcą i prowokują wymioty. Nadużywają też antykoagulantów w celu wywołania krwawień. Neurologiczna postać choroby Münchhausena to tak zwany neurologiczny zespół diabelski (*syndroma neurologicum diabolicum*), wśród objawów którego można wymienić rzekome napady bólów głowy, utraty świadomości i drgawki (Grzyb i wsp. 2006). Oczywiście powyższy katalog typów choroby Münchhausena nie ma charakteru zamkniętego i można z powodzeniem uznać, że praktycznie symptomy każdej choroby, na temat których pacjent posiada wiedzę, mogą być przez niego przedstawiane.

Zachowania w zespole Münchhausena co do zasady mają charakter intencjonalny, co może zbliżyć to zaburzenie do symulacji, ale istnieją między tymi zjawiskami istotne różnice. Osoby symulujące choroby są świadome i kontrolują zarówno cele, jak i sposoby swojego postępowania, które chcą zrealizować, co sprawia, że nie można tego klasyfikować jako zaburzenia psychicznego. Natomiast zespół Münchhausena słusznie zaliczany jest do zaburzeń, ponieważ osoby z tym syndromem też intencjonalnie wprowadzają otoczenie w błąd, ale nie panują nad powodującymi takie zachowania wewnętrznymi motywami. Uważa się, że tymi nieświadomymi

motywami są: chęć uzyskania społecznej gratyfikacji (zainteresowania i podziwu), pragnienie uzyskania kontroli nad otoczeniem (silnego wpływu na otoczenie) oraz, prawdopodobnie, potrzeba zaspokojenia agresji, która w tym wypadku zwrócona jest w znacznej mierze przeciwko własnemu ciału. Oczywiście tego rodzaju patologiczne zachowania mogą wystąpić przede wszystkim u osób z silnymi zaburzeniami osobowości.

Poniżej przedstawiono opis przypadku pacjentki z zespołem Münchhausena o dominującym typie brzuszny z towarzyszącymi objawami depresyjnymi i lękowymi.

## Opis przypadku

### Dane z wywiadu

#### Sytuacja rodzinna

Dwudziestosiedmioletnia pacjentka jest panną, nie ma dzieci oraz rodzeństwa. Rozwój psychoruchowy przebiegał prawidłowo. Rodzice rozwiedli się, gdy miała 3 lata, od 3. roku życia nie miała kontaktu z matką. Ojciec ożenił się ponownie z kobietą starszą o 28 lat, od 6. roku życia pacjentka wychowywana była przez ojca i macochę oraz dziadków. W wieku 17 lat przeprowadziła się do dziadków, z którymi mieszkała do momentu rozpoczęcia hospitalizacji.

Pacjentka negatywnie wypowiadała się o stosunkach panujących w rodzinie. Często pojawiał się temat doświadczanej przemocy fizycznej i psychicznej ze strony ojca i macochy, brak poczucia zrozumienia i akceptacji. Nieco lepiej badana mówiła o relacjach z dziadkami, często jednak podkreślała, że mieszka z nimi dlatego, iż nie stać jej na samodzielne mieszkanie.

Podczas pobytu na oddziale często podkreślała obecny brak zainteresowania ze strony ojca, żaliła się, że nie odwiedza jej w szpitalu, zatajała informacje o odwiedzinach, które miały miejsce, nie przekazywała prośby lekarza o kontakt. Trudno było obiektywnie zweryfikować informacje o sytuacji rodzinnej przekazywane przez pacjentkę.

#### Edukacja i praca zawodowa

Badana skończyła szkołę podstawową oraz gimnazjum, uczyła się przeciętnie, nie miała problemów z uzyskiwaniem promocji do kolejnych klas. W liceum pojawiły się trudności ze zdaniem matury – nie zdała egzaminu z języka angielskiego. Po skończeniu szkoły średniej badana podjęła naukę na kierunku ratownictwo medyczne, zrezygnowała jednak z tej szkoły

z powodów zdrowotnych (brak pozytywnej opinii lekarza medycyny pracy). Obecnie uczy się zaocznie w szkole policealnej w kierunku zawodu terapeuty. Badana uczy się poza miejscem zamieszkania, mieszka z dziadkami, pracuje dorywczo – ostatnio pracowała jako opiekunka kilkuletniej dziewczynki, z którą miała bardzo dobry kontakt, jednak zrezygnowała z tego zajęcia z powodu napadów lęku.

### *Relacje interpersonalne*

Badana wskazywała na negatywne relacje ze wszystkimi członkami rodziny. W grupie rówieśniczej miała trudności z nawiązaniem bliskich kontaktów, nie miała kolegów i koleżanek, czuła się odrzucana i prześladowana przez dzieci w szkole. Utrzymywała kontakt z jedną koleżanką ze szkoły, podkreślała jednak brak więzi z nią i instrumentalny charakter tej relacji – koleżanka pożycza jej notatki z zajęć, gdyż badana w związku z pobytami w szpitalach często jest nieobecna. Nie nawiązywała też bliższych, intymnych relacji z innymi osobami, nie rozpoczęła życia seksualnego.

### *Przebieg leczenia psychiatrycznego*

Pacjentka pierwszy raz była objęta stacjonarną opieką psychiatryczną w wieku 24 lat. Wówczas przez 3 miesiące była hospitalizowana w Klinice Psychiatrii w Łodzi, gdzie prowadzono obserwację w kierunku zespołu Münchhausena (obserwacja nieukończona). Trafiła tam z oddziału chirurgicznego szpitala w Wolsztynie. Lekarze chirurdzy sugerowali wyżej wymieniony zespół ze względu na bardzo niespójny wywiad chorobowy – pacjentka była kilkadziesiąt razy hospitalizowana (hospitalizacje chirurgiczne, ginekologiczne i internistyczne), głównie z powodu ostrego bólu brzucha. Pacjentka przeszła przynajmniej kilkanaście laparotomii jamy brzusznej i miednicy mniejszej w szpitalach w Kościanie, Lesznie, Łodzi, Poznaniu, Rawiczu, Trzebnicy, Wolsztynie i Wrocławiu. W 2001 r. była operowana z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w 2002 r. usunięto prawy jajnik wraz z torbielą. Po usunięciu jajnika hospitalizowana także z powodu wystąpienia objawów klinicznych wskazujących na odmiedniczkowe zapalenie nerki lewej – według wypisu z oddziału nefrologicznego brak potwierdzenia rozpoznania w badaniach laboratoryjnych i dodatkowych. Od tego momentu systematycznie trafiała na szpitalne oddziały ratunkowe i chirurgiczne; początkowo leczona zachowawczo, od 2003 r. kilkanaście razy ope-

rowana chirurgicznie z powodu podejrzenia niedrożności jelit. W 2006 r. przeszła zabieg pankolektomii z wyłonieniem ileostomii z powodu ostrego rozdęcia okrężnicy oraz podejrzenia choroby Hirschsprunga. Nie uzyskano jednak potwierdzenia obecności choroby Hirschsprunga u pacjentki na podstawie badania histopatologicznego. Po usunięciu jelita grubego była kilkakrotnie operowana chirurgicznie (uwolnienie zrostów otrzewnowych, usunięcie ropni międzypętlowych, laparotomie diagnostyczne z powodu podejrzenia niedrożności jelit) oraz ginekologicznie (usunięcie torbieli jajnika). Mnogie operacje na jamie brzusznej oraz ich następstwa w obrębie struktur i narządów spowodowały niemożność przywrócenia ciągłości jelita i z tego powodu pacjentka do końca życia skazana jest na korzystanie ze stomii.

W wywiadzie pacjentka podała dwie próby samobójcze (w 2001 i 2010 r.), obie przez zażycie dużej dawki leków kardiologicznych – z tego powodu była hospitalizowana internistycznie. Jako przyczyny prób samobójczych wskazywała sytuacje konfliktowe z członkami rodziny. Od listopada 2010 r. leczyła się z powodu wymienionych dolegliwości w Poradni Zdrowia Psychicznego, od kilku lat korzystała także z pomocy psychoterapeutycznej.

Pacjentka przyjęta planowo po raz pierwszy do Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2 czerwca 2011 r. w celu przeprowadzenia diagnostyki w kierunku zaburzenia osobowości oraz zaburzeń lękowych z napadami lęku. Podała, że od października 2010 r. odczuwała napady lęku o charakterze panicznym z towarzyszącym przyspieszeniem akcji serca, blednością powłok skórnych, drżeniem mięśniowym, bólami i zawrotami głowy. Z relacji pacjentki objawy stopniowo się nasilały, przed przyjęciem napady występowały kilkakrotnie w ciągu dnia, nie stwierdzała czynnika łagodzącego dolegliwości. Największe nasilenie objawów wystąpiło od maja 2011 r. Chora skarżyła się na obniżenie nastroju i napędu psychoruchowego, anhedonie, anergie, brak apetytu, zaburzenia snu o typie bezsenności. Ujawniała nasilone myśli suicydalne i rezygnacyjne.

### **Stan przy przyjęciu do szpitala i w trakcie pobytu oraz badanie psychiatryczne**

Pacjentka była w chwili przyjęcia do szpitala w stanie ogólnym dobrym, wydolna krążeniowo i oddechowo. W badaniu fizykalnym

zwracały uwagę liczne blizny pooperacyjne w obrębie powłok jamy brzusznej oraz obecność otworu illeostomijnego zaprotezowanego workiem stomijnym. Obecne były także masywne zrosty łącznotkankowe w obu mięśniach pośladkowych wielkich, najpewniej na skutek dokonywanych w przeszłości wielokrotnych iniekcji domięśniowych leków. Była prawidłowo zorientowana autopsychicznie i alopsychicznie, w bardzo dobrym i logicznym kontakcie słownym. Stwierdzony przez lekarza nastrój pacjentki był obniżony, napęd psychoruchowy w normie, afekt dostosowany do wypowiedzianych treści i sytuacji. W trakcie badania pacjentka zgłosiła niepokój, była płacząca i roztrzęsiona. Nie stwierdzono objawów psychotycznych, kobieta potwierdzała natomiast myśli i zamiary suicydalne. W okresie przed przyjęciem do szpitala miała trudności z zasypianiem, występowało wybudzenie się w nocy. Apetyt pacjentka oceniła jako nieco obniżony.

W trakcie pobytu na oddziale pacjentka była w nastroju zmiennym, napęd psychoruchowy w normie, afekt dostosowany był do wypowiedzianych treści i sytuacji. Reakcje emocjonalne jednostajne, z zaangażowaniem opowiadała o dolegliwościach psychicznych i somatycznych, a także o sytuacjach konfliktowych w domu rodzinnym. Wyraźnie dostrzegalna była teatralność zachowań, połączona z płaczem i potrzebą kontaktu cielesnego z rozmówcą. Pacjentka często zgłaszała dolegliwości somatyczne i fizyczne personelowi pielęgnarskiemu i lekarskiemu – objawy zazwyczaj pojawiały się popołudniu i w weekendy, najczęściej nie ustępowały po podawaniu leków drogą doustną i domięśniową; poprawa stanu pacjentki następowała natomiast po rozmowie terapeutycznej z lekarzem dyżurnym lub prowadzącym bądź po podjęciu przez niego decyzji o konieczności konsultacji z innym specjalistą. Przy próbach deprecjacji skarg pacjentka dewaluowała personel. Przez większość pobytu pacjentka zgłaszała lęk i myśli samobójcze o charakterze natrętnym, dlatego przez większość pobytu w Klinice pozostawała pod ścisłą obserwacją stanu psychicznego, dopiero w ostatnim tygodniu pobytu realizowano obserwację zwykłą stanu psychicznego. Pacjentka ujawniła, że w trakcie hospitalizacji podjęła próbę samobójczą przez zażycie 4 g ibuprofenu; epizod ten zgłosiła po kilku godzinach od zażycia tabletek i nie wywołał on żadnych skutków dla zdrowia fizycznego pacjentki, nie odnotowano także odchyłeń parametrów w badaniach laboratoryjnych i badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej. Podjęcie próby samobójczej

przez pacjentkę było niemożliwe do weryfikacji na podstawie obserwacji personelu medycznego, dlatego faktyczną obecność ryzykowanego zachowania można podać w wątpliwość. Należy wyraźnie zaznaczyć, że w trakcie hospitalizacji nie zaobserwowano zaburzeń psychicznych wynikających z przewlekłej i ciężkiej choroby somatycznej oraz obecności ileostomii.

Od momentu pierwszego przyjęcia do Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu trzykrotnie przerywano hospitalizację psychiatryczną i kierowano pacjentkę na oddziały innych specjalności. Za każdym razem przesłanką do interwencji dla lekarzy dyżurnych Kliniki Psychiatrii Dorosłych były rzekome dolegliwości zgłaszane przez pacjentkę, niezmiernie trudne do zweryfikowania w badaniu fizykalnym i podstawowych badaniach dodatkowych, które następnie, po przeprowadzeniu specjalistycznych badań, nie znajdowały potwierdzenia w diagnozie stawianej przez specjalistów z 111. Szpitala Wojskowego w Poznaniu.

Pierwsza z wspomnianych hospitalizacji odbyła się na oddziale chirurgii w 2. tygodniu po przyjęciu do Kliniki Psychiatrii Dorosłych z powodu zgłaszanego przez pacjentkę ostrego bólu brzucha oraz podejrzenia niedrożności jelit. Lekarz dyżurny stwierdził zwiększoną obronę mięśniową w badaniu palpacyjnym jamy brzusznej, brak treści kałowej w worku stomijnym, osłabioną perystaltykę oraz stan podgorączkowy. Lekarz na oddziale chirurgicznym na podstawie przeprowadzonego badania fizykalnego, badania tomografii komputerowej jamy brzusznej, badania ultrasonograficznego jamy brzusznej oraz badań laboratoryjnych wykluczył obecność jakiegokolwiek patologii, która skłaniałaby do podjęcia pilnej interwencji chirurgicznej, a także zasugerował możliwość symulowania objawów przez pacjentkę. Po 6 dniach obserwacji pacjentkę powtórnie skierowano do Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu.

Po kolejnych 2 tygodniach pacjentka trafiła na oddział urologiczny z powodu zgłaszanego ostrego bólu brzucha i podejrzenia kamicy nerkowej. Zdarzenie to było poprzedzone rzekomym zatrzymaniem oddawania moczu, z powodu którego, jeszcze na oddziale psychiatrycznym, pacjentce założono do pęcherza moczowego cewnik Foleya, uzyskując odpływ moczu. Wskutek utrzymujących się dolegliwości bólowych w obrębie podbrzusza, leukocyturii i erytrocyturii w wyniku badania ogólnego moczu, braku jednoznacznego wyniku badania ultrasonograficznego układu moczowego, który pozwoliłby na wykluczenie patologii, oraz

braku reakcji na leczenie przeciwbólowe i spazmolityczne lekarz dyżurny Kliniki Psychiatrii Dorosłych skierował pacjentkę na oddział urologiczny, gdzie w badaniu urograficznym wykluczono obecność kamicy dróg moczowych i po 2 dniach hospitalizacji powtórnie skierowano pacjentkę do Kliniki Psychiatrii Dorosłych z wyraźną sugestią pozorowania objawów przez pacjentkę oraz możliwego celowego uszkodzenia mechanicznego błony śluzowej pęcherza moczowego za pomocą założonego cewnika Foley'a.

Ostatnia hospitalizacja konsultacyjna miała miejsce w kolejnym tygodniu na oddziale gastroenterologicznym z powodu zgłaszanych przez pacjentkę ostrych bólów brzucha i wymiotów. W trakcie trzydniowego pobytu na oddziale gastroenterologicznym wykazano w badaniu gastroskopowym zapalenie błony śluzowej żołądka oraz niedokrwistość mikrocytarną. Kobieta wypisano z zaleceniem leczenia suplementacyjnego żelazem, blokerami pompy protonowej oraz lekami hepatoprotekcyjnymi.

W późniejszym okresie pacjentka była konsultowana jeszcze dwukrotnie w 111. Szpitalu Wojskowym w ramach ostrego dyżuru szpitalnego oddziału ratunkowego. W trakcie tych konsultacji wykluczono konieczność hospitalizacji na oddziale chirurgicznym i skierowano pacjentkę na oddział psychiatryczny.

Bezpośrednio przed wypisem napęd psychoruchowy pacjentki był w normie, nastrój względnie wyrównany, afekt dostosowany do wypowiedzianych treści i sytuacji. Pacjentka nie zdradzała urojeń, omamów i myśli suicydalnych. Apetyt i jakość snu się poprawiły. Wypisana została w stanie umożliwiającym dalsze leczenie ambulatoryjne. Zalecono także dalsze leczenie psychoterapeutyczne w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej.

### **Badanie psychologiczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej**

Kontakt w trakcie badania był zmienny, badana chętnie zgodziła się na rozmowę i badanie psychologiczne. Podczas pierwszego spotkania opowiadała o wielu trudnych sytuacjach z własnego życia, koncentrowała się na negatywnych relacjach rodzinnych, doświadczaniu przemocy psychicznej i fizycznej ze strony ojca i macochy oraz porzuceniu przez matkę. Podczas kolejnych spotkań przeznaczonych na wykonywanie zadań testowych badana często komentowała treść zadań, czyniła dygresyjne

komentarze, próbowała trochę zmienić charakter relacji, nieodpowiadanie na te oczekiwania badanej powodowało u niej złość, dewaluację osoby badającej, np. krytykę w rozmowie z lekarzem prowadzącym. Sytuacja taka powtarzała się podczas kolejnych spotkań. Po zakończeniu części testowej i powrocie do spotkań skupionych na rozmowie stosunek emocjonalny badanej do psychologa się zmienił, była ona zadowolona. Zadanie testowe starała się wykonać jak najlepiej, trudno znosiła porażki – skarżyła się wówczas na występowanie objawów lęku, czasami pojawiały się też zachowania impulsywne, np. rzucenie klockami w sytuacji, gdy nie mogła ułożyć z nich wymaganego wzoru. Uderzająca była duża wrażliwość badanej na kontakt z innymi, zwłaszcza z osobami z personelu, oraz zmiana nastawienia emocjonalnego badanej do innych w zależności od tego, czy druga osoba spełniała jej oczekiwania czy też nie.

W badaniu psychologicznym oceniano funkcjonowanie poznawcze oraz osobowościowe. W obszarze poznawczym stwierdzono przeciętny poziom funkcji intelektualnych, nieco nieharmonijny. Widoczne było obniżenie tempa przetwarzania informacji, spostrzegawczości wzrokowej, zdolności postrzegania związków przyczynowo-skutkowych. Przebieg procesu myślenia uznano za prawidłowy – na abstrakcyjnym poziomie, bez cech zaburzeń formalnych. W obszarze osobowości widoczne było znaczne nieprzystosowanie. Cechy osobowości, których poziom wydawał się podwyższony, to złość, depresyjność, trudności w związkach międzyludzkich, używanie cielesności do zaspokojenia potrzeb, poczucie uprzywilejowania. Badana miała znaczne trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi. Widoczna była wysoka przewaga emocji negatywnych względem innych, ambiwalencja, lęk przed porzuceniem, oscylacja między idealizacją a dewaluacją, przy czym dewaluacja następowała bardzo szybko, co uniemożliwiało badanej doświadczenie dobrej relacji z inną osobą. W związku z tym, iż uzyskanie poczucia bezpieczeństwa w relacji było dla badanej bardzo trudne, a próba nawiązania relacji wiązała się z silnym lękiem, sposobem radzenia sobie z tym stanem mogło być unikanie bliższego kontaktu z innymi. Widoczna była również słaba zdolność radzenia sobie z frustracją, odracanie gratyfikacji, silna potrzeba sukcesu i znaczenia oraz duża wrażliwość na niepowodzenie. Samoocena badanej była labilna, widoczne było nieco wyższościowe nastawienie względem innych, jednocześnie doświadczenie porażki czy krytyki silnie obniżało

poczucie własnej wartości. Badana miała liczne zniekształcenia obrazu siebie oraz innych. Wgląd w przeżywane uczucia, trudności oraz ich przyczyny był bardzo mały. Doświadczenie porzucenia przez matkę we wczesnym okresie rozwojowym, brak możliwości zaspokojenia potrzeby więzi i bliskości w aktualnych relacjach skutkowały długotrwałą deprywacją ważnych potrzeb emocjonalnych i chroniczną samotnością. Wydaje się, że jedynym dostępnym dla badanej sposobem ich zaspokajania było prezentowanie objawów fizycznych i psychicznych gwarantujące kontakt ze służbą zdrowia, czyli uzyskanie uwagi i opieki.

### Zastosowane leczenie psychiatryczne

W trakcie niespełna trzymiesięcznego pobytu w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu pacjentka przeszła wiele prób doboru odpowiedniego leczenia psychofarmakologicznego mającego na celu zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych i lękowych. Pacjentka otrzymywała liczne leki psychotropowe: olanzapinę w dawce do 20 mg na dobę, amitryptylinę – do 150 mg na dobę, paroksetynę – do 50 mg na dobę, wenlafaksynę – do 150 mg na dobę, alprazolam w dawce do 2 mg na dobę, diazepam – do 30 mg na dobę, klorazepat dipotasowy – do 15 mg na dobę oraz hydroksyzynę w dawce do 75 mg na dobę. Ponadto stosowano u pacjentki preparat placebo ze zróżnicowanym skutkiem. Należy także wspomnieć o szeroko stosowanych u pacjentki środkach podawanych w wypadku schorzeń somatycznych, takich jak: leki przeciwbólowe, spazmolityki, witaminy i mikroelementy, płyny infuzyjne, leki osłaniające przewód pokarmowy oraz antybiotyki. Niestety, na skutek stosowanej farmakoterapii nie udawało się uzyskać poprawy stanu psychicznego pacjentki.

U pacjentki należy uwzględnić możliwość występowania szczególnej postaci zespołu Münchhausena, która objawiała się zgłaszaniem skarg na dolegliwości ze strony stanu psychicznego. Sama pacjentka kilkakrotnie przyznawała, że zarówno dolegliwości somatyczne, jak i psychiczne często wyolbrzymiała, podając, że są one silniejsze, niż były w rzeczywistości. Być może z tego powodu podawane leki psychotropowe nie miały szansy złagodzić objawów przez nią zgłaszanych. Zastanawiające było także nagłe zaprzestanie zgłaszania myśli suicydalnych przez pacjentkę, co nastąpiło w momencie podjęcia prowokacyjnej decyzji przez zespół o ukończeniu leczenia i wypisie do domu ze względu na wyczerpanie możliwości terapeutycznych

w ramach profilu leczenia proponowanego w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu. Po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego możliwości stacjonarnego i ambulatoryjnego leczenia psychoterapeutycznego oraz związanej z tym nadziei na poprawę jakości życia pacjentka praktycznie z dnia na dzień zaprezentowała diametralną poprawę stanu psychicznego, praktycznie całkowicie ustąpiły zgłaszane wielokrotnie w ciągu każdego dnia niepokój i lęk, stała się bardziej pogodna, towarzyska i aktywna na oddziale. Stopniowo zaprzestano leczenia objawowego lęku benzodiazepinami, pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem kontynuacji leczenia olanzapiną w dawce 10 mg na dobę, amitryptyliną w dawce 75 mg na dobę i zolpidemem – 10 mg w razie bezsenności, w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, kontynuacji psychoterapii ambulatoryjnej oraz leczenia psychoterapeutycznego na Oddziale Zaburzeń Osobowości i Nerwic w Krakowie.

### Omówienie

Dokładna przyczyna zespołu Münchhausena nie jest do końca poznana, aczkolwiek dominującą rolę w motywacji zachowania odgrywa chęć wstąpienia w rolę chorego. Motywację chorego opisuje cytat zawarty w jednej z prac kazuistycznych: „choroba stała się starym i umiłowanym przyjacielem, która oferuje to, co najważniejsze w życiu, czyli zadowolenie” (Krahn i wsp. 2003). Hospitalizacje stanowią istotny element zespołu. W rzeczywistości cała energia pacjenta jest skierowana na to, by trafić do szpitala. W diagnostyce różnicowej zespołu Münchhausena należy uwzględnić symulację, a także rzeczywiste choroby, które mogą się rozwinąć chociażby z powodu efektów jatrogennych wcześniej przeprowadzonych procedur medycznych, czy w ostateczności występowanie u chorego zaburzeń psychotycznych.

Za kryteria diagnostyczne zespołu Münchhausena Folks i Freeman uznali:

#### A. Podstawowe kryteria:

- kłamstwo patologiczne (*pseudologia fantastica*),
- „wędownictwo” (częste podróże i zmiany miejsca pobytu),
- powtarzające się epizody symulowania stanów chorobowych.

#### B. Dodatkowe kryteria:

- osobowość *borderline* lub cechy osobowości antyspołecznej,
- porzucenie w dzieciństwie,
- niezależnie przeprowadzane procedury dia-

- gnostyczne w różnych ośrodkach,
- niezależnie prowadzone leczenie lub operacje w różnych ośrodkach,
- dowody wywoływania objawów przez pacjenta,
- wiedza z zakresu medycyny i doświadczenie w zawodach medycznych,
- liczne hospitalizacje,
- obecność licznych blizn na powłokach skórnych (zwykle brzucha),
- niekaralność,
- niezwykle lub teatralne prezentacje dolegliwości (Folks i Freeman 1985).

Częstość występowania zaburzeń pozorowanych nie jest do końca znana, ponieważ jej z natury skryty charakter udaremnia wykonanie tradycyjnych badań epidemiologicznych (Huffman i Stern 2003). Dlatego istotne jest wnikliwe przeprowadzenie wywiadu z pacjentem z naciskiem na pozyskanie informacji niepewnych i sprzecznych, a także baczna obserwacja pacjenta przez personel szpitali i ambulatoriów medycznych celem wychwycenia wszelkich nieprawidłowości w przebiegu dotychczasowej diagnostyki i terapii. O ile jest to możliwe, należy dążyć do porozumienia się z rodziną pacjenta, a przede wszystkim do zebrania pełnej historii chorób od pracowników ośrodków medycznych wcześniej sprawujących opiekę nad pacjentem. Pozwoli to nie tylko uniknąć często znacznych kosztów ekonomicznych terapii (Cohen i wsp. 1985), lecz przede wszystkim zbędnych interwencji medycznych. Osiągnięcie sukcesu terapeutycznego w pracy z pacjentem z zespołem Münchhausena jest niezwykle trudne. Efekty leczenia zazwyczaj są krótkie, a przede wszystkim u większości pacjentów dochodzi do nawrotów. Dodatkowo niekorzystne jest, że większość pacjentów odmawia leczenia psychiatrycznego i opuszcza szpital jeszcze przed postawieniem prawidłowej diagnozy (Nordmeyer 1994).

Rozpoznanie zespołu Münchhausena stanowi duże wyzwanie dla zespołu terapeutycznego, ze względu na konieczność przeprowadzenia diagnostyki różnicowej na podstawie niespójnego i niekompletnego wywiadu chorobowego. Istotną pomocą dla terapeutów byłby ogólnokrajowy system informatyczny obejmujący rejestr świadczeniobiorców wraz z wykazem uzyskanych świadczeń medycznych. Pozwoliłoby to na szybkie i wysoce pewne skonfrontowanie aktualnie prowadzonej diagnostyki i leczenia z dotychczasowymi efektami działań pracowników opieki zdrowotnej. Pokonanie trudności wymienionych powyżej może wpłynąć na poprawę rokowania u pacjentów z zespo-

łem Münchhausena, wzrost ich jakości życia, a w ujęciu systemowym pozwoli na zoptymalizowanie wydatków przeznaczanych na opiekę zdrowotną.

## Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków-Warszawa 2003.
2. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Wciórka J (red. wyd. pol.). Elesvier Urban & Partner, Wrocław 2008.
3. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339-341.
4. Cohen LM, Shapiro E, Manson JE, Kondi ES. The high cost of treating psychiatric disorders as a medical/surgical illness. *Psychosomatics* 1985; 26: 453-455.
5. Folks DG, Freeman AM 3rd. Münchhausen's syndrome and other factitious illness. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8: 263-278.
6. Grzyb W, Kępska A, Sysa-Jędrzejowska A i wsp. Münchhausen syndrome. *Dermatol Klin* 2006; 8: 281-283.
7. Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Münchhausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 358-363.
8. Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1163-1168.
9. Kwan P, Lynch S, Davy A. Münchhausen's syndrome with concurrent neurological and psychiatric presentations. *J R Soc Med* 1997; 90: 83-85.
10. Nordmeyer JP. An internist's view of patients with factitious disorders and factitious clinical symptomatology. *Psychother Psychosom* 1994; 62: 30-40.