

# Zaburzenia pozorowane z różnymi objawami psychicznymi i somatycznymi – seria przypadków

Waguih William IsHak, MD, Ernesta Rasyidi, MD, Tammy Saah, MD, Monisha Wasa, MD, Emir Ettekal, MD, Aleksander Fan, MD

- Zaburzenia pozorowane to celowe wywoływanie objawów w celu przyjęcia roli chorego, przy braku korzyści wtórnych.
- Zaburzenia pozorowane są często błędnie rozpoznawane jako stany ogólnomedyczne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną czy symulacja.
- Istotne są dane medyczne z poprzednich hospitalizacji i od świadczeniodawców opieki zdrowotnej.
- Zaburzenia pozorowane należy podejrzewać u osób często korzystających z opieki w warunkach ostrych, z nietypowym obrazem klinicznym i ujemnymi wynikami testów.

## Streszczenie

*W ośrodkach klinicznych zaburzenia pozorowane są często mylone z symulacją lub zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną. Poniżej przedstawiono trzy przypadki zaburzeń pozorowanych z objawami somatycznymi, psychicznymi i złożonymi. Porównanie tych pacjentów może pomóc w lepszym rozpoznawaniu zaburzeń pozorowanych, zwłaszcza w przypadku pacjentów, którzy często korzystają z doraźnej pomocy ogólnomedycznej i psychiatrycznej. Bardzo prawdopodobne jest rozpoznanie zaburzeń pozorowanych, zwłaszcza u osób, które często zgłaszają się na oddziały pomocy doraźnej i oddziały szpitalne z nietypowym obrazem klinicznym i ujemnymi wynikami testów diagnostycznych.*

## Wprowadzenie

Klasyfikacja DSM-IV-TR<sup>1</sup> (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision) doprecyzowuje rozpoznanie zaburzeń pozorowanych, podając trzy kryteria diagnostyczne (tab. 1).<sup>2</sup> Badania wykazują, że rozpowszechnienie zaburzeń pozorowanych wśród osób przebywających w szpitalach wynosi 0,5-0,8%, a u tych w ośrodkach psychiatrycznych 6-8%.<sup>2-5</sup> U osób z zaburzeniami pozorowanymi zazwyczaj mylnie rozpoznaje się stany ogólnomedyczne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną lub symulację. Z powodu trudności diagnostycznych poprawnie rozpoznawane są tylko najcięższe przypadki zaburzeń pozorowanych. W innych przypadkach zaburzenia pozorowane można podejrzewać, ale nie rozpoznawać. Przedstawione poniżej trzy przypadki zaburzeń pozorowanych z różnym obrazem klinicznym uporządkowano wg postaci opisanych w DSM-IV-TR (tab. 2).<sup>1</sup> U pacjentki A stwierdzano głównie objawy somatyczne, pacjentki B objawy somatyczne i psychiczne, a u pacjenta C głównie objawy

psychiczne. Przedstawieni pacjenci obrazują szeroki zakres nasilenia i obrazów zaburzeń pozorowanych, co przyczynia się do trudności w postawieniu dokładnego rozpoznania. Postępowanie w tych przypadkach ukazuje również strategię diagnostyczną, która jest niezbędna do poprawy rozpoznawania zaburzeń pozorowanych.

## Zaburzenia pozorowane – opisy przypadków

### Pacjentka A: zaburzenie pozorowane z przewagą objawów somatycznych

Pacjentka A, 27-letnia kobieta, często zgłaszała się na oddziały ratunkowe z niejasnymi skargami na bóle brzucha i jasnoczerwony krew w odbytnicy, które opisywała jako typowe objawy choroby Leśniowskiego-Crohna. Kobieta swobodnie udzielała również wywiadu psychiatrycznego, z licznymi rozpoznaniem, które obejmowały: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD), zaburzenia obsesyjno-

Dr IsHak, Director of Psychiatry Residency Training and Medical Student Education in Psychiatry, Cedars-Sinai Medical Center (CSMC), Associate Clinical Professor of Psychiatry, University of California, Los Angeles (UCLA), University of Southern California, CSMC, Los Angeles, California. Dr Rasyidi, CSMC Psychiatry Chief Resident. Dr Saah, former research physician volunteer, CSMC, current psychiatry resident, Emory University, Atlanta, Georgia. Dr Vasa, medical staff, CSMC. Dr Ettekal, Research Psychiatrist, California Clinical Trials, Glendale, California. Dr Fan, Associate Director of Inpatient Psychiatry, CSMC, Assistant Clinical Professor of Psychiatry, UCLA, CSMC.

Dr IsHak otrzymuje wsparcie badawcze z National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression oraz firmy Pfizer. Dr Saah, dr Rasyidi, dr Vasa, dr Ettekal, dr Fan nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Waguih William IsHak, MD, FAPA, Cedars-Sinai Medical Center, Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences, 8730 Alden Dr, Thaliens W-157, Los Angeles, CA 90048; Tel: 310-423-3515; Fax: 310-423-3947; E-mail: Waguih.IsHak@cshs.org.

-kompulsyjne (OCD), zaburzenie z lękiem panicznym, jądłowstret psychiczny i zespół Aspergera, jak również mówiła o próbach samobójczych i samouszkodzeniach w przeszłości. Pacjentka miała stałe dochody w związku ze stwierdzoną niepełnosprawnością i mieszkała w komfortowym domu, w sąsiedztwie zamożnych rodziców. Gdy zgłosiła się po raz trzeci do ośrodka medycznego po 13 wcześniejszych wizytach na oddziale pomocy doraźnej, poproszono o konsultację psychiatryczną. Do tej chwili zdążyła już przejść liczne badania diagnostyczne, obejmujące tomografię komputerową, endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego wraz z oceną jelita cienkiego, kolonoskopię oraz biopsje, w których nie udało się znaleźć przyczyny krwawienia z przewodu pokarmowego. Z powodu skarg na depresyjny nastrój przeniesiono ją do szpitala psychiatrycznego, a rozpoznanie określono jako PTSD i zaburzenia typu borderline. Jednej nocy w trakcie hospitalizacji pielęgniarka znalazła pacjentkę w łazience, gdy wywoływała krwawe stolce, na które skarżyła się wcześniej, umieszczoną w odbytnicy szczoteczka do zębów. Kiedy doszło do konfrontacji, pacjentka przyznała, że pragnęła uwagi, która towarzyszyła wnikliwym badaniom medycznym, bo dawało jej to poczucie kontroli nad otoczeniem. To zachowanie różniło się od wcześniejszych prób samobójczych brakiem zamiaru śmierci. Różniło się ono również

od zachowań samouszkodzających, których dokonywała otwarcie i do których swobodnie się przyznawała. Rozbieżności między rozpoznaniem psychiatrycznymi zgłaszanymi wcześniej i ustalonymi w chwili wypisu były one spowodowane błędami diagnostycznych poprzednich zespołów leczących, a nie wprowadzaniem w błąd przez pacjenta. W ten sposób pacjentka spełniła kryteria zaburzeń pozorowanych z przewagą objawów somatycznych.

#### **Pacjentka B: zaburzenia pozorowane ze skojarzonymi objawami psychicznymi i somatycznymi**

Pacjentka B, 52-letnia kobieta z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, została po raz piąty w ciągu 6 miesięcy hospitalizowana po ujawnieniu myśli samobójczych i obniżonego nastroju. Kobieta twierdziła, że rozpoznawano u niej OCD, PTSD i zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Twierdziła również, że jest niewidoma i ma psa przewodnika. W trakcie hospitalizacji stale powtarzała, że jej depresja oraz myśli samobójcze nasilają się. Obserwacje wykazały jednak, że chora opowiada dowcipy, śmieje się i snuje nieprawdopodobne historie. Jadła i spała dobrze oraz przechadzała się bez trudu. Było coraz bardziej oczywiste, że pacjentka B nie jest niewidoma. Obserwowano, jak czyta, patrzy w lustro i wybiera numery z własnego telefonu. Na codziennych sesjach zauważano

niespójności w jej rozbudowanych wspomnieniach dotyczących zdarzeń urazowych. Plan postępowania składał się z przeprowadzenia dokładnych badań diagnostycznych, które obejmowały: ocenę ogólną, neurologiczną i neuropsychologiczną, ponadto zastosowano 40 mg citalopramu, 200 mg lamotryginy (w obu przypadkach w postaci doustnej przed snem) oraz psychoterapię. Konsultacje okulistyczna i neurologiczna nie ujawniły utraty wzroku. Testy psychologiczne i neuropsychologiczne potwierdziły istotne cechy osobowości antyspołecznej, narcystycznej i borderline oraz wykazały niezaburzone funkcjonowanie neuropoznawcze. Uzupełniające informacje potwierdziły tendencję pacjentki do zgłaszania się do kolejnych szpitali, wypisywania się z nich wbrew zaleceniom lekarskim i zgłaszania niespójnych objawów medycznych i psychiatrycznych, co uzasadniało rozpoznanie zaburzeń pozorowanych. Dwoma najważniejszymi rozpoznaniem różnicującymi były zaburzenia konwersyjne i symulacja. Zaburzenia konwersyjne zostały wykluczone, ponieważ w trakcie konsultacji wykazano, że pacjentka ma nieuszkodzony wzrok. Co do symulacji, nie było żadnych szczególnych korzyści wtórnych, ponieważ chora miała mieszkanie i stabilną sytuację finansową. Stało się jasne, że kobieta umyślnie zgłasza objawy somatyczne (ślepotą) i psychiczne (pogłębienie depresji), żeby wchodzić rolę chorej. Poinformowano ją o możliwości rozpoznania zaburzeń pozorowanych ze skojarzonymi objawami psychicznymi i somatycznymi i zalecono kontynuację zarówno psychoterapii, jak i farmakoterapii.

#### **Pacjent C: zaburzenia pozorowane z przewagą objawów psychicznych**

Pacjent C, 38-letni mężczyzna, skarżył się na trwający przez 3-4 miesiące obniżony nastrój, spadek energii, kłopoty ze snem, słaby apetyt, spowolnienie psychoruchowe, nasilone poczucie beznadziejności oraz myśli samobójczych z planem, żeby wpaść pod samochód. Będąc na oddziale szpitalnym, pacjent przestrzegał zaleceń przyjmowania leków, jednak nie obserwowano żadnej zmiany nastroju. W trakcie tego pobytu w konsekwentny sposób przedstawiał rozbieżności między tym, co mówił personelowi, a tym, co obserwowano na oddziale. Pacjent konsekwentnie zgłaszał obniżony nastrój i myśli samobójcze, ale obserwowano, że jest w wyrównanym nastroju, dobrym humorze i żartuje z innymi pacjentami. Hospitalizacja chorego była istotna również z powodu jego dwóch prób samobójczych, obu o niskim ryzyku utraty życia i dużym prawdopodobieństwie uratowania. Rozbudowanym historiom o śmierci najlepszego przyjaciela, jak również o poprzednim małżeństwie, pozycji zawodo-

**TABELA 1**  
**Kryteria diagnostyczne zaburzenia pozorowanego wg DSM-IV-TR**

- A. Celowe wywoływanie lub udawanie objawów psychicznych lub somatycznych.
- B. Motywacją zachowania jest przyjęcie roli chorego.
- C. Brak zewnętrznych bodźców dla zachowania (takich jak korzyści ekonomiczne, unikanie odpowiedzialności prawnej lub poprawa samopoczucia fizycznego, jak w symulacji).

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revision.

IsHak WW, Rasyidi E, Saah T, et al. *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 9. 2010.

**TABELA 2**  
**Typy zaburzeń pozorowanych według DSM-IV-TR<sup>1</sup>**

Typ	Opis
Zaburzenia pozorowane z przewagą objawów psychicznych	Jeśli w obrazie klinicznym dominują objawy psychiczne
Zaburzenia pozorowane z przewagą objawów somatycznych	Jeśli w obrazie klinicznym dominują objawy somatyczne
Zaburzenia pozorowane ze skojarzonymi objawami psychicznymi i somatycznymi	Jeśli w obrazie klinicznym obecne są zarówno objawy psychiczne, jak i somatyczne, ale żadne z nich nie przeważa

**Notatka autora:** Grupa zadaniowa ds. DSM-V zaleciła w 2010 r. nowy podtyp, określony jako: zaburzenia pozorowane narzucone innym (poprzednio zaburzenia pozorowane przeniesione zostały opublikowane w Dodatku B DSM-IV-TR jako zaburzenie przekazane do dalszych badań). Publikacja DSM-5 spodziewana jest w 2013 r.

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revision.

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

IsHak WW, Rasyidi E, Saah T, et al. *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 9. 2010.

wej i relacjach z rodziną w większości zaprzeczył później ojciec pacjenta. W końcu chory zaczął być tak uciążliwy, że został umieszczony w odosobnieniu. Po kilku godzinach udało mu się zawiadomić przyjaciela i znaleźć nowe miejsce pobytu. Zanim został wypisany, przyznał się, że nigdy nie miał myśli samobójczych, a obie próby samobójcze były udawane. Zespół leczący stwierdził u chorego cechy zaburzeń osobowości antyspołecznej, narcystycznej, borderline i histrionicznej. Prawdopodobieństwo symulacji było niskie, ponieważ pacjent miał stały dochód i oferowano mu liczne możliwości zamieszkania, lecz odmawiał. Zespół leczący wnioskował, że pacjent ten chętnie przyjmował rolę chorego, celowo prezentując objawy zaburzeń psychicznych, aby uzyskać interakcję społeczną w postaci pobytu w ośrodku psychiatrycznym.

## Omówienie

Choć formalnie zaburzenia pozorowane rozpoznaje się od ponad 30 lat, kryteria diagnostyczne znacząco ewoluowały od czasu wprowadzenia tego rozpoznania. Od DSM-II<sup>6</sup> przez DSM-III<sup>7</sup> i DSM-III-R<sup>8</sup> zaburzenia pozorowane nie miały żadnych wyraźnych kryteriów włączenia lub wykluczenia tego rozpoznania.<sup>9</sup> Ukazanie się DSM-IV<sup>10</sup> i DSM IV-TR<sup>11</sup> ułatwiło rozpoznawanie zaburzeń pozorowanych, definiując trzy diagnostyczne kryteria: A) celowe wywoływanie objawów somatycznych lub psychicznych, B) motywacja do przyjęcia roli chorego, C) brak zewnętrznych bodźców lub wtórnych korzyści.<sup>1,12-14</sup> Kryterium A różnicuje zaburzenia pozorowane z zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną, wymagając celowego wywoływania objawów. Kryterium C różnicuje zaburzenia pozorowane z symulacją, wykluczając obecność wtórnych korzyści dla pacjenta.<sup>15</sup> Warto również zauważyć, że podczas gdy przypadki chorych B i C były także wyraźnym przykładem mitomanii, gdzie upiękuszona prawda i barwne fantazje zostały przedstawione jako fakty po to, by uzyskać zainteresowanie słuchaczy, zjawisko to według aktualnych zasad diagnostyki zaburzeń pozorowanych nie jest ani patognomoniczne, ani konieczne.<sup>14</sup>

Trzy przedstawione przypadki ukazują kilka skutecznych strategii diagnostycznych. U pacjentki A konsultacja psychiatryczna doprowadziła do hospitalizacji psychiatrycznej i dokładnego przeglądu wywiadu medycznego i psychiatrycznego. Zajmujący się chorą psychiatra prowadził dokładne rozmowy z innymi lekarzami pacjentki, którzy potwierdzili wywiad dotyczący świadczeń wysokospecjalistycznych, wykorzystywania innych oraz brak dowodów medycznego uwarunkowania zaburzeń. Ścisła obserwacja przez psychia-

tryczny personel pielęgniarstwa ujawniła akt samookaleczenia. U pacjentki B prowadzący psychiatra również miał gruntowny plan diagnostyczny, który objął konsultację neurologiczną, internistyczną, okulistyczną i zlecenie testów neuropsychologicznych. Obserwacje pielęgniarstwa na oddziale psychiatrycznym ujawniły, że pacjentka nie ma objawów okulistycznych ani depresyjnych, na które się skarżyła. Prowadzący psychiatra mógł też pozyskać cenny wywiad ogólnolekarski i psychiatryczny z równoległych źródeł, aby potwierdzić schemat licznych hospitalizacji, niespójność obrazu medycznego i psychiatrycznego oraz wypisy ze szpitala wbrew zaleceniom lekarskim. U pacjenta C obserwacje pielęgniarstwa wykazały również, że jego zachowanie na oddziale psychiatrycznym jest niezgodne z opisywanymi przez niego objawami. Prowadzący psychiatra mógł uzyskać równoległy wywiad od ojca pacjenta, co potwierdziło, że udaje on swoje objawy i zmyśla przeszłość psychiatryczną, żeby móc przebywać w ośrodku psychiatrycznym.

Coraz obszerniejsze piśmiennictwo na temat zaburzeń pozorowanych wskazuje, na pewne cechy wspólne chorych. Ich zrozumienie może pomóc w dokładnej diagnostyce i wyborze postępowania. W kilku badaniach wykazano, że chorzy z zaburzeniami pozorowanymi często mają doświadczenie zawodowe w dziedzinie opieki zdrowotnej. Potrafią wykorzystać swą wiedzę medyczną, żeby oszukać i zmylić zespół leczący w poszukiwaniu trafnego rozpoznania. Pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi są pełni lęku przed porzuceniem i bardzo wrażliwi na odrzucenie.<sup>16</sup> Zwykle mają współistniejące rozpoznania na Osi I i II. Wykorzystują warunki szpitalne, żeby znaleźć wsparcie, bezpieczeństwo i relacje społeczne, których nie potrafią uzyskać w inny sposób. Po skonfrontowaniu ich z fałszowaniem wywiadu i celowym wywoływaniem objawów, zwiększa się ryzyko samouszkodzeń i zaostrzenia zaburzeń psychicznych. Ich leczenie jest trudne, gdy zostanie przerwany związek terapeutyczny.

Na podstawie trzech omówionych przypadków oraz przeglądu piśmiennictwa, przedstawiono kilka zaleceń, które ułatwią dokładne rozpoznanie i właściwe postępowanie u chorych z zaburzeniami pozorowanymi. W przypadkach, w których podejrzewa się zaburzenia pozorowane, zawsze należy prosić pacjenta o zgodę na dostęp do danych medycznych z poprzednich hospitalizacji i od świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Po ujawnieniu wywoływania objawów somatycznych przez pacjentkę A wyraziła ona na to zgodę. Zdarza się jednak, że złapany na gorącym uczynku pacjent zaprzeczając posuwa się do twierdzenia, że dane zdarzenie w ogóle nie miało miejsca. Od pacjentów B i C uzyskano zgodę, wyjaśniając im, że do-

stęp do informacji jest niezbędny, żeby zapewnić odpowiednie leczenie. Znowu może nastąpić scenariusz, że pacjent odrzuci tę propozycję. Odmowa dobrze uzasadnionej prośby powinna wzbudzić podejrzenia lekarza dotyczące rozpoznania. Podobnie, lekarz powinien poprosić pacjenta o zgodę na skorzystanie z wywiadu z innych źródeł, takich jak: członkowie rodziny, małżonkowie i przyjaciele. Odmowa może wskazywać na lęk przed wykryciem oszustwa. W szpitalu lekarz powinien poprosić personel pielęgniarstwa, żeby dokładnie kontrolował pacjenta podejrzanego o zaburzenia pozorowane. Ścisła obserwacja może ujawnić skryte powodowanie objawów klinicznych przez pacjenta. Lekarz powinien również szukać konsultacji specjalistycznych w innych dziedzinach, aby wykluczyć ogólnomedyczne przyczyny objawów zgłaszanych przez chorego. W ośrodku psychiatrycznym należy przypominać zespołowi leczącemu, w tym pielęgniarcom i terapeutom, żeby wyznaczał odpowiednie ograniczenia i granice pacjentom podejrzanym o zaburzenia pozorowane. Te ograniczenia i granice mogą zmniejszyć społeczne i psychologiczne korzyści, których pacjent oczekuje od hospitalizacji.

## Podsumowanie

Niedostatek danych na temat zaburzeń pozorowanych i trudności w uzyskiwaniu informacji epidemiologicznych i diagnostycznych nie powinny wykluczać możliwości dokładniejszej diagnostyki i skuteczniejszego postępowania. Duże opisywe i obserwacyjne badania z odpowiednimi diagnostycznymi procedurami, w tym oceną medyczną, neurologiczną, neuropsychologiczną i testami osobowości, są niezbędne, żeby w pełni zrozumieć zaburzenia pozorowane. Niestety takie badania są bardzo trudne do przeprowadzenia w populacji pacjentów, przeciwstawiających się ich wykryciu. Należy rozważyć występowanie zaburzeń pozorowanych u chorych z nietypowym obrazem klinicznym i ujemnymi wynikami testów diagnostycznych, którzy często zgłaszają się na oddziały pomocy doraźnej lub do szpitala.

## Piśmiennictwo

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:513-516.
2. Hamilton JC, Feldman MD, Janata JW. The A, B, C's of factitious disorder: a 220 response to Turner. *Medscape J Med*. 2009;11(1):27.
3. Catalina ML, Gómez Macias V, de Cos A. Prevalence of factitious disorder with psychological symptoms in hospitalized patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(6):345-349.
4. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics*. 1990;31(4):392-399.

5. Gregory RJ, Jindal S. Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76(1):31-36.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
7. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
8. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
9. Rogers R, Bagby RM, Rector N. Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. *Am J Psychiatry*. 1989;146(10):1312-1314.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
12. Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1163-1168.
13. Dike CC, Baranoski M, Griffith EE. Pathological lying revisited. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2005;33 (3):342-349.
14. Turner MA. Factitious disorders: reformulating the DSM-IV criteria. *Psychosomatics*. 2006;47(1):23-32.
15. Drob SL, Meehan KB, Waxman SE. Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37(1):98-106.
16. Feldman MD. *Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering, and Factitious Disorder*. New York, NY: Brunner-Routledge; 2004.