

PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA. 2010; Tom 6, Nr 1: s.47-52.

Katarzyna Olejniczak (1), Józef Kocur (1), Agata Orzechowska (2), Monika Talarowska (2), Antoni Florkowski (2)

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W OKREŚLANIU ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI NA PRZYKŁADZIE ZESPOŁU MÜNCHAUSENA
DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDERS IN THE STUDY CASE OF A PATIENT DIAGNOSED WITH MÜNCHHAUSEN SYNDROM

(1) Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Józef Kocur

(2) Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

Streszczenie

Doniesienie przedstawia studium przypadku 24 letniej kobiety, u której został rozpoznany zespół Münchhausena. Zaprezentowano linię życia pacjentki ze zwróceniem szczególnej uwagi na rozwój i przebieg zaburzenia oraz istotnych zmian życiowych.

Głównym celem artykułu jest przedstawienie i omówienie trudności diagnostycznych, jakie niesie ze sobą określenie zaburzeń osobowości. Zespół Münchhausena jako rzadko spotykane zaburzenie, łączy różne obszary diagnostyczne: faktyczne zaburzenia somatyczne, zaburzenia osobowości i przypadki symulacji choroby oraz problem współchorobowości psychiatrycznej i somatycznej.

Summary

The paper introduces a study case of 24-year-old woman who was diagnosed with Munchhausen syndrome. It explores progress of the illness from life-course perspective and emphasizes progress and course of disorder and changes in patients' life.

The main object of the paper is to discuss diagnostic difficulties which psychiatrist and clinical psychologist might face when it comes to diagnose personality disorders. Munchhausen syndrome is quite rare disorder and it is interesting because of the fact that it connects to different areas of disorders: real somatic disturbances, personality disorders, illness simulation and comorbidity psychiatric and somatic disorders.

Słowa kluczowe: zespół Münchhausena, zaburzenia osobowości, zaburzenia somatyczne, współchorobowość

Key words: Münchhausen syndrome, personality disorders, somatic disorders, comorbidity

Wprowadzenie

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), w której zaburzenia osobowości są umieszczone w działach F60, F61 i F62, w obrębie działu F60-F69 obejmującego: zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych, określone są jako stany kliniczne i wzorce zachowania, które mają tendencję do

utrzymywania się i są przejawem charakterystycznego dla danej osoby stylu życia oraz sposobu odnoszenia się do siebie i innych ludzi [1].

Jednym z zaburzeń zawartych w tym dziale jest zespół Münchhausena, czyli zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów lub niewydolności fizycznych czy psychicznych. Zaburzenie to jest zaliczane do kręgu zaburzeń osobowości i zachowania się dorosłych, choć niektórzy autorzy nie zgadzają się z takim uogólnieniem [2].

Obraz kliniczny zespołu Münchhausena obejmuje celowe i świadome wytwarzanie objawów choroby somatycznej w celu zaspokojenia określonych potrzeb psychicznych. Pacjenci cierpiący na to zaburzenie to osoby samotne, które w okresie dzieciństwa przeżyły liczne urazy psychiczne oraz doświadczyły deprivacji. W związku z tymi doświadczeniami mają trudności z nawiązaniem bliskich relacji interpersonalnych oraz wykazują cechy zaburzeń osobowości [3, 4].

Rozpowszechnienie tego zaburzenia jest nieznane, ale szacuje się, że 5-10% wszystkich przyjęć do szpitali jest spowodowane zaburzeniami pozorowanymi oraz, że zaburzenie to jest częściej spotykane wśród mężczyzn niż wśród kobiet, oraz na tle populacji ogólnej częściej wśród pracowników służby zdrowia. Objawy prezentowane przez pacjenta mogą być bardzo sugestywne i przekonujące dla lekarzy w kolejnych, często wielu, znajdujących się w różnych miastach i częściach kraju placówkach. Wiele osób, u których rozpoznaje się zaburzenia pozorowane w przeszłości miało kontakt ze służbą zdrowia, często z własnej inicjatywy, np. jako wolontariusze. Cechą charakterystyczną zespołu Münchhausena jest to, że badani poszukują pomocy medycznej, często w znacznej odległości od miejsca zamieszkania lub nawet w innym kraju [4].

Kaplan i Sadock [5] wyróżniają dwie postaci zaburzenia pozorowanego:

-Zaburzenie pozorowane z przewagą objawów somatycznych, takich jak nudności, wymioty, bóle, napady drgawkowe; gdzie pacjent może także wprowadzać lekarzy w błąd celowo plamiąc krwią stolec lub mocz.

-Zaburzenie pozorowane z przewagą objawów psychicznych, do obrazu którego należy umyślne prezentowanie przez pacjenta objawów zaburzeń psychicznych, takich jak omamy, urojenia, dziwaczne zachowanie.

W obu tych postaciach zaburzeń pozorowanych często występuje nadużywanie leków. Wyróżniono także postać mieszaną, gdzie pacjent prezentuje objawy zarówno z grupy dolegliwości somatycznych, jak i psychicznych oraz zaburzenie pozorowane nieokreślone, do których zalicza się także przeniesiony zespół Münchhausena [5].

Do najczęściej stosowanych sposobów wytworzenia objawów należą: wstrzykiwanie substancji toksycznych, zażywanie leków, jatrzenie ran, manipulacje związane z układem moczowym i w 7% przypadków fałszowanie dokumentacji medycznej. Najczęściej wymieniane w literaturze objawy zespołu to dolegliwości bólowe [3, 6], a najbardziej spektakularne i drastyczne skutki podejmowanych przez pacjentów działań, to niejednokrotnie poważne zabiegi chirurgiczne [7].

Opis przypadku

Opis przypadku prezentuje przebieg dotychczasowej linii życiowej pacjentki, u której zdiagnozowano zespół Münchhausena, z uwzględnieniem okresów zaostrzenia się objawów. Ponadto dokonano analizy trudności, z jakimi spotkali się lub mogli się spotkać lekarze diagnozujący pacjentkę. Opis tego rodzaju trudności może wskazać na najczęstsze błędy popełniane w procesie diagnostycznym, a także nakierować uwagę diagnosty na fakty, które mogą okazać się istotne z punktu widzenia poprawności postawionego rozpoznania.

Pacjentka K.Z., lat 24, po raz pierwszy hospitalizowana psychiatrycznie. Rozpoznanie: F68.1 Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenie pozorowane) zespół Münchhausena.

Wywiad z pacjentką został zebrany podczas jej pobytu w szpitalu psychiatrycznym w 2008 roku. Informacje zostały zweryfikowane i dodatkowo potwierdzone na podstawie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentki K.Z.

Dane z wywiadu

Pacjentka urodziła się w 1984 roku, na północy Polski. Jej rodzice rozwiedli się, bo jak określiła to pacjentka „nie mogli ze sobą żyć”. Po raz ostatni widziała swoją biologiczną matkę w wieku trzech lat. W dzieciństwie, jak pacjentka sama określa, była „przerzucana” między domem ojca i dziadków, zarówno tych ze strony matki, jak i ojca. Ostatecznie od szóstego-siódмого roku życia wychowywała się z ojcem i jego drugą żoną. Z macochą ma bardzo dobry kontakt, nazywa ją mamą.

W okresie nauki w szkole podstawowej pacjentka dobrze sobie radziła, szczególnie lubiła przedmioty ścisłe: matematykę, fizykę i chemię. Po ukończeniu nauki w szkole podstawowej rodzice zasugerowali jej kontynuację nauki w szkole zawodowej o profilu gastronomicznym. Decyzję podjęła zgodnie z ich radą i jej nie żałuje. Podczas nauki w szkole zawodowej uczyła się dobrze. Po jej ukończeniu zdecydowała się na „spełnianie własnych marzeń” i podjęła kontynuację nauki w zaocznym liceum ogólnokształcącym. Zdała egzamin maturalny i dostała się na studia. Obecnie jest studentką drugiego roku na kierunku ratownictwo medyczne. Rozważa także dalszą kontynuację nauki, interesuje ją między innymi dziedzina psychologii, szczególnie psychologia dziecięca.

Pacjentka postrzega siebie jako osobę towarzyską, twierdzi, że zawsze miała duże grono znajomych. W dzieciństwie miała najlepszą przyjaciółkę, ale przeprowadzka wraz z rodzicami sprawiła, że ich kontakt się urwał. Aktualnie najlepszą jej przyjaciółką, jest dziewczyna, którą poznała za pośrednictwem starszego brata i jest trochę młodszą, ale przyjaźnią się do dziś.

W wywiadzie badana podaje brak związków o charakterze erotycznym. Podkreśla, że jej relacje z mężczyznami i kobietami mają wyłącznie charakter koleżeński, bez głębszych form zaangażowania emocjonalnego.

Badana podaje, że w trakcie studiów mieszka na stacji. Święta spędza z ojcem i macochą, którzy mieszkają w innym mieście. Pacjentka ciepło wyraża się o swoich bliskich, również o dziadkach i pozostałej rodzinie, podkreśla, że ma z nimi udane relacje.

Dotychczas podejmowała pracę o charakterze dorywczym, sezonowym. Odbiła także praktyki zawodowe związane z nauką w szkole zawodowej o profilu gastronomicznym. Wielokrotnie podejmowała pracę jako wolontariuszka, między innymi w instytucjach takich jak pogotowie ratunkowe, poradnia chirurgiczna oraz straż pożarna.

Jak twierdzi, w życiu codziennym unika używek – alkohol spożywa jedynie okazjonalnie, papierosów i innych substancji zdecydowanie nigdy.

Problemy zdrowotne badanej zaczęły się w 2002 roku (sześć lat przed datą badania). Pierwszym rozpoznaniem było podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Zdania lekarzy były podzielone, ale ostatecznie zdecydowano się na operację. Od tamtej pory, pacjentka wielokrotnie przebywała na oddziałach chirurgicznych. W lipcu 2006 przeszła kolejną operację związaną z poszerzeniem okrężnicy i jelita cienkiego. Okazało się, że ma uszkodzone jelito grube. Od tamtej pory pacjentka była kilkakrotnie konsultowana z podejrzeniem niedrożności jelit. W ciągu czterech tygodni była operowana pięciokrotnie. Jak sama mówiła: „otwierali, bo trzeba, nie wolno dyskutować z chirurgiem”.

Przebywając u krewnej poczuła nawrót dolegliwości bólowych w okolicy brzucha. Została przyjęta na oddział szpitala. To właśnie lekarze z tamtejszego oddziału zasugerowali konieczność konsultacji psychiatrycznej. Pacjentka została skierowana na oddział psychiatryczny z podejrzeniem zespołu Münchhausena. Był to jej pierwszy kontakt z leczeniem psychiatrycznym.

Na oddziale początkowo czuła się źle, miała wiele obaw związanych z „zamknięciem, kratami w oknach i brakiem klamek”. Ostatecznie jednak stwierdziła, że podoba jej się panująca na oddziale atmosfera, możliwość spacerów i ruchu.

Od początku pobytu w szpitalu była dwukrotnie konsultowana na oddziale chirurgicznym. Dolegliwości pojawiały się zawsze wieczorem, podczas dyżurów lekarskich. W pierwszym przypadku z powodu bólów brzucha, rozpoznano niedrożność i pacjentka była operowana. Po okresie półtora tygodnia pojawił się: ponownie ból brzucha, wymioty i zaparcia. Tym razem lekarze, z tego samego ośrodka, nie podjęli decyzji o operacji.

Badanie psychiatryczne

Badana lat 24, hospitalizowana psychiatrycznie w celach diagnostycznych. Studentka ratownictwa medycznego, panna, bezdzietna. Hospitalizacja z dwukrotnymi przerwami z powodu pobytów w klinice chirurgii. Wcześniej nie leczona psychiatrycznie i nie badana psychologicznie. W 2001 roku po raz pierwszy operowana z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Od tego okresu wielokrotnie hospitalizowana chirurgicznie z powodu podejrzenia niedrożności. W 2006 roku zabieg usunięcia jelita grubego z wyłonieniem stomii jelita cienkiego. Do chwili hospitalizacji psychiatrycznej w tutejszej klinice przebywała, wielokrotnie w wielu miastach na oddziałach chirurgicznych, z podejrzeniem niedrożności, nawet 3- krotnie w ciągu jednego miesiąca.

W trakcie badania psychiatrycznego, prawidłowo zorientowana, świadomość jasna. Nastrój i napęd w granicach normy, afekt adekwatny do nastroju i wypowiedzanych treści. Zgłaszane dolegliwości dotyczą zwiewnych doznań somatycznych, zwykle dotyczą czasu przeszłego. Badana bez objawów wytwórczych. Nigdy nie zgłaszała myśli i tendencji suicydalnych.

Wnioski z badania psychologicznego

Bez zaburzeń w sferze procesów poznawczych. Bez cech uszkodzenia OUN. W Kwestionariuszu Osobowości MMPI w profilu klinicznym dominuje kod 5/4. Osoby o takim typie profilu są niedojrzałe i narcystyczne, pasywne emocjonalnie i mają silną niezaspokojoną potrzebę zależności. Niska tolerancja frustracji. Osoby o tym typie profilu mogą przeżywać znaczne trudności wiążące się z ich tożsamością seksualną. Wysoki wynik w skali Męskość-Kobiecość potwierdza zainteresowania typu męskiego i zaprzecza posiadaniu stereotypowych kobiecych zainteresowań.

Omówienie

Diagnoza zaburzeń z kręgu zaburzeń osobowości i zachowania się dorosłych niesie ze sobą specyficzne trudności diagnostyczne.

W przypadku pacjentki K.Z. diagnoza jest obarczona szczególnego rodzaju trudnościami. Przede wszystkim, ze względu na wiek pacjentki (24 lata) i jej pierwszą hospitalizację psychiatryczną. Rozpoznanie zespołu Münchhausena (rozpoznanie zawierające się w obrębie kategorii F68.1 - zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenie pozorowane) zaliczane do: Zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych, jest rzadko spotykane i wymaga wielostronnej i dokładnej analizy przypadku pacjenta (przede wszystkim pod względem medycznego uzasadnienia zgłaszanych dolegliwości somatycznych). W przypadku młodych pacjentów ujawnia się dodatkowa

trudność w postawieniu diagnozy zaburzeń osobowości, jaką jest rozróżnienie, czy diagnosta ma do czynienia z osobą o jeszcze niedojrzałej czy o już zaburzonej osobowości.

Pacjentka była leczona w ośrodkach na terenie całej Polski, przez różnych specjalistów, co powoduje utrudniony przepływ informacji o wynikach badań dodatkowych, postawionych rozpoznaniach oraz kierunkach leczenia.

Na przykładzie prezentowanego przypadku można zaobserwować jak najprawdopodobniej realnie istniejące problemy zdrowotne przerodziły się w powtarzający się schemat zachowań. Pacjentka wyraźnie podkreśla zadowolenie ze swoich dotychczasowych doświadczeń i problemów zdrowotnych. Chętnie korzysta z fachowego słownictwa i łacińskich odpowiedników terminologii medycznej z obszaru jej dolegliwości. Podjęła studia z zakresu nauk paramedycznych, a także wielokrotnie pracowała jako wolontariuszka w ośrodkach związanych z opieką zdrowotną. Charakterystyczne w opisie pacjentki jest jej „wędrowanie” po wielu ośrodkach leczniczych w stosunkowo oddalonych od siebie miastach Polski (pacjentka w wywiadzie wymienia kilka różnych placówek w miastach, w których aktualnie przebywała). Ponadto elementem cechującym zespół Münchhausena są liczne pooperacyjne blizny w jamie brzusznej po zbędnie wykonanych zabiegach (tzw. laparotomophilia migrans), które występują u pacjentki [4, 8].

W krajowym piśmiennictwie wciąż niezwykle mało jest prób podjęcia dyskusji na temat zarówno częstości występowania, jak i złożoności procesu powstawania, przebiegu oraz leczenia zespołu Münchhausena. Kryteria diagnostyczne, są wyłącznie obserwacyjne, nieostre i niespecyficzne dla tego zaburzenia. Brakuje opracowanych narzędzi służących do diagnozowania zespołu Münchhausena, a dyskusja na temat przyczyn jego powstawania pozostaje ciągle otwarta.

Wnioski

1. Diagnoza zespołu Münchhausena niesie za sobą duże trudności wynikające ze specyfiki diagnozy zaburzenia pozorowanego, wymagającej wykluczenia istnienia faktycznych dolegliwości somatycznych i/lub psychicznych. Należy, więc wykluczyć istnienie choroby somatycznej, a także zaburzenia somatyzacyjnego oraz symulacji.
2. Zespół Münchhausena jest zaburzeniem, do obrazu którego należą częste zmiany placówek opieki zdrowotnej, w której pacjent zgłasza swoje dolegliwości. W związku z tym następuje brak przepływu informacji, a kolejni lekarze są narażeni na brak lub ograniczony zasób informacji w wywiadzie zebrany od samego pacjenta.
3. Na podstawie opisanego przypadku należy zwrócić uwagę, że diagnoza zaburzeń z kręgu zaburzeń osobowości oraz zaburzeń pozorowanych wymaga dokładnej analizy danego przypadku i integracji informacji z wielu źródeł.

Adres do korespondencji:

mgr Agata Orzechowska

e-mail: agrafka1005@wp.pl

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Oddział XIB

Szpital im. J. Babińskiego ul. Aleksandrowska 159, 91-229, Łódź

tel. (042) 652-12-89

fax. (042) 640-50-58

Piśmiennictwo:

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.
2. Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Warszawa: PZWL; 2003.
3. Robbins L. Munchausen's syndrome presenting as cluster headache. Headache Quart. 2002; 13: 121-122.

4. Sidorowicz S. Psychiatria. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2004.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry/VI, volume 2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
6. Fishbain DA, Goldberg M, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Clinical note: Munchausen syndrome presenting with chronic pain: Case report. Pain. 1988; 35: 91-94.
7. Pudło M, Pudło R, Leczyk-Baranowska M, Przybyło-Partyka M. Trudności diagnostyczne u pacjenta z zespołem Münchhausena. Postępy Psychiatr. Neurol. 2005; 14, 1/20: 111-114.
8. Bütz MR, Evans FB, Webber-Dereszynski RL. A Practitioner's Complaint and Proposed Direction: Munchausen Syndrome by Proxy, Factitious Disorder by Proxy, and Fabricated and/or Induced Illness in Children. Professional Psychology: Research and Practice. 2009; 40, 1: 31.