

PŘEDSTÍRANÉ PORUCHY A SIMULACE

doc. MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Dagmar Seifertová, CSc.

Psychiatrické centrum Praha

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Centrum neuropsychiatrických studií, Praha

U předstírané (faktitivní) poruchy i u simulace pacient své příznaky z různých důvodů předstírá a dělá to vědomě. U faktitivních poruch je cílem získání zdravotní péče a zájmu zdravotníků. Důležité je včasné rozpoznání poruchy, aby se předešlo nepotřebným vyšetřením, nákladné terapii či iatrogenním komplikacím. Citlivý psychoterapeutický přístup může postiženému pomoci. Přímá konfrontace zpravidla smysl nemá. Doporučovány jsou postupy dialekticko-behaviorální terapie podobně jako u hraniční poruchy osobnosti. U simulací pacient příznaky nemoci předstírá z vědomě zjištěných důvodů jako jsou ekonomické výhody (finanční náhrada, invalidní důchod) nebo vyhýbání se něčemu nepříjemnému (zodpovědnosti, práci, trestu apod.). Simulovat je možné příznaky tělesné či psychické nemoci, traumatické zážitky v minulosti, dopad či důsledky nemoci. Simulace se může projevit v různých formách – od čisté simulace, při které jedinec falšuje všechny příznaky, k parciální simulaci – agravaci – kdy jsou příznaky zveličovány nebo jejich vliv na denní fungování je prezentován nadměrně. Lékař má v každém případě potlačit svojí negativní afektivní reakci na zjištění simulace, udělat rozbor celé situace a zkusit pochopit, co pacienta k tomuto chování přimělo. Simulující nebo agravující by měl být v klidu se zjištěním simulace i jejich důvodů konfrontován, bez moralizování, hněvu či triumfování a ubezpečen, že svého cíle touto cestou nedosáhne.

Klíčová slova: předstírané poruchy, simulace, sekundární zisky, klinické vedení, psychoterapie.

Med. Pro Praxi 2008; 5(3): 128–132

Úvod

Pacienti vědomě předstírající onemocnění nejsou oblíbení u lékařů ani u ostatních zdravotníků. U **faktitivních poruch** však důvod předstírání sám pacient neví, v zásadě mu jde o to, aby o něj bylo pečováno, aby měl pozornost a někdo se jím zabýval. Naproti tomu u **simulace** pacient příznaky předstírá z vědomě zjištěných důvodů. Může jít o ekonomické výhody, jako je získání finanční náhrady, pojistky, invalidního důchodu nebo vyhýbání averzivním situacím, jako je nástup trestu, nepříjemná práce, zodpovědnost, v minulosti také vojenská služba apod.

Faktitivní poruchy

Charakteristické je předstírání příznaků, agravace nebo sebepoškozování, bez zjevné vnější motivace. Pacient předstírá tělesné nebo psychické příznaky a sám neví proč (52). Primárním cílem je získat lékařskou péči; příznaky jsou volně produkovány za cílem získat pozornost, podporu, soucit druhých. Jde zpravidla o uspokojení potřeb závislosti na druhých u zranitelných lidí se závislou nebo hraniční poruchou osobnosti (13). Pokud je patrná zjevná vnější motivace (rentové tendence, vyhnout se vězení apod.), měla by být použita diagnostická kategorie „simulace“ (Z76.5). U faktitivní (předstírané) poruchy postižený usiluje o „ roli nemocného“ a péči zdravotníků. Sám si není vědomý zevní motivace, i když pro okolí může být patrná. Konfrontace s takovou motivací může být pro něj zahanbující a nedokáže ji přijmout. Většinou má pocit nepochopení a křivdy a reaguje na to silnými afekty, jako je smutek, zlost, bezmoc. Mohou se objevit disociativní fenomény. Konfrontace vede k nedůvěře k lékaři a vyhledávání

jiné pomoci. Přímá konfrontace většinou nevede ke změně chování a bohužel může vést také k suicidii (42). Případy těchto pacientů byly popsány v historii medicíny i psychiatrie mnohokrát (17). Nejznámější je příběh barona von Münchausena (1720–1791), penzionovaného důstojníka kavalérie, který trpěl bájevitou lhavostí při líčení svých zranění. V roce 1951 Asher (4) použil termín „Münchhausenův syndrom“ pro popis pacientů, kteří cestovali po Anglii, nechávali se přijímat v nemocnicích, kde popisovali dramatické příznaky a příběhy své nemoci, což vedlo k četným hospitalizacím a operacím. Münchhausenův syndrom je znám jako závažná chronická forma faktitivní poruchy, u které pacient obvykle má anamnézu opakovaných hospitalizací trvajících léta, roli pacienta má jako kariéru, projevuje zjevné známky poruchy osobnosti a je rezistentní na léčbu. Turner a Reid (56) popisují případ 34letého svobodného muže s četnými jizvami na břicho, který přišel na stejné oddělení akutní medicíny potřeť v průběhu 6 měsíců s „akutním břichem“. Při předešlých dvou přijetích absolvoval extenzivní sledování s četnými rentgeny, sonografií, pyelogramem a explorativní laparotomií. Všechny nálezy byly negativní. Poté, co jej lékař konfrontoval s nálezy z minulých pobytů, pacient popřel svoje příznaky a souhlasil s tím, že půjde k psychiatrovi.

Faktitivní porucha by proxy byla popsána jako „volní produkce příznaků tělesné nebo psychické poruchy u jiné osoby, kterou má dotyčná osoba v péči“ (22). Jde většinou o rodiče, vychovatele, chůvu, ale může jít i o poskytovatele zdravotní péče. Nejčastěji jde o matku, která vytváří příznaky nemoci u jednoho nebo více svých dětí. Jde o vytváření krvácení, zá-

chvatů, zvracení, teploty, elektrolytového narušení, průjmu, kožních poškození u malého dítěte (typicky nemluvněte). Často se podobné příznaky objevovaly i u dalších dětí v rodině nebo byla zaznamenána nevysvětlitelná úmrtí. Typicky matka vypadá ustaraně a o dítě pečuje, v mnoha pohledech vypadá jako „perfektní“ – lékař nemá tendenci ji podezřívat. Když je dítě od matky odděleno, příznaky rychle vymizí. V líčení anamnézy jsou inkonzistentní věci. Dalším typickým znakem je vyhledávání invazivních metod vyšetření.

Většina pacientů trpících faktitivní poruchou však nemá tak barvitý obraz. Mnoho z nich zůstává nediagnostikovaných a i pokud ke správné diagnóze dojde, velmi často zůstanou neléčeni nebo jsou léčeni nesprávně (55). Faktitivní poruchy vedou k nadměrné spotřebě medicínské péče ale i významné morbiditě i mortalitě, zejména díky nesprávným léčebným přístupům (6). Přesto, že příznaky jsou vědomě vytvářeny, pacient a jeho blízcí prožívají nadměrný stres (17). Příznaky se nejčastěji objevují v situaci, kdy si pacient uvědomuje, že je pozorovaný. Zkušený pacient může poměrně přesně napodobovat příznaky jakékoliv somatické či psychiatrické diagnostické kategorie (často i psychotické symptomy). Může se vystavovat rizikům a vedlejším účinkům invazivních vyšetření, medikace či chirurgických zákroků. Faktitivní poruchy se poprvé dostaly do psychiatrické klasifikace v roce 1980 v klasifikaci DSM-III (APA 1980). Před vytvořením této klasifikace byli pacienti s těmito poruchami pokládáni za antisociální poruchy osobnosti, hysterické osobnosti nebo dokonce nemocné se schizofrenií (25). Jejich místo v klasifikaci bylo někde uprostřed mezi „hys-

terickými“ (somatoformními) poruchami a simulací. V roce 1987 v DSM-III-R byla definice fiktivních poruch revidována a fiktivní poruchy byly rozděleny na tři subtypy (APA 1987). V roce 1993 v článku Taylora a Hylera (54) byl popsán přehled epidemiologie a klinických charakteristik pacientů s fiktivními poruchami a jejich chronické formy. Ženy spíše trpí akutními formami, muži chronickými. V poslední verzi americké klasifikace DSM-IV-TR jsou rozlišeny tři typy fiktivní poruchy (APA 1994):

- **S převážně psychickými znaky a příznaky:** pacient předstírá příznaky psychické poruchy, jako je traumatický smutek, deprese, suicidální chování, posttraumatická stresová porucha, psychóza, porucha příjmu potravy, hypersomnie, bipolární porucha. Předstírání příznaků je často dramatické, bývá vymyšlení si anamnestických údajů (ztráta příbuzného za dramatických okolností, domnělé ztráty dítěte, znásilnění apod.). Téměř všichni pacienti s předstíranou poruchou s psychickými příznaky zároveň trpí některou z poruch osobnosti. Nejčastěji hraniční, histriónskou, disociální, ale také vyhubou nebo závislou.
- **S převážně tělesnými znaky a příznaky:** pacient předstírá nebo agravuje tělesné příznaky jakékoliv tělesné nemoci (např. epileptické záchvaty), poškozuje se (např. užívá projímadla, píchá si injekce s fekáliemi, petrolejem apod.), manipuluje s tělesnými nebo laboratorními vyšetřeními (naklepává teploměr, dává cukr nebo krev do moči apod.). Nejčastějšími předstíranými nemocemi bývají anémie, raš, chronická průjmová onemocnění, hyperpyrexie, epileptické záchvaty, ledvinné kameny, hematurie, hypoglykémie, rakovina, krvácení z konečníku.
- **S kombinací psychických a tělesných příznaků:** pacient předstírá jak tělesnou, tak psychickou poruchu, nebo je předstírá střídavě (např. demenci, epilepsii, posttraumatickou poruchu).
- Dále je zde řazena **fiktivní porucha by proxy** (v zastoupení): při této poruše předstírá jedna osoba (matka) onemocnění u druhé (zpravidla kojeneček nebo malé dítě). Matka může falšovat vyšetření dítěte (kontaminovat např. jeho moč), poškozovat je (infikovat je, např. píchat mu injekce s infekcí, traumatizovat je, dávat mu toxickou stravu), agravovat jeho potíže.

Nejznámějším obrazem této poruchy je Münchhausenův syndrom (představuje 11 % fiktivních poruch), který je charakterizován skrývaným sebe-poškozováním, bizarními tělesnými příznaky, rysy pseudologia phantastica a kombinován s rozpada-jícími se vztahy (45). Postižený vyhledává hospitalizace, putuje od nemocnice k nemocnici, protože mu

vyhovuje role pacienta, o kterého je pečováno. Tito pacienti jsou nejčastěji muži středního a staršího věku, trpí bájevitou lhavostí, historky se týkají jejich velkolepostí, zranění v boji apod., většinou se tou-lají, putují mezi zdravotnickými zařízeními a vykazují řadu dalších sociopatických rysů. Münchhausenův syndrom však zahrnuje jen 10 % pacientů s fiktiv-ní poruchou (11). Častější projevy fiktivní poruchy jsou méně nápadné, objevují se spíše u mladých žen s nedostatečnou podporou rodiny, které se chovají pasivně, nezrale a mají řadu hypochondrických ry-sů. Jde jim o péči, pozornost, potřebu naplnit závislé rysy. Tito pacienti mají zpravidla lepší prognózu než Münchhausenův syndrom. Fiktivní poruchy jsou významně vzácnější než somatoformní poruchy. Zpravidla jsou spojeny s osobnostními nápadnostmi. V extrémním případě mohou vést k drastickému se-bepoškozování a nejsou vzácné zbytečné operace.

Diagnóza fiktivních poruch

Diagnóza a léčba pacientů s fiktivními poru-chami je většinou obtížným úkolem. Tito pacienti jsou přijímáni do nemocnice s dramatickými pro-jevy a extrémním naříkáním, jejich pobyty bývají dlouhé. Poskytovatelé péče jsou brzy frustrováni pa-cientovým závislým a požadujícím interpersonálním stylem, jeho manipulacemi, vyžadováním diagnos-tických procedur. Tyto potíže vedou k problémům jak na straně pacienta, tak na straně personálu (24).

Ke zlepšení diagnózy těchto pacientů často potřebujeme více zdrojů informací. Předchozí lé-kaři, zdravotní personál a rodinní příslušníci ob-vykle poskytnou paralelní popisy problémů a jejich anamnézu. Kontinuální sledování pacienta, při-padně videomonitoring mohou odhalit pacientovy manipulace. Laboratorní nálezy mohou detekovat medikaci, kterou si pacient k simulaci některých příznaků bere (antikoagulanty, tyreoidální hormo-ny, adrenalin, extrakt vanilky apod.). Od 50. let, kdy začali být tito pacienti popisováni, si v řadě zemí dělali lékaři „černou listinu“, kterou rozesílali na ne-mocniční pohotovosti k rychlému rozeznání těchto pacientů. Ovšem pro problémy s udržováním lékař-ského tajemství, etiky a také možnosti, že takový

pacient může reálně onemocnět, postupně tyto „černé listiny“ vymizely.

Nadelson (38) jako první klasifikoval Münch-hausenův syndrom jako podtyp s hraničním cha-rakterem a popsal stavy derealizace a depersona-lizace u těchto pacientů, které jsou podobné stavům u hraničních poruch osobnosti. V nedávné studii Fliege et al. (18) ukázali, že tito pacienti se sebepo-škozují podobně jako hraniční a ze sebepoškození mohou mít pocit úlevy. Sebepoškozující chování lze rozdělit do tří typů (52):

- a) artefakt (přímé sebepoškození) jako je škrábání, řezání, pálení, bodání nebo leptání;
- b) sebeindukující poškození (umělá nemoc) jako je použití poškozující medikace nebo infekčních látek;
- c) delegované sebepoškození, jako jsou operace, amputace nebo jiné vysoce rizikové terapeutické nebo diagnostické postupy.

Úkolem psychiatra-konziliáře je vysvětlit pa-cientovu psychopatologii a objasnit personálu pro-tipřenos (speciálně emoční reakce na pacienta). To zvyšuje následně morálku personálu i kvalitu léčby pacienta. Postupy dialekticko-behaviorální terapie (léčba volby u hraniční poruchy osobnosti) zde mo-hou pomoci.

Epidemiologie

Data o incidenci a prevalenci fiktivní poruchy se obtížně získávají. Sutherland a Rodin (53) dia-gnostikovali fiktivní poruchu v 0,8 % všech psychi-atrických konzilií. Bhugra (8) našel Münchhausenův syndrom u 0,5 % psychiatrických hospitalizací. Eisendrath (12) odhaduje prevalenci na 2–10 % pa-cientů stěžujících si na zvýšenou tělesnou teplotu ne-jasně etiologie. Münchhausenův syndrom je častější u mužů středního věku, fiktivní porucha však jinak převažuje u žen mezi 20–40 lety, které mají zdra-votnické vzdělání, byť neúplné. Fiktivní poruchy by proxy se objevuje nejčastěji u mladých žen s malými dětmi. Krahn et al. (27) z Mayo Clinic u 93 pacientů diagnostikovaných jako fiktivní poruchy se soma-tickými příznaky zjistili průměrný věk 30,7; v 72 % šlo o ženy, v 69 % zaměstnané osoby, 47,3 % z toho to byli lidé s nějakým zdravotním vzděláním nebo kur-zem a 71,3 % mělo středoškolské vzdělání.

Etiologie a patogeneze

Příčina předstírané poruchy není známá. Pre-disponovat může porucha osobnosti. Nejčastěji hra-niční, histriónská, disociální, ale také vyhubavá nebo závislá. Častější bývá pohlavní a fyzické zneužívání v dětství (19). Nápadná je také souvislost s pro-longovanými hospitalizacemi v raném dětství (39). K pochopení vzniku může pomoci prozkoumání

Tabulka 1. Diagnostická kritéria MKN-10 (1996) pro F68.1 Předstíraná (fiktivní) porucha

A. Jedinec vykazuje trvalé projevy záměrného předstí-rání příznaků a/nebo se sám poškozuje, aby si navo-dil příznaky.
B. Nesmí být nalezen žádný důkaz o vnější motivaci, jako je finanční kompenzace, snaha vyhnout se ne-bezpečí nebo dosažení zvýšené zdravotnické péče. Pokud je takový důkaz nalezen, měla by být použita kategorie Z76. 5, simulace.
C. Nejčastěji používaná vylučovací podmínka. Ne-ní potvrzena tělesná ani duševní porucha, která by mohla příznaky vysvětlit.

individuálních souvislostí z výchovy, rodinného a sociálního prostředí. Aktuální interpersonální vztahy pak mohou pomoci určit, co poruchu udržuje nebo zesiluje či zeslabuje příznaky. Častěji jsou popisovány před objevením poruchy ztráty vztahů (53) a obavy ze ztráty vztahu (30). Psychodynamické pohledy zdůrazňují pacientovu touhu po naplnění potřeb závislosti, pokusy o zvládnutí časné deprivace, raného psychotraumatu (pokus o získání láskyplné pozornosti lékařů) nebo vzrušení z léčebných postupů (přičítáno dynamicky masochistickému uspokojení např. z invazivních vyšetření nebo chirurgických zákroků) (29). U faktitivní poruchy by proxy je popisována projekтивní identifikace – přes nemoc dítěte získávají pacienti pozornost zdravotního personálu a předstíranými starostmi pozornost ostatních lidí, kteří s rodičem sympatizují.

Průběh a prognóza

Porucha obvykle začíná v dospělém věku, mezi 20.–40. rokem, může však i dříve. Klinický průběh může být akutní nebo chronický. Po 40. roce života zpravidla mizí, výjma Münchausenova syndromu, který se naopak v tomto období začíná objevovat. Přesto, že pacient může předstírat psychickou nebo somatickou nemoc, průběh je velmi atypický, často bizarní. Akutní případy mohou být ekvivalentem akutní regrese u závažné poruchy osobnosti. U chronických případů může být celkové poškození závažné, souvisí s četnými návštěvami u lékařů a vede k chronické nebo opakované hospitalizaci. Při podstoupení náročných chirurgických výkonů může dojít i k ohrožení života a úmrtí.

Diferenciální diagnóza

Je potřebné zejména vyloučit **simulaci**. Přitom je potřebné si uvědomit, že faktitivní porucha se může se simulací kombinovat. Odlišení je někdy velmi obtížné, ne-li nemožné. Při simulaci však odhalíme zjevnou vědomou účelovost. U faktitivní poruchy je účel nevědomý.

Faktitivní poruchy jsou blízké somatoformním poruchám, i když jsou v MKN-10 (1992, 1996) přiřazovány k poruchám osobnosti a chování. Příbuznost se somatoformními poruchami byla doložena vzájemným překrýváním a přecházením v některých případech jedné poruchy v druhou, přičemž faktitivní poruchy tvoří mezistupeň mezi konverzními a somatoformními poruchami (45). U somatoformní poruchy příznaky nejsou volně produkovány, zatímco u předstírané poruchy ano. Pacienti se somatoformními poruchami a hypochondrickou poruchou také obvykle nefalšují vyšetření; ovšem někdy v úzkostném naléhání na léčebný zákrok se to stát může. Pak bychom pravděpodobně mohli diagnostikovat komorbiditu.

Ganserův syndrom. Objevuje se zpravidla u vězňů. Typické je přibližné odpovídání na otázky, odpovědi mimo jádra věci nebo nepřesné odpovědi (např. $3 \times 6 = 27$, pavouk má 7 nohou) a nehorázné zkreslení údajů. Projevy nejčastěji imitují demenci. Ganserův syndrom je řazen v klasifikaci mezi disociativní poruchy a je předpokládán konverzní mechanismus.

Dermatitis factitia. Jde o neurotickou exkoriaci, která je navozovaná nevědomě.

Somatické onemocnění. Při faktitivní poruše jsou laboratorní výsledky negativní, je nutné však pacienta při odběrech kontrolovat; zamezit umělému zvyšování teploty, účelovým změnám tělesných tekutin apod.

Sebepoškozování u hraniční poruchy osobnosti. Zde sebepoškozování slouží potřebě okamžitého vybití napětí, pacient zpravidla neskrývá to, co se stalo. Nápadná je emoční nestabilita a další příznaky typické pro hraniční poruchu osobnosti. Situaci komplikuje opět fakt, že řada pacientů s faktitivní poruchou trpí také hraniční poruchou osobnosti a obrazy se překrývají.

Sebepoškozování u disociální poruchy osobnosti. Zde sebepoškozování slouží buď přímému zjevnému účelu (např. dostat se z vězení do nemocnice) a jde o simulaci, nebo jde o předvádění se před spoluvězni.

Diagnóza bývá komplikována komorbiditou. Zejména komorbidita se zneužíváním návykových látek (71), poruchami osobnosti (40), simulací (55), disociativními poruchami (20), poruchami příjmu potravy (9), afektivními poruchami (46) činí diagnostiku méně přehlednou. Psychometrické pomůcky, které by umožnily zpřesnit diagnostiku, neexistují (5). Pokud je porucha komplikovaná depresí nebo úzkostnou poruchou, bývá lepší prognóza pro lepší odpověď na léky i psychoterapii.

Zásady léčby

Dosud nebyla popsána žádná specifická léčebná metoda, je však doporučována dialekticko-behaviorální terapie (druh kognitivně behaviorální terapie), která je léčbou volby u hraniční poruchy osobnosti. U Münchausenova syndromu je léčitelnost prakticky nulová, je však nutné se vyhnout hospitalizacím a hlavně operacím a intervencím, které pacienta ohrožují. I u ostatních faktitivních poruch je důležité včasné rozpoznání, aby se předešlo nepotřebným vyšetřením, nákladné terapii či iatrogenním komplikacím. Jsou však zpravidla více spolupracující a léčba někdy přinese úspěch (11). Pacient jen zřídka souhlasí s psychoterapií. Někdy je to možné, protože pacient často nevědomě touží po přijímajícím vztahu. Pokud se však naváže dobrý terapeutický vztah, léčba zpravidla je docela dobře

možná (41). V průběhu terapie je možné ho přivést k získání náhledu a odstranění udržovacích faktorů. Psychoterapie by měla být vedena podpůrným způsobem a zaměřena na udržení vztahu mezi terapeutem a pacientem. Konfrontace s předstíráním bývá kontraproduktivní, je zpravidla možná až v době, kdy je patrné, že se pacient cítí lékařem přijímán.

Neobviňující konfrontace ve smyslu: „Rozumím, že se cítíte ve stresu natolik, že jste na to upozornil touto cestou“, umožňuje pacientovi cítit se přijíman a pomáhá spolupráci. Lze pak interpretovat předstírané příznaky jako volání po pomoci a otevřeněji uvažovat o jiných způsobech komunikace potřeb (22). Tento přístup mívá úspěch u některých pacientů, zdaleka ne však u všech. Psychoterapie se zaměřuje hlavně na vztahové problémy pacienta a učí ho je řešit. Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na zvýšení sebevědomí a sebedůvěry, samostatnost pacienta, komunikační dovednosti a strukturované řešení životních problémů (47). Zdůrazňováno je posilování zdravého chování. Pacient není konfrontován s předstíráním poruchy, naopak je akceptována jeho potřeba léčby, ta je však zaměřena na řešení problémů v životě. Psychotropní medikace většinou není moc účinná, pokud není porucha spojena s komorbidní depresí či úzkostnou poruchou. Podává se medikace ke snížení impulzivity, deprese a úzkosti (antidepresiva ze skupiny SSRI, antikonvulziva, malé dávky antipsychotik) (15, 52). Při farmakologickém vedení pacienta také zdůrazňovali „vyhnout se triurní konfrontaci“, která většinou vede k zesílení příznaků. Důležité je uvědomění si protipřenosových fenoménů. Protipřenos bývá intenzivní ihned poté, co je pacient diagnosticky „odhalen“ (44). Hrozí morálnízování, devalvace pacienta a jeho odmítání lékařem. Lékařské zápisy a doporučující zprávy bývají plné negativních hodnocení. Pacient je opakovaně verbálně odmítán a často traumatizován. To zpětně dále zvýší jeho potřebu být ochraňován a přijímán, což zpravidla vede k zesílení příznaků (16). U pacientů, u kterých je zjevná afektivní komponenta (rozlady, iritabilita, deprese, úzkosti) a strach z opuštění, mohou významně pomoci antidepresiva (33).

Dermatitis artefacta (předstíraná dermatitida)

Je to porucha, při které pacient vytváří artificální změny na kůži, aby mohl zaujmout roli nemocného. Pacient typicky popírá to, že by si poškození sám způsoboval (21). Dermatitis artefacta se může projevit širokou paletou lézí v závislosti na tom, jakou metodu pacient použil. Pacient může předstírat aktuální dermatózu nebo agravovat preexistující dermatologické postižení. Typickými poškozeními jsou exkoriace, purpura, vředy, erytém, edém, sinusy a noduli. Metody, jak si poškození způsobit mohou

být: škrábání, řezání, píchání, leptání, naklepávání, údery, aplikace různých chemikálií, pálení, mražení, injekce chemikálií či infekčního materiálu, krve, stolice apod. (31, 50). Poškození kůže může být extenzivní, s plně zničenou kůží, která vyžaduje plastickou chirurgii nebo dokonce amputaci (23). Poškozená místa bývají pacientovi snadno dosažitelná a jsou více vyjádřena na jedné straně těla. Exkoriace a vředy mají obvykle ostře ohraničené, geometrické hranice s normální kůží kolem, nebo jsou lineární. Přirozená progresse lézí do dalších stadií není patrná. Běžnou komplikací bývá sekundární infekce pyogenními koky – impetiginizace, erysipel, flegmóna.

Dermatitis artefacta se objevuje u kolem 0,3 % dermatologických pacientů (21) s poměrem ženy/muži 3 : 1 až 8 : 1 a s nejvyšší frekvencí v adolescenci a ranné dospělosti (28). Obvykle se počátek rozvíjí po závažném psychosociálním stresu, často zahrnující ztrátu nebo izolaci (51). Podobně jako u jiných fiktivních poruch, pacient vnímá zdravotnictví jako ochranné prostředí, kde se mu dostane pozornosti a péče. Podobně jako jiná sebepoškozování, jde často o nevědomé volání o pomoc, které dermatolog slyší jen zřídka.

Prognóza je různá: u části případů porucha odezní sama po krátké době, u jiných jde o celoživotní problém. V klasické dlouhodobé studii 30 % pacientů pokračovalo v sebepoškozování více než 12 let po prvním zjištění příznaků (48).

Častou komorbiditou je hraniční porucha osobnosti. Nemusí to však být pravidlo. Některé sebepoškození hraničních pacientů patří do spektra předstírané poruchy, nicméně většinou jde o impulzivní chování, vedené snahou uvolnit svoje napětí. V tomto případě pacienti pro sebepoškození nevyhledávají zdravotní pomoc a většinou jsou schopni je přiznat, i když se za ně stydí. Sebeutilace u impulzivních pacientů souvisí s nedostatečnou serotoninergní funkcí a může dobře reagovat na antidepresivum SSRI fluoxetin (51). Jiné sebeutilace u pacientů s psychózou či mentální retardací nemají další charakteristiky předstírané poruchy.

Klinické studie u předstírané dermatitidy chybějí a léčebná doporučení jsou založená na klinických zkušenostech. Pro vedení takového pacienta je základní empatické porozumění a postupné odkrývání problémů, které jsou za chováním skryty. Pacient má často problém jít k psychiatrovi. Navíc přímá konfrontace je většinou kontraproduktivní, vede k narušení terapeutického vztahu. Naopak svěření se s problémem bývá prvním krokem ke změně. Řada pacientů pak akceptuje psychoterapii (28, 50).

Simulace

Simulace je volní chování usilující o známý zevní cíl. Simulovat je možné příznaky tělesné či psychi-

ké nemoci, traumatické zážitky v minulosti, dopad či důsledky nemoci apod. (42). Nejde o formu psychické poruchy nebo psychopatologie, ačkoliv se může v kontextu psychické poruchy objevit (52). Snad žádná jiná skupina pacientů nevede k větším negativním reakcím lékařů než pacienti, kteří předstírají nemoc nebo lžou o tom, že jsou nemocní. Když je pravda odhalena, pacient se setkává v naprosté většině s hněvem lékaře, velmi vzácně s pochopením (34). Simulace se může projevit v různých formách – od čisté simulace, při které jedinec falšuje všechny příznaky, k parciální simulaci – agravaci – kdy jsou příznaky zveličovány nebo jejich vliv na denní fungování je prezentován nadměrně. Jak u simulace, tak u agravace jde o účelové předstírání nebo zveličování somatických nebo psychických potíží, přitom jedinec si je plně vědomý toho, co dělá a dělá to za účelem nějakého zisku (např. invalidní důchod, odškodnění) či vyhnout se něčemu obzvlášť nepříjemnému (vězení). Jedinci, kteří simulují, obvykle dělají jedno nebo více z následujících: předstírají nemoc, předstírají exacerbaci minulé nemoci, přehánějí příznaky nebo falšují laboratorní vzorky nebo laboratorní výsledky (14).

Důvodem simulace býval únik před vojenskou službou, vězením, vyhýbání se práci nebo určitým úkolům, finanční zisk (pojištění, invalidita). Při simulaci psychické poruchy mívají neobvykle špatné výsledky, někdy odpovídají nehorázně špatně, dle laické představy, jak psychická porucha (často demence) vypadá. Pacienti obvykle nespoupracují v léčbě, vyhýbají se vyšetřením a testům ze strachu z odhalení. Komorbidní disociální nebo hraniční poruchy osobnosti jsou časté.

Diagnóza simulace může být velmi obtížná. V USA někdy pojišťovací společnosti najímají soukromé detektivy, aby pacienta natočili na video v situacích, kdy se chová nekompatibilně s tím, co simuluje. Celkem vhodným testem může být MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), jiné testy se neosvědčily. V DSM-IV je doporučeno myslet na simulaci v případech, kdy je nesoulad mezi objektivně viděným a subjektivně prezentovaným stresem nebo disabilitou pacienta, pacient nespoupracuje ve vyšetřeních a léčbě a trpí antisociální poruchou osobnosti (APA 1994).

Diferenciální diagnóza

Diferenciální diagnóza mezi simulací, fiktivní poruchou, Münchausenovým syndromem, hypochondrií, konverzní poruchou, somatizační poruchou a bolestivou poruchou a opravdovou tělesnou nemocí nebo psychickou poruchou bývá obtížná (14). Těžké je odlišit pacienta s fiktivní poruchou, který z důvodu své nezralosti, bezradnosti nebo potřeby péče potřebuje být nemocný, a proto ne-

moc předstírá, nejde mu však o rentové důvody, od pacienta simulujícího ze zjevně zistitelných důvodů. Fiktivní porucha se může značně překrývat se simulací a agravací (43). Pacient předstírá nemoc jak z důvodu rentových (například není schopen už získat zaměstnání – ve věku 55 let ho zaměstnavatelé nechtějí přijmout a bez důchodu by byl bez prostředků), tak zároveň potřebuje péči a zájem o svojí osobu (zůstal po rozvodu sám). Simulace také nevylučuje současný výskyt úzkostné poruchy či organického onemocnění (35). Podkladem pro simulaci nebo agravaci bývá často porucha osobnosti, zejména disociální.

Jen úzký přechod je mezi simulací a **konverzními vazbovými poruchami**. Ty tvoří značnou část nápadných duševních poruch, vyskytujících se ve vazbě. Souvisí s touhou vězně vyhnout se následkům trestného činu, vyhnout se nutnosti vypovídat, po případě zapomenout na trestný čin. Při **pseudodemenci** není obviněný schopen dát správné odpovědi na nejjednodušší otázky. Není orientován místem ani časem, neví, jak se jmenuje, odpovědi na jednoduché otázky bývají přiléhavé, ale hrubě nesprávné ($1 + 1 = 3$). Přitom má výraz soustředěného přemýšlení, odpovídá s dlouhou latencí, počty řeší pomocí prstů a nakonec dává špatnou odpověď. Píše neořezaným koncem tužky; škrtá zápalku protilehlým koncem hlavičky, do zámku strká klíč obráceně (10). Jeho duševní porucha odpovídá laickým představám o duševní poruše. Orientační neurologické vyšetření ukazuje opět nepřesnosti – například zkouška stíhání cíle (prst-nos) ukazuje hrubé úchytky (stejně tak Rombergův postoj). Rozlišení pseudodemence a simulace je velmi obtížné, protože je mezi nimi plynulý přechod. Při pseudodemenci bývají někdy jiné konverzní příznaky, jako konverzní parestézie, hemiparézy, třes, vasomotorické poruchy. U Ganserovy syndromu je v obraze jak pseudodemence, tak konverzní mráкотný stav. Ganserovu syndromu je také podobný **puerilizmus**, je však vzácnější a je nutné ho odlišit od simulace psychické choroby. Vyskytuje se často ve vazbě. Při puerilismu obviněný svým chováním připomíná malé dítě. Šišlá, používá zdvořilky nebo vůbec nemluví, celý den si hraje, eventuálně hledá maminku. Přitom odpovídá nesprávně často i na otázky, které by dítě věku, jemuž se chováním podobá, zodpovědělo správně (26).

Přůběh

Příznaky obvykle odeznívají, když je dosaženo cíle nebo když je pacient konfrontován s jasnými důkazy toho, že simuluje; i když v tomto případě někteří pacienti pokračují v simulaci, aby si zachovali „tvář“. Když si pacient myslí, že je pozorován, obvykle se

příznaky zesílí nebo zdůrazní své nařikání. Když se cítí nepozorován, obvykle je uvolněný a může se projevovat tak, že je to s jeho simulovanou nemocí nekompatibilní. Simulující jedinci obvykle odmítají pohovor s psychiatrem a význam takového rozhovoru je zpravidla minimální nebo žádný. Konzultacím u dalších specialistů je potřebné se vyhnout, protože taková vyšetření jen podporují další simulaci. V případě podezření, že simulace je vyjádřením jiné psychické poruchy, je psychiatrická konzultace potřebná (52).

Přístup k simulujícímu

Lékař má v každém případě potlačit svojí negativní afektivní reakci na zjištění simulace, která vyplývá z rozhořčení, že si ho někdo dovoluje klamat (37). I v případě simulace je potřebné udělat rozbor celé situace a zkusit pochopit, co pacienta k tomuto chování přimělo. Simulující nebo agravující by měl být v klidu se zjištěním simulace i jejich důvodů konfrontován (bez moralizování, hněvu či triumfování) a ubezpečen, že svého cíle touto cestou nedosáhne. Je možné mu pak vysvětlit, jak jeho potřebě ro-

zumíme, být empatičtí k jeho legitimním potřebám, ale pevní v neústupnosti nárokům, které si simulací snaží zajistit.

Podpořeno projektem CNS MŠMT ČR 1M0517.

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.
Psychiatrické centrum Praha
Ústavní 91, 181 03, Praha 8
e-mail: prasko@fcp.lf3.cuni.cz

Literatura

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC: APA; 1980.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Text revision. Washington, DC: APA; 1987.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
4. Asher R. Münchhausen's syndrome. *Lancet* 1951; 1 (6): 339–343.
5. Babe KS, Peterson AM, Oksen PT. The pathogenesis of Münchhausen's syndrome: a review and case report. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 273–276.
6. Baker CE, Major E. Münchhausen's syndrome: a case presenting as asthma requiring ventilation. *Anesthesia* 1994; 49: 1050–1051.
7. Bauer M, Boegner F. Neurological syndromes in factitious disorder. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 281–288.
8. Bhugra D. Psychiatric Münchhausen's syndrome: literature review with case reports. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 497–503.
9. Burge CK, Lacey JH. A case of Münchhausen's syndrome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 379–381.
10. Čedík V. Obecná syndromologie somatogenní. In: Mysliveček Z (ed). Speciální psychiatrie. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956; 260–279.
11. Eisendrath SJ. Current overview of factitious physical disorders, in: Feldman MD, Eisendrath SJ (eds): The spectrum of factitious disorders. Washington, DC, American Psychiatric Press 1996; pp 21–36.
12. Eisendrath SJ. Factitious disorders and malingering. In: Gabbard GO, Atkinson SD (eds): Synopsis of treatments of psychiatric disorders, second edition. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. 1996; 755–770.
13. Eisendrath SJ. Factitious disorders and malingering. In: Gabbard GO, ed. Treatment of Psychiatric Disorders. 3rd ed. Vol 2. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001: 1825–1842.
14. Ford C. Deception syndromes: factitious disorders and malingering. In: Levenson J, ed. Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005: 297–309.
15. Fras I, Coughlin BE. Treatment of factitious disease. *Psychosomatics* 1971; 12: 117–122.
16. Feldman MD, Ford CV. Factitious disorders. In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.). Comprehensive textbook of psychiatry, seventh edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2000; 1533–1543.
17. Feldman MD, Smith R. Personal and interpersonal toll of factitious disorders. In: Feldman MD, Eisendrath SJ (eds): The spectrum of factitious disorders. Washington, DC, American Psychiatric Press 1996; pp 175–194.
18. Fliege H, Scholler G, Rose M et al. Factitious disorders and pathological self-harm in a hospital population: an interdisciplinary challenge. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24 (3): 164–171.
19. Folkem DG, Freeman AM. Münchhausen's syndrome and other factitious illnesses. *Psychiatr. Clin North Am* 1984; 7: 1.
20. Goodwin J. Münchhausen's syndrome as a dissociative disorder. *Dissociation: Progress in the dissociative disorders* 1988; 1: 54–60.
21. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 45–52.
22. Hollender MD, Hersh SR. Impossible consultation made possible. *Arch Gen Psychiatr* 1970; 23: 343–345.
23. Hollender MH, Abraham HS. Dermatitis factitia. *Sourh Med J* 1973; 66: 1279–1285.
24. Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Münchhausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25 (5): 358–363.
25. Flyer SE, Spitzer RL. Hysteria split asunder. *Am J Psychiatry* 1978; 135 (12): 1500–1504.
26. Knobloch F, Knoblochová J, Šváb L, Wolf E. Chorobné duševní reakce. In: Mysliveček Z (ed). Speciální psychiatrie. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956; 74–79.
27. 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.
28. Koblenz CS. Psychocutaneous Disease. Orlando, FL, Grune & Stratton, 1987.
29. Lemon MH, Plewes J. Factitious disorders and malingering. In: Hades RE, Yudofsky SC (eds). Essentials of clinical psychiatry. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, 1999; 439–452.
30. Linde PR. A bewitching case of factitious disorder in Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 440–443.
31. Lyell A. Cutaneous artifactual disease: a review amplified by personal experience. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1979; 1: 391–407.
32. Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2 (8033): 343–345.
33. Merrin EL, Van Dyke C, Cohen S. Dual factitious disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 246–250.
34. Muskin PR. Physical signs and symptoms. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA. Psychiatry (second ed.). Wiley & Sons, Chichester 2003; 620–630.
35. Mysliveček Z. Speciální psychiatrie. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956.
36. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996; Zprávy č. 134, 179 s.
37. Mysliveček Z. Speciální psychiatrie. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956.
38. Nadelson T. The Münchhausen spectrum: borderline character features. *Gen Hosp Psychiatry* 1979; (1): 11–17.
39. Nadelson T. The false patient: chronic factitious disease, Münchhausen's syndrome and malingering. In: Cavenar JO (ed). Psychiatry Vol 2, Philadelphia BA, JB Lippincott 1985.
40. Overholser JC. Differential diagnosis of malingering and factitious disorder with physical symptoms. *Behav Sci* 1990; 8: 55–65.
41. Ozcurmez G, Tanriverdi N, Zileli L. Narcissistic personality disorder and factitious disorder on a borderline personality organization basis: a psychoanalytic psychotherapy process. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13 (2): 152–160.
42. Phillips KA. Somatoform and Factitious Disorders. Review of Psychiatry Series, Vol. 20; No. 3, Oldham JM and Riba MB (series eds). American Psychiatric Publishing, Washington DC 2001.
43. Phillips MR, Ward NG and Ries RK. Factitious mourning: Painless patienthood. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 420–425.
44. Plassmann R. Inpatient and outpatient long-term psychotherapy of patients suffering from factitious disorder. *Psychother Psychosom* 1994; 62: 96–107.
45. Rahn E a Mahnkopf A. Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi. Praha: Grada, 2000.
46. Roy M, Roy A. Factitious hypoglycemia: an 11-year follow-up. *Psychosomatics* 1995; 36: 64–65.
47. Soyloym C, Solyom L. A treatment program for functional paraplegia/Münchhausen syndrom. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1990; 21: 225–230.
48. Sneddon I a Sneddon J. Self-inflicted injury: a follow up study of 43 patients. *BMJ* 1975; 2: 527–530.
49. Soyloym C, Solyom L. A treatment program for functional paraplegia/Münchhausen syndrom. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1990; 21: 225–230.
50. Spraker MK. Cutaneous artifactual disease: an appeal for help. *Pediatr Clin North Am* 1983; 30: 659–668.
51. Stein DJ a Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 237–242.
52. Straker DA a Hyler SE. Factitious disorders. In: Blumenfeld M a Strain JJ: Psychosomatic medicine, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2006; 571–578.
53. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and review of the literature. *Psychosomatics* 1990; 31: 392–399.
54. Taylor S, Hyler SE. Update on factitious disorders. *Int J Psychiatry Med* 1993; 23 (1): 8.
55. Toth EL, Baggaley A. Coexistence of Münchhausen's syndrome and multiple personality disorder: detailed report of a case and theoretical discussion. *Psychiatry* 1991; 54: 176–183.
56. Turner J, Reid S. Münchhausen's syndrome. *Lancet* 2002; 359 (9303): 346–349.