



## Trudności diagnostyczne u pacjenta z zespołem Münchhausena

*Diagnostic difficulties in a case of the Münchhausen syndrome*

MAŁGORZATA PUDŁO<sup>1</sup>, ROBERT PUDŁO<sup>2</sup>, MAŁGORZATA LESZCZYK-BARANOWSKA<sup>1</sup>,  
MARTA PRZYBYŁO-PARTYKA<sup>1</sup>

Z: 1. I Oddziału Psychiatrycznego Szpitala – Centrum Psychiatrii SPZOZ w Katowicach  
2. Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego w Zabrzu Śląskiej Akademii Medycznej

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono trudności diagnostyczne związane z rozpoznawaniem zespołu Münchhausena.

**Przypadek.** Pacjent z niezwykle bogatą, częściowo niespójną dokumentacją medyczną, obejmującą różnorodne schorzenia. Analiza funkcjonowania pacjenta i krytyczny przegląd dokumentacji pozwoliły na rozpoznanie zespołu Münchhausena.

**Komentarz.** Rozpoznanie zespołu Münchhausena wymaga wnikliwej analizy aktualnego stanu pacjenta oraz jego wcześniejszej dokumentacji medycznej i bywa niezwykle trudne.

### SUMMARY

**Objective.** Difficulties related to diagnosing the Münchhausen syndrome are reported.

**Case.** A patient with an extremely rich and partly inconsistent medical records concerning a variety of complaints. An analysis of the patient's functioning and a critical review of his medical history and records justified the diagnosis of the Münchhausen syndrome.

**Commentary.** The diagnosis of the Münchhausen syndrome requires a very careful analysis of both the patient's present condition and his/her previous medical records. The task can be extremely difficult.

---

**Słowa kluczowe:** zespół Münchhausena / zaburzenia pozorowane / diagnostyka

**Key words:** Münchhausen syndrome / factitious disorder / diagnostics

---

Hieronymus Karl Friedrich (1720–1797) był piątym z ośmiu dzieci w rodzinie baronów (właściwie Freiherr) von Münchhausen. W wieku 17 lat rozpoczął służbę na dworze rezydującego w Rosji księcia Antona Ulricha von Braunschweig. Szybko awansował, był nawet przez pewien czas odpowiedzialny za ochronę Katarzyny II. Po powrocie do Niemiec w 1750 r. zasłynął z opowiadania niesamowitych przygód spisanych w 1785 r. przez Rudolfa Ericha Raspego, później przez Gottfrieda Augusta Burgera i innych.

Nazwisko sławnego pseudologa stało się, niezbyt adekwatnie, nazwą zespołu chorobowego umieszczonego w klasyfikacji ICD-10, w punkcie: „zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych” i zaliczonego do zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych [1]. Klasyfikacja DSM-IV sytuuje go w sąsiedztwie zaburzeń pod postacią somatyczną (a przed dysocjacyjnymi) [2]. Odrębnym wariantem zaburzenia jest zespół Münchhausena przeniesiony (*by proxy*), w którym objawy są wywoływane u osoby bliskiej, najczęściej dziecka. Wśród cech charakterystycznych Andreasen wymienia początek choroby we wczesnym okresie życia dorosłego, czego nie potwierdzają inni autorzy [3, 4, 5]. Opisywano także przypadki takiego zespołu u dzieci [6].

Wśród metod stosowanych dla wytworzenia objawów, do najczęstszych należą: wstrzykiwanie substancji toksycznych, zażywanie leków, jatrzenie ran, manipulacje związane z układem moczowym i w 7% przypadków fałszowanie dokumentacji medycznej [7]. Wymieniane w literaturze najczęstsze objawy zespołu to dolegliwości bólowe [8, 9], najbardziej spektakularne efekty podejmowanych przez pacjentów działań, to niejednokrotnie poważne zabiegi chirurgiczne [10].

### OPIS PRZYPADKU

Obecnie 23-letni mężczyzna, jak wynika z wywiadu uzyskanego od matki, wychowywał się w pełnej rodzinie do 18 r.ż., kiedy zmarł jego ojciec. Ma jednego brata (sam pacjent wskazał, że ma dwóch młodszych braci). Okres okołoporodowy i dzieciństwo bez obciążeń. Ukończył szkołę zawodową, zdobywając zawód elektryka. Następnie podejmował naukę w technikum zaocznym i niższym seminarium ojców franciszkanów, ale przerywał ją z powodu trudności. Odbył 5 miesięcy służby wojskowej, został zwolniony, gdyż nie dawał sobie rady z obowiązkami i nie potrafił ułożyć sobie stosunków z kolegami. Matka nie potrafiła podać medycznych

przesłanek skrócenia służby wojskowej. Podjął pracę magazyniera w supermarkecie, z tym samym skutkiem.

Zmianę jego stanu psychicznego matka zaobserwowała po raz pierwszy po 18 roku życia, krótko po śmierci ojca i po zwolnieniu z wojska. Zaczął się izolować od otoczenia, studiował Pismo Święte, ale także obawiał się wizyty zmarłego ojca. Przejawiał wahania nastroju, okresy pobudzenia i lęku (bliższego opisu w historii choroby nie zanotowano).

Pacjent po raz pierwszy trafił do Szpitala – Centrum Psychiatrii w lutym 2001 r. Miesiąc wcześniej był w związku z pobiciem hospitalizowany na oddziałach laryngologicznym i chirurgii urazowej (skutków pobicia nie opisano bardziej szczegółowo). Kilkakrotnie powodował u siebie krwotoki z nosa poprzez samouszkodzenie śluzówki, co było powodem skierowania na oddział psychiatryczny.

Opis zanotowany przy przyjęciu brzmiał: kontakt formalny, afekt niedostosowany, nastrój i napęd nieco obniżone, rozkojarzenie toku myślenia, poczucie zagrożenia, urojenia prześladowcze i hipochondryczne. W trakcie hospitalizacji obserwowano przede wszystkim sztywność afektu i zachowania, stereotypowe myślenie i działanie, wzmożoną aktywność ukierunkowaną na załatwianie swoich spraw, ale w sposób nieadekwatny. Badanie psychologiczne wykazało cechy organicznego uszkodzenia o.u.n. w testach triady oraz niski intelekt badany testem Wechslera I.Q. = 46 (!), przy czym ten ostatni wynik opisano jako zaniżony w stosunku do rzeczywistego poziomu funkcjonowania z powodu braku motywacji do współpracy w badaniu lub symulacji. Pacjent był hospitalizowany przez ok. 6 tygodni, otrzymywał risperidon. Wypisany bez czynnych objawów psychotycznych, z nastawieniami hipochondrycznymi, brakiem krytycyzmu. Rozpoznano zaburzenia urojeniowe i organiczne zaburzenia osobowości.

Druga hospitalizacja miała miejsce w lipcu 2001 r. Został dowieziony przez pogotowie z informacjami, że w domu był agresywny, groził nożem swojej matce i bratu, czemu pacjent zaprzeczał. Zanotowano, że od czasu wypisu jest przekonany o swoich różnych schorzeniach. Był roszczeniowy, drażliwy. Niechętnie wyraził zgodę na hospitalizację. Po 3 dniach zawiadomił telefonicznie policję, że jest bezprawnie zatrzymany. Następnie oświadczył, że ma ustalony termin przyjęcia na oddział chirurgiczny, na co okazał stosowne zaświadczenie. Został wypisany na własne żądanie z rozpoznaniem organicznych zaburzeń osobowości i zaburzeń urojeniowych.

Przez następne 1,5 roku pacjent nieregularnie zgłaszał się do PZP, często zmieniając lekarzy i domagając się zaświadczeń o braku przeciwwskazań psychiatrycznych do różnego rodzaju procedur medycznych.

Po raz kolejny został przyjęty na oddział w styczniu 2003 r. Został wówczas przekazany z ośrodka ostrych zatruc po próbie samobójczej przy użyciu alkoholu i leków przeciwbólowych. Ujawnił, że próbę tę podjął po kłótni z dziewczyną. Wymienił kilka chorób somatycznych, na które choruje, podał, że od 3 lat nadużywa alko-

holu, pod koniec 2002 r. leczył się odwykowo, co znalazło potwierdzenie w dokumentacji szpitalnej.

W następnych dniach pacjent stopniowo, dawkując informacje, zgłaszał kolejne choroby, przedstawiając na ich poparcie niezwykle obszerną dokumentację medyczną. Określenie „zgłaszał choroby” jest nieprzypadkowe, ponieważ nigdy nie wymieniał dolegliwości, ale zawsze gotowe rozpoznania, sprawnie posługując się nomenklaturą medyczną. Rozpoznania te poparte były nazwiskiem i pełnym tytułem naukowym odpowiedniego autorytetu medycznego.

Dokumentacja medyczna, którą pacjent przedstawił, obejmuje 20 kart wypisowych z różnych oddziałów szpitalnych na terenie całego województwa. Pacjent w 2001 r. był hospitalizowany przez 80 dni, ale już w 2002 r. przez 180 dni. Rozpoznawano: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu II, przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek i pęcherza moczowego, przewlekły bronchit spastyczny, miażdżycę zarostową kończyn dolnych, chorobę Reynauda, angiopatię cukrzycową, zespół sztywny, polineuropatię, przewlekłe zapalenie migdałków, zmiany zwyrodnieniowe kolana z uszkodzeniem otaczających tkanek, perforację przegrody nosowej, alkoholizm, próchnicę zębów, serce hiperkinetyczne, stan podgorączkowy. Pacjent był w czasie tych hospitalizacji poddawany następującym zabiegom chirurgicznym: tonsillektomii, trzem zabiegom na stawie kolanowym oraz trzem zabiegom plastycznym na przegrodzie nosowej z powodu jej perforacji (przyczyny perforacji nie określono, ale jeśli wziąć po uwagę wcześniejsze informacje o wywoływaniu krwotoków z nosa, nasuwa się myśl o samouszkodzeniu). Jednocześnie w klinikach nefrologii i chorób wewnętrznych, wykluczono cukrzycę, miażdżycę zarostową, nie obserwowano cech spazmu oskrzelowego po odstawieniu hydrokortyzonu, który pacjent przyjmował. Potwierdzono jedynie rozpoznanie nadciśnienia tętniczego bez zmian na dnie oka. Rozpoznania psychiatryczne pojawiają się rzadko, zwykle jest to dystonia neurovegetatywna oraz dwukrotnie podejrzenie psychozy.

Odrębny rodzaj dokumentacji – to liczne zaświadczenia uzyskiwane w trybie ambulatoryjnym. Znajduje się wśród nich m.in. książeczka chorego na cukrzycę, skierowanie na badanie TK głowy z podejrzeniem raka prostaty z przerzutami do mózgu, badanie patomorfologiczne wycinka z mięśnia podudzia prawego, wreszcie zaświadczenie o leczeniu ortopedycznym, zawierające m.in. zdanie: „nie stwierdza się przeciwwskazań ortopedycznych do ewentualnego zabiegu transplantacji wątroby”. Na tym samym zaświadczeniu internista dopisał wyniki prób wątrobowych wynoszące AlAT 1105 U/l, AspAT 306 U/l, bilirubina 15,5 (przy tym ostatnim wyniku brak jednostki). Na zaświadczeniu tym znajdują się pieczętki czterech lekarzy, w tym psychiatry, który stwierdził, że pacjent jest zdolny do wyrażenia zgody na ewentualną transplantację. Zaświadczenia zawierają na ogół podejrzenia różnych chorób, opatrzone licznymi znakami zapytania, zwykle z powołaniem się na wywiad

lub już posiadane zaświadczenia. Np. do neurologa pacjent zgłosił się z informacją, że był leczony z powodu raka prostaty, a obecnie od 6 tygodni ma opadanie powieki i żuchwy. Skutkiem było wspomniane już wcześniej podejrzenie przerzutów do mózgu.

W trakcie pobytu na oddziale pacjent zgłaszał następujące dolegliwości:

- wypadanie włosów – okazywał kilkucentymetrowej średnicy pola skóry owłosionej głowy, pokryte świeżymi odrostami po prawdopodobnie zgolonych włosach; w związku z tym stwierdził, że podejrzewa u siebie białaczkę, a informacji, że wypadanie włosów w białaczce jest skutkiem terapii, a nie objawem samej choroby, nie przyjął do wiadomości;
- wymioty treścią żółciową, której jednak nie obserwowano;
- zatrzymanie moczu, nie znajdujące żadnego potwierdzenia;
- zażółcenie spojówek, obiektywnie nie obserwowane.

Przez cały czas pobytu na oddziale pacjent pozostawał w kontakcie formalnym, wypowiadał się w sposób stereotypowy, niezwykle ceremonialnie, z użyciem wyszukanych form towarzyskich, przy czym trudniejszych słów używał czasem niezgodnie z ich znaczeniem. Jego afekt właściwie pozbawiony był modulacji, o swoich licznych chorobach mówił bez przygnębienia czy niepokojem, za to z niezmiennym poczuciem godności. Na próby kwestionowania objawów reagował dysforią, przejawiającą się zapowiedzią odwołania się do wyższych instancji, np. dyrektora, profesora, izby lekarskiej, zawsze z użyciem pełnych tytułów (czasem niezgodnych z posiadanymi przez te osoby). Nigdy nie zachowywał się niegrzecznie czy wulgarnie. Poza tematami ze sfery czysto medycznej, pacjent opowiadał o swojej dziewczynie, z którą zamierzał wziąć ślub w dzień po zakończeniu hospitalizacji, rozdawał nawet wśród pacjentów zaproszenia na wesele (warto dodać, że podczas wcześniejszej hospitalizacji na oddziale odwykowym występował jako żonaty). Istnienia tej dziewczyny nie udało się w żaden sposób potwierdzić, nie uzyskano też żadnego kontaktu z rodziną. Jej członkowie wg informacji pacjenta pracowali od rana do wieczora lub przebywali w szpitalu.

Ze względu na rozbieżność pomiędzy wynikiem badania psychologicznego, wskazującego na intelekt na poziomie upośledzenia umiarkowanego, a wrażeniem klinicznym, podjęto próbę ponownego wykonania testu Wechslera. Niestety, pacjent po pierwszych, szybko pojawiających się trudnościach, odmówił dalszego udziału w badaniu, stwierdził przy tym, że „to badanie jest śmieszne, a ta pani psycholog, która próbowała poprzednio robić mu taki test, już tu nie pracuje”. W tej części testu, którą wykonał, stwierdzono natomiast dobry wynik w powtarzaniu cyfr wprost, co wskazuje na dobrą pamięć i koncentrację uwagi i jest to prawdopodobnie podstawą skuteczności pacjenta w uzyskiwaniu dokumentacji medycznej. W znacznie mniej podatnym na zniekształcenia teście Rawena uzyskał wynik na po-

ziomie 18 pkt., co potwierdza funkcjonowanie na poziomie upośledzenia.

W trakcie pobytu uzyskano jedynie zniknięcie z wypowiedzi pacjenta informacji o myślach samobójczych. Został wypisany po 3 tygodniach pobytu, w związku z ustalonym terminem przyjęcia do kliniki nefrologii (tu również okazał stosowne zaświadczenie z rozpoznaniem cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, przy czym to drugie rozpoznanie zostało opatrzone dwoma znakami zapytania).

### **Różnicowanie**

Hipotezą wymagającą zweryfikowania w trakcie hospitalizacji pacjenta było podejrzenie psychozy. Przypomnijmy, że w czasie wstępnego badania podczas pierwszej hospitalizacji opisywano afekt niedostosowany, rozkojarzenie toku myślenia, urojenia prześladowcze i hipochondryczne. Jednakże w trakcie hospitalizacji obserwowano głównie rozwlekłość myślenia, sztywność myślenia, afektu i zachowania, które uznano za skutek organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Nie obserwowano objawów wytwórczych, a bliższa analiza wspomnianych wcześniej urojeń hipochondrycznych i prześladowczych wskazuje, że były to wypowiedzi koncentrujące się wokół obaw pacjenta o swój stan zdrowia. Analiza dalszego przebiegu choroby pozwala przypuszczać, że określenie rozkojarzenie zostało nieprawidłowo użyte dla opisu trudności w kontakcie z pacjentem, wynikających z rozwlekłości toku myślenia i skłonności do posługiwania się określeniami, których prawidłowego znaczenia pacjent nie znał. Podczas drugiej, zaledwie trzydniowej hospitalizacji, podtrzymano rozpoznanie zaburzeń urojeniowych, opis jest jednak ostrożniejszy: „od czasu wypisu przekonany jest o różnych schorzeniach, wypowiada skargi o cechach urojeń hipochondrycznych”. Tok myślenia i zachowanie opisano jako zborne. Wreszcie podczas trzeciej hospitalizacji psychiatrycznej wypowiedzi pacjenta, wciąż skoncentrowane wokół jego problemów zdrowotnych, nie nosiły cech urojeń – skonfrontowany z argumentami o ich błędności, pacjent zmieniał nieco wersję lub umiejętnie zmieniał temat, zwykle podsuwając swojemu rozmówcy kolejne rozpoznanie. Nie zdradzał objawów wskazujących na ewentualne omamy cenestetyczne – w jego wypowiedziach pojawiały się skargi na objawy obiektywne – wypadanie włosów, czy zażółcenie spojówek. Afekt, opisywany wcześniej jako niedostosowany, nie miał cech dziwaczności, a raczej „organicznego dostojęstwa”, które wydawało się nieadekwatne w zestawieniu z młodym wiekiem pacjenta. Ostatecznie postawiono rozpoznanie zespołu Münchhausena. Ze względu na niemożność uznania za miarodajne wyników testów badających inteligencję, jak również poważne trudności w ocenie funkcjonowania społecznego, nie udało się jednoznacznie ustalić, czy zaburzenia poznawcze badanego wynikają z upośledzenia umysłowego czy nabytych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Stąd porzeczono na ogólnym

rozpoznaniu organicznych zaburzeń osobowości i zaburzeń funkcji poznawczych.

Rozpatrywano też możliwość symulacji objawów oraz celowych zniekształceń wyników testów psychologicznych. W analizie tego problemu wykorzystano stanowisko Andreasen, która definiując różnice pomiędzy zaburzeniami pozorowanymi, zaburzeniami pod postacią somatyczną i symulacją stwierdza, że w zespole Münchhausena pacjent jest świadomy mechanizmu powstawania objawów chorobowych, nie jest natomiast świadomy swojej motywacji. W symulacji oba te czynniki pozostają w sferze świadomości, a w zaburzeniach pod postacią somatyczną – obydwie są nieświadomiane [3]. Definicja ta trafnie charakteryzuje obserwowanego przez nas pacjenta, zwłaszcza w kontekście ponoszonych przez niego szkód zdrowotnych.

## KOMENTARZ

Pierwsze kontakty pacjenta ze służbą zdrowia wiążą się czasowo z ukończeniem przez niego 18 lat i śmiercią ojca. Wkraczając w dorosłe życie, próbuje podejmować kolejne zadania – rozpoczyna naukę w technikum, próbuje znaleźć miejsce w zakonie, odbywa kilka miesięcy służby wojskowej, podejmuje kilka różnych prac – i we wszystkich tych próbach doznaje niepowodzenia. W tym samym czasie przypadkowo, w wyniku pobicia, trafia do szpitala i zapoznaje się z rolą chorego, która stopniowo zajmuje coraz większą część jego życia. Z przedstawionych kart wypisowych – jedna pochodzi z 1999 r., pięć z 2001 r., a aż piętnaście z 2002 r. Dzięki tej sytuacji uzyskuje zainteresowanie i troskę – jest młodym, poważnie chorym człowiekiem, który przyjmuje swoje „cierpienie” ze spokojem i godnością. Jako niepełnosprawny, co potwierdzono formalnym orzeczeniem, otrzymuje zasiłek i jest zwolniony z kolejnych prób znalezienia pracy. Przy tym niebagatelną część czasu (w 2002 r. pół roku) spędza w szpitalach, co znacznie zmniejsza ewentualne problemy socjalno-bytowe. Wreszcie, co w jego przypadku wydaje się istotne, uzyskuje dostęp do warstw społecznych, które w roli innej niż rola pacjenta, byłyby poza jego zasięgiem. Jako tzw. trudny i ciekawy przypadek jest kierowany do przedstawicieli najwyższych szczebli w medycznej hierarchii.

Nie podejmując roli chorego, miałby trudności z utrzymaniem jakiegokolwiek zatrudnienia z powodu specyficznych cech osobowości – znacznej sztywności zachowań, skłonności do postawy wyższościowej i konfliktowości. Z tych samych przyczyn niewielkie wydają się jego szanse na udany związek emocjonalny i założenie rodziny. Rola chorego stała się więc dla naszego pacjenta sposobem na życie, podobnie jak w innych przypadkach opisywanych w literaturze [11].

Zważywszy wyniki przedstawionego powyżej bilansu, a także niską sprawność funkcji poznawczych pacjen-

ta i istniejące organiczne uszkodzenie o.u.n., uznano, że brak zarówno motywacji, jak i możliwości leczenia przy pomocy psychoterapii. Nie zdecydowano się w trakcie hospitalizacji na otwarte skonfrontowanie pacjenta z informacjami o prawdziwym charakterze jego choroby. Już próby dokonania choćby drobnego wyłomu w jego wizji własnej osoby, powodowały wzmożenie deklaracji samobójczych. Prawdopodobieństwo korzystnego efektu takiego posunięcia jest praktycznie równe zeru, a możliwość dekompensacji o burzliwym przebiegu – znaczna. Stosowana farmakoterapia wydawała się nie mieć jakiegokolwiek wpływu na jego stan psychiczny. Nie znalazła zresztą jego uznania i jedynie alprazolam został przez niego w pewnym stopniu zaakceptowany.

Rokowanie długoterminowe w przypadku omawianego pacjenta wydaje się niekorzystne. Dysponując opisaną wcześniej dokumentacją, posługując się nią wybiórczo, jest on w stanie nakłonić służbę zdrowia do wielu ryzykownych dla niego działań, może też sam je podejmować, by stworzyć dostatecznie przekonujące dowody swoich chorób. Fragmentaryczne informacje, dotyczące jego losów po zakończeniu hospitalizacji, wydają się tę prognozę potwierdzać. Zgłosił się on kilkakrotnie do poradni, zwykle prosząc o kwalifikację psychiatryczną do różnych zabiegów medycznych. Informował, że leczy się onkologicznie z powodu białaczki, że poddał się amputacji palucha i przygotowuje się do operacji neurochirurgicznej z powodu torbieli przegrody przezroczystej. Jeśli choć część podejmowanych przez niego starań okaże się skuteczna, istnieje duże prawdopodobieństwo, że skutki któregoś z nich okażą się dla niego tragiczne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition Text Revision. Washington DC: APA; 2000.
3. Andreasen NC, Black DW. Introductory Textbook of Psychiatry. 3<sup>th</sup> Edition. Washington DC, London, England: American Psychiatric Publishing Inc; 2001.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Psychiatria kliniczna. Wrocław: Urban & Partner; 1995: 215–47.
5. Neligh GL. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną – zespoły somatopodobne. W: Scully JH, red. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 1998; 115–24.
6. DeNoon D. Some kids cry out in language of illness. WebMD Medical News Archive; 2000.
7. Reich P, Gottfried LA. Factitious disorder in teaching hospital. Ann Intern Med 1983; 99: 240–7.
8. Fishbain DA, Goldberg M, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Clinical note: Munchausen syndrome presenting with chronic pain: Case report. Pain 1988; 35: 91–4.
9. Robbins L. Munchausen's syndrome presenting as cluster headache. Headache Quart 2002; 13: 121–2.
10. Asher R. Munchausen syndrome. Lancet 1951; 1: 339–41.
11. Ford CF. The somatizing disorders: illness as a way of life. New York: Elsevier Biomedical; 1983.