

This is a provisional PDF only. Copyedited and fully formatted version will be made available soon.



**ISSN:** 1732-9841

**e-ISSN:** 1733-4594

## **Münchhausen syndrome - case study**

**Authors:** Barbara Beata Bylina, Anna Mosiołek

**DOI:** 10.5603/PSYCH.a2021.0005

**Article type:** Case report

**Submitted:** 2020-05-27

**Zaakceptowane:** 2021-02-12

**Published online:** 2021-02-25

This article has been peer reviewed and published immediately upon acceptance. It is an open access article, which means that it can be downloaded, printed, and distributed freely, provided the work is properly cited.

Barbara Bylina, Anna Mosiołek

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

## **Zespół Münchhausena — studium przypadku**

### ***Münchhausen syndrome: case study***

#### **Adres do korespondencji:**

Barbara Bylina

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia

im. Prof. Jana Mazurkiewicza, Pruszków, Polska

e-mail: bylina.barbara@wp.pl

#### **Streszczenie**

**Wstęp:** Zespół Münchhausena (MS) to rodzaj zaburzenia pozorowanego przysparzającego wielu trudności diagnostycznych. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych opisuje się je jako zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych. Aby jednak postawienie diagnozy MS było możliwe, należy wykluczyć symulację wynikającą z istnienia bezpośrednich motywacji zewnętrznych, takich jak na przykład roszczenia finansowe. Cechą charakterystyczną pacjentów z MS jest brak świadomości prawdziwych motywów swojego postępowania. Pacjenci dotknięci tym zaburzeniem podejmują ryzykowne, szkodliwe dla zdrowia działania, mające na celu doprowadzenie do kolejnych interakcji z pracownikami ochrony zdrowia. Wydaje się, że opieka i troska, jaką są wówczas otaczani w placówkach medycznych, stanowi dla nich gratyfikację. Proponuje się podział tego zaburzenia na postaci: somatyczną, psychiczną i mieszaną. W literaturze opisywane jest także zjawisko Zastępczego Zespołu Münchhausena polegające na projektowaniu objawów różnych chorób na bliską osobę, najczęściej dziecko.

**Opis przypadku:** Opisywana pacjentka to 26-letnia kobieta wychowana w rodzinie adopcyjnej. Obecnie pacjentka porusza się na wózku inwalidzkim z powodu rozpoznania miastonii i zespołu Devica. Pacjentka posiada bogatą historię podejmowania się oraz rezygnowania z kolejnych prac i studiów. Ponadto, przejawia liczne trudności w relacjach międzyludzkich. W pierwszej klasie liceum na skutek samookaleczenia miała miejsce pierwsza hospitalizacja psychiatryczna pacjentki. Drugi raz pacjentka była hospitalizowana psychiatrycznie dwa lata później, również z powodu samookaleczeń. Następnie w ciągu siedmiu lat pacjentka była hospitalizowana psychiatrycznie około trzydziestu razy, a w samym roku 2019 — trzynastie, w licznych placówkach medycznych na terenie kraju. Pobyty na oddziałach zazwyczaj były spowodowane myślami lub próbami samobójczymi, które jednak często miały raczej charakter zachowań parasuicydalnych. Przebieg pobytów pacjentki bywał burzliwy, ponieważ miała ona tendencję do prezentowania postawy roszczeniowej i manipulacyjnej. Hospitalizacje często kończyły się wypisem na żądanie pacjentki, następnie, kilka dni później, ponownie była przyjmowana na oddział. Ponadto, podejmowała liczne terapie zarówno stacjonarne, jak i ambulatoryjne, jednak kończyła je przed zakończeniem procesu terapeutycznego. Została jej postawiona diagnoza: zaburzenia osobowości z pogranicza.

W przypadku opisywanej pacjentki zarówno obciążenie neurologiczne, jak i rozpoznanie zaburzenia osobowości stanowią dodatkową trudność w procesie diagnostycznym.

**Słowa kluczowe:** zespół Münchhausena, zaburzenia osobowości, *border-line*, zaburzenie pozorowane, osobowość chwiejna emocjonalnie, uzależnienie od szpitali, zachowania parasuicydalne

### **Abstract**

**Introduction:** Münchausen syndrome (MS) is a type of sham disorder, which causes difficulties in diagnosing process. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems, Tenth Revision, describes it as psychiatric disorder which is characterized by physical or psychological symptoms that are intentionally produced in order to assume the sick role. However, in order to diagnose someone with MS, the simulation must be disclosed. There cannot be any direct external motivation such as financial benefits. Patients with MS are known by lack of awareness of real motivation for their behavior. They take risk, harmful action in order to interact with the Health Service. It seems that the care they get in medical facilities is a form of gratification for them. Münchausen Syndrome is divided into three types: physical, mental and mixed. Münchausen Syndrome By Proxy is featured, when a patient is projecting symptoms to his or her close one, in most cases — child.

**Case study:** The article is about 26 years old patient, brought up in adoption family. She has been diagnosed with myasthenia gravis and Devica Syndrome and, therefore, currently uses a wheelchair. During her life, patient was undertaking and giving up multiple jobs and studies. What is more, she shows several difficulties in interpersonal relations. The patient was hospitalized for the first time at the beginning of her high school due to self-harm. Second hospitalizations happened two years later, also due to self-harm. Afterwards, during seven years she was hospitalized about 30 times, in only 2019 — 13 times, in multiple medical facilities all over the country. Most of the time, stays in wards were caused by suicidal thoughts or acts, however, often there were parasuicidal behaviors. Her hospitalizations often had a turbulent course, which was caused by her manipulative and claim attitude. Sometimes the patient had asked for discharge from the hospital on request, and, few days later, was re-admitted to hospital. Moreover, the patient was undertaking several stationary and outpatient therapies, but she was ending them before the therapeutic process was finished. She was diagnosed with border-line personality disorder. In this case both neurological burden and personality disorder are an additional difficulty in diagnostic process.

**Key words:** Münchausen syndrome, personality disorder, border-line, sham disorder, emotionally unstable personality, hospital addiction, parasuicidal behavior

### **Wstęp**

Zespół Münchhausena (MS, *Münchausen syndrome*) jest złożonym i niejednorodnym zaburzeniem pozorowanym. Swą nazwę zawdzięcza postaci historycznej — niemieckiemu baronowi Karlowi F.H. von Münchhausenowi żyjącemu w XVIII wieku, który zasłynął z opowiadania wymyślnych, barwnych historii o nieprawdopodobnej treści. Historie te zostały spisane i wydane w formie tomiku przez Gotfryda Bürgera [1]. Następnie Richard Asher [2] odniósł się do postaci von Münchhausena, opisując przypadek niesfornego pacjenta tułającego

się po wielu szpitalach na terenie Wielkiej Brytanii, Francji i Irlandii, zgłaszającego liczne objawy i domagającego się nieustannej uwagi. Asher tym samym wprowadził do medycyny termin „zespół Münchhausena” jako określenie wyolbrzymionych lub wręcz nieprawdziwych relacji na temat niewystępujących chorób.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych [3] został zaklasyfikowany jako „zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych” (F68.1) i uplasowany w obrębie działu obejmującego zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69). Kryteria diagnostyczne dla tego zaburzenia obejmują ujawnianie przez daną osobę utrwalonego wzorca zamierzonego wytwarzania lub naśladowania objawów i/lub zadawania sobie ran w celu wytworzenia objawów. W celu rozróżnienia zaburzenia pozorowanego i symulacji należy wykluczyć istnienie bezpośrednich motywacji zewnętrznych, takich jak roszczenia finansowe, chęć ucieczki przed niebezpieczeństwem itp. Ponadto, aby zdiagnozować u pacjenta zaburzenie pozorowane, nie mogą istnieć inne potwierdzone zaburzenia psychiczne, bądź fizyczne odpowiadające za prezentowane objawy.

Pacjenci dotknięci tym zaburzeniem podejmują wiele, często ryzykownych, działań mających doprowadzić do częstych i intensywnych kontaktów ze służbą zdrowia, w tym hospitalizacji czy interwencji chirurgicznych. Najczęściej do działań tych należą: przyjmowanie leków niezgodnie z zaleceniami lekarza, jętrzenie ran, wstrzykiwanie substancji toksycznych, samookaleczenia, a także manipulacje związane z układem moczowym [4]. Znamienne jest, że mimo występowania słowa „zamierzone” w opisie klasyfikacji, często prawdziwe motywy zepchnięte są do podświadomości i pacjenci pozostają bezkrytyczni. Niewątpliwie jednak, chorzy czerpią bezpośrednie i/lub pośrednie korzyści z efektów swoich działań. Niejednokrotnie postępowanie diagnostyczne czy wdrożone leczenie są odpowiedzią na potrzebę opieki, bycia zauważonym, istotnym i same w sobie stanowią swoistą gratyfikację [5]. Pacjenci, u których rozpoznaje się MS, często są osobami samotnymi, z trudną historią rodzinną, urazami psychicznymi czy traumą. W konsekwencji mogą doświadczać trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu bliskich relacji interpersonalnych, a także wykazywać inne cechy zaburzonej osobowości [5].

Kaplan i Sadock [6] proponują podział zaburzenia pozorowanego na kilka ogólnych postaci; pierwsza z nich obejmuje obraz kliniczny z przewagą objawów somatycznych, do których należą bóle, wymioty, napady drgawkowe czy nudności. Kolejna postać charakteryzuje się przewagą objawów psychicznych, takich jak umyślne prezentowanie przez pacjenta objawów zaburzeń psychicznych, między innymi omamów, urojeń, dziwacznych zachowań czy

patologicznych wahań nastroju. Wyróżniono również postać mieszaną, na której obraz kliniczny składają się zarówno objawy z grupy dolegliwości somatycznych, jak i psychicznych. Kategoria zaburzeń pozorowanych nieokreślonych obejmuje natomiast przeniesiony MS, w którym objawy są projektowane na bliską osobę, najczęściej dziecko. Warto dodać, że nadużywanie leków występuje w większości przypadków zaburzenia pozorowanego niezależnie od rozpoznanej postaci.

### **Opis przypadku**

Opis przypadku dotyczy 26-letniej kobiety wychowywanej w rodzinie adopcyjnej. Pacjentka została adoptowana w wieku 3,5 roku, po około półrocznym okresie przebywania w ośrodkach opiekuńczych. Wychowywana była przez matkę adopcyjną, babcię i dziadka. Jako dorosła osoba podjęła próbę odnalezienia biologicznych rodziców. Udało jej się odnaleźć matkę, która jednak nie była skora do budowania relacji z córką biologiczną. Rodzina pochodzenia pacjentki była obciążona problemem alkoholowym. Pacjentka posiada biologiczne rodzeństwo — siostrę i brata. Z bratem nawiązała powierzchowną relację, siostrę widziała raz. Pacjentka jest wcześniakiem, w dzieciństwie dużo chorowała, przechodziła między innymi zapalenie płuc. Podstawówkę skończyła z wyróżnieniem. W gimnazjum zaczęły pojawiać się problemy. Pacjentka chodziła o kulach, a rówieśniczki dokuczały jej, co doprowadziło do zmiany szkoły. W liceum utrzymywała średnią ocen w granicach 4,0 i nie miała problemów z nauką. Szkołę średnią skończyła o czasie. W pierwszej klasie liceum przez samookaleczenia trafiła po raz pierwszy na oddział psychiatryczny do Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Od 2013 roku, z rozpoznaną miastenią i zespołem Devica, porusza się na wózku inwalidzkim. W 2012 roku pacjentka przeszła operację stawu biodrowego, podczas której uszkodzono nerw kulszowy. Po liceum podjęła studia na kierunku fizyka medyczna, z których zrezygnowała, po czym pracowała jako kasjerka. Przerwa w nauce trwała rok, po czym pacjentka podjęła kolejne studia na wydziale pedagogiki. Następnie wzięła urlop dziekański w celu podjęcia terapii na oddziale zaburzeń osobowości w Krakowie, z którego została wydalona ze względu na konflikt z koleżanką. W 2018 roku została również skreślona z listy studentów. Skończyła szkołę policealną i podjęła pracę jako terapeutka zajęciowa, natomiast jej relacja z przełożoną była trudna i pełna konfliktów. Ostatecznie pacjentka straciła pracę. W 2019 roku powróciła na studia pedagogiczne. Obecnie mieszka w akademiku, choć ciężko jest jej utrzymać poprawne relacje ze współlokatorami. Pacjentka posiada jedną przyjaciółkę, jednak utrzymuje z nią jedynie kontakt elektroniczny — nigdy się nie widziały.

Pacjentka od momentu adopcji wychowywała się z matką adopcyjną. Ich relacje zaczęły się pogarszać od czasu pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Pacjentka relacjonowała częste konflikty między nią a matką. Opisywała ją jako kontrolującą i przekraczającą granice jej prywatności (czytanie prywatnej korespondencji). Podjęto próbę terapii rodzinnej, jednak nie udało się zakończyć procesu terapeutycznego, ponieważ pacjentka zrezygnowała, bo jak twierdziła, „mama zajmowała tam całą przestrzeń i nie chciałam już w tym uczestniczyć”. Z pacjentką mieszkali również dziadek i babcia, która zmarła kilka lat temu. W późniejszym okresie do mieszkania wprowadził się wujek — brat mamy, uzależniony od alkoholu, któremu mama pacjentki pomagała na określonych warunkach. W 2018 roku pacjentka mieszkała przez pewien czas w schronisku młodzieżowym MONAR, ponieważ, jak twierdzi, wcześniej w tamtym roku została zgwałcona. Następnie poważnie pokłóciła się z matką, która nie wiedziała o gwałcie. Tego samego dnia przyjęto ją do szpitala na Banacha w Warszawie w wyniku przyjęcia zbyt dużej dawki leków i zasląbnienia w pociągu z Łodzi do Warszawy, do którego wsiadła w złości jako do „pierwszego lepszego”. Po wyjściu ze szpitala pacjentka zgłosiła się do Ośrodka Interwencji Kryzysowej, gdzie mieszkała tydzień, po czym przeniosła się do schroniska młodzieżowego. Źle czuła się w schronisku — jako osobie nieuzależnionej trudno było jej się odnaleźć w środowisku pozostałych mieszkańców. W rozmowie z wychowawcą zgłosiła występowanie myśli samobójczych od 4 dni, w tym fantazji o rzuceniu się pod pociąg. Zostało o tym zawiadomione pogotowie ratunkowe i pacjentka trafiła do Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza.

### **Przebieg wszystkich hospitalizacji psychiatrycznych**

Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna miała miejsce w 17. roku życia pacjentki. Trafiła na młodzieżowy oddział psychiatryczny na 2 miesiące po tym, jak ujawniła szkolnej psycholog samookaleczenia na przedramionach. Kolejna hospitalizacja nastąpiła dwa lata później, kiedy pacjentka dokonała samookaleczeń podczas pobytu na oddziale terapeutycznym po operacji biodra. Wówczas została przewieziona do Szpitala na Nowowiejskiej. Tam przebywała kilka dni, po czym wypisała się na własne żądanie. Od 19. do 26. roku życia pacjentka była hospitalizowana psychiatrycznie około 30 razy w różnych placówkach na terenie kraju (Aleksandrowska, Centralny Szpital Kliniczny, Bełchatów, Zgierz, Pabianice, Komorów, Gostynin, Czechosłowacka, Tworki, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Drewnica). Tylko w 2019 roku pacjentka była hospitalizowana psychiatrycznie 13 razy. Zdiagnozowano u niej

Specyficzne zaburzenia osobowości — osobność chwiejna emocjonalnie. Hospitalizacje na oddziałach psychiatrycznych zazwyczaj trwały od kilku dni do około miesiąca. Często były to nagłe, nieplanowane pobyty spowodowane próbami bądź myślami samobójczymi (z wyjątkiem pierwszej w postaci samookaleczenia bez zamiarów samobójczych). Pobyty na oddziałach psychiatrycznych zawsze kończyła wypisem na żądanie. W ciągu 7 lat najdłuższy okres, jaki pacjentka przebywała poza placówkami terapeutyczno-zdrowotnymi, wynosił 3 miesiące, a łączny czas spędzony w szpitalach szacuje się na około 3 lata.

W 2013 roku pacjentka podjęła trzymiesięczną terapię na całodobowym oddziale Kliniki Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania (IPIN). W późniejszym czasie przebywała na 4 innych oddziałach terapeutycznych (Komorów, Kraków, Tworki, Łódź), jednak opuszczała ośrodki przed zakończeniem procesu terapeutycznego. W listopadzie 2019 roku ponownie została zakwalifikowana na oddział terapeutyczny do IPIN.

Ponadto, pacjentka podejmowała liczne ambulatoryjne terapie indywidualne, pierwszą w 2011 roku. Od tego czasu podjęła terapię około 10 razy, z czego 4 razy prywatnie. Najdłuższa z nich trwała dwa lata i została przerwana przez pacjentkę z powodu zbyt dużej bliskości i poruszania trudnych, bolesnych tematów.

Z dostępnej dokumentacji medycznej oraz relacji pacjentki wynika, że przebieg hospitalizacji w większości przypadków był burzliwy. Pacjentka opisywana jest jako osoba o słabej kontroli emocji i nastroju, posiadająca niski próg tolerancji frustracji, wykazująca silną potrzebę uwagi, delegująca odpowiedzialność na zewnątrz, impulsywna, roszczeniowa, manipulująca otoczeniem. W trakcie pobytów na oddziałach pacjentka miała tendencje do zgłaszania licznych próśb i skarg, włączając w to prośby o przeniesienie na inny oddział argumentowane w rozmaity sposób (np. złe traktowanie przez kucharkę czy obecność mężczyzn na oddziale). Ponadto, pacjentka zgłaszała liczne dolegliwości somatyczne, których nie potwierdzały wyniki badań. Na brak natychmiastowej reakcji na swoje działania odpowiadała złością, stosowała wiele mechanizmów manipulacji (stanem zdrowia, kłamstwem, groźbami, wzbudzając poczucie winy), próbowała podporządkować otoczenie swoim potrzebom.

W kwietniu 2018 roku pacjentka była dwukrotnie hospitalizowana w MSCZ z powodu myśli i tendencji samobójczych. Podczas hospitalizacji odmówiła przyjęcia dawki leku na miastenie (Mestinon<sup>®</sup>), później tego samego dnia pacjentka doznała intensywnych objawów somatycznych (utrata przytomności, rozszerzone źrenice w reakcji na światło, oziębienie ciała, zimne poty, wymioty treścią pienistą). Konsultowany lekarz neurolog potwierdził, iż powyższe objawy mogły być wywołane pominięciem dawki leku.

W grudniu 2019 roku pacjentka trzykrotnie była hospitalizowana w MSCZ. Pierwsza z hospitalizacji nastąpiła po tym, jak zadzwoniła do „Telefonu zaufania”, twierdząc, że ma myśli samobójcze i że niedługo wcześniej dokonała próby samobójczej. Po przyjęciu na oddział zaprzeczała danym z wywiadu, twierdząc, iż nie chciała się zabić. Następnie, przebywając na oddziale psychiatrycznym MSCZ nadużyła leku (Baclofen®), który miała schowany w wózku inwalidzkim, o czym poinformowała inną pacjentkę, po tym, jak odmówiono jej wypisu na żądanie. Po przewiezieniu do innego szpitala została przyjęta na oddział chorób wewnętrznych w celu obserwacji. Po powrocie do MSCZ pacjentka wypowiadała się niejasno na temat nadużycia leków, po doprecyzowaniu udało się ustalić, że było to zachowanie parasuicydalne. Pacjentka wypisała się ze szpitala na własne żądanie, po czym 7 dni później została ponownie przyjęta, ponieważ zgłaszała myśli i zamiary samobójcze, deklarowała także ponowne nadużycie Baclofenu. W połowie stycznia 2020 roku pacjentka trafiła na szpitalny oddział ratunkowy (SOR) Szpitala Wolskiego w wyniku przyjęcia kilkudziesięciu tabletek leku Baclofen (20–30), po czym w SOR ponownie przyjęła nieokreśloną ilość tego samego leku. Następnego dnia pacjentka została przewieziona na izbę przyjęć MSCZ, wówczas nie pozostawała w logicznym kontakcie, natomiast okresowo szarpała się z personelem medycznym. W związku z rozpoznaniem majaczenia w przebiegu zatrucia pacjentka została ponownie skierowana do Szpitala Wolskiego, gdzie okazało się, że prawdopodobnie jedynie symulowała objawy. Następnie skierowano ją ponownie do MSCZ, gdzie została przyjęta. Po trzech dniach pacjentka wypisała się na własne żądanie. Pod koniec stycznia 2020 pacjentka została przyjęta do szpitala na Banacha w celu pogłębienia diagnostyki neurologicznej. W trakcie badania przez psychiatrę pacjentka rozszłościła się i doszło do szarpaniny między nią a lekarzem. Następnie wypisała się na własne żądanie i chciała złożyć doniesienie na Policji. Przyjęła po 10 tabletek leków Baclofen i Doret, w efekcie czego źle się poczuła i trafiła na izbę przyjęć MSCZ. Ze względu na schorzenie neurologiczne została skierowana na oddział neurologii. Dwa dni później ponownie skierowano ją na konsultację psychiatryczną. Podczas transportu próbowała bić i gryźć ratowników medycznych. Schowała się także pod łóżkiem, twierdząc, że nie chce jechać do szpitala psychiatrycznego. Zgłaszała bolesność w prawym stawie biodrowym. Z powodu braku wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej pacjentka została przetransportowana do szpitala na Barskiej w celu oceny ortopedycznej.

W funkcjonowaniu pacjentki można dostrzec pewne punkty stałe tworzące schemat. Ma ona tendencję do zgłaszania się do różnego rodzaju instytucji leczniczych, w których jednak



zazwyczaj nie pozostaje długo. W trakcie pobytu w danej instytucji wytrwale zabiega o uwagę, manipuluje, podporządkowuje sobie otoczenie, wchodzi w konflikt z osobami decyzyjnymi, podważa ich kompetencje. W ciągu kilku lat pacjentka poznała system ochrony zdrowia na tyle, że dokładnie wie, jak wykorzystać procedury na swoją korzyść. Prowokuje sytuacje, w następstwie których może być poddana hospitalizacji, często zgłasza się do lekarzy, na SOR do szpitali ogólnoprofilowych oraz psychiatrycznych, wykonuje wielokrotne połączenia z „Telefonem zaufania”, dzwoni na numery alarmowe bądź zgłasza myśli samobójcze osobom trzecim. Sama ujawnia, że miała kontakt z instytucjami ochrony zdrowia około 1000 razy od 2008 roku. Z powodu braku dostępności dokumentacji medycznej ograniczono się do opisu jedynie hospitalizacji psychiatrycznych.

W przypadku tego typu pacjentki system ochrony zdrowia wydaje się bezsilny, gdyż pacyfikuje ona wszelkie próby udzielenia jej pomocy. Nie byłoby przesadą stwierdzenie, że pacjentka walczy z personelem medycznym, zamiast starać się z nim współpracować. Manifestacja jej buntu objawia się poprzez podważanie kompetencji, wchodzenie w konflikty, ciągłe przesuwanie granic i łamanie regulaminu, wypełnianie czasu przeznaczonego na rozmowę kwestiami nieistotnymi. Ponadto, ambiwalencja działań pacjentki polegająca na chęci wypisu na własne żądanie praktycznie od razu po przyjęciu dodatkowo uniemożliwia podjęcie skutecznych działań służących poprawie jej stanu.

### **Diagnoza różnicowa**

Diagnoza MS jest stawiana wyjątkowo rzadko i bywa trudna. Potrzebną są wnikliwa analiza i obserwacja danego pacjenta, aby wykluczyć inne rozpoznania, chociażby symulację. Obecnie brakuje opracowanych narzędzi służących do diagnozowania tego zaburzenia. W przypadku opisywanej pacjentki zaistniało też wiele dodatkowych trudności, takich jak: młody wiek, współistniejące rozpoznanie osobowości chwiejnej emocjonalnie, obciążenie neurologiczne i, wreszcie, ograniczony dostęp do informacji na temat leczenia pacjentki w innych placówkach na terenie kraju.

Pacjentce została postawiona diagnoza osobowości chwiejnej emocjonalnie (F60.31). Kryteria diagnostyczne tego rozpoznania obejmują zaburzenia w obrębie i niepewność co do obrazu ja (*self image*) oraz celów i wewnętrznych preferencji (włączając seksualne), dążenie ku byciu uwikłanym w intensywne i niestabilne związki, prowadzące często do kryzysów emocjonalnych, nadmierne wysiłki uniknięcia porzucenia, powtarzające się groźby lub działania o charakterze autoagresywnym (*self-harm*) oraz chroniczne uczucie pustki [3]. Prawdopodobnie w przypadku opisywanej pacjentki oba rozpoznania się uzupełniają.

Powtarzający się przez lata schemat zachowań pacjentki doprowadza ją do intensywnej i patogenicznej relacji z instytucjami ochrony zdrowia. Pacjentka wykorzystuje zarówno postawione rozpoznanie, jak i obciążenie neurologiczne, aby manipulować stanem zdrowia i objawami. Zachowania autoagresywne, będące kryterium diagnostycznym zarówno *borderline* jak i MS, są stałym elementem życia pacjentki od okresu adolescencji. Trudno jednoznacznie ocenić ich charakter, gdyż są zróżnicowane (od cięcia się po nadużywanie leków). Pacjentka ochoczo przyznaje się do licznych prób samobójczych, natomiast prawdopodobnie w większości przypadków miały one charakter parasuicydalny bądź manipulacyjny. Z uwagi na występujące zaburzenia osobowości pacjentka przejawia znaczne trudności adaptacyjne w naturalnym środowisku. Być może łatwiej jest jej dostosować się i odnaleźć w bardziej usystematyzowanym i przewidywalnym środowisku, jakim jest szpital. Ponadto, inwestując czas i energię w bycie niesforą pacjentką, pozbawia się zasobów, aby rzeczywiście wziąć odpowiedzialność za swoje życie. Ponadto, przejawia charakterystyczny dla takich osób opór przed systematyczną terapią, objawiający się ciągłym jej przerywaniem. Należy jednak uznać, że pacjentka nie jest świadoma motywów swojego postępowania, i że ma ono raczej charakter spontaniczno-chaotyczny aniżeli zaplanowany. W jej działaniach dominuje impulsywność podszyta złością — zarówno w stosunku do świata, jak i samej siebie. Pacjentka ma tendencje do spiętrzania się w sytuacji konfrontacji, a jej wypowiedzi na temat licznych hospitalizacji charakteryzują niespójność i delegowanie odpowiedzialności na zewnątrz. Warto także wykluczyć psychotyczne podłoże obserwowanych zachowań. Pomimo pewnej groteskowości charakteryzującej zachowanie pacjentki, jej rozumowanie wydaje się osadzone w rzeczywistości. Podczas badań pacjentka była prawidłowo wszechstronnie zorientowana, w wyrównanym namiętności i afekcie z granicach normy. Nie sprawiała wrażenia pochłoniętej doznaniem psychotycznym, nie zgłaszała również tego typu objawów.

### **Komentarz i dyskusja**

Z wywiadu wiadomo, że pacjentka w wieku 3 lat została odseparowana od rodziny biologicznej, następnie w wieku 3,5 roku przekazano ją rodzinie adopcyjnej. Zgodnie z teorią przywiązania Bowlby'ego [7] utrata obiektu przywiązania w okresie rozwojowym ma dezorganizujący wpływ na rozwój osobowości i kształtowanie się późniejszych relacji interpersonalnych. Można zatem przypuszczać, że nabycie wczesnodziecięcej traumy związanej z separacją od rodziny biologicznej i przebywaniem w ośrodkach opiekuńczych, przyczyniło się do wykształcenia się u pacjentki objawów zaburzeń osobowości i pewnych trudności adaptacyjnych. Wydarzenia, takie jak odrzucenie przez biologicznych krewnych po

ich odnalezieniu w dorosłym życiu czy brak akceptacji ze strony rówieśników, mogły zaś wtórnie strauumatyzować pacjentkę i pogłębić jej deficyty. U dzieci adoptowanych występuje zwiększone, w stosunku do populacji ogólnej, ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych ze względu na predyspozycje psychospołeczne, takie jak zaburzenie więzi, wczesna deprywacja emocjonalna i stres psychiczny [8, 9]. Van Ijzendoorna i Juffer [10] na podstawie własnych badań, sugerowali, że dzieci adoptowane po 12. roku życia zazwyczaj przejawiają lękowo-ambiwalentny styl przywiązania. Osoby takie w życiu dorosłym mają tendencję do braku poczucia bezpieczeństwa i stałości, ciągłej potrzeby aktywnego zainteresowania ze strony innych i otrzymywania potwierdzenia własnej ważności oraz zachowań ambiwalentnych — jednocześnie czegoś/kogoś pragną i to odrzucają.

Dodatkową trudnością w życiu pacjentki jest obciążenie neurologiczne mające bezpośrednie przełożenie na jej sprawność fizyczną. Mogło to narazić ją na ostracyzm społeczny wśród rówieśników w okresie dorastania. Pacjentka sama potwierdza, że miało to dewastujący wpływ na jej samoocenę oraz kształtowanie się późniejszych relacji. Prawdopodobnie wypracowanie w okresie dojrzewania patologicznego wzorca zachowań polegającego na usilnym prowokowaniu uwagi i delegowaniu odpowiedzialności na zewnątrz umożliwiło pacjentce zachowanie pozornej integralności psychicznej, jednocześnie uniemożliwiając jej utrzymanie stałej pracy czy studiów w okresie wczesnej dorosłości.

Biorąc pod uwagę te informacje, można przypuszczać, że pacjentka w ciągu swojego życia miała trudności z odnalezieniem się niemal w każdej, roli jaką próbowała podjąć: córki, koleżanki, uczennicy, studentki, pracownicy. Dopiero wejście w rolę „chorej” pacjentki szpitala odpowiedziało na jej potrzeby bycia ważną, zaopiekowaną i w centrum uwagi, wyjątkową. Pozwoliło to pacjentce uzyskać upragnioną uwagę. Co więcej, w szpitalu była mniej narażona na odczuwanie samotności i pustki egzystencjalnej. Personel medyczny prowokowany jej zabiegami zapewniał uwagę, a inni pacjenci towarzystwo. Jednocześnie pacjentka przejawiała w swoich zachowaniach widoczną ambiwalencję, gdyż krótko po doprowadzeniu do hospitalizacji podejmowała działania w celu jej zakończenia. Zupełnie jakby szpital był domem, do którego chce być przyjęta i tam zaakceptowana po to, by zaraz z niego uciec.

W psychiatrii opisywane są nieliczne przypadki pacjentów, u których rozpoznano MS. Często rozwiązaniami proponowanymi pacjentowi po postawieniu takiej diagnozy są leczenie psychiatryczne i psychoterapia [5, 11–13]. Niestety, są przypadki, gdy nawet ta forma pomocy została już wypróbowana, a problem postępuje. Di Lorenzo i wsp. [14] opisali historię pacjenta wielokrotnie hospitalizowanego zarówno internistycznie, jak i psychiatrycznie w licznych

placówkach na terenie Włoch i poza granicami tego kraju. Badacze poznali pacjenta, kiedy zgłosił się na izbę przyjęć ogólnego szpitala, prosząc o konsultację psychiatryczną z powodu myśli samobójczych. Pacjent w przeszłości przeszedł liczne zabiegi i operacje chirurgiczne, w większości z negatywnym skutkiem. Ponadto, miał postawionych wiele rozpoznań internistycznych i psychiatrycznych. Badacze poddali pacjenta diagnostyce psychiatrycznej. Udało im się uzyskać informacje, że był on już leczony psychiatrycznie. Ponieważ pacjent przedstawiał niepełną i niespójną dokumentację, skontaktowano się z psychiatrą prowadzącym go w przeszłości w mieście zamieszkania i uzyskano pełniejsze dane. Psychiatra potwierdził podejrzaną przez badaczy diagnozę MS. Jednak, z uwagi na całkowity brak krytycyzmu wobec choroby psychicznej, ciągłe zmiany miejsca leczenia i fałszowanie danych medycznych przez pacjenta, niemożliwe było przeprowadzenie skutecznych działań terapeutycznych. Pomimo licznych kontaktów pacjenta z lekarzami i oddziałami psychiatrycznymi, a nawet rozpoznanego MS pacjent skutecznie kontynuował manipulowanie instytucjami ochrony zdrowia i wymuszanie kolejnych świadczeń zdrowotnych, w tym inwazyjnych operacji. Niestety, badaczom również nie udało się wdrożyć skutecznego leczenia. Ostatecznie pacjent, po latach szpitalnych wędrówek, zmarł w wyniku ostrej niewydolności serca. Przykład ten, w sposób tragiczny, ilustruje ogrom bezradności systemu wobec osób cierpiących na tego typu zaburzenie pozorowane. Wydaje się, że w przypadku pacjentki opisywanej w niniejszej pracy również kończą się potencjalne możliwości rozwiązania problemu, jakim jest jej ciągłe powracanie na oddziały szpitalne. W ciągu życia pacjentki podejmowano liczne próby pomocy psychologicznej, leczenia psychiatrycznego, psychoterapii itp. Pacjentka natomiast przejawia tendencję do zrywania wszelkich więzi terapeutycznych, zanim zdążą dokonać się istotne zmiany w jej osobowości czy funkcjonowaniu. Jej działania niezmiennie doprowadzają do spędzania ogromnej ilości czasu na oddziałach szpitalnych pomimo braku zarówno obiektywnych przesłanek, jak i jakichkolwiek efektów hospitalizacji. Biorąc pod uwagę opisywane przykłady, warto się zastanowić, skąd bierze się owa bezradność wobec pacjentów z rozpoznaniem MS. Wydaje się, że duży problem tkwi w ograniczeniach komunikacyjnych pomiędzy specjalistami w różnych placówkach. Umożliwia to pacjentom podawanie nieprawdziwych informacji na własny temat i manipulowanie kolejnymi pracownikami systemu ochrony zdrowia. Być może szerszy dostęp do dokumentacji medycznej wśród lekarzy umożliwiłby zapobieganie szkodom, na jakie pacjenci z zaburzeniem pozorowanym, narażają zarówno placówki, jak i samych siebie. Warto rozważyć także pociąganie pacjentów do odpowiedzialności za narażanie systemu na ogromne koszty w związku z podawaniem nieprawdziwych informacji odnośnie do własnego zdrowia i wymuszaniem zbędnych zabiegów

oraz hospitalizacji. Najważniejsze jednak wydaje się zwiększanie świadomości na temat tego zaburzenia w środowiskach medycznych i możliwie wczesne rozpoczęcie obserwacji pod kątem MS u danego pacjenta. Warto pamiętać, że postępujący MS może mieć tragiczne konsekwencje dla otoczenia, ale przede wszystkim dla samego chorego.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Bürger GA. Przygody Münchhausena. Nasza Księgarnia, Warszawa 1956: Warszawa.
2. Asher R. Münchhausen's syndrome. *Lancet*. 1951; 1(6650): 339–341, doi: [10.1016/s0140-6736\(51\)92313-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(51)92313-6), indexed in Pubmed: [14805062](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14805062/).
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
4. Robbins L. Münchhausen's syndrome presenting as cluster headache. *Headache Quart*. 2002.
5. Sołtysik M, Sołtysik A, Jarzab M, et al. Choroba zapomniana, ale groźna. Wyzwania diagnostyczne u pacjentki z zespołem Münchhausena. *Ann Acad Med Siles*. 2018; 72: 203–208.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. *Psychiatria kliniczna*. Urban & Partner, Wrocław 1995.
7. Bowlby J. *Attachment and loss: volume 3. Loss. Sadness and Depression*. Penguin 1991.
8. Skiepmo M, Brągoszewska J. Zaburzenia psychiczne u dzieci adoptowanych. *Psychiatr Psychol Klin*. 2009; 9(3).
9. Czub M. Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświatowe*. 2003; 2(29): 31–49.
10. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA*. 2005; 293(20): 2501–2515, doi: [10.1001/jama.293.20.2501](https://doi.org/10.1001/jama.293.20.2501), indexed in Pubmed: [15914751](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15914751/).
11. Khalil A, Abbas SA, Qureshi T, et al. A case report of Munchausen syndrome presenting with bleeding from ear: a rare factitious disorder. *J Pak Med Assoc*. 2020; 70(1): 168–170, doi: [10.5455/JPMA.72100](https://doi.org/10.5455/JPMA.72100), indexed in Pubmed: [31954046](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31954046/).
12. Hagiwara T, Munakata S, Ishiyama S, et al. Repeated Enterocutaneous Fistula in a Munchausen Syndrome Patient. *Case Rep Gastroenterol*. 2019; 13(1): 173–177, doi: [10.1159/000499443](https://doi.org/10.1159/000499443), indexed in Pubmed: [31123443](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31123443/).
13. Iwanaga N, Yamamoto K, Takazono T, et al. Munchausen syndrome mimicking refractory subcutaneous abscess with bacteremia, diagnosed by repetitive element sequence-based polymerase chain reaction: a case report. *J Med Case Rep*. 2019; 13(1): 287, doi: [10.1186/s13256-019-2212-7](https://doi.org/10.1186/s13256-019-2212-7), indexed in Pubmed: [31511062](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31511062/).
14. Di Lorenzo R, Lannocca L, Burattini M, et al. Early death in Munchausen syndrome: A case report. *Clin Case Rep*. 2019; 7(8): 1473–1477, doi: [10.1002/ccr3.2254](https://doi.org/10.1002/ccr3.2254), indexed in Pubmed: [31428370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31428370/).