

Zaburzenia pozorowane u pacjentów oddziału pomocy doraźnej

Jagoda Pasic, MD, PhD, Heidi Combs, MD, Sharon Romm, MD

- Cechą charakterystyczną zaburzeń pozorowanych jest motywacja do odgrywania roli chorego.
- Integralną częścią zaburzeń pozorowanych jest oszukiwanie.
- Lekarze muszą być wyczuleni na własne reakcje na pacjentów, u których możliwe jest rozpoznanie zaburzeń pozorowanych.

Streszczenie

Zaburzenia pozorowane (FD, factitious disorders) mogą stanowić problem diagnostyczny i terapeutyczny dla każdego lekarza stykającego się z trudnymi pacjentami, u których te zaburzenia występują. Objawy są niezwykle, mogą być niespójne ze znanymi rozpoznaniem lub pasować do podręcznikowych opisów. Równie trudna jak długoterminowa opieka nad tymi pacjentami jest także początkowa ocena w czasie ostrego dyżuru lub na oddziale pomocy doraźnej, gdzie pacjenci mogą pojawić się bez historii choroby, gotowi klamać, z niejasnymi motywacjami i zagadkowymi objawami. Przeoczenie poważnego schorzenia może mieć zgubne następstwa, jednak podobne mogą być konsekwencje nieprzemyslanego zalecenie drogiego leczenia, mogącego wywierać szkodliwe działania. W niniejszym artykule przedstawiono opis przypadków dwóch pacjentów poszukujących pomocy psychiatrycznej na izbie przyjęć dużego szpitala okręgowego oraz omówiono zagadnienia związane z rozpoznaniem i leczeniem. Zaproponowano psychologiczne wyjaśnienia reakcji personelu i zasugerowano zastosowanie interwencji, które mogą być przydatne na oddziale pomocy doraźnej. W artykule podkreślono konieczność zgodnej z etyką opieki nad pacjentem, w odpowiedni sposób, oraz omówiono kwestię oceny ryzyka związanego z postępowaniem lekarza.

Wprowadzenie

Zaburzenia pozorowane (FD, factitious disorders), które American Psychiatric Association (APA) klasyfikuje jako ciężkie choroby psychiczne,¹ mogą stwarzać dylematy diagnostyczne i terapeutyczne dla tych, którzy stykają się z cierpiącymi na nie trudnymi pacjentami. Psychiatra i inne osoby uczestniczące w procesie diagnostycznym są konfrontowani z pacjentem z nietypową konfiguracją objawów - z objawami albo nieprzystającymi do znanych kryteriów diagnostycznych, albo zdumiewająco dokładnie pasującymi do podręcznikowych opisów chorób. Długoterminowa opieka nad takim pacjentem stwarza duże wyzwania, jednak podobnie trudna jest jego początkowa ocena w czasie ostrego dyżuru lub psychiatrycznej izby przyjęć.

W izbie przyjęć, gdzie pacjent może zgłosić się bez historii choroby oraz przejawiać niejasne motywacje i zagadkowe objawy, rozpoznanie zaburzeń pozorowanych jest trudne. Piśmiennictwo dotyczące tego zagadnienia jest mniej pomocne niż w przypadku innych zaburzeń. Ponieważ do integralnych cech zaburzenia należy okłamywanie, niedostępne są dokładne dane epidemiologiczne,² a przyczyny są w równym stopniu zagadkowe.³ Nierozpoznanie poważnego schorzenia może być zgubne, jednak mogą także wystąpić następstwa nierozważnie zleconej drogiej i potencjalnie szkodliwej terapii.⁴

W niniejszym artykule przedstawiono opisy dwóch przypadków, jednego z objawami głównie psychicznymi, drugiego z dominacją objawów fizykalnych. Obaj pacjenci zgłosili się do psychiatrycznej izby przyjęć dużego

Dr Pasic, associate professor of psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, medical director, Psychiatric Emergency Services, Harborview Medical Center, Seattle, Washington. Dr Combs, clinical assistant professor, dr Romm, clinical associate professor, Department of Psychiatry, Harborview Medical Center, University of Washington.

Autorki nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Jagoda Pasic, MD, PhD, Associate Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Harborview Medical Center, 325 Ninth Ave, Box 359896, Seattle, WA 98104-2499, Stany Zjednoczone; e-mail: jpasic@u.washington.edu.

szpitala okręgowego. Autorki omawiają zagadnienia związane z diagnostyką i leczeniem, proponują psychologiczne wyjaśnienia emocjonalnych reakcji personelu i klinicystów⁵⁻⁷ i sugerują zastosowanie interwencji, które mogą być przydatne w warunkach izby przyjęć.⁸ Podkreślają konieczność opieki nad pacjentem zgodnej z etyką, w odpowiedni sposób, oraz podnoszą kwestię zarządzania ryzykiem.^{9,10}

Opis przypadków klinicznych

Przypadek 1

Pan X jest 28-letnim mężczyzną, który wielokrotnie zgłaszał się do psychiatrycznej izby przyjęć w Washington's Harborview Medical Center w Seattle. Poszukiwał także pomocy w innych izbach przyjęć szpitala. Występowały u niego dziwaczne zachowania i splątanie, choć nie stwierdzano objawów zaabsorbowania wewnętrznego ani odpowiedzi na bodźce wewnętrzne, mogące wskazywać na rzeczywisty stan psychotyczny. Podczas poprzednich wizyt stwierdzono, że pacjent nie współpracuje. Zdezorganizowany chory został przywieziony ambulansiem na żądanie policji. Historia psychiatryczna i ogólnomedyczna nie była znana, poza stwierdzeniem, że w przeszłości „przebywał w zakładzie”. Pan X nie odpowiadał na pytania, stąd z powodów bezpieczeństwa skierowano go do szpitala w celu przymusowej hospitalizacji, jednak nie doszło do niej z powodu niestwierdzenia wystarczających powodów wymaganych przez prawo stanowe.

Mimo wypisania do domu mężczyzna odmówił opuszczenia oddziału. Odmówił także samodzielnego poruszania się, mimo że uprzednio obserwowano, że może chodzić. Opuszczał szpital w asyście ochrony, zawołując i plując oraz upierając się, że „dzieje się coś bardzo złego”. Podobny scenariusz powtarzał się w trakcie wcześniejszych wizyt. Podczas wypisów, którym się sprzeciwiał, obnażył się publicznie, przebiegł przed jadącym samochodem i wskoczył na rusztowanie, co stanowiło zachowania niebezpieczne i dziwaczne, skłaniające policję do skierowania go z powrotem do izby przyjęć.

Przypadek 2

Pan Y jest 38-letnim mężczyzną ze zwężeniem przełyku, w przeszłości kilkakrotnie poszerzanym. Zgłosił się na izbę przyjęć, ponieważ odczuwał trudności związane z przełykaniem. W wywiadzie stwierdzano połykanie takich przedmiotów jak pinezki i agrafki – zachowania, które nie były wywołane oczywistymi zewnętrznymi bodźcami. Badanie tomograficzne wykazało obecność w przełyku monety, którą usunięto endoskopowo. Okres po zabiegu był powikłany umyślnym po-

łknięciem pulsoksymetru, który utknął w piersiowym odcinku przełyku, powodując trudności w oddychaniu. Chirurgzy usunęli przedmiot, używając sztywnego endoskopu. Po ocenie przez psychiatrę nie stwierdzono ani tendencji samobójczych, ani zabójczych i pacjent został wypisany do domu. W ciągu 24 godzin zgłosił się do szpitala z żyletką w przełyku. Powtórzono ocenę psychiatryczną i tym razem został zatrzymany decyzją właściwej komisji (County Designated Mental Professionals) jako osoba stwarzająca zagrożenie dla samej siebie.

Omówienie

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) klasyfikuje zaburzenia pozorowane jako ciężką chorobę psychiczną.¹ W podręczniku DSM-IV, w części dotyczącej chorób psychicznych przedstawione są trzy kryteria diagnostyczne tego zaburzenia (tab. 1), obejmujące zamierzone przedstawianie objawów fizycznych lub psychicznych, motywacje do podejmowania roli chorego oraz brak zewnętrznych bodźców do takich zachowań. Zaburzenie może wiązać się objawami somatycznymi, psychicznymi lub z ich połączeniem. Są odmiany klasyfikowane jako zaburzenie pozorowane bliżej określone. Zespołowi Münchhausena, odmianie przewlekłej, towarzyszą zwykle liczne objawy somatyczne. Został on po raz pierwszy opisany przez Ashera w roku 1951.² Zidentyfikował on pacjentów podróżujących od szpitala do szpitala i dramatycznie przedstawiających swoje skargi. Przeniesiony zespół Münchhausena³ jest jeszcze inną wersją choroby, w której osoba, zwykle rodzic, celowo wytwarza objawy u dziecka umożliwiając w ten sposób dorosłemu identyfikację z rolą chorego.

Rozpowszechnienie i etiologia

Z powodu trudności diagnostycznych i tego, że głównym komponentem jest zwodzenie, brakuje dokładnych danych epidemiologicznych, a długoterminowa obserwacja jest niemal niemożliwa do przeprowadzenia.⁴ Szacowane rozpowszechnienie waha się od 0,1% w przeprowadzonym we Włoszech badaniu populacyjnym⁵ obejmującym 2363 osoby

do 9,3% wśród konsultacji w amerykańskim National Institute for Allergy and Infectious Disease z powodu gorączki o nieustalonej przyczynie. Równie zagadkowe są przyczyny. Jedną z teorii zakłada, że zaburzenie rozwija się wskutek stresujących wydarzeń życiowych, takich jak wczesna utrata i porzucenie. Wynikające z nich wykorzystanie obszaru medycyny do odgrywania życiowych dramatów pozwalałoby na uzyskanie kontroli nad sytuacjami, w których uprzednio kontrola nie istniała.⁶

Czynniki demograficzne

Większość osób zgłaszających się z objawami, które okazują się ostatecznie objawami zaburzenia pozorowanego, to kobiety w wieku 20-40 lat, często zatrudnione w ochronie zdrowia jako pielęgniarki, technicy medycy lub przedstawiciele innych zawodów związanych z ochroną zdrowia. Często stwierdza się samozranienia lub celowe infekcje oraz symulowane stany chorobowe.^{7,8}

Właściwe rozpoznanie

Postawienie dokładnego rozpoznania jest trudne. Nie istnieją swoiste dla tego zaburzenia testy. Istotna jest kliniczna wnikliwość lekarza. Pacjent może opowiadać niemal niewiarygodne historie, wyniki badań laboratoryjnych mogą być niespójne, mogą istnieć niewytłumaczalne luki w dokumentacji medycznej lub chory może odmawiać pozwolenia na wgląd w historię. Mimo chęci zebrania jak największej liczby informacji, należy uszanować uregulowania dotyczące prywatności i poufności danych.⁹

Diagnostyka różnicowa może być niezwykle trudna. Granice diagnostyczne między zaburzeniami pozorowanymi, zaburzeniami somatoformicznymi, w których dochodzi do nieświadomego wytwarzania objawów oraz symulowaniem, któremu towarzyszą bodźce zewnętrzne, są nieostre. Przede wszystkim należy wykluczyć rzeczywiste podłoże organiczne dolegliwości.¹⁰

W odróżnieniu od sytuacji, w której pacjent po wyczerpującej ocenie ogólnej w warunkach ambulatoryjnych jest kierowany do psychiatry rozpoznającego zaburzenie pozorowane, przed postawieniem rozpoznania

TABELA 1
Rozpoznanie zaburzeń pozorowanych wg DSM-IV¹

- | |
|--|
| A. Zamierzone przedstawianie lub symulowanie objawów fizycznych lub psychicznych |
| B. Motywacją zachowania jest podejmowanie roli chorego |
| C. Brak zewnętrznych bodźców (takich jak korzyści ekonomiczne, unikanie odpowiedzialności prawnej lub poprawa samopoczucia fizycznego przy symulowaniu) do takich zachowań |

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

Pasic J, Combs H, Romm S. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 1. 2009.

może mieć miejsce wiele wizyt w izbie przyjęć. Według jednego z badań¹¹ obejmujących psychiatrów udzielających świadczeń w warunkach izby przyjęć ogólnego szpitala miejskiego u 13% pacjentów podejrzewano symulowanie objawów.

Osoby pracujące w izbie przyjęć znają dobrze bezdomnych lub pacjentów nadużywających substancji psychoaktywnych, którzy udają objawy w celu uzyskania pożywienia i schronienia. Osoby te wywołują frustrację i negatywne reakcje personelu. Pacjenci symulujący, w odróżnieniu od osób z zaburzeniami pozorowanymi, świadomie udają objawy w celu osiągnięcia takich korzyści, jak ekonomiczne, związane z wypłaceniem zasiłku chorobowego, lub do uniknięcia odpowiedzialności prawnej.¹ Dla osób z zaburzeniami pozorowanymi wystarczającą korzyścią jest przyjęcie roli chorego. Ponieważ zaburzenie pozorowane jest często rozpoznaniem z wykluczenia, osoba pojawiająca się na izbie przyjęć z objawami somatycznymi ma prawo do badań przesiewowych w kierunku ostrej choroby i do stabilizacji choroby. Podobnie wnikliwa ocena psychiatryczna przysługuje pacjentowi z objawami psychicznymi.

Czynniki psychodynamiczne związane z rozpoznaniem i leczeniem

Przeciwpriemienie lub uczucia wywołane u leczącego stwarzają problemy zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi. Osoby udające objawy w celu uzyskania korzyści związanych z rolą chorego wywołują silne negatywne reakcje. Lekarze i personel reagują desperacją, gniewem i frustracją. Pacjenci są określane pejoratywnymi terminami „wiecznego narzekacza”, „trudnego pacjenta” lub „oblatywacza”, ponieważ ustawicznie poszukują pomocy le-

karskiej. Reakcje personelu mogą być tak silne, że prowadzą do utraty zdolności do reagowania z empatią.¹²

Przeciwpriemienie komplikuje leczenie. Klinicyści mogą żywić przekonanie, że wszyscy pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi są nieuleczalnie chorzy, powodując przekonanie pacjenta, że nie tylko wyleczenie jest niemożliwe, ale także, że jest on bezwartościowy. Złość, lęk, uczucia niechęci lub niesmaku podważają kontrakt terapeutyczny. Dramatyzm zachowań stanowiących nieodłączną cechę zaburzeń pozorowanych może prowadzić do niewłaściwej bez troski, podekscytowania lub plotek, odzwierciedlających gniew świadczeniodawcy spowodowany manipulacyjnym zachowaniem chorego wobec personelu. Z kolei świadczeniodawcy mogą traktować pacjenta lub kierującego go lekarza z niezasłużoną surowością.¹³ Jeśli uczucia nie zostaną rozpoznane, istnieje ryzyko przeoczenia rozpoznania współistniejącej choroby lub sprowokowania pacjenta przez złość lub wycofanie świadczeniodawcy.^{13,14} Co więcej, klinicyści mogą przykładać szczególną miarę do osób, które często same są świadczeniodawcami, co może wpływać na diagnostykę i właściwe leczenie.

Groves¹² wyróżnił cztery podtypy trudnych pacjentów (tab. 2). Opisy te mogą być pomocne w uzyskaniu wglądu w zachowanie pacjenta i odpowiedź na to zachowanie. Opisany w przypadku 1 chory może w pierwszej chwili zostać uznany za symulanta, jednak po wnikliwej ocenie może być określony jako osoba prosząca o pomoc, odmawiająca współpracy (manipulative help-rejecter). Mężczyznę z drugiego opisu przypadku można określić jako połączenie typów pacjenta z zachowaniami autodestrukcyjnymi, niestosującego zaleceń (self-destructive denier) oraz przylegającego do lekarza, uzależnionego od niego (dependent clinger).

Zapewnienie niezbędnej opieki medycznej lub chirurgicznej

Chirurdzy przyzwyczajeni są do podejmowania operacji z naprawdą nagłych wskazań, niekiedy nawet z pilnych wskazań bez uzyskiwania zgody na zabieg. W przypadku pacjentów celowo wywołujących objawy, chirurdzy mogą cechować się jednak mniejszą skłonnością do interwencji. Bardzo pomocnym zasobem może być w takich przypadkach konsultacja psychiatryczna. Pomocne techniki obejmują ocenę ryzyka samouszkodzenia lub zdolności do decydowania o sobie, walidację zastrzeżeń zespołu chirurgicznego, ustalenie granic dla pacjenta oraz zapewnienie bezpieczeństwa – co może wymagać ustanowienia stałego obserwatora lub umieszczenia w monitorowanym pomieszczeniu.

Pewien problem powstaje przy zespole chirurgicznym niechętnym do operacji z powodu zastrzeżenia, że zachowania związane ze samozranieniami mogą utrzymywać się po operacji. Nie miało to miejsca w przypadku 2, wymagającym pilnej interwencji chirurgicznej z powodu ryzyka związanego z obturacją oskrzeli.

Niepokojące zachowania opisanego w tym przypadku pacjenta wymagały interwencji więcej niż jednego specjalisty, tj. specjalisty medycyny ratunkowej, psychiatry i otolaryngologa. Początkową ocenę przeprowadził specjalista medycyny ratunkowej, wezwany z powodu dysfagii. Po stwierdzeniu w wywiadzie samouszkodzeń i polykania przedmiotów poproszono o konsultację psychiatryczną. Psychiatra stwierdził brak zachowań samobójczych, nie zalecił więc ani hospitalizacji, ani też zatrzymania chorego wbrew jego woli.

Leczenie: interwencje w izbie przyjęć wykraczające poza zabiegi medyczne

Piśmiennictwo dotyczące leczenia zaburzeń pozorowanych w izbie przyjęć jest ograniczone. Poza oczywistymi procedurami dotyczącymi nagłych przypadków i postępowania związanego z przyjmowaniem do szpitala interwencje dotyczące pacjentów z zaburzeniami pozorowanymi są w najlepszym przypadku problemowe, w najgorszym wiążą się z ryzykiem jatrogennych szkód.

Autorki niniejszego artykułu odnalazły w piśmiennictwie rekomendacje dotyczące leczenia w poradni i sugerują możliwą ich adaptację do warunków izby przyjęć. Lekarz pierwszego kontaktu sam lub współpracując z psychiatrą mógł przyjmować postawę konfrontacyjną lub niekonfrontacyjną.¹⁵ Reich i Gottfried⁹ oceniali 12 pacjentów z zaburzeniami pozorowanymi, skonfrontowanych z ich własnymi zachowaniami. Choć opisywano przypadki pojawienia się psycho-

TABELA 2

Klasyfikacja trudnych pacjentów wg Grovesa¹²

1. Pacjenci przylegający do lekarza, uzależnieni od niego (dependent clingers) – ich postawa ulega eskalacji od łagodnych i właściwych próśb o wsparcie do uporczywych, powtarzających się żądań wyjaśnień, okazania uczuć i zwrócenia uwagi na wszelkie możliwe do wyobrażenia sposoby. Mogą wywoływać uczucie zmęczenia i niechęci.
2. Pacjenci wymuszający pomoc, znający swoje prawa (entitled demanders) – stosują zastraszania oraz wzbudzenie poczucia bezwartościowości i winy w celu osadzenia lekarza w roli niewyczerpanego źródła wsparcia. Mogą budzić lęk i prowokować do kontraktacji, kiedy ich żądanie jest już spełnione.
3. Pacjenci proszący o pomoc, odmawiający współpracy (manipulative help-rejecters) – zdają się mieć nieugaszoną potrzebę wsparcia emocjonalnego, a przy tym sprawiają wrażenie, że pomoże im odrzucenie reguł. Korzystają ze swoich objawów jak z biletu wstępu do związku, z którego nie można zrezygnować dopóki występują objawy. Mogą wywoływać poczucie winy i nieprzydatności.
4. Pacjenci z zachowaniami autodestrukcyjnymi, niestosujący zaleceń (self-destructive deniers) – w nieświadomy sposób zachowują się autodestrukcyjnie. Wywołują wszystkie wymienione wyżej negatywne uczucia, wyzwalają złośliwość, a niekiedy także tajone pragnienie śmierci pacjenta.

Pasic J, Combs H, Romm S. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 1. 2009.

zy,¹⁶ żaden z badanych nie wykazywał tendencji samobójczych ani objawów psychotycznych przy takim podejściu, jednak tylko jeden przyznał się do swego zachowania.⁹ Jeśli pacjent czuje się upokorzony i obnażony przy konfrontacji, bez względu na to, jak delikatnie przeprowadzonej, postępowanie terapeutyczne będzie utrudnione.

Hollender i Hersh¹⁵ bronią podejścia niekonfrontacyjnego. Zalecają, by konsultujący psychiatra unikał roli oskarżyciela i by pomógł pacjentowi w zrozumieniu zachowań zidentyfikowanych przez lekarza pierwszego kontaktu.

Eisendrath¹⁷ rozwinął jeszcze inną technikę, której zastosowanie może pomóc narcystycznie uwrażliwionym pacjentom zrezygnować z obstawania przy objawach bez narażania się na obnażenie i upokorzenie. Zapoczątkował on podejście podwójnego związania. Informuje się pacjenta, że niepowodzenie przy następnym leczeniu dowiedzie, że jego choroba jest symulowana. Jednocześnie pacjent może powrócić do zdrowia i zachować twarz. Podejście to jest oparte na hipotezie zakładającej, że konfrontacja zawodzi, gdyż objawy zaburzenia pozorowanego są ważnym sposobem obrony psychicznej i pacjent może z nich zrezygnować wyłącznie, gdy czuje się bezpiecznie.¹⁸

Brakuje solidnych badań wskazujących na skuteczność jakiegokolwiek techniki terapeutycznej w obszarze zaburzeń pozorowanych. Eastwood i Bisson⁵ dokonali przeglądu wyników leczenia w 32 opisach przypadków i 13 seriach przypadków. Nie odnaleźli znaczących różnic między podejściem konfrontacyjnym i niekonfrontacyjnym, między leczeniem z psychoterapią i bez niej, oraz między terapią z dodaniem leków i ich unikaniem. Stwierdzili, że korzystne są długofalowe plany leczenia obejmujące spójną opiekę i holistyczne podejście, co stanowi model trudny do osiągnięcia w warunkach szpitalnej izby przyjęć. Autorzy sugerują⁵ przydatność różnych strategii i brak jednoznacznych kryteriów przemawiających za wyborem jednej z nich. Na uwagę zasługuje doniesienie opisujące dwa przypadki zakończone samobójstwem, przypominające o niezbędnej czujności.⁵ Jednym z celów leczenia jest zmiana często nierealistycznych oczekiwań pacjenta wobec ochrony zdrowia. Lekarz powinien zachęcać raczej do radzenia sobie z objawami niż oczekiwać wyleczenia¹⁹ oraz uznać, że u chorego mogą występować somatyczne objawy wyczerpania psychicznego. To właśnie to wyczerpanie należy rozpoznać i leczyć.

Nie jest bezzasadne skierowanie pacjenta na psychoterapię, która może zorientowana na relacje międzypersonalne lub psychoanalizę.²⁰⁻²³ W rzeczywistości skierowanie na terapię z izby przyjęć może być natychmiast od-

rzuczone przez pacjenta z powodów emocjonalnych lub finansowych.

Interwencje systemowe

Choć nie istnieją dowody mogące przemawiać na korzyść hospitalizacji, w przypadku podejrzenia lub domniemania istnienia zaburzenia pozorowanego autorki niniejszej pracy zalecają stworzenie planu opieki, uwzględnienie konsultacji psychiatrycznej oraz, jeśli jest to możliwe, zapewnienie kontaktu z tą samą osobą podczas następnych wizyt pacjenta w izbie przyjęć (tab. 3).

Ocena ryzyka

Pacjenci z zaburzeniami pozorowanymi podejmują zachowania narażające ich samych na niebezpieczeństwo. Badacze^{24,25} proponują rozróżnienie trzech typów samouszkodzeń, obejmujących: samouszkodzenia bezpośrednie (np. samopoparzenia), spowodowane przez siebie choroby, obejmujące objawy przyjęcia substancji toksycznych (na przykład wywołana przez pacjenta hipoglikemia; do tej kategorii najlepiej pasuje opisany wcześniej przypadek 1) oraz uszkodzenia pośrednie albo delegowane, obejmujące szkody lub ryzyko zdrowotne związane z interwencjami medycznymi sprowokowanymi przez pacjenta. W takich przypadkach personel medyczny może być niejako delegowany przez pacjenta do wykonania procedur wynikających z symulowanych objawów lub ze zmanipulowanych wyników, czego przykładem jest opisany wcześniej przypadek 2.

W przypadku 1 pacjent podjął zachowania stwarzające u niego wysokie ryzyko samouszkodzenia (skakanie z wysokości, narażenie na przejechanie przez samochód) i stworzył swoją własną chorobę. W przypadku 2 zespół otolaryngologiczny początkowo wahał się przed zabiegiem niosącym pewne ryzyko niekorzystnego wyniku. Mogą powstawać kontrowersje wokół pytania, czy pacjent z symulowanymi objawami lub chorobą powinien

otrzymywać ten sam rodzaj leczenia co osoba z rzeczywistymi objawami lub chorobą. Zapewnienie adekwatnej opieki w sytuacji, gdy pozostawienie bez niej pacjenta mogłoby wiązać się z ryzykiem poważnego zranienia, jest jednak etyczną powinnością lekarza. Obaj pacjenci otrzymali opiekę spełniającą standardy. U chorego opisanego w pierwszym przypadku przeprowadzono ocenę możliwości hospitalizacji bez zgody pacjenta, wynikającą z zachowań autodestrukcyjnych, a choremu z opisu drugiego zapewniono zabieg chirurgiczny niezbędny do zapobieżenia krwawieniu, infekcji i perforacji. Podczas gdy hospitalizacja rzadko byłaby odpowiednia w przypadku symulacji, może być wskazana u pacjentów z zaburzeniami pozorowanymi, gdy istnieją u nich ostre stany ogólnomedyczne lub gdy ich stan psychiczny wiąże się z ryzykiem rychłego wyrządzenia sobie szkody, lub gdy objawy występujące u pacjenta powodują poważną niesprawność. Zaburzenia pozorowane rzadko wiążą się z ryzykiem uszkodzenia osób trzecich, z wyjątkiem przypadków zastępczego zespołu Münchausena, stąd hospitalizacja przy takim rozpoznaniu nie jest zalecana.

Postępowanie

Jakkolwiek kusząca może być perspektywa nieprzyjęcia do szpitala pacjenta, u którego jest podejrzewane zburzenie pozorowane, należy liczyć się z uwarunkowaniami prawnymi – w Stanach Zjednoczonych konieczne jest zapewnienie stabilizacji chorego, zgodnie z literą prawa (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, Social Security Act: Sections 1866 and 1867). Osoba z podejrzeniem zaburzenia pozorowanego ma takie same prawa jak każdy inny pacjent, tj. prawo do adekwatnej opieki, szacunku, bezpieczeństwa i poufności.²⁶ Lekarz musi odpowiednio udokumentować rozpoznane objawy somatyczne i psychiczne oraz dołączyć dodatnie i ujemne wyniki badań laboratoryjnych. Jeśli ma się do czynienia ze splątaniem, należy

TABELA 3
Interwencje systemowe

1. Stworzenie planu opieki w dokumentacji medycznej pacjenta. Jego celem powinna być identyfikacja problemów somatycznych i psychicznych oraz ustalenie dalszych rekomendacji. Zwrócenie uwagi przyszłych świadczeniodawców na taki plan może pomóc w zmniejszeniu niepotrzebnych skierowań, badań i terapii.
2. Uwzględnienie konsultacji psychiatrycznej. Konsultant może być pomocą dla pacjenta i dla świadczeniodawcy. Psychiatrzy pomagają zespołowi w identyfikacji zjawisk przeniesienia, co ma duże znaczenie w budowaniu skutecznego, twórczego związku z pacjentem.
3. Przydzielenie tego samego świadczeniodawcy do pracy z pacjentem (jeśli jest to możliwe). Zmniejsza to nadmierną powtarzalność (redundancję) leczenia, która jest sytuacją mogącą nasilać niepożądane zachowania. Najkorzystniejsze jest zaakceptowanie przez pacjenta skierowania do lekarza pierwszego kontaktu.

Pasic J, Combs H, Romm S. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 1. 2009.

ustalić zdolność chorego do decydowania o sobie. Jeśli pominięte zostaną standardy opieki, lekarz naraża się na procedurę oceny ryzyka związanego ze swoim postępowaniem i możliwe jego dalsze konsekwencje prawne (postępowanie sądowe).

Osoby z zaburzeniem pozorowanym mogą odmawiać leczenia z powodu gniewu i upokorzenia, mogą opuścić oddział wbrew zaleceniom lub uznać się za pokrzywdzone – są to czynniki mogące skłonić ich do złożenia pozwu. Choć żaden z lekarzy nie jest chroniony przed pozwem, postępowanie zgodne z regulacjami obowiązującymi w kraju, trzymanie się standardów opieki i prowadzenie dokładnej dokumentacji są najlepszymi środkami ochronnymi.

Podsumowanie

Autorki proponują następujący wniosek, oparty na własnym doświadczeniu połączonym z przeglądem piśmiennictwa. Po pierwsze, mimo pierwszej reakcji świadczeniodawcy, należy przeprowadzić gruntowną ocenę ogólnomedyczną i psychiatryczną pacjenta, bez względu na to, czy podejrzewa się u niego zaburzenia pozorowane, czy też nie. Nie wolno przeoczyć poważnych ostrych problemów. Po drugie, należy dołożyć starań, aby zaangażować pacjenta badanego w warunkach izby przyjęć do współpracy w przeprowadzeniu natychmiastowej oceny i zapewnieniu odpowiedniej obserwacji. Po trzecie, mimo że nie ma solidnych przesłanek do wdrożenia jakiegokolwiek leczenia, istnieją dowody skuteczności podjęcia próby podejścia konfrontacyjnego albo niekonfrontacyj-

nego, albo „podwójnie wiążące” techniki Eisendratha.^{5,8,15,18} Po czwarte, zaleca się usilnie hospitalizację lub rozważenie przymusowego zatrzymania, jeśli występuje ryzyko samouszkodzenia lub jeśli pacjent nie jest zdolny do podejmowania decyzji. Po piąte, stworzenie planu opieki, łatwo dostępnego w dokumentacji medycznej pacjenta, stwarza szansę na spójną, świadomą ocenę i leczenie. Wreszcie, wszystkie osoby zaangażowane w opiekę nad pacjentem powinny dokładnie i neutralnie dostarczać właściwą dokumentację w celu zmniejszenia ryzyka świadczeniodawcy związanego z prawem i zapewnienia dobrej opieki nad pacjentem.

Piśmiennictwo

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994:471-472.
- Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet*. 1951;1(6650):339-341.
- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;2(8033):343-345.
- Fehnel CR, Brewer EJ. Munchausen's syndrome with 20-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):547.
- Eastwood S, Bisson JI. Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):209-218.
- Jones RM. Factitious disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995:1271-1279.
- Lipsitt DR. Factitious disorder and Munchausen syndrome. In: UpToDate. Schwenk TL, ed. UpToDate. Waltham, MA: 2008. Available at: www.uptodate.com. Accessed December 3, 2008.
- Eisendrath S. Current overview of factitious physical disorders. In: Feldman MD, Eisendrath SJ, eds. *The Spectrum of Factitious Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1996:195-213.
- Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med*. 1983;99(2):240-247.
- Wise MG, Ford CV. Factitious disorders. *Prim Care*. 1999;26(2):315-326.
- Yates BD, Nordquist CR, Schultz-Ross RA. Feigned psychiatric symptoms in the emergency room. *Psychiatr Serv*. 1996;47(9):998-1000.
- Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*. 1978;298(16):883-887.
- Willenberg H. Countertransference in factitious disorder. *Psychother Psychosom*. 1994;62(1-2):129-134.
- Nadelson T. Victim, victimizer: interaction in the psychotherapy of borderline patients. *Int J Psychoanal Psychother*. 1976;5:115-129.
- Hollender MH, Hersh SP. Impossible consultation made possible. *Arch Gen Psychiatry*. 1970;23(4):343-345.
- Fras I, Coughlin BE. The treatment of factitious disease. *Psychosomatics*. 1971;12(2):117-122.
- Eisendrath SJ. Factitious physical disorders: treatment without confrontation. *Psychosomatics*. 1989;30(4):383-387.
- Weiss J. The integration of defences. *Int J Psychoanal*. 1967;48(4):520-524.
- Bass C, May S. Chronic multiple functional somatic symptoms. *BMJ*. 2002;325(7359):323-326.
- Schoenfeld H, Margolin J, Baum S. Munchausen syndrome as a suicide equivalent: abolition of syndrome by psychotherapy. *Am J Psychother*. 1987;41(4):604-612.
- Tucker LE, Hayes JR, Viteri AL, Liebermann TR. Factitious bleeding: successful management with psychotherapy. *Dig Dis Sci*. 1979;24(7):570-572.
- Mayo JP Jr, Haggerty JJ Jr. Long-term psychotherapy of Munchausen syndrome. *Am J Psychother*. 1984;38(4):571-578.
- Spivak H, Rodin G, Sutherland A. The psychology of factitious disorders. A reconsideration. *Psychosomatics*. 1994;35(1):25-34.
- Willenberg H, Eckhardt A, Freyberger H, Sachsse U, Gast U. Self-destructive behavior: classification, and basic documentation. *Psychotherapeut*. 1997;42:211-217.
- Fliege H, Scholler G, Rose M, Willenberg H, Klapp BF. Factitious disorder and pathological self-harm in a hospital population: an interdisciplinary challenge. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(3):164-171.
- Medical-Legal Survival: A Risk Management Guide for Physicians. Oak Brook, IL: University Health System Consortium; 2007.
- Saunamaki T, Jehkonen M. Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. *Acta Neurol Scand*. 2007;116(5):277-288.
- Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep*. 2005;28(11):1405-1411.
- McCall WV, Harding D, O'Donovan C. Correlates of depressive symptoms in patients with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med*. 2006;2(4):424-426.
- Thakore JH, Mann JN, Vlahos I, Martin A, Reznick R. Increased visceral fat distribution in drug-naive and drug-free patients with schizophrenia. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26(1):137-141.
- Kohen D. Diabetes mellitus and schizophrenia: Historical perspective. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004;47:S64-S66.
- Nasrallah H. A review of the effect of atypical antipsychotics on weight. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28(suppl 1):83-96.
- Kim SF, Huang AS, Snowman AM, Teuscher C, Snyder SH. Antipsychotic drug-induced weight gain mediated by histamine H1 receptor-linked activation of hypothalamic AMP-kinase. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2007;104(9):3456-3459.
- Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Rejas-Gutierrez J, Blanca-Tamayo M. Relationship between obesity and antipsychotic drug use in the adult population: A longitudinal, retrospective claim database study in primary care settings. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(1):219-226.
- Winkelman JW, Lajos L. Is schizophrenia a risk factor for obstructive sleep apnea? *Sleep Research*. 1997;26:305.
- Ancoli-Israel S, Martin J, Jones DW, et al. Sleep-disordered breathing and periodic limb movements in sleep in older patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1999;45(11):1426-1432.
- Millman RP, Fogel BS, McNamara ME, Carlisle CC. Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: Reversal with nasal continuous positive airway pressure. *J Clin Psychiatry*. 1989;50(9):348-351.
- Kawahara S, Akashiba T, Akahoshi T, Horie T. Nasal CPAP improves the quality of life and lessens the depressive symptoms in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Intern Med*. 2005;44(5):422-427.
- Schwartz DJ, Karatinos G. For individuals with obstructive sleep apnea, institution of CPAP therapy is associated with an amelioration of symptoms of depression which is sustained long term. *J Clin Sleep Med*. 2007;3(6):631-635.
- Strakowski SM, Hudson JI, Keck PE Jr, et al. Four cases of obstructive sleep apnea associated with treatment-resistant mania. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(4):156-158.
- Krahn LE, Miller BW, Bergstrom LR. Rapid resolution of intense suicidal ideation after treatment of severe obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med*. 2008;4(1):64-65.
- Li HY, Huang YS, Chen NH, Fang TJ, Liu CY, Wang PC. Mood improvement after surgery for obstructive sleep apnea. *Laryngoscope*. 2004;114(6):1098-1102.
- Kjelsberg FN, Ruud EA, Stavem K. Predictors of symptoms of anxiety and depression in obstructive sleep apnea. *Sleep Med*. 2005;6(4):341-346.
- Wells RD, Freedland KE, Carney RM, Duntley SP, Stepanski EJ. Adherence, reports of benefits, and depression among patients treated with continuous positive airway pressure. *Psychosom Med*. 2007;69(5):449-454.
- Wickwire EM. Behavioral management of sleep-disordered breathing. *Primary Psychiatry*. 2009;16(2):34-41.

Ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 58