

MÜNCHHAUSENŮV SYNDROM

Ing. MUDr. Aleš Urban, MUDr. Jiří Masopust

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Münchhausenův syndrom je behaviorální komplex ve kterém pacienti smýšlejí svá anamnestická data a předstírají tělesné nebo duševní příznaky za účelem hospitalizace. Shrnujeme historii, symptomatiku, diferenciální diagnostiku a možnosti léčby Münchhausenova syndromu. Souhrn literatury je doplněn vlastní klinickou zkušeností. Je popsána kazuistika Münchhausenova syndromu.

Klíčová slova: Münchhausenův syndrom, předstíraná porucha.

MÜNCHHAUSEN'S SYNDROME

Münchhausen's syndrome is a behavioral complex in which patients feign their history and physical or psychical symptoms, and seek a hospital admission. We sum up the history, symptoms, differential diagnosis, and treatment possibilities of Münchhausen's syndrome. The review of the literature is accompanied by our own clinical experience. We present one case of the Münchhausen's syndrome.

Key words: Münchhausen's syndrome, factitious disorder.

Úvod

Münchhausenův syndrom se podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKM 10) řadí do diagnostické skupiny předstíraných poruch (9). Spadá do kontinua poruch zahrnujícího somatoformní poruchu, předstíranou poruchu a simulaci, kde se příznaky nacházejí ve spektru od nevědomých a mimovolních až po výlučně vědomé a volní. Tato skupina poruch se řadí mezi nejsložitější fenomény klinické praxe, z čehož vyplývá i obtížnost provázející diagnostiku i léčbu. Samotná předstíraná (faktitivní) porucha se dělí do 3 podskupin a to s převažujícími psychickými příznaky, převažujícími tělesnými příznaky a příznaky smíšenými. Pacienti s touto poruchou se vědomě dopouštějí klamavého chování, ačkoli motivace k tomuto chování může být nevědomá. Münchhausenův syndrom je variantou předstírané poruchy a přestože je v literatuře popisován nejčastěji, je jeho výskyt relativně vzácný. Tvoří necelých 10% ze všech předstíraných poruch (12).

Historie

Pravděpodobně první popis pacienta simulujícího nebo předstírajícího příznaky nemoci podal již Galén. V roce 1838 publikoval britský lékař Gavin esej „On Feigned and Factitious Diseases“, který vznikl na základě souboru lékařských a psychologických triků prováděných vojáky a námořníky za účelem dosažení lékařské péče (4). V roce 1934 shrnul předstírané poruchy Karl Menninger v přednášce „Polysurgery and polysurgical addiction“ (12).

Samotný pojem Münchhausenův syndrom poprvé použil britský lékař Richard Asher v roce 1951. Vycházel přitom z vlastní zkušenosti s pacienty, kteří byli přijímáni pro dramaticky vyhlížející akutní stavy a poruchy, a kromě toho byli nápadní ličením drama-

tických a pohnutých životních osudů. Sám dělil pacienty do 3 skupin: abdominální typ (laparotomophilia migrans), hemoragický typ (haemoptysis or haematemeses merchants) a neurologický typ (2).

Pro pojmenování syndromu využil Asher postavu barona Hieronyma Karla Friedricha, svobodného pána z Münchhausenu (1720-1797). Byl to německý jízdní důstojník, který se v ruském jezdeckém pluku zúčastnil několika tažení proti Turkům. Proslul svým vypravěčským uměním a smyšlenými historkami a stal se předlohou pro hlavní postavu knihy „The Amazing Travels and Adventures of Baron von Münchhausen“, kterého v češtině známe jako Barona Prášila.

Kromě toho je v souvislosti s Münchhausenovým syndromem používána řada dalších synonymických označení, např. „nemocniční tuláci, špitální vši, toulaví pacienti, syndrom špitálního“ apod.

Etiopatogeneze

Etiologii této poruchy byla věnována pozornost v podstatě od samého počátku. I přes veškerou snahu není etiopatogeneze této poruchy uspokojivě vysvětlena. Z dosavadních zkušeností se zdá, že významnou roli hrají faktory psychosociální, ale stejně jako u ostatních duševních poruch, přibývá i nálezů biologických.

Asher považoval za možný podklad touhu pacientů stát se středem pozornosti, potřebu léků nebo nedůvěru a zaujatost vůči zdravotnickému personálu, která je uspokojována jejich oklamáváním a následnou frustrací. U jiných předpokládal únik před policií nebo získání noclehu (2).

V anamnéze těchto pacientů se často setkáváme s citovou deprivací a odmítáním ze strany rodičů, se zneužíváním nebo ztrátou rodičů v dětství. V nemoci a při hospitalizaci

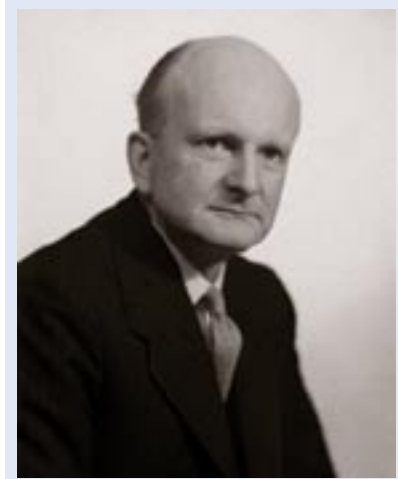
se setkávali se zájmem a péčí. Nemoc se u těchto pacientů stala způsobem uspokojení těchto potřeb, v dospělosti pak slouží obraz nemoci k tvorbě pozitivního vztahu (15).

Porucha může být i odrazem potřeby nalezení vlastní identity, protože předstíráním symptomů se dostávají do dobře definované role nemocného a díky bájné lhavosti se pacienti s Münchhausenovým syndromem dokonce mohou stát zajímavými a důležitými lidmi s neobvyklou minulostí.

U pacientů vyhledávajících nepříjemné nebo dokonce bolestivé procedury nebo vyšetření podle klasických psychoanalytických teorií nacházíme masochistické rysy. Spiro pak hovoří o něčem, co stojí mezi sexuálním a sociálním masochismem (10).

Mezi další etiopatogenetické faktory patří zvládání traumat po prodělání závažných onemocnění, ztotožnění se s osobou trpící závažným onemocněním, hypochondrie nebo paranoicko-kverulantní postoje vůči zdravotnickému personálu (15).

Obrázek 1. Richard Asher
převzato se souhlasem Elsevier z *The Lancet* 2002; 359: 346–349



Klinický obraz

Hlavním příznakem je předstírání či vytváření tělesných nebo psychických příznaků bez jiné zjevné motivace než je získání role pacienta a případně přijetí k hospitalizaci. Bursten charakterizoval Münchhausenův syndrom triádou příznaků: předstíráním nemoci, často s dramatickou prezentací příznaků, patologickým lhaním (pseudologia fantastica) a cestováním z místa na místo (peregrinace) (3). Podle převažující symptomatiky se předstírané poruchy podle diagnostických kritérií dělí na poruchy se somatickými příznaky, psychickými příznaky a smíšenými příznaky.

Poruchy s převažujícími tělesnými příznaky jsou vlastně původním typem, který Asher popsal ve své práci. Hlavním příznakem je předstírání příznaků nejrůznějších somatických onemocnění, nejčastěji náhlých příhod břišních, jejichž diagnostika pak vede k opakovaným operacím a mnozí pacienti pak po opakovaných operacích získávají tzv. „vyšívávané břicho“ (gridiron abdomen) (15). Dalším častým předstíraným nebo udávaným příznakem je krvácení, nejčastěji ze zažívacího nebo dýchacího traktu. U neurologické formy se setkáváme s předstíráním nejrůznějších záchvatů, nejčastěji křečí, bolestí hlavy nebo ztráty vědomí. Z dalších příznaků se můžeme setkat s kolikami, hypoglykemií, nauzeou, zvracením, průjmy, zvýšenou teplotou atd. Po provedených zákrocích se tito pacienti dožadují další péče. K jejímu dosažení často pokračují v sebepoškozování a například manipulací v ráně znemožňují hojení nebo způsobí infekci. S blížící se konfrontací narůstá nespokojenost s péčí, dochází ke konfliktům se zdravotnickým personálem, pacienti kverulují a nakonec opouštějí nemocnici a cestují jinam.

Psychické příznaky zahrnují celou řadu psychopatologických stavů jako např. deprese, disociativní a konverzní poruchy, halucinace, poruchy paměti, poruchy orientace, závislost na psychoaktivních látkách, poruchy příjmu potravy a podobně. Často se v těchto případech objevuje suicidální syndrom a předstírání sebevražedných pokusů. Po nich se ochotně podrobují léčebným opatřením, například výplachu žaludku nebo dialýze. Po přijetí se často symptomatika zmírňuje a ke zhoršení nebo znovuobjevení se symptomů dochází

Tabulka 1. Diagnostická kritéria pro předstíranou poruchu dle MKN 10

A. Jedinec vykazuje trvalé projevy záměrného předstírání příznaků a/nebo se sám poškozuje, aby si navodil příznaky.
B. Nesmí být nalezen žádný důkaz o vnější motivaci, jako je finanční kompenzace, snaha vyhnout se nebezpečí nebo dosažení zvýšené zdravotnické péče. Pokud je takový důkaz nalezen, měla by být použita kategorie Z 76.5, simulace.
C. Není potvrzena ani duševní porucha, která by mohla příznaky vysvětlit.
Americká klasifikace DSM-IV (10) rozlišuje dále tři typy faktitivní poruchy:
• s převážně psychickými znaky a příznaky
• s převážně tělesnými znaky a příznaky
• s kombinací psychických a tělesných příznaků (9).

při hrozícím propuštění, ke kterému pak často dochází za stejně dramatických okolností jako k přijetí.

Fantastická pseudologie je termín, který Kuffner výstižně přeložil jako „bájevá lhavost“ (13). Při ní dochází ke zkreslování skutečnosti, k vymyšlení nejrůznějších příhod a podivných dobrodružství. Často je bájevá lhavost spojena s poruchou paměti, protože pacient se po čase ve svých výmyslech přestává orientovat a sám není schopen rozpoznat, co je pravda a co ne.

Bájevá lhavost se netýká jen předstíraných příznaků, ale také všech ostatních skutečností, které o sobě tito pacienti udávají. Mění svoje jméno, bydliště, příbuzné a často se vychloubají příbuzenstvím nebo známostmi se slavnými lidmi. Jeden pacient například při konziliárním vyšetření na kardiologickém oddělení tvrdil, že má koně, kterého mu darovala dánská královna, se kterou se osobně znal. Dokladoval to kufříkem nejrůznějších dokumentů, kde byla i „darovací listina“.

Cestování je další z typických známek Münchhausenova syndromu. Podle Vacka je spojeno se sociální nezakotveností těchto nemocných. Podle některých autorů jde o obsedantně-kompulzivní symptomatiku a touhu cestovat (5). Protože se po většinou ocitají v nepsychiatrických zařízeních, kde není běžným zvykem ověřovat si pacientem uvedené skutečnosti, odcházejí z nemocnice s diagnózou somatického onemocnění (13).

Někteří z pacientů vystřídají neuvěřitelný počet nemocnic. Výjimkou nejsou pacienti, jejichž počet hospitalizací se pohybuje v řádu několika desítek.

Diferenciální diagnóza

Diagnóza předstírané poruchy je obtížná zejména při úvodním vyšetření. K přijetí těchto pacientů do nemocnice dochází často v noci nebo během víkendu a lékař nemá dostatek objektivních údajů. Podezření by měly vzbudit nápadnosti a rozpory v anamnestických údajích, nesrovnalosti v předstíraných symptomech a laboratorních nálezech. Stejně složité pak mohou být i následné diferenciální diagnostické rozvahy. Pro přehled uvádíme alespoň základní nosologické jednotky patřící do diferenciální diagnózy včetně základních charakteristik, které by nám v klinické praxi mohly naše diferenciálně diagnostické uvažování usnadnit.

Nikdy bychom neměli zapomenout na skutečnost, a to zejména při stanovení diagnózy Münchhausenova syndromu, že současně může být přítomno skutečné tělesné onemocnění. Zde je zapotřebí pečlivého fyzikálního vyšetření a opakovaných laboratorních a jiných paraklinických vyšetření.

Již Spiro tyto nemocné nepovažoval za obyčejné simulanty nebo podvodníky a domníval se, že simulující a podvádějící lidé nejsou schopni produkovat tak výraznou a chronickou symptomatiku (10, 11). Pokud dojdeme k tomu, že pacient záměrně předstírá symptomy onemocnění, měla by však možnost simulace být vzata v potaz. Ovšem zatímco u předstírané poruchy je jediným zřejmým motivem získání statutu pacienta, u simulujících prokazujeme další zisky z onemocnění nebo konkrétní cíle, jichž chce pacient prostřednictvím „nemoci“ dosáhnout, např. finanční i jiné náhrady, invalidizace, vyhýbání se práci, výkonu trestu nebo vojenské služby. Po získání výhod u simulantů obvykle příznaky ustupují. Pacient tedy své jednání zastaví, když není účelné. Simulující pacienti obvykle také odmítají bolestivé nebo jinak nepříjemné vyšetření či zákroky (15). Neměli bychom ale zapomínat na fakt, že i simulace onemocnění nebo traumatu může vést k závažnému poškození pacienta.

Tabulka 2. Rozdíly mezi předstíranou, somatoformní, konverzní a disociativní poruchou a simulací (upraveno dle Puri et al., 8)

	Tělesné příznaky	Psychické příznaky	Nevědomá motivace	Vědomá motivace	Volní produkce příznaků	Mimovolní produkce příznaků
Předstírané poruchy	++	+	+	-	+	-
Somatoformní poruchy	+++	-	+	-	-	+
Konverzní poruchy	++	-	+	-	-	+
Disociativní poruchy	-	++	+	-	-	+
Simulace	++	+	-	+	+	-

Do diferenciálně diagnostického spektra psychiatrických onemocnění patří k předstíraným poruchám somatoformní poruchy, konverzní a disociativní poruchy, a stejně jako u somatických onemocnění i simulace. Pro přehlednost uvádíme v tabulce 2 rozdíly mezi výše uvedenými poruchami.

Pacienti s Münchhausenovým syndromem vyšetřeni psychiatrem byli nejčastěji diagnostikovani jako poruchy osobnosti - disociální, histriónské nebo emočně nestabilní. Byl popsán i případ mnohočetné poruchy osobnosti. Diagnóza poruchy osobnosti může být jistě stanovena jako komorbidní, ale nemělo by docházet k záměně diagnóz. Domníváme se, že od poruch osobnosti se pacienti s Münchhausenovým syndromem odlišují zejména svou schopností učit se a využívat předchozích zkušeností.

Většina pacientů s Münchhausenovým syndromem byla popsána nepsychiatry. Domníváme se, že tito pacienti by měli být psychiatrem vyšetřeni, také z důvodu vyloučení jiné nebo komorbidní psychické poruchy.

Průběh a prognóza

Onemocnění se obvykle objevuje v rané dospělosti, ale může se objevit již během dětství nebo v dospívání. Pacienti zřídka přijímají psychiatrickou léčbu. Pokud ano, pak takové intervence zmírňují symptomatiku pouze na přechodnou dobu a většina pacientů se dříve či později ke svému životnímu stylu vrací.

Onemocnění je zneschopňující a opakovaným předstíráním příznaků, sebepoškozujícím jednáním a absolvováním vyšetřovacích a operačních zákroků může vést k vážnému poškození pacientů. Ačkoli nejsou k dispozici potřebná data, je pravděpodobné, že někteří z pacientů kvůli zbytečné léčbě, nežádoucím účinkům léků, vyšetřování a chirurgickým zákrokům i předčasně umírají (4). Část pacientů se dostává do vězení, obvykle za drobnější prohřešky, krádeže, tuláctví a výtržnictví. Někteří bývají dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických zařízeních.

Prognóza je u většiny případů Münchhausenova syndromu nepříznivá. Lepší prognózu mají ostatní formy předstírané poruchy, které se často po 40. roce věku spontánně upravují. Podle některých autorů má snad tato remise vztah k podobným pozorováním u hraničních poruch osobnosti, které se ve svých projevech ve středním věku rovněž zmírňují (4).

Za příznivé faktory se pokládá přítomnost afektivní symptomatiky, masochistických rysů a minimum rysů disociálních (7).

Léčba

Léčbě Münchhausenova syndromu je v literatuře věnováno méně pozornosti, studie zaměřené na léčbu tohoto onemocnění nebyly

dosud provedeny. Protože je na tyto pacienty nahlíženo spíše jako na „neléčitelné“, byla často „péče“ zaměřena na prostou redukci počtu hospitalizací, například za použití tzv. černých listin (12). Někteří lékaři dokonce navrhovali vytvoření centrálního registru s fotografiemi a otisky prstů těchto pacientů (6).

Almond ve své práci shrnul dosud použité léčebné metody, které zahrnovaly psychoterapii, hypnózu, inzulinové šoky, elektrošoky, psychochirurgické zákroky, medikamentózní léčbu a sám navrhoval jako jediné účelné opatření dlouhodobou ústavní detenci (1).

Prvním krokem léčby je zejména snížení počtu invazivních a potenciálně rizikových vyšetřovacích procedur. Po stanovení diagnózy může řada pacientů vykazovat určité zlepšení se snížením předstíraného chování, ale obvykle další psychiatrickou péči odmítají (12).

Přístup k pacientovi by neměl být konfrontační a neměli bychom se snažit pacienta natchytat při lži. V okamžiku konfrontace totiž většina pacientů přestává spolupracovat a opouští nemocnici (14, 15). Zpočátku je vhodnější pacientovu verzi akceptovat a dále zvolit spíše podpůrný a vysvětlující přístup. Podpůrná terapie není léčebnou metodou, ale často vede ke zmírnění symptomatiky. Další psychoterapie by se měla odvíjet od osobnostních rysů pacienta, protože téměř u všech pacientů s Münchhausenovým syndromem můžeme diagnostikovat i poruchu osobnosti (4). Psychoterapeut by se měl vyvarovat nadměrných očekávání a spíše než vyléčení by měl očekávat epizody se zmírněním projevů onemocnění. Stejně tak by si měl být vědom protipřenosu, který může posléze vést k terapeutickému nihilismu, averzi a pocitům osobní zodpovědnosti za pacientovo pokračující chování.

Samozřejmostí je terapie komorbidních psychických poruch. Léčba psychofarmaky by však měla být pečlivě kontrolována, aby se minimalizovalo její zneužití při sebepoškozujícím jednání. Užitečné se zdá být podávání preparátů ze skupiny SSRI, které mohou do jisté míry kontrolovat projevy impulzivního chování (4).

Kazuistika

Čtyřiatřicetiletý pacient byl přijat na Psychiatrickou kliniku v Hradci Králové v únoru 2002. Na ambulanci přišel ve večerních hodinách z vlastní iniciativy. Hovořil o tom, že otec zemřel na silikózu plic a matka na rakovinu prsu. Uvedl, že utrpěl úraz po výbuchu na šachtě v roce 1997. Došlo ke zlomenině obou bérců a byl dva týdny v bezvědomí. V důsledku úrazu pacient trpí epilepsií a má časté záněty žil dolních končetin. Z léků užívá carbamazepin a warfarin. Popřel, že by někdy byl vyšetřen psychiatrem. Nemocný se údajně vyučil důlním elektromontérem, jednalo se

o učební obor s maturitou. Pracoval nejprve jako kombajnér a později jako hlavní předák na šachtě. Od roku 1998 je v plném invalidním důchodu pro uvedená zranění při důlním neštěstí. Opakovaně vyprávěl o oštesném zážitku při výbuchu, který přežil pouze on a střelmistr. Hledali ho asi čtyři hodiny v závalu. Přežil díky gumové hadičce, pomocí které dýchal. Finančně je dobře zajištěn, příspěvky společně s rentou mu dávají měsíčně částku 30 000 korun. Důvěryhodně vyprávěl o tom, jak v průběhu základní vojenské služby absolvoval několikaměsíční parašutistický výcvik a také půlroční cvičení v Kazachstánu v poušti. V Ostravě prý prodal dům po rodičích a koupil čtyřpokojový byt v Hradci Králové, protože se mu zde během parašutistického výcviku líbilo. Pacient tvrdil, že chodí do kostela, je věřící a od roku 1987 je členem komunistické strany. Při přijetí si nemocný stěžoval na pocity smutku a samoty. Příčinou byla tragická smrt přítelkyně, se kterou se chtěl oženit. V předvečer Štědrého dne ji srazil autem opilý řidič. Udával, že mu nechutná jíst, v noci se budí a z ničeho nemá radost. Také často myslí na zesnulé rodiče a na kamarády zavalené v dole. Asi před týdnem slyšel hlas své přítelkyně ve městě, ale uvědomuje si, že to není možné. Sloužící lékař popsal depresivní ladění a úzkostné ladění s hyposomnií. Nemocný byl přijat s diagnózou „adaptační porucha ve složité osobní situaci“.

Na oddělení všechny pacientovy obtíže rychle odplynuly. Záhy zde zdomácněl a bavil ostatní pacienty historkami. Vedl ranní komunitu. Při jedné z nich přítomné pacienty i personál mystifikoval smyšlenou příhodou o novém neštěstí na šachtě, při kterém zahynulo několik horníků. Všem dal podepsat smuteční dopis určený řediteli ostravských dolů. Na závěr vyzval k držení dvou minut ticha za zesnulé. Hlasitě komentoval pořady v televizi. Jeho chování bylo často teatrální se snahou upoutat na sebe pozornost. S přibývajícím dnem pobytu na oddělení se začaly objevovat drobné konflikty s personálem. Pacient na oprávněné požadavky dodržování řádu reagoval podrážděně. Množily se výbuchy hněvu a často se dožadoval svých „práv“. Vzpomínal na socialismus a přál si, aby přišel nějaký diktátor typu Stalina a dal vše do pořádku. Ostatní pacienty nazýval „póvem“. Podle něj se všichni jenom válí, pouze on celý život pracuje. V průběhu psychologického vyšetření nemocný „předvedl“ celou škálu emocí od infantilního nadšení až po výbuch hněvu. Neustále se rozptyloval prohlížením v zrcadle a pochvaloval si, že vypadá jako Josif Visarionovič Stalin. V jednání byl značně manipulativní („jste jediná, kdo mi tady rozumí... ..nemohla byste mi půjčit peníze?“). Psycholog vyšetřením zjistil mnohočetný kognitivní deficit

a úroveň intelektu dosáhla nižšího průměru. Na elektroencefalografickém záznamu se neobjevily specifické epileptické grafoelementy. Pacient docházel na pracovní terapii a využíval samostatné vycházky. Z léků byl podáván carbamazepin a warfarin, které podle svých slov užíval dlouhodobě. Podrobným šetřením jsme postupně zjistili, že anamnestické údaje uvedené pacientem jsou z velké části nepravdivé. Oba rodiče nemocného dosud žijí. Otec uvedl, že se jedná o „největšího lháře jakého kdy potkal“ a nechce se s ním stýkat. Pacient se vyučil železobetonářem a maturitu nemá. Na vojně byl pouze jeden rok a výcvik v kazašské poušti neabsolvoval. V dole pracoval, ale při výbuchu zavalen nebyl. Není v plném invalidním důchodu jak tvrdil, ale je nezaměstnaný. Žádný dům neprodal a byt v Hradci Králové nevlastní. V podstatě se jedná o bezdomovce. Pravdivost údajů o epilepsii se nepodařilo ověřit, ale ve většině získané dokumentace tento údaj chybí. V roce 1996 utrpěl otřes mozku a frakturu navikulární kosti levé dolní končetiny s následnou hlubokou žilní trombózou. Velkým překvapením bylo zjištění pacientovy bohaté psychiatrické anamnézy. Od roku 1994 byl sedmadvacetkrát hospitalizován v Psychiatrické léčebně Opava a několikrát v dalších psychiatrických zařízeních. Nejčastější diagnózou byla emočně nestabilní porucha osobnosti – impulzivní typ. Objevil se také údaj o patologickém hráčství. Jindy byl přijat pro adaptační poruchu a jednou pro posttraumatickou stresovou poruchu. Léčen byl převážně klasickými antipsychotiky a zřídka též antidepresivy. Při prostudování zapůjčené dokumentace bylo zřejmé, že smyšlené údaje se při přijetí do různých zařízení opakovaly. Údajná smrt rodičů, družky nebo vzpomínky na zával v šachtě vždy vedly k emoční rozladě a občas slyšel hlasy mrtvých. Vysledovali jsme též několik parasuicidií. Několikrát se v dokumentaci objevila zmínka o „rozvoji hospitalizačního syndromu“ nebo „špitální vší“. Diagnóza Münchhausenova syndromu však byla stanovena pouze jedinkrát.

Zcela smyšlená byla samozřejmě také příhoda s tragickým úmrtím přítelkyně těsně před

Vánocemi. Osmnáctý den pobytu nemocný zřejmě vytočil, že se personálu podařilo zjistit pravdivé údaje. Začaly se množit manipulace v jeho jednání, stupňovaly se projevy impulzivity a verbální agresivity. Objevil se kolapsový stav bez zjevné příčiny. Ve večerních hodinách se rozvíjí paranoidní reakce vůči ošetřujícímu personálu. Domnívá se, že ho zdravotní sestry sledují a chtějí ho zlikvidovat, protože je komunista. Postupně narůstá jeho tenze, sprostě nadává a vyhrožuje zabitím. Poté vbíhá na ošetřovnu a snaží se napadnout zdravotní sestru. Za asistence policie se podaří pacienta fyzicky omezit a podat medikaci. Celou noc nespí, stále nadává, křičí a zpívá ruskou píseň Kaťuša. Vyhrožuje ruskou mafii a Bin Ladinem. Druhý den ráno je převezen do spádové psychiatrické léčebny.

Stav byl uzavřen jako „akutní paranoidní reakce u disponované osobnosti s rysy emoční nestability a histriónskými“. Další diagnózou byla předstíraná porucha (Münchhausenův syndrom).

Diskuze

V popsaném případě nemocný splňoval diagnostická kritéria pro předstíranou poruchu

podle MKN 10 (viz tabulka 1) a své obtíže prezentoval velmi dramaticky. Rozvinutá byla u námi popsaného pacienta pseudologia fantastica a přitomno bylo též cestování z místa na místo. Je tedy zcela zřetelná charakteristická triáda Münchhausenova syndromu. U tohoto nemocného převládalo předstírání psychických symptomů nad předstíráním příznaků somatických.

Psychiatrii se s Münchhausenovým syndromem nesetkávají příliš často. Jedná se však o problematiku závažnou a složitou. Kromě již popsaných rizik pro pacienta znamenají opakované hospitalizace spojené s vyšetřeními a léčbou velkou finanční zátěž pro zdravotnictví. Částečným řešením by bylo počítačové propojení jednotlivých nemocnic a elektronické zdravotní karty pacientů. Lékaři by tak měli okamžitý přístup k informacím, které vzhledem k peregrinaci těchto nemocných často chybí.

V léčbě volíme trpělivý a vysvětlující přístup. Je třeba se vyhnout konfrontaci nebo snaze usvědčit nemocného ze lži. Při takovém postupu pacient většinou opouští nemocniční zařízení a může dojít i neočekávaným reakcím jak jsme popsali v kazuistice.

Literatura

1. Almond ID. The Münchhausen Syndrome. *Middx Hosp J* 1970; 70: 90–93.
2. Asher R. Munchhausen's syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339–341.
3. Bursten B. On Munchhausen's syndrome. *Arch Gen Psych* 1965; 13: 261–268.
4. Feldman MD, Ford CV. Factitious Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1533.
5. Gelenberg AJ. Munchhausen's Syndrome With A Psychiatric Presentation. *Dis Nerv Sys* 1977; 38: 378–380.
6. Ireland et al. In Murray JB. Munchhausen Syndrome/ Munchhausen Syndrome by Proxy. *The Journal of Psychology* 1997; 131: 343–352.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 636.
8. Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH. *Textbook of Psychiatry*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 2002: 251.
9. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha 1996: 411.
10. Spiro in Vacek J. Pohled psychiatra na Münchhausenův syndrom. *Čas Lék čes* 1973; 112: 133–139.
11. Spiro in Vacek J, Švejkovská J. Další případ nemocničního tuláctví (Münchhausenův syndrom). *Čs Psychiat* 1974; 70: 186–191.
12. Turner J, Reid S. Munchhausen's syndrome. *Lancet* 2002; 359: 346–349.
13. Vacek J. Pohled psychiatra na Münchhausenův syndrom. *Čas Lék čes* 1973; 112: 133–139.
14. Vacek J, Švejkovská J. Další případ nemocničního tuláctví (Münchhausenův syndrom). *Čs Psychiat* 1974; 70: 186–191.
15. Vostatková J. Münchhausenův syndrom (Kazuistika). *ČS Psychiat*. 1996; 92: 248–256.