

# Faktitivní porucha

**MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.<sup>1</sup>, Mgr. Rastislav Žirko<sup>1</sup>, doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK Hradec Králové

<sup>2</sup> Ordinace praktického lékaře pro dospělé, Poliklinika IV Hradec Králové

U faktitivní poruchy pacient předstírá příznaky, agravuje nebo se sebepoškozuje. Na rozdíl od simulace to nedělá z vědomě zjištěných důvodů. Primárním cílem je získat lékařskou péči a zájem druhých. Autoři ve svém sdělení popisují případ mladé ženy s projevy závažné faktitivní poruchy. Poukazují na složitost přesnější diagnostiky u nemocných s rozmanitými či závažnými somatickými příznaky, které nejsou dostatečně vysvětlitelné současnými medicínskými postupy.

**Klíčová slova:** faktitivní porucha, medicínsky nevysvětlitelné příznaky.

## Factitious disorder

For a factitious disorder, the patient pretends to be symptomatic, aggravates, or self-inflicted. Unlike the simulation it does not do it for consciously good reasons. The primary goal is to get medical attention and interest in others. The authors describe the case of a young woman with serious facial disorder. They point to the complexity of more accurate diagnostics in patients with multiple or severe somatic symptoms that are not sufficiently explained by current medical practices.

**Key words:** factitious disorder, medically unexplained symptoms.

## Úvod

Konziliární psychiatr bývá na somatická oddělení zván k pacientům, kteří mají rozmanité či přetrvávající tělesné obtíže, pro které lékaři nenacházejí odpovídající organopatologický korelát. Organické patologické změny buď chybějí zcela nebo dostatečně nevysvětlují intenzitu, povahu či rozsah příznaků. Medicínsky nevysvětlitelné příznaky jsou závažným problémem ve zdravotnictví. Z psychiatrického hlediska se obvykle jedná o nemoci ze spektra somatoformních poruch (dále jen SP), faktitivních poruch (dále jen FP) a simulace. V klinické praxi tyto poruchy patří mezi nejsložitější fenomény. Jsou obtížně diagnostikovatelné i léčebně ovlivnitelné. U SP dochází k tvorbě příznaků nevědomě a mimovolně. U simulace je to výlučně vědomé a volní, a to ze zjištěných důvodů. FP mají místo někde uprostřed. Pacient vědomě předstírá příznaky, agravuje nebo se sebepoškozuje. Motivace k to-

muto chování může být nevědomá. Primárním cílem u FP je získat péči a zájem zdravotníků, soucit, pozornost a podporu druhých. Velmi často jde o uspokojení potřeby závislosti na druhých u zranitelných osob se závislou či hraniční poruchou osobnosti. U těchto pacientů dochází k více či méně vědomému „útěku do nemoci“, ze kterého plyne určitý zisk. Pacienti trpící těmito poruchami značně psychicky strádají a ztráty z nemoci významně převažují nad zisky. Dochází k nadměrné spotřebě medicínské péče, významné morbiditě a mortalitě, zejména díky nesprávným léčebným přístupům (1). Podle převažující symptomatiky se předstírané poruchy dělí dle diagnostických kritérií na poruchy se somatickými příznaky, psychickými příznaky a smíšenými příznaky. Ze somatických příznaků pacienti nejčastěji předstírají náhlé příhody břišní, krvácení, křeče, bolesti. Dalším typem je FP by proxy, kdy dochází k volní produkci

příznaků tělesné či psychické poruchy u jiné osoby, kterou má dotyčná osoba v péči (2). Nejznámějším obrazem FP je Münchhausenův syndrom, kde kromě předstírání příznaků dochází k bájevé lhavosti a putování po zdravotnických zařízeních. Častější projevy FP jsou ale méně nápadné, objevují se u mladých žen s nedostatečnou podporou rodiny, chovají se pasivně, nezrale a mají řadu hypochondrických rysů (2). Faktitivní poruchy jsou spojeny s osobnostními nápadnostmi. V extrémním případě mohou vést k drastickému sebepoškozování a zbytečným operacím (3, 4). Sebepoškozující chování lze rozdělit do třech typů (2): 1. přímé (škrábání, řezání, bodání), 2. sebeindukující (požití poškozující medikace či infekčních látek), 3. delegované (operace, amputace či jiné vysoce rizikové terapeutické nebo diagnostické postupy). V anamnéze těchto pacientů se často setkáváme s citovou deprivací a odmítáním

ze strany rodičů, zneužíváním či ztrátou rodičů v dětství (2). Anamnestické údaje podávané pacienty jsou často inkonzistentní. Pro stanovení diagnózy je nutno získat informace z více zdrojů (od předchozích lékařů, zdravotníků, rodinných příslušníků). Objektivizace pacientovy životní a sociální situace je mnohdy obtížná. Někdy je potřebné i kontinuální sledování pacienta v nemocničním prostředí. Faktitivní porucha obvykle začíná v dospělém věku mezi 20.–40. rokem, někdy i dříve. Klinický průběh může být akutní či chronický (2). U chronických případů dochází k četným návštěvám lékařů, dlouhodobým či opakovaným hospitalizacím. Pacienti bývají léčeni „symptomaticky“, bývají operováni, invazivně vyšetřováni, což je zbytečně ohrožuje. Odhalení skutečné diagnózy vede u zdravotnického personálu k negativním protipřenosovým reakcím. Léčba je v současnosti nedostatečná, prognóza nepříznivá (1). Psychiatrickou péči obvykle tito pacienti odmítají. Konziliární psychiatr by měl zdravotnickému personálu vysvětlit charakter poruchy a protipřenos. Pacient by měl být se zjištěnou psychopatologií v klidu konfrontován bez moralizování a hněvu (2, 5, 6). Ke zmírnění symptomatiky může vést podpůrná psychoterapie. Další psychoterapie by se měla odvíjet od osobnostních rysů pacienta (3–5). Somatictí lékaři by se měli snažit snížit počet invazivních a potencionálně rizikových diagnostických a léčebných procedur. V současné době nemáme dostatek informací nutných ke kritickému zhodnocení efektivity jakékoliv terapie FP (7).

## Popis případu

S 36letou pacientkou jsem se setkala na konziliárním psychiatrickém vyšetření za hospitalizace na II. interní gastroenterologické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové (dále jen FN HK) v červnu roku 2015, kde byla vyšetřována pro enteropatii. Již tehdy se léčila pro řadu závažných somatických nemocí. V kontaktu vystupovala společensky, byla vitální a statečně bojující se svými onemocněními a nepříznivou životní situací. Nebyla nijak úzkostná ani depresivní. V žádosti o psychiatrické konzilium stálo: „prosím o návrh úpravy chronické farmakoterapie s ohledem na management terapie bolesti“. Při mém podrobnějším dotazování ošetřujícího lékaře pacientky na lůžkovém oddělení jsem se dozvěděla, že mezi lékaři, kteří mají pacientku v péči, opakovaně probíhá diskuze a úvahy

o korelaci subjektivních obtíží a jejich organickým podkladem. Lékaři již řadu let zvažovali psychogenní podklad obtíží s ohledem na anamnézu týrání pěstouny v dětství. Pacientku jsem psychiatricky vyšetřila a posléze jsem doporučila i psychologické přešetření. Následně jsem podrobně prostudovala její zdravotní dokumentaci vedenou v našem zdravotnickém zařízení. Bylo to poměrně náročné, protože v té době již byla pacientka v péči nebo byla vyšetřena v mnoha specializovaných ambulancích (ambulance léčby bolesti, revmatologická poradna, imunologická ambulance, koloproktologická poradna, neurologická ambulance, gastroenterologická ambulance, ortopedická ambulance, psychiatrická ambulance, neurochirurgická a rehabilitační ambulance). Pacientka byla též v našem zdravotnickém zařízení opakovaně hospitalizována.

Pacientka byla od časného dětství opakovaně adoptována, biologická matka ji odložila. V deseti měsících věku utrpěla trauma hlavy. Dle dostupné zdravotnické dokumentace se jednalo o epidurální a subdurální hematom. Sama z tohoto údaje usoudila, že byla týrána. S adoptivní rodinou (rodiči a sourozenci), která ji vychovávala od jejích 2 let, se nestýká. Je vyučená dámskou krejčovou. Krátce pracovala jako švadlena, pak jako uklízečka. Od svých dvaceti pěti let věku byla v částečném invalidním důchodu a od dvaceti šesti let věku pak v plném invalidním důchodu pro pohybové obtíže. Ve svých třiceti letech věku byla dva měsíce vdaná, ale manžel ji dle jejích slov týral, takže se rozvedli. Ale dle údajů od manžela ve zdravotní dokumentaci z tehdejší doby na něj byla opakovaně agresivní, ponižovala ho. Od té doby žije sama v bezbariérovém bytě, jen s kočkou. Stará se o ni pečovateli – dobrovolník, sedmdesátiletý pán, o kterém říká, že je moc hodný. Sama pacientka uvádí, že s domácími pečovatelskými službami má negativní zkušenosti z minulosti. Sděluje: „ty holky mě začaly obviňovat, že si z nich dělám služby“. V naší psychiatrické ambulanci byla pacientka v minulosti vyšetřena dvakrát. Poprvé v době svého krátkého manželství, tj. ve třiceti letech věku, po konfliktu s manželem, kdy měla suicidální proklamace. Pak za dva roky pro anxiózní syndrom po konfliktu a rvačce s nevlastní sestrou. V obou případech šlo o situační záležitost nevyžadující psychofarmakologickou terapii či jinou

psychiatrickou intervenci. Zachyceny byly její osobnostní emočně nestabilní rysy.

Svou kariéru pacientky započala v době časného dospívání. Od deseti let věku měla bolesti kyčlí, které se od patnácti let věku zvýraznily a od šestnácti let věku chodila s francouzskými holemi. Sama uvádí, že lékaři si nevěděli s jejími obtížemi rady, nakonec to nazvali „lupavými kyčlemi“. V devatenácti letech věku absolvovala korekční operaci (dle dostupné zdravotnické dokumentace se jednalo o protěti tractus iliobialis). Dále ale chodila s francouzskými holemi a ve svých dvaceti sedmi letech věku skončila na elektrickém vozíku, na kterém je dosud. Sama uvádí, že chůzí o berlích si zničila ruce (dle dostupné zdravotnické dokumentace diagnosticky uzavíráno jako útlak nervus ulnaris vpravo) a vyústilo to také v operaci.

Ještě před osmnáctým rokem věkem si stěžuje na různé trávicí obtíže a ve dvaceti jedna letech věku jí byla stanovena diagnóza celiakie. V dalších letech byla gastroenterologem vedena jako autoimunitní enteritida (autoprotilátky specifické pro celiakii opakovaně neprokázány). Od dvaceti šesti let věku se u pacientky stupňují bolesti břicha a poruchy vyprazdňování (střídání průjmu a zácpy). Ve třiceti dvou letech věku se vytvořil anální absces s nutností incize a drenáže, rok na to perianální píštěl s nutností operace. Pro bolesti břicha a obtíže s vyprazdňováním je během těchto let opakovaně hospitalizována v našem zdravotnickém zařízení. V její zdravotnické dokumentaci je dále uváděna polyvalentní léková a potravinová alergie, ale kožní potravinové testy jsou opakovaně negativní, stejně tak i opakované precipitace na užívané léky. Její jídelníček je velmi omezen. Od svých třiceti třech let věku jí dle svých slov téměř výlučně Nutridrinky, pomerančový džus a občas holé kuřecí maso. I za hospitalizace na somatickém oddělení odmítá jiná dietetická opatření a zhodnocení tolerance potravin s tím, „že to v minulosti k ničemu nevedlo“. V té době již užívá na „kruté bolesti břicha, zad a kloubů“ injekce morfinu. Při snaze o vysazení morfinu za hospitalizace je přítomen abstinční syndrom. Při převedení na opiátové náplasti (transdermální fentanyl) uvádí intoleranci, stejně tak u jiných analgetik. Přestože byla řádně algeziologem poučena o možnostech analgetické terapie a rizikosti současné léčby, jinou analgetickou medikaci striktně odmítá. Požaduje ponechat

medikaci morfinem subkutánně s frekvencí aplikace 3–4x denně, což jí dlouhodobě vyhovuje a nenaléhá na navyšování dávky. Pacientka si řadu let aplikuje klyzmata a sama si manuálně vybavuje stolici. Z důvodu inkontinence stolice, která ji obtěžuje mezi lidmi, nosí pleny. V posledních letech však dochází pouze k lékařům, jinak do společnosti nechodí. Klyzma jí údajně alespoň o polovinu sníží pravděpodobnost, že se někde pokálí. Zkoušela různé typy plen, po některých má „boláky a červený zadek jako pavíán“. S kožními afekcemi dochází do imunologické ambulance. Dle dostupné zdravotnické dokumentace hodnoceno jako recidivující kožní infekce, léčba bakteriální autovakcínou byla bez efektu. Pacientka lékařům opakovaně zdůrazňuje, že si opakovanou aplikací klyzmat úplně zničí ruce – „že by se ráda těma rukama alespoň za pár let napila z hrníčku“. Lékaři je tedy v jejích třiceti šesti letech věku navrženo provedení sigmoideostomie, jedná se ale spíše o žádost nemocné. Lékaři si od tohoto zákroku slibují zvýšení kvality života pacientky. V témže roce je pacientce provedena subtotální kolektoomie a terminální transversostomie. Medicínským důvodem operace je funkční porucha GIT, snížená funkce rekta, insuficience análního svěrače. Do třech týdnů po operaci došlo k dehiscenci pahýlu rekta a rozvoji pneumoperitonea. Stav byl řešen konzervativně (systémová antibiotika a rektální drenáž). Za necelý rok došlo k prolapsu pahýlu rekta, chronickému abscesu malé pánve a prolapsu stomie. Byla provedena laparoskopická extirpace pahýlu s revizí stomie. Pacientka si

stomii ošetřuje sama, denně si do ní aplikuje miniklyzmata, jinak se by se cítila „plná“. I po operaci prolapsu pacientka přesto udává, že má opět prolaps pět až deset centimetrů, který si volně reponuje zpět. Lékař ho ale nepozoruje, nicméně za několik měsíců je ve zdravotnické dokumentaci popisován prolaps stomie tři až pět centimetrů. Pacientka je opětovně hospitalizovaná na interním oddělení pro trávicí obtíže, nevolnosti a bolesti břicha, které trvají dosud. Užívá laxativa a aplikuje si morfin 3–4x denně. Hmotnost je v posledních letech nízká, nicméně stabilní, BMI je 17,7.

Při psychiatrickém vyšetření, jehož okolnosti jsou uvedeny výše, byla pacientka v lůžku, lucidní, orientovaná kompletně správně, v kontaktu společenská, ochotně spolupracující, sdílná, emočně živá, klidná, usměvavá, nálada bez patologie, hedonie zachována, zájmy omezeny, myšlení souvislé, centrované na somatické obtíže, psychotické příznaky nezjištěny. Sekundární insomnie při bolestech, syndrom neklidných nohou, restriktce příjmu jídla, tělesný dyskomfort při chronickém algickém syndromu, fyzické limity, osobnost traumatizovaná z dětství. Magnetická rezonance mozku provedená v roce 2013 byla s normálním nálezem. Z psychiatrického vyšetření vyplývá, že by se mohlo jednat o FP či SF. Následovalo provedení psychologického vyšetření, které zahrnovalo rozhovor s pacientkou se zaměřením na současné potíže, aktuální zdravotní stav i celkovou životní situaci. Dále bylo zadáno k vyplnění inventoriu MMPI-2 a v závěru byl administrován Rorschachův test. Z testových metod je patrné, že schopnost

a ochota samostatné orientace v problematice je malá. Kognitivní flexibilita je nízká (naopak rigidně trvá na svých názorech a drží se svých zjednodušených představ). Osobnost je nezralá, s rysy závislosti, infantilně požadovačná, manipulující se svým okolím. Vysoká je pohotovost k opozičním reakcím i konfrontaci, emočním rozladám až dysforii. Nelze vyloučit hraniční poruchu osobnosti. Z psychologického vyšetření celkově vyplývá, že pacientka dlouhodobě nerozvíjí žádnou ze svých životních rolí, kromě role pacienta, a sama o sobě také mluví jen z této perspektivy. Role nemocné je pro ni i určitým aktivním seberealizováním (kariérou či cestou k „výjimečnosti“, sociálním kontaktům, podpoře i péči okolí). Utrpení se nejeví dominující v prožívání pacientky ani v jejích verbalizacích (svůj úděl se snaží nést statečně). Lze zvažovat poruchu osobnosti hraničního typu, přítomný je ale i výrazný průnik symptomatiky psychiatrem zvažovaného kontinua: SF – FP. Lékaři byli o závěrech psychiatra i psychologa ústně informováni včetně širších souvislostí a rizik. Pacientka byla seznámena s tím, že v jejích tělesných obtížích hrají významnou roli její osobnostní charakteristiky a nepřijatá traumata z dětství. To pacientka striktně odmítla, stejně tak nabídku psychiatrické péče.

## Diskuze

Diferenciálně diagnosticky lze u naší pacientky zvažovat některou z forem SF: 1. *somatizační porucha* – obtíže jsou nápadné, měnlivé a dramatické, z více orgánových systémů, pacientka se je snaží řešit i za cenu invazivních vyšetření

a zbytečných operačních výkonů. 2. *somatoformní vegetativní dysfunkce* – v případě naší pacientky dráždivý tračník. Významné je v této souvislosti pacientkou uplatňované zajišťující a vyhýbavé chování (klyzmata, restrikce jídla apod.), které jí mají v jejích obtížích ulevit, ale ve skutečnosti dále výrazně prohlubují symptomatiku. 3. lze diferenciatně diagnosticky zvažovat *přetrvávající bolestivou poruchu*. Zpočátku se bolest týkala kyčlí, během let se ale rozšířila i na záda a kořenové i drobné klouby. Dalším zdrojem bolestí jsou křeče v břiše, které pacientka udává na škále bolesti 0–10 na čísle 7, někdy 10–11, což vedlo lékaře k nasazení silného potentního opioidu morfinu.

Celkově diagnostiku SF u pacientky pokládám za méně pravděpodobnou zejména z důvodu, že nevysvětluje symptomatiku v celé šíři a dále je nepřítomen emoční dyskomfort, který je u SP vedle nevysvětlitelných somatických příznaků hlavním projevem. Diagnóza simulace je u pacientky nepravděpodobná. Invalidní důchod získala před řadou let a od té doby své příznaky dále mohutně rozvíjí. Žádné jiné zjevné zevní cíle nebyly zachyceny. Diagnózu FP bych u pacientky zvažovala z několika důvodů: **1. inkonzistence a nepravdivost anamnestických údajů.** **2. nejasnost a nepotvrzenost řady diagnóz** – například potravinová a léková alergie, která dostupnými metodami nebyla potvrzena a vznikla na základě stesků pacientky, tj. vyrážka, křeče v břiše, otoky. Nejasnost je i kolem recidivujících afekcí na nohou, zádech, hýždích, jejichž léčba imunoterapií byla bez efektu. **3. rozsah**

**zajišťujícího a vyhýbavého chování** týkající se jak trávicího traktu, tak pohybového aparátu. Restrikce jídla, vyhraněná dietní opatření, zneužívání laxativ, nadužívání klyzmat a manuálního vybavení stolice, což vedlo k vytvoření abscesu, píštěle, narušení funkce rekta a insuficienci análního svěrače. Po provedení stomie si do ní aplikuje miniklyzmata, což opakovaně vede k jejímu prolapsu. Holemi a klyzmaty je přetěžována zejména pravá horní končetina, došlo k útlaku nervus ulnaris vpravo. Imobilita vedla k rozvoji syndromu dekonidice, bolestem dolních končetin i zad. Dolní končetiny jsou atrofické, s omezenou hybností. **4. předstírání příznaků:** v roce 2014 hospitalizována na chirurgické klinice pro podezření na mechanický ileus, provedeným RTG a CT břicha toto nepotvrzeno, následně pacientka tentýž den odchází na negativní reverz. **5. přímé sebepoškození:** v roce 2015 si pacientka sama provedla punkci v oblasti pravého kolene. **6. delegované sebepoškození** – lze zvažovat již od její první operace, tj. korekční operace kyčlí. Dále operace pravého loketního kloubu, operační ošetření perianálního abscesu, píštěle, provedení stomie, reoperace stomie i pahýlu rekta. K delegovanému sebepoškození lze jistě připočítat i parenterální aplikaci morfinu. **7. manipulativní chování,** kterým pacientka dosahuje dalších vyšetření, léčebných zákroků, dalších diagnóz, vše s nutností návštěv specialistů či hospitalizací. **8. role nemocné** je jediným zjištěným ziskem.

V našich diagnostických úvahách může pomoci i „historka“ z poslední doby, kdy pacient-

ka přijela do žurnální služby Psychiatrické kliniky FN HK s cílem „pokecat si“ s lékařkou. Přijela na vozíku (hand bike), který byl výrazně vyzdoben rozmanitými vlaječkami. Na klíně měla kočku na vodítku, ta má na sobě růžový obleček i s kapucí na hlavě, aby „neprochladla“. Mimo jiné sděluje, že sertralin nyní dává kočce, „aby neměla nervy“. Kočce nyní také musela koupit elektrické WC za několik tisíc, aby měla příjemnější vyprazdňování, kočka má totiž taky zažívací obtíže... což imponuje až jako FP by proxy.

## Závěr

Tento případ poukazuje na složitost přesnější diagnostiky u pacientů s rozmanitými či závažnými somatickými příznaky, které nejsou dostatečně vysvětlitelné současnými medicínskými postupy. Somatičtí lékaři tuší „psychickou nadstavbu“, přesto pacienta dále vyšetřují a rozšiřují seznam nemocí, o jejichž správnosti lze ale při bližším prozkoumání pochybovat. Přesto se využívají invazivní a rizikové metody diagnostiky i léčby, které ve svém důsledku pacienta dále poškozují. Psychiatr je mnohdy povolán až v pokročilém stadiu poruchy, kdy již není možné účinně terapeuticky zasáhnout a změnit trajektorii vývoje. Případ této pacientky vnímám jako medicínské selhání. Pokud ho bylo možno zvrátit, pak dle mého názoru v časných stádiích poruchy, tedy v době mezi 17. a 19. rokem věku, optimálně ještě před první operací. Ve své klinické a konziliární praxi bychom měli na toto spektrum diagnóz více myslet včetně edukace somatických lékařů o této problematice.

## LITERATURA

1. Grambal A, Grambalová Z, a kol. Veš špitální – faktitivní poruchy a simulace v psychiatrické péči. Psychiatr. ro Praxi 2010; 11(4): 164–166.
2. Praško J, Seifertová D. Předstírané poruchy a simulace. Med. Pro Praxi 2008; 5(3): 128–132.
3. Urban A, Masopust J. Münchhausenův syndrom. Psychia-

tria Pre Prax 2004; 2: 59–63.

4. Rahn E, Mahnkopf A. Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi. Praha: Grada 2000: 466 s.
5. Serranová T, Růžička E, Roth J. Funkční poruchy hybnosti. Česk Slov Neurol N 2014; 77/110(3): 270–286.
6. Edwards MJ, Bhatia KP. Functional (psychogenic) move-

ment disorders: merging mind and brain. Lancet Neurol 2012; 11(3): 250–260.

7. Eastwood S, Bisson JI. Management of Factitious Disorders: A Systematic Review. Psychother Psychosom 2008; 77: 209–218.