

Faktitivní porucha: přehled a kazuistika

MUDr. Martin Hýža, Ph.D.^{1,2}, Mgr. Jan Vantuch¹, MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.^{1,2}

¹Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava

²Katedra klinických neurověd, LF Ostravské univerzity, Ostrava

Faktitivní porucha (FD) patří do spektra duševních poruch, kde v klinickém obraze dominují somatické příznaky. Chybí přesné údaje týkající se prevalence, ale vážné průběhy odčerpávají extrémní prostředky zdravotní péče a mohou v důsledku komplikací končit i letálně. Alarmující je výskyt subtypu FD u jiné osoby, nejčastěji dětí (dříve „by proxy“). Přitom diagnostika je z principu obtížná, chybí jasná vodítka pro jednotlivé medicínské obory i důsledná edukace o charakteru této poruchy. I po stanovení správné diagnózy bývá další vedení pacienta velmi obtížné, s procentuálně nízkou úspěšností. V předloženém textu upozorňujeme na tuto opomíjenou poruchu; příznaky a diferenciální diagnostiku demonstrujeme na kazuistice.

Klíčová slova: faktitivní porucha, simulace, diferenciální diagnóza, kazuistika.

Factitious disorder: overview and case report

Factitious disorder (FD) belongs to the group of mental disorders in which the somatic symptoms prevail in the clinical picture. The exact data regarding prevalence are missing but in serious courses extreme amounts of resources from the health care system are wasted and the disorder may have lethal termination because of complications. The occurrence of a subtype of FD imposed on another, most often children (formerly “by proxy”), is alarming. The diagnosis is logically difficult, the clear guidelines for different medical specialities are missing and there is no thorough education in the characteristics of the disorder. Even after a proper diagnosis is established, further follow up of a patient is very difficult with a low rate of successful outcomes. In the following text we point out this neglected disorder; the symptoms and differential diagnosis are demonstrated in a case report.

Key words: factitious disorder, malingering, differential diagnosis, case report.

Úvod

Faktitivní neboli předstíraná¹ porucha (factitious disorder – FD) je psychiatrické onemocnění, kdy jedinec vědomě předstírá chorobu, zranění nebo postižení, aby dosáhl hospitalizace a vyšetřování bez zřejmého hmatatelného zisku pro sebe. FD tedy představuje významný medicínsko-společenský problém a jedinci s těžkými průběhy jsou extrémní ekonomickou zátěží. Při odhadované prevalenci okolo 1 % hospitalizovaných pacientů uvádí literatura případy pacientů, kteří

spotřebovali péči za více než 200 tisíc dolarů, ale i okolo 1 milionu dolarů (1, 2).

Pacienti s FD mohou přehánět nebo lhát ohledně svých zdravotních potíží, napodobovat nebo přehrávat příznaky, zasahovat do průběhu vyšetřování nebo si přímo způsobovat nemoci a zranění. V důsledku opakovaných a často invazivních zákroků jsou tudíž ve vysokém riziku komplikací, dlouhodobých poškození nebo i smrti. Porucha představuje rovněž výzvu pro zdravotnický personál, u něhož je často spouštěčem protipřenosových reakcí, zvláště pokud je podvádění odhaleno. Pacienti pak bývají považováni za simulanty (viz dále).

S tělesnými příznaky se setkáváme u řady duševních poruch. Znamé jsou bolestivé příznaky u depresivní poruchy, somatické a vegetativní příznaky u úzkostných poruch, hypochondrické bludy u psychotických poruch apod. Faktitivní porucha se tak přidává k tomuto seznamu, což potvrzuje její zařazení do nové kategorie „Poruchy se somatickými příznaky a související poruchy“ v DSM-5 (5).

První popis FD se objevil v r. 1951, kdy Richard Asher popsal tzv. Münchhausenův²

1. Český termín „předstíraná“ porucha nevystihuje přesně podstatu poruchy, tedy vědomé předstírání příznaků na základě nevědomé motivace (10).

2. Anglické písemnictví na základě Asherovy úpravy používá zkomoleninu „Munchausen“.

syndrom (box 1). V současné době je tento termín vyhrazen pro zvláště těžké, chronické formy FD, často s dramaticky líčenými životními osudy i příběhy na téma nemoci a tuláctví (asi 10 % případů). Méně často je termín považován za synonymum pro FD. Samotný termín FD pochází od Hectora Gavina (1835) a v dnešním významu jej zavedl Herzl R. Spiro v r. 1968.

Klinické projevy

FD je uvedena v klasifikaci MKN-10 pod kódem F68.1 a diagnostická kritéria uvádí box 2. Podobně poruchu definuje sesterská DSM-5 (Box 3), která navíc rozlišuje FD u sebe sama a FD u jiné osoby (dříve „by proxy“, „v zastoupení“). Klasifikace DSM-5 opustila kritérium C: „Příznak nebo deficit není vědomě vyvolán nebo předstírán“; v praxi bylo těžké získat objektivní důkazy pro vědomé či nevědomé mechanismy.

Předstírané symptomy mohou být 1) vymyšlené – např. falešná historie rakoviny; 2) předstírané – bolesti, záchvaty; 3) indukované, aktivně vyvolané – působením zranění, injekcí, polknutím něčeho; 4) agravované – např. manipulací s ránou, která se pak nehojí (6).

Předstírání příznaků u FD zahrnuje nekončné množství variant, které jsou omezeny jen fantazií pacientů, jejich medicínskými znalostmi a dostupnými možnostmi. V posledních letech také množstvím informací dostupných na internetu. Tak pacient předstírající urologické onemocnění může referovat o dysurii, zdržovat moč při předstírání akutní anurie, přidávat krev do vzorku nebo si působit infekci vpravením bakteriálních kultur do uretry. Pacient na dermatologii může použít inkoust ke změně barvy kůže, může si působit léze automutilací apod. (7). Často bývají popisovány rekurentní indukované hypoglykémie, indukované anémie, faktitivní febrilie nebo krvácení (8). Velmi často jsou bolesti a požadavky na analgetickou medikaci (zejm. opiáty) a také údaje o polyvalentní alergii.

Je nutno pamatovat i na možnost FD v případě duševních poruch (zvláštní podtyp v klasifikaci DSM-IV). Nejčastější psychologickou faktitivní poruchou je smyšlené truchlení (po úmrtí blízké osoby). Další (nebo přidružené)

oblíbené symptomy zahrnují depresi, amnézii a karikatury PTSD.

Motivace pacientů s FD

Podvádění či klamání okolí není primárně psychiatrický příznak, jedná se o široce rozšířené, přirozené chování člověka, které je známo i u primátů (9). Podvádění je přítomno od dětství a je posilováno životními zkušenostmi. Existuje velká skupina lidí, kteří trpí analogií FD, ale nikdy se nedostanou do lékařské péče; hrají roli nemocného či postiženého uvnitř své sociální skupiny, v internetových komunitách, u veterinářů apod. (6).

Motivace pacientů s FD není jasná. Podkladem je vnitřní potřeba být vnímán jako nemocný nebo zraněný; touží po náklonnosti a péči, jejich motivace zahrnuje i jakýsi „adrenalinový rush“ při podstupování medicínských procedur a také nabytí pocitu kontroly při podvádění zdravotnických profesionálů. Pacienti často trpí citovou deprivací, zažili odmítání ze strany rodičů, mají v anamnéze zneužívání nebo ztrátu rodičů v dětství. Role nemocného je jasně definovaná a chrání jedince před nároky okolí. Disponovaní jsou jedinci se slabým egem, nízkou frustrační tolerancí, s nízkým sebevědomím a bezmocností, roli mohou hrát rovněž masochistické rysy při vyhledávání nepříjemných, bolestivých procedur (10).

Neschopnost nebo postižení po nehodě nebo nepříznivé životní události je společností akceptovanou možností, jak přijmout roli nemocného. To znamená, že dotyčný má možnost se vyhnout mnoha sociálním povinnostem tím způsobem, aby mu to nebylo vyčítáno. Bude častěji navštěvován, může se připojit k sociálním skupinám vázaným na konkrétní nemoc, může získat peníze nebo jiné zdroje. Obecně platí, že pro přiznání „role nemocného“ je společností mnohem lépe akceptováno somatické onemocnění než psychologická, emocionální porucha nebo obtížná adaptace v zátěži.

V rámci biopsychosociálního modelu je kladen důraz na jedince samotného, jeho individuální reakce v kontextu životních událostí. Faktitivní jednání v tomto případě představuje (mal-)adaptivní strategii, jak se jedinec vyrovnává s těžkou situací. Vždy je namístě se ptát, jestli dotyčný mohl ze své vůle tomuto vývoji předejít a jestli má kapacitu ho v současné době sám změnit. Pacienti s FD uspokojují své nevědomé potřeby – jedná se o nevědomě transformovaný konflikt, tj. *primární zisky*.

Diagnostika

K podezření na FD vede dramatická, ale nekonzistentní historie diagnostických a terapeutických zákroků. Nejasné přízna-

Box 1. Asherův původní popis FD

„Zde je popsán běžný syndrom, s nímž se setkala většina lékařů, ale o němž bylo dosud publikováno jen velmi málo. Podobně jako slavný baron von Münchhausen, postižené osoby vždy hojně cestovaly; a jejich příběhy, podobně jako ty přisuzované Münchhausenovi, jsou jak dramatické, tak neuvěřitelné (...). Jejich drzost je někdy až impozantní a mohou se objevit mnohokrát ve stejné nemocnici, doufajíc, že se setkají s novým lékařem, na němž mohou zkoušet své podvody“ (3)

Box 2. Diagnostická kritéria MKN-10 pro F68.1 Předstíraná (faktitivní) porucha

A.	Jedinec vykazuje trvalé projevy záměrného předstírání příznaků a/nebo se sám poškozují, 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 Z76.5, simulace.
C.	Nejčastěji používaná vylučovací podmínka. Není potvrzena tělesná ani duševní porucha, která by mohla příznaky vysvětlit (4).

Box 3. Diagnostická kritéria DSM-5 pro 300.19 Předstíraná (faktitivní) porucha (u sebe sama)*

A	Předstírání somatických nebo psychologických projevů nebo příznaků, nebo poranění či vyvolání vlastního onemocnění, přičemž toto předstírání bylo prokázáno.
B	Jedinec se vůči ostatním prezentuje jako nemocný, oslabený nebo poraněný.
C	Předstírání tohoto chování je patrné i v nepřítomnosti zjevných vnějších odměn.
D	Chování není možno lépe vysvětlit jinou duševní poruchou, jako např. poruchou s bludy nebo jinou psychotickou poruchou.

specifikujte: Jediná epizoda / Opakované epizody

*analogická jsou kritéria pro Předstíranou poruchu u jiné osoby (5)

ky, které se zvýrazní, jakmile začne léčení. Extenzivní znalosti medicínské terminologie, váhavost při udělování povolení ke kontaktu rodiny nebo dřívějších poskytovatelů zdravotních služeb. V závažnějších případech pacienti mění své biografické informace a projevují nezvyklé nadšení pro další vyšetřování i chirurgické zákroky bez ohledu na možná rizika. Často předvídají zhoršení svých příznaků. Mohou falšovat lékařské zprávy, výsledky testů a fotodokumentaci.

Obezřetnost je nutná v případech podezření na FD u pacientů ženského pohlaví, v časně dospělosti, pracujících ve zdravotnictví nebo v laboratoři. Nejoblíbenějšími obory jsou endokrinologie, kardiologie a dermatologie (7). Bývá vyšší prevalence zneužívání či zanedbávání v dětství, zneužívání drog, konfliktních vztahů, zkušenosti nemoci (a hospitalizace) v dětství a předčasné ztráty v rodině.

Cílem diagnostiky je odhalení podvodného jednání, tj. objektivizace skutečného stavu. Nejodstupněji bývá získání kolaterálních informací z okolí pacienta nebo analýza dosavadní historie léčby (souhrn dokumentace např. od praktického lékaře). V literatuře je diskutována možnost skrytého nahrávání pacienta, což musí být vždy bedlivě zváženo zejm. s ohledem na právní dopady. Cílem však není „přistižení při činu“, ale předcházení dalším zbytečným invazivním zákrokům s vysokým rizikem poškození pacienta.

Diferenciální diagnóza

Simulace je vždy vedena jasně definovaným, konkrétním ziskem, chování je zcela vědomé. Vede se debata o tom, jestli simulace patří mezi duševní poruchy nebo jde o přirozené chování zdravého člověka. Je rovněž možná komorbidita či přechodové stavy mezi FD a simulací. V MKN-10 je označena kódem Z76. 5. Příbuzný Ganserův syndrom – „věžeňská psychóza“ nebo „syndrom přibližných odpovědí“ může být kromě simulace také důsledkem disociace nebo organické příčiny.

Somatizační porucha se manifestuje jedním nebo více somatickými symptomy, které způsobují významný distres a nemají organickou příčinu. Je spojena s vysokou po-

zorností věnovanou zdravotnímu stavu, ale nejsou údaje o podvádění.

Konverzní porucha: Jsou přítomny neurologické příznaky netypické pro známou patofyziologii, chybí důkaz pro předstírání příznaků.

Diferenciální diagnózu a vzájemné vztahy mezi poruchami se somatickými příznaky znázorňují graf 1 a tab. 1.

Hypochondrická porucha, dle DSM-5 „Porucha se strachem z onemocnění“ – Illness anxiety disorder. V připravované revizi MKN-11 bude přesunuta do kapitoly poruch příbuzných OCD. Pacienti s hypochondrickou poruchou se upínají k domnělému vážnému onemocnění, myšlenky jsou provázeny obavami, strachem, opakovaným vyhledáváním ujištění a novou úzkostí. Pacienti ale nevycházejí invazivní vyšetření a chirurgické zákroky.

Hraniční porucha osobnosti je jednou z nejčastějších psychiatrických komorbidit FD. Matoucí v rámci diferenciální diagnostiky může být sebepoškozování za účelem atrakce pozornosti okolí, ale chybí klamání a lhaní týkající se dalších příznaků, pacienti se chtějí spíše vyhnout hospitalizaci a znovu páchat TS či automutilaci.

Skin picking disorder (porucha s exkoriacemi) je porucha z obsedantně-kompulzivního spektra, která nemá ekvivalent v MKN-10. Není přítomno podvádění, sebepoškozování probíhá převážně skrytě.

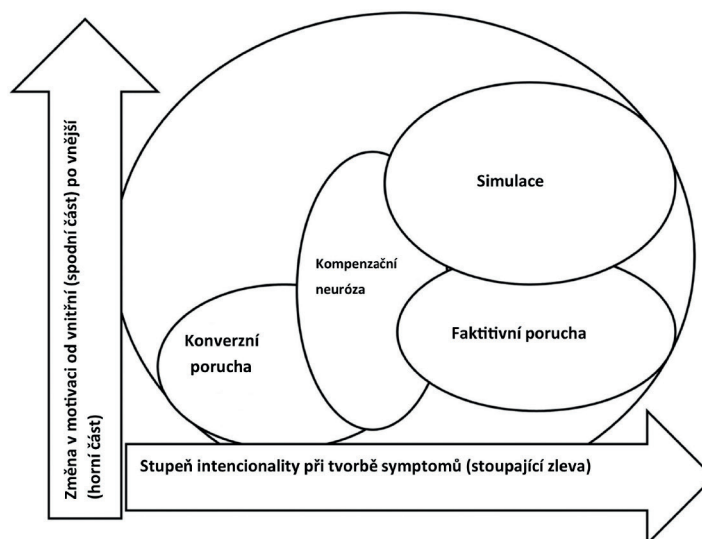
Dermatitis artefacta je sebepoškozování cílené na kožní tkáň, pacient používá sofistikovanější metody než pouhou exkoriaci nebo působení lézí. Jde o popisný termín známý dermatologům. Může napodobovat většinu kožních onemocnění. Morfologie má jasné ohraničené obrysy, typický je výskyt nepostižené kůže přiléhající k hrůzně vypadajícím lézím a vágní popis vzniku lézí. Kromě faktitivní etiologie je známa i u schizoafektivní poruchy, poruchy přizpůsobení, velké depresivní poruchy, PTSD, u bludné parazitózy, mentální retardace, u pervazivních vývojových poruch nebo intoxikací (14).

Secretanův syndrom je vzácný stav projevující se tvrdým otokem a traumatickou hyperplazií na dorzu ruky. Po poranění nebo sebepoškození dochází k peritendinózní fibróze stimulaci sympatiku, příčina není známa, jsou ale zvažovány sekundární zisky nebo konverzní reakce (6).

Tab. 1. Diferenciální diagnostika simulace, faktitivní poruchy a poruchy se somatickými příznaky (13)

	Simulace	Faktitivní porucha	Poruchy se somatickými příznaky
Klinický obraz	Psychologické/tělesné příznaky	Psychologické/tělesné znaky a příznaky	Tělesné příznaky
Úmyslné předstírání	Ano	Ano	Ne
Předpokládaná motivace	Vědomé přání dosáhnout konkrétního zisku	Role nemocného; být příjemcem lékařské péče	Různé

Graf 1. Vztah jednotlivých poruch se somatickými příznaky se zohledněním ne/vědomé motivace a ne/vědomého předstírání příznaků (11, 12)



Psychogenní purpura (Gardner-Diamondův syndrom), také známa jako syndrom autoerythrocytární senzitivizace, je extrémně vzácnou poruchou typicky u žen s psychiatrickou komorbiditou. Rozvoj bolestivých edematózních kožních lézí následuje po závažném stresu nebo emočním traumatu, progreduje do ekchymózy v průběhu 24 hodin, přičemž laboratorní testy jsou normální.

Přístup k pacientovi s FD

Na prvním místě je nutno vyloučit skutečné somatické onemocnění. Je zřejmé, že i pacienti s FD mohou být nemocní; příznaky pak vědomě zhoršují. Typický pacient s diabetem manipuluje s inzulinem nebo pacient s počínající roztroušenou sklerózou zůstane zcela imobilní.

Za druhé je potřeba myslet na časté komorbidní psychiatrické poruchy, které vyžadují adekvátní léčbu. Nejčastěji jsou uváděny poruchy osobnosti (zejm. hraniční) a depresivní poruchy, dále pak adaptační poruchy a abúzus alkoholu či jiných návykových látek.

V přístupu k pacientovi je klíčové navázání terapeutického vztahu, vyjednávání, shoda na diagnóze a zapojení pacienta v léčbě. Doporučuje se pečlivá příprava tzv. „podpůrné konfrontace“: účast nejméně 2 členů týmu; důraz na pacienta jako osobu, která potřebuje pomoc; ujištění, že péče bude pokračovat. Mnozí pacienti však mohou na konfrontaci reagovat odporem a zhoršením stavu.

Je nutné si uvědomit, že předstírání je důsledkem významného distresu a slouží k vylovení přímé konfrontace – tato je kontraterapeutická. Při podpůrném pohovoru umožníme pacientovi, aby „neztratil tvář“; vyhneme se hodnocení, odsuzování. Předložíme důkazy a zároveň poskytneme prostor pro diskutování strategie a nabídneme další postup. Pacient musí mít možnost vysvětlit své „uzdravení“ členům rodiny bez nutného přiznání psychiatrického původu potíží (15). Doporučíme léčebný program s nějakou formou psychoterapie.

Z hlediska farmakoterapie neexistuje opora v kontrolovaných studiích, ale doporučují se SSRI, která mohou do jisté míry kontrolovat impulzivitu pacientů s FD.

Úzdrava nastává v případech pacientů s FD vzácně a jen velmi málo pacientů souhlasí s dodržováním doporučené léčby (16), nicméně dlouhodobé studie neexistují.

Kazuistika

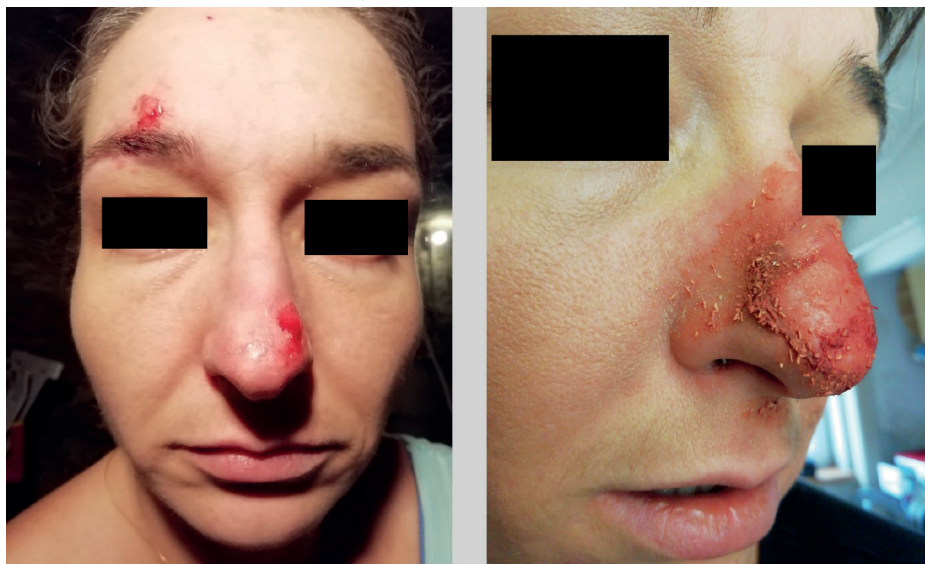
První kontakt s pacientkou proběhl v rámci interní příjmové ambulance. 34letá žena přichází pro dušnost a pocity tlaku na hrudi, komplexní somatické vyšetření nenalezlo žádné patologie. Popisovala rozmanité potíže, ale dominovaly recidivující 17 let trvající kožní boláky, otoky a krvácení, dále tlaky v hlavě, křeče v zádech, někdy bolesti, otoky a modráni prstů. Při vstupním vyšetření byla zvažována hypochondrická porucha nebo porucha s bludy, byl předepsán alprazolam a domluvena ambulantní spolupráce, s čímž pacientka ochotně souhlasila.

V anamnéze bez rodinné zátěže, svobodná, žije s přítelem a 3letým synem, vystudovala střední průmyslovou školu a pracuje v rodinné firmě na výrobu kožených těsnění. V minulosti experimentovala s pervitinem a THC. Jsou uvedeny recidivující stafylokokové infekce kůže a podkoží v rámci specifického imunodeficitu, recidivující hemoragické epizody, cefalea a vertigo ve sledování neurologa. Na některých kontrolách na kožním byla zcela bez příznaků, pouze s fotkami v telefonu, jindy popsány hojící se strupy v oblasti obličeje.

Při dalších kontaktech vždy květnatě popisovala kožní problémy, tvorbu hnisajících a krvácejících vředů s fotodokumentací. Kromě kožních potíží dlouhodobě navštěvovala stomatologickou ambulanci pro problémy s čelistí. Dle informací od praktického lékaře byly objektivně zachyceny známky sebepoškozování. V rámci diferenciálně diagnostického šetření byla pacientka odeslána k psychologickému vyšetření.

V průběhu vyšetření se její prožívání jevílo nestabilní, chvílemi působila bezstarostně s nápadnou snahou o prezentaci vlastních úspěchů, síly nebo dovedností, což bylo střídáno epizodami lítosti a pláče. Klíčovým příznakem, na který si pacientka stěžovala, byly kožní problémy – přetrvávající výskyt hnisajících vředů, které se jí vyskytovaly ve večerních hodinách a v noci. Barvitě popisovala hnisání, natékání, následné praskání kůže, které vedlo ke krvácení a vytváření strupů v oblasti rukou, nehtů, nohou, dekoltu, tváře. Pacientka hovořila o večerech strávených ve vaně vymačkáváním krvácejících prasklin, ze kterých vycházela „taková křemičito-písčitá hmota“. „To, co ze mě vylezlo za těch 15 let, lopatami bych to mohla přehazovat.“ Svá tvrzení dokládá ukazováním skvrn na ruce, které však hodnoceny v rovině běžných pigmentových odchylek. Na telefonu prezentovala fotografie, jak vypadá, když ten stav přijde (viz foto 1 a 2). Ve všech případech se jedná o fotky obličeje, který se jeví být silně zakrvácený. Následně ukazuje fotky, kde je obličej beze známky jakéhokoliv zranění či kožní malformace. Čas mezi pořízením fotek je dle pacientky 6 hodin. Opakovaně zdůrazňuje závažnost potíží, „to jsou jatka“,

Foto 1, 2. Jedny z fotografií předložených pacientkou



a hendikep, který jí potíže přináší, „budím se s krvavým polštářem“, „nejsem schopná nic, ani odpovídat, ani zvednout telefon, jsem nonstop vyčerpaná“, což doplňuje stížnostmi a pocity křivdy ohledně lékařů a ošetřujícího personálu: „Každý mi říká, že jsem simulant a hypochondr.“ Neschopnost diagnostikovat kožní potíže lékařsky vysvětluje tvrzením, že když si ty boláky mačká, tak tam asi potom nic nezůstane a proto lékaři nic nezjistí ze stěrů. Vytváření vředů mělo probíhat každý večer. Kdyby je nevytlačila, tak to bolí a tlačí, z čehož je pak vytrpaná, jako v panice. Postupně v dialogu popisuje čím dál závažnější zdravotní potíže a zákroky, které musela podniknout, aby se jich zbavila. Např. vypráví, jak si z obličejů sama „vyřezávala boláky“. Tendence vracet se k popisu zdravotních potíží se manifestovala takřka v průběhu celého rozhovoru. Celá životní historie pacientky působila dramaticky, mimo zdravotní potíže zmiňovala množství závažných traumatických zkušeností (2× ozbrojený pokus o znásilnění, napadení v rodině). V dialogu o interpersonálních vztazích se vykreslovala jako člověk, který upozaduje sebe, aby pomohl druhým, je často využívána, podváděná. Celkově je v projevu patrná tendence šokovat. Ve svém vyprávění se stavěla do dvou odlišných pozic, které měly vyvolávat zájem a péči. V první pozici se vykresluje jako silná a zdatná ve zvládání náročného života, kterým si prošla a prochází. V druhé pozici pak jako nemocná a nemohoucí, zraňovaná odmítavými a subj. zanedbávajícími postoji ze strany rodiny a zdravotního personálu. Problematické fungování pacientky se kromě dlouhodobých vztahových potíží s různými lidmi manifestovalo také v pracovním selhávání (zdravotní problémy a pracovní neschopnost již od SŠ) a v historii užívání drog (pervitin, THC). Závěry psychodiagnostických metod nesvědčily pro psychotickou

poruchu, výsledky poukazovaly na sníženou strukturální integritu osobnosti, byly shledány narcistické, histriónské a závislé rysy. V rámci diagnostické rozvahy byla formulována hypotéza o faktivní poruše na bázi smíšené poruchy osobnosti.

V pokračující psychiatrické léčbě přetrvávalo zaměření pacientky na tělesné obtíže, více se manifestovala tendence ke stížnostem na neadekvátní péči lékařů, pacientka navštěvovala různá pracoviště zaměřená na kožní a stomatologickou problematiku, sama si dle svých slov dostudovávala informace z medicíny. V době publikace článku její úvaha o nediagnostikované chorobě dospěla k přesvědčení, že má sarkom, našla sama patologii na MRI zobrazení mozku. V medikaci dlouhodobě užívá sertralin 100 mg/d, při této léčbě se cítí klidnější, objektivně je menší afektivní doprovod, jádro poruchy ale zůstává intaktní. Péče se zaměřuje na udržení terapeutické aliance a směřování pacientky k systematické psychotherapeutické léčbě. Zvažován byl střednědobý pobyt na psychotherapeutickém oddělení, který byl znemožněn z důvodu pandemie covid a omezení terapeutických aktivit.

Diskuze

Projevy chování pacientky ilustrují hloubku neodklonitelné tendence připoutat pozornost okolí a získat roli nemohoucího člověka. Bizarnost pacientčina vyprávění nejdříve imponovala až psychotickou hloubkou a manipulativní aspekt jejího příběhu byl zřejmý až při snaze dokládat své vyprávění strojenými fotografiemi. Na základě dostupných informací je důvodný předpoklad, že kromě předstírání příznaků docházelo minimálně parciálně i k jejich vyvolávání sebepoškozením. Hypochondrické stesky byly považovány za nástroj sycení nevědomých potřeb péče, pozornosti a také vyhnutí se zodpovědnosti. Role nemocné pacientce sloužila jednak

k získání soucitu okolí, dále k argumentaci na snižování nároků na vlastní osobu okolím (např. stran konvenční socializace, hledání zaměstnání apod.), udržování závislé vztahové orientace. Je možné předpokládat, že docházelo k sycení sebehodnoty vykreslováním vlastní osoby jako výjimečného případu, se kterým si ošetřující lékaři nevědí rady, kdežto pacientka přichází s „rozlousknutím“ svého těžkého stavu při současné kritice lékařů, kteří se mýlili, chybovali, přehlédli apod. Hypotéza o psychotické poruše byla zamítnuta, jakmile pacientka prezentovala zjevně strojené fotografické materiály, které měly ilustrovat zdravotní potíže; rovněž psychodiagnostické metody nezachytily známky psychotického procesu a vyjma susp. hypochondrického bludu nebyly přítomny jiné projevy psychózy. Nejedná se ani o hypochondrickou poruchu, jelikož pacientka své příznaky předstírá a není přítomna typická úzkost z onemocnění. Prezentace potíží měla mobilizovat pozornost okolí nikoliv z důvodu redukce úzkosti, ale pro pozornost jako takovou. Obtížné bylo odlišení od simulace. Příklon k dg. faktivní poruchy se opírá o dobrou spolupráci a ochotu podrobit se psychiatrickému a psychologickému vyšetření; nebyly formulovány a očekávány zjevné vnější zisky související se současným stavem a pacientka vyjádřila souhlas s psychiatrickou hospitalizací, což rovněž považujeme za méně pravděpodobné v případě simulace.

Závěr

V přehledovém článku doplněném o kazuistiku pacientky s faktivní poruchou demonstrujeme závažnost tématu, které má rozsáhlé medicínsko-společenské dopady a v praxi trpí velmi nízkým zachytem. Ze zkušenosti vyplývá malá informovanost zdravotnických profesionálů o tématu, jenž dalece přesahuje obor psychiatrie.

Včasná diagnostika FD je žádoucí nejen z hlediska šetření zdrojů, ale i kvůli riziku

INZERCE

závažného poškození pacienta. Porucha by měla být aktivně vyhledávána, a ne stanovena per exclusionem. Neexistují klinická vodítka postavená na důkazech, data pochází jen ze souborů kazuistik, chybí metodologie pro jednotlivé medicínské obory k odhalení specifických projevů FD (7).

Ještě palčivější je potřeba včasného zachytu v případech FD v zastoupení, kde se poškozování týká nejčastěji dětí a je zatíženo mortalitou 6–9 % (17). Obezřetnost je potřeba u všech pacientů s FD (u sebe sama), kteří mají v péči závislou osobu, protože komorbiditabou podtypů je 10–30 % (6).

Kromě edukace zdravotnického personálu je naděje vkládána také do zavedení propojeného IT systému se sdílením dat o pacientech mezi poskytovateli zdravotní péče. Potřebné jsou studie postavené na dlouhodobém sledování pacientů a vytvoření na důkazech založených vodítek.

LITERATURA

1. Romano A, Alqahtani S, Griffith J, Koubeissi MZ. Factitious psychogenic nonepileptic paroxysmal episodes. *Epilepsy Behav Case Rep.* 2014 Oct 10; 2: 184–185.
2. Bright R, Eisendrath S, Damon L. A case of factitious aplastic anemia. *Int J Psychiatry Med* 2001; 31(4): 433–441.
3. Asher R. Münchhausen syndrome. *Lancet* 1951; 1(6650): 339–441.
4. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha 1996: 411.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 5. Washington, American Psychiatric Publishing, 2013.
6. Quinn DK, Wang D, Powsner S, Eisendrath SJ. Factitious disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (ed.). Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins 2017: 1846–1864.
7. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry.* Jul-Aug 2016; 41: 20–28.
8. Tatu L, Aybek S, Bogousslavsky J. Munchausen syndrome and the wide spectrum of factitious disorders. *Front Neurol Neurosci.* 2018; 42: 81–86.
9. Byrne RW, Stokes E. Can monkeys mangle; in Malingering and Illness Deception, 2003; pp 54–67.
10. Urban A, Masopust J. Münchhausenův syndrom. *Psychiatr. praxi* 2004; 9(2): 63–67.
11. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet* 2014; 383(9926): 1422–1432.
12. Hall RC, Hall RC. Compensation neurosis: a too quickly forgotten concept? *J Am Acad Psychiatry Law.* 2012; 40(3): 390–398.
13. Nivivaggi FJ. Malingering. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (ed.). Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins 2017: 2399–2413.
14. Alter CL, Epstein SA. Psychosomatic medicine: History and current trends. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (ed.). Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins 2017: 2177–2398.
15. Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. Conversion, factitious disorder and malingering: a distinct pattern or a continuum? *Front Neurol Neurosci* 2018; 42: 72–80.
16. Bass C, Wade DT. Malingering and factitious disorder. *Pract Neurol.* 2019; 19(2): 96–105.
17. Burton MC, Warren MB, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by adult proxy: A review of the literature. *J Hosp Med* 2015; 10(1): 32–35.