

# Veš špitální – faktitivní poruchy a simulace v psychiatrické péči

MUDr. Bc. Aleš Grambal<sup>1,2</sup>, MUDr. Zuzana Grambalová<sup>3</sup>, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc

<sup>2</sup>Radiologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

<sup>3</sup>Neurologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci

Část pacientů léčených v psychiatrických zařízeních splňuje kritéria pro diagnózu faktitivní (předstírané) poruchy nebo simulaci. Tito pacienti bývají mnohdy v tíživé životní situaci, kterou nejsou schopni adekvátně řešit, a reagují více či méně vědomým „útekem do nemoci“. Faktitivní poruchy a simulace jsou kategorie nepříliš oblíbené mezi zdravotníky, bývají spojeny se značnými protipřenosovými reakcemi, jsou pro pacienty potenciálně nebezpečné jak při jejich neodhalení, tak paradoxně také při jejich správné diagnostice. Stanovení diagnózy je obtížné, následná léčba nedostatečná, mezi zdravotníky neoblíbená a prognóza pacientů nedobrá. Kazuistika přibližuje příběh mladého muže opakovaně hospitalizovaného v psychiatrických zařízeních po celé ČR, několikrát také na Klinice psychiatrie v Olomouci. Vstupní diagnózy se lišily podle udávaných obtíží, závěrečná zůstává stejná – „veš špitální“. Vzhledem k opakovaným modifikacím skutečnosti ze strany pacienta zůstává jeho životní příběh neznámý.

**Klíčová slova:** faktitivní poruchy, simulace, špitální veš.

## *Hospital hopper – factitious disorder and malingering in psychiatric care*

Some patients treated on psychiatric departments are diagnosed as factitious disorders or malingering. These patients are often in burdensome life situation, and they are not able to solve it and they become to escape to illness. The factitious disorders and malingering are coupled with the counter transference, and they are not popular between the health workers. The factitious disorders and malingering are dangerous if they are not detected and paradoxically if the diagnose is correct too. It is difficult to determine the diagnosis, there is a lack of the adequate therapy, the treatment is not favorite between the health workers and the prognosis for the patients is not good. This case report illustrates the young man's story, who has been hospitalized from hospital to hospital in the whole Czech republic, and on the department of psychiatry in Olomouc repeatedly. Incoming diagnosis was different, based on his subjective difficulties, but the final diagnosis was the same – „Hospital hopper“. The real history of this man is unknown because of his widely untruths.

**Key words:** factitious disorders, malingering, „hospital hopper“.

Med. praxi 2011; 8(3): 140–142

## Úvod

Pacienti vyhledávají psychiatrickou (lékařskou) péči většinou neradi, někdy jsou hospitalizováni nedobrovolně. Existují skupiny pacientů, kteří psychiatrickou péči konzumují „rádi“ a opakovaně, patří mezi ně také pacienti splňující kritéria pro diagnózu faktitivní poruchy a simulace. U předstírané (faktitivní) poruchy i u simulace jedinec z různých důvodů předstírá tělesné nebo psychické příznaky. Zjednodušeně lze říci, že dle míry vědomého zisku existuje plynulý přechod mezi faktitivními poruchami a simulací, kdy u pacientů s diagnózou faktitivní poruchy je tento zisk nevědomý, zatímco u pacientů simulujících je zisk pacienta zjevný a zcela vědomý.

U faktitivní poruchy je charakteristické předstírání příznaků, agravace nebo sebepoškozování, bez zjevné vnější motivace. Důvodům předstírání sám pacient nerozumí (1). Primárním cílem 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 nebo hraničící poruchou osobnosti (2). Postižený usiluje o „roli nemocného“ a péči zdravotníků. Sám si není vědom zevní motivace.

U simulace pacient příznaky nemoci předstírá z vědomě zjištěných důvodů, jako jsou ekonomické výhody (finanční náhrada, pojistka, invalidní důchod) nebo vyhýbání se něčemu nepříjemnému (zodpovědnosti, nepříjemné práci, trestu, v minulosti také vojenské službě apod.).

Nezávisle na motivaci se jedná o pacienty v tíživé životní situaci, kterou nejsou schopni adekvátně zvládnout a reagují více či méně vědomým „útekem do nemoci“, ze které přes významné nevýhody plyne určitý zisk, v rozdílné míře zřejmý okolí a zdravotnickému personálu. Pacienti trpící jmenovanými poruchami značně psychicky strádají a ztráty z nemoci výrazně převyšují zisky. Vzhledem ke snadnému protipřenosovému naladění zdravotníků je častá tendence zdůrazňovat prospěch ply-

noucí pro pacienta. Po stanovení diagnózy simulace (faktitivní porucha se v praxi neužívá) následuje odlišné chování zdravotníků, snaha „dát pacientovi za vyučenou“, „převychovat ho“, jedná se totiž o „veš špitální“. Ve skutečnosti si tyto lidé nevědí se svým životem rady a toto je jejich primitivní, naučený způsob, jak se domoci pozornosti a pomoci, jak přežít.

Mnoho pacientů zůstává nediagnostikovaných, a pokud ke správné diagnóze dojde, velmi často zůstanou neléčení nebo jsou léčeni nesprávně (3). Faktitivní poruchy vedou k nadměrné spotřebě medicínské péče, ale i významné morbiditě a mortalitě, zejména díky nesprávným léčebným přístupům (4). Přesto, že příznaky jsou vědomě vytvářeny, pacient a jeho blízcí prožívají nadměrný stres (5).

## Příběh pana Michala

Mladý muž, 29 let (dosud psychiatricky neléčen), byl přijatý na Kliniku psychiatrie v nočních hodinách službu konajícím lékařem v odezívající

ebrietě, přivezen policií pro suicidální proklamace a tendence na vlakovém nádraží. Při vyšetření přítomna lakrimozita, tenze, výrazné anxiózně depresivní ladění, suicidální proklamace v reakci na rozchod s partnerkou, impulzivní, nezralé osobnostní rysy. Dle pacienta: „Dnes přijel domů, dva dny tam nebyl. Těšil se na přítelkyni. Uvařila mu oběd a kafe. Už při tom si všiml, že je nějaká jiná... Pak mu řekla, že měla poměr s jiným mužem, že se s ním chce rozjet. Vzalo ho to, tohle nečekal. Pořídili si štěně labradora, plánovali budoucnost, miminko... Byla to rána pod pás. Brečel, řval na ni, uhodil ji... Teď toho lituje, ale v tom okamžiku nevěděl, co má dělat, jak vše vrátit zpátky... Rozhodl se, že bez ní to nemá cenu, chtěl odjet autem, skončit to. Vzala mu ale klíče od auta, naštvál se a vyběhl z bytu, šel se opít, pak se toulal městem, nepamatuje si to přesně... Nakonec si říkal, že skočí pod vlak nebo z vlaku,... neví co bude dělat dál, život bez ní nemá žádnou cenu...“ První tři dny na oddělení obraz beze změn, dále přítomno noční pomočování, „kterého se od dětství nikdy zcela nezabavil, zhoršuje se při stresu“. Následujícího dne Michal udával částečnou úlevu, kdy s ním telefonovala partnerka a dala mu naději, „že by to spolu zase dali dohromady“. Ambivalentní pocity Michal neskrýval, při rozhovoru je patrna emoční nestabilita, tendence ke zkratkovitému jednání. Postupně se pacient ne zcela ochotně zapojil do pracovní terapie, na oddělení dobře adaptovaný, „vztah s partnerkou je opět v pořádku, dohodli se, že spolu zůstanou“, začíná se domáhat řady svých domnělých patientských práv, při nesplnění požadavků tendence k rezonantním reakcím vůči střednímu zdravotnickému personálu, k lékařům byl však zcela korektní. Postupně prokazujeme nepravdivé informace, jednání jeví se jako manipulativní, dále různé formy „záškodnické činnosti“, kterou považuje za zábavnou. Demontuje zařízení oddělení, jednotlivé součástky skrývá, nebo vyhazuje, skrývá brýle spolupacientů, jinému pacientovi ukončuje infuzní terapii, dále ruší mechanické omezení pacienta ohroženého pádem, opakovaně vylévá vodu pod umyvadlo a na toaletě, přičemž se dobře baví, když údržbář marně pátrá po zdroji úniku vody, ale uchyluje se také k drobným krádežím. Toto jednání, když je odhaleno, nevyvolává příliš sympatií u sester ani lékařů. Psychologické vyšetření poukazuje na simplexněji strukturované, impulzivní a disociální osobnostní rysy. Pacient postupně celkově zlepšen stran své psychické kondice, sebevědomější, není důvod hospitalizaci dále prolongovat, po vzájemné domluvě pacienta

propouštíme do ambulantní péče. Spokojenost neskrývá jak pacient, tak zdravotnický personál. Odchází bez tenze, bez anxiety, jak zjišťujeme později, také s mobilním telefonem spolupacienta, ale poškozený odmítá krádež řešit.

S odstupem jednoho měsíce byl pacient v pozdních odpoledních hodinách přeložen z oddělení psychiatrie z nedaleké záchytné stanice pro přetrvávající suicidální proklamace, anxiety, tenzi, obraz se příliš nelišil od předchozího. Pacient referuje opětovný rozchod s přítelkyní. Dalšího dne ukazuje propouštěcí zprávu z jiného psychiatrického zařízení, propuštěn předchozího dne, v poslední medikaci se objevil olanzapin... Proto lékař kontaktoval ošetřujícího lékaře, kde probíhala hospitalizace. Dozvěděl se, že pacient byl přijat pro suicidální proklamace, dále konzistentně uváděl sluchové halucinace navádějící jej k suicidii, obavy z okolí. Byla nasazena antipsychotická medikace, pacient se však na oddělení choval podobně jako při hospitalizaci v Olomouci. Nakonec byl pro opakované porušení režimu, kdy se vracel z vycházek v ebrietě, propuštěn s tím, že psychotická symptomatologie prokázána nebyla, medikace antipsychotiky „pro jistotu“ ponechána. Po několikaminutovém rozhovoru lékař uzavřel konzultaci s tím, že se jedná o klasickou „veš špitální“ a k nim již přijat nebude. Po časové rekonstrukci hospitalizací vyšlo najevo, že pacient prakticky kontinuálně „bydlí“ v různých psychiatrických zařízeních již několik měsíců. Po konfrontaci pacienta v následujícím dni, kdy bylo také zjištěno, že zaměstnavatel, kterého uváděl (velká dopravní firma), pacienta nezná, reagoval klidně se slovy: „no a co, tak jsem si něco vymyslel...“ Po přiznání činí další pokus, jak získat finanční prostředky a střechu nad hlavou, kdy před propuštěním požaduje, aby sociální sestra kontaktovala jeho otce s prosbou o pomoc. Sociální sestra však za svou snahu pomoci obdržela řadu nepříjemných nadávek od „otce“, který otcem nebyl, jednalo se o opatrovníka, který se již od pacienta před lety distancoval... Po vyjasnění situace byl pacient propuštěn.

Netrvalo dlouho, za 14 dnů se pacient po úrazu hlavy v ebrietě dostal cestou urgentního příjmu opět k hospitalizaci, kdy byl přijat na základě psychiatrického konzilia s pacientem dosud neseznámeným psychiatrem. Následujícího dne byl opět propuštěn. Situace se s odstupem 2 týdnů opakovala, kdy na základě svých agravovaných obtíží (dominují známky odvykacího stavu, ochota se léčit se závislostí na alkoholu) byl přijat k hospitalizaci, dalšího dne však situace známým lékařem byl opět pro-

puštěn. Několik hodin po propuštění navštívil urgentní příjem po pádu nejasné etiologie s úrazem hlavy. Po vyšetření neurologem, kdy byla vyloučena epileptogenní etiologie pádu, ošetření povrchových ran a negativním CT mozku byl přijat k observaci na traumatologii. Traumatolog záhy kontaktoval psychiatra, jelikož pacient oznámil naši neochotu mu pomoci, dále skutečnost, že byl „o hladu“. Traumatolog po vyjasnění situace pravděpodobně zalitoval příjmu pacienta, ale k urychlení jeho rozhodnutí o propuštění si pacient výrazně přispěl sám, když zdravotním sestram vyprávěl, jak ho onen lékař, traumatolog, fyzicky napadl po hádce kvůli délce hospitalizace. Zatím poslední přijetí pacienta na PK v Olomouci bylo z důvodu detoxikace, kdy pacient proklamoval ochotu se léčit se závislostí na alkoholu. Po přijetí se rozvíjel mírný odvykací stav, který po několika dnech bez komplikací odezněl, pacient se svěřil s předchozí několika-měsíční léčbou závislosti v léčebně, „po propuštění to nezvládl, zase se rozpil...“. Na dotaz, po jaké době, odpovídá klidně: „po dvou hodinách“. Pacient byl propuštěn s doporučením zvážit další léčbu závislosti. Další osud Michala není znám, stejně jako jeho skutečný příběh. Odhalením opakovaných smyšlených informací a především záškodnickou činností na odděleních nevědomě rozhodl o své nejisté budoucnosti.

## Diskuze

Faktivní poruchy a simulace se vyskytují jak na somatických odděleních, tak na odděleních psychiatrie. V některých případech je problémem objektivizace pacientovy životní a sociální situace. Udávané obtíže mohou více či méně odpovídat skutečným symptomům a syndromům, pacienti proto bývají léčeni „symptomatically“, někdy bývají operováni, opakovaně invazivně vyšetřováni, což zvyšuje náklady na léčbu a pacienty zbytečně ohrožuje na zdraví a životě. Když bývá pacientovo chování „konečně“ odhaleno, pacient je paradoxně opět v ohrožení života, protože při objevení se skutečného onemocnění může být nedostatečně vyšetřen a léčen z důvodu očekávané „simulace“. Stejně jako pacient s panickou poruchou může trpět ischemickou chorobou srdeční, může i pacient s dg. faktivní poruchy vážně onemocnět psychiatricky či somaticky. Odhalení faktivní poruchy a simulace bývá spojeno se značně negativními protipřenosovými reakcemi zdravotníků. Reakce se obvykle liší dle sympatií vůči pacientovi, a proto bývá „hodný“ pacient s dg. faktivní poruchy hospitalizován ochotněji a déle než obdobný pacient, který „zlobí“. Nejčastější ukončení hospitalizace

bývá „silové“, pacient je často až radostně konfrontován se zjištěnou skutečností, propuštěn a nešetří se ani projevy pohrdání či znechucení, časté jsou při odchodu verbální konflikty. Návrh psychotherapeutického řešení, pokud je vůbec vysloven, nebývá pacienty akceptován, proto se jedná o kategorii onemocnění, kde prognóza nebývá příznivá. Obecná stigmatizace psychiatrickou diagnózou nabývá zcela odlišného rozměru, pokud se v závěru objeví dg. předstírané poruchy, bezdomovectví apod. Proto je otázkou, do jaké míry je vhodné pacienta takto stigmatizovat „pravdivou“ diagnózou a do jaké míry jej chránit diagnózou jinou, nejčastěji poruchou přizpůsobení a opakovanou zdlouhavou diagnostiku ponechat na následujícím zařízení.

### Závěr

Faktivní poruchy a simulace bývají nedostatečně diagnostikovány a léčeny. Po jejich diagnostice („odhalení“) jsou spojeny se značnými protipřenosovými reakcemi, jsou potenciálně

nebezpečné při jejich nediagnostikování, kdy je pacient zbytečně léčen a ohrožen nežádoucími dopady léčby, ale paradoxně také při jejich správné diagnostice, kdy hrozí nedostatečné vyšetření pacienta i v případech vážného onemocnění. Chování pacientů lze považovat za maladaptivní kompenzační mechanismy v zátěžové situaci. Pokud se objeví protipřenosové reakce, je vhodné pacienta vyšetřit důkladněji, abychom zamezili přehlédnutí závažné poruchy. Léčba je v současnosti nedostatečná a mezi zdravotníky neoblíbená, prognóza pacientů proto není dobrá.

*Podpořeno projektem  
IGA MZ ČR NS 10301-3/2009*

*Převzato z Psychiat. pro Praxi 2010; 11(4): 164–166.*

### Literatura

1. Straker DA, Hyler SE. Factitious disorders. In: Blumenfeld M, Strain JJ. Psychosomatic medicine, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2006: 571–578.

2. Eisendrath SJ. Factitious disorders and malingering. In: Gabbard GO, ed. Treatment of Psychiatric Disorders. 3<sup>rd</sup> ed. Vol 2. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001: 1825–1842.

3. Toth EL, Baggaley A. Coexistence of Munchausen's syndrome and multiple personality disorder: detailed report of a case and theoretical discussion. Psychiatry 1991; 54: 176–183.

4. Baker CE, Major E. Munchausen's syndrome: a case presenting as asthma requiring ventilation. Anesthesia 1994; 49: 1050–1051.

5. Feldman MD, Smith R. Personal and interpersonal toll of factitious disorders. In: Feldman MD, Eisendrath SJ (eds). The spectrum of factitious disorders. Washington, DC, American Psychiatric Press 1996: 175–194.

**MUDr. Bc. Aleš Grambal**  
Klinika psychiatrie FN  
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc  
[ales.grambal@fnol.cz](mailto:ales.grambal@fnol.cz)

