

UMIŠLJENI POREMEĆAJI

SILVIJA TOPIĆ i DUNJA DEGMEČIĆ

Klinički bolnički centar Osijek, Klinika za psihijatriju, Osijek, Hrvatska.

Umišljene poremećaje karakterizira svjesno i namjerno kreiranje, preuveličavanje i/ili izazivanje fizičkih ili psihičkih znakova i simptoma bolesti. Cilj takvog ponašanja je zauzimanje uloge bolesnika te hospitalizacija kojom bolesnik namjerava izazvati pažnju, sažaljenje i simpatije kod drugih. Poremećaj treba razlikovati od simuliranja pri čemu pacijenti nemaju namjeru ostvariti praktičnu korist. Umišljeni poremećaj se razlikuje i od somatoformnih poremećaja kod kojih pacijenti vjeruju u postojanje bolesti i nemaju namjeru zavaravati. Takvi poremećaji imaju kompulzivnu kvalitetu, ali je ponašanje pacijenata dobrovoljno i namjerno, iako se ne može kontrolirati. Uzrok takvog ponašanja nije poznat, iako neka istraživanja u razvoju poremećaja opisuju moguće biološke kao i psihološke čimbenike. Dijagnoza se temelji na kombinaciji dvojbeneh laboratorijskih i drugih dijagnostičkih nalaza isključenjem drugih mogućih bolesti, nedosljednošću i promjenjivošću simptomatologije oboljeloga te dobivenih podataka o pacijentu od obitelji i prijatelja. Standardna terapija za poremećaj nije nađena, ali kombinacija psihofarmaka s intenzivnom psihoterapijom kao kognitivno-bihevioralnom i obiteljskom terapijom može polučiti rezultate. U literaturi se ti poremećaji često zamjenjuju pojmom Münchusenov sindrom, iako se taj pojam odnosi samo na jedan tip poremećaja.

Ključne riječi: umišljeni poremećaj, uloga bolesnika, Münchusenov sindrom

Adresa za dopisivanje: Silvija Topić, dr. med.
Klinički bolnički centar Osijek
Klinika za psihijatriju
J.Huttlera 4
31000 Osijek, Hrvatska
E-pošta: topic.silvija@gmail.com

UVOD

Umišljene poremećaje karakterizira svjesno i namjerno kreiranje, preuveličavanje i/ili izazivanje fizičkih ili psihičkih znakova i simptoma radi namjere zauzimanja uloge bolesnika. Za osobe koje boluju od toga poremećaja uloga bolesnika podrazumijeva određene „privilegije“. Naime, oni dobrovoljno prolaze bolne i rizične dijagnostičke postupke, zahvate i operacije kako bi dobili simpatije i posebnu pažnju kakvu dobivaju osobe koje su zaista bolesne. Pacijenti s umišljenim poremećajem troše dragocjeno vrijeme liječnika i drugog medicinskog osoblja kao i novčana sredstva nepotrebnim, skupim dija-

gnostičkim postupcima i bolničkim liječenjem. Umišljene bolesti se zbog teških emocionalnih teškoća koje prate oboljele smatra i svrstava u mentalne poremećaje/bolesti. Taj poremećaj ima kompulzivnu kvalitetu, ali je ponašanje pacijenta dobrovoljno i namjerno, iako se ne može kontrolirati. Osnovne karakteristike umišljenog poremećaja su: 1. namjerno izazivanje ili glumljenje fizičkih i/ili psihičkih znakova i simptoma, 2. motivacija za takvo ponašanje je uživanje u ulogu bolesnika. Vanjski uzročnici ponašanja (kao financijska dobit, besplatno noćenje i sl.) su odsutni.

Slučajevi umišljenog poremećaja pojavljivali su se još u Galenovo vrijeme.

Poremećaj je prvi puta opisan u medicinskoj literaturi još sredinom 19. stoljeća kada je engleski psihijatar Gavin publicirao knjigu nazvavši je „On Feignes and Factitious Diseases“.

Kao zasebni psihijatrijski poremećaj identificirana je tek 1951. godine, kada je britanski psihijatar R. Asher (1) opisao slučaj pacijenta koji je glumio i preuveličavao simptome. Asher je za pacijentovo stanje upotrijebio termin „Münchhausenov sindrom“, a svoj rad objavio je u Lancetu 1951. godine. Odabrao je eponim Münchhausen zbog slavne priče o pruskom konjaniku Baronu von Münchhausenu koji je pričao fantastične i nemoguće priče o svojim vojnim pothvatima, a kasnije je ismijavan u djelu R. Raspea „The Suprising Adventures of Baron Münchhausen“.

Umišljeni poremećaj identificiran je kao posebna dijagnoza u DSM III 1980. godine.

EPIDEMIOLOGIJA

Učestalost umišljenih poremećaja u općoj populaciji je nepoznata, iako se vjeruje da je učestaliji nego što se uspije utvrditi. Razlog nepotpune statistike između ostalog može biti i taj što pacijenti obično traže medicinsku pomoć u različitim medicinskim ustanovama i gradovima.

Istraživanja pokazuju da se učestalost poremećaja kreće između 0,3 % i 9,3 % ovisno o populaciji pacijenata i postavkama (2, 3). Umišljeni poremećaj s tjelesnim simptomima češće je zastupljen u žena u omjeru 3:1 u odnosu na muškarce. Obično se radi o ženama u dobi između 20 i 40 godina, a mnoge rade u medicinskoj praksi (4). Krahn i sur. promatrali su 93 pacijenta s umišljenim poremećajem te utvrdili da su žene zastupljene u 72 % slučajeva, prosječne dobi 30,7 godina, a 65,7 % radi u medicinskoj praksi (5). Muškarci koji pate od ovog podtipa su obično srednjovječni, neoženjeni i izolirani od svojih obitelji (6).

Majke koje pate od Münchhausenovog sindroma preko posrednika (MSBP) ili prema DSM V „umišljenom poremećaju nametnutog od drugog“ su obično udane, obrazovane, potječu iz srednje klase, u svojim su kasnim 20-im godinama, često imaju poremećaj ličnosti, a u mnogih se u pozadini krije i ozbiljna obiteljska disfunkcija (7).

Kao što je prethodno navedeno, specifično za ovaj poremećaj je da osobe koje pate od njega često rade upravo u zdavstvenom sustavu i /ili raspoložu znanjem iz medicinskog područja te ga koriste u svrhu simuliranja i izazivanja bolesti i simptoma (5).

ETIOLOGIJA

Pravi razlog nastanka umišljenog poremećaja je nepoznat, ali istraživači traže moguću ulogu bioloških i psiholoških faktora.

Neka istraživanja pokazuju da bi moždana oštećenja mogla biti u podlozi umišljenih poremećaja. Naime, King i Ford su istraživali 72 pacijenta s umišljenim poremećajem te našli abnormalnosti SŽS-a uključujući abnormalnosti EEG-a, ozljede glave, infekcije SŽS-a prionima i neurološke abnormalnosti u 40 % tih pacijenata (8). Također se radilo na istraživanju konceptualne organizacije i procesuiranju kompleksnijih informacija koja je, čini se, u tih osoba poremećena (9). Neka istraživanja pomoću magnetske rezonancije i skana PET također su pokazala abnormalnosti u osoba koje pate od Münchhausenovog sindroma (10,11).

U literaturi je opisano nekoliko čestih psihodinamskih motiva za umišljeni poremećaj (7,12,13). Neke teorije navode da bitan čimbenik u razvoju ovog poremećaja mogu biti povijest zanemarivanja i zlostavljanja u dječjoj dobi i/ili povijest povremene bolesti koja je zahtijevala učestalo i duže bolničko liječenje. Smatra se da u takvim okolnostima djeca koja su zlostavljana ili zanemarivana počnu taj boravak u bolnici doživljavati kao bijeg iz traumatičnog doma te zavole medicinsko osoblje, jer su prema njima brižni. Kasnije u životu to iskustvo može biti predispozicija za razvoj te bolesti. Naime, ti pacijenti kasnije traže stalnu brigu koja im je kao djetetu bila uskraćivana u roditeljskom domu.

Objašnjenje takvog ponašanja može biti i to da pacijenti s poviješću zlostavljanja u djetinjstvu kreiraju situacije nad kojima imaju apsolutnu kontrolu, u suprotnosti s traumom tijekom koje su osjećali maksimalnu ranjivost i manjak kontrole.

Osobe koje pate od Münchhausenova sindroma kroz „pseudologiju fantastiku“ mogu postati zanimljivi i važni te navedeno koristiti i kao motiv za produkciju simptoma. Neki pacijenti koji izmišljaju psihičke bolesti imaju neku blisku osobu koja stvarno pati od te bolesti te se mogu osjećati povezanim s tom osobom tako što i oni sami imaju istu bolest pa s njom prolazi liječničke postupke i liječenje.

Osim navedenoga, pacijenti koji traže bolna testiranja i/ili operacije mogu imati mazohističke crte ličnosti ili poremećaj ličnosti gdje im bol služi kao kazna za stvarne ili umišljene grijehove i nisko samopoštovanje.

Ponekada motiv može biti osjećaj superiornosti koju pacijent dobije kada svojim postupcima i simulacijama zavara liječnika i liječničko osoblje. Reich i Gottfried (4) također smatraju da duboko usađena hipohondrijska vjervovanja mogu dovesti do fiktivnog ponašanja. U njihovoj su studiji neki pacijenti bili uvjereni da boluju od određene bolesti te su producirali umišljeno ponašanje kako bi prošli određena testiranja u nadi da će se određena bolest potvrditi ili isključiti.

POSTAVLJANJE DIJAGNOZE

Postavljanje dijagnoze umišljenog poremećaja je posebno teško prije svega zbog neiskrenosti koja je prisutna kod pacijenata kao i zbog velike uvjerljivosti u glumljenju

simptoma i stanja za što vremenom mogu postati pravi stručnjaci. Iako je ovaj poremećaj rijedak, smatra se da je postavljanje dijagnoze kada ona i postoji rijetko, što zbog egzotičnosti poremećaja, što zbog nesigurnosti, što vodi dijagnostičkim dilemama (14).

Kod svih pacijenata s neobjašnjivim i nedosljednim simptomima i znakovima koji ne reagiraju na prikladnu terapiju kao i u osoba koje su prethodno imale niz nepotrebnih hospitalizacija trebalo bi se posumnjati na to stanje (15).

Pri postavljanju dijagnoze umišljenog poremećaja od velike bi pomoći moglo biti pažljivo i detaljno uzimanje prethodne povijesti bolesti, opserviranje pacijenta te informacije dobivene od obitelji i prijatelja ili iz drugih zdravstvenih ustanova u kojima je pacijent bio liječen.

U nekim slučajevima dolazi u obzir i pretraživanje bolesnikove sobe i videonadzor, pogotovo ako se sumnja na Münchhausenov sindrom *by proxy*, iako to potiče razna etička pitanja.

U MKB-10 umišljeni su poremećaji klasificirani pod šifrom F68.1 te opisani kao namjerno izazivanje ili simulacija tjelesnih simptoma psihičkih nesposobnosti.

U DSM V poremećaj je opisan pod šifrom 300.19 kao „umišljeni poremećaj nametnut sam sebi“ te su postavljena tri kriterija za postavljanje dijagnoze:

a) krivotvorenje somatskih ili psihičkih znakova i simptoma ili izazivanje ozljeda ili bolesti povezano s prepoznatom obmanom; b) osoba se predstavlja drugima kao bolesna, ozlijeđena ili oštećena; c) varljivo ponašanje je vidljivo u odsutnosti jasne vanjske nagrade; d) ponašanje se ne bi moglo bolje objasniti nekom drugom mentalnom bolešću ili poremećajem kao što je sumanuto stanje ili drugim psihotičnim stanjima.

Možemo razlikovati tri podtipa ovog poremećaja:

A) Umišljeni poremećaj s pretežno psihološkim znakovima i simptomima. Karakteristike ovog podtipa su: 1. simptomi su nedosljedni, nestalni, nespojivi, mijenjaju se iz dana u dan i iz hospitalizacije u hospitalizaciju; 2. na promjene simptoma prije utječe okolina (kada se osjećaju promatrani od drugih) nego terapija; 3. pacijentovi simptomi su često neobični i nevjerojatni; 4. pacijent ima mnogo različitih simptoma koji pripadaju različitim psihijatrijskim bolestima.

Osobe s tim poremećajem produciraju simptome koji su tipični za određene mentalne bolesti kao psihoza, bipolarni poremećaj, amnezija, poremećaj hranjenja i sl. U literaturi su opisani i slučajevi prezentiranja simptoma PTSP-a za napade, silovanja ili zlostavljanja koja se nikada nisu dogodila. Postoje i slučajevi produciranja simptoma depresije zbog gubitka voljene osobe koju nisu izgubili (6,16). Hinjeni simptomi obično uključuju sniženo raspoloženje, bizarno ponašanje i halucinacije. Ponekada pojedinci mogu koristiti i psihoaktivne tvari da bi izazvali simptome koji

bi ukazivali na mentalne poremećaje (npr. stimulansi da bi se izazvala nesanica, halucinogeni da bi se promijenila percepcija, hipnotici da bi se izazvala letargija). Slučajevi ovoga podtipa su rijetki i imaju vrlo lošu prognozu, a sam poremećaj je teško utvrditi (6,17).

B) Umišljeni poremećaji s pretežno tjelesnim znakovima i simptomima. Osobe s tim poremećajem tvrde da imaju simptome koji su tipični za određene tjelesne bolesti. Ovaj podtip poremećaja se u literaturi često naziva Münchhausenov sindrom, a opisuje se i kao hospitalizam, bolnička ovisnost ili sindrom profesionalnog pacijenta. Glavna karakteristika ovih pacijenata je da izmišljaju povijest bolesti, glume simptome (najčešće abdominalnu bol, groznicu, mučninu, povraćanje, vrtoglavicu i napadaje, kroničnu bol u leđima) (18-20), sami izazivaju simptome (tako da si ubrizgavaju bakterije kako bi izazvali infekciju, ozljeđuju se, sprječavaju zacjeljenje rana) i /ili lažiraju laboratorijske nalaze (kontaminiraju uzorke urina ili stolice, uzimaju razne lijekove kako bi se dobili određeni zbuñjujući laboratorijski nalazi) i sl. (21-23). Za osobe s tim podtipom je također karakteristično da su upoznati sa bolestima tako dobro da uspiju zavarati i same liječnike zbog čega budu primljeni i zadržani u bolnici. Nakon primitka u bolnicu njihove se tegobe ili pogoršavaju ili modificiraju, a nakon što testiranja pokažu negativne ili dvojbene rezultate, obično optuže liječnike za nesposobnost i napuste bolnicu. Tada idu do druge bolnice čak i do drugog grada te se proces nastavlja.

C) Umišljeni poremećaji s kombiniranim psihološkim i tjelesnim znakovima i simptomima. Osobe s tim poremećajem navode simptome i tjelesne i mentalne bolesti. Takva dijagnoza se donosi kada ne prevladava ni psihički, ali ni tjelesni oblik umišljenog poremećaja.

U DSM IV opisan je i četvrti podtip, oblik umišljenog poremećaja koji nije drugdje naveden, tj. koji ne zadovoljava kriterije za svrstavanje u jedan od prethodno navedenih podtipova. Ovaj oblik uključuje umišljeni poremećaj preko posrednika (također poznat kao *Munchhausen syndrome by proxy*, MSBP).

U DSM V ovaj tip je opisan kao „umišljeni poremećaj nametnut od drugoga“.

Osobe s tim poremećajem namjerno produciraju ili izmišljaju simptome bolesti kod druge osobe koja je pod njihovom skrbi ili njegom (djeca, starije i nemoćne osobe, invalidi). Ovaj tip se ipak najčešće dijagnosticira kod majki koje namjerno ozljeđuju svoju djecu. Prvi slučaj ovoga poremećaja opisao je 1977. godine jedan američki pedijatar. Takve majke, naime, daju krive podatke o bolesti, lažiraju povijest bolesti i /ili lažiraju laboratorijske rezultate (npr. namjerno dodajući krv u mokraću ili stolicu, ubrizgavajući bakterije ili lijekove djetetu u krv i sl.) (24, 25). Najčešće induciran ili lažiran simptom je krvarenje, ozljeda, apneja, proljev, povraćanje, vrućica i osip (26). Često su znakovi i simptomi te laboratorijski nalazi

krajne neobični te u nesrazmjeru s majčinim iskazom (27, 28). Kada znaju da ih se promatra, majke zlostavljano djeteta se predstavljaju kao vrlo pažljive i brižne osobe zabrinute za stanje svoga djeteta (12, 29), a svrha takvog ponašanja je dobivanje pažnje i sažaljenja zbog bolesnog djeteta. Smatra se da je taj poremećaj češći nego što se uspije utvrditi u kliničkoj praksi te je postavljanje dijagnoza ekstremno bitno te kliničari u nejasnim kliničkim slikama i laboratorijskim nalazima moraju sumnjati i na taj poremećaj budući da morbiditet i mortalitet nisu zanemarivi (30). Iznimno je važno postaviti pravovremenu dijagnozu i stoga što se djeca mogu nenamjerno ozlijediti provodeći invazivne pretrage i medicinske postupke (31). Stoga nedavna istraživanja ističu važnost multidisciplinarnog pristupa u nošenju s MSBP (32).

Većina dostupne literature odnosi se na umišljene poremećaje gdje fizički znakovi i simptomi dominiraju, dok je poremećaj s dominantnim psihičkim znakovima i simptomima slabije opisan. Dijagnosticiranje umišljenog poremećaja s psihologijskim znakovima je izrazito teško jer se većinom temelji na pacijentovom vlastitom iskazu te se stoga dijagnoza rjeđe postavlja (15,33). Dijagnozu umišljenog poremećaja s dominantnim psihologijskim simptomima i znakovima nije moguće jasno razlučiti psihologijskim testiranjima (34). Međutim, neka psihologijska testiranja mogu otkriti specifičnu patologiju ove bolesti pa tako pacijenti s tim poremećajem obično imaju IQ iznad prosjeka, često su zbunjeni u pogledu svog spolnog identiteta, osjećaju jaku ovisnost o drugima ili su narcisoidni (13).

Dijagnoza umišljenih poremećaja s dominirajućim fizičkim znakovima i simptomima temelji se na kombinaciji laboratorijskih i drugih dijagnostičkih testiranja, povijesti bolesti i isključenja drugih mogućih fizičkih i mentalnih bolesti. Bolest se, nažalost, obično uspije dijagnosticirati tek nakon 5-10 godina od samoga početka javljanja simptoma (35).

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Kako bi se postavila dijagnoza umišljenog poremećaja treba se prvo isključiti „prave“ tjelesne bolesti, somatoformni poremećaj, moguću zlorabu psihoaktivnih tvari, simuliranje radi određene vanjske dobiti, poremećaj hranjenja, shizofreniju i druge psihotične poremećaje. S druge su strane, poremećaji ličnosti (posebno granični, narcisoidni i disocijalni poremećaj ličnosti) često prisutni u osoba koje boluju od umišljenog poremećaja (7,36).

Za razliku od umišljenog poremećaja, osobe koje boluju od somatoformnog poremećaja nesvjesno produciraju simptome radi nesvjesne psihološke dobiti, oni zaista proživljavaju simptome i nemaju namjeru zavaravati. Za njih je karakteristično da često posjećuju hitne ambulante baš kao i pacijenti s umišljenim poremećajem. Ove dvije dijagnoze se međusobno isključuju. Za razliku od osoba koje

boluju od umišljenog poremećaja hipohondri ne započinju bolest namjerno, obično su starije životne dobi, a ne žele ni biti podvrgnuti bolnim dijagnostičkim postupcima.

Umišljeni poremećaj, kao što je spomenuto, treba razlikovati i od obmanjivanja i simuliranja gdje osoba ima očiti cilj kao što je bijeg od policije, posla, besplatno noćenje i sl. Obmanjivanje prestaje kada pacijent ili dobije što hoće ili rizik postane prevelik (37). Sumnja na obmanjivanje i umišljeni poremećaj ne mogu se dijagnosticirati u istog pacijenta.

Što se tiče poremećaja ličnosti, zbog svoga patološkog laganja, nedostatka veza s ostalim ljudima, neprijateljskog ponašanja i manipulativnosti pacijenti s umišljenim poremećajem se obično smatraju antisocijalnim osobama, a zbog svoje sklonosti dramtizaciji za neke se smatra da imaju i histrionski poremećaj ličnosti. U granični poremećaj ličnosti se svrstavaju oni koji uz umišljeni poremećaj imaju kaotičan način života, krize identiteta, samoozlijeđuju se te zlorabljuju supstance. Osobe koje pate od umišljenog poremećaja kao i osobe s granično strukturiranom ličnošću često se samoozlijeđuju, no kod umišljenog poremećaja uz samoozlijeđivanje mora postojati i dokaz o obmanjivanju i falsificiranju drugih znakova i simptoma.

TIJEK I PROGNOZA

Umišljeni poremećaj se obično javlja u ranoj odrasloj dobi. Kako bolest napreduje tako pacijent saznaje sve više o lijekovima, liječenju, bolestima i samim bolnicama, tj. njihovom ustroju i funkcioniranju te s vremenom postaju pravi stručnjaci za medicinska stanja. Kako vrijeme odmiche serija se hospitalizacija obično povećava. Prognoza umišljenih poremećaja ovisi o subkategorijama i općenito je loša. Osoba koje boluju od tipa s predominantnim psihološkim znakovima i simptomima imaju visoku stopu suicida i lošu prognozu što je posebno izraženo ako se radi o muškom spolu (6,20). Prognoza je loša i za slučajeve poremećaja s predominantnim tjelesnim znakovima i simptomima, pogotovo ako u pozadini imaju i poremećaj ličnosti (7).

Neka istraživanja pokazuju relativno visoku stopu smrtnosti promatranih osoba s poremećajem (38). Uzroci smrti su bili infarkt miokarda zbog samoiniciranja adrenalina ili septikemija nakon samoiniciranja bakterija.

Morbiditet i mortalitet od MSBP-a čini se većim nego od umišljenog poremećaja bilo kojeg podtipa, iako se rjeđe pojavljuje. Istraživanja utvrđuju da se smrt djece kreće oko 9 % te da je uzrok obično apneja ili otrovanje, dok se invaliditet kreće oko 73 % (29). Druga istraživanja na većem uzorku djece utvrđuju mortalitet od oko 6 % do 10,5 % (39,40).

U nekim se slučajevima mogu pojaviti jedna do dvije epizode bolesti nakon čega se epizode tijekom života više

ne pojave, ipak u većini slučajeva poremećaj progredira i preraste u kroničan oblik koje je vrlo teško liječiti.

LIJEČENJE

Liječenje je ove skupine bolesti izrazito teško, ali predstavlja i veliki izazov. Prvi cilj liječenja je pokušati modificirati bolesnikovo ponašanje tako da se smanji šteta koju si bolesnik može nanijeti, a sukladno tome i reducirati zlorabu medicinskih resursa (13,15,41). U slučaju MSBP-a glavni cilj je osigurati sigurnost i zaštitu za sve stvarne i potencijalne žrtve. Kada je prvi cilj ostvaren, liječenjem se nastoji riješiti psihološki problem koji dovodi do takvog ponašanja. Medicinsko osoblje ili liječnici koji posumnjaju na umišljenu bolest kod pacijenta prvo bi morali isključiti mogućnost postojanja ranog stadija neke bolesti koja se još nije ili nije mogla klinički dijagnosticirati. Standardna terapija ili skupina terapijskih postupaka za taj poremećaj ne postoji. Klinički je paradoks da pacijenti žele biti u ulozi bolesnika tako da im nije u cilju pronaći „liječ“. Zbog toga većina pacijenata slabije surađuju u terapijskom postupku kada se i postavi dijagnoza te odbijaju psihijatrijski tretman (42). Iako ne postoji standardni tretman za poremećaj, liječenje se često fokusira na upravljanje i kontrolu stanja, a ne na samo liječenje zbog teškoće postizanja izliječenja.

Liječenje obično uključuje psihoterapiju; kognitivno-behavioralnu i obiteljsku terapiju. Obiteljskom terapijom se pomaže obitelji da lakše shvati bolesnikovo ponašanje i njegovu potrebu za pažnjom kao i da prepozna njegovo ponašanje, ako se ono ponovi.

Lijekovi se upotrebljavaju za liječenje psihičkih poremećaja kao što su depresija ili anksioznost koji također mogu biti prisutni uz ovaj poremećaj (4,43). Od lijekova se najčešće upotrebljavaju antidepresivi iz skupine SSRI, a u nekim slučajevima u obzir dolaze i antipsihotici.

Bolest je teško dijagnosticirati, a kada se otkrije, pacijenta bi trebalo prije ili kasnije suočiti s dijagnozom. Pritom liječnici i medicinsko osoblje trebaju paziti na svoje reakcije jer u protivnom mogu izazvati pacijentov bijes, razočaranje ili osjećaj izdaje što dodatno pogoršava stanje. Mnogi pacijenti nakon suočavanja ili neadekvatne reakcije liječnika reagiraju odlaskom s liječenja, tj. napuste bolnicu kada shvate da više nema potrebe za liječničkom pažnjom. Kod pacijenata kod kojih postoji ozbiljan rizik da bi si mogli teže nauditi indicira se hospitalno liječenje (44). Ponekada je potrebna i pravna intervencija pogotovo u slučajevima MSBP kada su pacijenti djeca. U tim okolnostima mora se obavijestiti i CZSS da bi se nastavilo promatrati zdravlje djeteta, a ponekada se treba dijete privremeno ili trajno premjestiti iz obitelji (45), a djetetu pružiti psihijatrijski tretman i nadzor.

KOMPLIKACIJE

Osobe koje pate od ovog poremećaja imaju duboke emocionalne potrebe zbog kojih su spremni riskirati vlastiti život kako bi se u određenim situacijama prikazali bolesnima. Posljedica takvog ponašanja je suočavanje s mnogim mogućim komplikacijama kao što su ozljede ili smrt od bolesti i stanja koje su si sami nanijeli, ozbiljnim zdravstvenim problemima zbog ponavljanih kirurških zahvata, dijagnostičkih postupaka ili terapije koju dobivaju za razna odglumljena ili izazvana stanja. Ove skupine pacijenata imaju generalno povećan rizik od samoubojstva, financijskih problema kao i značajnih problema u svakodnevnom životu, tj. u socijalnom, bračnom i poslovnom funkcioniranju (6,7).

LITERATURA

1. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951;1: 339-41.
2. Bauer M, Boegner F. Neurological syndromes in factitious disorder. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 281-8.
3. Aduan RP, Fauci AS, Dale DC i sur. Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 1979; 90: 230-42.
4. Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 1983; 99: 240-7.
5. Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1163-8.
6. Wise MG, Ford CV. Factitious disorders. *Prim Care* 1999; 26: 315-26.
7. Folks DG. Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurol Clin* 1995; 13: 267-81.
8. King BH, Ford CV. Pseudologia fantastica. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 1-6.
9. Pankratz L, Lezak MD. Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. *Hillside J Clin Psychiatry* 1987; 9: 195-206.
10. Fenelon G, Mahieux F, Rouillet E, Guillard A. Munchausen's syndrome and abnormalities on magnetic resonance imaging of the brain. *BMJ* 1991; 302: 996-7.
11. Mountz JM, Parker PE, Liu HG i sur. Tc-99m HMPAO brain SPECT scanning in Munchausen syndrome. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21: 49-52.
12. Eisendrath SJ. Factitious disorders and malingering. U: Gabbard GO, ed. *Treatments of psychiatric disorders*. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2001.
13. Feldman MD, Ford CV. Factitious disorders. U: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2000.
14. Doherty AM, Sheehan ID. Munchausen's syndrome-more common than we realize? *Ir Med J* 2010; 103: 179-81.
15. Fleming A, Eisendrath SJ. Factitious disorders. U: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, eds. *Psychiatry*. 2nd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2003.

16. Sparr L, Pankratz LD. Factitious posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1016-9.
17. Popli AP, Masand PS, Dewan MJ. Factitious disorders with psychological symptoms. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 315-8.
18. Hariharasubramony A., Chankramath S, Srinivasa S. Munchausen syndrome as dermatitis simulata. *Indian J Psychol Med* 2012; 34: 94-6.
19. Callegari C, Bortolaso P, Vender S. A single case report of recurrent surgery for chronic back pain and its implications concerning a diagnosis of Munchausen syndrome. *Funct Neurol* 2006; 21: 103-8.
20. Lad SP, Jobe KW, Polley I, Byrne RW. Munchausen's syndrome in neurosurgery: report of two case and review of the literature. *Neurosurgery* 2004; 55: 1436.
21. Eisendrath SJ. Factitious physical disorders. *West J Med* 1994; 160: 177-9.
22. Larrabee GJ, ed. *Assessment of Malingered Neuropsychological Deficits*. Oxford: Oxford University Press; 2007, 9.
23. Rogers R., *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 3rd edn. New York: Guilford Press; 2008.
24. Bartsch C, Risse M, Schutz H, Weigand N, Weiler G. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Sci Int* 2003; 137: 147-51.
25. Holstege CP, Dobmeie SG. Criminal poisoning: Munchausen by proxy. *Clin Lab Med* 2006; 26: 243-53.
26. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 547-63.
27. Rosenberg DA. Munchausen syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 421-30.
28. Squires JE, Squires RH Jr. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 51: 248-53.
29. Schreier H. Munchausen by proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004; 34: 126-43.
30. Stirling J Jr. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007; 119: 1026-30.
31. Donald T, Jureidin J. Munchausen syndrome by proxy. Child abuse in the medical system. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 753-58.
32. Wood HN, Brown J, Wood P. Differing approaches to the identification of Munchausen by proxy syndrome (MBPS): a case of professional training or role of experimental exposure. *J Clin Forensic Med* 2001; 8: 140-50.
33. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990; 31: 392-9.
34. Lees-Haley PR. Efficacy of MMPI-2 validity scales and MCM-II modifier scales for detecting spurious PTSD claims: F, F-K, Fake Bad Scale, ego strength, subtle-obvious subscales, DIS, and DEB. *J Clin Psychol* 1992; 48: 681-9.
35. Reus VI. *Mental disorders*. U: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al, eds. *Harrison's principles of internal medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2005.
36. Clarke E, Melenick SC. The Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos. *Am J Med* 1958; 25: 6-12.
37. Halligan P, Bass C, Oakley D, eds. *Malingering and Illness Deception*. Oxford: Oxford University Press; 2003, 3-8, 16.
38. Eisendrath SJ, McNiel DE. Factitious physical disorders, litigation, and mortality. *Psychosomatics* 2004; 45: 350-3.
39. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 431-51.
40. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 252-57.
41. Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 358-63.
42. Tylor S, Hyler SE. Update on factitious disorders. *Int J Psychiatry Med* 1993; 23: 81-94.
43. Earle JR Jr, Folks DG. Factitious disorder and coexisting depression: a report of successful psychiatric consultation and case management. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 448-50.
44. Johnson BR, Harrison JA. Suspected Munchausen syndrome and civil commitment. *J Am Acad Psychiatry Law* 2000; 28: 74-6.
45. Berg B, Jones DP. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1999; 81: 465-72.

SUMMARY

FACTITIOUS DISORDERS

SILVIJA TOPIĆ and DUNJA DEGMEČIĆ

Osijek University Hospital Center, Clinical Department of Psychiatry, Osijek, Croatia

Factitious disorders are characterized by intentional and voluntary creating, exaggerating and/or provoking physical and psychological signs and symptoms of the disease. The aim of such behavior is taking a sick role and inpatient treatment in which the patient wants to get attention, pity and sympathy from the others. The disorder should be differentiated from a situation in which patients do not tend to gain practical benefit, and from the somatoform disorders in which the patient believes in the existence of a disorder but does not tend to fool the others. These disorders have compulsive quality, but patient behavior is voluntary and intentional, although it cannot be controlled. The cause of this behavior is not known, although some researches describe the possible biological as well as psychological causes of the disorder. Diagnosis is based on a combination of doubtful laboratory and other diagnostic reports, excluding other possible disorders, changes in clinical symptomatology and information provided from family members and friends. A combination of psychopharmaceuticals with intensive psychotherapy such as cognitive-behavioral and family therapy can be useful as a treatment strategy. In the literature, these disorders are often misplaced with the term Munchausen syndrome, although this term defines just one type of this disorder.

Key words: factitious disorders, sick role, Munchausen syndrome