

Cieciorka, pan Zdzisław i guz mózgu, czyli historia, której nie było

Chickpea, Mr. Zdzisław and brain tumor, the story that never happened

Adam Perzyński^{1A,B,D,E,F}, Iwona Chmiel-Perzyńska^{2E,F},
Rafał Dubiel^{3B}, Aneta Perzyńska-Starkiewicz^{1B}, Ida Kłębukowska^{3F},
Justyna Pawężka^{1F}, Marcin Olajossy^{1A,F}

¹ II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³ II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

Streszczenie

Praca dotyczy przypadku pacjenta z diagnozą szkodliwego używania alkoholu oraz początkowo objawami zespołu Münchhausena a następnie mitomanii. U 47 letniego pacjenta na około 3 lata przed postawieniem ostatecznej diagnozy psychiatrycznej miano postawić diagnozę guza płata skroniowego. Następnie relacja pacjenta obejmowała podróż do Czech, gdzie przy użyciu noża gamma miano zoperować nowotwór. Po powrocie pacjent odmawiał stosowania się do zaleceń lekarskich. W ramach samo leczenia spowodował ranę na podudziu, w której trzymał ziarno ciecierzycy. Z czasem pacjent zaczął wplatać w swój życiorys wydarzenia fikcyjne, często wręcz fantazyjne jak działalność przestępcza, czy służba w Legii Cudzoziemskiej. Dokładna analiza stanu zdrowia, weryfikacja danych z innych źródeł pozwoliły na ujawnienie nieprawdziwości wszystkich danych, poczynając od guza mózgu. Oprócz chronologicznego opisu symptomatologii omawiane są jej uwarunkowania rodzinne, sytuacyjne i kulturowe – w tym powszechny dostęp do wiedzy medycznej. Część teoretyczna nawiązuje do prób klasyfikacji mitomanii, jej powiązań z innymi zaburzeniami oraz wskazówki do diagnostyki różnicowej.

Słowa kluczowe: mitomania, zespół Munchausena, opieka zdrowotna

Abstract

The case report describes a patient with the diagnosis of harmful alcohol use and, initially, the symptoms of Munchausen syndrome and later of mitomania. In the 47-year-old patient 3 years before the final psychiatric diagnosis, brain cancer had been supposedly diagnosed. The patient described his travel to Czech Republic and neurosurgery operation with gamma knife. Upon return the patient refused to follow doctors' recommendations. His self-treatment method consisted in making a skin wound in his shin and placing a chickpea inside. With time he started to interlace the facts from his life with the fabricated ones. Some of them, as criminal offences, military service in French Foreign Legion, seemed to be fantastic. Precise examination, the analysis of facts and their verification let us show falseness of the whole story, starting with brain tumor. Besides chronological description of symptoms, the paper describes family, situational and cultural correlations, including wide access to medical knowledge. The theoretical part contributes to classifications of mitomania, its connections with other disturbances and guidelines for differential diagnosis.

Keywords: mitomania, Munchausen syndrome, health care

Wstęp

Praca dotyczy 47 letniego pacjenta, który trafił do II Kliniki Psychiatrii, jako do kolejnej placówki medycznej. Przedstawiając jego historię przybliżymy uwarunkowania rodzinne, sytuacyjne, współchorobowe, które miały wpływ na przebieg wydarzeń i przebiegu procesu diagnostycznego. W drugiej części pracy omówimy problem z punktu widzenia lekarskiego.

Opis przypadku

Do II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej pacjent zgłosił się po namowach swojej żony, która szukała wyjaśnienia dla zachowań męża. Pierwsze zmiany w zachowaniu zauważyła ona na około 7 lat wstecz. Wówczas pacjent zmienił sposób ubierania się z eleganc-

kiego na bardziej młodzieżowy, delikatny łańcuszek na szyi zamienił na gruby, rzucający się w oczy, zaczął maskować łysinę. Kilka lat wcześniej razem z żoną i córką zaczęli prowadzić kawiarnię w jednym z uzdrowisk. Wcześniej zajmowali się różnego rodzaju działalnością gospodarczą, głównie handlem, zaś jeszcze wcześniej przez kilka lat, jako absolwent pedagogiki, pacjent nauczał w szkole podstawowej. W prowadzonym rodzinnie lokalu usługowym pacjent był odpowiedzialny za obsługę klientów i prowadzenie sali. Od kilku lat żona pacjenta mieszkała osobno, zajmując się swą chorą matką, zaś pacjent najczęściej mieszkał u swojej córki. Małżonkowie spędzali ze sobą czas tylko w pracy. Taka sytuacja doprowadziła do rozluźnienia więzi małżeńskiej. Pacjent coraz częściej sięgał po alkohol. W tym samym czasie kilkakrotnie miał wystąpić utraty przytomności. Po jednym z takich epizo-

dów miał trafić na oddział neurologiczny, gdzie rzekomo wykonano tomografię komputerową mózgu i zdiagnozowano obecność nowotworu w płacie czołowym. O ile pacjent przedłożył niektóre z kart informacyjnych, w których nie stwierdzono przyczyny utraty przytomności, o tyle nie okazał dokumentów z tej, gdzie postawiono diagnozę. Pacjent nie umiał wytłumaczyć braku dokumentacji. W związku z diagnozą choroby nowotworowej pacjent postanowił samodzielnie wybrać metodę leczenia - nóż gamma. Rodzinę poinformował, że jest to najlepsza opcja terapeutyczna oraz, że do refundowanego zabiegu kolejka oczekiwania jest bardzo długa, zaś komercyjnie usługa ta jest bardzo droga. Podkreślał chęć jak najszybszego podjęcia leczenia i odnalazł ośrodek w Pradze, gdzie koszt zabiegu był niemal trzykrotnie niższy. Pacjent nie zgodził się na towarzyszenie mu przez kogokolwiek z rodziny i sam, własnym samochodem miał udać się do Pragi. Po kilku dniach nieobecności w domu powrócił bez około 12 tysięcy złotych. W czasie hospitalizacji w naszej klinice opowiadał lekarzom o podróży, opisując nawet wygląd sali szpitalnej. Po powrocie do domu nie okazał jakiegokolwiek dokumentacji medycznej. Rodzinie powiedział, że ją zniszczył, natomiast nam relacjonował zmienianie utrzymując wersję o zniszczeniu lub podając, że dał ją koledze „Zdziśkowi”, który już nie żyje i odzyskanie dokumentów będzie trudne. Po powrocie nadal upijał się i coraz częściej znikał na kilka dni. Pacjent nie podjął jakiegokolwiek leczenia neurologicznego, natomiast w Internecie odnalazł metodę zwalczania komórek nowotworowych poprzez umieszczenie w ranie, pod skórą, ziarna ciecierzycy, co czynił od tej chwili przez kolejne trzy lata. Informował wszystkich, w tym lekarzy i rodzinę, że jest to jego wybór, który ma potwierdzoną skuteczność. W tym czasie żona usiłowała kilkakrotnie nakłonić męża do leczenia przeciwpadaczkowego, które miało być zalecone po zabiegu radiologicznym. Zamawiała wizyty domowe neurologa, który ostatecznie skierował pacjenta na oddział. W czasie hospitalizacji, no około rok przed pobyt w Klinice Psychiatrii) stwierdzono w badaniu rezonansem magnetycznym „... przyśrodkowo, w okolicy bieguna przedniego lewego płata skroniowego niewielka przestrzeń płynowa- pooperacyjna? W prawej okolicy czołowej niewielkie zmiany malacyjno-niedokrwenne... obustronnie w okolicy czołowo ciemieniowej niewielkie poszerzenie przymózgowej przestrzeni płynowej. Zmiany zapalne w zatokach obocznych nosa” W zapisie EEG odnotowano „zapis z podejrzeniem dyskretnych zmian napadowych występujących w okolicy tylnego skroniowo-ciemieniowo-potylicznej obustronnie (ze względu na serie zaostzonych fal alfa 10-12 Hz do 50-70uV wyróżniające się dyskretnie z tła” i wykonano ponowne badanie po deprywacji snu. Wykazało ono „delikatnie wyrażone zmiany napadowe w opisanych okolicach mózgu... w okolicy skro-

niowo-centralno-ciemieniowo-potylicznej obustronnie i w linii środkowej mózgu nad okolicą centralno-ciemieniową delikatnie wyrażone zmiany napadowe w postaci nielicznych asynchronicznych wyładowań zaostzonych fal alfa 9-13Hz do 70-110uV, trwających około 2/3 sekundy). Badanie neurokognitywne triadą organiczną „nie wykazały patologii w pamięci świeżej i grafomotorycznej” oraz „zaburzenia pamięci wstecznej”. Nie umieszczono informacji co do zakresu, rodzaju zaburzeń pamięci. Drugim wnioskiem z oceny psychologicznej było stwierdzenie „Organiczne zaburzenia nastroju i osobowości (cechy zespołu czołowego)”. Nie umieszczono jednak jakiegokolwiek dodatkowych informacji. Orzeczenie takie prawdopodobnie powstało w oparciu o wywiad dotyczący zachowania pacjenta. Badania USG Doppler tętnic domózgowych i tętnic wewnątrzczaszkowych nie ujawniły istotnych patologii. Pacjent został wypisany z rozpoznaniem: padaczka napadów częściowych złożonych wtórnie uogólnionych, zmiany malacyjno-niedokrwenne płata czołowego prawej półkuli mózgu, stan po usunięciu guza mózgu (nożem gamma) lewego płata skroniowego, organiczne zaburzenia nastroju i osobowości, przewlekłe zmiany zapalne zatok obocznych nosa a anosmią, przewlekły zespół bólowy korzeniowy kręgosłupa L-S. Przy wypisie zalecono rozpoczęcie stosowania lewetiracetamu i umieszczono informację o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługi urządzeń w ruchu. W dwa tygodnie później pacjent został przywieziony do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego w asyście Policji z podejrzeniem przedawkowania leków przeciwpadaczkowych. Był pod wpływem alkoholu i zachowywał się agresywnie wobec małżonki. Przyjęto go na oddział detoksykacji, po czym przeniesiono na oddział ogólnopsychiatryczny, skąd zaraz przeniesiono go do Kliniki Psychiatrii celem diagnostyki i leczenia. Kilka dni później wypisał się na własne żądanie. Postawiono diagnozę: organiczne zaburzenia osobowości, padaczka napadów częściowych złożonych wtórnie uogólnionych, stan po usunięciu guza lewego płata skroniowego.

Po powrocie do domu funkcjonował jak dotychczas. W czasie pracy w kawiarni chodził na zaplecze i w czasie dancinów udawał tam piosenkarza. Rodzina obserwowała narastającą chwiejność emocjonalną, wybuchy złości oraz to, że w kontaktach z innymi ludźmi opowiadał historie ze swojego życia, które nigdy nie miały miejsca, a z uwagi na ich charakter przyciągały uwagę rozmówców. Pacjent nadal okresowo znikał na 2-3 dni. W tym czasie był widziany przez znajomych jak śpi w parku na ławce. Pacjent spotykał się z co najmniej jedną kobietą, podawał przy tym nieprawdziwe dane osobowe, twierdził, że jest wdowcem, pokazywał swój były dom jako własny. Usiłował sprzedać mieszkanie, którego był właścicielem, podając przy tym, że jest wdowcem i podpisując

niekorzystną umowę. Okresowo innym przedstawiał się nazwiskiem piosenkarza, z którym mieli podpisaną umowę autorską i którego utwory grano w kawiarni. Raz, w wynajętym lokalu, zorganizował przesłuchania dla solistek do jego rzekomego zespołu muzycznego. W oczach rodziny zachowania pacjenta budziły niepokój i skłaniały do poszukiwania przyczyn i sposobu leczenia. W ten sposób pacjent trafił na kolejne trzy turnusy w psychiatrycznym oddziale dziennym, gdzie spędził łącznie 4 miesiące, uczestnicząc głównie w psychoterapii grupowej. Badania neuropsychologiczne wykonane w tym czasie nie wykazały zmian organicznych, jednak z uwagi na wywiad pacjent był postrzegany jako osoba z organicznymi zaburzeniami osobowości. W czasie kolejnych tygodni psychoterapii grupowej pacjent opowiadał coraz to nowe historie, między innymi o swojej służbie w Legii Cudzoziemskiej. Każdorazowo stawiano rozpoznanie zaburzenia urojeniowego, jednak nie stosowano leków przeciwpsychotycznych, a jedynie Memotropil i karbamazepinę. Wobec braku poprawy i znacznej senności po karbamazepinie pacjent został skierowany na pobyt diagnostyczno-leczniczy do II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej. Na tydzień przez zaplanowaną hospitalizację pacjent trafił do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – był nietrzeźwy i miał liczne powierzchowne obrażenia. Personel a następnie rodzinę poinformował, że został potracony przez samochód. Dzięki świadkom udało się ustalić, że wdał się w bójkę w stanie nietrzeźwości.

Do Izby Przyjęć Kliniki Psychiatrii przybył w towarzystwie żony. Przy przyjęciu był w pełnym, logicznym kontakcie. Nie stwierdzono zaburzeń formalnych myślenia. Pacjent negował obecność objawów wytwórczych. Nie odnotowano zachowań urojeniowych, nie stwierdzono cech choroby afektywnej. W różnych okolicach skóry, w tym na twarzy, były widoczne podbiegnięcia krwawe.

W czasie hospitalizacji był dostosowany w zachowaniu. W czasie licznych badań był zazwyczaj w wyrównanym nastroju, łatwo nawiązywał kontakt. Bardzo chętnie opowiadał historię swojej choroby, podając szczegóły. W początkowej fazie hospitalizacji nie zaczynał nowych wątków. Jednocześnie zbierano i poszerzano wywiad od członków rodziny, z relacji której wynikało początkowo, że pacjent przejawia cechy zespołu czołowego może doświadczać ponapadowych zaburzeń świadomości. Konfrontacja pacjenta z danymi uzyskanymi od rodziny przyniosła efekt w postaci rozbudowywania przez niego starych wątków i tworzenia nowych. Pacjent podawał, że kontakt z kolegą Zdziśkiem służy prowadzeniu nielegalnych interesów tj. przewożenia amfetaminy, handel samochodami, przemyt bursztynu, podrabianiu i handlowi dokumentów i zaświadczeń. Za to ostatnie miał dostać wyrok sądowy. Pod koniec hospitalizacji mówił już o dwóch wyrokach, w tym jeden miał być za wymuszenia.

Jednocześnie dawał do zrozumienia, że jego żona od początku też była we wszystko zaangażowana i choć obecnie prowadzi legalny interes, to daje mu na wszystko przyzwolenie. Pacjent podkreślał jednocześnie, że to on, a nie kawiarnia, przynosił podstawowy dochód rodzinie. Obraz sytuacji rysowany przez pacjenta sprawiał, że jego żona mogła być przez lekarzy postrzegana jako ukrywająca fakty i obawiająca się konsekwencji. W trakcie kolejnych badań pacjent podawał coraz to nowe fakty, które nie znajdowały potwierdzenia w relacjach rodziny, na przykład o podpisaniu umowy autorskiej i wydaniu 5 płyt. W czasie hospitalizacji obserwowano, że większa uwaga, zainteresowanie i dociekliwość lekarzy owocowały nowymi detalami i wątkami. Swego rodzaju apogeum miało miejsce w czasie spotkania ze studentami medycyny, którzy niezwykle zainteresowani historią pacjenta, usłyszeli między innymi rozbudowany wątek o służbie w Legii i Cudzoziemskiej. W czasie konfrontacji z lekarzem okazało się jednak, że pacjent nie posiada nawet podstawowej wiedzy na temat tej formacji wojskowej. Ponowne badanie rezonansem magnetycznym oraz konsultacja neurochirurgiczna nie potwierdziły wywiadu co do choroby nowotworowej. W badaniu skalą WAIS-R (PL) pacjent uzyskał wynik ilorazu ogólny 101, zaś w skali werbalnej 100 oraz w niewerbalnej 103. Badania „triadą organiczną” tj. Testem Pamięci Figur Geometrycznych Graham-Kendal, Testem L. Bender oraz Testem Bentona nie wykazały nieprawidłowości. W badaniu MMPI odnotowano wskaźnik Gougha na poziomie +17, co wskazywało na symulację.

W związku z dobrym stanem pacjenta i wobec braku myśli samobójczych umożliwiono pacjentowi samodzielne opuszczanie oddziału w celu spaceru po terenie okalającego budynek parku. Na kilka dni przed ukończeniem hospitalizacji, tj. w czasie gdy zaczęto ujawniać, że przynajmniej część relacji jest nieprawdziwa, pacjent powrócił ze spaceru w stanie nietrzeźwym. Ostatecznie skonfrontowano pacjenta z wnioskami lekarzy po czym przyznał on, że wszystko, łącznie z historią choroby nowotworowej, zostało przez niego wymyślone.

Dyskusja

Z uwagi na pozorowanie choroby opisany powyżej przypadek można by diagnozować jako zespół Münchhausena. Jest to rzadkie zaburzenie pozorowane cechujące się częstymi hospitalizacjami, patologicznym kłamaniem i celowym wytworzeniem objawów w celu uzyskania pomocy medycznej, współczucia, uwagi i statusu osoby chorej [1]. W literaturze można odnaleźć liczne opisy zaburzenia pozorowanego, w których dochodzi do bardzo poważnych zabiegów operacyjnych lub innych interwencji medycznych [2]. Nazwa zespołu pochodzi od bohatera pierwszego opisu sporządzonego przez Richarda Ashera. Międzynarodowa klasyfikacja Chorób ICD-10 uwzględnia

to rozpoznanie pod pozycją F68, tj. Inne zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych [3]. Opisany powyżej przypadek spełniał kryteria rozpoznania zaburzenia pozorowanego od chwili rzekomego wykrycia choroby nowotworowej do momentu tworzenia przez pacjenta nowych fikcyjnych opowieści. Stwarzane de novo historie nie łączyły się z rozpoznaniem guza mózgu, nie wiązały się też w jakikolwiek sposób z uzyskiwaniem świadczeń medycznych. Z czasem wymyślanie nowych elementów swojej biografii przychodziło pacjentowi z coraz to większą swobodą a obraz kliniczny odpowiadać zaczął kłamliwości patologicznej.

W 1981 Anton Delbrück jako pierwszy opisał 5 przypadków patologicznego kłamstwa a nazwa zespołu psychopatologicznego przyjęła nazwę swego twórcy. W literaturze funkcjonują też inne, równoważne terminy: pseudologia fantastica, mitomania. Opis Delbrücka brzmiał: "...falsyfikacja... może być rozbudowana i bardzo skomplikowana, może trwać latami lub nawet przez całe życie, przy braku wyraźnej choroby psychicznej, wyraźnego ubytku psychicznego i epilepsji" [4].

Obecnie uważa się, że kłamstwo patologiczne posiada następujące cechy: nie jest urojeniem, tworzone historie nie są całkowicie nieprawdopodobne, są stałe w czasie, nie przynoszą korzyści materialnych a podnoszą wartość kłamcy w oczach słuchacza lub dają mu satysfakcję. Z czasem dochodzi do stopniowego rozbudowywania kłamstw. W miarę rozwoju kłamliwości mitoman może posiadać dwojaką osobowość i historię życia, stworzoną oraz realną. Coraz bardziej zaczyna wierzyć w wykreowaną przez siebie samego rzeczywistość, aż ostatecznie może traktować ją jako prawdziwą. Na tym etapie zaburzenia niektórzy autorzy podkreślają trudność w diagnozowaniu różnicowej z urojeniami [5].

Występowanie patologicznego kłamstwa jest równie częste u obu płci aczkolwiek trudno odnaleźć w literaturze dane co do częstości występowania tego zaburzenia w populacji ogólnej. Choć pacjenci wykazują różny poziom inteligencji, to nawet w 40% przypadków wykazywano cechy organicznych zmian CUN [6]. Mitomania częściej występuje u osób z narcystycznymi i histrionicznymi cechami osobowości lub charakteryzujących się chwiejnością emocjonalną [4].

Badania Haley'ów wykazały, że mitomanom kłamanie przychodzi równie łatwo jak mówienie prawdy [7]. Badania potencjałów wywołanych wykazały, że kłamstwo spontaniczne nie wykazuje cech typowych dla kłamstwa zamierzonego, planowanego lub dla sytuacji występowania dylematów moralnych [8]. Nie odnotowuje się zmian amplitudy czy wydłużenia czasu reakcji.

Kłamanie, tworzenie fikcyjnych historii zbliżone obrazem do mitomanii może występować naturalnie w okresie wczesnodziecięcym. Dzieci opowiadają zmysło-

ne historie, często wierząc w ich prawdziwość. Jest to element dziecięcych mechanizmów obronnych lub też stanowi przejaw myślenia prelogicznego, zwanego często magicznym. Myślenie prelogiczne to nieumiejętność oddzielenia świata własnych wyobrażeń od rzeczywistości. Z tego powodu istnieje nawet pogląd, że mitomania jest fikcją dorosłych na okresie dziecięcym [9].

Istnieją różne koncepcje co do klasyfikowania mitomanii – od spektrum obsesyjno-kompulsyjnego, przez zaburzenia kontroli zachowań impulsywnych po uzależnienie behawioralne, bliskie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych [9]. Przeciwno przynależności kłamstwa patologicznego do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych świadczy egosyntoniczny charakter pierwszego zaburzenia w przeciwieństwie do ego dystonicznego charakteru tego drugiego. Wśród różnych koncepcji klasyfikowania mitomanii jest też traktowanie jej jako psychozy życzeniowej [10].

Wśród podobieństw mitomanii jako uzależnienia behawioralnego do uzależnień od substancji wymienia się silną potrzebę, głód tego typu zachowań, egosyntoniczność, niemożność zaprzestania, zmniejszenie lęku przed kłamaniem i odczuwanie zadowolenia a wręcz „high'u” po oszukaniu kogoś, reagowanie dysforią w przypadku niemożności spełnienia swej potrzeby. Natomiast wśród przeciwieństw podnosi się przede wszystkim brak znamienych fizjologicznie lub groźnych medycznie objawów odstawiennych. Literatura dostarcza informacji o zwiększonej częstości występowania uzależnień behawioralnych u osób uzależnionych od alkoholu, przy czym najwięcej badań dotyczyło patologicznego hazardu [11, 12, 13]. Wysoki współczynnik współwystępowania wskazuje na wspólne mechanizmy tych zaburzeń, w tym neurofizjologiczne. Wśród neurotransmiterów istotnych w uzależnieniach behawioralnych wymienia się układ serotonergiczny, odpowiedzialny za hamowanie zachowań oraz dopaminę odpowiedzialną za procesy uczenia się, motywację, wzmacnianie stymulacji, w tym układu nagrody [14, 15]. Patologiczne kłamstwo należy różnicować z urojeniami, konfabulacjami, symulacją czy zaburzeniem pozorowanym. Mitomania różni się od urojeń obecnością wglądu. W konfabulacji mamy do czynienia z zafałszowaniem pamięci, zwłaszcza świeżej przy braku intencji oszukiwania rozmówcy i obecnością organicznego uszkodzenia mózgu. Symulacja, czyli tworzenie fikcyjnych objawów, czy choroby, ma na celu uzyskanie korzyści materialnych, na przykład renty czy odszkodowania. Zaburzenie pozorowane ma na celu uzyskanie statusu chorego i wszelkich z tym związanych przywilejów. Patologiczne kłamstwo nie prowadzi typowo do zysków finansowych a raczej społecznych, sytuacyjnych, często doraźnych. Przykuwa uwagę innych, wzbudza zainteresowanie mitomanem, dając mu poczucie zadowolenia. Tak było w opisanym

przypadku. Pozorowanie choroby trwało w początkowym okresie, później było tylko jednym z wielu kłamstw. Można przypuszczać, że przez stworzenie historii choroby nowotworowej, dzięki wymyślonej chorobie pacjent uzyskał status chorego w rodzinie i związane z tym przywileje - miał wytłumaczenie dla swych nieobecności czy dziwnych zachowań i wypowiedzi. Przez lekarzy był postrzegany jako pacjent z zaburzeniami osobowości o podłożu organicznym, więc nieodwracalnym. W innych sytuacjach społecznych budził podziw, zainteresowanie a okresowo starał się nawet wzbudzać lęk. W trakcie pobytu w Klinice Psychiatrii doszło do spotkania ze studentami medycyny, na których autobiografia pacjenta wzbudziła w rozmówcach duże emocje. Pod wpływem kolejnych pytań, przy ogromnym zainteresowaniu i pełnej wierze swych rozmówców, pacjent tworzył nowe wątki i rozbudowywał dotychczasowe: o wyrokach sądowych, fałszowaniu dokumentów, wymuszaniu haraczu, przewożeniu amfetaminy, misjach zagranicznych w ramach służby w Legii Cudzoziemskiej itd. Im większe było zainteresowanie i wiara słuchających, tym kłamstwa stawały się bardziej szczegółowe, barwne i sensacyjne a u samego pacjenta można było wręcz zaobserwować podniecenie taką sytuacją.

Potrzeba zainteresowania swą osobą, „błyszczenia”, doznawania nowych, silnych emocji mogą pojawić się w ramach ekspansywnej postawy inwolucyjnej opisanej przez Kaczyńskiego. U jej podłoża leży negatywna ocena dotychczasowej linii życia, niezrealizowanie własnych potrzeb życiowych i poczucie pustki. Wówczas w formie swego rodzaju rewolucji osoba w wieku dojrzałym podejmuje nagłe decyzje i intensywne działania w celu „nadrobienia straconego czasu”. Z wywiadu wynika, że początki przemiany zaczęły się od zmiany sposobu ubierania się na bardziej młodzieżowy, intensywne używanie perfum, noszenie rzucających się w oczy naszyjników, stosowanie sztucznych włosów w celu zakrycia łysiny. Opisany przypadek można więc również postrzegać jako swoiście przebiegającą postawę inwolucyjną, w której w ramach zachowań ekspansywnych doszło do rozwoju patologicznego kłamstwa.

Opisana powyżej historia nasuwa refleksję: jak to możliwe, że tyle osób, w tym najbliżsi i lekarze wierzyli naszemu pacjentowi? Skuteczność manipulacji zależy z od szeregu czynników obecnych po obu stronach takiej relacji. Manipulant ma większą szansę na wprowadzenie kogoś w błąd, gdy jest darzony zaufaniem, szczególnie, gdy jest bliskiej relacji, pokrewieństwie, lub stanowi autorytet. Niewątpliwie bardzo duże znaczenie ma pewność siebie i przekazu, przy których realność przekazywanej informacji, choć zdaje się być ważna, może mieć już mniejsze znaczenie. Historia zna wiele tego typu sytuacji. **Victor Lustig sprzedał na złom wieżę Eiffel’a, George**

Parker sprzedawał szereg nieruchomości na terenie Nowego Jorku, w tym Statuę Wolności, Metropolitan Museum of Art., czy Brooklyn Bridge. W 1969 roku w Polsce, operując przede wszystkim manipulacjami oszust zdołał założyć konsulat austriacki, zatrudnić personel i funkcjonować we wpływowych kręgach towarzyskich, głównie politycznych i finansowych. Odbiorca jest bardziej podatny na manipulację, gdy ta brzmi wiarygodnie, pasuje do okoliczności ale przede wszystkim, gdy spełnia jego oczekiwania lub potrzeby. Osoba fałszująca rzeczywistość może wykorzystywać relacje społeczne, zwyczaje, słabości potencjalnych „ofiar” [16]. Relacja lekarz-pacjent jest specyficzna i z założenia cechuje się wysokim stopniem poufności i zaufania. To pacjent szuka pomocy z powodu dolegliwości a lekarz nie może zakładać z góry, że pacjent oszukuje. Takie podejście lekarza już na początku groziłoby brakiem zaufania ze strony pacjenta oraz gorszą dalszą współpracą, a w efekcie gorszym efektem leczenia. Opisany Pacjent z dużą pewnością siebie opowiadał np. o leczeniu nożem gamma w praskiej klinice, podawał cenę zabiegu, porównywał ją z cenami w Polsce, podkreślając długą kolejkę do zabiegu refundowanego przez NFZ. Taki zestaw informacji wydawał się bardzo prawdziwy i pomimo braku wyraźnych śladów po nowotworze i zastosowanym leczeniu lekarze neurologów nie podejrzewali fałszu. Dodatkowym, dość specyficznym, potwierdzeniem podjętej terapii było utrzymywanie ziarna ciecierzycy w ranie na podudziu. Pacjent przytaczał nazwisko twórcy tej metody stymulacji układu immunologicznego, powoływał się na wynik badań. Długotrwałe, bo kilkuletnie, utrzymywanie rany, udowodniało determinację pacjenta. Siła przekazu musiała być na tyle silna, że wyniki badań obrazowych, zapis EEG, brak kontynuacji leczenia po zabiegu operacyjnym, brak dokumentacji medycznej z leczenia, jak i inne niezgodności stawały się mało ważne lub niezauważalne. Każdy z lekarzy ową niezgodność zapewne widział ale ostatecznie przyjmował wersję pacjenta. Odmowa rodzinie towarzyszenia pacjentowi w podróży samochodowej na zabieg operacyjny do innego państwa była postrzegana zarówno przez rodzinę jak i lekarzy jako swego rodzaju dziwactwo i upór, co pasowało do osobowości pacjenta oraz niekonwencjonalnego samoleczenia ciecierzycą. Z jednej strony przekaz pacjenta musiał być na tyle wiarygodny, że nikt nie próbował nawet weryfikować jego relacji. Z drugiej zaś, wobec braku typowych śladów pooperacyjnych, małego rozpowszechnienia leczenia nożem gamma, weryfikacja efektów tego typu terapii mogła być niełatwa dla neurologów. Niewykluczone, że brak zauważania niezgodności pomiędzy wywiadem co do guza mózgu i leczenia a wynikiem badań obrazowych można określić efektem „szaty cesarza”. Lekarz podważający cały wywiad naraziłby się na śmieszność i niekompetencję. W literaturze dotyczącej

zaburzeń pozorowanych jako niezwykle ważne podnosi się dokładność badania, szczegółowość wywiadu i analizę wszelkich niezgodności [2]. Wiedzę dotyczącą objawów nowotworu mózgu, metod leczenia, ośrodków świadczących usługi lecznicze bez trudu pacjent znajdował w Internecie. Dla osób poszukujących informacji ogólnostawowa sieć staje się niezastąpionym źródłem. Od oficjalnych stron urzędów, placówek medycznych, poradników medycznych po fora dyskusyjne, grupy wsparcia dostarczają one wszystkie wiedzy, często bardzo specjalistycznej. Nie ma potrzeby analizy książek, które zwłaszcza w przeszłości były bardzo trudno dostępne. Obecnie nie wychodząc z domu można poznać objawy choroby i metody leczenia dowolnej choroby. Dla osób potrzebujących pomocy jest to ogromna korzyść, zaś dla oszustów niezastąpiony podręcznik, dzięki którym mogą niezwykle skutecznie zmylić nawet doświadczonych lekarzy. Obecnie w literaturze medycznej w użycie weszły dwa terminy Münchausen by Internet [17] oraz Münchausen by Google [18]. Pierwszy odnosi się do sytuacji, gdy osoba loguje się na forum internetowym lub też grupie wsparcia i odgrywa tam rolę osoby chorej. Drugi termin odnosi się do korzystania z dostępnych w sieci dokumentów medycznych, w tym zdjęć obrazowych, które po skopiowaniu są używane jako dokumentacja medyczna danej osoby.

Media mogły mieć też w opisanym przypadku innego rodzaju znaczenie. Z relacji żony pacjenta wiemy, że ten godzinami, a niekiedy całymi nocami, oglądał filmy dokumentalne o najważniejszych osobach XX. wieku, głównie przywódcach politycznych tj. Hitler czy Stalin. Żona pacjenta zaznaczała, że imponowali oni jej mężowi, dla którego prawdopodobnie stali się swego rodzaju pierwowzorami postaw i zachowań. Dodatkowo silne osobowości, które kreowały rzeczywistość dwudziestego wieku, mogły imponować pacjentowi, który znalazł się w stabilnej ale na swój sposób nudnej sytuacji życiowej. Małżeństwo pacjenta od lat cechowało osłabienie więzi. Wspólnie spędzali czas jedynie podczas pracy w lokalu, gdzie pacjent pełnił głównie obowiązki związane z prowadzeniem baru. Większość obowiązków biznesowych i decyzyjnych przyjęły żona i córka. Takie życie wyraźnie nie wystarczało pacjentowi. W pracy ubarwiał sobie czas udając piosenkarza na zapleczu ale to nie wystarczało. Cały czas pił alkohol i od czasu do czasu zniknął na kilka dni. Widywany był wówczas przez swoich znajomych np. jak spał w parku na ławce. Aby usprawiedliwić swoje zniknięcia spowodowane piciem alkoholu stworzył kolegę Zdziśka, którego postać rozwijał jak w powieści literackiej. To z nim miał znikać, by robić interesy. W czasie hospitalizacji bez zahamowań opowiadał o rzekomym wspólnym „przerzucaniu” samochodów przez granicę, przemycaniu bursztynu, amfetaminy, podrabianiu dokumentów i handlu nimi. Jawne przyznawanie się do takiej

aktywności budziło zdziwienie już od początku. Jednocześnie pacjent wplatał w te opowieści wydarzenia prawdziwe, co utrudniało weryfikację informacji przez żonę. Pacjent sugerował, że żona również brała udział w nielegalnej działalności, z której wycofała się zakładając legalny interes. W takim kontekście żona rysowała się jako osoba bojąca się przyznać do przestępstw i stawała się mało wiarygodna. Pacjent wyraźnie podkreślał, że dzięki swej nielegalnej działalności nadal był głównym źródłem dochodów rodziny, deprecjonując w tym zakresie rolę córki i żony. Aby usprawiedliwić wydanie 12 tysięcy złotych i kilkudniowe zniknięcie stworzył historię o chorobie nowotworowej. Jednocześnie w ten sposób uzyskał w rodzinie status chorego, co wiązało się ze zmianą postawy najbliższych na bardziej wyrozumiałą. Z pewnością zachęcony sukcesami i nadal głodny uwagi i uznania pacjent tworzył coraz więcej fikcji. Podając fakt służenia w Legii Cudzoziemskiej robił zawsze duże wrażenie na słuchaczach, również na klientach jego lokalu. Wyjątkowe audytorium miał podczas trzech pobytów w dziennym oddziale psychiatrycznym, gdzie uczestnicząc w terapii grupowej rozwinął kilka fikcyjnych wątków. Dopiero pobyt na typowym oddziale psychiatrycznym, w czasie którego weryfikowano i konfrontowano z członkami rodziny poszczególne relacje, wykazał nieprawdziwość opowieści. W czasie hospitalizacji obserwowano, że pacjent kreuje nowe opowieści, gdy spotykało się to z zainteresowaniem i wiarą. Prawdopodobnie, gdyby poprzestał na pewnym etapie i nie wymyślał nowych historii mógłby nie zostać zdemaskowany. Paradoksalnie lekarzom przyszedł z pomocą Internet, w tym fara byłych żołnierzy, dzięki czemu weryfikacja wiedzy o Legii Cudzoziemskiej była nadzwyczaj łatwa i nie pozostawiła złudzeń. Pacjent nie był przygotowany na taką konfrontację, w czasie której okazało się, że nie posiadał nawet podstawowej wiedzy na temat tej unikalnej formacji wojskowej.

Na koniec hospitalizacji pacjent został skonfrontowany z całą jego relacją, po czym przyznał, że wszystko było fikcją. Następnego dnia wypisał się do domu. Nie przyjął propozycji leczenia odwykowego ani podjęcia psychoterapii. Nie czuł się skrępowany, nie przepraszał i bez pożegnania i z uśmiechem opuszczał oddział dając do zrozumienia, że nadal będzie postępował jak dotychczas.

Opisany przypadek spełnia wszystkie kryteria mitomanii i charakteryzuje się typowym przebiegiem. Początkowe kłamstwa zachęcały do następnych, dając pacjentowi duże zadowolenie i chęć tworzenia nowych. Te stawały się coraz bardziej skomplikowane i stały się częścią życiorysu pacjenta. Typowo wplatał w fikcję wątki rzeczywiste. Czując zainteresowanie ad hoc tworzył nowe wątki lub ubarwiał stare. Należy zauważyć kilka uwarunkowań, dla których prawdopodobnie doszło w tym wypadku do rozwoju mitomanii. Pierwszy to zdiagnozowane

u pacjenta uzależnienie od alkoholu, które cechuje się takimi samymi lub zbliżonymi mechanizmami jak uzależnienie behawioralne, którym jest pseudologia fantastica. Dodatkowo cechy poalkoholowej charakteropatii, które obserwowwała żona pacjenta, najczęściej w postaci chwiejności emocjonalnej i skłonności do dysforii były wykładnikiem uszkodzenia tkanki mózgowej, co jest wskazywane w literaturze jako częsty element współistniejący. Innym uwarunkowaniem jest sytuacja życiowa pacjenta – rozpad więzi małżeńskiej, utrata istotnej pozycji w rodzinie, monotonność życia codziennego oraz wykazywanie przejawów ekspansywnych wobec życia, zgodnie z koncepcją Kaczyńskiego.

Należy przypuszczać, że pacjent nadal będzie funkcjonować w dotychczasowy sposób. Opisy dostępne w literaturze wskazują, że w przypadkach zdemaskowania mitomani zrywają dotychczasowe relacje i nawiązują nowe, w których kreują kolejne fikcje.

References:

- Prakash J, Das RC., Srivastava K., Patra P., Khan S. A., Shashikumar R. Munchausen syndrome: Playing sick or sick player *Ind Psychiatry J.* 2014; 23(1): 68–70.
- Olejniczak K, Kocur J, Orzechowska A, Talarowska M, Florkowski A. Trudności diagnostyczne w określaniu zaburzeń osobowości na przykładzie zespołu Münchhausena. *Psychiatr Psychoter.* 2010; 6(1): 47–52.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998
- Dike CC, Baranoski M, Griffith E EH. Pathological Lying Revisited, *J Am Acad Psychiatry Law* 2005; 33: 342–9.
- Koppen M. Über die pathologische Lüge (Pseudologia phantastica). *Charite-Annalen* 1898; 8: 674–719. Wersja nagłojęzyczna: Healy W, Healy MT: Pathological lying, accusation and swindling, in Patterson Smith Reprints Series in Criminology, Law Enforcement, and Social Problems. Edited by Gault RH, Crossley FB, Garner JW. Montclair, NJ: Patterson Smith, 1969
- Ford CV, King BH, Hollender MH. Lies and liars: psychiatric aspects of prevarication. *Am J Psychiatry.* 1988; 145(5): 554–62.
- Healy W, Healy MT. Pathological Lying, Accusation, and Swindling. Boston: Little, Brown, 1926
- Panasiti MS, Pavone EF, Mancini A, Merla A, Grisoni L, Aglioti SM. The motor cost of telling lies: electrocortical signatures and personality foundations of spontaneous deception. *Soc Neurosci.* 2014; 9(6): 573–89
- Grant Jon E., Potenza Marc N., Weinstein Aviv, Gorelick David A. Introduction to Behavioral Addictions *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010; 36(5): 233–241.
- Vogt H. Jugendliche Lügnerinnen. *Zeitschrift für Erforschung d. jugend. Schwachsinns* Bd. 3. H. 5:394–438, 1910. Tłumaczenie: Healy W, Healy MT: Pathological lying, accusation and swindling, in Patterson Smith Reprints Series in Criminology, Law Enforcement, and Social Problems. Edited by Gault RH, Crossley FB, Garner JW. Montclair, NJ: Patterson Smith, 1969
- Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM 3rd, Spitznagel EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders—results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Public Health.* 1998; 88(7): 1093–1096.
- Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can J Psychiatry.* 1993; 38(2): 108–112.
- el-Guebaly N, Patten SB, Currie S, Williams JV, Beck CA, Maxwell CJ, Wang JL. Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gamb Stud.* 2006; 22(3): 275–287.
- Potenza MN. Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2008; 363(1507): 3181–3189.
- Fineberg NA, Potenza MN, Chamberlain SR, Berlin HA, Menzies L, Bechara A, Sahakian BJ, Robbins TW, Bullmore ET, Hollander E. Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: a narrative review. *Neuropsychopharmacology.* 2010; 35(3): 591–604.
- Grzywa A. Manipulacja. Wszystko co powinieneś o niej wiedzieć, Słowa i Myśli, Marzec 2013
- Pulman A, Taylor J. Munchausen by internet: current research and future directions. *J Med Internet Res.* 2012; 14(4):e115.
- Griffiths EJ, Kampa R, Pearce C, Sakellariou A, Solan MC Munchausen's syndrome by Google. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009; 91(2): 159–60.

Correspondence address

Adam Perzyński
II Department of Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation, Medical University of Lublin
20-439 Lublin, Głuska 1
Tel. 48 81 744-09-67
e-mail: klinika.psychiatrii@umlub.pl