

Referat general

Implicații medico-legale ale tulburărilor factice

ROXANA ZĂVOI⁽¹⁾, TUDOR UDRIȘTOIU⁽²⁾, LUIZA MIRELA POPA⁽³⁾,
LILIANA STANCA⁽¹⁾⁽¹⁾ Disciplina de Medicină Legală UMF Craiova; ⁽²⁾ Disciplina de psihiatrie UMF Craiova; ⁽³⁾ Spitalul
Clinic Neuropsihiatrie Craiova

Factitious disorders in forensic medicine

REZUMAT Relația dintre sindromul Ganser, sindromul Münchhausen și simulare nu a fost încă clarificată pe deplin. Ezițările privind plasarea nosografică a acestor afecțiuni și interpretările diferite ale manifestărilor ganseriene precum și implicațiile medico-legale ale acestora au constituit premiza acestei lucrări. După descrierile clasice ale lui Ganser și Asher, ar trebui să le încadrăm astăzi drept simulări, conform DSM IV. În concluzie nu este util să subliniem existența unor motive externe. Două abordări sunt recomandate: examenul longitudinal (cu explicarea limitelor unei evaluări încrucișate) și o perspectivă dimensională, descriptivă, a simptomelor disociative, de exemplu.

CUVINTE CHEIE simulare, sindrom Münchhausen, sindrom Ganser

ABSTRACT The relationship amongst Ganser syndrome, Münchhausen syndrome and malingering have not yet been fully clarified. The authors describe the hesitations in the nosographic placing of the Ganser syndrome in D.S.M, and the different interpretations of Ganserian manifestations. Reading the original descriptions of the clinical cases by Ganser and Asher, the authors show that today, according to the criteria of DSM IV, we would have to diagnose malingering. In conclusion, also according to clinical experience of the authors, it is not useful to underline too the finding of external incentives. Two points are recommended: the longitudinal exam (explaining the limits of a cross evaluation); a dimensional perspective, with the description, e.g. of the dissociative symptoms.

KEY WORDS malingering, Münchhausen syndrome, Ganser syndrome

Introducere

Ezițările privind încadrarea nosologică în sistemul D.S.M. a sindromului Ganser sunt generate de o contradicție. Sistemul este bazat pe o perspectivă ateoretică, în timp ce în prima descriere a sindromului Ganser a propus drept mecanism etiologic disocierea isterică. Sindromul Ganser a fost încadrat drept afecțiune simulativă cu simptome psihologice în clasificarea DSM III (1980) iar în anul 2000 a fost clasificat, împreună cu „răspunsurile aproximative” drept „afecțiune disociativă dacă nu este altfel specificat” deși rămâne valabilă și catalogarea ca „boală disociativă cu semne și simptome predominant psihologice”. Perspectiva dimensională pare mai potrivită: putem ține cont de simptomele disociative în cadrul sindroamelor Ganser, Münchhausen și în simulare. Există un continuum între bolile simulative, sindromul Ganser și simularea afecțiunilor psihiatrice. Ca urmare este o iluzie încercarea de a fixa limitele unei dimensiuni variabile.

Simularea

Din punct de vedere medico-legal simularea este definită ca fiind încercarea conștientă și premeditată de a imita, provoca, ascunde sau exagera unele tulburări morbide subiective sau obiective, în scopul obținerii anumitor avantaje sau pentru a se sustrage de la unele obligații

sociale. Formele de simulare sunt: simularea propriu-zisă, agravarea, disimularea.

Problema centrală a simulării este nivelul de conștientizare al simulantului în legătură cu simptomele pe care le are. Uneori nici pacientul nu este pe deplin conștient de autenticitatea manifestărilor.

Definiția simulării din DSM IV a fost derivată din cea a DSM III R „producerea intenționată de simptome fizice sau psihice false sau mult exagerate, cu scopul de a evita constrângeri exterioare, cum ar fi serviciul militar, lucrul, urmărirea juridică sau pentru a obține compensații financiare sau droguri”.

Următoarele circumstanțe ar trebui să ridice serioase suspiciuni în ceea ce privește simularea: un context medico-legal, discrepanța marcată între acuzele obiective și cele subiective, lipsa de cooperare în timpul evaluării și lipsa de complianță la tratament, prezența unei tulburări antisociale de personalitate.

Simulantul manifestă semne sau simptome cu scopul de a obține câștiguri de natură financiară, droguri, pentru a se sustrage răspunderii penale ceea ce ar putea fi echivalat cu eliberarea dintr-o situație anxioasă. Motivația este conștientizată și ușor de descoperit de către un observator extern.

Simularea diferă de tulburările factice prin faptul că are la bază motivații exterioare care în cazul tulburărilor factice nu se întâlnesc.

Argumentele care demonstrează o nevoie intrinsecă de a menține rolul de bolnav sugerează tulburări factice. Pacienții cu tulburări factice sunt conștienți de rolul lor în producerea bolii deși nu înțeleg în mod clar ce îi determină să acționeze astfel.

Sindromul Münchhausen este forma cea mai avansată de tulburări factice. Există forme mai blânde ale simulării care sunt generate atât de motivații conștiente cât și de unele incoștiente. Aproape că nu există persoană care să nu fi invocat o boală pentru a evita munca sau obligațiile sociale nedorite.

Aspectele generale ale isteriei sunt: imperfecta reprezentare a simptomelor comparativ cu afecțiunea invocată (aspectul obiectiv), simptomele care corespund unei imagini mentale pe care pacientul o are despre afecțiunea respectivă (aspectul subiectiv), comportamentul pacientului atât pe termen scurt cât și pe termen lung poate demonstra că acesta vizează anumite beneficii (eschivare, obținerea atenției, salvarea reputației). O anamneză atentă va arăta în general atacuri isterice în antecedente, nu neapărat cu aceeași formă, precum și trăsături ale personalității isterice.

Definiția simulării din DSM IV este centrată pe existența intenției (cea ce presupune conștientizarea) de a înșela. Este iluzoriu să ne gândim că inferențele clinicianului pot fi substituite de niște reguli standard.

În manifestările care ne sunt prezentate pentru decodare, trebuie să căutăm diferențele dintre limbaj, expresie, și diversele conexiuni, legăturile cu anumite situații și cu contextul.

Atât psihiatrul cât și legistul, în cadrul expertizei medico-legale trebuie să încerce distincția între simularea mai mult sau mai puțin conștientă, isterie și înșelăciune.

Din punct de vedere psihanalitic minciuna este legată de dorințele cele mai reprimite și astfel, folosind un oximoron putem spune că în asta constă adevărul minciunii. Ca urmare simulantul susține ceva despre el însuși și sfârșește prin a fi convingător, atunci când amestecă adevărul cu minciuna, ca și cum ar pendula între diverse tendințe, nevoi conflictuale sau personalități distincte.

DSM IV subliniază importanța situației. Deci simularea ar putea reprezenta o reacție de adaptare și trebuie luată serios în considerare într-un context medico-legal (omucideri, vătămare corporală, viol). Cele mai dificile probleme sunt:

dificultatea diagnosticului diferențial între boală și simulare, posibilitatea apariției reale a unei afecțiuni care inițial a fost doar simulată, imposibilitatea excluderii unei afecțiuni psihiatrice chiar dacă simularea a fost demonstrată.

Astfel, mai mult decât să medităm asupra diferențierii dintre isterie și simulare, am putea să ne întrebăm cât de mult reprezintă simularea și ce proporție are afecțiunea reală într-un caz dat.

Atunci când clinicianul este chemat să se pronunțe într-un caz cu implicații medico-legale, trebuie să insiste asupra aspectului longitudinal (reprezentând dificultățile unui răspuns precis pe un plan de secțiune transversal).

De asemenea Jung (1903), a observat că simularea se întâlnește la pacienții cu tulburări de personalitate și astfel diagnosticul de simulare trebuie privit cu atenție.

Conform lui Pope și colab (1982), „a te comporta într-un mod ciudat permite într-o măsură mai mare anticiparea unei afecțiuni psihice decât < nebunia >”. Observațiile catamnestică din literatura medicală nu se armonizează: Waschpress și colab. susțin că din trei simulanți unul devine schizofrenic, această proporție crescând la Hay (cinci din șase); unii dintre simulanți fiind cunoscuți anterior cu episoade psihotice (Ritson și Forrest 1970). Conform lui Berney, (1973) simularea reprezintă o încercare de a se proteja contra dezintegării unui proces psihotic real, în timp ce Pope într-un studiu retrospectiv derulat la șapte ani după evenimentele inițiale nu a descoperit tulburări psihotice la nouă pacienți cu psihoze factice.

Sindromul Münchhausen

Aasher a descris sindromul, însoțit de câteva prezentări de caz, la care motivațiile sunt ușor de identificat (evitarea urmării penale, obținerea de droguri, obținerea spitalizării). Astăzi, conform DSM III le considerăm simptome motivate de cauze externe, și vom pune diagnosticul de simulare.

Termenul Münchhausen și subclasificările latine (de exemplu laparatomophilia migrans) demonstrează ambiguitate. În prima sa descriere sindromul Münchhausen are trei caracteristici: simularea dramatică unei boli cu semne și simptome psihice sau fizice, pseudologia fantastica, peregrinarea de la un spital la altul cu scopul de a obține internări recurente.

Există diverse prezentări clinice: abdomen acut, hemoragii, simptome neurologice sau dermatologice. Subiecții care prezintă sindromul Münchhausen își descriu în mod dramatic simptomele, dar anamneza amănunțită relevă inconsistența descrierilor.

Obținerea informațiilor epidemiologice este foarte dificilă, datorită dificultății de a obține date de la acești pacienți. Din cauza relației conflictuale medic – pacient, când de alianță, când de înșelăciune, atât diagnosticul cât și managementul sunt dificile.

Cu privire la acest aspect Flor – Henry a vorbit despre concluziile cercetărilor sale la pacienții cu „isterie”. Au fost găsite disfuncții dominante la nivelul unei emisfere, asociate cu afectare nedominantă. (la o analiză tip cluster s-a dovedit a fi mai mult o tulburare schizofrenică decât una depresivă).

Recent, elementul distructiv al sindromului Münchhausen a fost evidențiat (de fapt un sindrom autodestructiv, spre deosebire de cel heterodestructiv din sindromul Münchhausen proiecție) (Fliege și colab 2002). Sindromul Münchhausen și autodistrucția deliberată au fost considerate ca fațete diferite a comportamentului autodestructiv.

În orice caz sindromul Münchhausen poate folosi drept soluție psihodinamică în situațiile critice în care pacientul încearcă să facă față unor probleme mai complexe.

De asemenea pacienții psihotici cer uneori spitalizarea și simulează intens simptome organice pentru a scăpa de urmăritori.

Tulburările factice prin proiecție

Se caracterizează prin „producerea sau simularea deliberată a unor semne sau simptome fizice unei persoane aflată sub îngrijire”. Nevoia intrapsihică de a-și asuma rolul de bolnav nu este personală ci se proiectează asupra altei persoane.

Motivele acestui comportament sunt greu de descifrat. Cel mai frecvent autorii sunt persoanele care acordă îngrijiri, în general mamele, dar și tații sau tutorii. Ei induc simptomele sperând să obțină tratamentul pentru manifestări factice. (Meadow 1977, Black 1981). În general victimele sunt minori, mai rar alți adulți. (Sigal și colab. 1986, Sinanan și Haughton 1986)

Meadow, primul autor care a descris etiologia acestor manifestări a trebuit să facă față unei perioade de izolare din partea comunității științifice, intervențiile sale fiind privite cu mari rezerve. Mai mult, chiar și astăzi există probleme din partea multor persoane care se apropie de aceste subiecte de discuție.

Tulburările factice prin proiecție pot reprezenta o formă de abuz asupra copilului în cadrul căreia mama falsifică simptomele acestuia, și prezintă copilul pentru a obține îngrijire medicală, fără ca să mărturisească că știe cauza problemelor. Cele mai frecvente prezentări au fost cu hemoragie, convulsii, depresia SNC, apnee, diaree, vomă,

febră, rash. Prevalența este crescută, sute sau poate mii de cazuri au fost raportate până acum (Schreier și Libow 1993). Studii restrânse au arătat că intervențiile pot fi eficiente în anumite cazuri și că permit copiilor să se reintegreze în familie (Kennedy 1997, Berg și colab 1999, Wilson 2001). Urmărirea pe termen lung este necesară pentru asigurarea siguranței copilului și pentru a evalua deteriorarea stării psihice a părinților. Unele mame au abuzat de mai mulți sau de toți fii. (Alexander et al. 1990). Ford și Feldeman (1996) au menționat extensia în familie a tulburărilor, comportamentele patologice apar de-a lungul mai multor generații. În general pacienții încearcă să le inducă copiilor manifestări fără ca să-i omoare. Pot apărea însă excepții și greșeli, ca de exemplu inducerea sufocării până la punctul de apnee.

Ford a propus în 1996 ca diagnosticul de tulburări facice prin proiecție să fie pus victimei și nu inductorului. De asemenea și Sigal a menționat în 1990 riscul de a folosi diagnosticul psihiatric ca strategie defensivă.

Sindromul Ganser

În lucrarea originală în care-l descrie drept „o stare isterică particulară, nedefinită” Ganser caracterizează acest sindrom prin: răspunsuri aproximative, calcule aproximative, acte aproximative și prin apariția și dispariția bruscă a simptomelor și a stigamelor isterice (amnezie, halucinații, excitare, depresie, indiferență, perplexitate, și simptome senzoriale și motorii de conversie). Elementul de bază este conștiența alterată: obnubilarea, superficialitatea și inconstanța conținutului. Răspunsurile aproximative sunt patognomonice pentru acest sindrom.

Sigur că acest gen de răspunsuri poate ridica problema unei simulări, în alegerea unui răspuns putând să ne punem problema evitării răspunsului exact, dar totodată și un copil mic poate să recunoască falsitatea acestuia.

Suspiciunea unei simulări este evidentă, deoarece toate cazurile observate au fost ale unor infractori, spitalizați din penitenciare, și manifestările lor psihice trebuie mai întâi examinate din punct de vedere al valorii de adevăr. Nu cred că ei au simulat, ci că prezintă o anumită simptomatologie care exprimă o afecțiune particulară. Răspunsul deși greșit, în loc să denote un deficit, arată o elaborare conceptuală bună. Chiar și în cazul calculelor apoximative, răspunsurile greșite par să fie o recalculare a celor bune, ca și cum ganserianul după ce calculează corect dă un răspuns greșit, dar apropiat de cel inițial. Mai mult, în sindromul Ganser pot fi

găsite răspunsuri la întrebările de bază, (mai mult tipice pentru „pseudodemență”) pe care Raecke le-a numit „Nu știu, nu vreau să știu”.

Autorii moderni au confirmat prezența acestui sindrom la persoanele deținute, subliniind că minoritățile etnice sunt mai bine reprezentate. (Tsoi, 1973; Nardi și colab., 1977; Sigal și colab., 1992). Această concluzie poate fi interpretată atât ca un factor al marginalizării sociale dar și ca o expresie culturală. Mai mult decât atât, o scurtă incursiune în ceea ce privește interpretarea sindromului Ganser arată că delimitarea între acesta, tulburările factice și simulare este complexă.

Dificultăți nosografice

Mulți autori au evidențiat asemănări între sindromul Ganser, isterie și simulare. O altă interpretare îl privește ca afecțiune psihotică. Arieti (1959) a scris că pacienții prezintă un „gust psihotic”. Retrospectiva lui Goldin, (1955) a arătat că la cazurile raportate inițial de literatura de specialitate germană, există și o componentă psihotică asociată stării ganseriene”. Pentru mulți autori (Jung, 1903, Bleuler, 1911) acest sindrom reprezintă o psihoză, sau un sindrom evoluând spre o stare psihotică (D'Hollander, 1909; Karpman, 1926; Bumke, 1948; Goldin și colab., 1955). Pentru Liebermann este o psihoză *statu nascendi*. (1954)

Deja Hennenberg (1904) amintea riscul producerii iatrogene. Răspunsurile aproximative pot fi induse de întrebări mult prea simple, sau pot fi induse de examinator. Uneori pare că începe un joc în care pacientul dă răspunsuri din ce în ce mai prostești, ca și cum ar face eforturi pentru a spune ceva deplasat (Arieti et al., 1959).

Chiar și conform lui Manfred Bleuer (1955) o atitudine inchizitorială a clinicianului determină răspunsuri aproximative. Evoluția sindromului Ganser este variabilă. Autorul a menționat că acesta poate apărea brusc și că se poate remite subit. Sarteschi (1949) a descris cazuri care au fost considerate rezolvate după ce au fost obținute rezultatele așteptate. Nu mai puțin, au fost descrise cazuri care s-au întins pe perioade de ani. Problemele de tulburare a conștiinței pot apărea tranzitor la confruntările cu situațiile dificile și pot avea ca substrat o tulburare depresivă.

Probabil putem considera sindromul Ganser ca o expresie finală comună a mai multor căi etiologice posibile.

Terapia acestor sindroame reprezintă o provocare pentru psihiatri. Trebuie să accentuăm dificultatea cooptării și evaluării pacientului, credințele pacienților despre simularea

simptomelor, câștigul obținut prin acest tip de comportament și părerea celorlați.

Pacientul ganserian necesită o evaluare precaută pentru a nu determina iatrogenii. (Parker, 1996). O perspectivă cognitivă despre comportament poate ajuta pacientul să-și înțeleagă tulburarea și problemele privind abuzul (Kinsella, 2001).

Știm că uneori acești pacienți pot fi tratați doar atunci când se află în circumstanțe medico-legale (incarcerare sau tutelă). Deci tratamentul este legat de controlul judiciar și abordarea din punct de vedere al modificării comportamentale poate limita internarea (McFarland et al., 1983; Yassa, 1978). Din punct de vedere al alegerii tratamentului este importantă comorbiditatea cu alt afecțiune psihiatrică.

În sindromul Münchhausen prin proiecție, subiectul tratamentului nu va fi decât inductorul, atunci când se urmărește reunirea familiei. În aceste cazuri urmărirea pe termen lung este necesară pentru siguranța copilului și identificarea deteriorării stării mentale a părinților (Berg și colab 1999). Trebuie să fim îngrijorați pentru victimă și să raportăm suspiciunile autorităților. Această cerință legală se impune în fața oricăror cereri de confidențialitate. (Ford 1996)

Concluzii:

În această arie de interes apariția unor noi raportări nu a lărgit din păcate și orizonturile de înțelegere a fenomenelor.

În diagnosticul diferențial dintre entitățile menționate evaluarea are implicații importante pentru evaluarea culpabilității.

Trebuie să atragem atenția mai ales în cazul unei evaluări medico-legale asupra următoarelor: examinarea longitudinală (explicând limitările unei evaluări încrucișate) perspectivei dimensionale, cu descrierea sindromului disociativ atât în boala Ganser cât și în sindromul Münchhausen și în simulare.

Aflându-ne în cadrul unui model multifactorial trebuie luate în considerare interacțiunile dintre persoane, mediu, și conceptualizarea schimbărilor, în special în situațiile traumatice în care trebuie luat în considerare rolul evenimentului și al temperamentului.

Bibliografie:

1. Alexander R., Smith W., Stevenson R.: - (1990) *Serial Munchausen syndrome by proxy* Pediatrics, 86, 581 -585.
2. Andersen H.S., Sestoft D., Lillebaek T.: - (2001) *Ganser syndrome after solitary confinement in prison: A short review and a case report*. Nordic Journal of Psychiatry 55, 3, 199-20.

3. Arieti S, Meth J.M.: - (1959) *Ganser Syndrome*. In S. Arieti (Ed.) *American Handbook of Psychiatry*, I, 546-563, Basic Books, New York.
4. Asher R.E: (1951) *Munchausen syndrome*. *Lancet*, 1:339-341.
5. Berg B., Jones D.P.H.: - (1999) *Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy)*. *Arch Dis Child*, 81,465-472.
6. Berney T. P. - (1973) *A review of simulated illness*. *South African Medical Journal*, 47,1429-34.
7. Black, D.: - (1981) *The extended Munchausen syndrome: a family case*. *British Journal of Psychiatry*, 138,466-469.
8. Di Fiorino M, Ceru A: - (1999) *Lo spettro simulazione di malattia mentale manifestazionifittizie*. *Psichiatria e Territorio*, XVI, 1-2.2-8.
9. Di Fiorino M, Bani A: - (1999) *Disturbo Fittizio (Sindrome di Munchausen) per procura: un contribute clinico*. *Psichiatria e Territorio*, XVI, 1-2.17-19.
10. Eisendrath S.J.: - (1996) *Current Overview of Factitious Physical Disorders* In M.D. Feldman e S J. Eisendrath (Eds), *The Spectrum of Factitious Disorders* American Psychiatric Association, Washington.
11. Feldman M.D., Eisendrath S J (Eds) - (1996) *The Spectrum of Factitious Disorders* American Psychiatric Association, Washington.
12. Ford C. V: - (1996) *Ethical and Legal Issues in Factitious Disorders: An overview* In M.D. Feldman e S J. Eisendrath (Eds), *The Spectrum of Factitious Disorders* American Psychiatric Association, Washington.
13. Ford C. V, Feldman M.D.: - (1996) *Disturbi fittizi e di simulazione* in J. R. Rundell e M. G. Wise (EAs) *La psichiatria nella Pratica Medico*, vol, II *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, A.P. A.
14. Flor-Henry P., Fromm-Auch D., Tapper M: - (1981) *A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria*. *Biol. Psychiatry*. 16:601-626.
15. Hay G. G.: - (1983) *Feigned psychosis. A Review of the Simulation of Mental Illness*. *British Journal Psychiatry*, 143,8-10.
16. Kinsella P.: - (2001) *Factitious disorder: a cognitive behavioural perspective* *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29:195-202 Cambridge University Press.
17. Parker, E.P.: - (1996) *Factitious, Psychological Disorders*. In Feldman M.D., Eisendrath S J (Eds), *The Spectrum of Factitious Disorders* American Psychiatric Association, Washington.
18. Pope H.G., Jonas J.M., Jones B.: (1982) *Factitious psychosis: Phenomenology, family history and long term outcome of nine patients*. *American Journal of Psychiatry*, 139,1480-3.
19. Yassa R: - (1978) *Munchausen syndrome: a successfully treated case*. *Psychosomatics* 19, 242-243.
20. Yudofsky S.C – (1985) *Conditions not attributable to a mental disorder*. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (fourth edition). Edited by Kaplan H.I., Sadock B.J., Baltimore, MD, Williams and Wilkins.

Adresa pentru corespondență: Conf. Univ. Dr. Roxana Zăvoi, Disciplina de medicină legală UMF Craiova ,
Str Petru Rareș 2-4, roxanazavoi@yahoo.com