

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИМУЛЯТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ (СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА)

**Ф.В. Орлов**, канд. мед. наук, **А.В. Голенков**, докт. мед. наук, проф.  
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова;  
Российская Федерация, 428015, Чебоксары, Московский проспект, д. 15  
**E-mail:** [golenkovav@inbox.ru](mailto:golenkovav@inbox.ru)

**Приведены сведения о симулятивном расстройстве с указанием на трудности диагностики и клинического ведения таких больных. Показана роль и тактика медсестры в ходе наблюдения и ухода, регулировании поведения при синдроме Мюнхгаузена.**

*Ключевые слова:* симулятивное расстройство, синдром Мюнхгаузена.

Для цитирования: Орлов Ф.В., Голенков А.В. Современные представления о симулятивном расстройстве (синдром Мюнхгаузена). Медицинская сестра. 2019; 21 (2): 19–22. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-05>



Синдром Мюнхгаузена впервые был описан Р. Ашер в 1951 г. у людей, имитирующих симптомы разных заболеваний (в первую очередь – хирургических, психически-истерических, неврологических), обращающихся за медицинской помощью и зачастую требующих госпитализации в стационар для проведения оперативного лечения [3, 4, 9, 12]. В качестве названия расстройства ученый удачно выбрал имя героя «Лживых и вымышленных историй» Р.Э. Распе (1785) барона Мюнхгаузена, которое впоследствии стало нарицательным, обозначающим человека, рассказывающего выдуманные и невероятные истории. В медицинской практике такое название прижилось, так как синдром Мюнхгаузена реально встречается у больных, одержимых страстью к лечению, характеризующихся патологической лживостью и поведенческим стереотипом блуждания из больницы в больницу [7]. Подобные пациенты встречаются, как правило, в общесоматической сети и значительно реже – в психиатрических

стационарах. В крупных многопрофильных больницах подобные расстройства выявляются специалистами (консультантами) психиатрического профиля у 1% больных. У женщин они наблюдаются чаще, однако хронические и тяжелые варианты более характерны для мужчин [10]; у детей расстройство зачастую проявляется опосредованным (делигированным) синдромом Мюнхгаузена (так называемый Munchausen by proxy) [12].

В медицинской практике синдром Мюнхгаузена обозначается разными терминами-синонимами, которые подчеркивают основные проявления этого расстройства. Патологическая лживость определяется терминами «госпитальные обманщики», «проблемные пациенты», «патомимия», «профессиональные больные», «патологически симулирующие пациенты». О повторных множественных госпитализациях свидетельствуют выражения «завсегдатаи больниц», синдром «больничных рецидивистов», «профессиональные больничные бродяги», «госпитальные бродяги», «странствующие пациенты», «кочующие больные», «Манилова синдром» [8, 9, 12]. Искусственно вызываемый, или симулятивный характер симптомов отражают выражения типа «симулятивное заболевание», «самоиндуцированная болезнь», «хронические фиктивные расстройства», «артифициальное расстройство», «болезнь самонанесенных повреждений», «больничные аддикторы», «метаболические симулянты», «полихирургические аддикторы», «Хлестакова синдром» [3, 4, 8].

Больные предъявляют жалобы на здоровье, несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение. Отмечено, что подобные состояния могут возникать после реального соматического заболевания. В дальнейшем случаи успешной госпитализации в связи с общим медицинским обследованием, экспертизой психического расстройства могут стать основой для дальнейших попыток быть стационарированным.

Характерно полное отрицание пациентами психологической обусловленности заболевания. Пациенты с синдромом Мюнхгаузена, как правило, не признают искусственную природу своих сим-

птомов. Утверждают, что симптомы являются признаками реального патологического состояния, даже если им предъявляют доказательства симуляции. Больные одержимы идеей доказать наличие у себя того или иного заболевания, искусственно вызывают у себя признаки болезни, наносят раны, порезы, даже используют кровь животных или других людей для создания вида кровоточащей раны. Некоторые употребляют специальные медикаменты, препятствующие свертыванию крови, чтобы врачам не удавалось остановить кровотечение и оставался один выход – срочная госпитализация. При разоблачении такие пациенты становятся очень агрессивными, всячески пытаются доказать свою непричастность к обману, меняют больницу, оперируя доводами о низкой компетентности медицинского персонала и ущемлении их прав.

Отмечено, что подобные состояния могут возникнуть после действительно перенесенной болезни, утраты близкого человека, в результате одиночества. Характерно, что почти все такие больные воспитывались в неполных семьях, у них не было либо одного либо обоих родителей, либо родители совершенно не заботились о них, многие в детстве подвергались насилию [7]. Депрессивные состояния, в которых человек чувствует себя никому не нужным, одиноким, часто толкают людей на симуляцию болезни. Обращая на себя внимание медиков, пациент компенсирует недостаток в общении и заботе. Таким личностям свойственны нарушения самооценки, зависимое поведение с возможностью ухода в мир фантазий.

Как правило, люди с симулятивным расстройством обладают достаточно высоким уровнем интеллекта, определенными знаниями в медицине. Врачей настораживает оперирование медицинской терминологией, перечисление жалоб как по медицинскому справочнику, необычность возникновения и вычурность, фантастичность предъявления тех или иных симптомов.

Наиболее часто подобная тяга к медицинской помощи и медицинским обследованиям свойственна истерическим личностям с повышенной эмоциональностью. Их чувства поверхностны, неустойчивы, эмоциональные реакции демонстративны и театральны и не соответствуют вызвавшей их причине. Вместо того чтобы как-то противостоять любому конфликту, такие люди предпочитают уйти в болезнь и спрятаться от проблемы. В ответ они получают внимание, сочувствие, выполняется ряд их требований, а их обязанности берут на себя другие, что вполне устраивает мнимых больных.

Поведение при симулятивном расстройстве не может быть объяснено другими психическими нарушениями, такими как бредовое расстройство или иными психотическими расстройствами. Для этих расстройств нет внешнего стимула в отличие от си-

муляции, при которой имеются внешний стимул и выгода для пациента.

Характерно интермиттирующее течение синдрома Мюнхгаузена в виде периодически повторяющихся в течение жизни эпизодов; реже встречается стойкое, хроническое, не ремиттирующее течение [9, 10].

Для диагностики этого синдрома рекомендуется придерживаться следующих дополнительных клинических признаков [3, 10, 12]:

- насилие или отсутствие заботы в детстве;
- отсутствие страха перед диагностическими процедурами, лечением, хирургическими вмешательствами;
- необычно фантастическая история болезни, обилие в речи больных медицинских терминов, отсутствие реального эмоционального реагирования в беседе о заболевании; вариативность симптоматики заболевания в зависимости от ситуации;
- множественные рубцы на теле;
- доказательства и признаки самоиндуцируемых физических симптомов;
- самовольная выписка из стационара вопреки существующим правилам; короткие сроки пребывания в больницах, обусловленные уходом из отделения вопреки советам врачей даже после оперативного вмешательства;
- знания в области медицины;
- черты пограничной или асоциальной личности.

До сих пор нет четкой квалификации синдрома Мюнхгаузена. В неврологической практике данное расстройство дифференцируют в рамках конверсионных, соматизированных (связанных со стрессом) личностных расстройств, мозговой патологии как последствий черепно-мозговой травмы [11]. Психиатрами этот синдром чаще всего рассматривался в рамках истерических расстройств. Синдром Мюнхгаузена описывается у психопатических личностей истерического круга как вариант истерической ипохондрии [8], как тяжелая форма конверсионных расстройств, развившихся на фоне грубых личностных нарушений [9, 11, 12]. В случае ипохондрического расстройства ведущим критерием диагностики является не наличие соматических симптомов, а постоянная озабоченность пациента возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Главным признаком является сильный и устойчивый страх перед тяжелым или даже смертельным заболеванием.

Конверсия (трансформация) – основной механизм формирования соматоформной симптоматики при истерических неврозах. Эти симптомы помогают избежать неприятной деятельности или получить поддержку и доброе отношение со стороны других людей и тем самым оберегать себя от возможных нега-

тивных воздействий, получать вторичную выгоду. Конверсионные симптомы напоминают неврологические, вегетативные симптомы, они сопровождаются демонстративной выразительностью и наглядностью с оттенком утрированности и нарочитости.

Часть состояний, описываемых как синдром Мюнхгаузена с драматизированным предъявлением соматических жалоб, приводящих к необоснованным оперативным вмешательствам, относятся к сверхценной ипохондрии, поскольку мысли о физическом недуге и его причинах становятся доминирующими, оттесняя на второй план остальные заботы и интересы [1]. Такие описания синдрома Мюнхгаузена встречаются при шизофрении, аффективных психозах, алкоголизме, а также при органических психических расстройствах [7]. Имитируемое расстройство в настоящее время включено в МКБ-10 как умышленное вызывание или симуляция симптомов (или инвалидности) физического или психологического характера (поддельное нарушение) в рамках расстройства зрелой личности. В классификации DSM-IV (Американское статистическое диагностическое руководство) выделено симулятивное расстройство преимущественно с психическими проявлениями, с физическими симптомами, со смешанными физическими и психическими проявлениями [10]. В DSM-V, которое используется в настоящее время, симулятивное расстройство из категории личностных перемещено в класс «Соматические симптомы и связанные с ними расстройства», ранее обозначавшиеся как «соматоформные расстройства» [9].

Таким образом, симулятивное расстройство представляет собой психическое расстройство пограничного уровня, связанное с принятием на себя пациентом роли больного, характеризуется клиническим многообразием симптомов, отсутствием единых подходов к квалификации и является трудно диагностируемым расстройством.

К пограничным психическим расстройствам относятся невротические, личностные, психосоматические расстройства, которые преимущественно имеют психогенный характер; при них отсутствуют бред и галлюцинации, помрачение сознания, признаки слабоумия (интеллектуально-мнестические расстройства). При симулятивном расстройстве пациенты не понимают психогенную природу своей болезни. Они вынуждены бессознательно сохранять симптом (феномен условной желательности болезни). Болезнь служит решению специфических внутренних конфликтов. Уход в болезнь (лживость), фантазирование (поведение с преувеличенным переживанием) являются способами, посредством которых удовлетворяются нереализованные потребности. Условную приятность симптома З. Фрейд объясняет включением механизма психологической защиты в виде бегства в болезнь. «Уход в болезнь» является механизмом пси-

хологической защиты манипулятивного типа, который способствует упрощению сложного мира, оберегает от осознания психологической проблемы в отличие от симуляции, преувеличения симптомов, при которых имеется отчетливо очерченная цель. Посредством этих механизмов осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания (потребность нравиться окружающим), что помогает избежать неприятных, пугающих, потенциально унижающих ситуаций. Только в воображаемом такие субъекты получают любовь и внимание. Происходит подмена реальной жизни инсценировками. Использование защитных механизмов, направленных на упрощение сложного мира, не представляет собой патологии, пока не становится утрированным, не начинает искажать реальность, приводит к поведенческим нарушениям. Поведение пациента начинает соответствовать роли больного, симулятивному расстройству; регрессия не позволяет отдавать себе отчет в смысле своего поведения [6, 8, 9, 12].

Таким образом, внесение этой формы поведения в раздел психических расстройств и расстройств личности означает ее признание патологией, болезнью. Симуляция рассматривается как форма аномального поведения. Применять к симулятивным расстройствам понятие сознательного изображения болезни неправомерно, потому что даже когда сознательно усиливаются физические симптомы болезни, это еще не является формой нормального конструктивного поведения и рассматривается как своеобразная психическая патология. С помощью соматизированной картины болезни больной может уйти от своих личностных проблем, ждет установления диагноза.

Лечение больных с синдромом Мюнхгаузена остается одной из наиболее трудных проблем. Такой пациент говорит о разнообразных симптомах или молчит, не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству, явно ориентирован на медикаментозное лечение расстройства, связанного с принятием на себя роли больного, отсутствием критичности к своему состоянию. Трудности лечения в значительной степени связаны с «условной желательностью» и «вторичной выгодой» от симптома. Больного, который долгое время привязан к своим симптомам, трудно сразу убедить, что они могут быть связаны с психологическими (личностными) проблемами. Настороженное, а порой и отрицательное отношение больных к психиатрии и психотерапии затрудняет оказание им квалифицированной помощи.

Основная задача лечения – коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения больного. Медсестра является активным участником бригадной помощи. Для больных с соматоформными расстройствами очень важны психологическая поддержка, забота, сопереживание. Совместно выявля-

ются психологические факторы возникновения и развития расстройства, проблемы в семье и на работе, механизмы психологической защиты, внутриличностные конфликты, реакция личности на заболевание. Сестринские вмешательства связаны с выявлением и коррекцией нарушенных потребностей пациента [2, 5, 6].

Медицинскому персоналу, осуществляющему наблюдение и уход за пациентами, нужно знать и учитывать разнообразные манипуляции, производимые такими больными [3]: тайный прием лекарств (антикоагулянтов, антиконвульсантов, пирогенных препаратов, гормонов и др.; изменение результатов исследований – загрязнение мочи, использование крови и выделений других больных, инородных тел (заглатывание, внедрение); нанесение себе повреждений с помощью острых предметов; самозаражение. Это расстройство потенциально может вызвать травму или даже смерть. Важно документированное доказательство самостоятельно индуцированного симптома, т.е. обнаружение в тумбочке скрываемого препарата, острых предметов, которыми наносится повреждение, фиксация нанесения повреждения.

Синдром Мюнхгаузена часто вызывает очень сильные чувства у медицинского персонала в связи с ощущением «одурачивания» или напрасно потраченного времени. С точки зрения успешности оказания помощи пациенту важно, чтобы медицинский персонал умел осознавать и контролировать эти чувства. Для медсестер особенно важно умение понять мир чувств больных.

Поскольку, находясь в больнице, пациенты большую часть времени контактируют с медсестрами, последние должны проявлять отзывчивость, участие, сопереживание, что вселяет и располагает пациента к сотрудничеству со специалистом в процессе психотерапии. Медсестра выслушивает каждого пациента, активно и открыто использует все виды невербальной коммуникации. Облегчению симптомов способствуют приемы релаксации. Медсестра, не дожидаясь исчезновения симптомов, побуждает пациентов к занятиям физическими упражнениями. Все участники оказания бригадной медицинской помощи играют ведущую роль в поддержании качества жизни пациентов. В связи с этим большое значение имеет создание в отделении оптимального лечебно-охранительного режима [5].

Беседа с этими лицами – одна из самых трудных частей работы. При конфронтационном подходе пациенту говорят, что он болен, хотя симптоматика является имитируемой. При этом больной нуждается в лечении и получит в случае сотрудничества пользу от него [12]. Стратегии конфронтации предполагают не преследование, а должны быть поддерживающими [9]. Неконфронтационный подход направлен на последствия расстройства с учетом «роли больного».

В ведении подобных больных не обсуждается психогенный аспект заболевания, используется тактика «сохранения лица» без принуждения его к тому, чтобы оценить изначальную клиническую картину как имитируемую [10]. Длительное ведение таких случаев и их долговременная терапия строго индивидуальны и возможны лишь тогда, когда пациенты настроены на такое вмешательство. Терапевтическая тактика предусматривает строго дифференцированное психотерапевтическое воздействие и гибкую психофармакологическую терапию.

#### Литература

1. Гиндикин В.Я. Справочник: соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М.: Триада-Х, 2000; 256.
2. Голеньков А.В., Аверин А.В. Сестринский процесс в психиатрии: учебное пособие. Чебоксары, 2003; 200.
3. Дюкова Г.М. Синдром Мюнхгаузена в клинической практике. Лечение заболеваний нервной системы. 2015; 1 (16): 27–34.
4. Кириллова Л.Г., Шевченко А.А., Василенко М.А., Силаева Л.Ю., Кривенкова С.С. Тот самый барон Мюнхгаузен и синдром Мюнхгаузена. Международный неврологический журнал. 2008; 1: 85–9.
5. Орлов Ф.В., Григорьева М.В. Медсестра психосоматического отделения. Медицинская сестра. 2014; 6: 7–10.
6. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л. Медико-психологическая помощь медсестры больным с пограничными психическими расстройствами. Медицинская сестра. 2007; 1: 11–2.
7. Попов Ю.В., Вид. В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М., 1997; 496.
8. Семке В.Я. Истерические состояния. М: Медицина, 1988; 224.
9. Caselli I., Poloni N., Ielmini M., Diurni M., Callegari C. Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5. Psychol. Res. Behav. Manag. 2017; 11 (10): 387–94.
10. Factitious disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed., text rev. Washington: APA, 2000; 513–7.
11. Kapfhammer H.P., Dobmeier P., Mayer C., Rothenhäusler H.B. Conversion syndromes in neurology. A psychopathological and psychodynamic differentiation of conversion disorder, somatization disorder and factitious disorder. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 1998; 48 (12): 463–74.
12. Sousa F.D., Kanomata E.Y., Feldman R.J., Maluf N.A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. Einstein (Sao Paulo). 2017; 15 (4): 516–21.

#### CONTEMPORARY VIEWS OF FACTITIOUS DISORDER (MUNCHAUSEN SYNDROME)

F.V. Orlov, Cand. Med. Sci.; Prof. A.V. Golenkov, MD  
I.N. Ulyanov Chuvash State University  
15, Moskovsky Prospect, Cheboksary 428015,  
Russian Federation

**The paper provides information about factitious disorder, indicating difficulties in its diagnosis and clinical management of these patients. It shows the role and tactics of a nurse in behavior regulation in Munchausen syndrome during observation and care.**

**Key words:** factitious disorder, Munchausen syndrome.

**For reference:** Orlov F.V., Golenkov A.V. Contemporary views of factitious disorder (munchausen syndrome). Meditsinskaya Sestra. 2018; 21 (2): 19–22.  
<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-05>