

Przeniesiony zespół Münchhausena – sposoby indukowania objawów chorobowych u dzieci

TOMASZ JANUS

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Przeniesiony zespół Münchhausena został opisany w 1977 roku przez brytyjskiego pediatrę Roya Meadowa w artykule Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Autor opisał dwa przypadki intencjonalnego manipulowania wywiadem chorobowym, a także fabrykowania wyników badań diagnostycznych przez opiekuna w celu wzbudzenia u personelu medycznego podejrzania choroby somatycznej dziecka. W artykule Meadow podkreślał, że poszukiwanie przez lekarzy źródła przyczyn objawów chorobowych występujących u dzieci wiązało się z wieloma potencjalnie szkodliwymi procedurami diagnostyczno-terapeutycznymi, w tym zabiegami przeprowadzonymi w trzech różnych ośrodkach klinicznych. Jedno dziecko, przewlekle zatrutowane solą kuchenną przez matkę, zmarło.

W niniejszym artykule przeanalizowano wykorzystywane przez opiekunów metody intencjonalnie pogorszające stan zdrowia dziecka w celu poddania go procedurom diagnostycznym i leczniczym. Do analizy włączono 68 artykułów, zarówno polskich, jak i zagranicznych, zawierających opisy 100 przypadków przeniesionego zespołu Münchhausena.

W analizie wykazano, że opiekunowie mogą stosować różnorodne, często wymyślne i bardzo złożone sposoby indukowania objawów chorobowych, a jedynymi ograniczeniami wydają się być są motywacja, fantazja, wiedza i doświadczenie sprawcy.

SŁOWA KLUCZOWE:

PRZENIESIONY ZESPÓŁ MÜNCHHAUSENA, ZABURZENIA POZOROWANE, ZESPÓŁ DZIECKA MALTRETOWANEGO

Wprowadzenie

Zaburzenia pozorowane są grupą zaburzeń psychicznych, których istotą jest indukowanie objawów chorobowych u siebie lub u zależnej od siebie osoby w celu wcielenia się w rolę chorego lub opiekuna chorego. Do zaburzeń pozorowanych zalicza się zespół Münchausena i przeniesiony zespół Münchausena (Pużyński, Wciórka, 1998, 2000; Wciórka, 2008; WHO, 2008).

Przeniesiony zespół Münchausena¹ został opisany przez brytyjskiego pediatrę Roya Meadowa (1977) w artykule *Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse*. W artykule Meadow zwrócił uwagę na zjawisko intencjonalnego manipulowania wywiadem chorobowym, a także fabrykowania wyników badań diagnostycznych przez opiekuna w celu wzbudzenia podejrzenia choroby somatycznej dziecka wśród personelu medycznego.

Obecnie uważa się, że sprawca przez indukowanie objawów chorobowych (psychicznych, fizycznych lub obu jednocześnie) wraz z przyjęciem tożsamości opiekuna chorego dziecka dąży do uzyskania m.in. uwagi, sympatii, współczucia lub podziwu otoczenia. Nie mniej istotne może być także spełnienie potrzeb afiliacyjnych (por. Rosen i in., 1983). Motywacją opiekunów do krzywdzenia swojego dziecka nie są zewnętrzne korzyści, które mogą być następstwem choroby dziecka, np. przyznanie zasiłku lub zapomogi (APA, 2000).

Mimo że omawiane zaburzenie jest opisywane głównie jako występujące w relacji opiekun – dziecko (co także jest tematem niniejszego artykułu), w piśmiennictwie kazuistycznym można znaleźć opisy przypadków, w których:

- dorosły indukował objawy chorobowe u innego dorosłego, przy braku lub przy niewielkiej różnicy wieku między sprawcą i osobą maltretowaną (Sigal, Altmark, Carmel, 1986),
- dorosły indukował objawy chorobowe u starszej od siebie osoby (Ben-Chetrit, Melmed, 1998),
- dorosły indukował objawy chorobowe u zwierzęcia (Munro, Thrusfield, 2001).

W piśmiennictwie można także znaleźć opisy przypadków przeniesionego zespołu Münchausena u ciężarnych. W tych przypadkach kobieta zaburza dobrostan

1 W polskim piśmiennictwie można spotkać się z określeniami: zastępczy zespół Münchausena, zespół Munchausena per procura, udzielone zaburzenie pozorowane, zaburzenie pozorowane poszerzone, zespół Münchausena udzielony, zespół Münchausena w zastępstwie, zastępcze zaburzenie pozorowane; w piśmiennictwie anglojęzycznym funkcjonują określenia: factitious disorder imposed on another, factitious disorder by proxy, Munchausen syndrome by proxy (MSBP), factitious illness by proxy, Meadow's syndrome, Polle syndrome.

plodu w celu zogniskowania na sobie uwagi personelu medycznego (Feldman, Hamilton, 2006).

Badacze zajmujący się zaburzeniami pozorowanymi wyróżniają także przeniesiony zespół Münchausena przez internet (Feldman, 2000; Feldman, Bibby, Crites, 1998; McCulloch, Feldman, 2011). Zaburzenie to polega na próbie zaspokojenia własnych potrzeb psychicznych – w tym wypadku przez uczestniczenie w internetowych grupach wsparcia, w których ktoś przybiera tożsamość opiekuna chorego dziecka, a uwaga i współczucie innych internautów jest dla niego rodzajem nagrody psychicznej.

Przeniesiony zespół Münchausena w ujęciu nozologicznym

Przeniesiony zespół Münchausena został ujęty w klasyfikacji ICD-10 jako T74.8 – *przeniesiony zespół Münchausena (nadużywanie dziecka)*.

ICD-10 klasyfikuje przeniesiony zespół Münchausena w zespołach maltretowania [T74], razem z:

- zaniedbaniem lub porzuceniem [T74.0],
- nadużyciem fizycznym [T74.1]: zespołem maltretowanego dziecka i zespołem maltretowanego współmałżonka,
- nadużyciem seksualnym [T74.2],
- nadużyciem psychicznym [T74.3],
- innymi zespołami maltretowania [T74.8]: formami złożonymi,
- nieokreślonymi zespołami maltretowania [T74.9], których skutkiem są: nadużycia wobec osoby dorosłej lub nadużycia wobec dziecka (WHO, 2008, s. 642).

Klasyfikacja ICD-10 nie traktuje przeniesionego zespołu Münchausena jako zaburzenia psychicznego u opiekuna, lecz jako maltretowanie dziecka. Implikacją jest brak badawczych kryteriów diagnostycznych oraz opisów klinicznych i wskazówek diagnostycznych, które istnieją dla rozdziału V klasyfikacji.

W klasyfikacji DSM-IV-TR przeniesiony zespół Münchausena znajduje się w rozdziale *Zaburzenie pozorowane* jako udzielone zaburzenie pozorowane i jest definiowany jako „zamierzone wytwarzanie lub udawanie fizycznych bądź psychicznych oznak lub objawów u kogoś innego, kto pozostaje pod opieką danej osoby, w celu pośredniego podjęcia roli osoby chorej” (Wciórka, 2008, s. 192).

W Dodatku B klasyfikacji DSM-IV-TR określono następujące kryteria diagnostyczne udzielonego zaburzenia pozorowanego:

1. zamierzone wytwarzanie albo udawanie oznak lub objawów fizycznych czy psychicznych;
2. motywem takiego zachowania jest pośrednie podjęcie roli osoby chorej;
3. nie występują zewnętrzne uwarunkowania dla takiego zachowania (np. zysk ekonomiczny);
4. brak współistniejących chorób psychicznych mogących stanowić przyczynę takiego zachowania (APA, 2000, s. 783).

DSM-5 klasyfikuje przeniesiony zespół Münchausena w rozdziale *Zaburzenie pozorowane (Factitious Disorder)* jako *Factitious Disorder Imposed on Another* (poprzednio: *Factitious Disorder by Proxy*). Kryteria diagnostyczne pozostały takie same, jak w Dodatku B do DSM-IV. Klasyfikacja DSM-5 wyróżnia dodatkowo pojedynczy epizod lub epizody nawracające indukowania objawów chorobowych u innej osoby. W DSM-5 podkreślono także, że *Factitious Disorder Imposed on Another* należy rozpoznać u sprawcy, a nie u ofiary (APA, 2013).

Przeniesiony zespół Münchausena w ujęciu statystycznym

Według statystyk w 95–98% przypadków przeniesionego zespołu Münchausena sprawcą jest matka biologiczna (Meadow, 1982; Rosenberg, 1987). W piśmiennictwie można znaleźć przypadki indukowania objawów chorobowych u dzieci także przez ojca (Makar, Squier, 1990) czy zastępczych rodziców (Frederick, Luedtke, Barrett, Hixson, 1990).

Interesujące, że 80% matek opisywanych w piśmiennictwie dotyczącym przeniesionego zespołu Münchausena pracowało w zawodach medycznych, głównie jako pielęgniarki lub rejestratorki medyczne (Meadow, 1982). Praca w zawodach medycznych ułatwia opiekunkom indukowanie objawów chorobowych dzięki np. dostępowi do leków lub recept, a także wiedzy dotyczącej symptomatologii różnych chorób.

Ofiarami przeniesionego zespołu Münchausena padają głównie noworodki, niemowlęta i małe dzieci, jednak opisywano przypadki indukowania objawów chorobowych u dzieci starszych i nastolatków (Rosenberg, 1987; Tüfekçi i in., 2011). Dziewczynki padają ofiarą maltretowania równie często jak chłopcy. Opisywano także przypadki wywoływania choroby przez opiekuna u więcej niż jednego dziecka (Arnold, Arnholz, Garyfallou, Heard, 1998; Bools, Neale, Meadow, 1992; Hvizdala, Gellady, 1978; Rosen i in., 1983).

Śmiertelność dzieci będących ofiarami przeniesionego zespołu Münchhausena wynosi 9% (Rosenberg, 1987).

Częstość występowania przeniesionego zespołu Münchhausena jest nieznana. Berent, Florkowski i Gałęcki (2010) zwracają uwagę, że do raportów epidemiologicznych (a także do opisów przypadków) trafiają głównie ciężkie przypadki. Cytowani autorzy przywołują statystyki, z których wynika, że w Polsce opisywanych jest od kilku do kilkunastu przypadków rocznie, wydaje się jednak, że częstość występowania tego zaburzenia może być niedoszacowana².

Podejrzenie przeniesionego zespołu Münchhausena, jeśli w ogóle, zwykle pojawia się dość późno (Rosenberg, 1987). Wydaje się, że czynniki wpływające na opóźnienie lub brak właściwego rozpoznania można podzielić na:

1. czynniki zależne od personelu medycznego:
 - a) niewiedza personelu dotycząca przeniesionego zespołu Münchhausena;
 - b) mechanizmy obronne – opór personelu medycznego przed przyznaniem się do błędnego rozpoznania i uświadomieniem sobie np. szkodliwości zlecanych procedur diagnostyczno-terapeutycznych;
 - c) błąd konfirmacji – tendencja do preferowania informacji, które mają potwierdzić somatyczne podłoże prezentowanych przez dziecko objawów chorobowych przy nieuwzględnieniu pozasomatycznych czynników wyzwalających lub podtrzymujących proces chorobowy;
2. czynniki zależne od specyfiki miejsca pracy personelu medycznego:
 - a) niedostatki kadrowe i przeciążenie personelu medycznego pracą;
 - b) brak interdyscyplinarnych zespołów do leczenia trudnych przypadków (składających się z lekarzy, psychologów, prawników, pracowników socjalnych itd.);
3. czynniki zależne od charakteru zaburzenia:
 - a) postawa matki (dokładniej jej strategia autoprezentacji) – czuła, oddana, troskliwa, wspierająca i poświęcająca się („idealna matka chorego dziecka”);
 - b) częste zmiany lekarzy prowadzących, wypisywanie dziecka ze szpitala na żądanie opiekunów (w sytuacji podejrzenia, że lekarz mógł odkryć prawdziwą przyczynę objawów chorobowych);
 - c) działania sprawcy podejmowane planowo, ze szczególnym zwróceniem uwagi na uniknięcie zdemaskowania (Berent i in., 2010);
 - d) rodzaj indukowanych objawów chorobowych (łatwiejszym diagnostycznie wydaje się być np. krwioplucie spowodowane ranieniem jamy ustnej

2 W chwili pisania artykułu dostęp do materiału źródłowego, w którym zostały zamieszczone omawiane statystyki (Przewoźniczuk, M. (2010). Zespół Münchhausena per procura. *Psychiatria Polska*, tom XLIV, nr 2, 245–254) był niemożliwy.

dziecka przez matkę niż powtarzające się epizody głębokiej utraty przytomności spowodowane podaniem leku, który nie jest standardowo oznaczany w badaniach toksykologicznych).

Etiologia przeniesionego zespołu Münchhausena

Etiologia omawianego zaburzenia jest nieznana. Opracowano wiele modeli wyjaśniających jego powstanie, które były przedmiotem analizy Rogersa (2004)³.

Diagnostyka różnicowa przeniesionego zespołu Münchhausena

Diagnostyka różnicowa powinna obejmować liczne jednostki sklasyfikowane i niesklasyfikowane w ICD-10 i DSM-IV. Przeniesiony zespół Münchhausena powinien być różnicowany z:

- nierozpoznaną chorobą somatyczną będącą źródłem objawów;
- somatyzacją u dziecka;
- symulacją u dziecka;
- innymi formami maltretowania (np. wykorzystywaniem seksualnym, przemocą fizyczną);
- epizodem psychotycznym opiekuna i urojeniami, których treścią jest zły stan zdrowia dziecka;
- nadmiernym lękiem opiekuna dotyczącym stanu zdrowia dziecka (warto zwrócić uwagę, że niegroźne wyolbrzymianie objawów chorobowych dziecka jest typowe dla wielu rodziców, mieści się w granicach normy i nie świadczy o zaburzeniu).

Obecnie coraz więcej autorów zajmujących się zaburzeniami pozorowanymi uważa, że przeniesiony zespół Münchhausena powinien być różnicowany ze zjawiskiem opisywanym w anglojęzycznym piśmiennictwie jako *malingering by proxy* (ang. *to malingering* – udawać, symulować chorobę), co można przetłumaczyć jako *przeniesiona symulacja* (Feldman, 2004; Stutts, Hickey, Kasdan, 2003). Polega ona na zgłaszaniu fikcyjnych, indukowaniu rzeczywistych lub wyolbrzymianiu

3 Polski przekład tego artykułu został opublikowany w kwartalniku *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* Vol. 4 Nr 2 (2005).

istniejących objawów chorobowych u dziecka w celu osiągnięcia zewnętrznych korzyści, które przysługują rodzicom chorych dzieci. Główną motywacją rodziców opisywaną w piśmiennictwie są korzyści finansowe, np. zasiłek (Cassar, Hales, Longhurst, Weiss, 1996; Chafetz, Prentkowski, 2011; Feldman, 2004; Rogers, 2004; Stutts i in., 2003). Wydaje się jednak, że motywacją do symulowania choroby u swojego dziecka może być np. chęć uzyskania zwolnienia lekarskiego, uniknięcie niektórych obowiązków czy uzyskanie dostępu do określonych leków.

Warto zwrócić uwagę, że w niektórych przypadkach niezmiernie trudno określić główną motywację osoby, która wywołuje objawy chorobowe u dziecka. Niektórzy autorzy uważają, że mimo wzajemnie wykluczających się kryteriów diagnostycznych, przeniesiony zespół Münchhausena i zjawisko *malingering by proxy* mogą współwystępować (Feldman, 2004).

Metodologia badania

Jako metodę badania sposobów indukowania objawów chorobowych u dzieci przyjęto analizę 68 artykułów zawierających opisy 100 przypadków przeniesionego zespołu Münchhausena. Artykuły wyszukano w bazie PubMed za pomocą słów kluczowych: *Munchausen syndrome by proxy, Polle syndrome, child abuse, child maltreatment, battered child syndrome, factitious disorder, factitious illness, fabricated illness, induced illness, factitious symptoms, pediatric condition falsification, unexplained medical symptoms, non-accidental poisoning, non-accidental suffocation*. Odrzucono artykuły opisujące przypadki przeniesionego zespołu Münchhausena u dorosłych, przeniesionego zespołu Münchhausena przez internet i przeniesionego zespołu Münchhausena u zwierząt. Analizowano artykuły w języku polskim i angielskim. Wykorzystano informacje z jednego artykułu w języku francuskim, który zawierał streszczenie w języku angielskim.

Do analizy włączono artykuły z 16 różnych państw Europy, Ameryki Północnej, Azji i Afryki⁴.

Przeprowadzono również anonimową ankietę wśród uczestników V Letniego Sympozjum Medycyny Ratunkowej Wieku Dziecięcego w Białowieży (2012) i XIV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych w Serwach (2012).

4 Zestawienie miejsca pracy autora lub pierwszego współautora publikacji w odniesieniu do konkretnych włączonych artykułów dostępne na życzenie po kontakcie z autorem.

W badaniu wykorzystano ankiety zebrane od ankiety 88 polskich lekarzy: pediatrów, chirurgów dziecięcych, lekarzy ze specjalizacją medycyny rodzinnej lub medycyny ratunkowej. Do badania wybrano lekarzy specjalistów lub specjalizujących się w dziedzinach, których istotą jest względnie częsty kontakt z dziećmi (lekarze rodzinni, specjaliści medycyny ratunkowej) lub praca wyłącznie z pacjentami z tej grupy wiekowej (pediatrzy i chirurdzy dziecięcy). Na potrzeby niniejszego artykułu analizie poddano tylko i wyłącznie pola *specjalizacja* i *miasto (miejsce pracy)*, a także pytania, które bezpośrednio dotyczyły wiedzy o przeniesionym zespole Münchausena. Dane analizowano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki

Na podstawie analizy włączonych do badania artykułów wyszczególniono następujące grupy sposobów indukowania objawów chorobowych:

1. Manipulacje w trakcie wywiadu lekarskiego
2. Przemoc fizyczna
 - 2.1. Duszenie
 - 2.2. Przemoc fizyczna, inna niż duszenie
3. Zatrucie lub nadużycie substancji chemicznych
 - 3.1. Zatrucie lub nadużycie leków
 - 3.2. Zatrucie lub nadużycie substancji innych niż leki
4. Manipulacje sprzętem medycznym
5. Użycie rekwizytów
6. Restrykcyjna dieta
7. Fałszowanie materiału biologicznego przeznaczonego do badań laboratoryjnych
8. Pozorowanie krwawienia
9. Zakażanie ran
10. Umieszczenie ciała obcego w ciele dziecka
11. Zaniechanie leczenia mimo zaleceń lekarskich
12. Inne⁵

5 Informacje dotyczące sposobu indukowania objawów chorobowych u dzieci w odniesieniu do konkretnych artykułów włączonych do badania dostępne na życzenie po kontakcie z autorem.

1. Manipulacje w trakcie wywiadu lekarskiego

Bardzo ważnym narzędziem diagnostycznym lekarza badającego dziecko jest wywiad (Clark, Key, Rutherford, Bithoney, 1984). Noworodki, niemowlęta i małe dzieci nie są w stanie zwerbalizować swoich dolegliwości, lekarz polega więc na informacjach uzyskanych od opiekuna, którego traktuje jako osobę będącą w stanie zauważyć i opisać nawet subtelne zmiany w stanie somatycznym i psychicznym dziecka. Personel medyczny pracujący z dziećmi, mając świadomość, że wywiad chorobowy zebrany od rodzica może mieć kluczowe znaczenie w diagnostyce i leczeniu, nie ma powodów, aby poddawać w wątpliwość treść informacji przekazanych przez opiekuna. Stwarza to możliwość praktycznie dowolnej manipulacji wywiadem lekarskim, co może przekładać się na opóźnienie właściwego rozpoznania i zlecenie przez lekarzy wielu, często inwazyjnych, procedur diagnostycznych i leczniczych.

Manipulacje w zakresie wywiadu lekarskiego mogą mieć charakter:

- zgłaszania nieistniejących objawów chorobowych (somatycznych lub psychicznych),
- wyolbrzymiania istniejących objawów chorobowych,
- zgłaszania występowania już nieobecnych objawów chorobowych,
- zgłaszania nietolerancji lub nieskuteczności danego leczenia,
- zgłaszania objawów chorobowych u dziecka spowodowanych czynnym lub biernym ich indukowaniem.

Charakterystyczne dla opiekunów jest negowanie wiedzy o źródle objawów chorobowych, nawet po przedstawieniu dowodów na czynny udział opiekuna w procesie pogarszania stanu zdrowia dziecka (Rogers, 2004).

W przypadku starszych dzieci opiekun może nakazywać dziecku odpowiadać na pytania w trakcie wywiadu lekarskiego w określony, spójny z zamysłem rodzica, sposób (Schreier, 1996). Opiekun może także zabraniać dziecku mówienia o prawdziwej przyczynie objawów chorobowych (Bryk, Siegel, 1997), a także straszyć je negatywnymi konsekwencjami postępowania niezgodnego z wolą rodzica (Janas-Kozik, Albert, Kresimon, Stokowacka-Zakrzewska, Wawrzyniak, 2007).

Wywiad lekarski obejmuje także pytania dotyczące przeszłości dziecka, w tym przebytych chorób, liczby hospitalizacji, wykonanych badań diagnostycznych, zabiegów i przyjmowanych leków.

Opiekun, w celu opóźnienia właściwego rozpoznania, może uniemożliwić lekarzom uzyskanie dokumentacji medycznej ze szpitala, gdzie było leczone dziecko lub nie wyrażać zgody na badania potwierdzające wcześniejsze rozpoznanie

(Orenstein, Wasserman, 1986). Bryk i Siegel (1997) opisali przypadek fałszowania dokumentacji medycznej dotyczącej poprzednich hospitalizacji.

Rodzic może kłamać w sprawie przyjmowanych przez dziecko leków. Może nie informować o podawanych lekach lub twierdzić, że dany lek podaje, jednak nie widzi poprawy w stanie klinicznym dziecka (Ernst, Philp, 1986).

Ważnym elementem wywiadu lekarskiego są pytania dotyczące występowania chorób w rodzinie. Tüfekçi i in. (2011) opisali przypadek manipulacji wywiadem rodzinnym. W celu utwierdzenia lekarzy w przekonaniu, że dziecko jest chore na dziedziczną chorobę hematologiczną, matka zgłosiła występowanie fikcyjnej choroby hematologicznej u ojca.

Poza manipulacjami w trakcie wywiadu lekarskiego opiekun może nalegać na leczenie dziecka (Meadow, 1998), żądać licznych badań laboratoryjnych (Schreier, 1996), a nawet wymuszać na lekarzu określoną terapię (Orenstein, Wasserman, 1986).

2. Przemoc fizyczna

2.1. Duszenie

Duszenie jest względnie prostym sposobem indukowania objawów chorobowych – nie wymaga dostępu do leków ani specjalistycznej wiedzy medycznej. Objawy chorobowe występują praktycznie natychmiast i często mają gwałtowny charakter.

Opiekunowie mogą uniemożliwić dziecku oddychanie w rozmaity sposób, np. przez:

- bardzo mocne trzymanie dziecka (Jones, Badgett, Minella, Schuschke, 1993);
- duszenie poduszką (Hoorntje, Langerak, Sreeram, 1999);
- duszenie ręką (Alexander, Smith, Stevenson, 1990; Christ, 2000; Rosen i in., 1983);
- przyciśnięcie ręką głowy dziecka do materaca (Makar, Squier, 1990);
- przykrycie dziecku ust i nosa, a następnie przyciśnięcie jego głowy do łóżka (Southall i in., 1987).

Powyższa lista prawdopodobnie nie wyczerpuje wszystkich sposobów duszenia, które mogą być stosowane w celu indukowania objawów chorobowych. Autorzy licznych doniesień klinicznych nie opisali sposobów, w jaki opiekunowie dusili swoje dzieci (Kurlandsky, Lukoff, Zinkham, Brody, Kessler, 1979; Meadow, 1998; Milroy, 1999; Vennemann i in., 2005).

2. 2. Przemoc fizyczna, inna niż duszenie

Opiekunowie mogą stosować przemoc fizyczną inną niż duszenie w celu indukowania objawów chorobowych u dzieci, np. przez:

- uderzenia ręką (Sugandhan i in., 2010);
- uderzenia młotkiem (Bryk, Siegel, 1997);
- szczypanie przez prześcieradło (Magnay, Debelle, Proops, Booth, 1994);
- oparzenie (Bryk, Siegel, 1997), w tym przez przypalanie żelazkiem (Sugandhan i in., 2010);
- uszkodzenie tkanek w obrębie kanału słuchowego i błony bębenkowej (sposób nieokreślony; Griffiths, Cuddihy, Marnane, 2001);
- agresywne obchodzenie się z miejscem złamania (Sugandhan i in., 2010).

3. Zatrucie lub nadużycie substancji chemicznych

3. 1. Zatrucie lub nadużycie leków

Leki używane do wywoływania objawów chorobowych mogą należeć do leków dostępnych na receptę lub szeroko dostępnych leków sprzedawanych bez recepty. Leki dostępne na receptę mogą zostać zdobyte przez:

- kradzież, np. od członków rodziny lub z oddziału szpitalnego;
- użycie sfalszowanych recept (Giurgea in., 2005);
- zjawisko *malingering by proxy*;
- zakup na czarnym rynku.

Vennemann i in. (2006) opisali przypadek matki, która wykorzystywała przepisane jej leki dostępne na receptę do indukowania objawów chorobowych u dziecka.

Zwraca uwagę, że leki mogą być stosowane pojedynczo (Arnold i in., 1998) lub jako mieszanina różnych leków (Vennemann i in., 2006). Opiekun może także używać różnych leków, czyniąc odkrycie prawdziwego źródła objawów chorobowych niezwykle trudnym (Hvizdala, Gellady, 1978). Dużą trudnością wynikającą ze stosowania leków do wywoływania objawów chorobowych, jest to, że nie wszystkie leki są standardowo oznaczane w trakcie badań toksykologicznych. Mimo to autorom opisów przypadków udało się wykazać, że opiekun do wywoływania objawów wykorzystywał następujące leki (w kolejności alfabetycznej):

- amobarbital (lek uspokajająco-nasenny⁶; Hvizdala, Gellady, 1978);
- chlorpromazyna (lek przeciwpsychotyczny; Shnaps, Frand, Rotem, Tirosh, 1981);
- difenhydramina (lek przeciwhistaminowy; Arnold i in., 1998);
- doksyłamina (lek przeciwhistaminowy; Vennemann i in., 2005);
- fenobarbital (lek uspokajająco-nasenny; Christ, 2000; Hvizdala, Gellady, 1978; Vennemann i in., 2005);
- fenoloftaleina (środek przeczyszczający; Fleisher, Ament, 1977; Forbes, O'Loughlin, Scott, Gall, 1985; Sugar, Belfer, Israel, Herzog, 1991);
- fenotiazyna (lek przeciwpsychotyczny; Hvizdala, Gellady, 1978);
- fentermina (pochodna amfetaminy stosowana jako lek anorektyczny; Hvizdala, Gellady, 1978);
- flunitrazepam (lek używany przy leczeniu bezsenności; Vennemann i in., 2006);
- flurazepam (lek używany przy leczeniu bezsenności; Vennemann i in., 2006);
- furosemid (lek moczopędny; D'Avanzo, Santinelli, Tolone, Bettinelli, Bianchetti, 1995; Książyk, Socha, Rujner, 1990; Vennemann i in., 2005);
- insulina (lek przeciwcukrzycowy; Bappal, George, Nair, Khusaiby, De Silva, 2001; Giurgea i in., 2005);
- karbamazepina (lek przeciwdrgawkowy i normotymiczny; Christ, 2000; Vennemann i in., 2005);
- klonazepam (lek przeciwdrgawkowy i uspokajający; Vennemann i in., 2005, 2006);
- klonidyna (lek przeciwnadciśnieniowy; Tessa, Mascaldi, Matteucci, Gavazzi, Domenici, 2001);
- klozapina (lek przeciwpsychotyczny; Vennemann i in., 2005);
- kwas acetylosalicylowy (lek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy; Rubin, Angelides, Davidson, Lanzkowsky, 1986);
- metakwalon (lek uspokajająco-nasenny; Hvizdala, Gellady, 1978);
- olej rycynowy (środek przeczyszczający; Epstein, Markowitz, Gallo, Holmes, Gryboski, 1987);
- paracetamol (lek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy; Meadow, 1998);
- propyfenazon (lek przeciwgorączkowy; Vennemann i in., 2005);
- sekobarbital (lek nasenno-uspokajający; Hvizdala, Gellady, 1978);
- siarczan magnezu (środek przeczyszczający; Fenton, Wailoo, Tanner, 1988; Clark i in., 1984);

6 W nawiasach umieszczono niepełne informacje dotyczące wskazań do stosowania określonych leków; mają one wyłącznie charakter poglądowy i zostały umieszczone dla osób niezwiązanych zawodowo z medycyną.

- sól glauberska (siarczan sodu; środek przeczyszczający; Carlson i in., 1994);
- sulfonilomocznik – pochodne (doustne leki hipoglikemizujące; Glatstein, Garcia-Bournissen, Scolnik, Koren, Finkelstein, 2009; Owen, Ellis, Shield, 2000);
- teofilina (lek rozszerzający oskrzela; Vennemann i in., 2005);
- warfaryna (lek przeciwzakrzepowy; Hvizdala, Gellady, 1978; Meadow, 1998);
- wodzian chloralu (lek uspokajająco-nasenny; Lansky, 1974);
- wymiotnica lekarska (środek wymiotny; Bader, Kerzner, 1999; Goldfarb, Lawry, Steffen, Sabella, 1998; Rashid, 2006; Sutphen, Saulsbury, 1988).

Autorzy niektórych artykułów podają tylko grupę, do której należały leki podawane dzieciom:

- barbiturany (Galińska, Borkowska, Mikołajewicz, Korzon, 2003);
- niesteroidowe leki przeciwzapalne (Ulinski i in., 2004);
- salicylany (Galińska i in., 2003);
- sulfonamidy (Giurgea i in., 2005);
- środki przeczyszczające (Ackerman, Strobel, 1981; Lasher, Feldman, 2004);
- leki uspokajające (Southall i in., 1987).

W niektórych przypadkach nie udało się zidentyfikować leku lub grupy, do której należał lek, który był podawany dziecku (Black, 1981; Epstein i in., 1987).

Vennemann i in. (2006) i Epstein i in. (1987) opisali znalezienie przy matce:

- doustnych leków hipoglikemizujących (substancja nieznana),
- dimenhidrynatu (lek stosowany przy zapobieganiu i leczeniu choroby lokomocyjnej),
- kremu EMLA (środek stosowany do znieczulenia miejscowego),
- digoksyny (lek stosowany w leczeniu zaburzeń rytmu serca),
- diklofenaku (lek przeciwbólowy i przeciwzapalny),
- temazepamu (lek uspokajająco-nasenny),
- pirytramidu (opiodowy lek przeciwbólowy),
- amitryptyliny (lek przeciwdepresyjny),
- mleka magnezjowego (preparat zobojętniający kwas solny w żołądku),

które mogły być użyte do indukowania objawów chorobowych u dziecka, czego jednak nie udowodniono.

Janas-Kozik i in. (2007) opisali przypadek podawania dziecku leków, które przy ostatniej hospitalizacji polecono matce odstawić.

3. 2. Zatrucie lub nadużycie substancji innych niż leki

Do indukowania objawów chorobowych opiekunowie mogą wykorzystywać inne niż leki substancje chemiczne, które powszechnie znajdują się w gospodarstwach domowych. W przeprowadzonej analizie znalazły się przypadki zatrucia kofeiną (Meadow, 1998), solą kuchenną (Meadow, 1998) i środkiem gryzoniobójczym (Babcock, Hartman, Pedersen, Murphy, Alving, 1993), a także oparzenia spowodowane użyciem detergentów lub nieokreślonej żrącej substancji (Al-Jumaah, Al-Dowaish, Tufenkeji, Frayha, 1993; Baskin, Stein, Coats, Paysse, 2003; Clin, Ferrant, Dupont, Papin, 2009; Lansky, 1974; Rubin i in., 1986). Meadow (1998) opisał mieszane zatrucie lekami (paracetamol i warfaryna) i substancjami innymi niż leki (kofeina). Alexander i in. (1990) opisali użycie arszeniku w celu wywołania objawów chorobowych.

4. Manipulacje sprzętem medycznym

Praktycznie każdy sprzęt medyczny, np. wykorzystywany do monitorowania czynności życiowych czy podaży leków, może zostać wykorzystany do wywołania objawów chorobowych.

Autorzy artykułów, które zostały włączone do analizy pod kątem sposobów wywoływania objawów chorobowych, opisują następujące sposoby manipulacji sprzętem medycznym, które spowodowały konieczność diagnostyki i leczenia dziecka:

- podawanie roztworu soli kuchennej do zgłębnika żołądkowego (Su, Shoykhet, Bell, 2010);
- włączanie strzykawką (60 ml) powietrza do drenu gastrostomijnego (Christ, 2000);
- dożylna wstrzyknięcia zanieczyszczonej wody (Liston, Levine, Anderson, 1983);
- manipulacje z wkłuciem centralnym (Baron, Beck, Vargas, Ament, 1995), w tym zakażenie go (Frederick i in., 1990) przez wstrzykiwanie fekaliiów (DiBiase, Timmis, Bonilla, Szeremeta, Post, 1996), śliny i ziół (Al-Owain, Al-Zaidan, Al-Hashem, Kattan, Al-Dowaish, 2010), skażonego płynu do żywienia pozajelitowego (Rubin i in., 1986) i moczu matki (Goldfarb i in., 1998);
- upuszczanie krwi z wkłucia centralnego i umieszczanie jej w pieluszcze, sondzie żołądkowej, worku kolostomijnym i ileostomijnym (Malatack, Wiener, Gartner, Zitelli, Brunetti, 1985);
- manipulacje z drenem jejunostomijnym (Bader, Kerzner, 1999);

- manipulacje związane ze sprzętem medycznym służącym do żywienia pozajelitowego (Sugar i in., 1991);
- uszkodzenie gipsu w celu zmuszenia lekarza do zdjęcia go, ze względu na chęć indukowania objawów chorobowych na konczynnie wcześniej ustabilizowanej gipsem (Bryk, Siegel, 1997).

Warto zwrócić uwagę, że opiekun do wywoływania objawów chorobowych może wykorzystywać sprzęt medyczny, który został użyty w celu leczenia istniejącej choroby somatycznej lub który musiał zostać zastosowany z powodu uprzedniego indukowania objawów przez opiekuna. Rodzic może także wykorzystywać drobny sprzęt, taki jak ostrza chirurgiczne, strzykawki, kaniule dożylnie i zestawy do usuwania szwów, np. w celu uzyskania dostępu do rany pooperacyjnej i zakażania jej (Vennemann i in., 2006).

5. Użycie rekwizytów

Rekwizyty mogą zostać użyte podczas każdego etapu diagnostyki i leczenia dziecka. Sneed i Bell (1976) opisują przypadek użycia fikcyjnych kamieni nerkowych, które miały uwiarygodnić występowanie u dziecka kamicy nerkowej. Schreier (1996) pisze o wykorzystaniu pieluszek z rzekomymi śladami nasienia w celu udowodnienia przemocy seksualnej, której ofiarą miało być dziecko. Stosowanie zatyczek do uszu z powodu rzekomej nadwrażliwości na dźwięki zostało opisane przez Heubrocka (2001). Podobnie jak kachektyczny wygląd spowodowany restrykcyjną dietą, rekwizyty mogą spowodować zogniskowanie większej uwagi personelu medycznego na dziecku, a przez to, pośrednio na opiece.

Zdumiewa złożoność procesu kreacji wizerunku chorego dziecka. Wizyty u lekarzy specjalistów mogą dostarczyć dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia choroby, która nie istnieje, a także rekwizytów, takich jak okulary czy buty ortopedyczne, które w połączeniu z restrykcyjną dietą mogą posłużyć do wykreowania chorobowego wyglądu i utwierdzić lekarzy w przekonaniu co do konieczności wnikliwej diagnostyki i leczenia tajemniczej choroby.

6. Restrykcyjna dieta

Restrykcyjna dieta ograniczająca spożycie istotnego składnika może zostać wykorzystana do indukowania objawów chorobowych. Ernst i Philp (1986) opisują

przypadek wymagającej leczenia objawowej anemii spowodowanej wykluczeniem żelaza z diety. Jadłospis niezawierający niektórych produktów spożywczych może służyć uwiarygodnieniu rzekomych alergii pokarmowych zgłaszanych przez opiekuna (Heubrock, 2001; Janas-Kozik i in., 2007). Janas-Kozik i in. (2007) zwrócili uwagę na to, że matka może zastraszać swoje dziecko, informując je o negatywnych konsekwencjach spożycia produktów, na które rzekomo jest uczulone.

Orenstein i Wasserman (1986) opisują przypadek dziecka, które w trakcie hospitalizacji domagało się pożywienia, spotykając się z odmową matki. Autorzy nie wyjaśnili motywacji matki, ale prawdopodobnym celem nieselektywnego ograniczania pokarmów może być chęć nadania dziecku kachektycznego wyglądu, spójnego z obrazem klinicznym wielu chorób. Głodzenie dziecka może więc służyć uwiarygodnieniu zgłaszanych przez opiekuna dolegliwości. Co więcej, wyniszczone „chorobą” dziecko, którego masa ciała jest istotnie mniejsza niż norma dla danego wieku, może przyciągnąć większą uwagę personelu medycznego. Uwaga ta może zostać łatwo przekierowana na heroicznie walczącą o zdrowie dziecka matkę.

Niektórzy autorzy sygnalizują możliwość wykorzystania restrykcyjnej diety w celu indukowania objawów chorobowych u dziecka, jednak nie określają jej rodzaju (Griffiths i in., 2001).

7. Fałszowanie materiału biologicznego przeznaczonego do badań laboratoryjnych

Praktycznie każdy materiał biologiczny przeznaczony do badań laboratoryjnych może zostać zafałszowany przez opiekuna. Opiekun może pozorować krwiomocz przez dodanie krwi do próbki moczu dziecka (Black 1981; Hvizdala, Gellady, 1978), indukować obecność krwi w stolcu przez podawanie dziecku niesteroidowych leków przeciwzapalnych (Ulinski i in., 2004) lub dodawanie krwi do próbek kału (Ulinski i in., 2004; Yaacob, 1999).

Epstein i in. (1987) zwrócili uwagę na możliwość manipulacji ze stolcem dziecka w celu zwiększenia jego objętości.

Cukromocz lub obecność albumin w moczu mogą być pozorowane przez dodanie, odpowiednio, cukru lub ludzkich albumin do pojemnika z moczem dziecka (Hvizdala, Gellady, 1978; Ulinski i in., 2004).

Orenstein i Wasserman (1986) opisali możliwość pozyskiwania przez rodzica plwociny od dzieci cierpiących na chorobę, którą chce upozorować u swojego dziecka (we wspomnianym przypadku była to mukowiscydoza).

W tym samym artykule autorzy opisali utrudnianie przez matkę pobrania próbek kału do badań, co miało na celu opóźnienie właściwego rozpoznania.

W niektórych przypadkach autorom artykułów nie udało się ustalić lub nie opisywali metod fałszowania próbek biologicznych przeznaczonych do badań (Książyk i in., 1990; Meadow, 1998).

8. Pozorowanie krwawienia

Oprócz wymienionych przypadków dodawania krwi do materiału biologicznego, przeznaczonego do badań laboratoryjnych, opiekun może pozorować krwawienie wewnętrzne przez dodanie krwi do wymiocin (Alexander i in., 1990) lub nakłucie wargi agrafką (Lee, 1979), a także krwawienie zewnętrzne przez nakłucie skóry igłą (Clark i in., 1984) lub umieszczenie własnej krwi na ciele dziecka (Kurlandzky i in., 1979).

9. Zakażenie ran

Niegojące się rany wymagają ciągłych badań mikrobiologicznych, opieki pielęgniarskiej, a czasem także interwencji chirurgicznych. Opiekun może doprowadzić do zakażenia rany celowo uszkodzonej skóry dziecka lub wykorzystać w tym celu istniejącą już ranę, np. po zabiegu chirurgicznym. Vennemann i in. (2006) opisali przypadek wykorzystania do zakażenia rany kału, a Bryk i Siegel (1997) – ziemi i kawy.

10. Umieszczenie ciała obcego w ciele dziecka

Bouaziz Abed, Mustapha i Chiha (2011) opisali wprowadzenie przez ciemniaczkę igły do szycia do mózgu dziecka, natomiast Senocak, Türken i Büyükpamukçu (1995) opisali dziecko z niemożnością oddania moczu, które było spowodowane umieszczeniem przez matkę kamieni w cewce moczowej pacjenta. Połknięcie nietypowych przedmiotów, do którego najprawdopodobniej przyczynił się opiekun opisał Meadow (1998).

11. Zaniechanie leczenia mimo zaleceń lekarskich

Zaniechanie leczenia w danej jednostce opieki zdrowotnej, mimo zaleceń lekarskich, może wynikać z niezadowolenia opiekuna z uwagi, którą personel medyczny poświęca jemu i dziecku. Może także wynikać z obaw opiekuna dotyczących nadchodzącej konfrontacji z oskarżeniami o indukowanie objawów chorobowych u dziecka. W tym przypadku rodzic może przenieść dziecko do innego szpitala i rozpocząć długotrwały i żmudny proces diagnostyczno-terapeutyczny od nowa (Heubrock, 2001; Janas-Kozik i in., 2007; Orenstein, Wasserman, 1986).

12. Inne

W tej kategorii umieszczono sposoby indukowania objawów chorobowych, których nie udało się zakwalifikować do innych grup. W piśmiennictwie opisano objawy chorobowe spowodowane podawaniem dziecku oleju mineralnego, umieszczeniem dziecka w zamrażarce (Alexander i in., 1990) lub dodaniem odświeżacza powietrza do butelki z mlekiem dla dziecka (Hickson, Altemeier, Martin, Campbell, 1989).

Wyniki ankiety

W badanej grupie 88 polskich lekarzy specjalistów lub lekarzy specjalizujących się w dziedzinach włączonych do analizy zaledwie 57% respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie „czy słyszał(-a) Pan/Pani Doktor o przeniesionym zespole Münchausena (zastępczym zespole Münchausena, Münchausen syndrome by proxy)?”, podając jednocześnie krótką, trafną odpowiedź na pytanie „na czym polega przeniesiony zespół Münchausena?”.

Omówienie wyników i podsumowanie

W analizie artykułów pod kątem pytania badawczego wykazano, że opiekunowie mogą indukować wiele różnych objawów chorobowych stosując różnorodne, często wymyślne i bardzo złożone, sposoby, a jedynymi ograniczeniami wydaje się motywacja, wiedza, fantazja i doświadczenie sprawcy.

Te sposoby różnią się stopniem złożoności, wydaje się jednak, że warunkiem koniecznym i wystarczającym do rozpoznania przeniesionego zespołu Münchhausena są manipulacje w trakcie wywiadu lekarskiego (negowanie wiedzy o prawdziwym źródle dolegliwości dziecka, zgłaszanie nieistniejących lub wyolbrzymianie istniejących objawów chorobowych itd.), które skutkują rozpoczęciem lub kontynuowaniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego (por. Tüfekçi i in., 2011). Wraz z manipulacjami w trakcie wywiadu lekarskiego opiekun może indukować objawy chorobowe nawet na kilka sposobów jednocześnie (por. Orenstein, Wasserman, 1986). Co więcej, opiekunowie mogą stosować stałe (Rosen i in., 1983) lub zmienne w czasie (Hvizdala, Gellady, 1978) sposoby wywoływania stanu chorobowego u dziecka.

Należy podkreślić, że w analizowanych artykułach autorzy opisali tylko potwierdzone lub z dużym prawdopodobieństwem wykorzystane sposoby indukowania objawów chorobowych. Ze względu na trudności diagnostyczne, autorom publikacji prawdopodobnie nie udało się opisać wszystkich sposobów krzywdzenia dzieci stosowanych przez opiekunów. Autorzy opisywali sposoby indukowania objawów chorobowych, których dopuszczali się opiekunowie w szpitalu, w którym pracuje autor lub autorzy publikacji. Możliwe, że przy wcześniejszych hospitalizacjach w innych szpitalach opiekunowie stosowali inny *modus operandi*.

Warto dodać, że poza różnymi metodami indukowania objawów chorobowych, opiekunowie stosują wiele technik uniemożliwiających odkrycie rzeczywistego źródła dolegliwości występujących u dziecka:

- planowe podejmowanie działań, ze szczególnym zwróceniem uwagi na uniknięcie zdemaskowania (Berent i in., 2010);
- negowanie wiedzy o źródle objawów chorobowych (Rogers, 2004);
- uniemożliwianie uzyskania dokumentacji medycznej ze szpitali, gdzie uprzednio było leczone dziecko (Orenstein, Wasserman, 1986);
- niewyrażanie zgody na badania potwierdzające uprzednie rozpoznanie (Orenstein, Wasserman, 1986);
- uniemożliwianie pobrania materiału biologicznego do badań (Orenstein, Wasserman, 1986);
- fałszowanie dokumentacji medycznej (Bryk, Siegel, 1997);
- przybieranie tożsamości czulego, oddanego, poświęcającego się, heroicznie walczącego o zdrowie swojego dziecka opiekuna (Orenstein, Wasserman, 1986);
- odwracanie uwagi od siebie – przerzucanie odpowiedzialności za zły stan zdrowia dziecka na innych (Heubrock, 2001);

- nakazywanie dziecku zachowywania się w sposób spójny z zamysłem rodzica, np. instruowanie go, aby negowało wiedzę o źródle objawów chorobowych (Bryk, Siegel, 1997);
- utwierdzanie dziecka w przekonaniu o własnej chorobie, uniemożliwianie weryfikacji tego przekonania, np. przez opóźnianie pójścia do szkoły lub ograniczanie kontaktów z innymi dziećmi (Heubrock, 2001);
- wypisywanie dziecka ze szpitala przed zakończeniem leczenia (Heubrock, 2001);
- zmiana ośrodka, w którym dziecko jest diagnozowane i leczone (Orenstein, Wasserman, 1986).

Śmiertelność oraz następstwa somatyczne i psychiczne, zarówno krótko-, jak i długofalowe, związane z tą formą maltretowania dzieci są słabo poznane. Rosenberg (1987) w analizie statystycznej zwróciła uwagę, że do zgonu dziecka dochodzi nawet w 9% przypadków. W pozostałych przypadkach może dojść do ciężkiego okaleczenia dziecka związanego z procedurami diagnostycznymi (często inwazyjnymi) i terapeutycznymi (do zabiegów chirurgicznych włącznie, por. np. Giurgea i in., 2005).

Wydaje się jednak, że w części przypadków szybkie i sprawne działanie personelu zajmującego się dzieckiem może znacząco obniżyć chorobowość lub śmiertelność dzieci dotkniętych tą formą maltretowania. Aby osiągnąć ten cel niezbędne jest ustawiczne kształcenie zaangażowanych w pracę z dziećmi profesjonalistów w zakresie rozpoznawania różnorodnych form maltretowania, a także powołanie w każdym szpitalu interdyscyplinarnych zespołów ds. przypadków trudnych, składających się z lekarzy specjalistów, psychologów, prawników, pracowników socjalnych oraz przedstawicieli innych profesji, których wiedza i doświadczenie jest niezbędne do ochrony dobrostanu dzieci.

Podsumowując, dziecko krzywdzone to nie tylko dziecko bite, zaniedbywane czy wykorzystywane seksualnie. Niezmiernie ważne jest, aby lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, a także profesjonalści współpracujący z personelem medycznym (pracownicy socjalni, prawnicy, policja itd.) mieli świadomość omawianego w niniejszym artykule zaburzenia, a także jego podstępного charakteru.

Richard Asher, który w 1951 roku opisał zespół Münchhausena⁷ rozpoczął swój artykuł słowami „here is described a common syndrome which most doctors have seen, but about which little has been written”⁸ (s. 339). Zdanie to można

7 Indukowanie przez pacjenta objawów chorobowych u siebie w celu przyjęcia roli chorego.

8 opisano tutaj znane zaburzenie, które większość lekarzy widziało, ale o którym niewiele zostało napisane (ang.)

zmodyfikować i odnieść do omawianego w niniejszym artykule zaburzenia – „here is described a syndrome which most of us have heard of, some of us have seen, a lot has been written, but still – little is known about”⁹. Chociaż zaburzenie zostało opisane prawie 40 lat temu i w piśmiennictwie można znaleźć stosunkowo dużo opisów przypadków, przeniesiony zespół Münchhausena wciąż nasuwa więcej pytań niż odpowiedzi. Autor ma nadzieję, że ten artykuł będzie kolejną cegiełką, która pomoże zrozumieć to niezwykle złożone zaburzenie.

Artykuł zawiera fragmenty pracy magisterskiej napisanej przez autora pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Bokus.

E-mail autora: tomasz.janus.ratmed@gmail.com

Bibliografia

- Ackerman, N. B., Jr., Strobel, C. T. (1981). Polle syndrome: chronic diarrhea in Munchausen's child. *Gastroenterology*, 81(6), 1140–1142.
- Alexander, R., Smith, W., Stevenson, R. (1990). Serial Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 86(4), 581–585.
- Al-Jumaah, S., Al-Dowaish, A., Tufenkeji, H., Frayha, H. H. (1993). Munchausen syndrome by proxy in a saudi child. *Annals of Saudi Medicine*, 13(5), 469–471.
- Al-Owain, M., Al-Zaidan, H., Al-Hashem, A., Kattan, H., Al-Dowaish, A. (2010). Munchausen syndrome by proxy mimicking as Gaucher disease. *European Journal of Pediatrics*, 169(8), 1029–1032.
- APA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Appendix B. 4th ed. Waszyngton: APA.
- APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (2013). Waszyngton: APA.
- Arnold, S. M., Arnholz, D., Garyfallou, G. T., Heard, K. (1998). Two siblings poisoned with diphenhydramine: a case of factitious disorder by proxy. *Annals of Emergency Medicine*, 32(2), 256–259.
- Asher, R. (1951). Munchausen's syndrome. *Lancet*, 1(6650), 339–341.

9 opisano tutaj zaburzenie, o którym większość z nas słyszała, niektórzy z nas je widzieli, wiele zostało o nim napisane, ale nadal niewiele wiadomo na jego temat (ang.)

- Babcock, J., Hartman, K., Pedersen, A., Murphy, M., Alving, B. (1993). Rodenticide-induced coagulopathy in a young child. A case of Munchausen syndrome by proxy. *American Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 15(1), 126–130.
- Bader, A. A., Kerzner, B. (1999). Ipecac toxicity in „Munchausen syndrome by proxy”. *Therapeutic Drug Monitoring*, 21(2), 259–260.
- Bappal, B., George, M., Nair, R., Khusaiby, S. A., De Silva, V. (2001). Factitious hypoglycemia: a tale from the Arab world. *Pediatrics*, 107(1), 180–181.
- Baron, H. I., Beck, D. C., Vargas, J. H., Ament, M. E. (1995). Overinterpretation of gastroduodenal motility studies: two cases involving Munchausen syndrome by proxy. *Journal of Pediatrics*, 126(3), 397–400.
- Baskin, D. E., Stein, F., Coats, D. K., Paysse, E. A. (2003). Recurrent conjunctivitis as a presentation of munchausen syndrome by proxy. *Ophthalmology*, 110(8), 1582–1584.
- Ben-Chetrit, E., Melmed, R. N. (1998). Recurrent hypoglycaemia in multiple myeloma: a case of Munchausen syndrome by proxy in an elderly patient. *Journal of Internal Medicine*, 244(2), 175–178.
- Berent, D., Florkowski, A., Gałeczki, P. (2010). Przeniesiony zespół Münchhausena. *Psychiatria Polska*, 44(2), 245–254.
- Black, D. (1981). The extended Munchausen syndrome: a family case. *The British Journal of Psychiatry*, 138, 466–469.
- Bools, C. N., Neale, B. A., Meadow, S. R. (1992). Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 67(1), 77–79.
- Bouaziz Abed, A., Mustapha, R., Chiha, M. (2011). Fortuitous discovery of intracerebral foreign body leads to the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 18(11), 1181–1184.
- Bryk, M., Siegel, P. T. (1997). My mother caused my illness: the story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome. *Pediatrics*, 100(1), 1–7.
- Carlson, J., Fernlund, P., Ivarsson, S. A., Jakobsson, I., Neiderud, J., Nilsson, K. O., Svensson, M., Swanstein, U. (1994). Munchausen syndrome by proxy: an unexpected cause of severe chronic diarrhoea in a child. *Acta Paediatrica*, 83(1), 119–121.
- Cassar, J. R., Hales, E. S., Longhurst, J. G., Weiss, G. S. (1996). Can disability benefits make children sicker? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(6), 700–701.
- Chafetz, M., Prentkowski, E. (2011). A case of malingering by proxy in a Social Security disability psychological consultative examination. *Applied Neuropsychology*, 18(2), 143–149.

- Christ, E. A. (2000). Use of a gastrostomy tube to perpetrate Munchausen syndrome by proxy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 31(4), 442–444.
- Clark, G. D., Key, J. D., Rutherford, P., Bithoney, W. G. (1984). Munchausen's syndrome by proxy (child abuse) presenting as apparent autoerythrocyte sensitization syndrome: an unusual presentation of Polle syndrome. *Pediatrics*, 74(6), 1100–1102.
- Clin, B., Ferrant, O., Dupont, C., Papin, F. (2009). Recurrent caustic esophagitis: a clinical form of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 33(5), 293–295.
- D'Avanzo, M., Santinelli, R., Tolone, C., Bettinelli, A., Bianchetti, M. G. (1995). Concealed administration of frusemide simulating Bartter syndrome in a 4.5-year-old boy. *Pediatric Nephrology*, 9(6), 749–750.
- DiBiase, P., Timmis, H., Bonilla, J. A., Szeremeta, W., Post, J. C. (1996). Munchausen syndrome by proxy complicating ear surgery. *Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, 122(12), 1377–1380.
- Epstein, M. A., Markowitz, R. L., Gallo, D. M., Holmes, J. W., Gryboski, J. D. (1987). Munchausen syndrome by proxy: considerations in diagnosis and confirmation by video surveillance. *Pediatrics*, 80(2), 220–224.
- Ernst, T. N., Philp, M. (1986). Severe iron deficiency anemia. An example of covert child abuse (Münchhausen by proxy). *The Western Journal of Medicine*, 144(3), 358–359.
- Feldman, M. D. (2000). Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *Southern Medical Journal*, 93(7), 669–672.
- Feldman, M. D. (2004). Munchausen by proxy and malingering by proxy. *Psychosomatics*, 45(4), 365–366.
- Feldman, M. D., Hamilton, J. C. (2006). Serial factitious disorder and Munchausen by proxy in pregnancy. *International Journal of Clinical Practice*, 60(12), 1675–1678.
- Feldman, M. D., Bibby, M., Crites, S. D. (1998). „Virtual” factitious disorders and Munchausen by proxy. *Western Journal of Medicine*, 168(6), 537–539.
- Fenton, A. C., Wailoo, M. P., Tanner, M. P. (1988). Severe failure to thrive and diarrhoea caused by laxative abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 63(8), 978–979.
- Fleisher, D., Ament, M. E. (1977). Diarrhea, red diapers, and child abuse: clinical alertness needed for recognition; clinical skill needed for success in management. *Clinical Pediatrics*, 16(9), 820–824.
- Forbes, D. A., O'Loughlin, E. V., Scott, R. B., Gall, D. G. (1985). Laxative abuse and secretory diarrhoea. *Archives of Disease in Childhood*, 60(1), 58–60.

- Frederick, V., Luedtke, G. S., Barrett, F. F., Hixson, S. D., Burch, K. (1990). Munchausen syndrome by proxy: recurrent central catheter sepsis. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 9(6), 440–442.
- Galińska, A., Borkowska, A., Mikołajewicz J., Korzon, M. (2003). Munchausen by proxy syndrome – a case of a 3.5-year-old ill-treated boy. *Medical Science Monitor*, 9(Sup 4), 103–106.
- Giurgea, I., Ulinski, T., Touati, G., Sempoux, C., Mochel, F., Brunelle, F., Saudubray, J. M., Fekete, C., de Lonlay, P. (2005). Factitious hyperinsulinism leading to pancreatotomy: severe forms of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 116(1), 145–148.
- Glatstein, M., Garcia-Bournissen, F., Scolnik, D., Koren, G., Finkelstein, Y. (2009). Hypoglycemia in a healthy toddler. *Therapeutic Drug Monitoring*, 31(2), 173–177.
- Goldfarb, J., Lawry, K. W., Steffen, R., Sabella, C. (1998). Infectious diseases presentations of Munchausen syndrome by proxy: case report and review of the literature. *Clinical Pediatrics*, 37(3), 179–185.
- Griffiths, H., Cuddihy, P. J., Marnane, C. (2001). Bleeding ears: a case of Munchausen syndrome by proxy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 57(3), 245–247.
- Heubrock, D. (2001). Münchhausen by proxy syndrome in clinical child neuropsychology: a case presenting with neuropsychological symptoms. *Child Neuropsychology*, 7(4), 273–285.
- Hickson, G. B., Altemeier, W. A., Martin, E. D., Campbell, P. W. (1989). Parental administration of chemical agents: a cause of apparent life-threatening events. *Pediatrics*, 83(5), 772–776.
- Hoorntje, T. M., Langerak, W., Sreeram, N. (1999). Munchausen's Syndrome by Proxy Identified with an Implantable Electrocardiographic Recorder. *The New England Journal of Medicine*, 34(19), 1478–1479.
- Hvizdala, E. V., Gellady, A. M. (1978). Intentional poisoning of two siblings by prescription drugs. An unusual form of child abuse. *Clinical Pediatrics*, 17(6), 480–482.
- Janas-Kozik, M., Albert, J., Kresimon, E., Stokowacka-Zakrzewska, M., Wawrzyniak, K. (2007). Choroba somatyczna czy zespół Munchausena z przeniesienia? Choroba matki czy dziecka? Kontrowersje diagnostyczne. *Przegląd Lekarski*, 64(Supplement 3), 72–75.
- Jones, V. F., Badgett, J. T., Minella, J. L., Schuschke, L. A. (1993). The role of the male caretaker in Munchausen syndrome by proxy. *Clinical Pediatrics*, 32(4), 245–247.

- Książyk, J., Socha, J., Rujner, J. (1990). Zespół „Munchausen by proxy” jako szczególny przykład błędu diagnostycznego. *Polski Tygodnik Lekarski*, 45, 255–256.
- Kurlandsky, L., Lukoff, J. Y., Zinkham, W. H., Brody, J. P., Kessler, R. W. (1979). Munchausen syndrome by proxy: definition of factitious bleeding in an infant by ⁵¹Cr labeling of erythrocytes. *Pediatrics*, 63(2), 228–231.
- Lansky, L. L. (1974). An unusual case of childhood chloral hydrate poisoning. *American Journal of Diseases of Children*, 127(2), 275–276.
- Lasher, L. J., Feldman, M. D. (2004). Celiac disease as a manifestation of Munchausen by proxy. *Southern Medical Journal*, 97(1), 67–69.
- Lee, D. A. (1979). Munchausen syndrome by proxy in twins. *Archives of Disease in Childhood*, 54(8), 646–647.
- Liston, T. E., Levine, P. L., Anderson, C. (1983). Polymicrobial bacteremia due to Polle syndrome: the child abuse variant of Munchausen by proxy. *Pediatrics*, 72(2), 211–213.
- Magnay, A. R., Debelle, G., Proops, D. W., Booth, I. W. (1994). Munchausen syndrome by proxy unmasked by nasal signs. *The Journal of Laryngology & Otology*, 108(4), 336–338.
- Makar, A. F., Squier, P. J. (1990). Munchausen syndrome by proxy: father as a perpetrator. *Pediatrics*, 85(3), 370–373.
- Malatack, J. J., Wiener, E. S., Gartner, J. C., Jr., Zitelli, B. J., Brunetti, E. (1985). Munchausen syndrome by proxy: a new complication of central venous catheterization. *Pediatrics*, 75(3), 523–525.
- McCulloch, V., Feldman, M. D. (2011). Munchausen by proxy by Internet. *Child Abuse & Neglect*, 35(11), 965–966.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*, 2(8033), 343–345.
- Meadow, R. (1982). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 57(2), 92–98.
- Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60(4), 385–393.
- Meadow, R. (1998). Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood*, 78(3), 210–216.
- Milroy, C. M. (1999). Munchausen syndrome by proxy and intra-alveolar haemosiderin. *International Journal of Legal Medicine*, 112(5), 309–312.
- Munro, H. M., Thrusfield, M. V. (2001). „Battered pets”: Munchausen syndrome by proxy (factitious illness by proxy). *Journal of Small Animal Practice*, 42(8), 385–389.

- Orenstein, D. M., Wasserman, A. L. (1986). Munchausen syndrome by proxy simulating cystic fibrosis. *Pediatrics*, 78(4), 621–624.
- Owen, L., Ellis, M., Shield, J. (2000). Deliberate sulphonylurea poisoning mimicking hyperinsulinaemia of infancy. *Archives of Disease in Childhood*, 82(5), 392–393.
- Puzyński, S., Wciórka, J. (red.). (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Puzyński, S., Wciórka, J. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Rashid, N. (2006). Medically unexplained myopathy due to ipecac abuse. *Psychosomatics*, 47(2), 167–169.
- Rogers, R. (2004). Diagnostic, expository, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 225–238.
- Rosen, C. L., Frost, J. D. Jr., Bricker, T., Tarnow J. D., Gillette P. C., Dunlavy, S. (1983). Two siblings with recurrent cardiorespiratory arrest: Munchausen syndrome by proxy or child abuse? *Pediatrics*, 71(5), 715–720.
- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11(4), 547–63.
- Rubin, L. G., Angelides, A., Davidson M., Lanzkowsky, P. (1986). Recurrent sepsis and gastrointestinal ulceration due to child abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 61(9), 903–905.
- Schreier, H. A. (1996). Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sherrifs: when is it Munchausen by proxy? *Child Abuse & Neglect*, Oct; 20(10), 985–991.
- Senocak, M. E., Türken, A., Büyükpamukçu, N. (1995). Urinary obstruction caused by factitious urethral stones: an amazing manifestation of Munchausen syndrome by proxy. *Journal of Pediatric Surgery*, 30(12), 1732–1734.
- Shnaps, Y., Frand, M., Rotem, Y., Tirosh, M. (1981). The chemically abused child. *Pediatrics*, 68(1), 119–121.
- Sigal, M. D., Altmark, D., Carmel, I. (1986). Munchausen syndrome by adult proxy: a perpetrator abusing two adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(11), 696–698.
- Sneed, R. C., Bell, R. F. (1976). The Dauphin of Munchausen: factitious passage of renal stones in a child. *Pediatrics*, 58(1), 127–130.

- Southall, D. P., Stebbens, V. A., Rees, S. V., Lang, M. H., Warner, J. O., Shinebourne, E. A. (1987). Apnoeic episodes induced by smothering: two cases identified by covert video surveillance. *British Medical Journal*, 294(6588), 1637–1641.
- Stutts, J. T., Hickey, S. E., Kasdan, M. L. (2003). Malingering by proxy: a form of pediatric condition falsification. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(4), 276–278.
- Su, E., Shoykhet, M., Bell, M. J. (2010). Severe hypernatremia in a hospitalized child: munchausen by proxy. *Pediatric Neurology*, 43(4), 270–273.
- Sugandhan, S., Gupta, S., Khandpur, S., Khanna, N., Mehta, M., Inna, P. (2010). „Munchausen syndrome by proxy” presenting as battered child syndrome: a report of two cases. *International Journal of Dermatology*, 49(6), 679–683.
- Sugar, J. A., Belfer, M., Israel, E., Herzog, D. B. (1991). A 3-year-old boy’s chronic diarrhea and unexplained death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 1015–1021.
- Sutphen, J. L., Saulsbury, F. T. (1988). Intentional ipecac poisoning: Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 82(3 Pt 2), 453–456.
- Tessa, C., Mascalchi, M., Matteucci, L., Gavazzi, C., Domenici, R. (2001). Permanent brain damage following acute clonidine poisoning in Munchausen by proxy. *Neuropediatrics*, 32(2), 90–92.
- Tüfekçi, Ö., Gözmen, S., Yılmaz, Ş., Hilkey Karapınar, T., Çetin, B., Burak Dursun, O., Emiroğlu, N., Ören, H., Irken, G. (2011). A case with unexplained bleeding from multiple sites: munchausen syndrome by proxy. *American Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 28(5), 439–443.
- Uliniski, T., Lhopital, C., Cloppet, H., Feit, J. P., Bourlon, I., Morin, D., Cochat, P. (2004). Munchausen syndrome by proxy with massive proteinuria and gastrointestinal hemorrhage. *Pediatric Nephrology*, 19(7), 798–800.
- Vennemann, B., Bajanowski, T., Karger, B., Pfeiffer, H., Köhler, H., Brinkmann, B. (2005). Suffocation and poisoning – the hard-hitting side of Munchausen syndrome by proxy. *International Journal of Legal Medicine*, 119(2), 98–102.
- Vennemann, B., Perdekamp, M. G., Weinmann, W., Faller-Marquardt, M., Pollak, S., Brandis, M. (2006). A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. *Forensic Science International*, 158(2–3), 195–199.
- Wciórka, J. (red.). (2008). Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Weston, W. L., Morelli, J. G. (1997). Painful and disabling granuloma annulare: a case of Munchausen by proxy. *Pediatric Dermatology*, 14(5), 363–364.

- WHO (2008). *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom 1*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Yaacob, B. M. (1999). Munchausen syndrome by proxy. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 6(2), 30–31.

Methods of disease symptom induction in Münchausen syndrome by proxy

Münchausen Syndrome by Proxy was described in 1977 by British pediatrician, Roy Meadow. In the article “Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse” Meadow presented two cases of disease symptom induction in children done by the biological mother. The author drew attention to the phenomenon of intentional manipulation of medical history, as well as fabricating the results of diagnostic tests by the caregiver in order to arouse suspicion of a child’s somatic illness in medical staff. In his article Meadow emphasizes that diagnostic and therapeutic efforts have been associated with numerous potentially harmful procedures, including surgeries in three different clinical centers. One child, chronically intoxicated with salt by his mother, died.

Since the first publication about Munchausen Syndrome by Proxy many similar cases have been described in Polish and world literature. The aim of this paper is to analyze the methods which caregivers use to intentionally worsen their children’s health in order to force medical staff to perform diagnostic and therapeutic procedures. Analysis of 68 articles containing descriptions of 100 Munchausen syndrome by proxy cases was conducted.

Analysis has shown that caregivers can use various and elaborate methods of disease symptom induction which may be limited by motivation, ingenuity, knowledge and perpetrators’ experience only.

KEYWORDS:

MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY, FACTITIOUS DISORDERS, BATTERED CHILD SYNDROME

Cytowanie:

Janus, T. (2015). Przeniesiony zespół Münchausena – sposoby indukowania objawów chorobowych u dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 14(3).



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.