

Przeniesiony zespół Münchausena

Przeniesiony zespół Münchausena (Münchhausen Syndrome By Proxy — MSBP) jest zaburzeniem psychicznym dorosłych osób, szczególną formą maltretowania dzieci. Nieprawidłowa relacja emocjonalna łączy przeważnie matkę i jej dziecko. Różnorodność manifestowanych przez ofiary nadużycia objawów sprawia, że mogą się z nimi zetknąć w codziennej praktyce lekarze wszystkich specjalności. Wciąż niewystarczająca wiedza o zespole i rzadkie uwzględnianie tego zaburzenia w diagnostyce różnicowej sprawiają, że rozpoznawane zostają głównie ciężkie, potencjalnie letalne przypadki zespołu. Pozostałe przypadki przez wiele lat stanowią źródło trwałego uszczerbku na zdrowiu zarówno fizycznym, jak i psychicznym ofiary. Prawie 30 lat od pierwszej próby sprecyzowania objawów sugerujących prawidłowe rozpoznanie, przedstawiamy aktualną wiedzę na temat epidemiologii, etiologii, kryteriów diagnostycznych, sugerowanego postępowania oraz portretu psychologicznego cierpiącej na zaburzenie matki i jej dziecka, ofiary zespołu.

1. Wstęp

Przeniesiony zespół Münchausena (*Münchhausen syndrome by Proxy* – MSBP) jest zaburzeniem psychicznym, potencjalnie letalną formą maltretowania dzieci (Friedman, Resnick 2007) lub innych, również dorosłych, pozostających pod opieką osoby z opisywanym zespołem. Patologiczna relacja emocjonalna wiąże najczęściej cierpiącą na MSBP biologiczną matkę i jej dziecko — ofiarę MSBP. Pozornie opiekuńcza i kochająca matka w rzeczywistości nie akceptuje swojego dziecka. Odczuwa wewnętrzną potrzebę postrzegania go przez innych jako osobę dotkniętą chorobą. Zainteresowanie i współczucie należne rodzinom prawdziwie chorych dzieci stanowi dla niej rodzaj nagrody psychologicznej. Matka wyzwała u ofiary objawy chorobowe, np. poprzez podawanie trucizny, głodzenie, wywoływanie infekcji, duszenie do utraty przytomności, a w łagod-

niejszych postaciach MSBP — opowiadanie lekarzowi wymyślonych objawów choroby lub fabrykowanie nieprawidłowych wyników badań, np. poprzez zanieczyszczenie próbki moczu dziecka własną krwią. Działania te podejmowane są planowo, ze szczególną starannością o uniknięcie zdemaskowania.

W literaturze medycznej opisywane są tylko ciężkie przypadki MSBP, kończące się hospitalizacją lub zgonem dziecka. Wiele z nich pozostaje niezdiagnozowanych, co wynika z wciąż niewystarczającej wiedzy o MSBP i znacznych trudności diagnostycznych, jakich przysparza.

W piśmiennictwie polskim stosuje się zamiennie kilka następujących nazw tego zaburzenia: zespół Münchausena przeniesiony; zespół Münchausena zastępczy; zespół Münchausena udzielony; zespół Mün-

chausena *per procura*; zespół Münchausena *by proxy*. W anglosaskim natomiast: *Meadow's syndrome*, *Münchhausen syndrome by proxy*. *By proxy* oznacza dosłownie „poprzez substytut”, gdzie substytutem jest osoba, najczęściej własne dziecko, będąca ofiarą postępowania osoby cierpiącej na MSBP.

Termin „zespół Münchausena” (*Münchhausen syndrome* — MS) został po raz pierwszy zastosowany w 1951 roku przez angielskiego lekarza Ashera (Asher 1951). Nazwał tak zaburzenie psychiczne dorosłych osób, które celowo wytwarzały objawy chorobowe lub udawały je i poddawały się niepotrzebnemu leczeniu, a jedyną motywacją tego działania była chęć zogniskowania uwagi personelu medycznego na własnej osobie. Asher nazwał zespół od nazwiska barona von Münchausena, XVIII-wiecznego niemieckiego oficera na żołdzie rosyjskim, znanego z opowiadania zmyślonych przygód, w których jakoby brał udział. Termin MSBP wprowadził natomiast w 1977 roku angielski pediatra, Roy Meadow (Meadow 1977), i nazwał tak zaburzenie psychiczne dwóch matek, które indukowały i wymyślały objawy chorobowe u własnych dzieci. Pierwsza z nich deklarowała, że od dawna obserwuje u swojego dziecka krwimocz. Objawów tych nigdy nie potwierdzono badaniami laboratoryjnymi.

2. Epidemiologia

Częstość występowania MSBP jest nieznaną (Galvin, Newton, Vandeven 2005). Do raportów epidemiologicznych trafiają w większości jedynie jego ciężkie postaci. W Stanach Zjednoczonych rejestruje się łącznie 1 200 przypadków rocznie (Przewoźniczuk 2009), ale oszacowano, że w rzeczywistości ofiarą MSBP pada tam prawdopodobnie 1 000 dzieci na rok (Cleveland Clinic 2005). W Polsce rocznie opisywanych jest kilka do kilkunastu przypadków ofiar MSBP (średnio

mi. Po postawieniu prawidłowej diagnozy, u matki zastosowano leczenie psychiatryczne i uzyskano poprawę. U dziecka drugiej matki potwierdzono nawracanie hipernatremii. Dziecko zmarło z powodu ciężkich zaburzeń elektrolitowych. Wiele lat później matka wyznała swojemu psychiatrze, że otruła je solą kuchenną (Meadow 1977). Niezwykle ciekawymi opisami przypadków 19 dzieci, będących ofiarami 17 matek cierpiących na MSBP, podzielił się ze światem medycznym Roy Meadow w 5 lat od wprowadzenia przez siebie do literatury medycznej nazwy dla tego zaburzenia (Meadow 1982).

Wyróżnia się trzy stopnie nasilenia MSBP (Jakubowska-Winiecka 2008):

- stopień łagodny — matka opowiada lekarzowi wymyślone objawy chorobowe swojego dziecka (dziecko może zostać poddane niepotrzebnym badaniom diagnostycznym), stopień ten jest najłatwiejszy do przeoczenia;
- stopień umiarkowany — prowokowanie u dziecka łagodnych objawów chorobowych; rozpoznanie MSBP najczęściej kończy się upomnieniem matki przez lekarza;
- stopień ciężki — przypadki praktykowania podduszania, trucia i innych potencjalnie letalnych czynności.

3/100 000 dzieci), ale rzeczywista skala rozpowszechnienia tej formy maltretowania pozostaje nieznaną (Przewoźniczuk 2009).

W jednym z badań ujawniono, że ofiarami MSBP okazał się 1% dzieci, u których wstępnie zdiagnozowano astmę oskrzelową (Godding, Kruth 1991); w innym — było to 5% dzieci z objawami sugerującymi alergię pokarmową (Warner, Hathaway 1984).

Powstało wiele prac, w których podjęto próbę określenia częstości występowania

MSBP manifestującego się u ofiary stanem po podduszeniu lub zatruciem pokarmowym. Wyniki badań wskazały, że łącznie w Anglii i Irlandii rejestruje się 2,8 przypadku ofiar tak manifestowanego MSBP na 100 000 dzieci poniżej 1. roku życia i 0,5 przypadku na 100 000 dzieci poniżej

16. roku życia (McClure, Davis, Meadow, Sibert 1996); na terenie Nowej Zelandii — 2 przypadki rocznie na 100 000 dzieci poniżej 16. roku życia (Denny, Grant, Pinnock 2001); w Stanach Zjednoczonych — łącznie 625 dzieci rocznie (Abdulhamid, Siegel 2008).

3. Etiologia

Większość badaczy skłania się do teorii psychodynamicznej, która jako motywację do działania osoby cierpiącej na MSBP uznaje potrzebę zogniskowania na sobie uwagi, potrzebę poczucia władzy, odreagowania. Sugeruje się również możliwość istnienia niespecyficznego dysfunkcji mózgu powstałej u matki, która jako dziecko sama była ofiarą nadużyć albo we wczesnym wieku utraciła jedno z rodziców lub oboje, czy z niejasnego powodu wypiera wspomnienia z okresu

własnego dzieciństwa. Silny stres, np. problemy małżeńskie, mogą wyzwolić początek MSBP. Jako źródło zaburzenia wskazywana jest też nieprawidłowa relacja rodziców z dzieckiem — dziecko wykorzystywane jako narzędzie do kontroli sytuacji, brak akceptacji dziecka mimo pozornie bliskich relacji. Uwaga poświęcana matce przez personel medyczny może stanowić dla niej psychologiczną nagrodę (Cleveland Clinic 2005; Medscape's 2008).

4. Kryteria diagnostyczne

W klasyfikacji DSM-IV-TR (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders IVth edition. Text revision*) MSBP opisano w rozdziale „Zaburzenia pozorowane” (300.16 – 300.19), pod nazwą „udzielone zaburzenie pozorowane”, i zdefiniowano 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). Proponowane przez DSM-IV-TR kryteria diagnostyczne dla MSBP przedstawiają się następująco (*Diagnostic and statistical manual...*):

- 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 eko-

nomiczny, uniknięcie odpowiedzialności prawnej lub poprawa samopoczucia fizycznego);

- 4) brak współistniejących chorób psychicznych mogących stanowić przyczynę takiego zachowania.

W klasyfikacji ICD-10 (*International classification of diseases-10*) (Klasyfikacja zaburzeń...) MSBP opisano pod nazwą „przeniesiony zespół Münchhausena” (nadużywanie dziecka) (T74.8).

Diagnostyka MSBP jest bardzo trudna ze względu na fakt, że osoba z tym zaburzeniem sama nie przyzna się do indukowania objawów chorobowych u swojej ofiary. Należy wykluczyć wszelkie możliwe przyczyny dolegliwości dziecka. Analiza jego dokumentacji medycznej, a niekiedy i osoby cierpiącej na MSBP, może okazać

się bardzo pomocna w postawieniu rozpoznania. W razie zdiagnozowania MSBP należy w pierwszej kolejności, poprzez zawiadomienie odpowiednich instytucji, zadbać o bezpieczeństwo ofiary i potencjalnych ofiar osoby psychicznie zaburzonej (Cleveland Clinic 2005). Ponad połowa pediatrów, którzy w swojej praktyce lekarskiej odkryli, że leczone przez nich dzieci są ofiarami MSBP, przyznała, że doświadczenie to wiązało się dla nich z ciężkim stresem (Denny, Grant, Pinnock 2001).

Wiele lat temu Roy Meadow wymienił oznaki, które powinny zasugerować lekarzowi praktykowi rozpoznanie MSBP (Meadow 1982). Nadal stanowią one cenną wskazówkę, wzbudzającą czujność diagnostyczną. Uzupełniane doświadczeniami późniejszych lat, przedstawiają się następująco (Cleveland Clinic 2005; Medscape's 2008):

- niewyjaśniona przewlekła lub nawracająca choroba dziecka;
- ofiara MSBP była wielokrotnie hospitalizowana, często z powodu nietypowych zespołów objawów chorobowych;
- rozbieżności pomiędzy danymi z badania podmiotowego, wynikami badań a stanem zdrowia dziecka;
- wstępna diagnoza rzadkiej choroby (według Meadowa rzadszej nawet od MSBP, np. porfirii);

- objawy ustępują lub zmniejsza się ich nasilenie po oddzieleniu od rodziców;
- matka sprawia wrażenie nadzwyczaj troskliwej i czulej dla dziecka;
- matka często zgłasza, że dziecko nie toleruje zaleconego leczenia;
- matka wydaje się bardziej martwić personelem medycznym niż chorobą dziecka (np. kiedy Meadow wyraził jednej z matek ubolewanie w związku z przedłużającą się diagnostyką tajemniczej choroby jej dziecka, ta zaproponowała mu kawę, wyraziła podziw dla jego starań i poprosiła, by się nie martwił);
- matka deklaruje, że napady padaczkowe dziecka nie ustępują mimo leczenia;
- w rodzinie leczonego dziecka wystąpiły niewyjaśnione zgony noworodków;
- matka wykonywała zawód medyczny lub ma bogatą historię swoich licznych chorób (prowokuje objawy chorobowe również u siebie);
- zakażenie wklucia dożylnego wieloma szczepami bakterii;
- wykrycie we krwi leku nie podawanego dziecku;
- grupa krwi w próbkach moczu, kału, wymiocin dziecka może nie być zgodna z jego grupą krwi;
- we krwi, moczu lub stolcu dziecka mogą być wykrywane ślady egzogennych substancji chemicznych.

5. Cierpiący na MSBP

W ponad 95% przypadków zespołu osobą cierpiącą na MSBP jest biologiczna matka ofiary (Meadow 1982; Abdulhamid, Siegel 2008; *The Nemours Foundation...*). Nie wykazano, aby rasa predysponowała do rozwoju MSBP, ale większość zaburzonych matek to przedstawicielki rasy białej (Medscape's 2008). Charakterystyczne są ich głębokie zaburzenia emocjonalne, które skutkują upośledzeniem budowania relacji interpersonal-

nych. Kontakt z własnym dzieckiem przyjmuje zaskakującą postać. Przeważnie matka sprawia wrażenie niezwykle opiekuńczej, nie odstępuje od łóżka hospitalizowanego dziecka. W rzeczywistości jest ono przez nią z nieokreślonych powodów odrzucane lub wykorzystywane jako narzędzie do skierowania na siebie upragnionej uwagi otoczenia. Dziesięć osób, będących w dzieciństwie ofiarami MSBP, po latach od fatalnych zda-

rzeń wyznało, że jako dzieci czuło się niekochanymi przez rodziców i żyło w poczuciu braku bezpieczeństwa (Libow 1995). Uważa się, że sympatia i współczucie, jakimi jest obdarzana przez personel medyczny rodzina chorego dziecka, stanowi dla zaburzonej matki rodzaj nagrody psychologicznej. Należy pamiętać, że może ona prezentować nietypowy dla MSBP obraz psychopatologiczny, a mianowicie wrogość, chwiejność emocjonalną, wyraźnie mało wiarygodne wypowiedzi, zwykle jednak chętnie współpracuje z personelem medycznym, wyraża zgodę na liczne badania diagnostyczne, nie zważając na ryzyko i ból, jakie niosą dla jej dziecka. Indukuje lub wymyśla coraz to nowe niepokojące objawy chorobowe lub brak tolerancji zastosowanego leczenia. Permanentnie deklaruje niewiedzę o możliwych źródłach powstawania dolegliwości. Należy podkreślić, że wszelkie działania podejmuje planowo, a nie impulsywnie. Jest krytyczna wobec swojego postępowania, ale rzadko przyznaje się do maltretowania dziecka. Podejmuje usilne starania zatajenia nadużyć i czyni to tak skutecznie, że lekarz rzadko bierze pod uwagę MSBP w diagnostyce różnicowej. W razie wzbudzenia podejrzeń w personelu medycznym, szuka pomocy w leczeniu wymyślonej choroby u innego lekarza.

Typowo objawy chorobowe dziecka pojawiają się w czasie jego pozostawiania pod opieką matki i zanikają podczas separacji. Nie należy jednak nie doceniać jej zdolności do manipulowania nie tylko personelem medycznym, ale i najbliższą rodziną. Bywa, że krewny potwierdza obecność niepokojących objawów, o których opowiada lekarzowi matka. Przekonuje ona rodzinę do interpretowania pewnych fizjologicznych stanów, np. niewielkiego zasinienia twarzy niemowlęcia podczas płaczu, jako oczywistych objawów chorobowych. Wykazano, że 80% zaburzonych matek pracowało w służbie zdrowia, przeważnie w zawodzie pielęgniarki lub rejestratorki medycznej

(Meadow 1982; Cleveland Clinic 2005; Abdulhamid, Siegel 2008). Dążą one do nawiązania bliskich relacji z personelem medycznym, którym są zafascynowane i można odnieść słuszne wrażenie, że bardziej zajmują je sprawy szpitalnego oddziału niż własne dziecko. Niejednokrotnie stanowią wsparcie dla lekarzy, pielęgniarek, a nawet rodzin innych hospitalizowanych dzieci. Charakterystyczne jest u nich niedostosowanie afektu w czasie opowiadania o „wyprodukowanej” chorobie dziecka. Zwraca uwagę spokojny wyraz twarzy podczas nalegania na kolejne bolesne i ryzykowne badania diagnostyczne i opowiadania o niejasnych objawach chorobowych dziecka (Abdulhamid, Siegel 2008).

Ojciec maltretowanego dziecka, przeważnie zależny, wycofany, nieświadomy zaburzenia psychicznego żony, bezkrytycznie ją wspiera, stając się biernym współwinnym nadużycia. Bywa, że w ogóle nie odwiedza dziecka w szpitalu. Część ojców cechuje agresja względem żony i tendencja do porzucania rodziny. Uważa się, że w takich przypadkach matka indukuje chorobę dziecka, aby nakłonić męża do powrotu (Abdulhamid, Siegel 2008).

Przeniesiony zespół Münchhausena rzadko współwystępuje z chorobami psychicznymi pierwszej osi diagnostycznej wg DSM-IV-TR. Częste są natomiast zaburzenia osobowości, a u 10–25% chorych współlistnieje MS (Abdulhamid, Siegel 2008). Warto więc zapytać matkę dziecka o jej własne objawy chorobowe i historię hospitalizacji.

Znacznie rzadziej niż biologiczna matka, na MSBP cierpi biologiczny ojciec dziecka, dziadkowie, rodzice zastępczy, ojczym, macocha, zatrudniona opiekunka. W przeciwieństwie do matki, skutecznie ukrywającej własne zaburzenia emocjonalne pod maską opiekuńczości i oddania dziecku, ojciec od pierwszego kontaktu z personelem medycznym jest postrzegany jako osoba psychicznie zaburzona.

6. Ofiara MSBP

Ofiarami zespołu padają głównie noworodki, niemowlęta i małe dzieci. Średni wiek maltretowanego dziecka w momencie rozpoznania MSBP to według jednych badaczy 39,8 miesiąca (Rosenberg 1987); według innych — 32 miesiące (Denny, Grant, Pinnock 2001) lub 20 miesięcy (McClure, Davis, Meadow, Sibert 1996).

Jak wcześniej nadmieniono, działania matki dotkniętej MSBP są celowe, zaplanowane. Ich postać jest odmienna u dzieci w różnych przedziałach wiekowych, matka bowiem nie chce zostać zdemaskowana. Ofiarami duszenia są dzieci małe, jeszcze niemówiące i niepotrafiące właściwie ocenić działania matki, a więc takie, które nikomu się nie poskarżą. Meadow ocenił, że matki zaczynają podduszać dzieci w ich pierwszych 3 miesiącach życia i kontynuują to działanie przez 6–12 miesięcy lub do ich śmierci (Meadow 1990), jednak maltretowane mogą być też dzieci nastoletnie (Awadallah, Vaughan, Kiin 2005), które często potwierdzają opisywane lekarzowi przez matkę dolegliwości czy to ze strachu przed nią, czy ulegając jej perswazji i wierząc, że są chore na tajemniczą chorobę, której lekarze nie potrafią zdiagnozować.

Osoba cierpiąca na MSBP indukuje u podopiecznego częściej chorobę fizyczną niż psychiczną. Do najczęściej indukowanych lub wymyślanych objawów należą: bóle brzucha, wymioty, biegunka, spadek masy ciała, napady drgawkowe, duszność, infekcje, gorączka, krwawienie, zatrucie, ospałość (Abdulhamid, Siegel 2008).

Jeżeli maltretowane dziecko ma rodzeństwo to istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że i ono jest ofiarą MSBP. Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa Abdulhamida i Siegela (Abdulhamid, Siegel 2008), u rodzeń-

stwa 48% duszonych noworodków (N=27) odnotowano zespół nagłej śmierci łóżeczkowej; ofiarami MSBP okazało się rodzeństwo 25,8% dzieci powracających z powodu fabrykowanych objawów na oddziały neurologii i gastroenterologii; spośród 83 ofiar 15 miało 18 nieżyjącego już rodzeństwa, w tym 5 zgonów było wcześniej klasyfikowanych jako przypadki zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej; z metaanalizy 451 przypadków dzieci z fabrykowaną chorobą 61% rodzeństwa (N=210) również było ofiarą nadużycia, a 25% zmarło.

Większość autorów wskazuje, że śmiertelność maltretowanych przez osoby cierpiące na MSBP dzieci wynosi 6–10% (Cleveland Clinic 2005; Sheridan 2003). Zgon dziecka może wynikać bezpośrednio z działań podejmowanych przez chorą osobę lub być skutkiem ubocznym zleczanych przez lekarzy inwazyjnych badań diagnostycznych (Meadow 1982). Długotrwały uszczerbek na zdrowiu stwierdza się u 7,3% dzieci (Sheridan 2003).

U maltretowanego dziecka często obserwuje się zaburzenia psychiczne. W badaniu, którym objęto 54 dzieci w wieku 1–14 lat (średnio 5–6 lat), od potwierdzenia nadużycia rozwinęły się one u 13 dzieci mieszkających nadal z chorymi matkami i u 14 dzieci przeniesionych do rodzin zastępczych. Były to zaburzenia zachowania, zaburzenia uwagi, zaburzenia sprawności umysłowej, lęk indukowany określonymi sytuacjami lub miejscami, zaburzenia snu, zespół stresowy pourazowy (*posttraumatic stress disorder* — PTSD) (Bools, Nepale 1993).

Część dzieci będących ofiarami MSBP zaczyna wiązać bycie chorym ze skupianiem na sobie uwagi, co wyzwała MS (Cleveland Clinic 2005).

7. Leczenie MSBP

Podkreślmy raz jeszcze, że w MSBP osobą obciążoną zaburzeniem jest dorosły, najczęściej matka, i leczenie tego zaburzenia jest leczeniem właśnie jej, a nie dziecka, które jest jedynie ofiarą postępowania matki. Jednak w zdiagnozowaniu tej jednostki chorobowej kluczową rolę odgrywa pediatra, do którego wraca dziecko z fabrykowanymi objawami i przeważnie to on pierwszy wysuwa podejrzenie MSBP. Również epidemiologia MSBP jest opracowywana na podstawie zgłoszeń do placówek służby zdrowia ofiar MSBP z niejasnymi objawami chorobowymi, dzieci z objawami zatrucia czy w stanie po podduszeniu.

Osobom dotkniętym MSBP proponowana jest krótko- i długoterminowa tera-

pia psychiatryczna i opieka psychologiczna (Berg, Jones 1999). Zaleca się także psychoterapię poznawczo-behawioralną — leczenie powinno trwać wiele lat (Cleveland Clinic 2005).

Nie ma znanych sposobów zapobiegania występowaniu MSBP. Konieczne jest jak najwcześniejsze zabieranie dzieci spod opieki osoby zaburzonej, zapobieganie ich szkodom zdrowotnym (Cleveland Clinic 2005).

U matek, u których wcześniej potwierdzono MSBP, należy sprawdzić, czy nadal rozwijają szkodliwe działania wobec dziecka i nauczyć je akceptować niechciane dziecko (Friedman, Resnick 2007).

Podsumowanie

MSBP stanowi groźną, niekiedy letalną formę maltretowania dzieci. Ze względu na istotę tego zaburzenia, mogą się z nią zetknąć lekarze wszelkich specjalności. Lepsze poznanie skutków działań podejmowanych przez cierpiące na MSBP matki i objawów sugerujących prawidłową diagnozę przyczyni się do częstszego rozpoznawania zespołu,

uchronienia dzieci przed dalszym maltretowaniem i wcześniejszego obejmowania chorych matek leczeniem psychiatrycznym i opieką psychologiczną.

Przedruk za zgodą wydawcy. Artykuł opublikowano w: *Psychiatria Polska* 2010, tom XLIV, numer 2.

Munchausen syndrome by proxy (MSBP), is a psychiatric disorder, a particular form of child abuse. An impaired emotional relationship exists mainly between the mother and her child. According to the variety of victims' symptoms, all medicine doctors may deal with this syndrome in every day clinical practice. Still insufficient knowledge about the syndrome and its' rare consideration in the differential diagnosis result in only severe, potentially lethal cases recognition. For many years the rest remains a source of a long-term physical and mental injuries in victims. About 30 years from the first attempt to precisely point the signalling symptoms for a proper diagnosis, we present the current knowledge on epidemiology, etiology, diagnostic criteria, advised management and psychological portrait of the mother with the syndrome and her child, the syndrome's victim.

Literatura

- Abdulhamid I., Siegel P.T. (2008), *Medscape's Continually Updated Clinical Reference. Münchausen syndrome by proxy*, www.emedicine.medscape.com/article/917525-overview, dostęp: 14.06.2009 r.
- Asher R. (1951), *Münchausen's syndrome*, *Lancet*, vol. 1 (6), s. 339–341.
- Awadallah N., Vaughan A., Kiin F. (2005), *Münchausen by proxy: A case, chart series, and literature review of foster victims*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 29 (8), s. 931–941.
- Berg B., Jones D.P. (1999), *Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Münchausen's syndrome by proxy)*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 81 (16), s. 465–472.
- Bools C.N., Nepale B.A., Meadow R. (1993), *Follow up of victims of fabricated illness (Münchausen syndrome by proxy)*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 69, s. 625–630.
- Cleveland Clinic (2005), *Münchausen syndrome by proxy*, www.clevelandclinic.org/disorders/Factitious_Disorders/hic_Münchausen_Syndrome_by_Proxy.aspx, dostęp: 13.06.2009 r.
- Denny S.J., Grant C.C., Pinnock R. (2001), *Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy in New Zealand*, *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 37 (3), s. 240–243.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1994), Appendix B, 4th ed., Washington, DC: APA.
- Friedman S.H., Resnick P.J. (2007), *Child murder by mothers: patterns and prevention*, *World Psychiatry*, vol. 6, s. 137–141.
- Galvin H.K., Newton A.W., Vandeven A.M. (2005), *Update on Münchausen syndrome by proxy*, *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 17 (2), s. 252–257.
- Godding V., Kruth M. (1991), *Compliance with treatment in asthma and Münchausen syndrome by proxy*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 66 (8), s. 956–960.
- Jakubowska-Winiecka A. (2008), Wykład: *Zastępczy zespół Münchausena*, V Konferencja Naukowa „Interdyscyplinarne przeciwdziałanie przemocy wobec dzieci. Zastępczy zespół Münchausena. Aspekty medyczno-prawne”, 29.11.2008 r., Warszawa: Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, materiały niepublikowane.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10* (2000), Kraków-Warszawa: Univ. Wyd. Med. Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Libow J.A. (1995), *Münchausen by proxy victims in adulthood: a first look*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 19 (9), s. 1131–1142.
- McClure R.J., Davis P.M., Meadow S.R., Sibert J.R. (1996), *Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, non-accidental suffocation*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 75 (1), s. 57–61.
- Meadow R. (1977), *Münchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse*, *Lancet*, vol. 2 (8033), s. 343–345.
- Meadow R. (1982), *Münchausen syndrome by proxy*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 57 (2), s. 92–98.
- Meadow R. (1990), *Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death*, *Journal of Paediatrics*, vol. 117 (3), s. 351–357.
- Medscape's (2008), *Continually Updated Clinical Reference. Münchausen syndrome by proxy*, www.emedicine.medscape.com/article/295258-overview, dostęp: 13.06.2009 r.
- Przewoźniczuk M. (2009), *Zespół Münchausena per procura*, www.dobryrodzic.pl, dostęp: 02.07.2009 r.
- Rosenberg D.A. (1987), *Web of deceit: a literature review of Münchausen syndrome by proxy*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 11 (4), s. 547–563.

- Sheridan M.S. (2003), *The deceit continues: an updated literature review of Münchausen syndrome by proxy*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 27 (4), s. 431–451.
- The Nemours Foundation. *Münchausen by proxy syndrome* (2007), www.kidshealth.org/parent/general/sick/munchausen.html, dostęp: 04.01.2008 r.
- Warner J.O., Hathaway M.J. (1984), *Allergic form of Meadow's syndrome (Münchausen by proxy)*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 59 (2), s. 151–156.
- Wciórka J. (red.) (2008), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.