

# Sprawcy medycznego krzywdzenia dzieci (przeniesionego zespołu Munchausena) – przegląd systematyczny 796 przypadków

Gregory Yates<sup>a</sup>, Christopher Bass<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, Londyn, Wielka Brytania,

<sup>b</sup>Department of Psychological Medicine, John Radcliffe Hospital, Oxford, Wielka Brytania

**Wprowadzenie.** Niewiele wiadomo o sprawcach medycznego krzywdzenia dzieci (MKD, medical child abuse), często nazywanego także przeniesionym zespołem Munchausena lub udzielonym zaburzeniem pozorowanym. Do tej pory na podstawie danych pochodzących z wystarczająco dużej próby nie opisano demograficznej ani klinicznej charakterystyki sprawców. Postanowiliśmy zająć się tym zagadnieniem i przeprowadzić przegląd systematyczny opisów przypadków oraz serii przypadków dostępnych w piśmiennictwie.

**Metoda.** Systematyczne wyszukiwanie opisów i serii przypadków opublikowanych od 1965 r. przeprowadzono przy użyciu baz danych MEDLINE, Web of Science i EMBASE. Przejrzano 4100 pozycji, a następnie przeprowadzono wyszukiwanie uzupełniające przy użyciu Google Scholar i bibliografii podanych w zakwalifikowanych artykułach. Wyszukiwanie wygenerowało próbę złożoną z 796 sprawców – 309 z opisów przypadków i 487 z serii przypadków. Uzyskane informacje obejmowały cechy demograficzne i charakterystykę kliniczną sprawców, a także metody krzywdzenia i następstwa każdego przypadku.

**Wyniki.** Prawie wszyscy sprawcy byli płci żeńskiej (97,6%), przy czym niemal zawsze sprawczynią była matka ofiary (95,6%). Większość żyła w związku małżeńskim (75,8%). Średni wiek opiekunów w chwili kontaktu dziecka z ochroną zdrowia wynosił 27,6 roku. Osoby dopuszczające się MKD w wielu wypadkach wykonywały zawody związane z opieką zdrowotną (45,6%), doświadczyły powikłań położniczych (23,5%) lub padły ofiarą krzywdzenia w dzieciństwie (30%). Najczęstszymi

zdiagnozowanymi u nich zaburzeniami psychicznymi były zespół Munchausena, czyli pozorowane zaburzenie wywołane u siebie (30,9%), zaburzenie osobowości (18,6%) i depresja (14,2%).

**Wnioski.** Na podstawie największej przeprowadzonej dotąd analizy sprawców MKD można sformułować kilka zaleceń klinicznych. W szczególności apelujemy do klinicystów, aby traktowali matki, które w dzieciństwie doświadczyły krzywdzenia, u których wystąpiły komplikacje położnicze lub u których rozpoznano zespół Munchausena, jako osoby o podwyższonym ryzyku MKD. Niezbędne są badania podłużne, aby ustalić rzeczywistą wartość prognostyczną tych czynników, ponieważ nasza metoda mogła być podatna na wpływ tendencyjności publikacyjnej.

#### SŁOWA KLUCZOWE:

MEDYCZNE KRZYWDZENIE DZIECI, PRZENIESIONY ZESPÓŁ MUNCHAUSENA, ZABURZENIE POZOROWANE, FAŁSZOWANIE STANÓW CHOROBYCH U DZIECI, INDUKOWANIE CHOROBY, SYMULOWANIE ZASTĘPCZE

**M**edyczne krzywdzenie dzieci (MKD, *medical child abuse*) jest odmianą krzywdzenia dzieci, w której ofiara zostaje poddana „niepotrzebnym i szkodliwym lub potencjalnie szkodliwym działaniom medycznym z inicjatywy opiekuna” (Roesler, Jenny, 2008, s. 1). Sprawcy MKD wyolbrzymiają, fałszują, pozorują lub czynnie wywołują u dzieci objawy choroby, aby przekonać pediatrów, że niezbędna jest opieka medyczna. W takich sytuacjach „szczegółowa historia choroby uzyskana od rodziców, która w większości przypadków stanowi najcenniejsze narzędzie diagnostyczne lekarza, jest nieprawdziwa” (Hall, Eubanks, Meyyazhagan, Kenney, Johnson, 2000, s. 1311).

Z opublikowanych opisów MKD wynika, że można indukować objawy niemal każdej choroby dziecięcej (Roesler, 2015) oraz że tę samą chorobę można upozorować na różne sposoby. Na przykład padaczka może być zdiagnozowana, gdy opiekun okłamuje lekarza, że dziecko ma napady padaczkowe (Doughty, Rood, Patel, Thackeray, Brink, 2016), lub gdy podtruwa dziecko lekiem wywołującym drgawki, takim jak alimemazyna (Gomila i in., 2016). Chorobę nerek u dziecka można upozorować, dodając krew do próbki jego moczu (Tsai i in., 2012) lub mocz do próbki jego krwi (Mantan, Gupta, Sethi, 2015).

Pediatrzy nie powinni brać pod uwagę rzekomych intencji opiekuna, gdy istnieją podstawy kliniczne, aby podejrzewać MKD. Nie powinni również wykluczać MKD

na podstawie historii psychiatrycznej opiekuna. Medyczne krzywdzenie dzieci zasadniczo nie różni się od innych form okrucieństwa wobec dzieci. Stirling (2007) proponuje użyteczne porównanie:

Matka może dopuścić się przemocy fizycznej wobec niemowlęcia, ponieważ ma dość jego płaczu, znajduje się pod wpływem alkoholu lub narkotyków albo naprawdę wierzy, że w ten sposób może zmusić dziecko, aby było grzeczne i zaczęło jeść. W każdym wypadku nazywamy to krzywdzeniem fizycznym dziecka. (s. 1028)

Przyczyną nieporozumień jest to, że tradycyjnie MKD opisywano w kategoriach problemów psychicznych sprawcy. Mówiono o zaburzeniach psychicznych udzielonych (innej osobie) lub doświadczanych w zastępstwie (*per procura*). Najbardziej znanym przykładem jest termin *przeniesiony zespół Munchausena (Munchausen syndrome by proxy* – MSBP, również: zespół Munchausena *per procura*), wprowadzony przez brytyjskiego pediatrę Roya Meadowa w 1977 r. (Meadow, 1977). Przeniesiony zespół Munchausena występuje wtedy, gdy opiekun wywołuje u dziecka objawy choroby, aby zaspokoić własną potrzebę współczucia i uwagi. Później termin MSBP zastąpiono terminem *udzielone zaburzenie pozorowane (factitious disorder imposed on another* – FDIOA; American Psychiatric Association, 2013). Uczeni używali także terminów *zastępcza bulimia (bulimia by proxy*; Feldman, Christopher, Opheim, 1989) i *zastępcza anoreksja (anorexia by proxy*; Scourfield, 1995), opisując opiekunów, którzy naciskają na swoje dzieci lub przymuszają je do naśladowania własnych zaburzonych zachowań związanych z odżywianiem. Pojęcie *zastępcza hipochondria (hypochondria by proxy)* na ogół nie implikuje oszustwa, lecz raczej patologiczny niepokój o zdrowie dziecka, który jednak wiąże się z nieustannym „chodzeniem po lekarzach” (*doctor-shopping*) typowym dla MSBP/FDIOA (Bools, Neale, Meadow, 1994; Moreira, Moreira, 1998). W znanych autorom niniejszego artykułu podobnych przypadkach rodziców z zespołem Aspergera ogarnął chorobliwy niepokój, że ich dziecko może cierpieć na jakąś rzadką chorobę, którą lekarze przeoczyli (Bass, Glaser, 2014).

W wielu przypadkach MKD nie ma jednak żadnych danych przemawiających za tym, że sprawca cierpi na zaburzenie psychiczne. Niektórzy opiekunowie pozorują chorobę u swoich dzieci wyłącznie dla korzyści finansowych, o czym świadczą opisane przypadki *symulowania zastępczego (malingering by proxy*; Amlani, Grewal, Feldman, 2016). Sprawcy MKD „zwykle nie działają z zamiarem zabicia lub okaleczenia dziecka” (Sigal, Gelkopf, Levertov, 1990, s. 740), ale ich czyny mogą narazić dziecko na ryzyko śmierci lub trwałej niepełnosprawności. Sheridan (2003) przeanalizowała 451 opublikowanych przypadków MKD i zauważyła, że 27 (6%) z nich zakończyło się śmiercią dziecka, a 33 (7,3%) – jego długą lub trwałą niepełnosprawnością.

Wysunięto hipotezę, że 10% przypadków nagłej śmierci łóżeczkowej jest następstwem celowego duszenia dziecka przez opiekuna (Craft, Hall, 2004), które może być objawem MKD (Bass, Acosta, Adshead, Byrne, 2014). Osoby, które doświadczyły tej formy krzywdzenia, zgłaszały problemy emocjonalne, w tym objawy stresu pourazowego (Bools, Neale, Meadow, 1993; Libow, 1995). Niepotrzebne badania i terapie mogą prowadzić do powikłań jatrogennych (Bass i in., 2014) – podobnie jak „heroiczne” interwencje podejmowane pod fałszywym pretekstem. Chirurdzy, działając pod presją opiekunów, przeprowadzali u dzieci pankreatektomię (Giurgea i in., 2005), hemikolektomię (Malatack, Wiener, Gartner, Zitelli, Brunetti, 1985) i amputacje kończyn (Dershewitz, Vestal, Maclaren, Cornblath, 1976).

W przeszłości uważano, że MKD jest rzadką formą krzywdzenia, ale w ostatnich dziesięcioleciach w badaniach ankietowych prowadzonych wśród pediatrów wykazano, że częstość jego występowania wynosi 0,002–0,27% (Denny, Grant, Pinnock, 2001; Light, Sheridan, 1990; McClure i in., 1996). Najwyższe wartości szacunkowe, 1–13%, otrzymano w badaniach przeprowadzonych w placówkach specjalistycznych i interdyscyplinarnych (Ferrara i in., 2013; Godding, Kruth, 1991; Rahilly, 1991; Warner i Hathaway, 1984). Wydaje się, że z MKD szczególnie często spotykają się lekarze specjalizujący się w chorobach dziecięcych, które trudno obiektywnie wykluczyć, takich jak alergie pokarmowe (Warner, Hathaway, 1984) czy astma (Godding, Kruth, 1991). Prawdopodobnie MKD występuje częściej niż wiele chorób, które pediatrzy rutynowo wykluczają przed rozważeniem możliwości krzywdzenia (Hall i in., 2000).

Chociaż w diagnostyce MKD są metody uznawane za złoty standard, takie jak test separacji (Bass i in., 2014) czy ukryty wideomonitoring (Southall, Plunkett, Banks, Falkov, Samuels, 1997), to w praktyce są one wykorzystywane do potwierdzenia podejrzeń krzywdzenia zwykle wywołanych przez zachowanie opiekuna. Tak więc psychiatry pracujący w szpitalach często muszą szacować ryzyko MKD wyłącznie na podstawie swoich ocen dotyczących opiekuna. Potrzebne są dowody naukowe, które pomogłyby w dokonywaniu takich ocen i, w razie potrzeby, w planowaniu interwencji.

Niestety bardzo niewiele wiadomo o sprawcach MKD (Bass, Jones, 2011; Rosenberg, 1987), ponieważ piśmiennictwo koncentruje się głównie na ofiarach. Tylko trzy badania znane autorom niniejszego artykułu dotyczyły dużej próby sprawców – dwie duże serie przypadków (Bass, Jones, 2011; Bools i in., 1994) i przegląd piśmiennictwa autorstwa Sheridan (2003). Ich wyniki sugerują, że sprawcy MKD zwykle są osobami młodymi (25–31,43 roku), płci żeńskiej (92–100%), żyjącymi w związkach małżeńskich (43–79%) oraz że na ogół są to matki ofiar (76,5–100%).

Duża ich część w przeszłości doświadczyła wykorzystywania seksualnego lub przemocy fizycznej (21,7–79%). Często występują u nich zaburzenia osobowości (8,6–75%), zaburzenia nastroju (5,3–50%) i zaburzenia somatoformiczne (52–72%), a także cechy zaburzenia pozorowanego u siebie (*factitious disorder imposed on the self* – FDIOS; 29,3–64%) – zaburzenia psychicznego, które polega na celowym udawaniu lub wytwarzaniu u siebie choroby w celu osiągnięcia gratyfikacji psychicznej i które określa się także terminem *zespół Munchausena* (American Psychiatric Association, 2013; Yates, Feldman, 2016). Sprawcy mogą mieć wykształcenie lub doświadczenie zawodowe związane z opieką zdrowotną (14,3–14,6%).

Pojedyncze opisy i mniejsze serie przypadków stanowią dodatkowe źródło wiedzy o sprawcach MKD (Rosenberg, 1987), jeśli analizuje się je łącznie metodą systematycznego przeglądu piśmiennictwa. Ta metoda zapewnia badaczom większe próby, niż byłyby dostępne w badaniach empirycznych, i była już stosowana do opracowania profilu ofiar MKD (Sheridan, 2003) oraz pacjentów cierpiących na zaburzenie pozorowane u siebie (Yates, Feldman, 2016; Libow, 2000). Ani jeden taki przegląd dotyczący sprawców nie ukazał się od czasu publikacji analizy Sheridan (2003), która ograniczała się do studiów przypadków MSBP/FDIOA opublikowanych przed rokiem 1999 i przyniosła nader skąpe informacje. Postanowiliśmy więc przeprowadzić aktualny i po raz pierwszy skoncentrowany wyłącznie na sprawcach przegląd systematyczny przypadków MKD opisanych w piśmiennictwie.

## METODA

Przeprowadzono systematyczne wyszukiwanie wszystkich studiów i serii przypadków MKD, zdefiniowanego jako „niepotrzebne i szkodliwe lub potencjalnie szkodliwe działania medyczne z inicjatywy opiekuna” (Roesler, Jenny, 2008, s. 1). Naszym celem było włączenie do analizy przypadków, w których MKD opisano przy użyciu innych terminów, takich jak *przeniesiony zespół Munchausena* albo *fałszowanie stanów chorobowych u dzieci (paediatric condition falsification)*. Wykluczono przeglądy dokumentacji medycznej i większe serie przypadków, jeśli nie opisywały również indywidualnych przypadków. Przyjęliśmy podejście konserwatywne i wyłączyliśmy z próby przypadki, w których tylko podejrzewano MKD.

### Strategia wyszukiwania

Przeprowadzono wyszukiwanie według słów kluczowych w piśmiennictwie opublikowanym przed styczniem 2016 r. Ze względu na ograniczenia językowe autorów

i brak dostępu do usług tłumaczeniowych wzięto pod uwagę jedynie publikacje w języku angielskim. Przeszukano bazy danych MEDLINE, Web of Science i EMBASE, używając następujących angielskich terminów: *medical child abuse* (medyczne krzywdzenie dzieci), *fabricated illness* (choroba pozorowana), *condition falsification* (fałszowanie stanów chorobowych), *Munchausen\**, *Münchhausen\**, *Factit\**, *Artefactua\**, *Artefacta\**; *Meadow's*; *induced illness* (choroba indukowana), *illness falsification* (fałszowanie choroby), *illness deception* (udawanie choroby). Oto przykładowa formuła wyszukiwania w bazie MEDLINE:

```
((((((((((Munchausen*[Title/Abstract]) OR Münchhausen*[Title/Abstract]) OR Factit*[Title/Abstract]) OR Artefactua*[Title/Abstract]) OR Artefacta*[Title/Abstract]) OR Meadow's[Title/Abstract]) OR "induced illness"[Title/Abstract]) OR "fabricated illness"[Title/Abstract]) OR "illness falsification"[Title/Abstract]) OR "conditionfalsification"[Title/Abstract]) OR "medical child abuse"[Title/Abstract]) OR "illness deception".
```

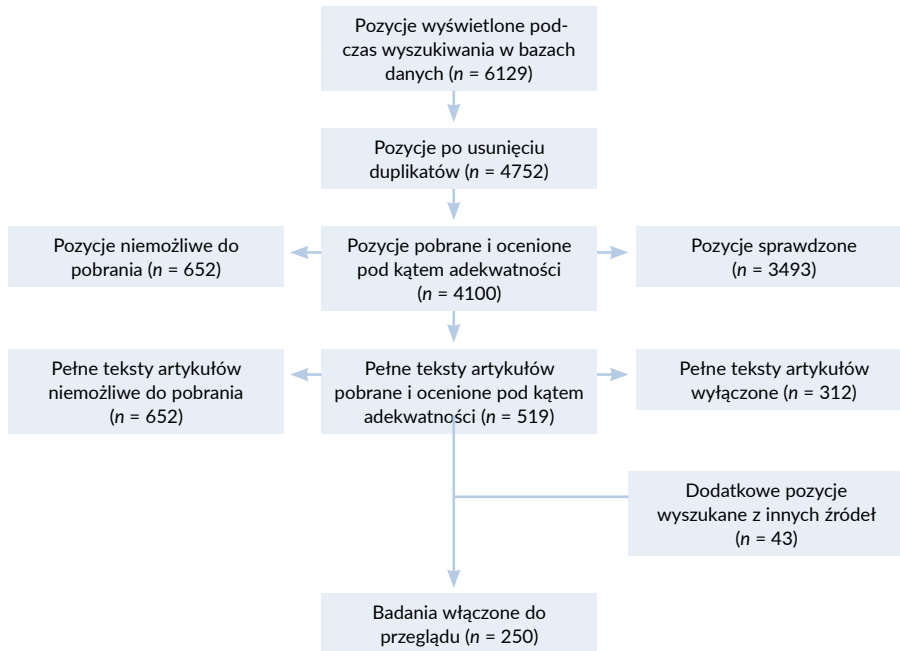
Wyszukiwanie przyniosło 4752 wyników (po usunięciu duplikatów), z których 4100 włączono do analizy abstraktów. Do dalszej analizy zakwalifikowano 607 artykułów, z czego 519 pobrano do analizy pełnego tekstu. Po jej przeprowadzeniu 303 artykuły wyłączono z próby, ponieważ:

1. nie opisywały przypadku MKD,
2. opisywały jedynie przypadki, w których podejrzewano MKD,
3. opisywały przypadek MKD, który wcześniej został omówiony w innym miejscu,
4. nie opisywały sprawcy.

Po dyskusji między autorami wyłączono kolejnych dziewięć przypadków, ponieważ wydawały się opisywać uświadczanie zabójstwa lub inną formę krzywdzenia dzieci.

Następnie przejrano bibliografię każdego z zakwalifikowanych artykułów, a także bibliografie wcześniejszych prac przeglądowych (np. Rosenberg, 1987; Sheridan, 2003) oraz wyniki wyszukiwania w Google Scholar, w którym użyto tych samych terminów, co w głównym wyszukiwaniu według słów kluczowych. Te uzupełniające wyszukiwania przyniosły 43 dodatkowe artykuły zakwalifikowane do niniejszego przeglądu.

Na rysunku przedstawiono diagram PRISMA (*Preferred Reporting Items of Systematic reviews and Meta-Analyses* – zestaw elementów niezbędnych do prawidłowego raportowania przeglądów systematycznych i metaanaliz) ilustrujący proces wyszukiwania.



Rysunek. Diagram PRISMA.

## Ekstrakcja danych

Dla każdego przypadku przeanalizowaliśmy opis sprawcy pod kątem:

1. danych demograficznych,
2. charakterystyki klinicznej,
3. użyciej metody (lub użyczych metod) krzywdzenia.

Odnotowaliśmy również skutki każdego przypadku. Dane zostały wprowadzone do bazy danych, którą utworzyliśmy przy użyciu programu IBM SPSS 24.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Dla każdej z wymienionych zmiennych w nawiasie podano odsetek przypadków, w jakich uzyskaliśmy interesujące nas dane:

1. Dane demograficzne: odnotowaliśmy wiek (25,6%), płeć (85,2%), stan cywilny (27%) i zawód (36,7%) sprawców, a także relację łączącą ich z ofiarą (99,7%).
2. Charakterystyka kliniczna: odnotowaliśmy zaburzenia psychiczne opisane przez autora (autorów) na podstawie psychiatrycznej analizy dokumentacji medycznej (60,2%) i stwierdziliśmy występowanie następujących form psychopatologii: uzależnienie od narkotyków/alkoholu, zaburzenia osobowości, FDIOS, depresja, somatyzacja, samookaleczanie / skłonności samobójcze, kłamstwo patologiczne, „inne” oraz brak psychopatologii. Sprawdziliśmy też, czy sprawca podejmował

zachowania przestępcze (54,5%), dorastał w pieczy zastępczej (47%), doświadczył krzywdzenia w dzieciństwie (73,6%), przemocy w związku intymnym (48,9%) lub komplikacji położniczych (49,1%), takich jak poronienie, przedwczesny poród czy uszkodzenie okołoporodowe dziecka.

3. Metoda (metody) krzywdzenia: sprawdziliśmy, czy w artykule podano informacje wystarczające do przeanalizowania metody lub metod zastosowanych przez sprawcę do pozorowania choroby u dziecka (72,5%). Następnie odnotowaliśmy, czy sprawcy dopuścili się pozorowania słownego, np. przez wyolbrzymianie potrzeb medycznych dziecka, kłamstwa na temat historii jego choroby albo zmyślenie aktualnej choroby. Ustaliliśmy również, czy sprawcy dopuścili się pozorowania czynnego – poprzez sfałszowanie badań medycznych (symulowanie) albo rzeczywiste wywołanie u dziecka choroby (indukowanie). Odnotowaliśmy, czy pozorowania choroby było kontynuowane w trakcie hospitalizacji dziecka (38%) oraz czy ofiara współdziałała ze sprawcą (38,8%), np. odgrywając objawy pod nieobecność opiekuna.
4. Skutki przypadku: odnotowaliśmy, czy na skutek krzywdzenia sprawca osiągnął korzyść finansową (6,9%), czy naraził ofiarę na nadmierne korzystanie z usług opieki zdrowotnej (38,8%) oraz czy uniemożliwił jej chodzenie do szkoły (38,8%). Wreszcie, odnotowaliśmy przypadki, w których sprawca doprowadził do śmierci ofiary (44,5%).

## WYNIKI

Otrzymano próbę złożoną z 796 sprawców wyłonionych z opisów przypadków ( $n = 309$ ) oraz z serii przypadków ( $n = 487$ ). Badania ujęte w przeglądzie zostały opublikowane w latach 1965–2016. W tym czasie rocznie publikowano średnio 4,8 nowych badań, jakkolwiek należy zwrócić uwagę na dużą zmienność: lata 1977–88 (3,7 badania rocznie), 1987–96 (8,7 badania rocznie), 1997–2006 (8,2 badania rocznie) oraz 2007–2016 (4,2 badania rocznie).

Przypadki MKD opisywano na całym świecie: 302 w obu Amerykach (Stany Zjednoczone – 283, Kanada – 4, Meksyk – 14, Chile – 1), 434 w Europie (Wielka Brytania i Irlandia – 394, Niemcy – 12, Włochy – 8, państwa byłej Jugosławii – 4, Francja – 3, Finlandia – 3, Dania – 2, Holandia – 2, Szwecja – 1, Hiszpania – 1, Portugalia – 1, Polska – 2, Belgia – 1, Albania – 1), 50 w Azji (Turcja – 19, Indie – 9, Oman – 6, Izrael – 4, Sri Lanka – 3, Arabia Saudyjska – 2, Iran – 2, Japonia – 1, Malesja – 1, Pakistan – 1, Tajwan – 1, Hong Kong – 1), 6 w Australii i 3 w Nowej Zelandii.

Podsumowanie wyników dotyczących charakterystyki demograficznej sprawców przedstawiono w tabeli 1, a ich charakterystyki klinicznej – w tabeli 2. Rezultaty



dotyczące metod krzywdzenia i skutków przypadków podsumowano w tabeli 3. Wszystkie tabele zawierają porównanie wyników między opisami przypadków a seriami przypadków dla każdej zmiennej.

Liczebność próby różniła się w zależności od danych dostępnych dla poszczególnych zmiennych (co zaznaczono w tabelach). Podane wyniki łączne uzyskano przez połączenie danych z opisów przypadków i serii przypadków w sytuacji, gdy dostępne były dane z obu źródeł.

**Tabela 1**

*Charakterystyka demograficzna sprawców MKD*

Zmienna	Opisy przypadków		Serie przypadków		Łącznie	
	n	%	n	%	n	%
Płeć						
Kobieta	296/306	96,7	366/372	98,3	662/678	97,6
Mężczyzna	10/306	3,3	6/372	1,6	16/678	2,4
Relacja z ofiarą						
Matka	281/308	91,2	367/370	99,2	648/678	95,58
Ojciec	9/308	2,9	3/370	0,8	12/678	1,77
Inna	18/308	5,8	0/370	0	18/678	2,65
Stan cywilny						
W związku małżeńskim	89/126	70,6	74/89	83,1	163/215	75,8
Niezamężna/nieżonaty	7/126	5,6	7/89	7,9	14/215	6,5
Rozwiedziony(-a)	21/76	16,7	8/89	9	29/215	13,5
W separacji	7/126	5,6	0/89	0	7/215	3,3
Wdowa/wdowiec	2/126	1,6	0/89	0	2/215	0,9

**Tabela 2**

*Charakterystyka kliniczna*

Zmienna	Opisy przypadków		Serie przypadków		Łącznie	
	n	%	n	%	n	%
Psychoopatologia						
Depresja	37/127	29,1	31/352	8,8	68/479	14,2
Zaburzenie osobowości	31/127	24,4	58/352	16,5	89/479	18,6
FDIOS	53/127	41,7	95/352	27	148/479	30,9
Uzależnienie od narkotyków/ alkoholu	20/127	15,8	48/352	31	68/479	14,2
Somatyzacja	5/127	3,9	29/352	13,6	34/479	7,1
Inne zaburzenie psychiczne	46/127	36,2	32/352	9,1	78/479	16,3
Samookaleczanie / skłonności samobójcze	17/127	13,4	24/352	6,8	41/479	8,6
Kłamstwo patologiczne	23/127	18,1	21/352	6	44/479	9,2

Zmienna	Opisy przypadków		Serie przypadków		Łącznie	
	n	%	n	%	n	%
Czynniki psychospołeczne						
Dorastanie w pieczy zastępczej	4/309	1,3	13/65	20	17/374	4,6
Zachowania przestępcze	10/309	3,2	33/125	26,4	43/434	9,9
Komplikacje położnicze	69/309	22,3	23/82	28	92/391	23,5
Doświadczenie krzywdzenia w dzieciństwie	39/309	12,6	137/277	49,5	176/586	30
Doświadczenie przemocy w związku	20/309	6,5	8/80	10	28/389	7,2

Tabela 3

Metoda lub metody krzywdzenia i skutki przypadków

Zmienna	Opisy przypadków		Serie przypadków		Łącznie	
	n	%	n	%	n	%
Metoda (metody) krzywdzenia						
Fabrykowanie słowne	183/309	59,2	82/268	30,6	265/577	45,9
Fabrykowanie czynne: symulowanie	69/309	22,3	56/268	20,9	125/577	21,7
Fabrykowanie czynne: indukowanie	195/309	63,1	136/268	50,7	331/577	57,4
Fabrykowanie kontynuowane podczas hospitalizacji	168/309	54,4				
Współdziałanie ofiary ze sprawcą	44/309	14,2				
Skutki przypadku						
Sprawca osiągnął korzyść finansową	20/309	6,5	6/68	8,8	26/377	6,9
Sprawca spowodował śmierć ofiary	23/309	7,4	4/45	8,9	27/354	7,6
Sprawca uniemożliwił ofierze chodzenie do szkoły	38/309	12,3				
Sprawca naraził ofiarę na nadmierne korzystanie z usług opieki zdrowotnej	110/309	35,6				

### Charakterystyka demograficzna

Średni wiek sprawców w chwili kontaktu dziecka ze ochroną zdrowia wynosił 27,6 roku (przedział: 16–53 lat), a 97,6% wszystkich sprawców ( $n = 662/678$ ) stanowiły kobiety.

W 75,8% przypadków ( $n = 163/215$ ) sprawcy pozostawali w związkach małżeńskich, w 6,5% ( $n = 14/215$ ) byli osobami niezamężnymi/nieżonatymi, w 13,5% ( $n = 29/215$ ) – byli rozwiedzeni, w 3,3% ( $n = 7/215$ ) – pozostawali w separacji, a w 0,9% przypadku ( $n = 2/215$ ) byli wdowami/wdowcami. W 95,58% przypadków sprawczynią była matka ( $n = 648/678$ ), a w 1,77% – sprawcą był ojciec ( $n = 18/678$ ). W 2,65% przypadków ( $n = 18/678$ ) sprawcą była osoba, którą łączyła z ofiarą inna relacja (np. opiekunka do dziecka).

## Charakterystyka kliniczna

Depresję (obecnie lub w przeszłości) stwierdzono u sprawców w 14,2% przypadków ( $n = 68/479$ ), zaburzenie osobowości w 18,6% ( $n = 89/479$ ), FDIOS – w 30,9% ( $n = 148/479$ ), uzależnienie od narkotyków/alkoholu w 14,2% ( $n = 68/479$ ), somatyzację w 7,1% ( $n = 34/479$ ), samookaleczanie / skłonności samobójcze w 8,6% ( $n = 78/479$ ), a brak psychopatologii w 4,59% przypadków ( $n = 22/479$ ). Najczęstszym zaburzeniem osobowości było zaburzenie borderline.

Sprawcy w przeszłości przebywali w pieczy zastępczej w 4,6% przypadków ( $n = 17/374$ ), podejmowali zachowania przestępcze w 9,9% ( $n = 43/434$ ), wystąpiły u nich powikłania położnicze w 23,5% ( $n = 92/391$ ), byli krzywdzeni w dzieciństwie w 30% ( $n = 22/479$ ) i doświadczyli przemocy w związku intymnym w 7,2% przypadków ( $n = 28/389$ ). Analizując jedynie indywidualne opisy przypadków, ustaliliśmy, że historia okołoporodowa została opisana przez autorów w 98 przypadkach, a powikłania położnicze – u 70,4% tej podgrupy.

## Metoda (metody) krzywdzenia

Pozorowanie słowne opisano w 45,9% przypadków ( $n = 265/577$ ). Pozorowanie czynne w postaci symulowania wystąpiło w 21,7% przypadków ( $n = 125/577$ ), a w postaci indukowania – w 57,4% przypadków ( $n = 331/577$ ). Sprawcy często stosowali więcej niż jedną metodę krzywdzenia. W 54,4% przypadków ( $n = 168/309$ ) sprawca kontynuował pozorowanie choroby u ofiary w trakcie jej hospitalizacji, a w 14,2% przypadków ( $n = 44/309$ ) ofiara współdziałała ze sprawcą.

## Skutki przypadku

W 6,9% przypadków sprawca wykorzystał ofiarę, aby osiągnąć korzyść finansową ( $n = 26/377$ ), w 12,3% – uniemożliwił jej chodzenie do szkoły ( $n = 38/309$ ), a w 35,5% – naraził ją na nadmierne korzystanie z opieki zdrowotnej ( $n = 110/209$ ). Śmierć ofiary nastąpiła w 7,6% przypadków ( $n = 27/354$ ), przy czym we wszystkich przypadkach, które zakończyły się śmiercią ofiary, sprawca indukował (wywołał) u niej chorobę.

## DYSKUSJA

Niemal wszyscy sprawcy przeanalizowanych przypadków MKD byli płci żeńskiej i prawie zawsze sprawczynią była matka dziecka. Meadow (1998) upatrywał przyczyn pojawienia się pod koniec lat 80. XX w. sprawców MKD płci męskiej w rosnącej liczbie rozpoznań MKD. Nasz przegląd pokazuje jednak, że po roku 1997 zidentyfikowano niewielu sprawców płci męskiej, mimo że liczba opisanych przypadków praktycznie się podwoiła. Wydaje się, że kobiety są skłonniejsze niż mężczyźni do medycznego krzywdzenia własnych dzieci (zob. Fraser, 2008; Robins, Sesan, 1991).

W prawie połowie przypadków wspomniano o zawodzie sprawcy związanym z opieką zdrowotną. Tę obserwację należy jednak przyjmować z pewną rezerwą, zważywszy na odsetek patologicznych kłamców w tej grupie. Niektórzy sprawcy mogli kłamać na temat swojego doświadczenia zawodowego, aby zyskać przychylność personelu szpitalnego. Ponadto pracownicy ochrony zdrowia, którzy „schodzą na złą drogę”, nieuchronnie zdobywają ponurą sławę, co ilustruje przykład Beverly Allitt, pielęgniarki skazanej za zabójstwo czworga dzieci na oddziale pediatrycznym pewnego brytyjskiego szpitala (Britain, Clothier, 1994). Badacze, mając w pamięci te głośne sprawy, mogli być skłonniejsi do odnotowania medycznej profesji sprawców. W ten sposób nie można jednak wyjaśnić podobnych wyników otrzymanych w przeanalizowanych przez nas seriach przypadków, w których na ogół stosowano ustrukturyzowane metody oceny. Przypuszczamy więc, że wykonywanie zawodów opiekuńczych stanowi po prostu jeszcze jeden przejaw „nadmiernego zaangażowania w opiekę” obserwowanego u sprawców MKD (Fraser, 2008, s. 169).

Doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie w badanej próbie były częste (30%), a analiza ujawniła również wysokie wskaźniki problemów psychicznych związanych z krzywdzeniem: depresji (Chapman i in., 2004), uzależnienia od narkotyków i alkoholu (Dube i in., 2003), skłonności samobójczych (Dube i in., 2003), samookaleczania (Weireich, Nock, 2008) i zaburzeń osobowości (Battle i in., 2004), zwłaszcza zaburzenia borderline (MacIntosh, Godbout, Dubash, 2015). Przemoc w związkach intymnych, o której wspomniano w 7,2% przypadków, może stanowić formę rewiktymizacji w dorosłym życiu (Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, Putnam, 2003). W tej grupie sprawców można się było spodziewać występowania zaburzeń osobowości, zważywszy na zauważone przez autorów podobieństwo między podstępными sposobami krzywdzenia dzieci – takimi jak podtruwanie – a zwodniczymi zachowaniami charakterystycznymi dla zaburzeń osobowości (Bools i in., 1994). Klinicyści powinni pamiętać o dość licznej grupie (8,6%) osób, które w przeszłości samookaleczały się

lub przejawiały skłonności samobójcze (w naszym przeglądzie napotkaliśmy przypadki, w których bezpośrednia konfrontacja z opiekunem doprowadziła do próby samobójczej [np. Vennemann i in., 2006]).

U prawie  $\frac{1}{3}$  sprawców rozpoznano FDIOS, przy czym nasza analiza potwierdziła słuszność twierdzenia Meadowa (1998), że „okresy najbardziej aktywnego pozorowania i wywoływania choroby następują sekwencyjnie i naprzemiennie między sprawcą [a] dzieckiem” (s. 216). W kilku przypadkach uwzględnionych w niniejszym przeglądzie zachowania opiekunów przeradzały się w medyczne krzywdzenie dziecka, kiedy już nie mogli czerpać gratyfikacji z pozorowania zaburzeń u siebie, np. gdy zostali zdemaskowani przez klinicystę (np. Feldman, Rosenquist, Bond, 1997). Z kolei w badaniu Libowa (1995) sprawcy MKD często podejmowali zachowania typu FDIOS po tym, jak zostali rozdzieleni z ofiarą. Dzieci osób cierpiących na FDIOS należy uznać za grupę podwyższonego ryzyka MKD (Bass, Jones, 2011), a przy tym w długiej perspektywie czasowej wydają się one narażone na ryzyko wystąpienia FDIOS. Conway i Pond (1995) wysunęli hipotezę, że współpraca ofiary ze sprawcą w procesie MKD może „zaprogramować dziecko do rozwoju zespołu Munchausena” (s. 504). Inni autorzy doszli do tego wniosku na podstawie danych pochodzących z opisów przypadków (Eisendrath, 1996; Rand, Feldman, 2001). To, że w naszym przeglądzie w 14,2% przypadków stwierdzono współdziałanie ofiary ze sprawcą, wydaje się więc niepokojące. Wyjaśnienie nieprawidłowych zachowań związanych z rolą chorego, obserwowanych w rodzinach dotkniętych MKD, wymaga przeprowadzenia badań podłużnych, a w zrozumieniu tych zachowań najbardziej użyteczne wydaje się podejście systemowe (systemowe ujęcie rodziny; Bools i in., 1994; Griffith, 1988; Roesler, 2008).

Wykazano, że sprawczynie MKD są częstymi pacjentkami poradni ginekologiczno-położniczych (Bass, Jones, 2011). W około  $\frac{1}{4}$  przeanalizowanych przez nas przypadków autorzy wspomnieli o uprzednich powikłaniach położniczych, takich jak poronienie czy przedwczesny poród. Te przypadki stanowiły 70,4% podgrupy, w której opisano wcześniejsze doświadczenia położnicze. Na podstawie jednego z pierwszych przeglądów piśmiennictwa Jureidini (1993) ustalił, że u 70% sprawczyń wystąpił przedwczesny poród, krwawienie przedporodowe albo nagłe cięcie cesarskie. Odsetek ten był dużo wyższy niż oczekiwany w grupie młodych kobiet w krajach Zachodu. Oczywiście nie można wykluczyć, że dużą część problemów położniczych wspomnianych w tych przypadkach stanowiły problemy pozorowane lub nieorganiczne. W badaniu Bassa i Jonesa (2011) u jednej na pięć sprawczyń uprzednio wystąpiła co najmniej jedna ciąża urojona. Feldman i Hamilton (2006) omawiają przypadki ciężarnych, które prowokowały u siebie krwotok przedporodowy, a nawet

poród, używając ostrego narzędzia do wywołania krwawienia lub rozerwania pęcherza płodowego. W tych wypadkach motywy kobiet odpowiadały kryteriom FDIOS, które występowało z dużą częstotliwością w próbie ujętej w naszym przeglądzie. Może być również tak, że w przypadkach MKD relacja matka–dziecko została zaburzona przez autentyczne incydenty położnicze, które – jak wykazały badania – wywołują silny stres i cierpienie psychiczne. Należą do nich śmierć bliskiej osoby w okresie okołoporodowym, trauma porodowa oraz wszelkie powikłania położnicze, które w przekonaniu matki „uszkadzają dziecko” (Jureidini, 1993, s. 137). Otrzymane przez nas wyniki wskazują na konieczność ścisłego monitorowania na oddziałach położniczych kobiet, które wcześniej dopuściły się MKD (Bass, Adshead, 2007).

Wszystkie zgony ofiar w naszym przeglądzie były skutkiem choroby wywołanej (indukowanej) przez opiekuna. O takich chorobach wspomniano w ponad połowie przeanalizowanych przypadków, co wydaje się zaskakujące, zważywszy, że w praktyce klinicznej indukowanie chorób jest dużo rzadsze niż zmyślanie lub wyolbrzymianie historii choroby bądź objawów występujących u dziecka. Podejrzewamy, że wyjaśnienie tej obserwacji może się kryć w tzw. tendencyjności publikacyjnej, która zostanie omówiona w dalszej części artykułu jako jedno z ograniczeń naszego badania. Śmiertelność w naszym badaniu była jednak niepokojąco wysoka – zgonem ofiary zakończyło się 7,6% przypadków. Stwierdzony przez nas wskaźnik śmiertelności był nieco wyższy (+1,6%) niż wykazany w przeglądzie Sheridan (2003), w którym uwzględniono jedynie przypadki MSBP/FDIOA. Chociaż indukowanie chorób występuje rzadziej niż większość form krzywdzenia dzieci, to jednak wydaje się związane z większą śmiertelnością. Z najnowszych statystyk krajowych dotyczących krzywdzenia dzieci w Stanach Zjednoczonych wynika, że tylko 0,2% ich przypadków kończy się śmiercią dziecka (U.S. Department of Health and Human Services, 2013, 2017). Ponadto nie można zakładać, że dzieci przebywające w szpitalu są bezpieczne, jeżeli nie zostaną rozdzielone ze sprawcą albo objęte ścisłym nadzorem (Vennemann i in., 2005), ponieważ w 54,4% przypadków ujętych w naszym przeglądzie krzywdzenie trwało nawet wtedy, gdy ofiara była hospitalizowana.

W analizowanych przypadkach  $\frac{1}{3}$  opiekunów naraziła ofiary na nadmierne i niepotrzebne korzystanie z opieki zdrowotnej. Ograniczone korzystanie z opieki zdrowotnej zaobserwowane w pozostałych  $\frac{2}{3}$  przypadków było niespodziewanym odkryciem, które powinno stanowić sygnał ostrzegawczy dla klinicystów oczekujących „grubej teczki” lub niezliczonych kontaktów z ochroną zdrowia jako oznak MKD. Mimo to wielu sprawców chodziło z dzieckiem od lekarza do lekarza, często zdarzały się również wielokrotne przyjęcia do szpitala. W 12,3% przypadków ciągłe wizyty w przychodniach i pobyty w szpitalach uniemożliwiły dziecku chodzenie do

szkoły. Wydaje się mało prawdopodobne, że ofiarom zapewniono skuteczne nauczanie domowe, aby zrekompensować przerwę w nauce. W naszym odczuciu stanowi to powód do niepokoju. Długotrwała absencja w szkole może pogorszyć relacje dziecka z rówieśnikami (Shiu, 2001) i zwiększyć prawdopodobieństwo przedwczesnego przerwania nauki, co pociąga za sobą negatywne skutki psychospołeczne w dorosłym życiu (Kearney, 2008).

Greiner, Palusci, Keeshin i Sinal (2013) posłużyli się danymi pochodzącymi z serii przypadków, aby opracować test przesiewowy do rozpoznawania MKD. Siedem spośród piętnastu pozycji tego narzędzia dotyczyło sprawcy krzywdzenia. Dwie zmienne, które cechowały się największą wartością predykcyjną, to „cechy zespołu Munchausena u opiekuna” i „doświadczenia krzywdzenia w dzieciństwie” (s. 41–42). Podobnie Bass i Jones (2011) zidentyfikowali „krzywdzenie/zaniedbywanie” oraz „aktualne zaburzenie pozorowane” jako ważne czynniki ryzyka MKD”, co znalazło potwierdzenie w wynikach naszego przeglądu. Potrzebne są badania podłużne, aby ocenić, czy wymienione czynniki rzeczywiście mają wartość prognostyczną, jak sugerowano (Jones, Bools, 1999).

### **Mocne strony i ograniczenia**

Przeprowadziliśmy przegląd systematyczny 250 artykułów i wyekstrahowaliśmy z nich dane dotyczące 796 sprawców MKD – największej przebadanej dotąd ich grupy. Dane pochodzące z opisów i serii przypadków są obecnie najlepszym dostępnym źródłem wiedzy o MKD, a przeprowadzone przez nas przeszukanie piśmiennictwa, choć ograniczało się do przypadków opublikowanych w języku angielskim, przyniosło informacje o wielu sprawcach spoza świata zachodniego. Ponieważ analizowaliśmy przypadki z tak różnych krajów, nie mogliśmy porównać naszych wyników z danymi normatywnymi. Nie mogliśmy np. porównać otrzymanych przez nas wysokich wskaźników komplikacji położniczych ze statystykami krajowymi. Nasze badanie bez wątplenia było podatne na tendencyjność publikacyjną – błąd podobny do „efektu szuflady” spotykanego w metaanalizach (Rotton, Foos, Van Meek, Levitt, 1995). Duża część przypadków została opisana po to, by poinformować społeczność medyczną o nowej, nieznannej postaci MKD albo o niekonwencjonalnej metodzie jego wykrywania. Autorzy nie pisali w celu upowszechniania wiedzy o „zwyczajnych przypadkach” i wydaje się możliwe, że z biegiem czasu wybierane przez nich przypadki stawały się coraz bardziej skrajne (Roesler, Jenny, 2008). Może to wyjaśniać, dlaczego otrzymaliśmy wyższy wskaźnik indukowania chorób niż Sheridan (2003). Naszym zdaniem tendencyjność publikacyjna nie wyjaśnia jednak wysokiego wskaźnika śmiertelności

otrzymanego w naszym badaniu, który był tylko o 1,6% wyższy niż w przeglądzie Sheridan (2003). Gdyby – jak sugerowano – piśmiennictwo specjalistyczne było tendencyjne w kierunku publikowania przypadków śmiertelnych (Roesler, Jenny, 2008), to po 14 latach wzrost powinien być dużo większy. Tymczasem Rosenberg (1987) otrzymała wskaźnik śmiertelności wyższy od naszego o 1,4% w badaniu przeglądowym przeprowadzonym 30 lat temu.

Nasz przegląd można również uznać za niekompletny. Zbadaliśmy czynniki kliniczne związane z MKD, ale nie wzięliśmy pod uwagę motywacji leżących u podstaw krzywdzenia. Naszym zdaniem należałoby to zbadać przy użyciu metod jakościowych. Wreszcie, naszą analizę ograniczały dane dostępne w studiach przypadków, które odznaczały się dużą zmiennością. Bogate szczegóły dostępne w indywidualnych opisach przypadków pozwoliły nam przeanalizować co najmniej cztery zmienne wcześniej nieuwzględnione w opublikowanych seriach przypadków MKD (tabela 3) i ujawniły wysokie wskaźniki poważnych problemów psychicznych u sprawców. Autorzy tych opisów przypadków na ogół nie byli jednak psychiatrami i, co zrozumiałe, koncentrowali się głównie na krzywdzie wyrządzonej dzieciom. Czynniki psychospołeczne i subtelniesze formy psychopatologii mogły zostać przeoczone lub pominięte w omówieniu pojedynczych przypadków. Autorzy większych serii przypadków częściej byli psychiatrami, a większość uwzględniła te zmienne w swoich analizach. Połączenie dwóch źródeł danych mogło wypaczyć wyniki dotyczące tych zmiennych. Na przykład Bass i Jones (2011) ujawnili wysokie wskaźniki somatyzacji, zachowań przestępczych i doświadczeń dorastania w pieczy zastępczej, ale po połączeniu tych wyników z danych pochodzącymi z opisów przypadków otrzymaliśmy bardzo niskie wskaźniki całkowite.

## WNIOSKI

O sprawcach MKD wiadomo niewiele, ponieważ większość opublikowanych badań dotyczących MKD koncentruje się na ofiarach. Przeprowadziliśmy największy przegląd systematyczny studiów przypadków MKD, skoncentrowany na sprawcach. Nasze wyszukiwanie w piśmiennictwie przyniosło największy zbiór danych o sprawcach, jaki dotąd przeanalizowano. Nasze ustalenia, choć ograniczone przez tendencyjność publikacyjną, stanowią podstawę kilku ważnych rekomendacji klinicznych i wyznaczają kierunki przyszłych badań.



## Rekomendacje kliniczne

Klinicyści:

- powinni traktować matki z uprzednimi doświadczeniami FDIOS (zaburzenia pozorowanego u siebie) lub krzywdzenia w dzieciństwie jako skłonniejsze do MKD;
- powinni być świadomi, że sprawcy mogą indukować choroby u dzieci i że indukowanie chorób może być najbardziej zabójczą formą krzywdzenia dzieci;
- nie powinni zakładać, że sprawca przestanie krzywdzić ofiarę w trakcie jej hospitalizacji;
- nie powinni zakładać, że we wszystkich przypadkach krzywdzenia medycznego dzieci będą miały „grube teczki” – dokumentację nadmiernego korzystania z usług opieki zdrowotnej;
- powinni zachować ostrożność w bezpośredniej konfrontacji ze sprawcami MKD, których część w przeszłości mogła podejmować próby samobójcze lub dokonywać samookaleczania.

## FINANSOWANIE

Badanie nie otrzymało grantu od żadnej instytucji finansującej z sektora publicznego, komercyjnego ani pozarządowego.

## PODZIĘKOWANIA

Dziękujemy członkom grupy ekspertów w dziedzinie chorób pozorowanych i indukowanych z *Royal College of Psychiatrists* za sugestie dotyczące ekstrakcji danych z artykułów naukowych. Do grupy należą: dr C. Acosta, dr G. Adshead, dr C. Fear, dr D. Glaser, dr M. DeJong i dr F. Gardner. Dziękujemy również dr. Marcowi Feldmanowi.

E-maile autorów: [g.peter.yates@gmail.com](mailto:g.peter.yates@gmail.com),  
[christopher.bass@oxfordhealth.nhs.uk](mailto:christopher.bass@oxfordhealth.nhs.uk).

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą.

Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Child Abuse & Neglect* 72 (2017), 45–53.

© 2017 Elsevier Ltd.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amlani, A., Grewal, G. S., Feldman, M. D. (2016). Malingering by proxy: A literature review and current perspectives. *Journal of Forensic Sciences*, 61(S1).
- Bass, C., Adshead, G. (2007). Fabrication and induction of illness in children: The psychopathology of abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 169–177.
- Bass, C., Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383(9926), 1412–1421.
- Bass, C., Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: Case series. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), 113–118.
- Bass, C., Acosta, C., Adshead, G., Byrne, G. (2014). Fabrication and induction of illness in children. *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry*, 10–25.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... McGlashan, T. H. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193–211.
- Bools, C. N., Neale, B. A., Meadow, S. R. (1993). Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 69(6), 625–630.
- Bools, C., Neale, B., Meadow, R. (1994). Munchausen syndrome by proxy: A study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 773–788.
- Britain, G., Clothier, C. (1994). *The Allitt Inquiry: Independent Inquiry Relating to Deaths and Injuries on The Children's Ward at Grantham and Kesteven General Hospital During the Period February to April 1991*. HM Stationery Office.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225.
- Conway, S. P., Pond, M. N. (1995). Munchausen syndrome by proxy abuse: A foundation for adult Munchausen syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(3), 504–507.
- Craft, A. W., Hall, D. M. B. (2004). Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *British Medical Journal*, 328(7451), 1309.
- Denny, S. J., Grant, C. C., Pinnock, R. (2001). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 240–243.

- Dershewitz, R., Vestal, B., Maclaren, N. K., Cornblath, M. (1976). Transient hepatomegaly and hypoglycemia: A consequence of malicious insulin administration. *American Journal of Diseases of Children*, 130(9), 998–999.
- Doughty, K., Rood, C., Patel, A., Thackeray, J. D., Brink, F. W. (2016). Neurological manifestations of medical child abuse. *Pediatric Neurology*, 54, 22–28.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572.
- Eisendrath, S. J. (1996). *Current overview of factitious physical disorders. The spectrum of factitious disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Feldman, K. W., Christopher, D. M., Opheim, K. B. (1989). Munchausen syndrome/bulimia by proxy: Ipecac as a toxin in child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 13(2), 257–261.
- Feldman, M. D., Rosenquist, P. B., Bond, J. P. (1997). Concurrent factitious disorder and factitious disorder by proxy: Double jeopardy. *General Hospital Psychiatry*, 19(1), 24–28.
- Ferrara, P., Vitelli, O., Bottaro, G., Gatto, A., Liberatore, P., Binetti, P., Stabile, A. (2013). Factitious disorders and Münchausen syndrome: The tip of the iceberg. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 366–374.
- Fraser, M. J. (2008). A mother's investment in maintaining illness in her child: A perversion of mothering and of women's role of 'caring'? *Journal of Social Work Practice*, 22(2), 169–180.
- Giurgea, I., Ulinski, T., Touati, G., Sempoux, C., Mochel, F., Brunelle, F., ... de Lonlay, P. (2005). Factitious hyperinsulinism leading to pancreatectomy: Severe forms of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 116(1), e145–e148.
- Godding, V., Kruth, M. (1991). Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 66(8), 956–960.
- Gomila, I., López-Corominas, V., Pellegrini, M., Quesada, L., Miravet, E., Pichini, S., Barceló, B. (2016). Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: A pediatric case report. *Forensic Science International*, 266, e18–e22.

- Greiner, M. V., Palusci, V. J., Keeshin, B. R., Kearns, S. C., Sinal, S. H. (2013). A preliminary screening instrument for early detection of medical child abuse. *Hospital Pediatrics*, 3(1), 39–44.
- Griffith, J. L. (1988). The family systems of Munchausen syndrome by proxy. *Family Process*, 27(4), 423–437.
- Hall, D. E., Eubanks, L., Meyyazhagan, S., Kenney, R. D., Johnson, S. C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics*, 105(6), 1305–1312.
- Jones, D. P. H., Bools, C. N. (1999). Factitious illness by proxy. *Recent Advances in Paediatrics*, 17, 57–72.
- Jureidini, J. (1993). Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 135–136.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451–471.
- Libow, J. A. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood: A first look. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1131–1142.
- Libow, J. A. (2000). Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics*, 105(2), 336–342.
- Light, M. J., Sheridan, M. S. (1990). Munchausen syndrome by proxy and apnea (MBPA) a survey of Apnea programs. *Clinical Pediatrics*, 29(3), 162–168.
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227.
- Malatack, J. J., Wiener, E. S., Gartner, J. C., Zitelli, B. J., Brunetti, E. (1985). Munchausen syndrome by proxy: A new complication of central venous catheterization. *Pediatrics*, 75(3), 523–525.
- Mantan, M., Dhingra, D., Gupta, A., Sethi, G. R. (2015). Acute kidney injury in a child: A case of Munchausen syndrome by proxy. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(6), 1279.
- McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1), 57–61.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343–345.
- Meadow, R. (1998). Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood*, 78(3), 210–216.

- Moreira, E. C., Moreira, L. A. (1998). Hypochondriasis by proxy in children: Report of two cases. *Jornal de Pediatria*, 75(5), 373–376.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452–1471.
- Rahilly, P. M. (1991). The pneumographic and medical investigation of infants suffering apparent life threatening episodes. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 27(6), 349–353.
- Rand, D. C., Feldman, M. D. (2001). An explanatory model for Munchausen by proxy abuse. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 113–126.
- Robins, P. M., Sesan, R. (1991). Munchausen syndrome by proxy: Another women's disorder? *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(4), 285.
- Roesler, T. A., Jenny, C. (2008). *Medical child abuse*. American Academy of Pediatrics.
- Roesler, T. A. (2015). *Medical child abuse/Munchausen by proxy the encyclopedia of clinical psychology*.
- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11(4), 547–563.
- Rotton, J., Foos, P. W., Van Meek, L., Levitt, M. (1995). Publication practices and the file drawer problem: A survey of published authors. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(1), 1.
- Scourfield, J. (1995). Anorexia by proxy: Are the children of anorexic mothers an at-risk group? *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 371–374.
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27(4), 431–451.
- Shiu, S. (2001). Issues in the education of students with chronic illness. *International Journal of Disability, Development and Education*, 48(3), 269–281.
- Sigal, M., Gelkopf, M., Levertov, G. (1990). Medical and legal aspects of the Munchausen by proxy perpetrator. *Medical & Law*, 9, 739.
- Southall, D. P., Plunkett, M. C., Banks, M. W., Falkov, A. F., Samuels, M. P. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. *Pediatrics*, 100(5), 735–760.
- Stirling, J., Committee on Child Abuse and Neglect (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, 119(5), 1026–1030.

- Tsai, H. L., Yang, L. Y., Chin, T. W., Chen, P. H., Yen, H. J., Liu, C. S., ... Chang, J. W. (2012). Child abuse in medical setting presenting as gross hematuria: diagnosis by DNA short tandem repeats. *Pediatrics*, peds-2011.
- U.S. Department of Health and Human Services: Administration for Children & Families (2013). *Child maltreatment*.
- U.S. Department of Health and Human Services: Administration for Children & Families (2017). *Child maltreatment*.
- 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), 195–199.
- Warner, J. O., Hathaway, M. J. (1984). Allergic form of Meadow's syndrome (Munchausen by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 59(2), 151–156.
- Weierich, M. R., Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 39.
- Yates, G. P., Feldman, M. D. (2016). Factitious disorder: A systematic review of 455 cases in the professional literature. *General Hospital Psychiatry*, 41, 20–28.

## THE PERPETRATORS OF MEDICAL CHILD ABUSE (MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY) – A SYSTEMATIC REVIEW OF 796 CASES

**Introduction:** Little is known about the perpetrators of medical child abuse (MCA) which is often described as “Munchausen’s syndrome by proxy” or “factitious disorder imposed on another”. The demographic and clinical characteristics of these abusers have yet to be described in a sufficiently large sample. We aimed to address this issue through a systematic review of case reports and series in the professional literature.

**Method:** A systematic search for case reports and series published since 1965 was undertaken using MEDLINE, Web of Science and EMBASE. 4100 database records were screened. A supplementary search was then conducted using GoogleScholar and reference lists of eligible studies. Our search yielded a total sample of 796 perpetrators: 309 from case reports and 487 from case series. Information extracted included demographic and clinical characteristics, in addition to methods of abuse and case outcomes.

**Results:** Nearly all abusers were female (97.6%) and the victim’s mother (95.6%).

Most were married (75.8%). Mean caretaker age at the child's presentation was 27.6 years. Perpetrators were frequently reported to be in healthcare-related professions (45.6%), to have had obstetric complications (23.5%), or to have histories of childhood maltreatment (30%). The most common psychiatric diagnoses recorded were factitious disorder imposed on self (30.9%), personality disorder (18.6%), and depression (14.2%).

**Conclusions:** From the largest analysis of MCA perpetrators to date, we provide several clinical recommendations. In particular, we urge clinicians to consider mothers with a personal history of childhood maltreatment, obstetric complications, and/or factitious disorder at heightened risk for MCA. Longitudinal studies are required to establish the true prognostic value of these factors as our method may have been vulnerable to publication bias.

#### KEYWORDS

MEDICAL CHILD ABUSE, MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY, FACTITIOUS DISORDER, PAEDIATRIC CONDITION FALSIFICATION, FABRICATED AND INDUCED ILLNESS, MALINGERING BY PROXY

#### Cytowanie:

Yates, G., Bass, Ch. (2020). Sprawcy medycznego krzywdzenia dzieci (przeniesionego zespołu Munchausena) – przegląd systematyczny 796 przypadków. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 93–115



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

MINISTERSTWO  
SPRAWIEDLIWOŚCI  
[www.ms.gov.pl](http://www.ms.gov.pl)



FUNDUSZ  
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości