

RICHARD ROGERS

Wydział Psychologii
University of North Texas, USA

Modele diagnostyczne i wyjaśniające oraz metody wykrywania zespołu Munchausena *per procura* – ekstrapolacje modeli dotyczących symulacji chorób

dzieckokrzywdzone.pl

Najważniejszym celem niniejszego artykułu jest dokonanie krytycznej analizy zastępczego zespołu Munchausena (*Munchausen syndrome by Proxy* – MSBP) oraz zbliżonego do niego zaburzenia rzekomego *per procura* (*factitious disorder by proxy* – FDBP). Oprócz kwestii związanych z trafnością diagnostyczną omówiono w nim metody oceny i możliwe strategie wykrywania obu zaburzeń. Przeprowadzono wnikliwą analizę literatury empirycznej dotyczącej MSBP i FDBP pod kątem diagnozy i oceny. Zważywszy na ograniczenia tej literatury, dokonano ekstrapolacji teorii i badań empirycznych poświęconych symulacji chorób, jako zbliżonemu stylowi reakcji.

W diagnozie MSBP i FDBP bagatelizuje się cechy kliniczne sprawcy. W wypadku FDBP sądy inferencyjne dotyczące motywacji (na przykład dążenia do przyjęcia roli chorego) wzbudzają wątpliwości natury teoretycznej i klinicznej. Autorzy większości badań, w których zastosowano modele wyjaśniające zaczerpnięte z literatury poświęconej symulacji chorób, skupiali się na modelach patogenicznych: często skojarzonych z podejściem psychodynamicznym. Wreszcie, brakuje zaawansowanych metod klinicznych wykrywania MSBP i FDBP.

Wprowadzenie

Trafna ocena jest jednym z najważniejszych aspektów skutecznej diagnozy zaburzeń psychofizycznych. Jak zauważa Cunnien (1997) w swym wyczerpującym przeglądzie literatury przedmiotu, symulacja obejmuje szeroki wachlarz obrazów klinicznych, różniących się pod

względem skali zniekształceń, motywacji i wykrywalności. Zastępczy Zespół Munchausena (*Munchausen syndrome by Proxy* – MSBP) to złożona forma udawania, polegająca na zmyślaniu lub wywoływaniu objawów chorobowych u innych osób. Aby lepiej zrozumieć naturę MSBP, dokona-

my krytycznej analizy granic tego zespołu i omówimy jego miejsce w szerszym kontekście różnych form symulowania chorób.

Niniejszy artykuł podzielono na trzy główne części, zmierzające od rozważań teoretycznych ku praktyce. W pierwszej części krytycznej analizie zostaną poddane modele teoretyczne MSBP jako zespołu klinicznego i potencjalnej diagnozy. Zważywszy na brak precyzyjnej definicji MSBP jako jednostki klinicznej, rozważymy analizę prototypową jako proponowaną metodę oceny reprezentatywnych kryteriów diagnostycznych tego zespołu.

Modele diagnostyczne

Pierwszym autorem, który opisał zastępczy zespół Munchausena, był Meadow (1977) – przedstawił on dramatyczne przypadki, w których rodzice celowo wywoływali u swoich dzieci choroby zagrażające życiu. Autorzy kolejnych przeglądów badań dotyczących MSBP (Masterson i in. 1988; Parnell 1998a) wykazali, że udział rodziców może być bardzo zróżnicowany (na przykład fałszowanie wyników badań laboratoryjnych czy zmyślanie objawów), a ich działania mają rozmaite następstwa – od dyskomfortu i niepotrzebnych interwencji medycznych po wywoływanie chorób zagrażających życiu ofiary. Aby uporządkować tę niejednorodność, Rosenberg (1987) wyróżniła cztery podstawowe cechy zastępczego zespołu Munchausena:

- a) choroba dziecka symulowana (zmyślona) lub wywołana przez rodzica (opiekuna);
- b) często uporczywe domaganie się przeprowadzania kolejnych badań medycznych i leczenia;
- c) deklarowana przez sprawcę nieznaną przyczyn (etiologii) choroby;
- d) ustępowanie ostrych objawów chorobowych pod nieobecność sprawcy.

Tylko dwa spośród tych czterech właściwości MSBP wiążą się ze zmyśleniem

W części drugiej przyjrzymy się najważniejszym typom motywacji, tkwiącym u podłoża MSBP. W tym celu sięgniemy po wyjaśnienia zaczerpnięte z literatury poświęconej symulacji, w której opisano wiele badań dotyczących prawdopodobnych motywów, jakimi kierują się tacy pacjenci.

W części trzeciej omówimy obecnie stosowane metody wykrywania MSBP, które okazują się zdecydowanie niewystarczające. Ekstrapolując wnioski z badań nad symulacją, przedstawimy możliwe strategie wykrywania MSBP, które należy poddać weryfikacji empirycznej.

lub wywoływaniem symptomów („a” i – pośrednio – „d”). Pozostałe dwa kryteria mogą również występować u rodziców niebędących sprawcami krzywdzenia, zgłaszających się do lekarzy z dziećmi, u których występują niewyjaśnione objawy.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (ATP 1994, 2000) zaproponowało alternatywną kategorię kliniczną – zaburzenie rzekome *per procura* (*Factitious disorder by Proxy* – FDBP) – co dodatkowo komplikuje cechy definicyjne omawianego zespołu/zaburzenia.

Meadow (1995) przekonująco opisuje podstawowe różnice dzielące MSBP i definicję FDBP przedstawioną w czwartym wydaniu amerykańskiego podręcznika diagnostyczno-statystycznego zaburzeń umysłowych (DSM-IV). Z jednej strony kategoria FDBP jest szersza niż definicja zastępczego zespołu Munchausena, ponieważ umożliwiała diagnozowanie tego zaburzenia u osób innych niż rodzice ofiary. Z drugiej jednak strony definicja FDBP jest bardziej ograniczona, ponieważ zawęża przypuszczalną motywację pacjentów do przyjmowania „roli chorego”.

Meadow (1995) zaleca uwzględnienie innego motywu – a mianowicie chęć zwrócenia na siebie uwagi – w celu uniknięcia

arbitralnego ograniczenia użyteczności proponowanych kryteriów diagnostycznych. Podobnie Schreier i Libow (1993e) podkreślają istotne znaczenie relacji pa-

cientów cierpiących na FDBP z personelem medycznym; autorzy ci zakwestionowali wąski zakres definicji przedstawionej w DSM-IV.

Nierozstrzygnięte problemy związane z definicjami i diagnozą

Fisher i Mitchell (1995) podważają słuszność założeń, na jakich opiera się diagnoza MSBP/FDBP jako zaburzenia. Według tych autorów stwierdzenie *zastępczego zespołu Munchausena/zaburzenia rzekomego per procura nie jest diagnozą w tradycyjnym znaczeniu tego pojęcia, lecz charakterystyką obserwacyjną z implikacjami dotyczącymi przyczyn* (s. 532). Fisher i Mitchell mają słuszność, przynajmniej w kontekście tradycyjnego rozumienia trafności diagnostycznej.

Zgodnie z klasycznymi kryteriami Syndehama (zob. Murphy i in. 1974) w wypadku każdego zaburzenia muszą istnieć kryteria włączenia, kryteria wyłączenia oraz kryteria skutków (ogólne omówienie tej istotnej kwestii znaleźć można w: Rogers 2001). Proponowane kryteria włączenia nie określają symptomów występujących u osoby cierpiącej na FDBP, ale raczej wpływ tych objawów na innych, a także przypuszczalną motywację do wywierania takiego wpływu. Ponadto jedyne kryterium wyłączenia (*których nie można wyjaśnić jako objawów innego zaburzenia psychicznego* – ATP 1994, s. 727) jest zbyt niejednoznaczne, aby mogło być użyteczne. Wreszcie badania dotyczące kryteriów skutków (np. Bools i in. 1993; Libow 1995) na ogół skupiają się na dzieciach (ofiarach), a nie na rodzicach, u których stwierdzono FDBP.

W podręczniku DSM-IV (ATP 2000) opisano trzy odrębne kategorie udawania chorób:

- a) symulację;
- b) zaburzenia rzekome z przewagą oznak i objawów psychicznych, w dalszej części tego artykułu nazywane „zaburzeniami rzekomymi (FD) psychicznymi”;
- c) zaburzenia rzekome z przewagą oznak i objawów fizycznych, w dalszej części tego artykułu nazywane „zaburzeniami rzekomymi (FD) somatycznymi”.

Podstawowa różnica między symulacją a zaburzeniami rzekomymi wiąże się z odmiennością celów motywacyjnych. W wypadku symulowania jednostkę motywują okoliczności zewnętrzne (ATP 2000, s. 739), a udawanie jest *łatwo rozpoznawalne, kiedy znane są warunki środowiskowe* (ATP 2000, s. 513), natomiast zaburzenia rzekome diagnozuje się tylko wtedy, gdy jednostkę motywuje *psychologiczna potrzeba przyjęcia roli chorego, czego dowodzi brak okoliczności zewnętrznych, które mogłyby ją skłaniać do określonych zachowań* (ATP 2000, s. 513).

Rogers i jego współpracownicy (Rogers i in. 1989, 1994a) opisują problemy natury teoretycznej i klinicznej związane z rozpoznawaniem zaburzeń rzekomych wyłącznie na podstawie sądów inferencyjnych dotyczących motywacji. Jednak pomimo tych wątpliwości ów trójskładnikowy model (symulacja, FD psychiczne i FD somatyczne) umożliwia badaczom i lekarzom badanie różnych wzorów udawania objawów chorobowych bez konieczności odwoływania się do określonych mechanizmów etiologicznych czy wyjaśniających.

Zmyślanie bądź wywoływanie objawów u innej osoby można określić mianem „udawania *per procura*”. Podobnie jak w wypadku udawania *per se*, można wyróżnić trzy kategorie kliniczne:

- a) symulację *per procura*;
- b) FD psychiczne *per procura*;
- c) FD somatyczne *per procura*.

Jak już wspomniano, w definicji zaburzenia FDBP zakłada się, że jedyną motywacją sprawcy jest chęć przyjęcia roli chorego „w zastępstwie” innej osoby, pod nieobecność okoliczności zewnętrznych, które mogłyby zachęcać jednostkę do takich działań (Donald, Jureidini 1996). Jednakże studia

przypadków (np. Eberle 1997; Roberts 1997; Stone 1989) wskazują, że chęć wejścia w rolę chorego nie jest jedynym czynnikiem motywacyjnym oddziałującym na takie osoby.

Jak przekonamy się w dalszej części tego artykułu, we współczesnych ujęciach omawianego zaburzenia (MSBP/FDBP) bierze się pod uwagę celowe udawanie objawów, wykraczające zarówno poza role rodzicielskie, jak i poza cele związane z przyjęciem roli chorego. Po uwzględnieniu wszystkich form udawania objawów chorobowych kategoria MSBP przestaje być jednoznaczna diagnostycznie. Zważywszy na obowiązujące rozróżnienie diagnostyczne między

zaburzeniami rzekomymi a symulacją, należałoby stworzyć drugą kategorię – symulowanie *per procura*.

Modele MSBP i FDBP nie określają precyzyjnie cech definicyjnych tych zaburzeń. W obu modelach podano gotowe wnioski (na przykład „udawanie objawów fizycznych lub psychicznych”), nie przedstawiając przesłanek diagnostycznych do sformułowania takich wniosków. Wobec owych nierozstrzygniętych wątpliwości warto rozważyć analizę prototypową jako jedną z systematycznych metod rozpoznawania cech klinicznych osób z FDBP oraz odróżniania tego zaburzenia od innych jednostek chorobowych i stylów reakcji.

Zwiększenie jasności diagnostycznej poprzez zastosowanie analizy prototypowej

Teorię prototypów opracowała Elizabeth Rosch (1973, 1978) w celu dookreślenia „zbiorów rozmytych”, czyli niejednoznacznych pojęć o niewyraźnych granicach. W swym inspirującym artykule Broughton (1990) dowodził użyteczności analizy prototypowej w procesie walidacji konstruktorów klinicznych. W ramach procedury analizy prototypowej prosi się ekspertów o dokonanie ilościowej oceny wyrazistości i reprezentatywności różnych kryteriów w odniesieniu do diagnozy określonego zaburzenia. Analizę prototypową stosowano wobec rozmaitych zaburzeń, między innymi wobec depresji (Horowitz i in. 1981) i zaburzeń osobowości (Livesley, Jackson 1986; Livesley i in. 1987; Rogers i in. 1992b, 1994b, 2000). Z punktu widzenia niniejszych rozważań szczególnie istotny wydaje się fakt, że Rogers i jego współpracownicy (Rogers i in. 1998, 1994c) z powodzeniem zastosowali analizę prototypową do wyjaśniających modeli symulacji chorób.

Warunkiem *sine qua non* diagnozy jest istnienie mierzalnych, wiarygodnych różnic pod względem oznak i objawów. We współczesnej literaturze przedmiotu (najnowsze przeglądy badań znaleźć można

w: Folks 1995; Kahan, Yorker 1991; Libow, Schreier 1998; Murray 1997; Schreier, Libow 1993b; Skau, Mouridsen 1995) podkreśla się wspólne cechy matek, u których stwierdzono zastępczy zespół Munchausena, między innymi podobieństwa dotyczące pochodzenia, ról rodzicielskich oraz typów upośledzeń umysłowych.

Należy dokonać systematycznego przeglądu badań w celu wyodrębnienia oznak i objawów specyficznych dla FDBP. W określeniu najbardziej reprezentatywnych cech tego zaburzenia niezwykle użyteczna może się okazać analiza prototypowa z udziałem specjalistów doświadczonych w dziedzinie FDBP. W dziedzinie, w której często poświęca się wiele uwagi przypadkom szczególnie dramatycznym (omówienie tego zagadnienia zob. Meadow 1995), występuje oczywiste ryzyko wykorzystywania „heurystyki dostępności” (Tversky, Kahneman 1982), polegającej na traktowaniu przypadków bardzo nietypowych lub skrajnych jako standardu diagnostycznego. Rozwiązanie problemu heurystyki dostępności wymaga skupienia się na najbardziej reprezentatywnych cechach omawianego zaburzenia, co można uczynić poprzez zastosowanie analizy prototypowej.

Frances i współpracownicy (1991) podkreślają ważną rolę porównań między kategoriami sąsiadującymi (*near-neighbor comparisons*) w określaniu różnic diagnostycznych. Wskazanie niespecyficznych różnic dzielących bardzo odmienne grupy pacjentów (na przykład pacjentów z zaburzeniami łaknienia i pacjentów cierpiących na schizofrenię) jest niezbyt użyteczne w procesie walidacji danego zaburzenia (Rogers 2001). W wypadku FDBP porównania między kategoriami sąsiadującymi obejmują:

- a) FDBP a fałszywe alarmy (nieuzasadnione zarzuty – ang. *false positives*);
- b) FDBP a inne formy krzywdzenia dzieci;
- c) FDBP a wyolbrzymianie objawów.

Wyniki badań wskazują jednoznacznie na pomyłki diagnostyczne polegające na myleniu FDBP z fałszywymi alarmami (Meadow 1993; Parnell 1998a; Schreier, Libow 1993h), z innymi formami krzywdzenia dzieci (Ayoub, Alexander 1998; Donald, Jureidini 1996) oraz z wyolbrzymianiem objawów (Masterson i in. 1988). Ponadto zdarza się, że lekarze błędnie klasyfikują przypadki niestosowania się rodziców do zaleceń lekarskich oraz symulowanie objawów przez rodzica/dziecko jako przypadki FDBP (Rand, Feldman 1999).

FDBP jest wyjątkiem wśród zaburzeń (zarówno powszechnie uznanych, jak i postulowanych) pod tym względem, że diagnoza tego zaburzenia koncentruje się nie na sprawcy – osobie, u której występuje FDBP – ale na ofierze *per procura* (dziecku). Przyjmując tę perspektywę, Seibel i Parnell (1998) podsumowali wcześniejsze przeglądy badań (Rosenberg 1987; Schreier, Libow 1993e) dotyczących objawów medycznych obserwowanych u ofiar. Autorzy wyodrębnili 110 objawów związanych z syndromem Munchausena *per procura* (dalsze przykłady znaleźć można w: Lacey i in. 1993). Niestety, większość tych objawów ma charakter niespecyficzny i często towarzyszy innym (rzeczywistym) zaburzeniom.

Inni badacze skupiali się nie na symptomach i oznakach FDBP, lecz na zmiennych interpersonalnych. Na przykład Donald i Jureidini (1996) doszli do wniosku, że MSBP należy zdefiniować jako *złożoną transakcję między co najmniej trzema osobami – rodzicem, jego dzieckiem oraz lekarzem* (s. 756, wyróżnienie w wersji oryginalnej). Podobnie Schreier i Libow (1993f, 1993i) opisują szczegółowo zaburzone relacje między rodzicem a ofiarą oraz między rodzicem a lekarzem.

Nadrzędnym celem badawczym jest określenie objawów oraz pozostałych cech odróżniających FDBP od innych zaburzeń. Przed dokonywaniem zakrojonych na dużą skalę porównań między grupami o znanych cechach, analiza prototypowa jest użyteczną metodą rozpoznawania podstawowych objawów FDBP, odróżniających to zaburzenie od:

- a) innych form krzywdzenia dzieci,
- b) innych typów rodziców dysfunkcyjnych,
- c) innych zaburzeń przypominających FDBP.

W owej fazie wstępnej nie należy arbitralnie ograniczać zakresu analizowanych zmiennych. Trzeba uwzględnić trzy podstawowe kategorie: kryteria kliniczne FDBP (zob. Bools i in. 1994), cechy ofiary *per procura* oraz zmienne związane z relacjami między rodzicem a dzieckiem i między rodzicem a lekarzem. Jeśli chodzi o cechy ofiary, wyniki wstępnych badań (Libow 1995) sugerują, że około połowa ofiar (dzieci) może zdawać sobie sprawę z tego, że ich choroba została wywołana przez rodziców. Wywiady kliniczne z potencjalnymi ofiarami mogą zatem ułatwiać prawidłową klasyfikację. Eksperti mający doświadczenie w dziedzinie FDBP i krzywdzenia dzieci mogliby oceniać reprezentatywność zmiennych związanych z zaburzeniami zmyślonymi/sztucznie wywołanymi i rzeczywistymi.

Badania międzykulturowe dotyczące FDBP mogą rzucić pewne światło na de-

terminanty i przejawy tego zaburzenia w różnych społeczeństwach. Brown i Feldman (1998) twierdzą, że kultury „zmedykalizowane” i „niezmedykalizowane” wyraźnie się różnią pod względem przyczyn i symptomów FDBP. Takie różnice miałyby istotne implikacje zarówno dla etiologii, jak i dla klasyfikacji tego zaburzenia.

Istotne zadanie związane z diagnozą FDBP polega na ustaleniu, czy właściwości tego zaburzenia mają charakter katego-

rialny, charakteryzujący się nieciągłością objawów (zob. Cloninger i in. 1985), czy też tworzą pewne kontinuum (zob. Widiger 1991). Wybierając objawy najbardziej prototypowe, badacze mogą stwierdzić, czy objawy te są również charakterystyczne dla sąsiadujących kategorii zaburzeń. Jeśli tak jest, należy opracować model o charakterze wymiarowym, służący ocenianiu różnic pod względem stopnia nasilenia objawów.

Modele wyjaśniające

Wyliczenie kryteriów diagnostycznych – chociaż samo w sobie wartościowe – opisuje dane zaburzenie, ale go nie wyjaśnia. Aby model FDBP był użyteczny klinicznie, musi dawać lekarzom pewne wyobrażenie na temat tego, dlaczego niektórzy opiekunowie narażają swoje dzieci na ból, zbędne procedury medyczne, a w niektórych wypadkach nawet na śmierć. W tej części niniejszego artykułu przyjrzymy się modelom wyjaśniającym, opierając się na analogiach zaczerpniętych z bogatej literatury dotyczącej symulacji chorób.

Najważniejsza kwestia sporna związana z zaburzeniem FDBP dotyczy podstawowej motywacji tkwiącej u jego podłoża; trudno jednak wskazać trafne metody oceniania owej motywacji. Bezpośrednie wywiady z osobami, u których stwierdzono FDBP, na ogół okazują się bezcelowe, ponieważ większość tych osób nie przyznaje się do zarzucanych im działań, nawet w obliczu jednoznacznych dowodów (Feldman 1994). Inne rozwiązanie polega na analizowaniu wniosków lekarzy (oraz innych pracowników służby zdrowia) dotyczących motywacji tkwiącej u podłoża FDBP.

Jednakże wielu lekarzy może tendencyjnie oceniać przypadki FDBP. Jak dowodzą Schreier i Libow (1993a) częstą reakcją lekarzy na potencjalne przypadki FDBP jest zaprzeczanie i niedowierzanie. Z kolei potwierdzenie słuszności podejrzeń doty-

czących FDBP może wywoływać u lekarzy silne reakcje emocjonalne lub kontrprzeniesienie w stosunku do osób (rodziców) z FDBP (Szajnberg i in. 1996).

Kontrprzeniesienie może być następstwem gniewu, jaki budzi w lekarzu celowe narażanie bezbronych dzieci na cierpienie i urazy fizyczne. Może również wynikać z jego poczucia, że dał się nabrać i uległ manipulacjom rodzica, u którego występuje FDBP.

Co skłania niektórych ludzi do wywołania lub wymyślenia objawów chorobowych u bezbronych dzieci, do pozostawiania w ciągłym kontakcie z systemem opieki zdrowotnej oraz do przedstawiania się w nadmiernie pozytywnym świetle? Intuicja podpowiada nam, że u podłoża takich zachowań musi tkwić jakieś zaburzenie. Jak inaczej można wyjaśnić zadawanie cierpień własnemu dziecku w celu podtrzymania relacji z personelem medycznym oraz gniewne zaprzeczanie FDBP w obliczu niepodważalnych dowodów? Pomimo intuicyjnej wiarygodności tego wyjaśnienia, warto rozważyć inne modele wyjaśniające.

Opracowywanie modeli wyjaśniających FDBP to zadanie niezwykle trudne ze względu na niewielką częstość występowania tego zaburzenia, różnorodność jego obrazów klinicznych oraz złożoność motywów, jakimi kierują się osoby, u których ono występuje. Mając to na uwadze, Rogers i jego

Tabela 1. Przegląd modeli wyjaśniających zjawisko symulowania

Model	Motywacja
Patogeniczny	Podstawowa motywacja ma charakter psychopatologiczny. W tym ujęciu udawanie symptomów traktuje się jako działanie celowe – nieskuteczny sposób przejmowania kontroli. Zgodnie z modelem patogenicznym u jednostki następuje stopniowe pogarszanie się funkcjonowania psychicznego aż do momentu, w którym udawanie objawów staje się mniej dobrowolne.
Kryminologiczny	W tym modelu – przedstawionym w amerykańskim <i>Podręczniku diagnostyczno-statystycznym</i> (DSM) (ATP 1980, 1987, 1994, 2000) – podstawowym motywem jednostki jest impuls antyspołeczny. Osoby, które przejawiają skłonności antyspołeczne, zabiegają o niezасłużone nagrody, często poprzez popełnianie kolejnych czynów przestępczych.
Adaptacyjny*	Zgodnie z tym modelem podstawowym motywem jest dążenie do poradzenia sobie z sytuacją trudną, któremu często towarzyszy porównywanie dostępnych opcji. Symulowanie jest spostrzegane jako jedno z możliwych rozwiązań trudnego problemu.

* Termin „adaptacyjny” odnosi się do punktu widzenia osoby symulującej chorobę, która próbuje poradzić sobie z sytuacją trudną; nie implikuje on żadnych wartości społecznych dotyczących zachowań prospołecznych lub zdrowia psychicznego.

współpracownicy (Rogers 1990a, 1990b; Rogers i in. 1994a, 1994b, 1994c, 1998) przeprowadzili szeroko zakrojone badania dotyczące modeli wyjaśniających symulację. Danych prototypowych dotyczących modeli wyjaśniających dostarczyło łącznie 541 bardzo doświadczonego ekspertów, którzy ocenili około 26000 pacjentów symulujących choroby.

Rogers (1990a, 1990b, 1997a) zbadął trzy niewykluczające się modele wyjaśniające symulację, opisywane w literaturze klinicznej: patogeniczny, kryminologiczny i adaptacyjny (zob. tabela 1). Mimo że modele te zostały opracowane w celu wyjaśnienia zjawiska symulacji, można je również stosować w odniesieniu do innych stylów behawioralnych, takich jak styl obronny (zob. Rogers, Dickey 1991).

Analiza prototypowa (Rogers i in. 1994a, 1994b, 1994c, 1998) dostarcza dowodów przemawiających za trafnością wszystkich trzech modeli. Co interesujące, model pato-

geniczny okazał się najmniej przekonujący w odniesieniu do udawania zarówno zaburzeń psychicznych, jak i somatycznych, chociaż w przypadkach, które nie zostały skierowane na drogę sądową, zaobserwowano niewielką różnicę związaną z płcią (a mianowicie model ten okazał się nieco bardziej trafny w odniesieniu do kobiet). Po wprowadzeniu nieznacznych udoskonaleń, Rogers i Neumann (w druku) dowiedli trafności tych modeli wyjaśniających poprzez zastosowanie konfirmacyjnej analizy czynnikowej, przeprowadzonej oddzielnie dla przypadków sądowych i tych, które nie zostały skierowane na drogę sądową.

W jakim stopniu te trzy modele wyjaśniające są użyteczne w odniesieniu do zaburzenia FDBP? Aby uzyskać pełen obraz sytuacji, przeanalizowałem kilkadziesiąt ważnych artykułów dostępnych w literaturze przedmiotu, poszukując opisów czynników motywacyjnych, jakie mogą tkwić u podłoża tego zaburzenia. Jak przedsta-

wiono w tabeli 2, w modelach wyjaśniających dominowała motywacja patogeniczna. To odkrycie nie jest zaskakujące, jeśli weźmie się pod uwagę sztuczne ograniczenia nałożone na zespoły typu *per procura*. Jak wynika z listy motywów przed-

stawionej w pierwszej kolumnie tabeli 2, większość wyjaśnień patogenicznych jest związana z podejściem psychodynamicznym. Na ogół pomija się behawioralne modele korzyści wtórnych (zob. Rogers, Reinhardt 1998).

Tabela 2. Modele wyjaśniające FDBP – na podstawie przeglądu literatury przedmiotu

Model patogeniczny	Model kryminologiczny	Model adaptacyjny
<ul style="list-style-type: none"> • Wykorzystanie dziecka jako obiektu fetyszystycznego^{a, o, p} • Zazdrość o penisa odczuwana w stosunku do lekarza^a • Sztywny styl obronny męski – niedojrzałość^a • Strach przed izolacją i opuszczeniem^a • Epizody dysocjacyjne^b Osobowość histrioniczna^{c, d, e} • Nadmierne przywiązanie i symbioza z dzieckiem^{e, m} • Sadomasochistyczna relacja z lekarzem^{f, o} • Motyw międzypokoleniowy – matki z zespołem Munchausenaⁱ • Uzależnienie od lekarzy i opieki^{k, l} • Kompleks Medei – chęć odzyskania miłości mężaⁿ • Nadmiernie uległe kobiety obawiające się zdrady^{o, p} 	<p>Fałszywe przypisywanie sobie osiągnięć^d</p> <p>Wcześniejsze konflikty z prawem (wyroki skazujące)^d</p> <p>Psychopatia^d</p>	<p>Korzyści finansowe^{d, b}</p> <p>Uzyskanie odszkodowania za błędy w sztuce lekarskiej^d</p> <p>Współdziałanie rodzica i dziecka w celu orzeczenia niepełnosprawnościⁱ</p> <p>Nagradzenie dziecka za udawanie chorobyⁱ</p> <p>Rozwiązywanie konfliktów rodzinnych^{i, k}</p>

Uwaga: Wymienione pozycje zawierają opisy typów motywacji, nie zawsze zgodne z opinią autorów.

^a (Hotchkiss 1997), ^b (Feldman 1994), ^c (Palladino 1998), ^d (Meadow 1977), ^e (Lacey i in. 1993), ^f (Schreier, Libow 1993e), ^g (Roberts 1997), ^h (Eberle 1997), ⁱ (Bools i in. 1994), ^j (Parnell 1998–2002), ^k (Meadow 1995), ^l (Masterson i in. 1988), ^m (Libow, Schreier 1986), ⁿ (Kahan, Yorker 1991), ^o (Schreier 1992), ^p (Schreier, Libow 1993f), ^q (Szajnberg i in. 1996).

Czy model adaptacyjny wymaga dalszych badań? Jak wynika z tabeli 2, badacze i komentatorzy wymieniają korzyści finansowe oraz współdziałanie rodzica i dziecka ukierunkowane na osiągnięcie zewnętrznego celu jako potencjalne motywy uwzględniane w paradygmacie adaptacyjnym. Jak wyjaśnić dążenie do uzyskania korzyści finansowych w wypadku osób żyjących w ubóstwie? Oczywiście można

odwoływać się do skomplikowanych zjawisk, takich jak konflikty intrapsychiczne, nie należy jednak pomijać innych, prostszych wyjaśnień.

Rzadko bierze się pod uwagę model kryminologiczny. Można jednak przypuszczać, że niewielka, lecz zauważalna grupa opiekunów, u których stwierdzono FDBP, popełniała wcześniej przestępstwa, często z użyciem przemocy wobec innych. Zgod-

nie z paradygmatem kryminologicznym motywacją do popełniania przestępstw bądź psychopatia z elementem przemocy zastępuje inne możliwe wyjaśnienia. Ostatnie działania na rzecz ścigania karnego sprawców FDBP (zob. Schreier, Libow 1993d; Wilkinson, Parnell 1998) sugerują, że znaczna część opinii publicznej opowiada się za modelem kryminologicznym.

Krytyczna analiza modeli wyjaśniających jest istotna ze względów zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Z perspektywy teoretycznej badacze mogą starać się zweryfikować trafność rozmaitych modeli, aby zrozumieć motywę, jakimi kierują się opiekunowie, u których zdiagnozowano FDBP. Obecnie większość badaczy skupia się na psychodynamicznej wersji modelu

patogenicznego, jednakże na wstępnym etapie wyjaśniania zjawiska FDBP należy również uwzględnić inne modele wyjaśniające. Jeśli natomiast chodzi o praktykę profesjonalną, to na podstawie różnych modeli wyjaśniających będą powstawały rozmaite programy interwencyjne. Należy rozważyć specyficzne metody terapeutyczne, uwzględniające różne wzory motywacji.

Bez wątpienia konieczne są systematyczne badania poświęcone modelom wyjaśniającym oraz ujęciom teoretycznym zaburzenia FDBP. Jednak już teraz praktycy i badacze potrzebują klinicznych narzędzi przesiewowych oraz procedur diagnostycznych do wykrywania przypadków FDBP. W kolejnej części tego artykułu omówimy metody wykrywania tego zaburzenia.

Diagnozowanie FDBP

Testy psychologiczne

Kaufman (1994) zaleca stosowanie baterii testów psychologicznych do wykrywania potencjalnych przypadków FDBP. Takie podejście może dostarczać interesujących danych psychologicznych dotyczących potencjalnych pacjentów z FDBP, jednak nie rozstrzyga istotnej kwestii diagnostycznej: czy u tej konkretnej osoby można zdiagnozować FDBP?

W dwóch badaniach (Parnell 1998c; Schreier, Libow 1993g) zastosowano kwestionariusze MMPI i MMPI-2 w grupie rodziców, u których zdiagnozowano FDBP. Zdając sobie sprawę z różnic, jakie dzielą te dwie wersje (zob. Edwards i in. 1993), połączyłem te dwa niewielkie zbiory danych ($n = 9$ i $n = 15$), aby na ich podstawie sformułować wstępne wnioski. Biorąc pod uwagę dostępne dane, można przeanalizować trzy miary nastawienia (stylu) obronnego:

a) skalę L oceniającą stopień zaprzeczania najbardziej powszechnym ludzkim wadom,

b) skalę K dotyczącą zaprzeczania problemom psychicznym,

c) wskaźnik F-K, odnoszący się do prawdopodobieństwa tego, że dana osoba zgadza się z wieloma twierdzeniami obronnymi na skali K oraz ze stosunkowo nielicznymi pozycjami nietypowymi na skali F.

Zaobserwowano niewielkie podwyższenie wyników na obu skalach: L ($M = 58$) i K ($M = 57$). Takie wyniki występują jednak powszechnie zarówno w populacjach normalnych, jak i klinicznych (Greene 1997). Wyraźnie podwyższone wyniki (>75) stwierdzono u dwojga badanych (8,3%) na skali L oraz u ani jednej osoby badanej (0%) na skali K. Bardziej interesujących informacji dostarcza wskaźnik F-K. W porównaniu z normami klinicznymi średni wynik uzyskany przez pacjentów z FDBP wydaje się znacznie obniżony (co wskazuje na silniejsze nastawienie obronne): $F-K = -12,88$. Czy jednak powinniśmy zakładać, że osoby, w których wypadku istnieje

podejrzanie FDBP, cierpią na zaburzenia psychiczne umysłowe? Kiedy nie czynimy takiego założenia, owa różnica znika; średni wynik w populacji normalnej jest niemal taki sam, jak wstępne dane zgromadzone w grupie pacjentów z FDBP: $F-K = -12$ (Greene 1997).

Kilka ważnych spostrzeżeń poczynionych na podstawie wyników uzyskanych przez osoby z FDBP w kwestionariuszach MMPI i MMPI-2 zasługuje na szczególną uwagę.

1. Miary ogólne nastawienia obronnego (L, K, F-K) są na ogół nieskuteczne w wykrywaniu bardziej złożonych stylów reakcji, takich jak FDBP.
2. Najbardziej skuteczną miarą nastawienia obronnego – skalą aprobaty społecznej

Wigginsa (Wsd) – jest rzadko stosowana przez lekarzy (zob. metaanaliza – Baer i in. 1992) i nie została dotąd zweryfikowana w populacji osób z FDBP.

3. Autorzy wcześniejszych badań często wyciągali błędne wnioski na podstawie danych pochodzących z kwestionariuszy MMPI i MMPI-2. Na przykład Rosen i współpracownicy (1983, cyt. w: Schreier, Libow 1993c, s. 171) utożsamili brak podwyższonych wyników (według norm klinicznych) z nastawieniem obronnym, tymczasem takie profile wcale nie muszą się wiązać z defensywnością. Są one powszechne u pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychiatrycznymi (Greene 1991).

Badania przesiewowe a strategie wykrywania FDBP

W praktyce zaburzenie FDBP na ogół wykrywa się poprzez wykluczenie innych możliwości. Mimo że Rosenberg (1998) zaleca tę metodę, to jednak wielu komentatorów (Donald, Jureidini 1996; McClure i in. 1996) przestrzega przed wykluczaniem wszystkich możliwych wyjaśnień jako metodą diagnostyczną. W wypadku diagnozy przez wykluczenie większość przypadków traktuje się jako zaburzenia rzeczywiste do czasu odrzucenia wszystkich prawdopodobnych wyjaśnień. Według Schreiera i Libow (1993e) taki proces diagnostyczny trwa na ogół kilka miesięcy, a w około jednej piątej przypadków – dłużej niż rok.

Nowsze dane otrzymane przez Sheridan (1998) są jeszcze bardziej niepokojące. Dokonany przez tę autorkę przegląd 150 przypadków wykazał, że średni okres między zgłoszeniem się do lekarza a wykryciem FDBP znacznie przekraczał dwanaście miesięcy (a dokładnie wynosił 14,2 miesiąca).

Prawdopodobnie wiele przypadków FDBP nie zostaje wykrytych. Najnowsze dane wskazują, że wykrywa się niemal wyłącznie przypadki tego zaburzenia związane z poważnymi dolegliwościami (90%) (zob. Schreier, Libow 1993b), przy

czym większość zostaje zdiagnozowana w warunkach szpitalnych. To odkrycie ma istotne implikacje dla diagnozy i wykrywania FDBP. Prawdopodobnie przypadki mniej poważne, występujące w warunkach ambulatoryjnych, często pozostają niewykryte. Ów problem komplikuje się jeszcze bardziej wskutek niewielkiej wiedzy na temat FDBP wśród pracowników służby zdrowia, zwłaszcza lekarzy w lokalnych przychodniach (zob. Kauffman i in. 1989).

W wypadku zaburzeń stosunkowo rzadkich, takich jak FDBP, niezwykle istotne jest opracowanie zweryfikowanych empirycznie narzędzi przesiewowych. W kontekście niniejszych rozważań termin „narzędzie przesiewowe” odnosi się do wystandaryzowanej miary umożliwiającej wstępną identyfikację podgrup pacjentów, w których wypadku należy przeprowadzić bardziej gruntowną i wszechstronną diagnozę. Należy pamiętać, że wynik badania przesiewowego nie oznacza – ani nawet nie implikuje – występowania FDBP. Nawet niezwykle skuteczne narzędzia przesiewowe mogą prowadzić do wielu błędnych klasyfikacji, jeśli stosuje się je w odniesieniu do

rzadko spotykanych zaburzeń. Załóżmy na przykład, że częstość występowania FDBP w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej wynosi aż 1%. Nawet przy tej stosunkowo dużej częstości, znakomite narzędzie przesiewowe o dodatniej mocy prognostycznej równej 95% dawałoby błędne wyniki w około pięciu na sześć przypadków.

Obecnie dostępne są narzędzia przesiewowe niezwerifikowane empirycznie. Na przykład Artingstall (1995) zaleca wykorzystywanie czternastu wskaźników syndromu zastępczego zespołu Munchausena. Część tych objawów dotyczy ofiary: niewyjaśniona, przedłużająca się choroba, niemożność sformułowania diagnozy (pomimo przeprowadzenia wszechstronnych badań) oraz niewyjaśnione objawy kliniczne. Pozostałe wskaźniki dotyczą opiekuna: wydaje się nie martwić chorobą dziecka, utrzymuje bliskie relacje z personelem medycznym, w przeszłości miał objawy chorobowe podobne do tych, jakie występują u dziecka, chętnie zgadza się na dodatkowe badania, nie wyraża zgody na wypisanie dziecka ze szpitala oraz odrzuca wyjaśnienia pozamedyczne.

Inni autorzy (Folks 1995; Parnell 1998b; Skau, Mouridsen 1995) wymieniają dodatkowo brak reakcji na leczenie, pogarszanie się objawów w obecności opiekuna oraz przypadki zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej w rodzinie. W szkołach Palladino (1998) zaleca stosowanie następujących wskaźników przesiewowych: częste nieobecności, nauczanie indywidualne (w domu) z powodu rozmaitych problemów medycznych, częste choroby oraz nadmierny nacisk na problemy medyczne/różne formy upośledzenia.

Lekarze mogą kwestionować skuteczność badań przesiewowych, opowiadając się za wszechstronnymi badaniami diagnostycznymi. Jednakże tego rodzaju badania często są inwazyjne i zakłócają proces opieki zdrowotnej. Ponadto wszechstronna diagnoza wymaga:

- a) dokonania gruntownego przeglądu historii chorób w rodzinie, w tym także u rodziców i rodzeństwa,
- b) dokładnego przeanalizowania dolegliwości ofiary, wyników badań laboratoryjnych i reakcji na zastosowane wcześniej leczenie,
- c) czasochłonnej analizy relacji między opiekunem a personelem medycznym oraz między opiekunem a dzieckiem.

Systematyczne badania diagnostyczne FDBP wymagają zatem zbyt wielu zasobów, aby można je było prowadzić na dużą skalę.

Badania przesiewowe to metoda efektywna czasowo, którą można stosować systematycznie w różnych instytucjach opieki zdrowotnej (w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych). Jednym z możliwych typów narzędzi przesiewowych jest kwestionariusz wypełniany przez rodzica, który minimalizuje czasochłonność badania (z punktu widzenia personelu medycznego), a jednocześnie maksymalizuje prawdopodobieństwo wykrywania przypadków FDBP. Można wskazać dwa powody, z jakich w tego rodzaju badaniach należy skoncentrować się na rodzicach (a nie na dziecku).

Po pierwsze, dzieci różnią się między sobą pod względem stopnia rozwoju zdolności poznawczych, co utrudnia opracowanie ujednoliconego kwestionariusza przesiewowego.

Po drugie, to zwykle rodzice są sprawcami FDBP, zatem zrozumienie ich motywacji wydaje się najprostszą drogą ku trafnej diagnozie tego zaburzenia.

Jeśli chodzi o wykrywanie przypadków symulacji, opracowano wiele miar przesiewowych o różnej trafności klasyfikacyjnej (zob. Smith 1997). Najskuteczniejsze metody wydają się opierać na konkretnych strategiach wykrywania, przy czym zawarte w nich pozycje charakteryzują się niewielką trafnością fasadową (czyli nie są „przejrzyste” – trudno się domyślić, co mierzą). Przykładem złożonego narzędzia

przesiewowego jest opracowany przez Rogersa i jego współpracowników (Rogers 1992; Rogers i in. 1992) ustrukturyzowany wywiad zawierający osiem podstawowych skal. Optymalną klasyfikację uzyskiwano wtedy, gdy osoba badana przekracza wartości progowe na co najmniej trzech skalach. Pozycje diagnostyczne umieszczono wśród twierdzeń obszernego kwestionariusza, aby jeszcze bardziej zmniejszyć ich przejrzystość. Druga metoda zmniejszania przejrzystości pozycji polega na formułowaniu pytań, które są neutralne pod względem aprobaty społecznej (zob. Rogers 1997b).

Opracowanie narzędzi do badań przesiewowych FDBP stwarza wiele możliwości i wyzwania. Zamiast koncentrować się na szerokim wachlarzu zmyślonych/wywołanych objawów, jakie mogą występować u ofiar, można przyjąć bardziej bezpośrednie podejście, polegające na ocenie deklarowanych postaw i przekonań osób, u których podejrzewa się to zaburzenie. Istotny wydaje się nacisk na postawy/przekonania deklarowane – prawdziwość tych poglądów nie jest bowiem przedmiotem badań przesiewowych. Empiryczna walidacja umożliwiła badaczom analizowanie różnic grupowych bez konieczności potwierdzania prawdziwości odpowiedzi.

Weryfikacja przesiewowych narzędzi diagnostycznych to proces złożony, składający się z następujących etapów:

a) sformułowanie modelu teoretycznego,

- b) identyfikacja istotnych obszarów, składających się na dane zaburzenie lub styl reakcji,
- c) określenie potencjalnych strategii w każdej z tych dziedzin,
- d) sformułowanie pozycji (twierdzeń) reprezentatywnych dla tych dziedzin,
- e) weryfikację miar prototypowych za pomocą badań symulacyjnych i porównań między grupami o znanych właściwościach (zob. Rogers 1997b).

W tabeli 3 przedstawiłem próbkę takiego narzędzia, wymieniając kilka dziedzin, strategii wykrywania i przykładowych pozycji (twierdzeń). Oczywiście tabela 3 zawiera zaledwie wstępny projekt, wymagający dalszej współpracy specjalistów i wielu udoskonaleń, aby mógł z niego powstać weryfikowalny test przesiewowy.

W naturze narzędzi przesiewowych do wykrywania zaburzenia FDBP – nawet po dokładnej weryfikacji empirycznej – tkwi pewne ograniczenie. Jak już wspomniano, nawet bardzo skuteczne testy przesiewowe dają znaczną liczbę fałszywych wyników pozytywnych. Wynik dodatni jest zatem zaledwie sygnałem konieczności przeprowadzenia dokładniejszych badań. Rezultatów testów przesiewowych nie można wykorzystywać nawet jako dowodów pośrednich FDBP; takie nadużycie może pociągać za sobą tragiczne następstwa, jeśli wynik badania przesiewowego staje się podstawą fałszywego oskarżenia niewinnych rodziców.

Wnioski

W ciągu ostatnich dwudziestu lat poczyniono istotne postępy w rozumieniu zaburzenia FDBP. Można wskazać trzy kolejne kroki w procesie walidacji diagnostycznej tego konstruktów.

Po pierwsze, należy poddać krytycznej analizie granice FDBP. Jeśli autorzy definicji diagnostycznych będą obstawali przy zawężaniu motywów tkwiących u podłoża

tego zaburzenia do motywacji związanej z przyjmowaniem „roli chorego”, to należy również wziąć pod uwagę inne ważne odmiany (na przykład symulację *per procura*).

Po drugie, wobec właściwości FDBP – podobnie jak w wypadku diagnozy innych zaburzeń – należy zastosować zaproponowane przez Syndehama kryteria włączenia, wyłączenia i wyników. Jedna

Tabela 3. Opracowanie kwestionariusza wypełnianego przez rodziców jako narzędzia przesiewowego do wykrywania FDBP

Dziedzina	Strategia	Przykładowe pozycje
Postawa wobec choroby	Wyjątkowość objawów	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lekarze nie potrafią wyjaśnić choroby mojego dziecka. 2. Potrzebnych będzie co najmniej kilku specjalistów, aby wyjaśnić chorobę mojego dziecka i opracować najlepszą metodę leczenia.
	Stoicka postawa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muszę zachować spokój w obliczu kryzysu zdrowia dziecka. 2. Lekarze cenią rodziców, którzy zachowują spokój, kiedy pojawiają się problemy medyczne wymagające nagłej interwencji.
Postawa wobec dziecka	Nadopiekuńczość	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nie rozumiem, dlaczego moje dziecko cierpi, mimo że zrobiłam dla niego wszystko, co w ludzkiej mocy. 2. Chciałabym uchronić moje dziecko przed wszystkimi chorobami i zagrożeniami na świecie.
	Oddanie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nic nie jest dla mnie ważniejsze od szczęścia mojego dziecka. 2. Poświęciłbym wszystko dla dobra mojego dziecka.
Postawa wobec personelu medycznego	Brak granic	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personel medyczny i ja stanowimy zgrany zespół pracujący na rzecz zdrowia mojego dziecka. 2. Wiem, że wywieram na lekarzy dobry wpływ.
	Wysokie wymagania	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czasami muszę bronić moje dziecko, nawet jeśli lekarze czują się urażeni. 2. Chcę, aby dla mojego dziecka uczyniono wszystko, co możliwe, bez względu na koszty.
Spostrzeganie własnej osoby	Wyjątkowość	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niewielu ludzi naprawdę rozumie, przez co musiałam przejść w dzieciństwie. 2. Jestem skomplikowaną osobą o wielu potrzebach i zainteresowaniach.
	Relacje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odkryłam, że większość dorosłych nie jest gotowa kochać innych całym sercem. 2. Dzieci pozostawiają po sobie pustkę, kiedy dorastają i oddalają się od rodziców.

z metod badania takich kryteriów polega na zastosowaniu analizy prototypowej w celu wyodrębnienia podstawowych cech zaburzenia oraz zweryfikowania modeli wyjaśniających.

Po trzecie, niezwykle ważne jest opracowanie systematycznych metod wykrywania i klasyfikowania przypadków FDBP, zważywszy na złożoność i różnorodność obrazów tego zaburzenia. Ogólne testy psychologiczne (takie jak kwestionariusz MMPI-2) okazują się mało przydatne ze względu na typowe dla wieloskalowych

inwentarzy psychologicznych ograniczone możliwości ujawniania powtarzalnych wzorów właściwości związanych ze specyficznymi kategoriami diagnostycznymi.

Z punktu widzenia trafności diagnostycznej oraz skuteczności wykrywania zaburzenia FDBP bardziej obiecujące wydają się specjalnie opracowane narzędzia dotyczące określonych dziedzin (na przykład postaw wobec ofiary), zawierające specyficzne strategie wykrywania (na przykład nadmierne oddanie rodzica).

The overriding objective is a critical examination of Munchausen syndrome by proxy (MSBP) and its closely-related alternative, factitious disorder by proxy (FDBP). Beyond issues of diagnostic validity, assessment methods and potential detection strategies are explored. A painstaking analysis was conducted of the MSBP and FDBP literature as it relates diagnostic and assessment issues. Given the limitation of this literature, extrapolations were provided from the extensive theory and research on malingering as a realted response style. Diagnostic formulations for both MSBP and FDBP de-emphasize the clinical characteristics of the perpetrator. In the case of FDBP, inferential judgments about motivation (e.g., adoption of a sick role) are challenging on conceptual and clinical grounds. When explanatory models from malingering are applied, most research has focused pathogenic models, often allied with psychodynamic thought. Finally, clinical methods for the assessment of MSBP and FDBP are not well developed. Refinements in the conceptualization of MSBP and FDBP can be provided through prototypical analysis. Drawing from malingering research, explanatory models should be expanded to include adaptational and criminological models. Finally, detection strategies for MSBP and FDBP must be formally operationalized and rigorously validated.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak

Przedruk za zgodą wydawcy – Elsevier Science z Richard Rogers (2004), *Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception*, „Child Abuse and Neglect”, vol. 28, nr 2.

Literatura

- ATP (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. trzecie, Washington, DC: Author.
- ATP (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. trzecie poprawione, Washington, DC: Author.
- ATP (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. czwarte, Washington, DC: Author.
- ATP (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. czwarte poprawione, Washington, DC: Author.

- Artingstall K.A. (1995), *Munchausen syndrome by proxy*, „FBI Law Enforcement Bulletin”, vol. 64, s. 5–11.
- Ayoub C.C., Alexander R. (1998), *Definitional issues in Munchausen by Proxy*, „American Professional Society on the Abuse of Children Advisor”, vol. 77, s. 7–10.
- Baer R.A., Wetter M.W., Berry D.T.R. (1992), *Detection of underreporting of psychopathology on the MMPI: A meta-analysis*, „Clinical Psychology Review”, vol. 72, s. 509–525.
- Bools C., Neale B., Meadow R. (1993), *Follow up with victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy)*, „Archives of Disease in Childhood”, vol. 69, s. 625–630.
- Bools C., Neale B., Meadow R. (1994), *Munchausen syndrome by proxy: A study of psychopathology*, „Child Abuse & Neglect”, vol. 18, s. 773–788.
- Broughton R. (1990), *The prototype concept in personality assessment*, „Canadian Psychology”, vol. 31, s. 26–37.
- Brown R.M.A., Feldman M.D. (1998), *International perspectives on Munchausen by Proxy*, NIH research conference on Munchausen by Proxy, Stockholm, Sweden.
- Cloninger C.R., Martin R.L., Guze S.B., Clayton P.J. (1985), *Diagnosis and prognosis in schizophrenia*, „Archives of General Psychiatry”, vol. 42, s. 15–25.
- Cunnien A.J. (1997), *Psychiatric and medical syndromes associated with deception*, w: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception*, wyd. drugie, Guilford, New York, s. 23–46.
- Donald T., Jureidini J. (1996), *Munchausen syndrome by proxy: Child abuse in the medical system*, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 150, s. 753–758.
- Eberle A.J. (1997), *Munchausen by proxy (letter)*, „Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, vol. 36, s. 1491.
- Edwards D.W., Morrison T.L., Weissman H.N. (1993), *The MMPI and MMPI-2 in an outpatient sample: Comparisons of code types, validity scales and clinical scales*, „Journal of Personality Assessment”, vol. 61, s. 1–18.
- Feldman M.D. (1994), *Denial in Munchausen syndrome by proxy: The consulting psychiatrist's dilemma*, „International Journal of Psychiatry in Medicine”, vol. 24, s. 121–128.
- Fisher G.C., Mitchell I. (1995), *Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome?*, „Archives of Disease in Childhood”, vol. 72, s. 530–534.
- Folks D.G. (1995), *Munchausen syndrome and other factitious disorders*, „Neurologic Clinics”, vol. 13, s. 267–281.
- Frances A.J., First M.B., Widiger T.A., Miele G.M., Tilly S.M., Davis W.W., Pincus H.A. (1991), *An A to Z guide to DSM IV conundrums*, „Journal of Abnormal Psychology”, vol. 100, s. 407–412.
- Greene R.L. (1991), *The MMPI-2/MMPI: An interpretive manual*, Allyn and Bacon, Boston.
- Greene R.L. (1997), *Assessment of malingering and defensiveness by multiscale inventories*, w: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception*, wyd. drugie, Guilford, New York, s. 169–207.
- Horowitz L.M., Post D.L., Frenchde R.S., Wallis K.D., Siegelman E.Y. (1981), *The prototype as a construct in abnormal psychology: Clarifying disagreement in psychiatric judgments*, „Journal of Abnormal Psychology”, vol. 90, s. 575–585.
- Hotchkiss S. (1997), *The child as fetish: Theoretical considerations on the etiology of Munchausen syndrome by Proxy*, „Clinical Social Work Journal”, vol. 25, s. 315–322.
- Kahan B., Yorker B.C. (1991), *Munchausen syndrome by proxy: Clinical review and legal issues*, „Behavioral Sciences and the Law”, vol. 9, s. 73–83.

- Kaufman D.L. (1994), *Munchausen syndrome by proxy: Medical issues*, w: R.A. Olson, L.L. Mullins, J.B. Gilman, J.M. Chaney (red.), *The sourcebook of pediatric psychology*, Allyn and Bacon, Boston, s. 361-374.
- Kaufman K.L., Coury D., Pickrel E., McCleery J. (1989), *Munchausen syndrome by proxy: A survey of professionals' knowledge*, „Clinical Abuse & Neglect”, vol. 13, s. 141-147.
- Lacey S.R., Cooper C., Runyan D.K., Azizkhan R.G. (1993), *Munchausen syndrome by proxy: Patterns of presentation to pediatric surgeons*, „Journal of Pediatric Surgery”, vol. 28, s. 827-832.
- Libow J.A. (1995), *Munchausen by proxy victims in adulthood: A first look*, „Child Abuse and Neglect”, vol. 19, s. 1131-1142.
- Libow J.A., Schreier H.A. (1986), *Three forms of factitious illness in children: When is it Munchausen syndrome by proxy?*, „American Journal of Orthopsychiatry”, vol. 56, s. 602-611.
- Libow J.A., Schreier H.A. (1998), *Factitious disorder by Proxy*, w: R.T. Ammerman, J.V. Campo (red.), *Handbook of pediatric psychology and psychiatry*, tom 1, Allyn and Bacon, Boston, s. 125-136.
- Livesley W.J., Jackson D.N. (1986), *The internal consistency and rital structure of behaviors judged to be associated with DSM III personality disorders*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 143, s. 1473-1474.
- Livesley W.J., Reiffer L.I., Sheldon A.E.R., West M. (1987), *Prototypicality ratings of DSM-III criteria for personality disorders*, „Journal of Nervous and Mental Disease”, vol. 175, s. 395-401.
- Masterson J., Dunsworth R., Williams N. (1988), *Extreme illness exaggeration in pediatric patients: A variant of Munchausen's by proxy?*, „American Journal of Orthopsychiatry”, vol. 58, s. 188-195.
- 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 Diseases in Childhood”, vol. 75, s. 57-61.
- Meadow R. (1977), *Munchausen by proxy: The hinterlands of child abuse*, „Lancet”, vol. 2, s. 343-345.
- Meadow R. (1993), *False allegations of abuse and Munchausen syndrome by Proxy*, „Archives of Disease in Childhood”, vol. 68, s. 444-447.
- Meadow R. (1995), *What is, and what is not, „Munchausen syndrome by Proxy”?*, „Archives of Disease in Childhood”, vol. 72, s. 534-538.
- Murphy G.E., Woodruff M., Herjanic M., Fischer J.R. (1974), *Validity of clinical course of a primary affective disorder*, „Archives of General Psychiatry”, vol. 30, s. 757-761.
- Murray J.B. (1997), *Munchausen syndrome/Munchausen syndrome by Proxy*, „Journal of Psychology”, vol. 131, s. 343-352.
- Palladino K.O. (1998), *The school system perspective*, w: T.F. Parnell, D.O. Day (red.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse*, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 265-273.
- Parnell T.F. (1998a), *Defining Munchausen by proxy syndrome*, w: T.F. Parnell, D.O. Day (red.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse*, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 265-273.
- Parnell T.F. (1998b), *Guidelines for identifying casus*, w: T.F. Parnell, D.O. Day (red.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse*, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 47-67.
- Parnell T.F. (1998c), *The use of psychological evaluation*, w: T.F. Parnell, D.O. Day (red.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse*, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 129-150.

- Rand D.C., Feldman M.D. (1999), *Misdiagnosis of Munchausen syndrome by proxy: A literature review and four new casus*, „Harvard Review of Psychiatry”, vol. 7, s. 94–101.
- Roberts M.D. (1997), *Munchausen by proxy (letter)*, „Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, vol. 36, s. 578–580.
- Rogers R. (1990a), *Development of a new classificatory model of malingering*, „Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law”, vol. 18, s. 323–333.
- Rogers R. (1990b), *Models of feigned mental illness*, „Professional Psychology: Research and Practice”, vol. 21, s. 182–188.
- Rogers R. (1992), *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)*, Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, FL.
- Rogers R. (1997a), *Current status of clinical methods*, w: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception*, wyd. drugie, Guilford, New York, s. 373–397.
- Rogers R. (1997b), *Researching dissimulation*, w: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception*, wyd. drugie, Guilford, New York, s. 398–426
- Rogers R. (2001), *Handbook of diagnostic and structured interviewing*, Guilford Publications, New York.
- Rogers R., Bagby, R. M., Dickens, S.E. (1992a), *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rogers R., Dion K.L., Lynett E. (1992b), *Diagnostic validity of antisocial personality disorder: A prototypical analysis*, „Law and Human Behavior”, vol. 16, s. 677–689.
- Rogers R., Bagby R.M., Rector N. (1989), *Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 146, s. 1312–1314.
- Rogers R., Dickey R. (1991), *Denial and minimization among sex offenders: A review of competing models of deception*, „Annals of Sex Research”, vol. 4, s. 49–63.
- Rogers R., Bagby R.M., Vincent A. (1994a), *Factitious disorders with predominantly psychological signs and symptoms: A conundrum for forensic experts*, „Journal of Psychiatry and Law”, vol. 22, s. 99–106.
- Rogers R., Duncan J.C., Sewell K.W. (1994b), *Prototypical analysis of antisocial personality disorder: DSM-IV and beyond*, „Law and Human Behavior”, vol. 18, s. 471–484.
- Rogers R., Sewell K.W., Goidstein A. (1994c), *Explanatory models of malingering: A prototypical analysis*, „Law and Human Behavior”, vol. 18, s. 543–552.
- Rogers R., Neumann C.S. (w druku), *Conceptual issues and explanatory models of malingering*, w: P.W. Halligan, C. Bass, D. Oakley (red.), *Malingering and illness deception: Clinical and theoretical perspectives*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Rogers R., Reinhardt V. (1998), *Conceptualization and assessment of secondary gain*, w: G.P. Koocher, J.C. Norcross, S.S. Hill, III (red.), *Psychologist's desk reference*, Oxford University Press, New York, s. 57–62.
- Rogers R., Salekin R.T., Sewell K.W., Cruise K.R. (2000), *Prototypical analysis of antisocial personality disorder: A study of inmate samples*, „Criminal Justice and Behavior”, vol. 27, s. 216–233.
- Rogers R., Salekin R.T., Sewell K.W., Goidstein A., Leonard K. (1998), *A comparison of forensic and nonforensic malingerers. A prototypical of explanatory models*, „Law and Human Behavior”, vol. 22, s. 353–367.
- Rosch E. (1973), *On the internal structure of perceptual and semantic categories*, w: T.E. Moore (red.), *Cognitive development and the acquisition of language*, Academic Press, New York, s. 111–144.
- Rosch E. (1978), *Principles of categorization*, w: E. Rosch, B.B. Lloyd (red.), *Cognition and categorization*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, s. 27–48.

- Rosen C.L., Frost J.D., Bricker T., Tarnow J.D., Gillette P.C., Dunlavy S. (1983), *Two siblings with cardiorespiratory arrest: Munchausen syndrome by proxy or child abuse?*, „Pediatrics”, vol. 71, s. 715-720.
- Rosenberg D.A. (1987), *Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by Proxy*, „Child Abuse & Neglect”, vol. 11, s. 547-563.
- Rosenberg D.A. (1998), *Munchausen by proxy: A proposal for diagnostic criteria*, NIH research conference on Munchausen by Proxy, Stockholm, Sweden.
- Schreier H.A. (1992), *The perversion of mothering. Munchausen syndrome by Proxy*, „Bulletin of the Menninger Clinic”, vol. 56, s. 421-437.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993a), *The challenge of discovery and the reluctance to act*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 35-60.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993b), *Defining the syndrome*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 3-34.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993c), *Extent of the problem*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 61-68.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993d), *Legal issues and MBPS*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 186-200.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993e), *Munchausen syndrome by proxy: Diagnosis and prevalence*, „American Journal of Orthopsychiatry”, vol. 63, s. 318-321.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993f), *The perversion of mothering: The danger of being ignored*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 83-102.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993g), *Psychological testing of MSBP patients*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 164-185.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993h), *The risk of misdiagnosis*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 69-75.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993i), *Surrender in the family: dynamic issues involving older children*, w: H.A. Schreier, J.A. Libow (red.), *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*, Guilford, New York, s. 135-145.
- Seibel M.A., Parnell T.F. (1998), *The physician's role in confirming the diagnosis*, w: T.F. Parnell, D.O. Day (red.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse*, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 68-94.
- Sheridan M.S. (1998), *An updated literature review on Munchausen syndrome by Proxy*, NIH research conference on Munchausen by Proxy, Stockholm, Sweden.
- Skau K., Mouridsen S.E. (1995), *Munchausen syndrome by proxy: A review*, „Acta Paediatrica”, vol. 84, s. 977-982.
- Smith G.P. (1997), *Assessment of malingering with self-report instruments*, w: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception*, wyd. drugie, Guilford, New York, s. 351-372.
- Stone F.B. (1989), *Munchausen by proxy syndrome: An unusual form of child abuse*, „Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work”, vol. 70, s. 243-246.
- Szajnberg N.M., Moilanen I., Kanerva A., Tolf B. (1996), *Munchausen syndrome by proxy: Countertransference as a diagnostic tool*, „Bulletin of the Menninger Clinic”, vol. 60, s. 219-227.

- Tversky A., Kahneman D. (1982), *Availability: A heuristic for judging frequency and probability*, w: D. Kahneman, P. Slovic, A. Tversky (red.), *Judgment and uncertainty: Heuristics and biases*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, s. 163–178.
- Widiger T.A. (1991), *Personality disorder dimensional models proposed for DSM-IV*, „Journal of Personality Disorders”, vol. 5, s. 386–398.
- Wilkinson R., Parnell T.F. (1998), *The criminal prosecutor's perspective*, w: T.F. Parnell, D.O. Day (red.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse*, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 219–252.