

Przeniesiony zespół Münchhausena

Münchhausen syndrome by proxy

Dominika Berent, Antoni Florkowski, Piotr Gałęcki

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

Summary

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

Słowa kluczze: zaburzenie pozorowane, przeniesiony zespół Münchhausena, maltretowanie dzieci
Key words: factitious disorder, Münchhausen syndrome by proxy, child abuse

Wstęp

Przeniesiony zespół Münchhausena (Münchhausen syndrome by Proxy – MSBP) jest zaburzeniem psychicznym, potencjalnie letalną formą maltretowania dzieci [1] lub innych, również dorosłych, pozostających pod opieką osoby z opisywanym zespołem. Patologiczna relacja emocjonalna wiąże najczęściej cierpiącą na MSBP biologiczną matkę i jej dziecko – ofiarę MSBP. Pozornie opiekuńcza i kochająca matka w rzeczywistości nie akceptuje swojego dziecka. Odczuwa wewnętrzną potrzebę postrzegania go przez innych jako osobę dotkniętą chorobą. Zainteresowanie i współczucie należne rodzinom prawdziwie chorych dzieci stanowi dla niej rodzaj nagrody psychologicznej. Matka wyzwała u ofiary objawy chorobowe, np. poprzez podawanie trucizny, głodzenie, wywoływanie infekcji, duszenie do utraty przytomności, a w łagodniejszych postaciach MSBP – opowiadanie lekarzowi wymyślonych objawów choroby lub fabrykowanie nieprawidłowych wyników badań, np. poprzez zanieczyszczanie próbki moczu dziecka własną krwią. Działania te podejmowane są planowo, ze szczególną starannością o uniknięcie zdemaskowania.

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

W piśmiennictwie polskim stosuje się zamiennie kilka następujących nazw tego zaburzenia: zespół Münchhausena przeniesiony; zespół Münchhausena zastępczy; zespół Münchhausena udzielony; zespół Münchhausena per procura; zespół Münchhausena by proxy. W anglosaskim natomiast: Meadow's syndrome, Münchhausen syndrome by proxy. *By proxy* oznacza dosłownie „poprzez substytut”, gdzie substytutem jest osoba, najczęściej własne dziecko, będące ofiarą postępowania osoby cierpiącej na MSBP.

Termin zespół Münchhausena (Münchhausen syndrome – MS) został po raz pierwszy zastosowany w 1951 roku przez angielskiego lekarza Ashera [2]. Nazwał tak zaburzenie psychiczne dorosłych osób, które celowo wytwarzały objawy chorobowe lub udawały je i poddawały się niepotrzebnemu leczeniu, a jedyną motywacją tego działania była chęć zogniskowania uwagi personelu medycznego na własnej osobie. Asher nazwał zespół od nazwiska barona von Münchhausena, XVIII-wiecznego niemieckiego oficera na żołdzie rosyjskim, znanego z opowiadania zmyślonych przygód, w których jakoby brał udział. Termin MSBP wprowadził natomiast w 1977 roku angielski pediatra, Roy Meadow [3], i nazwał tak zaburzenie psychiczne dwóch matek, które indukowały i wymyślały objawy chorobowe u własnych dzieci. Pierwsza z nich deklarowała, że od dawna obserwuje u swojego dziecka krwimocz. Objawu tego nigdy nie potwierdzono badaniami laboratoryjnymi. Po postawieniu prawidłowej diagnozy, u matki zastosowano leczenie psychiatryczne i uzyskano poprawę. U dziecka drugiej matki potwierdzono nawracanie hipernatremii. Dziecko zmarło z powodu ciężkich zaburzeń elektrolitowych. Wiele lat później matka wyznała swojemu psychiatrze, że otruła je solą kuchenną [3]. Niezwykle ciekawymi opisami przypadków 19 dzieci, będących ofiarami 17 matek cierpiących na MSBP, podzielił się ze światem medycznym Roy Meadow w 5 lat od wprowadzenia przez siebie do literatury medycznej nazwy dla tego zaburzenia [4].

Wyróżnia się trzy stopnie nasilenia MSBP [5]:

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

Epidemiologia

Częstość występowania MSBP jest nieznaną [6]. Do raportów epidemiologicznych trafiają w większości jedynie jego ciężkie postaci. W Stanach Zjednoczonych rejestruje się łącznie 1200 przypadków rocznie [7], ale oszacowano, że w rzeczywistości

ofiara MSBP pada tam prawdopodobnie 1000 dzieci na rok [8]. W Polsce rocznie opisywanych jest kilka do kilkunastu przypadków ofiar MSBP (średnio 3/100 000 dzieci), ale rzeczywista skala rozpowszechnienia tej formy maltretowania pozostaje nieznana [7].

W jednym z badań ujawniono, że ofiarami MSBP okazał się 1% dzieci, u których wstępnie zdiagnozowano astmę oskrzelową [9]; w innym – było to 5% dzieci z objawami sugerującymi alergię pokarmową [10].

Powstało wiele prac, w których podjęto próbę określenia częstości występowania MSBP manifestującego się u ofiary stanem po podduszeniu lub zatruciem pokarmowym. Wyniki badań wskazały, że łącznie w Anglii i Irlandii rejestruje się 2,8 przypadku ofiar tak manifestowanego MSBP na 100 000 dzieci poniżej 1 roku życia i 0,5 przypadku na 100 000 dzieci poniżej 16 roku życia [11]; na terenie Nowej Zelandii – 2 przypadki rocznie na 100 000 dzieci poniżej 16 roku życia [12]; w Stanach Zjednoczonych – łącznie 625 dzieci rocznie [13].

Etiologia

Większość badaczy skłania się do teorii psychodynamicznej, która jako motywację do działania osoby cierpiącej na MSBP uznaje potrzebę zogniskowania na sobie uwagi, potrzebę poczucia władzy, odreagowania. Sugeruje się również możliwość istnienia niespecyficznego dysfunkcji mózgu powstałej u matki, która jako dziecko sama była ofiarą nadużyć albo we wczesnym wieku utraciła jedno z rodziców lub oboje, czy z niejasnego powodu wypiera wspomnienia z okresu własnego dzieciństwa. Silny stres, np. problemy małżeńskie, mogą wyzwolić początek MSBP. Jako źródło zaburzenia wskazywana jest też nieprawidłowa relacja rodziców z dzieckiem – dziecko wykorzystywane jako narzędzie do kontroli sytuacji, brak akceptacji dziecka mimo pozornie bliskich relacji. Uwaga poświęcana matce przez personel medyczny może stanowić dla niej psychologiczną nagrodę [8, 14].

Kryteria diagnostyczne

W klasyfikacji DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders IVth edition. Text revision) MSBP opisano w rozdziale „Zaburzenia pozorowane” (300.16 – 300.19), pod nazwą „udzielone zaburzenie pozorowane”, i zdefiniowano jako „zamierzone wytwarzanie lub udawanie fizycznych bądź psychicznych oznak lub objawów u kogoś innego, kto pozostaje pod opieką danej osoby, w celu pośredniego podjęcia roli osoby chorej” [15]. Proponowane przez DSM-IV-TR kryteria diagnostyczne dla MSBP przedstawiają się następująco [16]:

- 1 – zamierzone wytwarzanie albo udawanie oznak lub objawów fizycznych czy psychicznych;
- 2 – motywem takiego zachowania jest pośrednie podjęcie roli osoby chorej;
- 3 – nie występują zewnętrzne uwarunkowania dla takiego zachowania (np. zysk ekonomiczny, uniknięcie odpowiedzialności prawnej lub poprawa samopoczucia fizycznego);

4 – brak współistniejących chorób psychicznych mogących stanowić przyczynę takiego zachowania.

W klasyfikacji ICD-10 (International classification of diseases – 10) [17] MSBP opisano pod nazwą „przeniesiony zespół Münchhausena” (nadużywanie dziecka) (T74.8).

Diagnostyka MSBP jest bardzo trudna ze względu na fakt, że osoba z tym zaburzeniem sama nie przyzna się do indukowania objawów chorobowych u swojej ofiary. Należy wykluczyć wszelkie możliwe przyczyny dolegliwości dziecka. Analiza jego dokumentacji medycznej, a niekiedy i osoby cierpiącej na MSBP, może okazać się bardzo pomocna w postawieniu rozpoznania. W razie zdiagnozowania MSBP należy w pierwszej kolejności, poprzez zawiadomienie odpowiednich instytucji, zadbać o bezpieczeństwo ofiary i potencjalnych ofiar osoby psychicznie zaburzonej [8]. Ponad połowa pediatrów, którzy w swojej praktyce lekarskiej odkryli, że leczone przez nich dzieci są ofiarami MSBP, przyznała, że doświadczenie to wiązało się dla nich z ciężkim stresem [12].

Wiele lat temu Roy Meadow wymienił oznaki, które powinny zasugerować lekarzowi praktykowi rozpoznanie MSBP [4]. Nadal stanowią one cenną wskazówkę, wzbudzającą czujność diagnostyczną. Uzupełniane doświadczeniami późniejszych lat, przedstawiają się następująco [8, 14]:

- niewyjaśniona przewlekła lub nawracająca choroba dziecka;
- ofiara MSBP była wielokrotnie hospitalizowana, często z powodu nietypowych zespołów objawów chorobowych;
- rozbieżności pomiędzy danymi z badania podmiotowego, wynikami badań a stanem zdrowia dziecka;
- wstępna diagnoza rzadkiej choroby (według Meadowa radszej nawet od MSBP, np. porfirii);
- objawy ustępują lub zmniejsza się ich nasilenie po oddzieleniu od rodziców;
- matka sprawia wrażenie nadzwyczaj troskliwej i czulej dla dziecka;
- matka często zgłasza, że dziecko nie toleruje zaleconego leczenia;
- matka wydaje się bardziej martwić personelem medycznym niż chorobą dziecka (np., kiedy Meadow wyraził jednej z matek ubolewanie w związku z przedłużającą się diagnostyką tajemniczej choroby jej dziecka, ta zaproponowała mu kawę, wyraziła podziw dla jego starań i poprosiła, by się nie martwił);
- matka deklaruje, że napady padaczkowe dziecka nie ustępują mimo leczenia;
- w rodzinie leczonego dziecka wystąpiły niewyjaśnione zgony noworodków;
- matka wykonywała zawód medyczny lub ma bogatą historię swoich licznych chorób (prowokuje objawy chorobowe również u siebie);
- zakażenie wkłucia dożylnego wieloma szczepami bakterii;
- wykrycie we krwi leku nie podawanego dziecku;
- grupa krwi w próbkach moczu, kału, wymiocin dziecka może nie być zgodna z jego grupą krwi;
- we krwi, moczu lub stolcu dziecka mogą być wykrywane ślady egzogennych substancji chemicznych.

Cierpiący na MSBP

W ponad 95% przypadków zespołu osobą cierpiącą na MSBP jest biologiczna matka ofiary [4, 13, 18]. Nie wykazano, aby rasa predysponowała do rozwoju MSBP, ale większość zaburzonych matek to przedstawicielki rasy białej [14]. Charakterystyczne są ich głębokie zaburzenia emocjonalne, które skutkują upośledzeniem budowania relacji interpersonalnych. Kontakt z własnym dzieckiem przyjmuje zaskakującą postać. Przeważnie matka sprawia wrażenie niezwykle opiekuńczej, nie odstepuje od łóżka hospitalizowanego dziecka. W rzeczywistości jest ono przez nią z nieokreślonych powodów odrzucane lub wykorzystywane jako narzędzie do skierowania na siebie upragnionej uwagi otoczenia. Dziesięć osób, będących w dzieciństwie ofiarami MSBP, po latach od fatalnych zdarzeń wyznało, że jako dzieci czuło się niekochanymi przez rodziców i żyło w poczuciu braku bezpieczeństwa [19]. Uważa się, że sympatia i współczucie, jakimi jest obdarzana przez personel medyczny rodzina chorego dziecka, stanowi dla zaburzonej matki rodzaj nagrody psychologicznej. Należy pamiętać, że może ona prezentować nietypowy dla MSBP obraz psychopatologiczny, a mianowicie wrogość, chwiejność emocjonalną, wyraźnie mało wiarygodne wypowiedzi, zwykle jednak chętnie współpracuje z personelem medycznym, wyraża zgodę na liczne badania diagnostyczne, nie zważając na ryzyko i ból, jakie niosą dla jej dziecka. Indukuje lub wymyśla coraz to nowe niepokojące objawy chorobowe lub brak tolerancji zastosowanego leczenia. Permanentnie deklaruje niewiedzę o możliwych źródłach powstawania dolegliwości. Należy podkreślić, że wszelkie działania podejmuje planowo, a nie impulsywnie. Jest krytyczna wobec swojego postępowania, ale rzadko przyznaje się do maltretowania dziecka. Podejmuje usilne starania zatajenia nadużyć i czyni to tak skutecznie, że lekarz rzadko bierze pod uwagę MSBP w diagnostyce różnicowej. W razie wzbudzenia podejrzeń w personelu medycznym, szuka pomocy w leczeniu wymyślonej choroby u innego lekarza.

Typowo objawy chorobowe dziecka pojawiają się w czasie jego pozostawiania pod opieką matki i zanikają podczas separacji. Nie należy jednak nie doceniać jej zdolności do manipulowania nie tylko personelem medycznym, ale i najbliższą rodziną. Bywa, że krewny potwierdza obecność niepokojących objawów, o których opowiada lekarzowi matka. Przekonuje ona rodzinę do interpretowania pewnych fizjologicznych stanów, np. niewielkiego zasinienia twarzy niemowlęcia podczas płaczu, jako oczywistych objawów chorobowych. Wykazano, że 80% zaburzonych matek pracowało w służbie zdrowia, przeważnie w zawodzie pielęgniarki lub rejestratorki medycznej [4, 8, 13]. Dążą one do nawiązania bliskich relacji z personelem medycznym, którym są zafascynowane i można odnieść słuszne wrażenie, że bardziej zajmują je sprawy szpitalnego oddziału niż własne dziecko. Niejednokrotnie stanowią wsparcie dla lekarzy, pielęgniarek, a nawet rodzin innych hospitalizowanych dzieci. Charakterystyczne jest u nich niedostosowanie afektu w czasie opowiadania o „wyprodukowanej” chorobie dziecka. Zwraca uwagę spokojny wyraz twarzy podczas nalegania na kolejne bolesne i ryzykowne badania diagnostyczne i opowiadania o niejasnych objawach chorobowych dziecka [13].

Ojciec maltretowanego dziecka, przeważnie zależny, wycofany, nieświadomy zaburzenia psychicznego żony, bezkrytycznie ją wspiera, stając się biernym współwinnym nadużycia. Bywa, że w ogóle nie odwiedza dziecka w szpitalu. Część ojców cechuje agresja względem żony i tendencja do porzucania rodziny. Uważa się, że w takich przypadkach matka indukuje chorobę dziecka, aby nakłonić męża do powrotu [13].

Przeniesiony zespół Münchhausena rzadko współwystępuje z chorobami psychicznymi pierwszej osi diagnostycznej wg DSM-IV-TR. Częste są natomiast zaburzenia osobowości, a u 10–25% chorych współistnieje MS [13]. Warto więc zapytać matkę dziecka o jej własne objawy chorobowe i historię hospitalizacji.

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

Ofiara MSBP

Ofiarami zespołu padają głównie noworodki, niemowlęta i małe dzieci. Średni wiek maltretowanego dziecka w momencie rozpoznania MSBP to według jednych badaczy 39,8 miesiąca [20]; według innych – 32 miesiące [12] lub 20 miesięcy [11].

Jak wcześniej nadmieniono, działania matki dotkniętej MSBP są celowe, zaplanowane. Ich postać jest odmienna u dzieci w różnych przedziałach wiekowych, matka bowiem nie chce zostać zdemaskowana. Ofiarami duszenia są dzieci małe, jeszcze nie mówiące i nie potrafiące właściwie ocenić działania matki, a więc takie, które nikomu się nie poskarżą. Meadow ocenił, że matki zaczynają podduszać dzieci w ich pierwszych 3 miesiącach życia i kontynuują to działanie przez 6–12 miesięcy lub do ich śmierci [21], jednak maltretowane mogą być też dzieci nastoletnie [22], które często potwierdzają opisywane lekarzowi przez matkę dolegliwości czy to ze strachu przed nią, czy ulegając jej perswazji i wierząc, że są chore na tajemniczą chorobę, której lekarze nie potrafią zdiagnozować.

Osoba cierpiąca na MSBP indukuje u podopiecznego częściej chorobę fizyczną niż psychiczną. Do najczęściej indukowanych lub wymyślanych objawów należą: bóle brzucha, wymioty, biegunka, spadek masy ciała, napady drgawkowe, duszność, infekcje, gorączka, krwawienie, zatrucie, ospałość [13].

Jeżeli maltretowane dziecko ma rodzeństwo to istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że i ono jest ofiarą MSBP. Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa Abdulhamida i Siegel [13], u rodzeństwa 48% duszonych noworodków (N = 27) odnotowano zespół nagłej śmierci łóżeczkowej; ofiarami MSBP okazało się rodzeństwo 25,8% dzieci powracających z powodu fabrykowanych objawów na oddziały neurologii i gastroenterologii; spośród 83 ofiar 15 miało 18 nieżyjącego już rodzeństwa, w tym 5 zgonów było wcześniej klasyfikowanych jako przypadki zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej; z metaanalizy 451 przypadków dzieci z fabrykowaną chorobą 61% rodzeństwa (N = 210) również było ofiarą nadużycia, a 25% zmarło.

Większość autorów wskazuje, że śmiertelność maltretowanych przez osoby cierpiące na MSBP dzieci wynosi 6–10% [8, 23]. Zgon dziecka może wynikać bezpośrednio z działań podejmowanych przez chorą osobę lub być skutkiem ubocznym zlecanych przez lekarzy inwazyjnych badań diagnostycznych [4]. Długotrwały uszczerbek na zdrowiu stwierdza się u 7,3% dzieci [23].

U maltretowanego dziecka często obserwuje się zaburzenia psychiczne. W badaniu, którym objęto 54 dzieci w wieku 1–14 lat (średnio 5–6 lat) od potwierdzenia nadużycia rozwinęły się one u 13 dzieci mieszkających nadal z chorymi matkami i u 14 dzieci przeniesionych do rodzin zastępczych. Były to zaburzenia zachowania, zaburzenia uwagi, zaburzenia sprawności umysłowej, lęk indukowany określonymi sytuacjami lub miejscami, zaburzenia snu, zespół stresowy pourazowy (posttraumatic stress disorder, PTSD) [24].

Część dzieci będących ofiarami MSBP zaczyna wiązać bycie chorym ze skupianiem na sobie uwagi, co wyzwała MS [8].

Leczenie MSBP

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

Osobom dotkniętym MSBP proponowana jest krótko- i długoterminowa terapia psychiatryczna i opieka psychologiczna [25]. Zaleca się także psychoterapię poznawczo-behawioralną – leczenie powinno trwać wiele lat [8].

Nie ma znanych sposobów zapobiegania występowaniu MSBP. Konieczne jest jak najwcześniejsze zabieranie dzieci spod opieki osoby zaburzonej, zapobieganie ich szkodom zdrowotnym [8].

U matek, u których wcześniej potwierdzono MSBP, należy sprawdzić, czy nadal rozwijają szkodliwe działania wobec dziecka i nauczyć je akceptować niechciane dziecko [1].

Podsumowanie

MSBP stanowi groźną, niekiedy letalną formę maltretowania dzieci. Ze względu na istotę tego zaburzenia, mogą się z nią zetknąć lekarze wszelkich specjalności. Lepsze poznanie skutków działań podejmowanych przez cierpiące na MSBP matki i objawów sugerujących prawidłową diagnozę przyczyni się do częstszego rozpoznawania zespołu, uchronienia dzieci przed dalszym maltretowaniem i wcześniejszego obejmowania chorych matek leczeniem psychiatrycznym i opieką psychologiczną.

Перемещенный синдром Мюнхаузена

Содержание

Перемещенный синдром Мюнхаузена (Münchhausen Syndrom By Proxy, MSBP) является психическим нарушением взрослых людей, особенной формой maltreatment детей. Патологическая реакция эмоций соединяет мать и ее ребенка. Разнородность проявляемых жертвами проявляемых симптомов приводят к их наличию в различных кабинетах врачей многих специализаций медицинского обслуживания. До сих пор знание специфики синдрома Мюнхаузена и редкий учет этого заболевания в дифференциальной диагностике приводят к факту ошибочного диагностирования этого нарушения в начальных стадиях синдрома. Остаются только тяжелые, потенциально смертельные случаи этого синдрома. Иные случаи много лет составляют источники стабильного изменения как физической, так и психической сферы больного. Почти 30 лет от первой пробы описания симптомов, указывающих на правильный диагноз представлен в предлагаемой работе, а именно данные по эпидемиологии, этиологии, диагностических критериях, возможного для реализации терапевтического поведения и психологического портрета матери, страдающей этим синдромом и ее ребенка – жертвы синдрома Мюнхаузена.

Das Münchhausen – Stellvertreter – Syndrom

Zusammenfassung

Das Münchhausen – Stellvertreter – Syndrom (Münchhausen Syndrome By Proxy; MSBP) ist eine psychische Störung bei den Erwachsenen, eine besondere Form der Kindesmisshandlung. Eine nicht richtige emotionelle Reaktion verbindet meistens die Mutter und ihr Kind. Die Unterschiedlichkeit der durch die Opfer gezeigten Formen der Misshandlung verursacht, dass damit die Ärzte aller Fachgebiete in ihrer täglichen Praxis zu tun haben können. Es gibt immer noch unzureichendes Wissen über dieses Syndrom und seltene Berücksichtigung dieser Störung in der Diagnostik verursacht, dass hauptsächlich schwere, potentiell letale Fälle des Syndroms diagnostiziert werden. Die übrigen Fälle beschreiben die Quelle der Gesundheitsbeschädigung der Opfer, sowohl physikalischer als auch psychischer Beschädigung. Fast 30 Jahre lang seit dem ersten Versuch, die Symptome richtig zu diagnostizieren, besprechen wir den aktuellen Wissensstand zur Epidemiologie, Ätiologie, zu diagnostischen Kriterien, vorgeschlagener Behandlungsweise und psychologischem Porträt der an die Störung leidenden Mutter und ihres Kindes, der Opfer des Syndroms.

Le syndrome de Münchhausen par procuration (Münchhausen Syndrome By Proxy = MSBP)

Résumé

Le MSBP est un trouble chez les personnes adultes, pourtant c'est une forme particulière de la maltraitance sur mineur. Une relation émotionnelle incorrecte existe souvent entre la mère et l'enfant. La variété des symptômes manifestés par les victimes cause le fait que les médecins de toutes les spécialités peuvent les observer chez leurs patients. La connaissance insuffisante de ce syndrome cause qu'il est diagnostiqué rarement et seulement dans les cas les plus sévères, potentiellement létales. Les autres cas restent inconnus et durant les années ils sont les sources des troubles physiques et psychiques de leurs victimes. Presque 30 ans après la première description des symptômes de ce syndrome les auteurs de cet article présentent les connaissances actuelles touchant son épidémiologie, étiologie, critères diagnostiques, thérapie, portrait psychologique de la mère et de l'enfant, victimes de ce syndrome.

Piśmiennictwo

1. Friedman SH, Resnick PJ. *Child murder by mothers: patterns and prevention*. World Psychiatry 2007; 6: 137–141.
2. Asher R. *Münchhausen's syndrome*. Lancet 1951; 1 (6): 339–341.
3. Meadow R. *Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse*. Lancet 1977; 2 (8033): 343–345.
4. Meadow R. *Münchhausen syndrome by proxy*. Arch. Dis. Child. 1982; 57 (2): 92–98.
5. Jakubowska-Winiecka A. Wykład: *Zastępczy zespół Münchhausena*. V Konferencja Naukowa „Interdyscyplinarne przeciwdziałanie przemocy wobec dzieci. Zastępczy zespół Münchhausena. Aspekty medyczno-prawne”, 29.11.2008. Warszawa, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, materiały niepublikowane.
6. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. *Update on Münchhausen syndrome by proxy*. Curr. Opin. Pediatr. 2005; 17 (2): 252–257.
7. Przewoźniczuk M. *Zespół Münchhausena per procura*. Dostęp: 02.07.2009 r. na www.dobryrodzic.pl.
8. Cleveland Clinic. *Münchhausen syndrome by proxy*. Ostatnia aktualizacja: 10.07.2005 r. Dostęp: 13.06.2009 r. na www.clevelandclinic.org/disorders/Factitious_Disorders/hic_Munchhausen_Syndrome_by_Proxy.aspx
9. Godding V, Kruth M. *Compliance with treatment in asthma and Münchhausen syndrome by proxy*. Arch. Dis. Child. 1991; 66 (8): 956–960.
10. Warner JO, Hathaway MJ. *Allergic form of Meadow's syndrome (Münchhausen by proxy)*. Arch. Dis. Child. 1984; 59 (2): 151–156.
11. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. *Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and-accidental suffocation*. Arch. Dis. Child. 1996; 75 (1): 57–61.
12. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. *Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy in New Zealand*. J. Paediatr. Child Health 2001; 37 (3): 240–243.
13. Abdulhamid I, Siegel PT. *Medscape's Continually Updated Clinical Reference. Münchhausen syndrome by proxy*. Ostatnia aktualizacja: Mar 26, 2008. Dostęp: 14.06.2009 r. na www.emedicine.medscape.com/article/917525-overview.
14. *Medscape's Continually Updated Clinical Reference. Münchhausen syndrome by proxy*. Ostatnia aktualizacja: 17.01.2008 r. Dostęp: 13.06.2009r. na www.emedicine.medscape.com/article/295258-overview.
15. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wciórka J, red. Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2008.
16. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Appendix B. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
17. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków, Warszawa: Uniw. Wyd. Med. Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
18. *The Nemours Foundation. Münchhausen by proxy syndrome*. Ostatnia aktualizacja: 5.11.2007 r. Dostęp: 04.01.2008 r. na www.kidshealth.org/parent/general/sick/munchhausen.html.
19. Libow JA. *Münchhausen by proxy victims in adulthood: a first look*. Child Abuse Negl. 1995; 19 (9): 1131–1142.
20. Rosenberg DA. *Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy*. Child Abuse Negl. 1987; 11 (4): 547–563.
21. Meadow R. *Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death*. J. Pediatr. 1990; 117 (3): 351–357.

22. Awadallah N, Vaughan A, Franco K i in. *Münchhausen by proxy: A case, chart series, and literature review o folder victims*. Child Abuse Negl. 2005; 29 (8): 931–941.
23. Sheridan MS. *The deceit continues: an updated literature review of Münchhausen syndrome by proxy*. Child Abuse Negl. 2003; 27 (4): 431–451.
24. Bools CN, Nepale BA, Meadow SR. *Follow up of victims of fabricated illness (Münchhausen syndrome by proxy)*. Arch. Dis. Child. 1993; 69: 625–630.
25. Berg B, Jones DP. *Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Münchhausen's syndrome by proxy)*. Arch. Dis. Child. 1999; 81 (16): 465–472.

Adres: Dominika Berent
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny
91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159

Otrzymano: 13.07.2009
Zrecenzowano: 7.08.2009
Otrzymano po poprawie: 20.10.2009
Przyjęto do druku: 16.11.2009