

Przeniesiony zespół Münchausena w opinii sądowo- -psychiatrycznej – opis przypadku i kontrowersje etyczne

Münchausen syndrome by proxy in a forensic psychiatric evaluation – the description of a case and ethical controversy

Janusz Heitzman, Małgorzata Opio, Alfreda Ruzikowska, Anna Pilszyk

Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie
Kierownicy: prof. nadzw. dr hab. n. med. J. Heitzman

Summary

Aim. Presentation of the difficulties in diagnosing Münchausen syndrome by proxy.

Method. Comparison of four different conclusions in forensic psychiatric opinions issued in one case, due to the need of answering to the questions of the court, in what periods and why was the deterioration of the child's health, in connection with an allegation that the mother has acted to his detriment. In the first medical-legal opinion the treating physician, while being the head of the ward and the person informing the police of the action against a child by the mother, recognised Münchausen syndrome by proxy. The second opinion was delivered by a psychologist, who stated that the mother distinguished the introspective attitude characterised by excessive, exaggerated accuracy, thoroughness, and did not give an unambiguous answer to the questions of the court. In the third opinion the experts accepted that the functioning of the subject does not create a threat to life and health of the child. The fourth opinion developed by the authors of this paper noted that in the analysed medical records of the child's hospitalisation, no arguments were found to recognise Münchausen syndrome by proxy.

Results. In the conducted extended ambulant study of the subject and the analysis of the medical documentation of the 31 hospitalisations of the child showed that the improvement of the child's health was not associated in exclusion of pushing aside the mother from the child, but was the result of the consistency of the therapeutic treatment team, the continuation and the modification of the treatment.

Conclusions. In appointing the expert, the art. 196 of the Code of Criminal Procedure should be considered, which states that the expert should not be the treating doctor, because his opinion loses value impartiality. Diagnosis of Münchausen Syndrome by proxy itself stirs up numerous controversies..

Słowa kluczowe: przeniesiony zespół Münchausena, konflikt etyczny, opinia sądowa

Key words: Münchausen syndrome by proxy, ethical conflict, forensic opinions

Wstęp

Pierwowzorem dla zespołu Münchausena nie jest fikcyjna, lecz rzeczywista osoba, która ma swoją pozycję w literaturze. Jest nią baron Münchausen, który żył

w latach 1720–1797. Był zapalonym podróżnikiem i przez wiele lat podróżował po Europie. Opowieści barona Münchhausena zostały spisane pod koniec XVIII wieku przez niemieckiego poetę Gotfryda Bürgera w dziele pod tytułem „Przygody barona Münchhausena”. Przed kilku laty ten zbiór opowiadań był interesująco przetłumaczony na język polski przez Julię Hartwig i został wzbogacony ilustracjami absolwentki krakowskiej ASP Elżbiety Śmietanka-Combik. Przygody opowiadane przez barona są niezwykle fantastyczne, nieprawdopodobne i tak naprawdę nigdy nie było wiadomo, ile w nich jest fikcji literackiej, a ile autentycznych opowieści bohatera [1]. Symbol nieprawdopodobnych przygód barona znalazł swoje miejsce w medycynie pod nazwą zespołu Münchhausena, gdy podczas procesu diagnostycznego ujawniają się nieprawdopodobne, nie mające miejsca zdarzenia.

Postać barona Münchhausena w psychiatrii zaczęto wiązać z zespołem zaburzeń osobowości i poważnym somatycznym cierpieniem. Zespół Münchhausena (Z. M.) polega na pozorowaniu choroby poprzez celowe i świadome wytwarzanie objawów choroby somatycznej i psychicznej w celu uzyskania jakichś świadczeń medycznych i wtórnych korzyści [2]. Choć nie ma opracowań dotyczących rozpowszechnienia tego zaburzenia, jest to powszechnie znany zespół w psychiatrii, a w piśmiennictwie psychiatrycznym znane są jego opisy kazuistyczne [2, 3].

Odmianą diagnostyczną jednostką jest przeniesiony zespół Münchhausena, gdzie rodzic lub opiekun wywołuje u dziecka zaburzenia somatyczne. Różnica między oboma zespołami polega na tym, że w zespole Münchhausena pacjent wywołuje sam u siebie objawy chorobowe, natomiast w przeniesionym zespole Münchhausena są one wywołane u dziecka przez działanie jego opiekuna. Stwierdzane zaburzenia są leczone przez pediatrów, dlatego ten problem jest mniej znany wśród lekarzy zajmujących się medycyną ludzi dorosłych. Dzieci, które są ofiarami swoich rodziców/opiekunów, tworzą szczególną grupę dzieci maltretowanych. Jest to specyficzny rodzaj przemocy w rodzinie [4, 5]. Drugą grupą profesjonalistów, która rozstrzyga problemy maltretowanych dzieci i często zaburzonych matek/opiekunów są prawnicy. W ostatnich latach MSBP jest coraz częściej rozpoznawany i pojawia się coraz więcej publikacji na ten temat. Przyczyna tego niewątpliwie jest związana z medialnie nagłaśnianym uwrażliwieniem społecznym na krzywdę dziecka i przemoc w rodzinie. Zespół MSBP został wprowadzony do diagnostyki medycznej w 1977 r. przez angielskiego pediatrę Roya Meadowa, który jako pierwszy opisał tę szczególną formę maltretowania dziecka przez opiekunów [6]. Nie ma jednolitego nazewnictwa dla tych zaburzeń, które są nazywane zaburzeniem pozorowanym (Factitious Illness by Proxy, FIS) czy przeniesionym zespołem Münchhausena, (Münchhausen Syndrome by Proxy, MSBP) [7]. Jako pierwszy R. Meadow opisał dwa przypadki, gdzie matki wywołały chorobę u swoich dzieci, a następnie przedstawiały lekarzowi objawy, które wymagały rozległej i często inwazyjnej diagnozy. Jednocześnie cały czas sprawiały wrażenie osób zaniepokojonych stanem swoich dzieci i były niezwykle przekonujące w trosce o ich zdrowie [6]. Warto wiedzieć, że skutkiem działania opiekuna maltretowane dzieci długotrwale chorują i wymagają skomplikowanej, często inwazyjnej diagnostyki i leczenia, a śmiertelność wśród nich jest określana w granicach 6–10% [8, 9, 10]. W celu zobrazowania patologii relacji między matką a dzieckiem przywołujemy autorów Schreiera i Libowa,

którzy stwierdzili w odniesieniu do MSBP następującą ocenę: „W psychologii człowieka, poza może kazirodztwem, trudno znaleźć podobny, długotrwały, bliski, lecz destrukcyjny związek pomiędzy sprawcą a ofiarą”, [9]. W ostatnim czasie ukazały się popularne publikacje na temat MSBP, jak np. Adshead i Brooke (2001 r.) [11], czy własne wspomnienia, które opisała Julia Gregory (2004 r.) [12].

W klasyfikacji ICD-10 w rozdziale XIX dotyczącym „urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych” pozycja T 74 obejmuje zespoły maltretowania, a T 74.8 przeniesiony zespół Münchhausena, [13]. W klasyfikacji DSM-IV-TR wydzielono rozdział zaburzeń pozorowanych, jak również konkretne rozpoznanie MSBP [14]. DSM-IV TR szczegółowo omawia kryteria badawcze zespołu MSBP, w tej klasyfikacji są obszerne uwagi diagnostyczne dotyczące tego zespołu [14]. Z polskich autorów D. Berent, A. Florkowski i P. Gałęcki [15] w artykule „Przeniesiony zespół Münchhausena” przywołują piśmiennictwo dotyczące epidemiologii zaburzenia pozorowanego dotyczącego Anglii i Irlandii, gdzie rejestruje się 2,8 przypadku na 100 tys. dzieci w wieku 1 roku lub młodszych albo 0,5 przypadku na 100 tys. dzieci w wieku 16 lat i młodszych wg McClure i wsp. (1996) [7]. Na tym samym piśmiennictwie opiera się rozdział pod tytułem „Zaburzenia pozorowane per procura (w zastępstwie)” autorstwa McDermotta i wsp. w podręczniku „Psychiatria” wydanym w USA w 2008 r. [16].

Opis przypadku i chronologia opiniowania sądowo-psychiatrycznego

Ze względu na to, że zasadniczym celem niniejszej pracy jest przedstawienie trudności diagnostycznych zespołu MSBP, skutkującym wielokrotnością opiniowania na podstawie omówionego przypadku, dlatego w tym wstępie ograniczyliśmy się do przedstawienia tylko ogólnych problemów związanych z tym zespołem.

Autorami niniejszej pracy są powołani do wydania opinii biegli psychiatry i psycholog – stanowiący czwarty zespół opiniujący, który nie potwierdził rozpoznania przeniesionego zespołu Münchhausena stwierdzonego w pierwszej opinii w tej sprawie.

Autorem pierwszej opinii był lekarz występujący w potrójnej roli – lekarza leczącego, ordynatora oddziału, gdzie leczone było dziecko, oraz biegłego. W odniesieniu do zadanego przez sąd pytania: „W jakich okresach i dlaczego pogarszał się stan zdrowia dziecka?”, biegły ten występował niejako jak „sędzia we własnej sprawie”. Z tego punktu widzenia sprawa przedstawiona w pracy ma również dodatkowy walor związany z przykładem ułomnej procedury opiniowania. W tej opinii biegły przedstawił następujący wywiad: 19-miesięczna dziewczynka z piątej ciąży, urodzona z masą ciała 3300 g, siłami natury w 39 tygodniu ciąży, w stanie dobrym 9 punktów wg skali Apgar. Od urodzenia obserwowane ulewianie i wymioty. Po raz pierwszy była hospitalizowana z powodu zapalenia oskrzeli, kiedy miała 2 tygodnie. W okresie 6 tygodni wykonano zabieg operacyjny z powodu refluksu żołądkowo-przełykowego. Z tego powodu reoperowana w wieku 7 miesięcy. Dziecko wielokrotnie chorowało na zachyłstowe zapalenie płuc z bezdechami i zaburzeniami świadomości. Było hospitalizowane w różnych ośrodkach pediatrycznych w Polsce. Konsultowane pulmonologicznie, neurologicznie, genetycznie, kardiologicznie, gastroenterologicznie. Oprócz refluksu

żołądkowo-przełykowego stwierdzono obecność przetrwałego przewodu tętniczego w badaniu kardiologicznym bez istotnych zaburzeń hemodynamicznych. Wykluczono neurologiczną przyczynę wymiotów. Dziecko poddawane było intensywnej diagnostyce obrazowej, endoskopowej, immunologicznej, histopatologicznej. Wykonana operacja antyrefluksowa oraz pyroloplastyka nie spowodowała poprawy stanu dziecka. Pomimo operacji i leczenia farmakologicznego nadal obserwowano wymioty, brak przyrostu masy ciała. Z uwagi na słaby przyrost wagi ciała, nawracające zapalenia płuc oraz okresowe wymioty założono gastrostomię odżywczą. Od tego czasu dziewczynka była ponownie kilkakrotnie hospitalizowana z powodu zachłystowego zapalenia płuc. W ostatnich trzech miesiącach obserwowano 4 incydenty niewyjaśnionej hipernatremii. Nie ustalono, aby były to przyczyny endokrynologiczne. Szczególnie niebezpieczne były incydenty nagłych hospitalizacji z powodu zaburzeń elektrolitowych, w ciężkim stanie ogólnym, z zaburzeniami świadomości (jedno z nich w 16 miesiącu życia). Pozostałe wielokrotne hospitalizacje w szpitalu rejonowym były wynikiem odwodnienia, z zaburzeniami elektrolitowym i w przebiegu wymiotów, biegunki, gorączki. W dokumentacji odnotowywano, że dziecko przyjmowane było do szpitala w ciężkim stanie.

Zespół MSBP rozpoznano podczas hospitalizacji, gdy dziecko miało rok i 7 miesięcy. Przy przyjęciu do szpitala oceniono stan ogólny jako średnio ciężki. Obserwowano zaburzenia łaknienia, wymioty, zmiany zapalne w układzie oddechowym. Wszystkie te zaburzenia nie poddawały się leczeniu. Szczególnie dziwne było to, że pomimo stosowania diety wysokoenergetycznej podawanej przez matkę poprzez gastrostomię nie uzyskano przyrostu masy ciała. Niepokojące było pogarszanie się stanu dziecka w trakcie hospitalizacji, bezpośrednio po ustnej informacji przekazanej przez lekarza, że „stan ogólny dziecka nie budzi naszych obaw”. Informacja o planowanym wypisie wywołała u matki zaniepokojenie i podjęcie działania, które uniemożliwiłoby jego wypisanie. Dlatego obserwowane pogorszenie stanu ogólnego dziecka powiązано z działaniem matki. W szafce obok łóżka pielęgniarka znalazła nie zlecony furosemid. Kontynuowano proces monitorowania zachowania matki w oparciu o bezpośredni nadzór, obserwacje lekarskie i psychologiczne. Gdy stwierdzono w moczu dziecka obecność prometazyny, zawiadomiono policję o działaniu matki na szkodę dziecka. Policja przeprowadziła dochodzenie, w czasie którego przesłuchała matkę dziecka i personel oddziału pediatrycznego. W ocenie policji matka podała dziecku leki, które były szkodliwe dla jego zdrowia. Sprawa została skierowana do sądu rodzinnego, który podtrzymał wcześniejsze ustalenia, tzn. odizolowanie matki od dziecka.

Po zakończeniu leczenia, gdy dziecko zaczęło chodzić, samodzielnie przyjmowało doustne posiłki, w ciągu dwóch miesięcy zaobserwowano przyrost masy ciała z 7 do 10 kg, zostało umieszczone w rodzinie zastępczej, a matka dopiero po kilku miesiącach uzyskała zgodę sądu na odwiedzanie dziecka.

Biegły na podstawie całości obrazu klinicznego stwierdził, że należy podtrzymać rozpoznanie przeniesionego zespołu Münchausena.

Na pytania sądu tenże biegły odpowiedział, że stan zdrowia dziecka pogarszał się wtedy, gdy dzieckiem opiekowała się jego matka, a uległ normalizacji po jej odnięciu od dziecka.

Druga opinia była opinią psychologiczną sporządzoną przez psychologa, o co wnioskowała matka dziecka. W ocenie psychologa opiniowana matka dziewczynki była podczas badania w dobrym kontakcie emocjonalnym i słownym. Bez oporów podejmowała rozmowę i wykonywała zadania testowe. Była prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie, afektywnie dostosowana. Jej reakcje emocjonalne były adekwatne do przekazywanych treści i sytuacji. Nastroj w czasie pierwszego spotkania miała obniżony, w czasie drugiego – bardziej wyrównany.

Wyniki badania matki stwierdzały „intelekt powyżej przeciętnej, bez zaburzeń procesów poznawczych (...) Badana rozumie normy społeczne (...) Analiza jakościowa i ilościowa wyników testów organicznych przemawia za brakiem organicznych zmian w pracy ośrodkowego układu nerwowego. Osobowość: Badana starała się przedstawić siebie w sposób realny i obiektywny. Nie manipuluje informacjami (...) nie jest też nadmiernie krytyczna wobec siebie (...) Ma nieco obniżoną odporność na stres i sytuacje trudne, zdarza jej się reagować w sposób impulsywny (...) Ujawnia skłonność do drobiazgowej analizy zdarzeń i długotrwałego emocjonalnego przeżywania napięć psychicznych (...) Może ją cechować nadmierna postawa introspekcyjna, przesadna dokładność, skrupulatność. Wrażliwa, czasem labilna emocjonalnie (...) o dobrej kontroli przejawów własnej agresywności. Ma prawidłowo rozwinięty system wartości (...) Ma poczucie, że dobrze spełnia swoje obowiązki. Badana jest osobą (...) raczej ekstrawertywną. Posiada zdolność do adekwatnego reagowania w sytuacjach wymagających długotrwałej aktywności w warunkach silnej stymulacji zewnętrznej (...) Wnioski: Opiniowana czuje się silnie emocjonalnie związana ze wszystkimi dziećmi: ma poczucie odpowiedzialności za ich los. Najmłodszemu dziecku również przekazuje szereg uczuć opiekuńczych, ma wgląd w jego potrzeby zarówno psychiczne, jak i materialno-bytowe. Aktualnie bardzo niekorzystnie przeżywa rozłąkę z dzieckiem. Jest gotowa podjąć wszelkie działania, które w sposób formalny, zgodny z prawem, umożliwiłyby jej dalszą opiekę nad dzieckiem”.

Trzecia opinia, wydana z postanowienia sądu, składa się z opinii sądowo-psychiatrycznej i z opinii sądowo-psychologicznej, a następnie opinii uzupełniającej psychiatryczno-psychologicznej. W opiniach biegli odpowiadali na pytania sądu, czy matka, uczestniczka postępowania, z uwagi na stan zdrowia psychicznego może sprawować opiekę nad małoletnim dzieckiem, czy utrzymywanie osobistych kontaktów matki z dzieckiem będzie zagrażać jego życiu, zdrowiu i bezpieczeństwu.

W opinii sądowo-psychiatrycznej biegła sformułowała wnioski: „(...) matka nie wykazuje zaburzeń psychotycznych ani nie jest upośledzona umysłowo (...) nie widzę podstaw w stanie psychicznym do rozpoznania u opiniowanej przeniesionego zespołu Münchhausena. Aktualny stan psychiczny matki zezwala na sprawowanie opieki nad małoletnim dzieckiem”.

Wnioski opinii sądowo-psychologicznej były następujące: „U badanej nie stwierdza się zaburzeń procesów poznawczych – bez cech wskazujących na istnienie zaburzeń psychotycznych. (...) zaznacza się podwyższony niepokój wynikający z obecnej sytuacji życiowej (...) Analiza całości dostępnego materiału nie daje podstaw do zdiagnozowania u badanej przeniesionego zespołu Münchhausena. Nie znaleziono przesłanek pozwalających na stwierdzenia, że badana mogłaby działać na szkodę swojego dzie-

cka, krzywdzić je swoimi działaniami. Badana jest raczej z troską stanem zdrowia dziecka, przeżywa rozłąkę z nim, emocjonalnie reaguje adekwatnie do zaistniałej sytuacji. Na podstawie jednorazowego badania psychologicznego i w oparciu o analizę akt sprawy nie stwierdzono takich zaburzeń w osobowości, które uniemożliwiłyby sprawowanie właściwej opieki nad małoletnim dzieckiem. Nie znaleziono również podstaw do stwierdzenia, że utrzymywanie osobistych kontaktów badanej z dzieckiem będzie zagrażać jego życiu, zdrowiu czy bezpieczeństwu”.

W łącznej opinii uzupełniającej psychiatryczno-psychologicznej biegli przedstawiają wspólne wnioski. „Przeprowadzone badania psychologiczne nie ujawniły u badanej patologii w funkcjonowaniu osobowości poza sytuacyjnie uwarunkowaną bezradnością i frustracją. Całość danych dostępnych biegłym była wystarczająca do stwierdzenia, że funkcjonowanie badanej nie stwarza zagrożenia dla życia i zdrowia małoletniego dziecka. Biegli nie wnioskowali o poddanie badanej obserwacji sądowo-psychiatrycznej, gdyż stan zdrowia psychicznego badanej nie budził wątpliwości diagnostycznych. W badaniu ambulatoryjnym nie stwierdzono takich cech w osobowości badanej, które predysponowałyby ją do stosowania przemocy wobec córki czy świadomego działania na szkodę córki, a wielokrotne, częste hospitalizacje dziecka nie stanowią podstawy do zdiagnozowania przeniesionego zespołu Münchhausena. Niecelowe jest poddanie badanej obserwacji sądowo-psychiatrycznej, gdyż zdaniem biegłych obserwacja taka nie wniosłaby nowych, istotnych informacji dotyczących funkcjonowania i cech osobowości badanej. Fakt, że w oddziale psychiatrycznym badana przebywałaby sama, bez obecności dziecka, powodowałaby, że niemożliwa byłaby obserwacja jej zachowań wobec córki”.

Ostatnia, czwarta opinia sądowo-psychiatryczno-psychologiczna była wydana w Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Biegli mieli ustosunkować się do tych samych pytań, na które odpowiadał poprzedni zespół. Z przeprowadzonego badania wiadomo, że opiniowana ma 34 lata. Dzieciństwo spędziła w domu rodzinnym. Do szkoły podstawowej poszła w 7 r.ż., uczyła się dobrze i równolegle uczyła się również w szkole muzycznej. Ukończyła średnią szkołę pedagogiczną, później studium medyczne pomaturalne, uzyskując zawód pielęgniarki. W systemie zaocznym ukończyła wyższe studia o kierunku resocjalizacji. Przez kilka pierwszych lat pracowała niesystematycznie, zmieniała pracę. Od kilku lat pracuje jako pracownik socjalny, ma opinię dobrego pracownika.

Wyszła za mąż w 21 r.ż., uważa swoje małżeństwo za udane, sytuacja materialna w rodzinie jest dobra. Ma czworo dzieci. Wszystkie ciąży były zagrożone, wymagały szczególnej troski, aby je utrzymać. Pierwsze dziecko zmarło w 23. dniu życia na zachyłkowe zapalenie płuc.

Kolejne dzieci mają obecnie: 12, 9 i 5 lat, a czwartym, najmłodszym żyjącym dzieckiem jest dziewczynka, urodzona w 2006 r., związana z toczącym się postępowaniem. Porównując trójkę starszych dzieci – wszystkie do 2 r.ż. wykazywały zaburzenia odżywiania, w wieku około 2 lat miały wagę około 10 kg, a więc podobną do wagi najmłodszej dziewczynki. Związki opiniowanej z dziećmi są prawidłowe. Opinie środowiskowe na temat relacji opiniowanej z dziećmi są wzorowe. Relacje

opiniowanej ze swoimi rodzicami i siostrą są dobre. Rodzice pomagają opiniowanej w wychowywaniu dzieci i w prowadzeniu domu.

Badana jest osobą aktywną, rzetelną, planuje przyszłość i wytrwale realizuje postawione sobie cele. Z wywiadu z opiniowaną i jej mężem, jak również z zeznań świadków wynika, że jest ona osobą dobrze przystosowaną, prawidłowo nawiązującą kontakty interpersonalne. W relacjach z innymi jest otwarta, życzliwa, łatwo zjednująca sympatię. Opiniowana od około 19 r.ż. przez około dwa lata miała dolegliwości emocjonalne o charakterze jadłowstrętu psychicznego. Objawy pojawiły w trudnym psychologicznie okresie, kiedy podjęła zarobkową pracę za granicą. W tym okresie schudła kilka kilogramów. Po powrocie do domu i po podjęciu psychoterapii objawy ustąpiły. Z pomocy psychiatry korzystała w 2004 i 2006 r., uzyskując wielomiesięczne zwolnienia lekarskie, które wykorzystywała głównie na opiekę nad chorymi dziećmi, natomiast sama, jak twierdzi – nie wymagała pomocy psychiatrycznej. Uważa się za osobę zdrową psychicznie. Na podstawie przeprowadzonych badań psychiatryczno-psychologicznych stwierdziliśmy, że umiejętności opiniowanej w zakresie logicznego myślenia, rozumowania przyczynowo-skutkowego, wnioskowania, planowania są na dobrym poziomie. Inteligencja została określona na poziomie powyżej przeciętnej. Nie stwierdziliśmy zaburzeń funkcji poznawczych na podłożu zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym. Badaną cechuje niskie poczucie własnej wartości, silna potrzeba akceptacji, skłonność do nadmiernego koncentrowania się na różnych, drobnych nawet problemach, czego skutkiem jest stałe przeżywanie napięcia, niepokoju, lęku. W sytuacjach trudnych emocjonalnie skoncentrowana jest na sobie i swoich przeżyciach. Jest skłonna do wypierania istotnych przyczyn trudności, racjonalizowania niekorzystnych dla siebie zdarzeń. Opisane powyżej cechy nie pozwalają na zakwalifikowanie do żadnej kategorii nieprawidłowej osobowości. Na podstawie dostępnych informacji zawartych w aktach sprawy i po kilkudniowym badaniu sądowo-psychiatryczno-psychologicznym z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że motywem działania opiniowanej, tj. podawania leków dziecku bez uzgodnienia z personelem medycznym, był jej niepokój, lęk w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia córki. Analizując osobowość badanej wiadomo, że przejawia ona skłonność do wzmożonego reagowania niepokojem, lękiem pojawiającym się i przeżywanym w sytuacji nagłego pogorszenia się zdrowia dziecka. Wydaje się zatem wysoce prawdopodobne i uzasadnione, że intencją samowolnego podania leków miało być zapobieżenie wystąpieniu kolejnego zachłystowego zapalenia płuc. Badana swoją decyzję podania leków, które zostały zlecone wcześniej przez innego lekarza opiekującego się dzieckiem, podjęła po zgłoszeniu niepokojących objawów personelowi, który nie zareagował na jej uwagi – tak tłumaczyła swoją decyzję.

Opiniowana obwinia się, że doprowadziła do skierowania dziecka do rodziny zastępczej. Nigdy nie chciała zaszkodzić żadnemu dziecku. Z tego powodu boi się podejmować jakiegokolwiek decyzje w stosunku do dzieci. Dla opiniowanej sytuacja prawna, w jakiej się znajduje, jest ogromnie stresująca, chciałaby, aby sprawa jak najszybciej pozytywnie się zakończyła, a dziecko mogło jak najszybciej powrócić do domu. Badana ma dobre relacje z rodziną zastępczą. Po uzgodnieniu z sądem rodzina zastępcza wyraziła zgodę na widywanie się opiniowanej z dzieckiem. Od czasu, kiedy

dziecko jest w rodzinie zastępczej, nie było ani razu w szpitalu. Zarówno fizycznie, jak i psychicznie dobrze się rozwija.

Reasumując, z przebiegu choroby dziecka w uzupełnieniu o dane zawarte w opinii pierwszego biegłego stwierdzamy, że dziecko w ciągu 21 miesięcy było 31 razy hospitalizowane w różnych ośrodkach pediatrycznych. Podczas 30 hospitalizacji dziecko przebywało 260 dni w szpitalach, a więc średni czas pobytu wynosił 8,6 dnia, natomiast 31. hospitalizacja wynosiła 107 dni, przy czym połowa tego okresu była związana z oczekiwaniem zakończenia sprawy sądowej i znalezieniem rodziny zastępczej.

Dziecko było hospitalizowane 13 razy poza miejscem zamieszkania w różnych ośrodkach w całym kraju, pozostałe hospitalizacje były w miejscu zamieszkania. Po każdej kolejnej hospitalizacji stawało się coraz bardziej asteniczne, pojawiły się objawy coraz większego wyniszczenia. Wśród tych 30 hospitalizacji dziecko było wypisywane w różnym stanie poprawy – i to naszym zdaniem było istotnym powodem kolejnych hospitalizacji. Stan niepełnej poprawy po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych był okresem dużej podatności na nowe zachorowanie.

Na poprawę stanu zdrowia, który nastąpił podczas 31. hospitalizacji, ma wpływ kilka czynników, ale najważniejszy z nich to zapewnienie dziecku przedłużonej hospitalizacji w okresie jego rekonwalescencji. W okresie rehabilitacji dziecko było pod opieką lekarzy, dzięki czemu nie dochodziło do pojawienia się następnego zagrożenia życia, ponieważ łagodne objawy, takie jak kaszel czy stan podgorączkowy, były diagnozowane i leczone. Przerwanie tej ciężkiej passy chorowania wynika z natychmiastowego rozwiązywania łagodnych, pojedynczych zwiastunów objawów chorobowych podczas ostatniej hospitalizacji.

Ocena przebiegu choroby dziecka na podstawie historii choroby z 31 hospitalizacji

Dziecko było przyjęte na oddział w celu diagnostycznym, aby wyjaśnić przyczyny wyniszczenia organizmu. Było przyjęte w ogólnym dość dobrym stanie, lekarz w czasie pierwszego badania zapisał: „Stan ogólny dobry (...) przybiera na wadze”, waga dziecka wynosiła 7530 g, taki stan dziecka utrzymywał się przez kilka tygodni. W ostatnim dniu września u dziecka wystąpił katar, pojawiły się odruchy wymiotne, zmiany osłuchowe w postaci furczy nad polami płucnymi. W tym okresie miało wykonaną biopsję odbytu, zabieg zniosło dobrze. 4 października spadła waga u dziecka do 7120 g, gorączkowało, kaszlało. W następnych dniach stan dziecka pogarszał się, ale od 19 października poprawił się. 4 listopada ponownie stwierdzono infekcję układu oddechowego, m.in. „pojedyncze trzeszczenia” nad polami płucnymi. Z obserwacji klinicznej jednoznacznie wynika, że 4 października i 4 listopada u dziecka wystąpiły objawy infekcji w układzie oddechowym. Warto zauważyć, że dziecko przebywało w ośrodku wysokospecjalistycznym, gdzie w czasie porannych i wieczornych obchodów co najmniej dwa razy dziennie było dokładnie badane. Było obserwowane przez 24 godziny i przez cały czas miało wykonywane częste, wysokospecjalistyczne badania laboratoryjne, w oparciu o które były natychmiast podejmowane stosowne decyzje lecznicze. Rozwiązywanie natychmiastowe problemów zdrowotnych zapobiegło dal-

szemu rozwojowi choroby. W związku z poprawą stanu zdrowia 8 listopada usunięto gastrostomię. Od tej chwili dziecko miało apetyt, następował przyrost wagi.

Dyskusja z wcześniej wydanymi opiniami sądowymi

W pierwszej wydanej opinii lekarsko-sądowej biegły na pytanie sądu, w jakich okresach i dlaczego pogarszał się stan zdrowia dziecka, odpowiedział następująco: „Stan zdrowia dziecka pogarszał się wtedy, gdy dzieckiem opiekowała się matka, a uległ normalizacji po odsunięciu matki od dziecka”. Biegły rozpoznał u opiniowanej zastępczy zespół Münchhausena. Zdaniem zespołu biegłych z Kliniki Psychiatrii Sądowej na podstawie dostępnej dokumentacji lekarskiej znajdującej się w aktach sprawy, składającej się z 30 epikryz z hospitalizacji i historii choroby z ostatniej 31. hospitalizacji nie ma wystarczających danych, aby rozpoznać u matki dziecka zastępczy zespół Münchhausena.

Poprawa stanu zdrowia, jaka nastąpiła u dziecka podczas 31. hospitalizacji, wynikała z tego, że dziecko było w lepszym stanie fizycznym niż w czasie poprzednich hospitalizacji. W wyniku pogorszenia, które wystąpiło na początku października i listopada, dziecko otrzymało adekwatną pomoc lekarską, która była codziennie weryfikowana poprzez badania kliniczne i badania laboratoryjne.

Nasz stosunek do samodzielnego podania dziecku leków przez opiniowaną w trakcie 31. hospitalizacji był krytyczny, ale opiniowana знаła oba te leki, dziecko otrzymywało je podczas poprzednich hospitalizacji, jak i w domu, zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami lekarskimi. Można przyjąć jako wiarygodne i uzasadnione wyjaśnienia opiniowanej, że podała leki, kiedy u dziecka pojawiły się odruchy wymiotne. Opiniowana bała się pogorszenia stanu zdrowia córki, podawała nieuzgodnione z lekarzami leki w dawkach terapeutycznych, nie wiedziała jednak o sile możliwej interakcji z innymi podawanymi lekami.

W wykonanym badaniu toksykologicznym uzyskano w surowicy krwi dziecka 7, 8, 9 i 10 października następujące stężenia fenobarbitalu (luminalu): 1901 ng/ml, 2158 ng/ml, 2834 ng/ml, 2117 ng/ml, co przy dawce terapeutycznej wynoszącej 2000–30000 ng/ml wskazuje, że stwierdzone stężenia były na pograniczu dolnej dawki terapeutycznej [17, 18].

Dawki prometazyny (diphergan) w wymienionych powyżej dniach badań odpowiednio wynosiły: poniżej 10 ng/ml, nie wykryto, poniżej 7 ng/ml, nie wykryto – a więc tylko dwa razy badania wskazały na śladowe ilości leku [18].

Wnioski z badania poziomu leków w surowicy krwi u dziecka są następujące: w dniach, kiedy podejrzewano, że opiniowana podawała leki bez porozumienia z lekarzami, wykryto fenobarbital na poziomie stężenia dolnej granicy terapeutycznej, natomiast badanie nie potwierdziło podawania prometazyny [18].

Przyjmujemy za wysoce prawdopodobne, że dla zespołu lekarzy pogorszenie się stanu somatycznego dziecka, względnie brak spodziewanej poprawy somatycznej, wynikał z nietypowej i zaskakującej dynamiki choroby, braku pozytywnego efektu leczenia somatycznego, a to było kolejnym zdarzeniem pogłębiającym lekarską fru-

stracę terapeutyczną i kierowało do szukania przyczyn pogorszenia stanu zdrowia w nagannym postępowaniu matki.

Opinie sądowe – druga i trzecia – były zgodne z naszą opinią. U opiniowanej nie rozpoznaliśmy choroby psychicznej, zaburzeń emocjonalnych ani organicznego uszkodzenia OUN. Osobowość badanej określamy jako prawidłowo ukształtowaną. Jest ona osobą, której inteligencja mieści się w obszarze powyżej przeciętnej. Nie możemy potwierdzić, by można jej było postawić rozpoznanie przeniesionego zespołu Münchhausena. Ze względu na stan zdrowia psychicznego może ona sprawować opiekę nad małoletnim dzieckiem. Opiniowana powinna uzyskać systematyczną pomoc medyczną i psychologiczną w poradni pediatrycznej dla siebie i rzezonego dziecka, jak również dla pozostałych dzieci. W opiece nad dziećmi powinien być bardziej określony udział męża opiniowanej.

Podsumowanie

Wnioski, jakie sformułowaliśmy w odpowiedzi na pytania sądu, były następujące – mimo że w pierwszej opinii biegły rozpoznał przeniesiony zespół Münchhausena, kolejni biegli nie potwierdzili faktu istnienia tego zespołu. Bezpośrednią przyczyną przyjęcia takiego rozpoznania w pierwszej opinii było podejrzenie podawania leków dziecku przez matkę na własną rękę, bez porozumienia z lekarzem. Proste badanie, próba Forrestów – określiła orientacyjnie obecność w moczu pochodnych fenotiazyn, w tym wypadku obecność w moczu dziecka prometazyny [19]. Próba ta jest od kilkudziesięciu lat szeroko stosowana dla określenia kontroli przyjmowanych leków przez chorych. W zależności od stężenia leku określano je jednym, dwoma, trzema lub czterema krzyżykami. Obecność leku „na jeden plus” oznaczała obecność leku, tak jak w jednym z analizowanych tu badań. W badaniach toksykologicznych, w których określono ilościowe poziomy leków, stwierdzono poziom fenobarbitalu na dolnym poziomie dawki terapeutycznej, natomiast prometazynę stwierdzono w postaci śladowej w dwóch badaniach, a w dwóch – nie wykryto leku. Opiniowana podawała oba leki zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami lekarskimi, które znała jeszcze sprzed ostatniej hospitalizacji. Podawała te leki, kiedy u córki pojawiły się odruchy wymiotne, ponieważ bała się pogorszenia się stanu zdrowia dziecka. Opiniowana znała oba leki, fenobarbital i promazyne. Dziecko otrzymywało fenobarbital w czasie poprzednich hospitalizacji i w pierwszych kilkunastu dniach pobytu podczas 31. hospitalizacji. Również te leki opiniowana podawała dziecku, kiedy było ono w domu, zgodnie z ówczesnym zaleceniem lekarskim.

Naszym zdaniem nie ma bezspornych przesłanek, aby wnioskować, że podawanie dziecku leków wynikało ze złych intencji opiniowanej. Nie wynika to w żaden sposób z przeprowadzonych przez nas badań i nie ma psychopatologicznego uzasadnienia w stanie opiniowanej. Sprzyjające dla szukania takich rozwiązań jest pomijanie niezwykle istotnego elementu terapii dziecka – głębokiego i zaangażowanego obustronnie porozumienia lekarza z rodzicem, który nie może być niedoinformowany, pomijany lub traktowany jako przeszkoda. Leczenie dziecka z sukcesem terapeutycznym to leczenie kompleksowe, a jak wiadomo, lecząc dziecko trzeba „leczyć” całą jego rodzinę, co na-

leży spostrzegać jako psychoedukację zdrowotną dotyczącą rozumienia istoty choroby, jej przyczyn i późniejszych zaleceń rehabilitacyjnych [20]. Pozbawienie władzy rodzicielskiej lub jej ograniczenie, decyzja o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej to nie tylko krzywda dla rodzica podejrzanego o przeniesiony zespół Münchhausena, jest to niezwykle wyrafinowana krzywda również dla dziecka, które doświadcza traumy, stresu i spustoszenia emocjonalnego. Podejmowanie decyzji w takich sprawach musi być związane z pewnością, a nie prawdopodobieństwem udokumentowanym opinią, dodatkowo przyjmowaną z przekroczeniem zasad kompetencyjności przy jej wydaniu. Tak jak to zostało zawarte w opinii wydanej przez autorów niniejszej pracy, można przyjąć, że poprawa stanu zdrowia dziecka nie wynikała z faktu odsunięcia matki od dziecka, ale była głównie wynikiem konsekwencji terapeutycznej, kontynuacji i modyfikacji leczenia, jakie przeprowadzono w oddziale pediatrycznym.

Równocześnie zgodnie z obowiązującym prawem lekarz leczący powinien zgłaszać przypadki stwierdzonego maltretowania dziecka odpowiednim instytucjom, ale też nie może wówczas występować w tych sprawach w charakterze biegłego. Łatwo wtedy można zarzucić lekarzowi brak obiektywizmu, uprzedzenia, niedostrzeganie własnych błędów, niedociągnięć diagnostycznych, terapeutycznych i związanych z udzielaniem informacji. Art. 196 obowiązującego w Polsce kodeksu postępowania karnego stanowi, że biegłym nie powinien być lekarz leczący, ponieważ osłabia tym swoją bezstronność [21]. Ta zasada w tym przypadku została naruszona. Niezależnie od kwestii unormowań prawnych, diagnoza przeniesionego zespołu Münchhausena, choć wydaje się rozpoznaniem atrakcyjnym, budzi wiele wątpliwości i wymaga bardzo wnikliwej analizy nie tylko całego postępowania rodzica/opiekuna, ale też wyników obiektywnych badań laboratoryjnych i ich właściwej interpretacji.

Перенесенный синдром Мюнхаузена в судебно-психиатрической экспертизе. Описание наблюдения, этические контроверсии

Содержание

Задание. Представление трудностей в диагностировании перенесенного синдрома Мюнхаузена.

Метод. Сравнение различных экспертиз четырех судебно-психиатрических наблюдений, представленных в одном случае с необходимостью ответа судебного разбирательства. К ним относятся: в каких периодах и почему ухудшалось состояние здоровья ребенка, в связи с подозрением плохого отношения матери больного. В первой медико-судебной экспертизе лечащий врач, одновременно ординатор отделения и лицо, уведомляющее полицию о поведении матери, относительно мер воспитания в семье, поставил диагноз перенесенного синдрома Мюнхаузена. Вторая экспертиза проведена психологом, который узнал, что оцениваемая носила черты слишком большой интроспективной оценки, слишком большой докладностью, скрупулезностью и не привел однозначного заключения на вопросы суда. В третьей экспертизе принято, что функционирование исследованной не составляло угрозы для жизни и здоровья ребенка. Четвертая экспертиза, разработанная Авторами настоящей работы приняла следующее: в анализированной истории болезни с госпитализацией ребенка не найдено аргументов для распознавания перенесенного синдрома Мюнхаузена.

Результаты. Из проведенного, расширенного наблюдения в амбулаторных условиях, и анализа медицинской документации, из многочисленных госпитализаций – 31 раз можно сделать вывод, что улучшение состояния здоровья ребенка не было связано с изоляцией

матери от ребенка, а была результатом лечения, его продолжении и модификации лечебных методов.

Выводы. При приглашении эксперта необходимо учесть арт. 196 уголовного кодекса, в котором принято, что экспертом не может быть лечащий врач, т.к. его экспертиза теряет факт достоверности. Распознавание перенесенного синдрома Мюнхаузена пробуждает большие споры.

Le Syndrome de Münchausen par procuration dans les expertises médico-légales – description d'un cas, controverses éthiques

Résumé

Objectif. Présenter les difficultés diagnostiques du Syndrome de Münchausen par procuration.

Méthode. On compare les conclusions différentes de quatre expertises médico-légales concernant le même cas. Cette comparaison résulte de la nécessité de répondre aux questions posées par le tribunal, ces questions sont les suivantes : quand et pourquoi la santé de l'enfant devient pire. Ces questions sont liées avec le soupçon que la mère agit au détriment de l'enfant. L'expertise première vient du médecin traitant l'enfant et c'est lui qui informe la police que la mère agit au détriment de l'enfant, c'est lui qui diagnostique le Syndrome de Münchausen par procuration ; la seconde expertise est l'œuvre d'un psychologue qui trouve que l'attitude de la mère est trop introspective, qu'elle est trop juste et excessivement minutieuse, cette expertise ne donne pas de réponse définitive au tribunal. Les auteurs de la troisième expertise ne trouvent pas que le fonctionnement de la mère ne provoque pas de problèmes de santé et de vie pour l'enfant ; la quatrième – des auteurs de cet article – constate que dans l'histoire de maladie analysée on ne trouve pas d'arguments pour diagnostiquer le Syndrome de Münchausen par procuration.

Résultats. En basant sur l'examen d'ambulatoire de la mère, patiente en question, et sur l'analyse de documents de 31 hospitalisations de l'enfant on peut constater que l'amélioration de l'état de santé de l'enfant ne résulte pas de la séparation de la mère et de l'enfant mais de la conséquence de l'ensemble des médecins qui modifient et continuent le traitement ordonné.

Conclusions. En nommant les experts il faut prendre en considération article 196 du Code de procédure pénale (polonais) qui constate que le médecin traitant ne doit pas devenir l'expert car son expertise perd l'objectivité.

Piśmiennictwo

1. Bürger GA. *Przygody barona Münchhausena*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza KALLIONE; 1996.
2. Pudło M, Pudło R, Leszczyk-Baranowska M, Przybyło-Partyka M. *Trudności diagnostyczne u pacjenta z zespołem Münchhausena*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14 (supl. 1): 111–114.
3. Krzyżowski J. *Psychiatra jako obiekt manipulacji*. W: Krzyżowski J. red. *Trudne problemy w praktyce psychiatrycznej*. Warszawa: Medyk; 2009. s. 73-92.
4. Brzozowska M. *Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci*. Gaz. Lek. 2009; 4: 26–31.
5. Piłszyk A. *Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie*. Psychiatr. Pol. 2007; 41 (6): 827–836.
6. Meadow R. *Münchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse*. Lancet 1977; 2: 343–345.
7. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR i in. *Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, nonaccidental poisoning, and nonaccidental suffocation*. Arch. Dis. Child. 1996; 75: 57–61.

8. Rosenberg DA. *Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy*. Child Abuse Negl. 1987; 11: 547–563.
9. Schreier HA, Libow JA. *Münchhausen syndrome by proxy: diagnosis and prevalence*. Am. J. Orthopsychiatry 1993; 63: 318–321.
10. Sheridan MS. *The deceit continues: an updated literature review of Münchhausen syndrome by proxy*. Child Abuse Negl. 2003; 27: 431–451.
11. Adshad G, Brooke D. *Münchhausen's syndrome by proxy: current issues in assessment, treatment and reasearch*. London: Imperial College Press; 2001.
12. Gregory J. *Sickened: the memoir of a Münchhausen by Proxy Childhood*. New York: Bantam; 2004.
13. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, tom I*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1994.
14. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wciórka J. red. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
15. Berent D, Florkowski A, Gałęcki P. *Przeniesiony zespół Münchhausena*. Psychiatr. Pol. 2010; 44 (2): 245–254.
16. McDermott BE, Leamon MH, Feldman MD, Scott ChL. *Factitious Disorder and Malingering*. W: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO, Va A. red. *The American psychiatric publishing text book of psychiatry, fifth edition*. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing; 2008. s. 643–661.
17. Groszek B, Wilimowska J. *Barbiturany*. W: Pach J. red. *Zarys toksykologii klinicznej*, wyd. 1. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009. s. 282–289.
18. Instytut Ekspertyz Sądowych im prof. dra J. Sehna, Kraków – przeprowadzono badania określające poziomy leków i interpretacje wyników.
19. Jus A, Jus K. *Leczenie środkami psychotropowymi*. W: Jus A, Jus K. red. *Biologiczne metody leczenia w psychiatrii, wyd. 2*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1969: s.72–198.
20. Heitzman J. *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatrii*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2010.
21. *Kodeks postępowania karnego*. W: *Kodeks karny i inne teksty prawne*. Wrocław: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. Stanisława Kulczyńskiego; 2006.

Adres: Janusz Heitzman
Klinika Psychiatrii Sądowej
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 3.11.2011
Zrecenzowano: 22.06.2012
Otrzymano po poprawie: 9.07.2012
Przyjęto do druku: 12.07.2012
Adiustacja: A. K.

Praca nie była w jakiegokolwiek formie finansowana i dofinansowana.
W stosunku do autorów nie zachodzi potencjalny konflikt interesów.