



## Przeniesiony zespół Münchhausena

*The Münchhausen syndrome by proxy*

TOMASZ KOWALIK<sup>1</sup>, BARTOSZ GRUSZCZYŃSKI<sup>2</sup>, AGNIESZKA RADZISZEWSKA<sup>3</sup>,  
WOJCIECH GRUSZCZYŃSKI<sup>2</sup>

1. Szpitala Psychiatrycznego im. dr J. Babińskiego w Łodzi
2. Kliniki Psychiatrii i Zaburzeń Nerwicowych z Oddziałem Interwencji Kryzysowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
3. Poradni Zdrowia Psychicznego w Łęczycy

### STRESZCZENIE

**Cel.** W artykule przedstawiono mało znany zespół chorobowy, jakim jest przeniesiony zespół Münchhausena (przez pełnomocnika), jego diagnostykę i trudności lecznicze.

**Przebieg.** W zespole tym, opiekunowie wytwarzają lub wywołują choroby u innych osób po to, aby uzyskać opiekę medyczną. W większości przypadków sprawcą jest rodzic (prawie zawsze matka), natomiast ofiarą dziecko. Przeniesiony zespół Münchhausena u dziecka powoduje ciężkie następstwa, w najcięższych przypadkach doprowadzając do zgonu. Duża liczba osób pełniących opiekę medyczną nie jest zaznajomiona z tym zaburzeniem.

**Wnioski.** Wczesne wykrywanie przeniesionego zespołu Münchhausena pozwoliłoby ograniczyć częstość powikłań i zgonów w tym zaburzeniu.

### SUMMARY

**Objectives.** The paper presents a clinical unit that is rather little known, i.e. the Münchhausen syndrome by proxy, its diagnostics, and treatment difficulties.

**Background.** In this syndrome carers produce or elicit illness in others so as to obtain medical care. In a majority of cases a parent (almost always mother) is the perpetrator, while the child is a victim. The Münchhausen syndrome by proxy results in the child's severe condition, in some cases even leading to death. Medical staff members frequently are not acquainted with this disorder.

**Conclusions.** Early diagnosis of the Münchhausen syndrome by proxy might reduce the frequency of complications and deaths in cases with this syndrome.

---

**Słowa kluczowe:** przeniesiony zespół Münchhausena / rozpoznawanie

**Key words:** Münchhausen syndrome by proxy / diagnostics

---

W ostatnich kilku latach polscy telewidzowie byli bulwersowani emitowanymi przez TV reportażami, najczęściej produkcji angloamerykańskiej, ukazującymi maltretowanie małych dzieci przez ich „kochających” rodziców (głównie matki) lub kwalifikowane i zaufane opiekunki. Zarejestrowane ukrytą kamerą zachowania, zwłaszcza kobiet, budziły wśród odbiorców przerażenie, gdyż zagrażały zdrowiu i życiu dziecka. Ponieważ w polskim piśmiennictwie, zwłaszcza pediatryczno-psychiatrycznym, zjawisko to jest traktowane marginalnie, pragniemy je przedstawić, aby można było różnicować ten zespół psychopatologiczny z innymi, a mianowicie z „zespołem dziecka maltretowanego”, szeroko znanym z interdyscyplinarnej literatury. Zespół przez nas przedstawiany w piśmiennictwie anglosaskim nosi nazwę *Munchausen syndrome by proxy* (MSBP, zespół Münchhausena przeniesiony, dosłownie: przez „pełnomocnika”). W większości przypadków sprawcą jest rodzic (prawie zawsze matka), natomiast ofiarą dziecko [1]. Publikacją

pragniemy zainteresować głównie psychiatrów, pediatrów oraz lekarzy pierwszego kontaktu, którzy powinni znać nie tylko zagadnienie zdrowotne małego pacjenta, ale również uwarunkowania środowiskowe, w tym zwłaszcza rodzinne. Zespół Münchhausena nazwę swoją zawdzięcza baronowi von Münchhausenowi żyjącemu w XVIII wieku i słynącemu z opowiadania przesadnych opowieści. Do literatury psychiatrycznej pod taką nazwą wprowadził go Asher w 1951 r., opisując ten zespół jako zbliżony do *pseudologia phantastica*, który cechuje się kłamliwymi relacjami na temat nieistniejących chorób. Dotknięte osoby przyjmowane są wielokrotnie do szpitali ogólnych i psychiatrycznych z powodu objawów ostrej choroby, które są przez nie naśladowane, celowo wytwarzane lub silnie wyolbrzymiane (Asher sklasyfikował pacjentów z zespołem Münchhausena w trzech kategoriach: dotkliwy brzuszny, dotkliwy krwotoczny i dotkliwy neurologiczny). W odróżnieniu od osób symulujących, chorzy najczęściej opuszczają szpital przed

ukończeniem kuracji, żeby wkrótce (czasami w tym samym dniu) szukać miejsca w innym szpitalu i demonstrować takie same lub inne objawy [2, 3].

W przypadku przeniesionego zespołu Münchhausena rodzice starają się być na „zewnątrz” wrażliwymi i kochającymi swoje dzieci, lecz w domu, kiedy nikt ich nie widzi, kaleczą, duszą, torturują lub podtruwają je. Reszta rodziny myśli, że dziecko jest chore i wymaga hospitalizacji. Tymczasem to rodzice wymagają pomocy specjalisty i wieloletniej terapii. Przypadki występowania MSBP dotyczą ludzi na poziomie wszystkich warstw społeczno-ekonomicznych. W 1977 r. Roy Meadow, angielski pediatra jako pierwszy opisał tę szczególną formę maltretowania dziecka przez opiekunów. Polega ona na tym, że rodzice fałszywie informują lekarzy o rzekomych objawach chorobowych ich dzieci, a sami preparują lub wywołują chorobę. Manipulacje te prowadzą do „wytwarzania” objawów lub choroby nierzadko w sposób przestępczy.

Przypadek opisany w 1977 r. dotyczył sześciolatniego Kaya, u którego w moczu często stwierdzano krew w badaniach laboratoryjnych. Pomimo przeprowadzenia wielu specjalistycznych zabiegów, również w znieczuleniu ogólnym, co naraziło pacjenta na wystąpienie nieprzyjemnych objawów ubocznych, nie stwierdzono u dziecka źródła infekcji, czy też innej choroby somatycznej. Tajemnicę rozwiązano wtedy, kiedy doktor odkrył, że krew znajdująca się w moczu dziecka, była krwią jego matki, dodawaną przez nią do moczu dziecka przed mającymi nastąpić badaniami laboratoryjnymi [4].

W literaturze do 2003 r. opisano ponad 700 przypadków MSBP. Opisano również przypadek z rozpoznaniem tzw. wariantu MSBP (*Munchausen syndrome by Adult Proxy*) przeniesionego na „pełnomocników” dorosłych [5]. Najnowsze doniesienia oraz artykuły omawiające ten problem znajdują się głównie w czasopismach pediatrycznych. Zespół ten jest mało znany wśród psychiatrów i lekarzy innych specjalności, nigdy nie nabył jednoznacznej medycznej albo prawnej definicji, chociaż pojawia się na salach sądowych oraz w literaturze od ponad 30 lat i coraz bardziej przyciąga uwagę rządu, lekarzy specjalistów, naukowców i mediów [6]. Został uwzględniony jako kategoria diagnostyczna tylko w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV. Próbuje ona określić formę wykorzystywania dziecka przez przedstawienie propozycji definicji, która brzmi: „motywową dla postępowania sprawców jest przejęcie roli chorego przez pełnomocnika”. W tym przypadku „pełnomocnikiem” jest dziecko [7].

## KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE I OCENA CIĘŻKOŚCI

Kryteria diagnostyczne DSM-IV pozwalające określić MSBP [8]:

- a) celowe wytwarzanie lub naśladowanie objawów somatycznych lub psychologicznych u innych osób, które są pod bezpośrednią opieką sprawcy,

- b) zamierzeniem takiego zachowania jest wywołanie objawów choroby u tej osoby (pełnomocnika),  
c) nie występują zewnętrzne motywy (takie jak korzyści materialne),  
d) zachowań powyższych nie można zakwalifikować do innych zaburzeń psychicznych.

Wyóżnia się trzy postacie zespołu, a mianowicie:

- łagodną, kiedy mamy do czynienia tylko z wymyśleniem symptomów,
- umiarkowaną, która obejmuje takie zachowania, jak: manipulowanie przez opiekuna przy próbach laboratoryjnych i fałszowanie dokumentów medycznych; manipulowanie jest próbą kontrolowania choroby,
- ciężka postać ma potencjalnie śmiertelne konsekwencje.

Zachowanie sprawcy w tych przypadkach jest lekko-myślne i bez poszanowania dobra dziecka. Literatura opisuje takie działania, jak: zamierzone duszenie, zanieczyszczanie naczyń żylnych fekaliami i celowe zatrucie organizmu, by wywołać chorobę. Łagodny i umiarkowany zespół może z czasem narastać

Większość, bo ok. 70% sprawców, którzy wywołują rzeczywiste symptomy u dziecka, będą kontynuować swoje dzieło podczas jego hospitalizacji, a połowa z tych opiekunów w większości przypadków przekazuje wywiad wskazujący na zaburzenie centralnego układu nerwowego (najbardziej powszechnymi, tymczasowymi rozpoznaniem są: padaczka, ataksja, porażenie kończyn) [3].

Przed ustaleniem właściwego rozpoznania, dla większości wprowadzanych w błąd specjalistów, podziwiających ogromną troskę matki, nie do pomyślenia jest, by opiekun mógł dopuścić się własnoręcznego wywołania u swojego dziecka takich zaburzeń w układzie nerwowym, które w konsekwencji grożą zgonem [9, 10].

## KTO NAJCZĘŚCIEJ PRZYCZYNIĄ SIĘ DO POWSTANIA?

W rodzinie najczęściej osobą inicjującą przeniesiony zespół Münchhausena jest matka. Drugi rodzic, w takim wypadku ojciec, jest zazwyczaj obojętny emocjonalnie, rzadko odwiedza dziecko podczas hospitalizacji lub nie robi tego wcale. Napięcie jest zauważalne dopiero w relacjach małżeńskich. Ojciec jest zwykle nieświadomy zachowania jego partnerki. Zostaje poinformowany o całej tragedii dopiero, kiedy musi stawić czoło ostatecznemu rozpoznaniu MSBP. Sprawczynie dbają, by wywoływane u dzieci objawy wyglądały wiarygodnie dla mających leczyć lekarzy. Jednak w wielu przypadkach wiedza ta bywa niekompletna. Dogodną sytuacją do jej uzupełniania jest pobyt w środowisku szpitalnym, gdzie szybko zaprzyjaźniają się z personelem medycznym. W obliczu choroby, wykazują więcej współczucia dla personelu medycznego niż dla swego dziecka, chociaż wydają się oddanymi rodzicami, którzy nie opuszczają jego łóżeczka nawet na krótki czas. Personel często po-

dziwia ich poświęcenie. Wraz z rosnącym podziwem, personel bezwiednie uczestniczy w zainicjowanej już przez rodzica rozgrywce. Uzyskiwane uznanie i podziw są podstawowymi korzyściami dla sprawców zaburzenia.

Wielu z tych ludzi miało w dzieciństwie podobne problemy. Rodzicielstwo skłania ich do przenoszenia swoich zachowań na własne dzieci. Historie zaburzeń u dzieci często zbliżone są do wywiadów opisujących trudności ich matek. Rozpoznaje się u nich różnego rodzaju zaburzenia osobowości, np.: osobowość typu borderline, osobowość narcystyczną, antyspołeczną lub histrioniczną. W dzieciństwie często chorowały na ADHD, autyzm, chorobę afektywną dwubiegunową, chorobę Gilles de la Tourette'a [8, 9].

Do najczęściej ujawnianych zachowań rodziców, na podstawie których można podejrzewać MSBP, należą:

- dość dobra ogólna wiedza medyczna,
- bardzo dobre rozeznanie tematu choroby dziecka,
- wnikliwe sprawdzanie i nadzorowanie wszystkich procedur medycznych,
- rzadkie przyjmowanie gości z zewnątrz,
- nadopiekuńczość wobec dzieci,
- silne zaangażowanie w pomoc personelowi (stawanie się niemal częścią medycznego zespołu),
- w obliczu konfrontacji z medycyną i prawem, zaprzeczanie MSBP
- sprzeciw wobec proponowanych badań psychiatrycznych [10].

Przypadki MSBP są bardzo złożone, trzeba do nich podchodzić bardzo wnikliwie, a ostateczne rozpoznanie wymaga zawsze przedstawienia niepodważalnych dowodów [8].

Rosenberg [9] opisał cztery główne cechy składające się na rozpoznanie MSBP:

- fałszowanie przez opiekunów objawów choroby u dziecka,
- nastawanie na medyczną ocenę dziecka i opiekę nad nim (z dużym uporem ze strony opiekunów, co prowadzi do podejmowania wielu kosztownych, lecz w istocie niepotrzebnych procedur medycznych),
- zaprzeczanie przez opiekunów rzeczywistej wiedzy na temat etiologii choroby dziecka,
- ostre objawy choroby u dziecka zmniejszają swoje natężenie w momencie oddzielenia dziecko od ich sprawcy.

Pomimo wyodrębnienia powyższych cech w dalszym ciągu trwa dyskusja na temat czynników wpływających na rozpoznanie wykorzystywania dziecka. Przedstawione kryteria Rosenberga cechuje brak swoistości, ponieważ takie zachowania sprawców mogą również zachodzić w innych rodzajach świadomego wykorzystywania dzieci. Dotyczy to, na przykład, usiłowania zabójstw (nieprzypadkowe uduszenie, nieprzypadkowe otrucie), nadużyć seksualnych oraz wielu innych przestępstw. Ofiarami MSBP są zwykle dzieci w wieku do 2 lat, rzadziej powyżej 6 roku życia, ponieważ starsze dzieci prędzej mogą wyjawić nadużycie i oszustwo.

W niektórych przypadkach starsze dzieci jako ofiary bywają w „zmowie” z rodzicami, ponieważ rola chorego może być czasem jedynym sposobem doświadczania przez nie akceptacji ze strony opiekunów.

Jeżeli ofiara ma rodzeństwo, ono również mogło doświadczyć MSBP. Może na to wskazywać niewyjaśniona śmierć w rodzeństwie lub niemowlęcy zespół nagłej śmierci (SIDS, *sudden infant death syndrome*). Kilka przypadków takiego zespołu w rodzinie uzasadnia podejrzenie przeniesionego zespołu Münchhausena. Od 1970 r. zaczęto wykorzystywać SIDS, jako domyślne orzeczenie w przypadkach niemożności stwierdzenia konkretnej przyczyny śmierci. Również kilkakrotne zgony dzieci w tej samej rodzinie były kwalifikowane jako SIDS w przypadku niestwierdzenia oczywistych przyczyn ich śmierci. Jednak wraz z szybkim rozwojem badań nad SIDS, podejście do tego rozpoznanie było coraz ostrożniejsze, a wręcz zaczęto uważać je za nieprawdopodobne w rodzinach, które z nieznanых przyczyn doświadczyły wielokrotnie nagłego zgonu swoich dzieci [11].

Lekarze bardzo często podczas pierwszego kontaktu z dziećmi są całkowicie nieświadomi, że są one ofiarami MSBP i nieświadomi są również tego, że bezwiednie sami stają się współsprawcami, ponieważ ratując życie pacjenta stosują zabiegi medyczne często intruzywne i obciążone ryzykiem powikłań.

## PRÓBY ROZPOZNAWANIA I LECZENIA

Częste hospitalizacje wypełniają pustkę emocjonalną matek, które właśnie w szpitalu mają okazję kontynuowania swych niekiedy wyrafinowanych działań. Pomimo najszerszych chęci pomocy dzieciom, wykrzyca MSBP napotyka często liczne przeszkody, nawet ze strony prawnej. Np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie problem MSBP był, jak do tej pory, najwnikliwiej badany, próbowano różnych metod celem udowodnienia matkom ich szkodliwej działalności wobec swoich dzieci. Jedną z nich było umieszczenie kamer wideo w salach pobytu pacjenta. Spotkało się to z dezaprobatą instytucji sądowych, które odwoływały się do czwartej poprawki do konstytucji z 1791 r., stwierdzającej, że prawo ludzi do prywatności musi być zachowywane w domach, dokumentach, instytucjach publicznych, a żadne sprawy nie mogą być ujawniane na zewnątrz, chyba że osoba jest poszukiwana i ma zostać zatrzymana – wówczas wszystko odbywać się musi pod przysięgą. W Wielkiej Brytanii przestano monitorować sale po ujawnieniu przez media tej „nieetycznej” metody jako „zagrożającej” prywatności [9, 12].

Leczenie MSBP jest bardzo trudne lub często niemożliwe, bo wiąże się z natychmiastowym wyparciem choroby oraz często stanowiącego jej podłoże zaburzenia osobowości i jak dotąd nie przynosiło większych sukcesów. Pierwszym krokiem postępowania jest oddzielenie matki i dziecka (w USA powoływane są do tego odpowiednie zespoły wewnątrzszpitalne przeciwdziałające zgodnie z prawem, by nie doszło do wypisania

dziecka ze szpitala, kiedy matka dowie się o konieczności czasowego oddania dziecka). Dla większości matek ujawnienie i rozpoznanie MSBP jest bardzo traumatyczne, reagują najczęściej ostrymi stanami depresyjnymi, włącznie z tendencjami samobójczymi. Poddawane są natychmiastowej opiece psychiatrycznej, a następnie długoletniej psychoterapii, która jednak, jak wspomniano, rzadko osiąga pożądany cel [9]. Natomiast samo dziecko, po ustaniu narażenia na działanie groźnych dla życia środków działań „kochających opiekunów”, zwykle w miarę szybko powraca do zdrowia.

Wczesne rozpoznanie przeniesionego zespołu Münchhausena stanowi klucz do zmniejszenia śmiertelności z powodu jego następstw, a ujawnianie i uświadamianie potencjalnych sprawców może, pomimo olbrzymich trudności, zredukować częstotliwość wystąpienia zespołu [2].

## PIŚMIENNICTWO

1. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy in New Zeland. *J Pediatr Child Health* 2001; 72 (8): 37, 240–3.
2. Horwath J. Inter-agency practice in suspected cases of Münchhausen syndrome by proxy dilemmas for professionals. *Child Family Social Work* 1999; 4: 109–18.
3. Korzeniowski L, Pużyński S (red). *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Warszawa: PZWL; 1978.
4. Raitt F. Mothers on Trial: Discourses of Cot Death and Münchhausen's syndrome by proxy. *Feminist Legal Studies* 2004; 12 (3): 25–47.
5. Randerson J. Betrayal of innocence. *New Scientist* 2003; 179 (2413): 40–4.
6. Murray JB. Münchhausen Syndrome by Proxy. *J Psychol* 1997; 131 (3): 343–53.
7. Sigal M, Altmark D, Gelkopf M. Münchhausen syndrome by adult proxy revisited. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1991; 28 (1): 33–6.
8. Mc Nicholas F, Slonims V, Cass H. Exaggeration of Symptoms or Psychiatric Münchhausen Syndrome by Proxy. *Child Adolesc Mental Health* 2000; 5 (2): 69–76.
9. Deborah R, Fulton RN. Early recognition of Münchhausen Syndrome by Proxy. *Crit Care Nurs Q* 2000; 23 (2): 35–43.
10. *Ethics and Behavior* 2001; 11 (2): 2005–16.
11. Chiczewski D, Kelly M. *FBI LAW Enforcement Bulletin*. 2003.
12. Morrison CA. Cameras in Hospital Rooms; The Fourth Amendment to the Constitution and Münchhausen Syndrome by Proxy. *Crit Care Nurs Q* 1999; 22 (1): 65–9.

*Adres: Dr Tomasz Kowalik, Szpital Psychiatryczny im. dr J. Babińskiego, Oddział VIII A,  
ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź*