

Aleksandra Paturej, Milena Pogonowska, Bolesław Kalicki

Received: 24.01.2019
Accepted: 27.03.2019
Published: 31.05.2019

Przeniesiony zespół Münchhausena. Opis przypadku

Munchausen syndrome by proxy – a case report

Klinika Pediatrii Nefrologii i Alergologii Dziecięcej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Aleksandra Paturej, Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej, Wojskowy Instytut Medyczny, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, tel.: +48 531 666 420, e-mail: apaturej@wim.mil.pl

Streszczenie

Krzywdzenie dziecka może przybierać różne formy. Jedną z nich jest przeniesiony zespół Münchhausena, który należy do grupy zaburzeń pozorowanych i charakteryzuje się indukowaniem objawów chorobowych u zależnej od siebie osoby w celu wcielenia się w rolę opiekuna chorego. W większości przypadków sprawcą jest rodzic (najczęściej matka), natomiast ofiarą dziecko. Główną motywacją do działania osoby cierpiącej na przeniesiony zespół Münchhausena stanowi chęć zogniskowania na sobie uwagi personelu medycznego, co może być psychologiczną nagrodą. Z uwagi na trudności diagnostyczne skala problemu pozostaje nieznana. W niniejszej pracy przedstawiono opis przypadku 10-letniej dziewczynki, która początkowo przez ponad 2 miesiące była hospitalizowana z powodu niewyjaśnionego krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, następnie zaś trafiła do innego oddziału pediatrycznego z objawami zaburzeń świadomości. Ustalenie właściwego rozpoznania i uchronienie dziecka przed dalszym maltretowaniem było możliwe dzięki zebraniu dokładnego wywiadu, czujności diagnostycznej oraz współpracy między dwoma ośrodkami, w których hospitalizowano dziewczynkę.

Słowa kluczowe: przeniesiony zespół Münchhausena, trudności diagnostyczne, zespół dziecka maltretowanego, krwinkomocz, zaburzenia pozorowane

Abstract

Child abuse may take different forms. Munchausen syndrome by proxy is a factitious disorder in which disease symptoms are induced in a dependent person so that the perpetrator could play the role of a caregiver. Parent (mother in most cases) is usually the perpetrator, and a child is usually the victim. The desire to draw the attention of medical personnel, which can be a psychological reward, is the main motivation for a person affected by Munchausen syndrome by proxy. The scale of the problem remains unknown due to diagnostic difficulties. We present a case of a 10-year-old girl who was initially hospitalised for more than 2 months due to unexplained bleeding from the lower gastrointestinal tract, and was then admitted to another paediatric unit due to consciousness disorders. Accurate diagnosis and prevention of further child maltreatment was possible due to collecting thorough medical history, diagnostic vigilance and cooperation between medical centres where the girl was hospitalised.

Keywords: Munchausen syndrome by proxy, diagnostic difficulties, child abuse syndrome, haematuria, factitious disorders

WSTĘP

Zespół Münchhausena jest to zaburzenie psychiczne, w ramach którego pacjent celowo wytwarza lub fabrykuje objawy chorobowe oraz poddaje się niepotrzebnemu leczeniu, a jedyną motywacją jego działania stanowi chęć zogniskowania uwagi personelu medycznego na własnej osobie. W literaturze psychiatrycznej choroba została opisana po raz pierwszy w 1951 roku przez Richarda Ashera⁽¹⁾. Nazwa zespołu pochodzi od barona von Münchhausena, XVIII-wiecznego oficera znanego z relacjonowania przesadnych opowieści, w których rzekomo brał czynny udział.

Odmianą jednostką diagnostyczną jest przeniesiony zespół Münchhausena (*Munchausen syndrome by proxy*, MSbP), w przypadku którego to rodzic lub opiekun powoduje u dziecka zaburzenia somatyczne. Różnica między oboma zespołami polega na tym, że w zespole Münchhausena pacjent sam u siebie wywołuje objawy chorobowe, natomiast w MSbP są one wywołane u dziecka przez działanie jego opiekuna⁽²⁾. Obejmuje ono zarówno indukowanie choroby (poprzez podawanie szkodliwych substancji), jak i fabrykowanie objawów klinicznych. MSbP stanowi groźną formę maltretowania dzieci i po raz pierwszy został opisany w 1977 roku przez brytyjskiego nefrologa dziecięcego Roya Meadowa. Przedstawił on dwa przypadki dzieci z fikcyjnymi chorobami – pacjenta z „krwiomoczem” spowodowanym obecnością krwi matki w jego moczu i dziecka, które zmarło z powodu zatrucia solą^(3,4).

W piśmiennictwie polskim stosuje się zamiennie kilka nazw tego zaburzenia: zespół Münchhausena przeniesiony, zespół Münchhausena zastępczy, zespół Münchhausena udzielony, zespół Münchhausena *per procuram*, zespół Münchhausena *by proxy*; w anglosaskim natomiast: *Meadow's syndrome*, *Munchausen syndrome by proxy*, *factitious disorder imposed on another* (FDIA). *By proxy* oznacza dosłownie „poprzez substytut”. W tym przypadku substytutem jest osoba – najczęściej własne dziecko – będąca ofiarą postępowania człowieka cierpiącego na MSbP⁽⁵⁾.

W Polsce rocznie opisuje się od kilku do kilkunastu przypadków ofiar MSbP (średnio 3/100 000 dzieci). Należy zwrócić uwagę na fakt, że w literaturze odnotowywane są głównie ciężkie postaci zespołu. W związku z tym rzeczywista skala rozpowszechnienia tej formy maltretowania pozostaje nieznaną⁽⁶⁾. Wśród 2,5 miliona zgłaszanych przypadków maltretowania dzieci w Stanach

Zjednoczonych około 1000 przypadków jest wynikiem MSbP⁽⁷⁾. W metaanalizie Yatesa i Bassa – obejmującej 796 przypadków choroby – zgon dziecka stwierdzono w 7,4% przypadków⁽⁸⁾. Długotrwały uszczerbek na zdrowiu odnotowuje się u 7,3% dzieci⁽⁹⁾.

Według definicji przedstawionej przez Rosenberg MSbP rozpoznaje się, gdy choroba dziecka jest fikcyjna lub wywołana przez opiekuna, kontakt z personelem medycznym łączy się z przeprowadzeniem wielu badań i procedur medycznych, opiekun neguje przyczyny choroby dziecka oraz gdy objawy ustępują po odseparowaniu dziecka od opiekuna⁽¹⁰⁾. Sygnały alarmowe, które powinny zwrócić uwagę lekarza, zostały przedstawione w tab. 1 i 2⁽¹¹⁾.

Uważa się, że głównym celem osoby cierpiącej na MSbP jest skoncentrowanie na sobie uwagi. Wiąże się to z potrzebą poczucia władzy lub odreagowania ciężkiej sytuacji życiowej. Uwaga poświęcana opiekunowi przez personel medyczny może stanowić psychologiczną nagrodę⁽⁵⁾. Yates i Bass podają, że w 97,6% sprawcą jest kobieta, w 95,6% matka dziecka. W 45% przypadków opiekun pracuje w zawodach powiązanych ze służbą zdrowia. Stwierdzono również częstsze występowanie MSbP u rodzica będącego ofiarą nadużyć i dramatu rodzinnego w dzieciństwie (30%). Ponadto u opiekuna częściej diagnozowano zaburzenia psychiatryczne pod postacią zaburzeń pozorowanych, w tym zespołu Münchhausena (30%), zaburzeń osobowości (18,6%) i depresji (14,2%)⁽⁸⁾. MSbP może również być zapoczątkowany przez silny stres, np. przez problemy małżeńskie⁽⁵⁾.

Należy również zwrócić uwagę na bardzo szeroki zakres możliwych objawów wywołanych przez opiekuna. Obejmują one gorączkę oraz choroby dermatologiczne, endokrynologiczne, gastroenterologiczne, hematologiczne, neurologiczne, metaboliczne i reumatologiczne⁽¹²⁻¹⁵⁾. W 54% przypadków sprawca skutecznie fabrykuje objawy kliniczne mimo hospitalizacji dziecka⁽⁸⁾.

W MSbP osobą obciążoną zaburzeniem jest dorosły, najczęściej matka. Leczenie tego zaburzenia jest więc skupione właśnie na niej, a nie na dziecku, które występuje jedynie w roli ofiary zachowania matki. Postępowanie obejmuje zaprzestanie niepotrzebnej opieki medycznej oraz odwrócenie skutków działań opiekuna. Opiekunom proponowane są długoterminowa terapia psychiatryczna i opieka psychologiczna. Zaleca się także psychoterapię poznawczo-behawioralną. Leczenie powinno trwać wiele lat. U matek, u których wcześniej potwierdzono MSbP, należy sprawdzić,

- Obszerny i niespójny opis choroby dziecka
- Obraz kliniczny niekorelujący z wywiadem chorobowym udzielonym przez rodzica
- Akceptacja inwazyjnych procedur diagnostycznych i chirurgicznych bez wątpliwości
- Poszukiwanie uwagi i zrozumienia u personelu medycznego
- Prośby o kolejne interwencje oraz opinie innych specjalistów
- Wykazywanie wiedzy medycznej przez sprawcę
- Zaburzenia psychiczne w wywiadzie
- Problemy rodzinne

Tab. 1. Objawy alarmowe u sprawcy⁽¹¹⁾

- Nietypowy obraz kliniczny
- Prawidłowe wyniki badań dodatkowych
- Objawy kliniczne niereagujące na leczenie
- Objawy kliniczne występujące w obecności opiekuna i ustępujące w trakcie jego nieobecności
- Wystąpienie powikłań lub nowych objawów w przypadku prawidłowych wyników badań
- Wielokrotne hospitalizacje i operacje w wywiadzie
- Współwystępowanie wielu chorób (w tym psychicznych)
- Ojciec nieobecny w życiu dziecka

Tab. 2. Objawy alarmowe u ofiary⁽¹¹⁾

czy nadal rozwijają szkodliwe działania wobec dziecka, i naczy je akceptować niechciane dziecko^(5,7,16).

OPIS PRZYPADKU

Dziesięcioletnia dziewczynka została przyjęta do Kliniki Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej Wojskowego Instytutu Medycznego z powodu zasłabnięcia i zgłaszanych zaburzeń równowagi. Pacjentkę skierowano bezpośrednio z gabinetu pielęgniarki szkolnej, gdzie wykonano pomiary podstawowych parametrów życiowych: ciśnienia, tętna, saturacji; okazało się, że były one prawidłowe. Przy przyjęciu uzyskano informację, że w wykonanym ambulatoryjnie przed kilkoma dniami badaniu ogólnym moczu występował krwinkomocz.

W wywiadzie pół roku przed wspomnianą hospitalizacją u dotychczas zdrowej dziewczynki przeprowadzono zabieg appendektomii. Od tamtej pory stale stwierdzano obecność krwi w kale. Z tego powodu dziewczynka przez ponad 2 miesiące była diagnozowana w innym oddziale pediatrycznym. W czasie pobytu dziecka w Klinice wykonano szereg badań: fiberosigmoidoskopię, gastro- i kolonoskopię oraz dwukrotnie scyntyografię przy pomocy erytrocytów znakowanych technetem – w poszukiwaniu ektopowej śluzówki żołądka. W trakcie hospitalizacji obserwowano również objawy wytwórcze. W wykonanej tomografii komputerowej głowy oraz obrazowaniu jamy brzusznej i ośrodkowego układu nerwowego metodą rezonansu magnetycznego nie stwierdzono żadnych odchyłeń. W ostatniej fiberoskopii odnotowano obecność pojedynczej, bardzo płytkiej szczeliny w okolicy okołodbytnicznej. Podczas blisko 2-miesięcznego pobytu nie stwierdzono cech anemizacji w badaniach dodatkowych, mimo ciągłej obecności domieszki krwi w badaniach kału. Według relacji mamy dziewczynka miała zaplanowaną kolejną hospitalizację w oddziale chirurgii dziecięcej celem wykonania laparotomii zwiadowczej.

Przy przyjęciu do Kliniki dziewczynka była w stanie ogólnym średnim, apatyczna, podsypiająca. W badaniu przedmiotowym poza splątaniem nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości. W badaniach dodatkowych odnotowano niskie wykładniki stanu zapalnego, w morfologii krwi obwodowej nie było odchyłeń, wskaźniki funkcji wątroby i nerek okazały się prawidłowe. W gazometrii nie stwierdzono zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej ani kwasowo-zasadowej. Badanie kału na krew utajoną było ujemne. Z uwagi na obserwowany przed hospitalizacją krwinkomocz oznaczono miano ASO i koagulogram, które pozostawały w normie. W badaniu ogólnym krwinki czerwone luźno pokrywały całe pole widzenia. Zdecydowano o konieczności pobrania moczu od dziewczynki w obecności personelu. Wówczas w badaniu ogólnym stwierdzono leukocyturię i krwinki czerwone od 3 do 5 w polu widzenia. Wobec niejasnego wyniku pobrano mocz na kolejne badanie ogólne – również w obecności personelu. Nie stwierdzono nieprawidłowości. W związku z obserwowaną

niematuralną sennością u dziecka wykonano również badania toksykologiczne obu próbek moczu i stwierdzono obecność kwetiapiny w próbce pobranej od pacjentki w obecności pielęgniarki. Po uzyskaniu tego wyniku wzmocniono czujność personelu oraz wprowadzono obowiązek notowania wszystkich odwiedzin. Dziewczynka nie potrafiła odpowiedzieć na pytanie, z czego wynika obecność leku w jej organizmie. Żaden z opiekunów dziecka nie przyznawał się do znajomości tego leku ani do podania go dziecku. Konsultujący psychiatra wysunął podejrzenie indukowania u dziecka objawów chorobowych w sposób zagrażający życiu i zdrowiu dziecka.

W trakcie hospitalizacji uwagę personelu medycznego zwracało zachowanie matki dziewczynki, która niemal nie opuszczała oddziału, domagała się kolejnych badań i sama sugerowała kierunek poszerzenia diagnostyki. Ustalono, że babcia dziewczynki (ze strony matki) jest wieloletnią pracownicą szpitala (sekretarką), a matka dziewczynki nie pracuje, była zwalniana z ostatnich miejsc pracy, m.in. ze stanowiska sekretarki medycznej. Rodzice dziewczynki rozstali się, gdy była ona niemowlęciem. Pacjentka miała poprawne relacje z ojcem i jego rodziną. Uzyskano informację, że gdy matka pacjentki miała 9 lat, tragicznie zginęła jej 19-letnia siostra.

Z uwagi na niejasny obraz kliniczny skontaktowano się telefonicznie z lekarzem prowadzącym dziewczynkę z oddziału pediatrycznego, w którym przebywała ostatnio. Ustalono, że termin kolejnej hospitalizacji celem wykonania laparotomii zwiadowczej nie był umawiany przez zespół lekarski z tamtego oddziału. Z uwagi na prezentowane przez dziewczynkę objawy wytwórcze odbyła się wówczas konsultacja psychiatryczna, podczas której po raz pierwszy wysunięto podejrzenie zaburzeń pokrewnych do MSbP. Dodatkowo, w związku z wielokrotnie dodatnim wynikiem kału na krew utajoną i prawidłowe wyniki innych badań dodatkowych, przeprowadzono weryfikację genetyczną krwi w kale. W wynikach, które uzyskano mniej więcej po miesiącu od wypisu z Kliniki, stwierdzono obecność w kale krwi ludzkiej, która nie należała do pacjentki, ale mogła pochodzić od osoby płci żeńskiej blisko z nią spokrewnionej. Po uzyskaniu wspomnianych wyników badań genetycznych oraz posiłkując się wynikiem konsultacji psychiatrycznej, lekarz prowadzący wraz z ordynatorem oddziału wystąpili w tej kwestii do Sądu Rodzinnego i Rzecznika Praw Dziecka. Sprawa pozostawała w toku.

Całokształt obrazu klinicznego, wielokrotne hospitalizacje, sugerowanie kierunku diagnostyki przez matkę dziecka, nieprawidłowości jedynie w badaniach pobieranych bez obecności personelu oraz obecność leku psychotropowego w organizmie dziecka pozwoliły na ustalenie rozpoznania MSbP. W związku ze stwierdzeniem działań, które zagrażają zdrowiu i życiu dziecka, powiadomiono policję oraz uzyskano postanowienie Sądu Rejonowego, że na czas toczącego się postępowania opieka nad dziewczynką zostanie powierzona jej ojcu. Zalecono również opiekę w specjalistycznej placówce dla krzywdzonych dzieci.

OMÓWIENIE

Opisywany przypadek jest klasycznym przykładem MSbP. Pozornie nadopiekuńcza matka dziecka, zawodowo związana ze służbą zdrowia, z wywiadem traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie, doprowadza do wykonania licznych i – jak się okazało – zbędnych badań dodatkowych oraz do przedłużonej hospitalizacji dziecka. Nie udało się udowodnić, czy to matka podała dziecku kwetiapinę, czyli lek stosowany w terapii zaburzeń psychotycznych, jednak pozostaje ona główną podejrzaną.

Pacjentka do czasu postawienia diagnozy spędziła ponad 2 miesiące w szpitalu i w krótkim czasie trafiła po raz kolejny do oddziału pediatrycznego. Dlatego też należy podkreślić, że personel medyczny odgrywa istotną rolę zarówno w zainicjowaniu, jak i w utrwaleniu zespołu. Wskazana jest szczególna ostrożność lekarzy w sytuacji, gdy wywiad medyczny nie koreluje z badaniem przedmiotowym oraz wynikami badań dodatkowych. W razie wątpliwości wszelkie badania dodatkowe należy wykonać ponownie w obecności personelu. Ponadto przy podejrzeniu zatrucia czy podawania leków przez opiekuna celem wywołania objawów uzasadnione jest wykonanie badań toksykologicznych.

W przypadku niejasnych wyników badań, obciążonego wywiadu środowiskowego, a w konsekwencji podejrzenia MSbP niezmiernie istotny jest również kontakt z poprzednimi placówkami, w których przebywało dziecko. W opisywanym przypadku pozwoliło to na szybkie ukierunkowanie diagnostyki.

Z MSbP mogą zetknąć się lekarze wszystkich specjalności. Większa świadomość choroby wśród osób pracujących zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w placówkach lecznictwa zamkniętego pozwoli na szybsze postawienie diagnozy. Należy pamiętać, że rzeczywista skala rozpowszechnienia zespołu pozostaje nieznaną – z uwagi na niską rozpoznawalność choroby. Szczególną czujność należy zachować w przypadkach długiego wywiadu chorobowego, niewspółmiernych wyników badań dodatkowych oraz obciążonego wywiadu środowiskowego (choroba psychiatryczna, trauma w dzieciństwie). Pozwoli to uniknąć wykonywania wielu niepotrzebnych badań oraz objąć leczeniem opiekunów dzieci, a w konsekwencji – uchronić je przed maltretowaniem. To bowiem – poza oczywistym obecnym negatywnym wpływem na dziecko – może mieć również odległe następstwa.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

1. Asher R: Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339–341.
2. Heitzman J, Opio M, Ruzikowska A et al.: Przeniesiony zespół Münchhausena w opinii sądowo-psychiatrycznej – opis przypadku i kontrowersje etyczne. *Psychiatr Pol* 2012; 46: 677–689.
3. Meadow R: Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2: 343–345.
4. Meadow R: Management of Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1985; 60: 385–393.
5. Berent D, Florkowski A, Gałęcki P: Przeniesiony zespół Münchhausena. *Dziecko Krzywdzone* 2012; 11 (2, 39): 95–103.
6. Brannon GE: Factitious Disorder Imposed on Another (Munchausen by proxy). 2015. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/295258-overview> [cited: 4 April 2019].
7. Cleveland Clinic: Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA). 2014. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9834-factitious-disorder-imposed-on-another-fdia> [cited: 4 April 2019].
8. Yates G, Bass C: The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – a systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl* 2017; 72: 45–53.
9. Sheridan MS: The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 431–451.
10. Rosenberg DA: Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 547–563.
11. Faedda N, Baglioni V, Natalucci G et al.: Don't judge a book by its cover: factitious disorder imposed on children – report on 2 cases. *Front Pediatr* 2018; 6: 110.
12. Dejoie T, Ramos E, Baron S et al.: [Contribution of the laboratory in hypoglycemia diagnosis induced by insulin administration in a 2-year-old girl]. *Ann Biol Clin (Paris)* 2008; 66: 82–86.
13. Wittkowski H, Hinze C, Häfner-Harms S et al.: Munchausen by proxy syndrome mimicking systemic autoinflammatory disease: case report and review of the literature. *Pediatr Rheumatol Online J* 2017; 15: 19.
14. Heubrock D: Münchhausen by proxy syndrome in clinical child neuropsychology: a case presenting with neuropsychological symptoms. *Child Neuropsychol* 2001; 7: 273–285.
15. Roesler TA: Medical child abuse/Münchhausen by proxy. In: *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. 2015. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118625392.wbecp087> [cited: 4 April 2019].
16. Berg B, Jones DP: Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1999; 81: 465–472.