

МИНХАУЗЕНОВ СИНДРОМ ПРЕКО ПОСРЕДНИКА

Александар А. ЈОВАНОВИЋ¹, Весна Р. ПОПОВИЋ¹, Слободан САВИЋ²,
Ђорђе АЛЕМПИЈЕВИЋ², Нада ЈАНКОВИЋ¹

¹Институт за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд;

²Институт за судску медицину, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Минхаузенев синдром преко посредника (*MSP*) је у стручну литературу увео 1977. године енглески психијатар Рој Медоу (*Roy Meadow*), указавши на тешко дијагностиковање овог поремећаја, који има озбиљне конотације не само у медицинском, већ и у криминолошком и правном контексту. *MSP* је, према Америчкој класификацији психијатријских поремећаја (*DSM-IV*), провизорно сврстан у групу поремећаја који захтевају даље истраживање под именом фиктивни поремећај преко посредника, док се, према Десетој ревизији Међународне класификације болести (*ICD-10*), премда није експлицитно наведен, *MSP* евентуално може сврстати у групу намерно изазваних поремећаја *F68.1*. У питању је посебан облик злостављања где починилац изазива физичке или психичке знаке или симптоме болести код жртве о којој се стара, а затим жртву упорно подвргава медицинском испитивању и лечењу. У типичним случајевима *MSP* жртва злостављања је дете предшколског узраста, а починилац злостављања његова мајка. Сматра се да је мотив за патолошко понашање особе са *MSP* садржан у несвесној потреби за посредним прихватањем улоге болесника, при чему не постоје или су споредни спољашњи подстицаји, као што је, на пример, економска добит. Законитости настанка Минхаузеновог синдрома преко посредника још су у сфери спекулативних динамских теорија сумњиве предиктивне вредности, његов ток је хроничан а прогноза лоша, с обзиром на то да засад није описан конзистентан, ефикасан и специфичан програм лечења особа са *MSP*. Аутори приказују тридесеттворогодишњу мајку која је емоционално и физички злостављала свог деветогодишњег сина, приморавајући га да током неколико последњих година заједно с њом пријављује полицији и здравственим и школским установама да су га различите особе силовале, тровале и пребијале. Мајка је испољавала психотични поремећај, а код детета су уочени застој у когнитивном развоју, емоционални проблеми и поремећај понашања.

Кључне речи: Минхаузенев синдром преко посредника; намерно изазвани поремећаји; злостављање деце

УВОД

Минхаузенев синдром преко посредника (*MSP*) је посебан вид злостављања где починилац, с мотивом посредног преузимања улоге болесника, изазива телесне или душевне знаке, односно тегобе болести код жртве о којој се стара, а затим жртву упорно подвргава медицинском испитивању и лечењу. У типичним случајевима жртва злостављања је дете предшколског узраста, а починилац злостављања његова мајка. Овај термин је у стручну литературу увео 1977. године енглески психијатар Рој Медоу (*Roy Meadow*) [1], описавши га као посебан облик испољавања тзв. фиктивних поремећаја (користе се још и термини: лажни, вештачки, фалсификовани, индуковани поремећаји), који су у класичној литератури познатих и као „Минхаузенев синдром”, с озбиљним конотацијама не само у медицинском, већ и у правном контексту. Синдром је добио име по главном јунаку романа немачког књижевника Р. Е. Распеа „Необична путовања, подухвати и авантуре барона Минхаузена”, а представља намерно изазивање, тј. лажирање, претежно физичких, али и психолошких знака или симптома, са мотивом да се преузме улога болесника, без спољашњих подстицаја, као што су, на пример, економска добит, добијање одштете, избегавање војске или кривичне одговорности, који су својствени мотивацији симуланата.

Аутори су желели да скрену пажњу на клинички и форензички значај *MSP* као специфичног облика злостављања (пре свега, деце) које садржи реалну опасност по здравље и живот жртве и која се веома

тешко дијагностикује и лечи. У том смислу, аутори сумирају досадашња стручно-научна сазнања и дилеме које се односе на *MSP* и приказују случај из своје форензичке праксе.

БИБЛИОГРАФИЈА О МИНХАУЗЕНОВОМ СИНДРОМУ ПРЕКО ПОСРЕДНИКА

Дијагностички критеријуми

MSP ни у последњој верзији Америчке класификације психијатријских поремећаја (*DSM-IV*) није нашао место као званична дијагноза на првој осовини. Сврстан је у групу поремећаја који захтевају даље проучавање под провизорном дијагнозом „фиктивни поремећај преко посредника”, са следећим критеријумима: а) намерно изазивање или лажирање физичких или психолошких знака или симптома код друге особе о којој се неко стара; б) мотив за понашање починиоца злостављања представља преузимање улоге болесника преко посредника; в) не постоји спољашња побуда (рецимо, економска корист) за такво понашање; г) понашање није боље објашњено другим менталним поремећајем [2, 3].

Према Десетој ревизији Међународне класификације болести (*ICD-10*), *MSP* се условно може сврстати у оквиру категорије „Други поремећаји личности и поремећаји понашања одраслих особа” [4], под шифром *F68.1*, која садржи „Намерно изазивање или лажирање телесних симптома психичких неспособности (симулирани поремећај)”. У ближем опису овог

дијагностичког ентитета наводи се да „особа понављано лажира симптоме и чак може себе повредити, да би изазвала симптоме и знаке болести”, при чему је „мотивација скривена, вероватно интрапсихичка, и има за циљ прихватање улоге болесника”. Минхаузен синдром преко посредника се, међутим, експлицитно не помиње у *ICD-10*, ни у оквиру претходно поменути категорије (*F68.1*), где би најпре могао да се сврста, нити у оквиру „Синдрома лошег поступања” (*Syndroma maltractionis*), под шифром *T74*, нити на било ком другом месту.

Велика учесталост постављања коморбидитетних дијагноза код *MSP*, као и недостатак стручног консензуса у вези са дијагностичким критеријумима за *MSP* и даље налажу потрагу за прецизнијом дефиницијом поремећаја [5], те се, по том питању, недавно огласио и сам аутор термина *MSP*, предлажући следеће критеријуме: а) болест је исфабрикована (индукована) од родитеља или некога ко је *in loco parentis*; б) дете се перзистентно приказује лекарима; в) починилац злостављања (у почетку) пориче да је изазвао болест код детета; г) болест нестаје када се дете одваја од починиоца злостављања; д) сматра се да починилац делује јер има потребу да заузме улогу болесника путем посредника или у смислу другог облика понашања који је усмерен на придобијање пажње.

Диференцијална дијагноза

Одавно су уочене тешкоће у дијагностиковању и разликовању *MSP* и инфантицида (најчешће изазваног тровањем или механичким угушењем), прикривања сексуалног злостављања и суровог кажњавања, намерне инвалидизације детета ради одштете, патолошке склоности ка посећивању лекара, екстремне сепарационе анксиозности родитеља, суманутости у вези са здрављем детета итд. [6, 7].

Опсежном анализом казуистике *MSP* из литературе (451 приказа болесника), Шеридан (*Sheridan*) [8] је нашао позитиван коморбидитет у 103 приказана случаја. Наиме, поред критеријума за *MSP*, 23% особа с овим поремећајем је задовољавало и критеријуме за неки други психијатријски поремећај; најчешће је у питању био гранични, хистрионични или антисоцијални поремећај личности (36%), затим депресивни поремећај (23%) и суманути поремећај (8%).

Први и, свакако, најважнији корак у дијагностиковању болести је искључивање или утврђивање и лечење објективног соматског поремећаја код жртве. У супротном, дешава се да лекари дуго не препознају стварне узроке настанка симптома код детета (апнеје, алергије, астме и сл.) и доприносе дететовој даљој патњи, подвргавајући га неодговарајућим и непотребним испитивањима, неодговарајућем лечењу или чак хируршкој интервенцији [9, 10]. У случају када код детета дуго не може да се донесе права клиничка дијагноза, јер се „не уклапају” сви делови клиничке слике, треба имати у виду и могућност да је у питању *MSP*, те, у том смислу, даље треба: 1) обратити пажњу на податак о психичким проблемима мајке детета; 2) затражити консултацију с другим лекаром; 3) не примењивати инвазивне тестове само да

би се родитељи задовољили; 4) размотрити последице и штетност тестова у односу на корист; 5) успоставити сарадњу с установама и стручњацима који могу дати било какав податак о претходној болести детета; 6) консултовати се са колегама у случају да се подаци из анамнезе не слажу са резултатима налаза [11]. Управо због тешкоћа у дијагностиковању, неке институције су увеле и видео-надзор, ради континуираног клиничког надгледања и доказивања како родитељи могу да изазову тешке и понекад смртне последице код своје деце [12, 13].

Епидемиологија

Сматра се да је стопа преваленције *MSP* врло мала, мада процену отежава чињеница да овај посебан облик злостављања детета често остаје незабележен и неколико година. *MSP* се, према неким проценама, налази у основи 0,3% злостављања деце пријављених сваке године у Сједињеним Америчким Државама, док је стопа инциденције код деце млађе од 16 година на Новом Зеланду била 0,02% [14, 15]. Двогодишња епидемиолошка судија о *MSP*, неакцидентном угушењу и тровању деце у Великој Британији и Ирској [16] показала је да се код око половине случајева незадежно угушење и тровање десило у оквиру *MSP*. Ранија истраживања су забележила једино жене као починиоце злостављања у оквиру *MSP*, али се убрзо показало да се, премда у знатно мањем проценту (око 5%), и код мушкараца могу јавити симптоми овог поремећаја [17, 18]. Забележени су и случајеви да су оба родитеља, па чак и баба и деда, удружено деловали на злостављање деце у оквиру *MSP* [19, 20].

Патогенеза

Проучавања личности особа оболелих од *MSP* врло рано су указала на тзв. ненормалан став према болести, као један од кључних феномена у патогенези *MSP*, чије разумевање може да нам помогне, како у процени и лечењу оболелих особа, тако и збрињавању жртава породичног насиља [21, 22]. Једна од раних студија која се бавила опасношћу од родитеља са ненормалним ставом према болести, а која је обухватила 34 деце од двадесеторо родитеља са соматским поремећајем, показала је да су деца у знатној мери била жртве злостављања, уз велику стопу психијатријског морбидитета и велику учесталост болничког лечења [23]. У складу с резултатима претходних, и резултати новијих истраживања која су се бавила детаљном евалуацијом личности особа с *MSP* углавном показују у личној историји постојање намерно изазваних или соматоформних поремећаја [24, 25].

Испитивање фалсификованих акушерских компликација код мајки које су следствено злостављале своју децу показало је да болест на порођају може да подстиче прелаз с аутодеструктивног понашања у Минхаузен синдром [26, 27] или са постпартумске депресије на хетеродеструктивно понашање у оквиру *MSP*. Данас се оправдано сматра да смрт новорођенчета, која се раније класификовала као тзв. син-

дром изненадне смрти новорођенчета (*Sudden Infant Death Syndrome – SIDS*), код око половине случајева уопште није случајна и да су за њу одговорни родитељи с ненормалним ставом према болести [28]. Према актуелним психодинамским схватањима, фактори који доприносе појави и одржавању *MSP* су код оболелих особа извесни елементи искуства из детињства (злостављања у детињству по типу *MSP*, а можда и искуство моделовања или охрабривања фалсификовања болести особе која негује дете), снажно осећање беса и осујећења, хронични недостатак контроле и разочарање у лекаре са следственом потребом да се преузме улога болесника преко посредника, чиме се постиже ослобађање од непријатних емоција и поновно стиче осећање успостављене и обновљене контроле [29, 30]. Док се мајка с *MSP* у већини случајева (95%) описује као интелигентна и са солидним медицинским знањем (некад и с медицинским образовањем), али претерано наметљива, захтевна и нарцисоидна, отац је обично емоционално дистанциран и пасиван или одсутан из породице (на путу, разведен и сл.) [7, 8, 31].

Клиничка феноменологија

Здравствени стручњаци који се срећу са особама које болују од *MSP* обично кажу да су у почетку стекли утисак да је особа која доводи дете на лечење (најчешће мајка) изузетно посвећена и спремна за сарадњу. Те особе (са поремећајем *MSP*) приказују дететово стање као „тешко, јединствено, загонетно, неизлечиво,...”, при чему често изјављују да је „медицинска документација, нажалост, неповратно изгубљена...”. Неретко се јавља патолошка интеракција између родитеља, односно старца и често амбициозних и сујетних медицинских стручњака фасцинираних ретким, јединственим и необичним случајевима, који у њима поново могу да активирају „претеран истраживачки ентузијазам” [9]. Касније се испоставља да је мајка (која је најчешћи починилац злостављања у оквиру *MSP*) изузетно захтевна у односу на здравствено особље, са нереалним захтевима за додатне медицинске поступке, ради дијагностиковања обољења и лечења детета. Мајка редовно одбија да се одвоји од детета чак и када је то медицински индиковано, инсистира да говори у име детета, не дозвољава другим особама да детету препишу лекове, а често на своју руку спроводи одређене дијагностичке и терапијске поступке. Када се суочи са последицама свог понашања, мајка, по правилу, реагује бурно: бесом, категоричким негирањем, депресијом или прекидом лечења и одвођењем детета у другу установу и код других лекара.

Ни тешко обољење са леталним завршетком или хендикепом детета, нити лакши облик поремећаја, који се чешће виђа, али који такође може да нанесе велику штету детету, нису лаки за дијагностиковање, јер је учесталост *MSP* потцењена, а утврђивање продужено [16]. Шериданова анализа казуистике [8] показује да су мајке биле најчешћи починиоци злостављања (76,5%), да су типичне жртве деца узраста до четири године, да је просечно време од појаве симптома до постављања дијагнозе две године, да је око

6% деце умрло, док је код 7,3% остала трајна последица, те да се на 61,3% браће или сестара жртава (од којих је чак 25% умрло) такође сумњало да су били жртве злостављања од стране особе која је оболела од *MSP*. У студији која се бавила казуистиком на међународном нивоу [32] описана су 122 случаја из 24 земље у којима је у 86% случајева мајка била искључиви починилац злостављања, а у 52% су биле жртве узраста од три године до 13 година, при чему је било 54% деца. Студија је показала да се *MSP* јавља на сличан начин у свету, односно као универзални феномен.

MSP се, с аспекта начина на који починиоци злостављања вештачки стварају симптоме код жртве, може јавити у врло широком дијапазону испољавања – давањем и убризгавањем разних лекова или токсина, физичким повређивањем, покушајима суфокације, а потом спасавањем итд. [33].

Наводимо случајеве који илуструју патње којима су изложене жртве, као и проблеме с којима се суочава медицинско особље. У случају бебе која је била болнички лечена шест месеци и у том периоду реанимирана више од 100 пута због хемодинамског колапса, мајка је интензивно била укључена у планирање и спровођење медицинске неге, неговала је дете, активно учествовала у свакој реанимацији, пријатељски се опходила према запосленима. Лекари су сумњали на неки необјашњиви метаболички поремећај, а испоставило се да је мајка тровањем изазивала сваку епизоду хемодинамског колапса [9]. Тешкоће у дијагностиковању, као и медикологалне манипулације од стране особе оболелих од *MSP* илуструје и пример тужбе против еминентног стручњака [34] коју је поднела мајка због погрешно постављене дијагнозе болести код њеног детета (у ствари, жртве злостављања мајке с *MSP*), односно случај дванаестогодишњег детета чији су родитељи лажно оптужили учитеља за понављано физичко злостављање (оба родитеља су имала психозу, а дечак поремећај понашања, намерно изазван физички поремећај и емоционалне проблеме) [19]. У литератури су описани сепса код детета коју је његова мајка вештачки изазвала убризгавањем пљувачке [35], као и тровања клозапином и клонидином [36] који су откривени тек после токсиколошких анализа. У случају шестомесечног детета код којег су се јављали епилепсијски напади [37] дијагностикована је хипогликемија изазвана намерним тровањем пероралним антидијабетским леком. Видеонадзор болесника који се налазио на механичкој вентилацији на Одељењу педијатријске интензивне неге показао је да је мајка вршила намерну екстубацију [38]. Код одојчета са билатералним рекурентним кератоконјунктивитисом [39], после бројних дијагностичких поступака, установљено је повређивање каустичким средством, док је код другог болесника перзистентно крвавање из уха у ствари било последица трауме коју је детету наносила мајка [40].

Ток, прогноза и лечење

Вишегодишњим надгледањем жртава злостављања особа с *MSP* установљена је тенденција понављања злостављања (код око трећине болесника), а код

око половине жртава забележени су хронични поремећај понашања (несигурност, емоционална нестабилност, поремећај теста реалности) и симптоми стресогеног поремећаја [41,42].

Приликом поступања са жртвама злостављања особа са *MSP* најважније је што пре поставити праву дијагнозу, а затим применити адекватно лечење објективног поремећаја код жртве злостављања, уз истовремено обезбеђивање заштите жртве од даљих манипулација особе са *MSP* као починитеља злостављања, који, по правилу, не признају своју одговорност и показују тенденцију да злостављање понове [15, 43-45]. Такође се саветује директно, бескомпромисно и хитно конфронтирање и „неутралисање“ особе са *MSP*, тј. подношење полицијске пријаве и покретање кривичног поступка са тужбом за насиље у породици, а у оквиру судског поступка судско-медицинско, психијатријско и психолошко вештачење жртве, као и психијатријско и психолошко вештачење. Без правовремене интервенције постоји ризик да се починитељ злостављања пресели у нову средину и тамо настави са злостављањем. Примарна одговорност је обезбеђење добробити за дете болесника, што се често постиже само ако се дете одвоји од починитеља злостављања, макар и привремено. Упркос злостављању, дете је везано за родитеље и пати због одвојености од њих. Уколико је могуће, особу оболелу од *MSP*, као и друге чланове породице треба укључити у дуготрајно лечење, које треба да едукује родитеља адаптивнијим начинима задовољења својих потреба, међутим, засад није описан конзистентан ефикасан или специфичан програм лечења особа оболелих од *MSP*.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Тридесеттворогодишњој службеници и разведеној мајци малолетног детета почетком 2004. године изречена је правоснажном пресудом надлежног суда мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у затвореној установи због кривичног дела запуштања и злостављања свог малолетног сина. У образложењу пресуде, између осталог, пише да је дотична „претходних неколико година ...злостављала дете, ...ометала га у развоју, спречавајући га да похађа школу, терајући га на изолацију, ...наводећи га да заједно с њом неосновано пријављује полицији, здравственим и школским установама да је над њим извршено силовање, тровање или пребијање од стране разних лица (неговатељица у дечјем вртићу, друга, учитеља, лекара)”. Према извештају надлежног центра за социјални рад, болесница је током претходних година у нашој земљи и иностранству више пута мењала место боравка, развела се и удаљила од родбине, „уз изражену дисфункцију у родитељству, као и бизарно понашање”. Према расположивој медицинској документацији, њен малолетни син је, на њено инсистирање, променио више предшколских и школских установа и много пута су га у различитим установама и градовима прегледали лекари различитих специјалности. У извештајима лекара соматичара наводе се мајчине жалбе – које „прелазе и сфе-

ру фантастике” – да је дете малтретирано на перверзан начин, силовано и сексуално злостављано, да мајка одбија психијатријско лечење и да би служба социјалног старања требало да покаже интересовање за мајку и дете. У поменутих извештајима искључено је сексуално злостављање детета, али се указује на то да је извесне телесне повреде, које је мајка представљала као резултат сексуалног злостављања, детету нанела друга особа, могуће мајка. Болесница се више пута обраћала психијатрима, али је све до покретања судског поступка одбијала да настави предложено лечење, а с времена на време мењала је и место боравка. Наиме, психијатри су у више наврата постављали различите дијагнозе, као што су поремећај личности, параноидна шизофренија и, коначно, суманута психоза и Минхаузенов синдром преко посредника, када су се обратили и полицији, надлежном центру за социјални рад и истражном одељењу надлежног суда.

Судскомедицинским прегледима малолетног детета установљене су повреде у виду крвних подлива коже на унутрашњој страни десне бутине и у десном појасном пределу које су настале као последица дејства тупе механичке силе. Ове повреде, како пише у саопштењу, нису могле настати у вези с евентуалном аналном пенетрацијом, односно продирањем страног тела у чмар. „Са сигурношћу се може искључити да су ове повреде настале *** (датум 1), а што се наводи као време повређивања, односно силовања. Прегледом извршеним *** (датум 2) није виђен крвни подлив у десном појасном пределу, који је констатован поновним прегледом од *** (датум 3). Овај крвни подлив је настао у временском интервалу између ова два прегледа *** (датум 2 и 3).”

Психијатријским и психолошким испитивањем детета утврђени су значајно заостајање у интелектуалном развоју, емоционални проблеми и поремећај понашања. Психијатријским и психолошким испитивањем мајке детета утврђено је да она „болује од душевног обољења, највероватније хроничне природе, које је постојало и у време извршења кривичног дела које јој се ставља на терет и које се испољава отуђењем од стварности због суманутих идеја и повремених халуцинација”. У мишљењу вештака даље се наводи да у симбиотском односу са дететом мајка приписује детету властите психотичне продукције и на тај начин га смешта у инкапсулирани психотични свет, угрожавајући и заустављајући дететов развој без икаквог увида у то. Вештаци су сматрали да мајка детета у време извршења кривичног дела које јој се ставља на терет није била способна да схвати значај свог дела, нити је била у могућности да управља својим поступцима. „Постоји ризик да она у будућности понови дело слично ономе које јој се ставља на терет, те сматрамо да је индиковано изрећи јој меру безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи затвореног типа.”

Преко Центра за социјални рад су током судског поступка организовани заштита детета одвајањем од мајке и смештај у средину која ће му омогућити развој без ризика. Према извештајима Центра, дете се у новој средини адаптирало и поново кренуло у школу.

ДИСКУСИЈА

Недостатак консензуса о дијагностичким критеријумима за *MSP*, поготово у погледу мотивације особа оболелих од *MSP*, код нас је додатно компликован применом Десете ревизије Међународне класификације болести (*ICD-10*), која нигде експлицитно не помиње овај поремећај, при чему је проблематичан и сам превод (или је у питању штампарска грешка) шире одреднице, која би долазила у обзир – „Намерно изазивање или симулирање телесних симптома психичких неспособности (симулирани поремећај)”. Проблем мотивације особе оболеле од *MSP* као починитеља кривичног дела злостављања није само нозолошки, већ има и озбиљне форензичке конотације. Наиме, сматра се да у погледу мотива за стварање симптома, с аспекта намерног и свесног стицања личне користи (тзв. секундарне добити), *MSP* и остале вештачке поремећаје можемо ставити у средину спектра на чијем су једном крају соматоформни поремећаји, а на другом симулирани поремећаји. Док је код соматоформних поремећаја симптоматологија ненамерна и несвесна, уз потпун изостанак увида у њену генезу, код симулирања је стварање симптома потпуно свесно и намерно, тј. у функцији личне, најчешће економске, користи, као што су, на пример, добијање судске компензације, пензије, смештаја, избегавања законских санкција итд. Стварање симптома код *MSP* је намерно, док патолошко понашање има компулзивни образац и несвесну мотивацију.

За разлику од *DSM-IV*, Медоу у свом предлогу критеријума оправдано избегава да изазивање симптома код жртве квалификује као намерно, јер се тиме избегава могућа конфузија у вези с правном квалификацијом виности и урачунљивости особе са *MSP* као починитеља злостављања. Виност починитеља злостављања је психолошки однос починитеља у односу на дело у дијапазону од умишљаја до нехата, а урачунљивости починитеља – способност починитеља да схвати значај свог дела (расуђивање) и могућност да управља својим поступцима (воља) у време извршења кривичног дела које му се ставља на терет. У сваком појединачном случају психијатру се на суду мора поставити питање односа воље и свести код починитеља злостављања *tempore criminis*, тј. да ли је реч о очуваном расуђивању и вољи слободној од психопатолошких утицаја садржаних у поремећају душевног здравља који би евентуално могао пореметити расуђивање починитеља злостављања, отуђити га од реалности и његову вољу учинити неразумном. Критеријум *DSM-IV* да „понашање није боље објашњено другим менталним поремећајем” је сувишан, јер смисао дијагностичких критеријума је управо у томе да се изабере одговарајућа дијагноза, а често може погрешно да наведе на помисао да треба искључити могућност да се дијагноза *MSP* постави и када се код оболеле особе препознаје потпуна клиничка слика неког другог психотичног или непсихотичног поремећаја, што није реткост [7, 8, 19, 31] с обзиром на добро познату чињеницу о високом коморбидитету *MSP* (што илуструје и наш приказ).

Без видео-надзора постављање сигурне дијагнозе *MSP* и доказивање пред судом фалсификације болести,

тровања и повреда, као и злостављања у породичном кругу веома је проблематично, јер су овде манипулације дуго и „добро” прикривене, тако да поуздани очевици ван породичног круга, по правилу, изостају, док су неупућени чланови шире породице потпуно несвесни проблема. То делимично објашњава проблематичност судског процесуирања када су у питању особе оболеле од *MSP*, као и парадоксалну чињеницу да су се аутори у својој вишегодишњој форензичкој пракси (од шест година до 22 године искуства) први пут срели с оваквим случајем. У вези с дијагностиковањем које укључује метод коришћења тајног видео-надзора ради откривања особа оболелих од *MSP* као починилаца кривичног дела злостављања и њихових манипулација, треба нагласити да је, према мишљењу извесног броја правника, примена овог метода контроверзна, како с легалне, тако и с етичке позиције. Међутим, медицински стручњаци указују на то да природа злоупотребе код *MSP* садржи озбиљну опасност по здравље и живот детета, што носи већу тежину у поређењу са родитељским (старатељским) правом на приватност.

Конфронтација особе оболеле од *MSP* је један деликатан тренутак и, с обзиром на могућност бурне реакције (која не искључује и суицидно понашање или ескалацију злостављања), пожељна је истовремена психијатријска консултација и обезбеђивање не само медицинске, него и правне и социјалне заштите детета (полицијска пријава, судски поступак, ангажовање надлежног центра за социјални рад, регулација старатељства над дететом). Склоност особе са *MSP* ка понављаном обрасцу патолошког понашања доводи до перманентне опасности по дете, што налаже да се особи са *MSP*, као психијатријски оболелом починитељу кривичног дела, током судског поступка одреди испитивање у болничким условима, а уз законску санкцију изрекне и мера безбедности обавезног психијатријског лечења, уз ограничавање или ускраћивање вршења родитељског права.

ЗАКЉУЧАК

Законитости настанка Минхаузеновог синдрома преко посредника још су у сфери спекулативних динамских теорија сумњиве предиктивне вредности, његов ток је хроничан а прогноза лоша, будући да засад није описан конзистентан ефикасан или специфичан програм лечења особа оболелих од *MSP*. С обзиром на то да је у питању специфичан облик злостављања, који садржи реалну опасност не само по телесно и душевно здравље, већ и по живот жртве (углавном детета) и који се веома тешко дијагностикује и лечи, овај поремећај има тешке медијско-легалне конотације које заслужују пажњу одговарајућих стручних кругова у нашој средини.

ЛИТЕРАТУРА

1. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2:343-5.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.

3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: APA; 2000.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
5. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2002; 26:501-8.
6. Meadow R. Factitious illness, the hinterland of child abuse. In: Meadow R, editor. Recent advances in pediatrics. No. 7. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984. p.217-32.
7. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987; 11:547-63.
8. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 431-51.
9. Jureidini JN, Shafer AT, Donald TG. „Munchausen by proxy syndrome”: not only pathological parenting but also problematic doctoring? *Med J Aust* 2003; 178(3):130-3.
10. Postlethwaite R. Clinical categories in fabricated or induced illness. In: Royal College of Paediatrics and Child Health. Guidelines on fabricated or induced illness in children. London: RCPCH; 2004.
11. Eminson M, Postlethwaite RJ, editors. Munchausen syndrome by proxy abuse: a practical approach. Oxford: Butterworth Heinemann; 2000.
12. Southall D, Plunkett MC, Banks MW, et al. Covert video recordings of life-threatening child abuse. Lessons for child protection. *Pediatrics* 1997; 100:735-60.
13. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan LS, Kenney RD, Johnson SC. Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. *Pediatrics* 2000; 105:1305-12.
14. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 2001; 37:240-3.
15. Jones RM. Factitious disorders. In: Caplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p.1271-9.
16. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996; 75:57-61.
17. Makar AF, Squier PJ. Munchausen syndrome by proxy. Father as a perpetrator. *Pediatrics* 1990; 85:370.
18. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Child* 1998; 78:210-6.
19. Savidou I, Bozikas VP, Karavatos A. False allegations of child physical abuse: a case of Munchausen by proxy-like syndrome? *Int J Psychiatry Med* 2002; 32:201-8.
20. Lasher LJ, Feldman MD. Celiac disease as a manifestation of Munchausen by proxy. *South Med J* 2004; 97:67-9.
21. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57:92-8.
22. Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. *Arch Dis Child* 1992; 67:1510-6.
23. Livingston R. Children of people with somatization disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:536-44.
24. Bools C, Neale B, Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. A study of psychopathology. *Child Abuse Negl* 1994; 18:773-88.
25. Gray J, Bentovim A. Illness induction syndrome. *Child Abuse Negl* 1996; 20:655-73.
26. Jureidini JN. Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:135-7.
27. Gojer J, Berman T. Postpartum depression and factitious disorder: a new presentation. *Int J Psychiatry Med* 2000; 30(3):287-93.
28. Meadow R. Unnatural sudden infant deaths. *Arch Dis Child* 1999; 80:7-14.
29. Rand DC, Feldman MD. An explanatory model for Munchausen by proxy abuse. *Int J Psychiatry Med* 2001; 31(2):113-26.
30. Libow JA. Beyond collusion: active illness falsification. *Child Abuse Negl* 2002; 26(5):525-36.
31. Sussman N, Hyler SE. Factitious disorders. In: Caplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985. p.1242-7.
32. Feldman MD, Brown RM. Munchausen by proxy in an international context. *Child Abuse Negl* 2002; 26:509-24.
33. Schreier HA, Libow JA. Munchausen syndrome by proxy: Diagnosis and prevalence. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63:318.
34. Dyer C. Paediatricians did not have duty of care to patient's mother. *BMJ* 2002; 325:1321.
35. Frederick V, Luedtke GS, Barrett FF, Hixson SD, Burch K. Munchausen syndrome by proxy: Recurrent central catheter sepsis. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9(6):440-2.
36. Bartsch C, Risse M, Schutz H, Weigand N, Weiler G. Munchausen syndrome by proxy: an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Sci Int* 2003; 137:147-51.
37. Owen L, Ellis M, Shield J. Deliberate sulphonylurea poisoning mimicking hyperinsulinaemia of infancy. *Arch Dis Child* 2000; 82:392-3.
38. Kamerling LB, Black XA, Fiser RT. Munchausen syndrome by proxy in the pediatric intensive care unit: An unusual mechanism. *Pediatr Crit Care Med* 2002; 3:305-7.
39. Baskin DE, Stein F, Coats DK, Paysse EA. Recurrent conjunctivitis as a presentation of Munchausen syndrome by proxy. *Ophthalmology* 2003; 110:1582-4.
40. Griffiths H, Cuddihy PJ, Marnane C. Bleeding ears: a case of Munchausen syndrome by proxy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 57:245-7.
41. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Follow-up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1993; 69:625.
42. Libow JA. Munchausen by proxy victims in adulthood: A first look. *Child Abuse Negl* 1995; 19:1131.
43. Kaufman KL, Coury D, Pickrel E. Munchausen syndrome by proxy: A survey of professional knowledge. *Child Abuse Negl* 1989; 13:141.
44. Kravitz RM, Wilmott RW. Munchausen syndrome by proxy presenting as factitious apnea. *Clin Pediatr* 1990; 85:22.
45. Sanders MJ, Bursch B. Forensic assessment of illness falsification, Munchausen by proxy, and factitious disorder, NOS. *Child Maltreat* 2002; 7(2):112-24.

MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY

Aleksandar A. JOVANOVIĆ¹, Vesna R. POPOVIĆ¹, Slobodan SAVIĆ², Đorđe ALEMPIJEVIĆ², Nada JANKOVIĆ¹

¹Institute of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade;

²Institute of Forensic Medicine, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade

ABSTRACT

This review deals with bibliography on Munchausen syndrome by proxy (MSbP). The name of this disorder was introduced by English psychiatrist Roy Meadow who pointed to diagnostic difficulties as well as to serious medical and legal connotations of MSbP. MSbP was classified in DSM-IV among criteria sets provided for further study as "factitious disorder by proxy", while in ICD-10, though not explicitly cited, MSbP might be classified as "factitious disorders" F68.1. MSbP is a special form of abuse where the perpetrator induces somatic or mental symptoms of illness in the victim under his/her care and then persistently presents the victims for medical examinations and care. The victim is usually a preschool child and the perpetrator is the child's mother. Motivation for such pathological behavior of perpetrator is considered to be unconscious need to assume sick role by proxy while external incentives such as economic gain are absent. Conceptualization of MSbP development is still in the domain of psychodynamic speculation, its course is chronic and the prognosis is poor considering lack of consistent, efficient and specific treatment. The authors

also present the case report of thirty-three year-old mother who had been abusing her nine year-old son both emotionally and physically over the last several years forcing him to, together with her, report to the police, medical and educational institutions that he had been the victim of rape, poisoning and beating by various individuals, especially teaching and medical staff. Mother manifested psychosis and her child presented with impaired cognitive development, emotional problems and conduct disorder.

Key words: Munchausen syndrome by proxy; factitious disorders; child abuse

Aleksandar A. JOVANOVIĆ
Institut za psihijatriju
Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11000 Beograd
Telefon: 011 264 1097
E-mail: shrinks@eunet.yu