

- Lisowska E., 2005, *Przemoc wobec dzieci. Rozpoznawanie i przeciwdziałanie*, WAŚ, Kielce.
- Maćkiewicz J., 2010, *Spoleczne postrzeganie przemocy w wychowaniu rodzinnym*, [w:] „Niebieska Linia”, nr 1.
- Marciński A., *Dziecko maltretowane – urazy nieprzypadkowe*, Zakład Radiologii Pediatricznej Akademii Medycznej w Warszawie.
- Margolis A., 1998, *Zespół dziecka maltretowanego. Diagnostyka medyczna*, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa.
- Marzec-Holka K., 1999, *Przemoc seksualna wobec dziecka. Studium kryminologiczne*, Wyd. WSP, Bydgoszcz.
- Mazur J., 2002, *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Wyd. Żak, Warszawa.
- Melliburda J., 2001, *O zjawisku krzywdzenia dzieci w rodzinie, czyli długa historia krzywdzenia, krótka historia pomagania*, [w:] „Niebieska Linia”, nr 2.
- Mossakowska B., 1993, *Z doświadczeń lekarza*, [w:] *Prawa dziecka, deklaracje i rzeczywistość*, J. Bińczycka (red.), Wyd. „Impuls”, Kraków.
- Nitsch-Osuch A., 2009, *Rola lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia małych dzieci*, [w:] „Dziecko krzywdzone”, nr 2(27).
- Okłota M. (i in.), 2009, *Urazy nieprzypadkowe u dzieci. Opis przypadku*, Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
- Piekarska A., 1991, *Przemoc w rodzinie. Psychospołeczne uwarunkowania przemocy wobec dziecka*, Pracownia Testów Psychometrycznych, Warszawa.
- Pomykało W. (red.), 1997, *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Pospiszyl I., 1994, *Przemoc w rodzinie*, Wyd. WSiP, Warszawa.
- Rode D., 2009, *Charakterystyka sprawców przemocy w rodzinie*, [w:] *Dziecko jako ofiara przemocy*, B. Gulla, M. Wysocka-Pleczyk (red.), WUJ, Kraków.
- Soriano A., 2002, *Przemoc wobec dzieci*, eSPe, Kraków.

Rozdział III

Barbara Czuba

**ZESPÓŁ MÜNCHAUSENA (ZESPÓŁ DZIECKA
POTRZĄSANEGO):
DIAGNOZA POJĘCIA NA TLE SYSTEMU RODZINNEGO**

*Münchausen syndrome (syndrom of the shaken child):
diagnosis of comprehending relating to the family system*

Streszczenie: Zespół Münchausena jest niewątpliwie jednym z najbardziej intrygujących zaburzeń pozorowanych. Profesjonaliści pracujący w służbach medycznych, szczególnie pierwszej pomocy, bez wątpienia mieli niejednokrotnie możliwość spotkania się z pacjentami skarżącymi się na dolegliwość fizyczną bądź psychiczną, której nie tłumaczą ani też nie wyjaśniają wyniki późniejszego procesu diagnostycznego. Ten zespół objawów swoją nazwę zawdzięcza postaci literackiej, niemieckiemu baronowi Karlowi F.H. von Münchhausenowi żyjącemu w XVIII wieku, a słynącemu z wymyślonych przez siebie opowiadań o niesamowitej treści¹. Jednocześnie w krajowym piśmiennictwie wciąż niezwykle mało jest prób podjęcia dyskusji na temat zarówno częstości występowania, jak i złożoności procesu powstawania, przebiegu oraz późniejszego leczenia zespołu Münchausena. Wczesne rozpoznanie przeniesionego zespołu Münchausena stanowi klucz do zmniejszenia śmiertelności z powodu jego następstw, a ujawnianie i uświadamianie potencjalnych sprawców może, pomimo olbrzymich trudności, zredukować częstotliwość wystąpienia zespołu.

Summary: Münchausen syndrome is definitely one of the most intriguing factitious disorders. Professionals working in the medical services, especially the first aid, have undoubtedly met patients complaining about physical or psychological ailment which are not clarified or explained in further diagnosis process. This group of syndromes is named after a German baron Karlow F.H. von Münchhausen who lived in XVIII century and gained his fame for making up amazing though unreal stories. At the same time there are still very few attempts in local literature to discuss the frequency of occurrence, complexity of a formation process, its course and further treatment of Münchausen syndrome. An early recognition of Münchausen syndrome by proxy is a key factor to reduce a death rate caused by its consequences. Moreover, disclosing and raising awareness in potential culprit can, despite an enormous difficulties, reduce a frequency of occurrence of the syndrome.

Słowa kluczowe:
zaburzenie pozorowane,
przeniesiony zespół
Münchausena,
maltretowanie dzieci

Key words:
factitious disorder,
Münchausen syndrome
by proxy,
child abuse

Wprowadzenie

Zespół Münchausena oraz jego odmiana – przeniesiony zespół Münchausena (Münchausen syndrome by Proxy – MSBP) – jest zaburzeniem psychicznym, for-

¹ J. Horwath, 1999, *Inter-agency practice in suspected cases of Münchhausen syndrome by proxy dilemmas for Professional*, [w:] „Child Family Social Work”, 4: 109, s. 18.

mą maltretowania dzieci² lub innych, również dorosłych, pozostających pod opieką osoby z opisywanym zespołem. Pozornie opiekuńcza i kochająca matka w rzeczywistości nie akceptuje swojego dziecka. Odczuwa wewnętrzną potrzebę postrzeżenia go przez innych jako osobę dotkniętą chorobą, ponieważ zainteresowanie i współczucie należne rodzinom prawdziwie chorych dzieci stanowi dla niej rodzaj nagrody psychologicznej. Matka wyzwała u ofiary objawy chorobowe, np. poprzez podawanie trucizny, głodzenie, wywoływanie infekcji, duszenie do utraty przytomności, a w łagodniejszych postaciach MSBP – opowiadanie lekarzowi wymyślonych objawów choroby lub fabrykowanie nieprawidłowych wyników badań, np. poprzez zanieczyszczanie próbki moczu dziecka własną krwią.

W literaturze medycznej opisywane są tylko ciężkie przypadki MSBP, kończące się hospitalizacją lub zgonem dziecka. Wiele z nich pozostaje niezdiagnozowanych, co wynika z wciąż niewystarczającej wiedzy o MSBP i znacznych trudności diagnostycznych, jakich przysparza. Publikacją pragnę zainteresować głównie pedagogów, lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarki oraz psychiatrów, którzy powinni znać nie tylko zagadnienie zdrowotne małego pacjenta, ale również uwarunkowania środowiskowe, w tym zwłaszcza rodzinne.

Historia pojęcia

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

Termin zespół Münchhausena (Münchhausen syndrome – MS) został po raz pierwszy zastosowany w 1951 roku przez angielskiego lekarza Ashera³. Nazwał tak zaburzenie psychiczne dorosłych osób, które celowo wytwarzały objawy chorobowe lub udawały je i poddawały się niepotrzebnemu leczeniu, a jedyną motywacją tego działania była chęć zogniskowania uwagi personelu medycznego na własnej osobie. Asher nazwał zespół od nazwiska barona von Münchhausena, XVIII-wiecznego niemieckiego oficera na żołdzie rosyjskim, znanego z opowiadania zmyślonych przygód, w których jakoby brał udział.

Natomiast w 1977 roku angielski pediatra, Roy Meadow⁴, wprowadził termin MSBP i nazwał tak zaburzenie psychiczne dwóch matek, które indukowały i wymyślały objawy chorobowe u własnych dzieci. Pierwsza z nich deklarowała, że od dawna obserwuje u swojego dziecka krwimocz. Objawu tego nigdy nie potwierdzono badaniami laboratoryjnymi. Po postawieniu prawidłowej diagnozy, u matki

² S.H. Friedman, P.J. Resnick, 2007, *Child murder by mothers: patterns and prevention*, [w:] „World Psychiatry”, nr 6.

³ R. Asher, 1951, *Münchhausen's syndrome*, [w:] „PubMed”, nr 1(6).

⁴ R. Meadow, 1982, *Münchhausen syndrome by proxy*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 57(2).

zastosowano leczenie psychiatryczne i uzyskano poprawę. U dziecka drugiej matki potwierdzono nawracanie hipernatremii. Dziecko zmarło z powodu ciężkich zaburzeń elektrolitowych. Wiele lat później matka wyznała swojemu psychiatrze, że otruła je solą kuchenną.

Wyróżnia się trzy stopnie nasilenia MSBP⁵:

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

Istnieje kilka modeli wyjaśniających zjawisko symulowania jako modele wyjaśniające:

1. Patogeniczny – w tym modelu podstawowa motywacja ma charakter psychopatologiczny. W tym ujęciu udawanie symptomów traktuje się jako działanie celowe – nieskuteczny sposób przejmowania kontroli. Model ten odwołuje się do psychopatologii rodzica. Rodzic cierpi na zaburzenie psychiczne, predysponujące go do symulacji objawów u dziecka i przemocy wobec niego. Zwykle (w około 85%) osoba taka sama była ofiarą przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej w dzieciństwie, doświadczała sytuacji problemów rodzinnych, pojedynczego rodzicielstwa, poczucia odrzucenia i nieszczęścia. Często matka sama wcześniej miała objawy zespołu Münchhausena. Za motywację do działania osoby cierpiącej na MSBP uznaje się, według teorii psychoanalitycznej, potrzebę zogniskowania na sobie uwagi, potrzebę poczucia władzy, odreagowania. Sugeruje się również możliwość istnienia niespecyficznego dysfunkcji mózgu powstałej u matki, która jako dziecko sama była ofiarą nadużyć albo we wczesnym wieku utraciła jedno z rodziców lub oboje, lub też wypiera wspomnienia z okresu własnego dzieciństwa. Silny stres, np. problemy małżeńskie, mogą wyzwolić początek MSBP. Jako źródło zaburzenia wskazywana jest też nieprawidłowa relacja rodziców z dzieckiem – dziecko wykorzystywane jako narzędzie do kontroli sytuacji, brak akceptacji dziecka mimo pozornie bliskich relacji. Uwaga poświęcana matce przez personel medyczny może stanowić dla niej psychologiczną nagrodę.
2. Kryminologiczny – w tym modelu – podstawowym motywem jednostki jest impuls antyspołeczny. Osoby, które przejawiają skłonności an-

⁵ T. Kowalik (i in.), 2005, *Przeniesiony zespół Münchhausena*, [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 14(4).

tyspołeczne, zabiegają o niezasłużone nagrody, często poprzez popełnianie kolejnych czynów przestępczych. Model ten ujmuje rodzica/opiekuna – sprawcę działań wobec dziecka jako przestępcę. Zgodnie z tym modelem rodzic prezentuje antyspołeczny typ osobowości. Szkodzenie dziecku przynosi mu wtórne gratyfikacje.

3. Adaptacyjny – Zgodnie z tym modelem podstawowym motywem jest dążenie do poradzenia sobie z sytuacją trudną, któremu często towarzyszy porównywanie dostępnych opcji. Symulowanie jest spostrzegane jako jedno z możliwych rozwiązań trudnego problemu. Według tego modelu rodzic przez symulowanie i prowokowanie objawów u dziecka próbuje rozwiązać własne lub rodzinne problemy, np. zyskuje możliwość kontrolowania otoczenia, jest w centrum uwagi, dzięki czemu wzmacnia swoje poczucie wartości.
4. Transakcyjny – MSBP jest rodzajem „gry”, w której udział biorą rodzic, dziecko i lekarz. Rodzic manipuluje otoczeniem, profesjonaliści dają się wciągnąć w tę grę, udzielają wsparcia, a także leczą symulowane objawy.

Obecnie większość badaczy skupia się na wersji modelu patogenicznego, jednakże na wstępnym etapie wyjaśniania zjawiska MSBP należy również uwzględnić inne modele wyjaśniające⁶.

Epidemiologia

Częstość występowania MSBP jest dotychczas nieznana⁷. W Polsce rocznie opisywanych jest kilka do kilkunastu przypadków ofiar MSBP (średnio 3/100 000 dzieci), ale rzeczywista skala rozpowszechnienia tej formy maltretowania pozostaje w dalszym ciągu nieznana. W Stanach Zjednoczonych rejestruje się łącznie 1200 przypadków rocznie⁸.

W jednym z badań ujawniono, że ofiarami MSBP okazał się 1% dzieci, u których wstępnie zdiagnozowano astmę oskrzelową⁹; w innym – było to 5% dzieci z objawami sugerującymi alergię pokarmową¹⁰.

W niektórych pracach podjęto próbę określenia częstości występowania MSBP manifestującego się u ofiary stanem po podduszeniu lub zatruciu pokarmowym. Wyniki badań wskazały, że łącznie w Anglii i Irlandii rejestruje się 2,8 przypadku ofiar tak manifestowanego MSBP na 100 000 dzieci poniżej 1 roku życia i 0,5

⁶ S.H. Friedman, P.J. Resnick, op. cit.

⁷ H.K. Galvin, A.W. Newton, A.M. Vandeven, 2005, *Update on Münchausen syndrome by proxy*, [w:] „Current Opinion in Pediatrics”, nr 17.

⁸ M. Przewoźniczuk, *Zespół Münchausena per procura*, www.dobryrodzic.pl (dostęp: 02.07.2009).

⁹ V. Godding, M. Kruth, 1991, *Compliance with treatment in asthma and Münchausen syndrome by proxy*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 66(8).

¹⁰ J.O. Warner, M.J. Hathaway, 1984, *Allergic form of Meadow's syndrome (Münchausen by proxy)*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 59(2).

przypadku na 100 000 dzieci poniżej 16 roku życia¹¹; na terenie Nowej Zelandii – 2 przypadki rocznie na 100 000 dzieci poniżej 16 roku życia¹²; w Stanach Zjednoczonych – łącznie 625 dzieci rocznie¹³.

Kryteria diagnostyczne

Etiologia zespołu Münchausena jest słabo znana. Przypuszcza się, że osoby z tym zespołem były w dzieciństwie dziećmi pokrzywdzonymi, przeżywały traumy psychiczne i doświadczyły depriwacji potrzeb. W wyniku tego w życiu dorosłym nie potrafią nawiązać bliskich relacji, są samotne, a ich sposobem na społeczną gratyfikację i posiadanie, zazwyczaj zresztą nietrwałych relacji społecznych, są kontakty związane z rolą chorego i aktywnym szukaniem diagnozy i leczenia ich wyimaginowanych chorób. Wyjaśnienie takie wydaje się prawdopodobne, ale daleko niewystarczające – silna deprecjacja potrzeb jest też jednym z czynników etiologicznych zupełnie innych zaburzeń, zwłaszcza problemów nerwicowych i części depresyjnych. W ostatnich kilkunastu latach wskazuje się, że przynajmniej niektóre z osób z zespołem Münchausena są dziećmi matek z tzw. przeniesionym zespołem Münchausena.

W powszechnie obowiązującej klasyfikacji ICD-10 (International classification of diseases – 10)¹⁴ MSBP opisano pod nazwą „przeniesiony zespół Münchausena” (nadużywanie dziecka). Międzynarodowa klasyfikacja chorób i zaburzeń ICD-10 w wypadku zespołu Münchausena zaleca użyć kategorii diagnostycznej: (F68.1). Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenie pozorowane).

ICD-10 podaje się przy tym następujący opis zaburzenia: Pacjent udaje objawy wielokrotnie, bez jasnego powodu i może nawet wyrządzić sobie krzywdę, aby wywołać objawy. Motywacja tego zachowania jest niejasna i przypuszczalnie wewnętrzna. Celem udawania jest wejście w rolę chorego. Zachowanie to często wiąże się ze znacznymi nieprawidłowościami w zakresie osobowości i związków z innymi ludźmi¹².

Diagnostyka MSBP jest bardzo trudna ze względu na fakt, że osoba z tym zaburzeniem sama nie przyzna się do indukowania objawów chorobowych u swojej ofiary. Należy wykluczyć wszelkie możliwe przyczyny dolegliwości dziecka, a analiza jego dokumentacji medycznej oraz niekiedy i osoby cierpiącej na MSBP, może okazać się bardzo pomocna w postawieniu rozpoznania.

W razie zdiagnozowania MSBP należy w pierwszej kolejności, poprzez zawia-

¹¹ R.J. McClure (i in.), 1996, *Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and – accidental suffocation*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 75(1).

¹² S.J. Denny, C.C. Grant, R. Pinnock, 2001, *Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy in New Zealand*, [w:] „Journal of Pediatrics and Child Health”, nr 72(8).

¹³ I. Abdulhamid, P.T. Siegel, 2009, *Medscape's Continually Updated Clinical Reference. Münchausen syndrome by proxy*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference.

¹⁴ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków, Warszawa, Uniwersyteckie Wyd. Med. Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000, s. 186–187.

domienie odpowiednich instytucji, zadbać o bezpieczeństwo ofiary i potencjalnych ofiar osoby psychicznie zaburzonej.

Wiele lat temu Roy Meadow wymienił oznaki, które powinny zasugerować specjalście praktykowi rozpoznanie MSBP¹⁵:

- niewyjaśniona przewlekła lub nawracająca choroba dziecka;
- ofiara MSBP była wielokrotnie hospitalizowana, często z powodu nietypowych zespołów objawów chorobowych;
- rozbieżności pomiędzy danymi z badania podmiotowego, wynikami badań a stanem zdrowia dziecka;
- wstępna diagnoza rzadkiej choroby;
- objawy ustępują lub zmniejsza się ich nasilenie po oddzieleniu od rodziców;
- matka sprawia wrażenie nadzwyczaj troskliwej i czulej dla dziecka;
- matka często zgłasza, że dziecko nie toleruje zaleconego leczenia;
- matka wydaje się bardziej martwić personelem medycznym niż chorobą dziecka;
- matka deklaruje, że napady padaczkowe dziecka nie ustępują mimo leczenia;
- w rodzinie leczonego dziecka wystąpiły niewyjaśnione zgony noworodków;
- matka wykonywała zawód medyczny lub ma bogatą historię swoich licznych chorób (prowokuje objawy chorobowe również u siebie);
- wykrycie we krwi leku niepodawanego dziecku;
- grupa krwi w próbkach moczu, kału, wymiocin dziecka może nie być zgodna z jego grupą krwi;
- we krwi, moczu lub stolcu dziecka mogą być wykrywane ślady egzogennych substancji chemicznych.

System rodzinny MSBP

W ponad 95% przypadków zespołu osobą cierpiącą na MSBP jest biologiczna matka ofiary¹⁶. Cechą charakterystyczną są ich głębokie zaburzenia emocjonalne, które skutkują upośledzeniem budowania relacji interpersonalnych, zaś kontakt z własnym dzieckiem przyjmuje „zaskakującą” i nietypową postać. Najczęściej symulowane lub sprowokowane objawy to¹⁷:

- gorączka,
- krwawienia z przewodu pokarmowego,
- wymioty z zawartością krwi,
- krwawienia z dróg oddechowych, z nosa itd.,
- objawy neurologiczne (senność, drgawki, śpiączka),
- objawy skórne (wykwity, rumienie).

Przeważnie matka sprawia wrażenie niezwykle opiekuńczej, nie odstępuje od łóżka hospitalizowanego dziecka. W rzeczywistości jest ono przez nią

z nieokreślonych powodów odrzucane lub wykorzystywane jako narzędzie do skierowania na siebie upragnionej uwagi otoczenia. Badania Libow¹⁸ pokazują, że dziesięć osób, będących w dzieciństwie ofiarami MSBP, po latach od fatalnych zdarzeń wyznało, że jako dzieci czuło się niekochanymi przez rodziców i żyło w poczuciu braku bezpieczeństwa.

Uważa się, że sympatia i współczucie, jakimi jest obdarzana przez personel medyczny rodzina chorego dziecka, stanowi dla zaburzonej matki rodzaj nagrody psychologicznej. Należy pamiętać, że może ona prezentować nietypowy dla MSBP obraz psychopatologiczny, a mianowicie wrogość, chwiejność emocjonalną, wyraźnie mało wiarygodne wypowiedzi, zwykle jednak chętnie współpracuje z personelem medycznym, wyraża zgodę na liczne badania diagnostyczne, nie zważając na ryzyko i ból, jakie niosą dla jej dziecka. Wymyśla i prowokuje coraz to nowe niepokojące objawy chorobowe lub podkreśla brak efektów zastosowanego leczenia. Permanentnie deklaruje niewiedzę o możliwych źródłach powstawania dolegliwości. Należy podkreślić, że wszelkie działania podejmuje planowo, a nie impulsywnie. Jest krytyczna wobec swojego postępowania, ale rzadko przyznaje się do maltretowania dziecka. Podejmuje usilne starania zatajenia nadużyć i czyni to tak skutecznie, że lekarz rzadko bierze pod uwagę MSBP w diagnostyce różnicowej, a w razie wzbudzenia podejrzeń w personelu medycznym, szuka pomocy w leczeniu wymyślonej choroby u innego lekarza¹⁹.

Typowe objawy chorobowe dziecka pojawiają się w czasie jego pozostawiania pod opieką matki i zanikają podczas separacji. Warto pamiętać o tym, że świetnie manipuluje nie tylko personelem medycznym, ale i najbliższą rodziną.

Badania Cleveland²⁰ oraz Abdulhamid²¹ wykazały, że 80% zaburzonych matek pracowało w służbie zdrowia, przeważnie w zawodzie pielęgniarki lub rejestratorki. Dążą one do nawiązania bliskich relacji z personelem medycznym, którym są zafascynowane i można odnieść słuszne wrażenie, że bardziej zajmują je sprawy szpitalnego oddziału niż własne dziecko. Niejednokrotnie stanowią wsparcie dla lekarzy, pielęgniarek, a nawet rodzin innych hospitalizowanych dzieci. Charakterystyczne jest u nich niedostosowanie afektu w czasie opowiadania o „wyprodukowanej” chorobie dziecka. Zwraca uwagę spokojny wyraz twarzy podczas nalegania na kolejne bolesne i ryzykowne badania diagnostyczne i opowiadania o niejasnych objawach chorobowych dziecka²².

Ojciec maltretowanego dziecka, przeważnie zależny, wycofany, nieświadomy zaburzenia psychicznego żony, bezkrytycznie ją wspiera, stając się biernym współwinnym nadużycia. Bywa, że w ogóle nie odwiedza dziecka w szpitalu. Część ojców cechuje agresja względem żony i tendencja do porzucania rodziny. Uważa się,

¹⁸ J.A. Libow, 1995, *Münchhausen by proxy victims in adulthood: a first look*, [w:] „Child Abuse & Neglect”, nr 19(9).

¹⁹ J. Horwath, 1999, *Inter-agency practice in suspected cases of Münchhausen syndrome by proxy dilemmas for professionals*, [w:] „Child Family Social Work”, nr 4.

²⁰ Cleveland Clinic, 2005, *Münchhausen syndrome by proxy*, www.clevelandclinic.org/disorders/Factitious_Disorders/hic_Munichhausen_Syndrome_.

²¹ I. Abdulhamid, P.T. Siegel, op.cit.

²² D. Berent, A. Florkowski, P. Gałecki, 2010, *Przeniesiony zespół Münchhausena*, [w:] *Psychiatria Polska*, t. XLIV/nr 2.

¹⁵ R. Meadow, op. cit.

¹⁶ T. Kowalik, op. cit.

¹⁷ M. Janas-Kozik (i in.), 2007, *Choroba somatyczna czy zespół Münchhausena z przeniesienia? Choroba matki czy dziecka? Kontrowersje diagnostyczne*, [w:] „Przegląd Lekarski”, nr 64.

że w takich przypadkach matka indukuje chorobę dziecka, aby nakłonić męża do powrotu²³.

Przeniesiony zespół Münchhausena często współwystępuje z zaburzeniami osobowości.²⁴

Leczenie

W MSBP osobą obciążoną zaburzeniem jest dorosły, najczęściej matka, i leczenie tego zaburzenia jest leczeniem właśnie jej, a nie dziecka, które jest jedynie ofiarą postępowania matki. Nie ma znanych sposobów zapobiegania występowaniu MSBP.

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. Osobom dotkniętym MSBP proponowana jest krótko- i długoterminowa terapia psychiatryczna i opieka psychologiczna. Zaleca się także psychoterapię poznawczo-behawioralną, a leczenie powinno trwać wiele lat.

Konieczne jest jak najwcześniejsze zabieranie dzieci spod opieki osoby zaburzonej, zapobieganie ich szkodom zdrowotnym. U matek, u których wcześniej potwierdzono MSBP, należy sprawdzić, czy nadal rozwijają szkodliwe działania wobec dziecka i nauczyć je akceptować niechciane dziecko.

Lepsze poznanie skutków działań podejmowanych przez cierpiące na MSBP matki i objawów sugerujących prawidłową diagnozę przyczyni się do częstszego rozpoznawania zespołu, uchronienia dzieci przed dalszym maltretowaniem i wcześniejszego obejmowania chorych matek leczeniem psychiatrycznym i opieką psychologiczną.

Podsumowanie

Zespół Münchhausena jest niewątpliwie jednym z najbardziej intrygujących zaburzeń pozorowanych. Ten zespół objawów swoją nazwę zawdzięcza postaci literackiej, niemieckiemu baronowi Karlowi F.H. von Münchhausenowi żyjącemu w XVIII wieku, a słyszącemu z wymyślonych przez siebie opowiadań o niesamowitej treści. Profesjonaliści pracujący w służbach medycznych, bez wątplenia mieli niejednokrotnie możliwość spotkania się z pacjentami skarżącymi się na dolegliwość fizyczną bądź psychiczną, której nie tłumaczą ani też nie wyjaśniają wyniki późniejszego procesu diagnostycznego. Patologiczna relacja emocjonalna wiąże najczęściej cierpiącą na MSBP biologiczną matkę i jej dziecko – ofiarę MSBP, pozornie opiekuńcza i kochająca matka w rzeczywistości nie akceptuje swojego dziecka. Warto pamiętać o tym, że świetnie manipuluje ona nie tylko personelem medycznym, ale i najbliższą rodziną.

W Polsce rocznie opisywanych jest kilka do kilkunastu przypadków ofiar MSBP

²³ R. Rogers, 2005, *Modele diagnostyczne i wyjaśniające oraz metody wykrywania zespołu Münchhausena per procura – ekstrapolacje modeli dotyczących symulacji chorób*, [w:] „Dziecko Krzywdzone”, nr 11.

²⁴ H.K. Galvin, A.W. Newton, A.M. Vandeven, op. cit.

(średnio 3/100 000 dzieci), ale rzeczywista skala rozpowszechnienia tej formy maltretowania pozostaje w dalszym ciągu nieznana.

Istotną jest również informacja, że często zespół ten współwystępuje z zaburzeniami osobowości.

Publikacją pragnę zainteresować głównie pedagogów, lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarki oraz psychiatrów, którzy powinni znać nie tylko zagadnienie zdrowotne małego pacjenta, ale również uwarunkowania środowiskowe, w tym zwłaszcza rodzinne.

Bibliografia

- Abdulhamid I., Siegel P.T., 2009, *Medscape's Continually Updated Clinical Reference. Münchhausen syndrome by proxy*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference.
- Asher R., 1951, *Münchhausen's syndrome*, [w:] „PubMed”, nr 1(6).
- Berent D., Florkowski A., Gałęcki P., 2010, *Przeniesiony zespół Münchhausena*, [w:] *Psychiatria Polska*, t. XLIV/nr 2.
- Cleveland Clinic, 2005, Münchhausen syndrome by proxy, www.clevelandclinic.org/disorders/Factitious_Disorders/hic_Munichhausen_Syndrome_.
- Denny S.J., Grant C.C., Pinnock R., 2001, *Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy in New Zealand*, [w:] „Journal of Pediatrics and Child Health”, nr 72(8).
- Friedman S.H., Resnick P.J., 2007, *Child murder by mothers: patterns and prevention*, [w:] „World Psychiatry”, nr 6.
- Galvin H.K., Newton A.W., Vandeven A.M., 2005, *Update on Münchhausen syndrome by proxy*, [w:] „Current Opinion in Pediatrics”, nr 17.
- Godding V., Kruth M., 1991, *Compliance with treatment in asthma and Münchhausen syndrome by proxy*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 66(8).
- Horwath J., 1999, *Inter-agency practice in suspected cases of Münchhausen syndrome by proxy dilemmas for professionals*, [w:] „Child Family Social Work”, nr 4.
- Janas-Kozik M. (i in.), 2007, *Choroba somatyczna czy zespół Münchhausena z przeniesienia? Choroba matki czy dziecka? Kontrowersje diagnostyczne*, [w:] „Przegląd Lekarski”, nr 64.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, 2000, Kraków, Warszawa, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kowalik T. (i in.), 2005, *Przeniesiony zespół Münchhausena*, [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 14(4).
- Libow J.A., 1995, *Münchhausen by proxy victims in adulthood: a first look*, [w:] „Child Abuse & Neglect”, nr 19(9).
- McClure R.J. (i in.), 1996, *Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy, non accidental poisoning, and-accidental suffocation*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 75(1).

- Meadow R., 1982, *Münchhausen syndrome by proxy*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 57(2).
- Przewoźniczuk M., 2009, *Zespół Münchhausena per procura*, www.dobryrodzic.pl (dostęp: 02.07.2009).
- Rogers R., 2005, *Modele diagnostyczne i wyjaśniające oraz metody wykrywania zespołu Münchhausena per procura – ekstrapolacje modeli dotyczących symulacji chorób*, [w:] „Dziecko Krzywdzone”, nr 11.
- Warner J.O., Hathaway M.J., 1984, *Allergic form of Meadow's syndrome (Münchhausen by proxy)*, [w:] „Archives of Disease in Childhood”, nr 59(2).

Rozdział IV

Beata Romanek

PRZYCZYNY, PRZEJAWY I SKUTKI AGRESJI SŁOWNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY

The causes, manifestations and consequences of aggressive language of children and youth

Streszczenie: Artykuł podaje definicje agresji, ze szczególnym uwzględnieniem agresji językowej. Wskazuje na źródła zachowań agresywnych, do których zaliczana jest dysfunkcyjna rodzina, szkoła, środowisko rówieśnicze oraz media masowe. Widocznym przejawem agresji językowej jest między innymi brutalizacja i wulgaryzacja języka. Autorka zwraca uwagę na skutki agresji językowej, do których można zaliczyć problemy emocjonalne jednostek wrażliwych i ambitnych, które najczęściej stają się ofiarami przemocy językowej rówieśników i osób starszych.

Słowa kluczowe:
agresja,
agresja językowa,
środowisko rodzinne,
szkoła,
grupa rówieśnicza,
wulgaryzmy,
wulgaryzacja języka,
agresja w mediach
masowych

Summary: The article gives the definitions of aggression, with particular regard to the linguistic aggression. It also indicates the source of aggressive behavior, which is present in the family, the school, the environment and mass media. A visible manifestation of aggression is, inter alia, the brutalization and the vulgarization of the language. The author draws attention to the consequences of aggression, to which you can include emotional problems of ambitious individuals who mostly become victims of language violence of teenagers and older people.

Key words:
aggression,
linguistic aggression,
family environment,
school,
group profanity,
vulgarism in language,
aggression in mass media

Wprowadzenie

Słownik współczesnego języka polskiego podaje dwa znaczenia terminu *agresja*: „napaść, szczególnie niesprowokowana, jednego państwa na drugie”, „wroga napaściwa postawa lub zachowanie się względem kogoś lub czegoś”¹.

Agresja w psychologii jest definiowana jako zachowanie ukierunkowane na wyrządzenie krzywdy innym osobom, którego nie można usprawiedliwić ze społecznego punktu widzenia. Adam Frączek wyróżnia cztery kategorie agresji:

1. agresja instrumentalna bądź specyficzna, której celem jest uzyskanie jakiegoś przedmiotu lub utrzymanie jakiejś sytuacji;
2. agresja ze złości, czyli nieukierunkowana na swoisty obiekt lub sytuację;
3. agresja obronna – jako odpowiedź na atak;
4. agresja związana z grą i zabawą, nasilająca się wskutek zaangażowania w walkę w toku gry. Często jest odpowiedzią na frustrację².

¹ B. Dunaj (red.), 1996, *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa, s. 4.

² W. Okoń, 2001, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa, s. 15.