CZU 159.97:616.89

<https://doi.org/10.52507/2345-1106.2021-1.33>

PARTICULARITĂȚILE SINDROMULUI MÜNCHAUSEN PRIN TRANSFER

ROȘCA Tatiana,

Doctorand, asistent universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,
tatianarosca37@gmail.com

POPA Laurenția,

Studentă anul III, Facultatea Psihologie și Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,
lauritzapopa@gmail.com

REZUMAT

Acest articol contribuie la înțelegerea mai amplă a Sindromului Münchausen prin Transfer, care reprezintă o formă de abuz asupra copilului, foarte complex și cu urmări distructive, dificil de diagnosticat și individuat. Abuzatorul, cel mai frecvent, mama, inventează, fabrică, induce copilului simptome, pentru care se adresează și cere intervenția unui specialist. Astfel, victima, este supusă analizelor, investigațiilor, tratamentelor medicale, deseori invazive și foarte dureroase, dar care nu sunt necesare. Complexitatea acestui tip de abuz constă și în dificultatea unei diagnoze precoce precum și în individuarea anticipată a riscului de victimizare Münchausen. Lucrarea dată are ca scop informarea celor care direct sau indirect sunt în contact cu problematicile legate de acest sindrom.

Cuvinte-cheie: abuzator, simulare, victimă, boală, personal medical.

PARTICULARITIES OF MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY

ROȘCA Tatiana,

Phd student, university assistant,
University of European Studies of Moldova
tatianarosca37@gmail.com

SUMMARY

This article contributes to a wider understanding of the Münchausen syndrome by proxy, which is a form of child abuse, very complex and destructive, difficult to diagnose and individualized. The abuser, most often the mother induce the symptom to the child, for which he addresses and requires the intervention of a specialist. Thus, the victim is subject to medical treatments, often invasive and very painful but unnecessary. The complexity of this type of abuse also consist in the difficulty of an early diagnosis as well as in the anticipated perception of the risk of Münchausen victimization. The paper aims to inform those who are directly or indirectly in contact with problems related to this syndrome.

Key words: abuser, simulation, victim, illness, medical staff.

Sindromul Münchausen prin transfer (MSbP) reprezintă o boală cu implicații din domeniul pediatriei, psihopatologiei, medicină legală și justiție penală.

În 1951, Richard Asher, medic englez, a inventat termenul de „Sindrom Münchausen” pentru a se referi la pacienții care "produc boli, pentru care suferă proceduri diagnostice neplăcute și destul de periculoase", luând acest nume de la Karl Friedrich Hieronymus von Freihess Münchausen, un mercenar al secolului al XVIII-lea, care a fost cunoscut prin povestirea istoriilor bizare, fantastice și incredibile, precum și false.

Profesorul Roy Meadow, a fost primul care în 1977 a folosit termenul „sindromul Münchausen prin transfer” (MSbP) pentru a indica „simularea repetată sau fabricarea bolii unui individ de o altă persoană” [7, p. 547].

Inițial, Meadow a raportat două cazuri: în primul - o mama otrăvise în mod repetat copilul cu sare, de la vârsta de șase săptămâni, până la moartea sa, la 15 luni, în timp ce în al doilea, mai puțin dramatic, o mamă poluase în repetate rânduri urina fiului său pentru a-și procura numeroase investigații invazive la diferite spitale.

Rezultate și discuții. În încercarea de a furniza boala la copiii lor, metodele utilizate de mame sunt multe și atât de bine pregătite încât devine extrem de dificil, de către medici și personalul spitalului, de a înțelege nenumăratele boli "fictive" create special în detrimentul victimelor.

Aceste tehnici, destul de variate, sunt de o cruzime ireală. Autorii Franzini și Grossenberg descriu cazuri de copii injectați cu fecale, urină, salivă, floră fecală și microbi vaginali introduși intravenos [4, p. 39]. De asemenea, sunt cazuri în care victimelor le-au fost administrate substanțe atât pentru uz casnic: sare, piper, apă, zahăr, în cantități care pot fi dăunătoare, cât și substanțe medicamentoase: tranchilizante, sedative, laxative, diuretice, insulină, precum și substanțe cum ar fi: uleiuri minerale, otrăvă de șobolan, arsenic. Uneori se întâmplă ca protagonistul comportamentului münchausenian să administreze victimei substanțe medicinale utilizate de obicei de membrii familiei, cum ar fi, de exemplu: anticonvulsivante, opiacee, benzodiazepine, antihistaminice, etc. Așadar, o categorie de referință a substanțelor utilizate pentru crearea unei imagini patologice este foarte dificilă.

De asemenea, unele mame recurg și la proceduri mecanice deosebit de violente și periculoase pentru copil ca: împunsături cu vârful acului pe față și pe corp, în scopul de a provoca sângerare, leziuni faciale provocate

cu ajutorul unghiilor sau instrumentelor de natură diferită, sufocarea efectuată cu mâna sau cu o pernă așezată pe fața copilului, subalimentarea deliberată într-un mediu murdar și neglijat, inducerea crizelor epileptice sau pierderea conștiinței prin presiunea exercitată asupra unei artere mari a gâtului. Totodată există și forme indirecte sau „sofisticate”, prin care provoacă daune copilului, prin manipularea probelor pentru analizele de laborator.

Psihiatrul Bools [2, p. 99] propune o clasificare mai amplă și mai detaliată a metodelor adoptate de mamele cu comportament münchausenian: durerea cauzată de obstrucția căilor respiratorii, intoxicații cu laxative, diuretice, barbiturice, teofilină, codeină, inducerea febrei prin introducerea de substanțe imunizante, drenarea cantităților mari de sânge, leziuni ale scalpului, membrelor, feței, cu pumni sau bățai, colorarea pielii (cu betadină) pentru simularea icterului, sângerări induse manual sau cu anticoagulante.

S-a constatat că cel care comite abuzul, în cele mai multe cazuri, are rol de îngrijitor al copilului: mama biologică, mama adoptivă, tata, bunica, bona. Cu toate acestea, statisticile indică faptul că în 90% din cazuri este mama biologică a victimei, 5% - este tatăl și 5% - o altă femeie.

Aceste mame sunt deseori descrise ca fiind bine educate, iubitoare și dedicate în totalitate copilului lor, sunt colaborative cu personalul medical și în relațiile lor cu alții par a fi absolut "normale". Adesea, aceste femei susțin că au fost victime ale violenței fizice sau sexuale și deseori din istoria acestora reiese faptul că au avut de fapt probleme de singurătate și izolare mai degrabă, decât abuzuri reale [7, p. 562].

Schreier și Libow [8, p. 319] descriu trei categorii principale de abuzatoare:

- *Solicitante de ajutor* - sunt mamele care caută atenția medicilor pentru a le comunica anxietatea, exasperarea, depresia sau pur și simplu capacitatea lor de a avea grijă de copil. Acestea sunt mamele care au suferit violență în familie, care au o relație conflictuală cu soțul sau care se confruntă cu o sarcină nedorită;
- *Inductoarele active* - sunt mamele care induc boala la copilul lor prin metode drastice. Aceste mame sunt anxioase și deprimare, folosesc negarea, disocierea afectivă și proiecția paranoidă. Un avantaj secundar pentru aceste mame îl reprezintă controlul relației cu medicii și recunoașterea de către personalul medical a faptului că acestea sunt niște mame neobișnuite;
- *Dependente de medic* - sunt mamele obsedate de

obținerea unui tratament medical pentru bolile inexistente ale copiilor;

Falsificările constau în raportarea simptomelor într-o manieră inexactă. Unele mame cred că copiii lor sunt bolnavi, refuză să accepte evidența medicală a contrariului și în așa caz se ocupă personal de îngrijirea copilului, fiind suspicioase, paranoide și agresive.

Ca semne indicative ale unui posibil caz de MSbP, sunt comportamentele care ar trebui să trezească suspiciunea personalului medical și suspectul că au de a face cu acest sindrom [5, p. 23]:

- Abuzatoarea aparține, dar nu e o regulă, unei clase sociale de nivel mediu sau înalt și are studii superioare;

- Are o educație medicală și pare a fi în largul ei în mediul spitalicesc, exprimându-și interesul față de problemele prezentate de alți pacienți;

- Rămâne extrem de calmă în fața preocupărilor medicilor față de simptomele copilului, încurajând ea însăși personalul medical, insistând la mai multe intervenții, teste, alte opinii medicale, acceptând de bună voie ca copilul să fie supus unor examene dureroase;

- Lăudă excesiv personalul medical și doctorii;

- Atrage atenția constantă pentru ea înșiși mai mult ca pentru copil;

- Pare să fie bine documentată și informată cu referință la boala copilului;

- Poate avea o istorie de boală similară cu cea a copilului;

- Permite doar unui număr mic de persoane să se apropie de copil;

- Se simte mulțumită atunci când copilul este internat în spital, deoarece medicii laudă capacitatea ei de a fi părinte bun;

- Cel puțin la suprafață, este o femeie obișnuită. Se prezintă ca om bun, cu un comportament exemplar față de copilul "problematic";

- Este, în general, necinstită și manipuloare calificată, extrem de convingătoare și poate oferi explicații plauzibile pentru comportamentul ei;

- Chiar și în fața dovezilor, neagă faptul că a comis un abuz;

- Nu-și întrerupe comportamentul chiar și atunci când este suspectată. Comportamentul se poate schimba doar temporar. Chiar dacă nu are contact cu victima, poate continua să folosească copilul ca obiect pentru a atrage atenția, afirmând că copilul are sau a avut probleme. În mod obișnuit, acuză serviciile de protecție a copilului că nu se ocupă în mod adecvat de acest caz, trimițând scrisori, cereri în instanța pentru minori, solicitând apariții la televizor, etc;

- Dacă abuzatoarea consideră că este suspectată de maltratare, ar putea deveni și mai periculoasă, „contribuind” ca copilul să aibă o problemă reală;

O altă caracteristică a abuzatoarei este de a fi un „pelegrin sanitar”: aceasta începe un traseu în care scopul principal este de a evita relația terapeutică cu o singură unitate de îngrijire și, prin urmare, schimbarea mai multor interlocutori medicali. De fapt, abuzatoarele par motivate de necesitatea lor de bază: odată ce investigațiile exclud boli reale, acestea caută un alt mediu pentru recuperarea credibilității pacientului de la zero.

Comportamentele implementate în mod deliberat de

mamă includ: simularea, exagerarea, agravarea și inducerea simptomelor unei boli și nu în ultimul rând, minciuna legată de problemele de sănătate a copilului.

Atunci când *simulează*, ea creează semne și simptome ale bolii, cum ar fi de exemplu să reverse în jurul copilului niște substanțe similare cu mase vomitive, făcând pe cineva să creadă că are probleme cu stomacul. Când *exagerează*, aceasta evidențiază problemele reale a copilului. Un exemplu în acest sens este copilul care are febră pentru câteva zile și deși temperatura nu a atins niciodată valori critice, mama afirmă că în ciuda medicamentelor antipiretice administrate, febra rămâne foarte înaltă. De asemenea poate *agrava* o afecțiune medicală de care suferă copilul. De exemplu, unui copil cu diabet zaharat mama îi poate injecta în mod deliberat o cantitate mai mică de insulină, determinând astfel valori mai ridicate a glicemiei. La fel, poate *induce*, provoacă în mod deliberat debutul unei perturbări, cum ar fi de exemplu să pună niște medicamente în hrana copilului, ca în rezultat să devină confuz și incoerent și să fie internat în secția de psihiatrie pentru investigații. Tot mama, *mințe* cu privire la problemele copilului, fiind în stare să cheme asistența de urgență și să susțină că la copil s-a oprit respirația, că a devenit albastru, că l-a resuscitat prin respirație artificială, pe când copilul de fapt a dormit foarte liniștit.

Principala motivație a abuzatoarei este de a atrage atenția și simpatia asupra ei. Boala copilului său servește acestei femei cu un ego fragil și autostimă sovăitoare să-și creeze un „personaj”. „În calea perversă, mama, prin copil, își creează o carieră pentru ea-însăși, prin patologiile false ale copilului. [...] Părintele încearcă să obțină ceva prin copil. Și acel ceva este adesea atenție ” [7, p. 563].

Există mai multe teorii care tentează să explice motivele abuzatorului care implementează un astfel de comportament.

Așa-numitele „teorii cu referință la rolul de gen” ne ajută să explicăm de ce femeile sunt mai vulnerabile decât bărbații în dezvoltarea MSbP. Lipsa cronică a puterii, legate de rolul femeii, contribuie adesea la stresul psihologic al femeilor și poate duce la o prevalență mai mare a anumitor tulburări psihologice. Femeile dezvoltă un sentiment de identitate într-un context relațional, ocupându-se de celălalt. Bărbații, pe de altă parte, dezvoltă un sentiment de identitate bazat pe experiențele de separare și de competiție. Și e de așteptat atunci ca femeile să fie primele figuri care să aibă grijă și să protejeze copilul. Cu toate acestea, mamele MSbP prezintă clar o tulburare legată de empatie și atașament față de copilul lor, acesta devenind un obiect folosit oribil pentru a-și satisface nevoile. Motivele unui astfel de atașament „distorsionat” sunt diferite, dar toate se dezvoltă dintr-o relație subiectivă perturbată, care a început în copilărie cu experiențe de abuz fizic, sexual și emoțional.

Așadar, mamele MSbP subliniază prea mult rolul social prescris în societate. Pentru a continua să primească o validare a rolului lor, devine necesar să aibă un copil bolnav pe care să-l prezinte medicilor. În plus, MSbP dispune de un mecanism care camuflează pierderea atașamentului dintre mamă și copil. Mama

încearcă să ascundă această pierdere, cu o caricatură perfectă a mamei iubitoare și grijulii, mai ales în prezența medicilor. Și atunci când mama primește complimente pentru îngrijirea iubitoare de la personalul medical, în timp ce în realitate ea dăunează copilului, comportamentul său este întărit și continuă mai departe.

Schreier și Libow [8, p. 321] consideră că dezvoltarea sindromului are loc într-un context multiplu. În postularea etiologiei, atrag atenția asupra dinamicii individuale a făptuitorului, diada mamă-doctor și influența societății patriarhale în dezvoltarea femeilor. Aceștia plasează dinamica individuală în internul unei structuri, care vede o formă de perversiune a femeii și emit ipoteza că o „mamă mincinoasă”, încearcă să întrețină o relație cu o imagine parentală puternică a medicului, folosind copilul ei, obiect fetișist, ca un mijloc de legătură. Dar de fapt, mama caută o relație cu medicul pentru a remedia experiențele traumatice anterioare. Aceste mame au nevoie de explorarea sentimentelor din trecut și prezent, de neglijare, abandonare și negare, precum și de exprimare a nevoilor de moment. Majoritatea acestora indică o carență evidentă de afecțiune, stima de sine scăzută și interesul pentru victimizare. Unele din ele susțin că în copilărie (în ciuda dificultății de colectare a acestor informații credibile de la pacienți), au fost private din punct de vedere emoțional, maltratate și abuzate fizic, au suportat boli grave sau decesul unuia sau a ambilor părinți, au fost instituționalizate în casa pentru copii orfani, au crescut în nucleee familiale haotice și dezorganizate.

Alți autori au propus următoarele ipoteze a declanșării comportamentului münchausenian:

- Meadow [6, p. 385] sugerează avantajele secundare obținute, cum ar fi: beneficiile economice, obținerea unui divorț, îmbunătățirea relațiilor de familie;
- Sigal [9, p. 49] pune accentul pe punerea în aplicare a impulsurilor sadice, în timp ce o altă motivație menționată este atenția pe care o primește adultul prezentând un copil "bolnav". În cazul divorțului, dezvoltarea ideii că copilul a fost abuzat, servește la obținerea custodiei și la separarea afectivă de celălalt părinte;
- Bach [1, p. 75] atribuie comportamentului münchausenian o pierdere traumatică care a avut loc în copilărie, înțeasă atât ca o pierdere a unei persoane dragi, cât și ca o pierdere a dragostei și atenției, ca urmare a înstrăinării parentale sau a abuzului.

• Schreier și Libow [8, p. 321] vin cu ipoteza că mamele MSbP folosesc comportamentele abuzive ca "strigăt de ajutor".

Psihodiagnosticul definitiv al MSbP este destul de complicat și nu poate fi obținut exclusiv din rezultatele obținute prin administrarea testelor psihologice. Evaluarea psihologică este fundamentală pentru identificarea caracteristicilor personalității și pentru stabilirea funcționării generale a făptuitorului și a nivelului psihopatologiei. Această evaluare trebuie integrată într-o serie de informații despre familia de origine și relațiile sociale. Nu există o baterie de teste, tipic utilizată pentru autorii cu MSbP, dar în acest caz ar putea fi utile testele obiective, proiective și bineînțeles evaluarea interacțiunii părinte-copil.

În plus, în afară de testele psihologice, în scopul de a obține o înțelegere globală a stării mentale a individului, ar trebui să se obțină informații cu privire la familia de origine și cea actuală, istoricul medical personal și familial, antecedentele psihiatrice, educația, contextul, istoria abuzului asupra copilului, istoria abuzului în cadrul căsătoriei și orice stresor din trecut și prezent.

În prezent nu există un diagnostic psihiatric special care să caracterizeze pacienții cu MSbP, dar deseori acest sindrom este asociat cu: depresia, schizofrenia, tulburarea paranoidă, tulburarea histrionică, tulburarea narcisistă, tulburarea dependentă, tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea antisocială.

Revenind la clasificarea lui Schreier și a lui Libow, este posibil să se asocieze fiecărei categorii următoarele cadre psihopatologice: solicitantele de ajutor sunt mamele anxioase și deprimare, dependentele de doctor sunt mamele cu personalitate paranoică și inductoarele active sunt cele psihotice.

De obicei, este greu de tratat persoanele afectate de MSbP, întrucât majoritatea acestora evită contactul terapeutic. Totodată, terapeutul are de a face cu manipulatori calificați, cu pacienți care, în majoritatea cazurilor, neagă realitatea folosind înșelăciunea și minciuna. Această nevoie de a minți le servește la ștergerea conștientizării conflictului, iar minciunile pot fi legate de istoria personală și cea a familiei de origine. Pentru unii, minciuna este un fel de "joc" al cărui scop este competiția cu medicii, în timp ce alora le servește să-și construiască o imagine mai acceptabilă pentru alții.

Unele ipoteze, cu privire la motivele care le determină pe mamele MSbP să mintă sunt [3, p. 121]:

- Înșelăciunea medicilor este considerată ca o "garanție" în timp pentru a primi simpatie și atenție;
- Prin identificarea proiectivă, mama proiectează de fapt pe copil, dorința ei inconștientă de a îngriji, care este satisfăcută de procedurile pe care acesta le primește;
- În cazurile în care negarea este conștientă, aceste mame mint pentru a evita suspiciunile de manipulare sau avantaje secundare;

Așadar, scopul principal al terapiei constă în învățarea modalităților de exprimare a durerii și modelelor adaptative de satisfacere a nevoilor, prin cuvinte, mai degrabă decât prin acțiuni de abuz [3, p. 128]. Dar cu părere de rău, sunt multe obstacole pentru un tratament adecvat, inclusiv menținerea riscurilor la adresa copilului, legătura simbiotică dintre mamă și copil, negarea persuasivă a rudelor atunci când sunt interpellate și scepticismul autorităților legale. Și totuși unele abordări terapeutice sunt destul de eficiente în cazul sindromului MSbP.

Terapia feministă, se concentrează pe înfruntarea celor două „noduri” mari în timpul tratamentului, una fiind expresia furiei pentru starea lor (inclusiv și abuzul suferit) și învățarea modalităților mai bune de satisfacere a nevoilor. Prin terapie, pacienții își recunosc și-și conștientizează necesitățile, învață să se iubească mai mult și să-și vizualizeze resursele interioare. Participarea la terapia de grup ar putea fi utilă pentru a constata că există și alte femei în aceleași condiții, reprezentând un mediu adecvat pentru exprimarea furiei și primirea sprijinului potrivit;

Abordarea intergenerațională, se focalizează pe relația dintre abuzator și părinții săi și influența acesteia asupra relației cu copiii lor. Înțelegerea acestor dinamici și dorința de a le modifica sunt vitale pentru succesul tratamentului. Abordarea directă a familiei și identificarea raporturilor între membrii săi în timpul bolii copilului cât și comportamentul abuzatorului, subliniază funcția pe care întreaga familie o are în instaurarea sau menținerea comportamentului münchausenian;

Spitalizarea în unitatea psihiatrică a întregii familii, este o abordare care garantează siguranța copilului și care pune în centrul tratamentului întreaga familie. Intervențiile psihologice sunt îndreptate spre individuarea relației părinte-copil, calitatea atașamentului copilului cu fiecare părinte în parte, experiențele abuzatorului din copilărie, dinamicele actuale a relațiilor

familiale. Accentul se pune în acest caz pe terapia sistemică a familiei;

Concluzii. Dificultatea înțelegerii dinamicii, care stă la baza comportamentului münchausenian și dezvoltarea modelelor de tratament, valabil atât pentru victimă, abuzator, cât și pentru întreaga familie, este evidentă. Există nevoia de a înțelege natura profundă a sindromului, care nu poate fi dictată doar de avantajele secundare, ci abordată ca o expresie a unei tulburări psihice grave.

MSbP reprezintă o formă de maltratare a micuților și primul obiectiv este legat de bunăstarea și protecția acestora, de aceea deși pare imposibil, cantitatea de "indicii" pe care o avem la dispoziție, ne poate ajuta în acest sens.

Referințe bibliografice:

1. Bach S., On sadomasochistic object relations. In: Fogel G.I., Meyers W.A. Perversions and Near Perversions in Clinical Practice, 1991, p. 75;
2. Bools C. N., Factitious Illness by Proxy, Münchausen Syndrome by Proxy. In: British Journal of Psychiatry, 1996, p. 99;
3. Feldman M., Denial in Münchausen syndrome by proxy: the consulting psychiatrist's dilemma. In: International Journal of Medicine 24, 1994, p. 121-128;
4. Franzini L., Grossberg J. M., Comportamenti bizzarri. Roma: Astrolabio, 1996, p. 39 ;
5. Lasher L. J., Sheridan M. S., Münchausen by Proxy. Identification, intervention, and case management. New York: The Haworth press, 2004, p. 23;
6. Meadow R., Management of Münchausen Syndrome by proxy. In: Archives of disease in childhood, Londra: BMJ Publishing Group, 1985, p. 385;
7. Rosenberg D., Web of deceit: a literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. Child abuse and Neglect In: The International Journal, 11, 1987, p. 547-563;
8. Schreier H. A., Libow J. A., Münchausen by Proxy Syndrome. Diagnosis and prevalence. In: American Journal of Orthopsychiatry, p. 318-321, 1993, p. 318-321;
9. Sigal M., Münchausen Syndrome by proxy: a psychodynamic analysis. In: Medicine and Law, 1988, p. 49.