

# Munchausenov sindrom

---

**Borac, Katarina**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:654407>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-16**



**FILOZOFSKI FAKULTET**  
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

*Repository / Repozitorij:*

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Katarina Borac

## **Münchhausenov sindrom**

Završni rad

Mentorica: doc. dr. sc. Mirela Grgić

Osijek, 2021.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski sveučilišni jednopredmetni studij psihologije

Katarina Borac

## **Münchhausenov sindrom**

Završni rad

područje društvenih znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena  
psihologija

Mentorica: doc. dr. sc. Mirela Grgić

Osijek, 2021.

## IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, rujan, 2021.



---

Katarina Borac, 0122230415

## Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Klinička slika Münchhausenova sindroma .....	2
2.1. Dijagnoza i dijagnostički kriteriji Münchhausenova sindroma.....	2
2.2. Simptomi Münchhausenova sindroma i osobine pacijenta .....	3
3. Etiologija Münchhausenova sindroma.....	6
4. Epidemiologija Münchhausenova sindroma.....	7
5. Liječenje Münchhausenova sindroma.....	8
6. Klinička slika Münchhausenova sindroma preko posrednika .....	9
6.1. Dijagnoza i dijagnostički kriteriji Münchhausenova sindroma preko posrednika .....	9
6.2. Karakteristike Münchhausenova sindroma preko posrednika i izazvani simptomi kod djece	11
7. Epidemiologija Münchhausenova sindroma preko posrednika .....	13
8. Osobine osoba koje boluju od Münchhausenova sindroma preko posrednika i njihovih žrtava .....	14
9. Intervencije pri Münchhausenovom sindromu preko posrednika i njegovo liječenje .....	14
10. Zaključak.....	16
11. Literatura .....	18

## MÜNCHHAUSENOV SINDROM

### Sažetak

Münchhausenov sindrom definira se kao umišljeni poremećaj kojeg karakteriziraju svjesno i namjerno uzrokovanje, stvaranje, izazivanje i/ili preuveličavanje većinom fizičkih, a ponekad i psihičkih simptoma i znakova neke bolesti u svrhu zauzimanja uloge bolesnika. Münchhausenov sindrom preko posrednika je vrsta Münchhausenovog sindroma koji se definira kao kombinacija psihološkog i tjelesnog zlostavljanja te zanemarivanja mišljenja liječnika, kao i djetetovog zdravlja koje se odvija uz aktivno sudjelovanje u medicinskom okruženju. U ovom slučaju, osoba ne izaziva ili stvara simptome i znakove bolesti kod sebe, već ih stvara kod osobe koja je pod njihovom izravnom skrbi ili njegom. Dok od Münchhausenova sindroma preko posrednika najčešće boluju žene rane odrasle dobi, uglavnom majke, koje izazivaju simptome bolesti kod svojega djeteta, od Münchhausenova sindroma pretežito boluju neoženjeni i nezaposleni muškarci srednje odrasle dobi. Učestalost ovih sindroma je relativno niska, no istraživači tvrde kako je taj broj sigurno veći zbog toga što je dijagnoza oba poremećaja zahtjevna, teška i dugotrajna. Za oba sindroma ne postoji određeni način liječenja, ali istraživači smatraju kako se kombinacijom različitih terapija može vidjeti blagi napredak u ozdravljenju. Naposljetku, može se zaključiti kako je pred istraživačima zahtjevan posao pri pokušaju pronalaska učinkovitih načina za liječenje ovih poremećaja.

Ključne riječi: Münchhausenov sindrom, Münchhausenov sindrom preko posrednika, umišljeni poremećaji, epidemiologija, liječenje

## 1. Uvod

Münchhausenov sindrom vrsta je umišljenog poremećaja koji se definira kao poremećaj u kojem bolesnik svojevolumno i svjesno uzrokuje, stvara, izaziva i/ili preuveličava većinom fizičke, a ponekad i psihičke simptome i znakove neke bolesti u svrhu zauzimanja uloge bolesnika (Topić i Degmečić, 2014). Ljudi koji boluju od Münchhausenovog sindroma ulogu bolesnika smatraju vrstom povlastice, zbog čega dobrovoljno podliježu bolnim, i često rizičnim, medicinskim postupcima i zahvatima kako bi dobili pažnju medicinskog osoblja te njihovu simpatiju kakvu inače dobivaju uistinu bolesne osobe (Topić i Degmečić, 2014). Münchhausenov sindrom je kao zaseban psihijatrijski poremećaj prvi puta opisao britanski psihijatar Richard Alan John Asher prije točno 70 godina, 1951. godine, nakon što je proučavao slučaj pacijenta koji je odglumio simptome svoje bolesti (Aadil i sur., 2017; Topić i Degmečić, 2014). Ovaj je sindrom dobio naziv po njemačkom časniku von Münchhausenu, borcu rusko-turskog rata, koji je svoja ratna iskustva prepričavao s mnogim, očitim pretjerivanjima (Ray i sur., 2020).

Vrsta Münchhausenovog sindroma, koja se opisuje kao opasnija i letalnija, je Münchhausenov sindrom preko posrednika (*Münchhausen syndrom by proxy*) u kojem osoba ne izaziva simptome bolesti kod sebe, već to čini na drugoj osobi, najčešće svojem djetetu. Donald i Jureidini (1996) definiraju Münchhausenov sindrom preko posrednika kao neobičnu kombinaciju tjelesnog i psihološkog zlostavljanja te zanemarivanja mišljenja liječnika, kao i djetetovog zdravlja koje se odvija uz aktivno sudjelovanje u medicinskom okruženju. Kao nadopuna ovoj definiciji, Carter i sur. (2006; prema Criddle, 2010) navode kako se Münchhausenov sindrom preko posrednika odnosi na često pogrešno dijagnosticiran oblik zlostavljanja djece pri kojem roditelj, skrbnik ili njegovatelj namjerno i svjesno glumi ili stvara bolest kod djeteta kako bi to dijete, zajedno s odraslom osobom, ostalo u što duljem doticaju s medicinskim osobljem i okruženjem. Ovaj je podtip Münchhausenova sindroma 1977. godine prvi puta opisao američki pedijatar Roy Meadow (Matić, 2015) nakon što se susreo s prvim takvim slučajem. Naime, Münchhausenov sindrom preko posrednika najčešće je dijagnosticiran kod majki koje namjerno štete svojoj djeci tako što lažiraju povijest bolesti djeteta ili laboratorijske rezultate (npr. dodaju krv u mokraću ili stolicu djeteta), daju krive podatke o bolesti djeteta i slično (Topić i Degmečić, 2014).

U ovom će se radu detaljno obraditi navedena dva poremećaja, Münchhausenov sindrom i Münchhausenov sindrom preko posrednika. Obuhvatit će se područja dijagnoze i dijagnostičkih kriterija, etiologije i epidemiologije i liječenja oba poremećaja.

## 2. Klinička slika Münchhausenova sindroma

### 2.1. Dijagnoza i dijagnostički kriteriji Münchhausenova sindroma

Da bi se uspješno dijagnosticirala vrsta umišljenog poremećaja, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013) nalaže sljedeća četiri uvjeta za postavljanje dijagnoze:

- a) Osoba izmišlja fizičke i/ili psihičke znakove i/ili simptome bolesti; ozljeđuje se i izaziva ili uzrokuje si bolest sa svjesnom namjerom da zavarava okolinu;
- b) Osoba se pretvara da je bolesna, ozlijeđena ili da ne može samostalno svakodnevno funkcionirati;
- c) Osoba ne odustaje od obmane i zavaravanja te nastavlja kontinuirano svoje ponašanje, čak i u odsutnosti vidljivog, opipljivog vanjskog dobitka ili nagrade;
- d) Ponašanje se osobe ne bi ništa bolje moglo objasniti nekim drugim poremećajem, kao što je sumanuto stanje ili neki drugi psihotični poremećaj.

Kako navode Doherty i Sheehan (2010), dijagnosticiranje samih umišljenih poremećaja uistinu je zahtjevno, najprije zbog prijetvornosti pacijenata te njihove realistične glume znakova i simptoma neke bolesti. Kako se poremećaj razvija, za očekivati je kako i bolesnici postaju sve uvjerljiviji i stručniji pri pretvaranju, što definitivno s prolaskom vremena otežava dijagnozu. Stoga, preporučuje se da se posumnja na ovaj rijedak poremećaj kod svih pacijenata koji imaju neke promjenjive i često neobjašnjive simptome te ako ne reagiraju na dobivenu terapiju, kao i kod osoba koje su u prošlosti previše puta bespotrebno bile hospitalizirane (Fleming i Eisendrath, 2003; prema Topić i Degmečić, 2014). Nadalje, kako bi dijagnosticiranje bilo uspješnije, također se preporučuje detaljno proučavanje povijesti bolesti pacijenta i njegova ponašanja tijekom boravka u bolnici kao i prikupljanje informacija o pacijentu od njegove obitelji, prijatelja ili nekih drugih zdravstvenih ustanova u kojima je pacijent bio hospitaliziran, od strane medicinskog osoblja (Topić i Degmečić, 2014).

Reus (2005; prema Topić i Degmečić, 2014) navodi kako se dijagnoza Münchhausenovog sindroma temelji na spoju različitih testiranja, povijesti bolesti pacijenta te isključivanja bilo kakvih drugih fizičkih ili mentalnih bolesti. Najveći problem pri dijagnozi ovog poremećaja jest to što se rijetko uspije rano dijagnosticirati, već često prođe čak pet do deset godina od početka javljanja simptoma pa sve do postavljene dijagnoze (Reus, 2005; prema Topić i Degmečić, 2014).

Naposljetku, važno je za napomenuti da se za postavljanje dijagnoze umišljenog poremećaja najprije trebaju eliminirati ostale bolesti, kao što su somatoformni poremećaj,



simulacija i obmanjivanje, hipohondrija te moguća zloupotreba psihoaktivnih supstanci (Topić i Degmečić, 2014). Najprije, postoji značajna razlika između manifestacije simptoma umišljenih poremećaja i somatoformnih poremećaja. Naime, pacijenti koji pate od somatoformnog poremećaja ne žele zavaravati medicinsko osoblje, već oni nesvjesno stvaraju svoje simptome te ih uistinu proživljavaju (Topić i Degmečić, 2014). Nadalje, u slučaju hipohondrije, osobe ne započinju svoju bolest namjerno, već uglavnom od bezazlenih simptoma stvore misao kako su u životnoj opasnosti. Hipohondri su najčešće osobe kasne odrasle dobi, te uglavnom odbijaju provođenje bolnih dijagnostičkih postupaka i tretmana na njima (Topić i Degmečić, 2014). Na kraju, potrebno je razlikovati umišljene poremećaje od simulacija i obmane. Pri simulaciji radi obmanjivanja, osoba glumi bolest kako bi dobila besplatno noćenje, kako bi pobjegla od policije i slično. Obmani dođe kraj kada pacijent dobije očekivanu korist od simulacije ili kada njegovo zdravlje postane kompromitirano (Halligan i sur., 2003).

## 2.2. Simptomi Münchhausenova sindroma i osobine pacijenta

Aadil i sur. (2017) nalažu kako se umišljeni poremećaji, u koje ubrajamo i Münchhausenov sindrom, često manifestiraju fizičkim i psihičkim simptomima koje stvara sam pacijent, te od kojih nema vidljive koristi. U skladu s time, Altinkaynak i sur. (2009; prema Di Lorenzo i sur., 2019) su svojim istraživanjem dokazali kako se pojedinci koji boluju od Münchhausenova sindroma, najviše žale na fizičke simptome te da zlorabljuju sedative, analgetike i ostale slične lijekove kako bi inducirali simptome koji ukazuju na neke druge bolesti. Nadalje, mnogi pacijenti mogu ići u ekstremno ponašanje; ako ih medicinsko osoblje konfrontira s nepostojanjem jasnih dokaza da su njihovi fizički simptomi povezani s nekom bolešću, pacijenti se često odluče na izmišljanje nekih psihičkih simptoma koje je teže istražiti i identificirati (Sousa i sur., 2017). Tako produljuju svoj ostanak u bolnici te osiguravaju dodatne testove ili čak i operacije kako bi i dalje bili u ulozi pacijenta.

Topić i Degmečić (2014) navode kako postoje tri podtipa umišljenih poremećaja s obzirom na prevladavanje simptoma, a to su:

- a) Umišljeni poremećaj s pretežno psihološkim znakovima i simptomima
- b) Umišljeni poremećaj s pretežno tjelesnim znakovima i simptomima
- c) Umišljeni poremećaj s kombiniranim psihološkim i tjelesnim znakovima i simptomima

Neke od karakteristika prvog podtipa poremećaja su: njihovi simptomi su često lako promjenjivi, nisu dosljedni, neobični su i nepovezani te se učestalo mijenjaju na dnevnoj bazi (Topić i Degmečić, 2014). Nadalje, na mijenjanje simptoma prije će utjecati prisutnost drugih

osoba nego dodijeljena terapija (npr. ako smatraju da ih netko promatra, izmislit će neki novi simptom). Zatim, pacijent će vjerojatno imati mnogo nepovezanih i različitih simptoma koji nisu karakteristični za samo jedan mentalni poremećaj, već se mogu javljati kod više različitih poremećaja (Topić i Degmečić, 2014). Tako su svojim istraživanjima Wise i Ford (1999) te Sparr i Pankratz (1983; Topić i Degmečić, 2014) pronašli mnoge slučajeve u kojima su pacijenti lažirali poremećaje kao što su bipolarni poremećaj, psihoza, amnezija, te uvjerali okolinu da imaju PTSP zbog događaja koji im se nisu ni dogodili (silovanje, zlostavljanje, napadi, gubitak voljene osobe) i slično.

Nadalje, osobe koje boluju od umišljenog poremećaja s pretežno tjelesnim znakovima i simptomima, uvjeravaju okolinu kako imaju simptome koji su u skladu sa simptomima određenih somatskih bolesti (Topić i Degmečić, 2014). Ovaj se podtip umišljenog poremećaja naziva Münchhausenov sindrom. Osobe s ovim poremećajem pretvaraju se da imaju vrućice, mučnine, glavobolje, abdominalnu bol, da povraćaju ili da imaju napadaje. Drugim riječima, bolesnici glume i čak izazivaju simptome svoje bolesti na razne načine kao što se unošenje bakterija s ciljem izazivanja infekcija, namjerno se ozljeđuju i slično (Lad i sur., 2004). Također, nerijetko izmišljaju svoju povijest bolesti, namjerno sprječavaju terapije ako smatraju da im uistinu mogu pomoći, te se trude lažirati laboratorijske nalaze kako bi dodatno zbunili liječnike (Topić i Degmečić, 2014). Jedna od specifičnosti osoba koje boluju od Münchhausenova sindroma je da su često vrlo dobro upoznati s bolestima koje pokušavaju lažirati tako da nije neobično što im liječnici u većini slučajeva povjeruju te ih zadrže u bolnici (Topić i Degmečić, 2014). Nakon što liječnici provedu sva testiranja čiji rezultati ne potvrde bolest koju bolesnik tvrdi da ima, bolesnici uglavnom budu ljuti, tvrde kako liječnici nisu odradili dobar posao, da nisu kompetentni, te na kraju odlaze u drugu bolnicu, gdje će opet prezentirati svoju lažnu povijest bolesti i njene simptome (Simpson i Pasie, 2016; prema Di Lorenzo i sur., 2019).

Osobe koje boluju od umišljenog poremećaja s kombiniranim psihološkim i tjelesnim simptomima i znakovima navode simptome i somatske i psihičke bolesti. Stoga se dijagnoza ovog poremećaja donosi kada ne prevladava niti jedan oblik umišljenog poremećaja (Topić i Degmečić, 2014).

U DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) opisan je i četvrti podtip umišljenih poremećaja. Taj podtip odnosi se na umišljeni poremećaj preko posrednika, odnosno Münchhausenov sindrom preko posrednika.

Problem s kojim se liječnici najčešće susreću u radu s bolesnicima s Münchhausenovim sindromom jest upravo dijagnosticiranje poremećaja. Drugim riječima, teško je prepoznati pacijenta koji boluje od Münchhausenova sindroma zato što pacijenti mogu biti izrazito uvjerljivi pri prikazivanju svoje bolesti. Ipak, prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) postoje neki znakovi koju mogu ukazati da pacijent boluje od Münchhausenova sindroma:

- a) Njihovi prezentirani simptomi ne odgovaraju kliničkoj slici niti jednog poremećaja te nisu u skladu s odrađenim laboratorijskim testovima;
- b) Često biraju simptome koje je teško istražiti (npr. glavobolja, bol u truhu);
- c) Simptomi njihove bolesti često nisu dosljedni ili jasni;
- d) Nerijetko se sami ozljeđuju kako bi izazvali nove rane, truju se, uzimaju nepropisane lijekove, itd.;
- e) Njihovi se simptomi često i naglo pogoršavaju bez naizgled vidljivih razloga;
- f) Vjerojatno imaju malo posjetitelja u bolnici jer nemaju puno prijatelja, bliske obitelji ili partnera;
- g) Ako imaju bliske osobe, moguće je da neće dopustiti medicinskom osoblju da ih kontaktiraju;
- h) Moguće je da imaju opširno znanje o raznim poremećajima, bolestima i medicinskim postupcima;
- i) Često su zaposleni ili su bili zaposleni kao zdravstveni djelatnici;
- j) Nerijetko vrlo lako i voljno dopuštaju liječnicima da koriste opasne i bolne dijagnostičke postupke i tretmane na njima.

Nadalje, postoji još nekoliko pokazatelja i karakteristika pacijenata koji su otkriveni i dokazani drugim istraživanjima. Aadil i sur. (2017) vjeruju kako postoji još nekoliko znakova koji mogu pomoći liječnicima pri dijagnozi Münchhausenova sindroma, a to su: namjerno i svjesno laganje liječniku, česti dolasci u bolnicu u kratkom razdoblju s istim/sličnim simptomima bolesti, zloupotrebljavanje lijekova i droga kako bi se stvorile razne zbunjujuće nuspojave te brojni ožiljci po tijelu koji upućuju na prijašnje mnogobrojne i nepotrebne medicinske zahvate. Shodno ovim pokazateljima, Yonge i Haase (2004) također navode da će pacijenti svoje simptome opisati na vrlo opširan i drastičan način, no kada bi ih se pitala specifična pitanja vezana za dodatne detalje o bolesti, vjerojatno bi pružali nejasne, štute te nedosljedne odgovore.

Na kraju, u svojoj su meta-analizi istraživanja Schrader, Aasly i Bøhmer (2017) naveli još neka ekstremna ponašanja pacijenata s Münchhausenovim sindromom, kao što je ubrizgavanje

inzulina u krv kako bi se izazvala hipoglikemija, glumljenje astme ili epilepsije, glumljenje gluhoće i sljepoće, simulacije kome i raznih paraliza, korištenje lijekova kako bi se izazvala hipertenzija, namjerno ubacivanje krvi u urin kako bi se dobili zbunjujući nalazi i mnoga druga ponašanja.

### **3. Etiologija Münchhausenova sindroma**

Nije poznato zašto i kako se razvija Münchhausenov sindrom u bolesnika, ali istraživači koji se bave etiologijom ovog sindroma vjeruju kako postoje psihološki i biološki čimbenici. (Topić i Degmečić, 2014). Nadalje, mnogi istraživači vjeruju kako u nastanku poremećaja veću ulogu imaju psihološki čimbenici, ali ni biološke čimbenike ne bi trebalo potpunosti isključiti. Naime, neka su istraživanja ukazala kako u podlozi umišljenih poremećaja, kao što je Münchhausenov sindrom, ulogu mogu imati moždana oštećenja. Tako su King i Ford (1988; prema Topić i Degmečić, 2014) svojim istraživanjem dokazali kako su u čak 40% pacijenata (od njih 72) s nekim umišljenim poremećajem postojale određene nepravilnosti, odnosno disfunkcije u središnjem živčanom sustavu, što ukazuje na postojanje biološke odrednice uzroka umišljenih poremećaja.

Nasuprot tome, većim brojem istraživanja dokazana je uloga psiholoških čimbenika u nastanku Münchhausenova sindroma. Neki od tih psiholoških čimbenika uključuju: liječenje od nekih ozbiljnih bolesti tijekom djetinjstva, gubitak bliske osobe, dijagnoza poremećaja ličnosti i depresije (Aadil i sur., 2017). Yates i Feldman (2016) u svome su opsežnom istraživanju u koje je bilo uključeno 170 pacijenata dokazali kako se, uz Münchhausenov sindrom, čak 41.8% pacijenata liječilo od depresije, dok je njih 16.5% imalo dijagnosticiran neki poremećaj ličnosti.

Neki autori istraživali su ulogu psihodinamskih čimbenika u nastanku umišljenih poremećaja (Topić i Degmečić, 2014). Jedan od tih čimbenika jest povijest zanemarivanja i zlostavljanja u djetinjstvu uz istovremeno postojanje bolesti djeteta koja je zahtijevala duže bolničko liječenje. Ako su bolesna djeca bila zanemarivana ili zlostavljana, duži i učestali boravak u bolnici djeca su doživljavala kao bijeg iz svoje nimalo bliske i traumatične okoline, te su se tako emotivno vezala za medicinsko osoblje koje se brinulo za njih. Stoga, te iste osobe u svojoj odrasloj dobi konstantnim boravcima u bolnici traže brigu i njegu koju kao djeca nisu imali u svome roditeljskom domu (Topić i Degmečić, 2014). S ovime se slažu i nalazi Burtona i sur. (2015) koji predlažu kako je čest rizični čimbenik za razvoj Münchhausenova sindroma upravo bliska i čvrsta veza s liječnikom u prošlosti.

Naposljetku, kao mogući rizični čimbenici ubrajaju se i neke crte ličnosti, vjerovanja osobe ili osjećaji u osobi koji bude motivaciju za fiktivnim ponašanjem. Smatra se kako pacijenti koji zahtijevaju razne bolne postupke, testiranja i operacije (npr. kirurški zahvati) mogu imati izražene mazohističke crte ličnosti ili poremećaj ličnosti pri kojima im bol služi kao kazna za neke prošle grijehe, bili oni stvarni ili izmišljeni (Matić, 2015). Zatim, ponekada motiv može biti i osjećaj superiornosti koji bolesnik dobije kada uspješno zavara medicinsko osoblje svojim laganjem i simulacijama (Topić i Degmečić, 2014). Također, istraživanje Reicha (1983) pokazalo je kako ponekada i čvrsta hipohondrijska vjerovanja mogu dovesti do prijetvornog ponašanja. Autori su uvidjeli kako su neki njihovi pacijenti bili toliko duboko i čvrsto uvjereni da boluju od određene bolesti, da su voljno stvarali lažne simptome kako bi određena testiranja bila provedena u nadi da zaista boluju od priželjkivane bolesti.

#### **4. Epidemiologija Münchhausenova sindroma**

Učestalost umišljenih poremećaja, kao i Münchhausenova sindroma, nije opće poznata, ali stručnjaci koji se bave epidemiologijom ovog sindroma smatraju kako je njihova učestalost veća nego što je do sada potvrđeno. Razlog tomu su već navedene poteškoće pri dijagnosticiranju umišljenih poremećaja. Ipak, nekolicina je istraživanja izvijestila o nađenoj učestalosti umišljenih poremećaja. U novije objavljenom istraživanju, Yates i Feldman (2016) su procijenili kako je učestalost umišljenih poremećaja dijagnosticiranih u ustanovama opće medicine i psihijatrije između 0.6% i 3%. O nešto većoj prevalenciji poremećaja, u rasponu od 0.3% do 9.3%, izvijestili su Aduan i sur. (1979; prema Topić i Degmečić, 2014), koji tvrde kako prevalencija ovisi o populaciji bolesnika uključenih u istraživanje. Nadalje, Schradera, Bøhmera i Aaslyja (2019) su u opsežnoj studiji u koju je bilo uključeno 937 pacijenata, otkrili kako je njih 237 imalo dijagnosticiranu neku vrstu umišljenih poremećaja, dok je samo njih 24 imalo dijagnozu Münchhausenova sindroma. Jedan od glavnih problema pri dijagnosticiranju i otkrivanju učestalosti ovog poremećaja jest što pacijenti neprekidno mijenjaju svoja bolnička okruženja, prijavljuju se u bolnice pod različitim pseudonimima ili tuđim imenima te simuliraju različite bolesti (Matić, 2015). Navedena ponašanja znatno otežavaju medicinskom osoblju da identificiraju pacijente s Münchhausenovim sindromom.

Münchhausenov sindrom se najčešće počinje razvijati u ranoj odrasloj dobi kod osoba koje su imale česte hospitalizacije u djetinjstvu zbog neke vrste poremećaja ili bolesti (Schrader i sur., 2017). Većina istraživanja (Di Lorenzo i sur., 2019; Sousa i sur., 2017) navodi kako se poremećaj češće pojavljuje među muškarcima nego ženama, no postoje i neka istraživanja (Feldman, 2004; prema Schrader i sur., 2017) koja ukazuju kako je poremećaj nešto učestaliji kod žena. No, bez

obzira na to kod kojeg se spola poremećaj češće pojavljuje, istraživači su uspjeli identificirati zajedničke karakteristike osoba koje boluju od ovog poremećaja. Naime, smatra se kako većinu pacijenata čine neoženjeni, nezaposleni muškarci u dobi od 30 do 50 godina koji su izolirani od svoje obitelji i koji nemaju bliskih prijatelja (Wise i Ford, 1999). S druge strane, žene koje boluju od Münchhausenova sindroma su uglavnom u dobi od 20 do 40 godina, te su često zaposlene u zdravstvenom okružju ili neki način raspoložu znanjem iz medicinske prakse (Reich, 1983).

## **5. Liječenje Münchhausenova sindroma**

Liječenje Münchhausenova sindroma izrazito je izazovno i teško zato što većina pacijenata odbija psihijatrijska testiranja i procjenu (Schrader i sur., 2017). Stoga, ono zahtijeva visoku toleranciju i razumijevanje liječnika za svog pacijenta. Da bi se liječenje moglo započeti potrebno je stvoriti dobar terapijski odnos s pacijentom kako bi mu se pomoglo da shvati kako je njegovo prijetvorno ponašanje bolesno i upoznati ga s njegovom pravom dijagnozom. Nakon što ga se s tim konfrontira bolesnik može početi svjesno kontrolirati daljnje izmišljanje simptoma određene bolesti i smanjenje postojećih (Almedia i sur., 2010; prema Aadil i sur., 2017). Primarni je cilj liječenja Münchhausenova sindroma mijenjanje pacijentova ponašanja da bi se spriječila naknadna šteta koju si pacijent može nanijeti (Fleming i Eisendrath, 2003; prema Topić i Degmečić, 2014). Ako bolesnik na prikladan način nije upoznat sa svojom dijagnozom, on može reagirati ljutnjom, bijesom, tugom ili osjećajem izdaje koji može narušiti pacijentovo povjerenje u medicinsko osoblje i pogoršati već kritično stanje bolesnika.

Liječenje umišljenih poremećaja, pa tako i Münchhausenova sindroma, nije još u potpunosti učinkovito. Psihijatri i psihoterapeuti trude se naći najučinkovitiji način za liječenje poremećaja primjenjujući različite psihoterapijske tehnike kao što su kognitivno-bihevioralna terapija i obiteljska terapija. (Eastwood i Bisson, 2008). Obiteljska terapija pomaže obitelji da shvate i razumiju pacijentovo ponašanje, ali i da prepoznaju te reagiraju pravovremeno na njegovo prijetvorno ponašanje (Topić i Degmečić, 2014). No, ova terapija ne pomaže pri direktnom liječenju poremećaja, već pomaže obitelji i pacijentu da shvate pozadinu pacijentova ponašanja.

Jedan od glavnih problema pri liječenju umišljenih poremećaja, odnosno Münchhausenova sindroma, jest taj što pacijenti ne žele prihvatiti činjenicu da boluju od psihičkog poremećaja. Iako je većina pacijenata spremna preuzeti ulogu bolesnika zbog pažnje i simpatije okoline, to se odnosi samo na somatske bolesti ili psihičke poremećaje za koje oni znaju da ih simuliraju. Stoga, odbijaju tretman i preporučeno liječenje te se jednostavno odjave iz bolnice i najčešće odlaze u drugu s istim simptomima (Sousa i sur., 2017).

Kao što je vidljivo iz spomenutog, liječenje ovog poremećaja iznimno je zahtjevno, zbog manjka uspješnosti dostupnih terapija, ali i zbog odbijanja suradnje pacijenata. Prijašnjim je istraživanjima (Burton i sur., 2015; Bass i Halligan, 2014) dokazano kako je ipak mali broj slučajeva uistinu pokazao napredak u smjeru ozdravljenja. Većina tih slučajeva bila je provedena u bolničkim uvjetima i liječenje je trajalo tjednima, odnosno mjesecima, ali to daje nadu kako pristanak na dugotrajno liječenje može imati pozitivan utjecaj na mentalno zdravlje pacijenta.

Naposljetku, osim s liječenjem poremećaja, liječnici se bave i prognozom Münchhausenova sindroma te općenito prognozom umišljenih poremećaja. Naime, tvrdi se kako je prognoza uglavnom loša te da ovisi o podtipu umišljenog poremećaja (Topić i Degmečić, 2014). Prognoza je najčešće loša za one bolesnike s podtipom umišljenog poremećaja s pretežno tjelesnim simptomima, posebice ako u isto vrijeme boluju i od poremećaja ličnosti (Folks, 1995). Istraživanjem Eisendratha i McNeila (2004; prema Topić i Degmečić, 2014) dokazana je relativno visoka stopa smrtnosti osoba koje su bolovale od Münchhausenova sindroma, a uzorci smrti najčešće su bili infarkti, sepsa i razna ozbiljna samoozljeđivanja.

## **6. Klinička slika Münchhausenova sindroma preko posrednika**

Kao što je već navedeno ranije, Münchhausenov sindrom preko posrednika (MSBP – *Münchhausen syndrome by proxy*) vrsta je umišljenog poremećaja pri kojem osobe izmišljaju ili stvaraju simptome određene bolesti kod druge osobe koja je pod njihovom skrbi, odnosno njegovom (Topić i Degmečić, 2014). Ovaj se tip umišljenog poremećaja najčešće dijagnosticira kod majki koje namjerno čine štetu svojoj djeci kako bi zadobile simpatiju i pažnju okoline zbog svoje uloge brižne i pažljive majke (Eisendrath, 2001; prema Topić i Degmečić, 2014). Ono što je jedinstveno za ovaj oblik zlostavljanja djece jest aktivna, iako nenamjerna, uloga medicinskog osoblja pri omogućavanju zlostavljanja. Pristajanjem na provođenje raznih testova, medicinskih postupaka i zahvata nesvjesno pripomažu roditeljima pri zlostavljanju djeteta (Criddle, 2010).

### **6.1. Dijagnoza i dijagnostički kriteriji Münchhausenova sindroma preko posrednika**

Kako bi se uspješno dijagnosticirao Münchhausenov sindrom preko posrednika, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013) predlaže sljedeća četiri kriterija:

- a) Osoba namjerno producira, odnosno izmišlja fizičke i/ili psihičke simptome kod druge osobe koja je pod njihovom skrbi;
- b) Motivacija za takvo ponašanje jest preuzimanje punomoći nad bolesnom osobom i briga za njih;

- c) Vanjski poticaji, odnosno dobitci za njihovo ponašanje nisu prisutni (npr. novčana dobit);
- d) Ponašanje osobe ne može se bolje objasniti nekim drugim psihičkim poremećajem.

S obzirom na to kako su roditelji ti koji produciraju simptome na svome djetetu, postoje mnoga pitanja vezana za dijagnozu poremećaja koja istraživačima predstavljaju probleme (Stirling i *Committee on Child Abuse and Neglect*, 2007). Je li motivacija za tim ponašanjem važna ili ne? Treba li dijagnozu donijeti psihijatar ili pedijatar? Pripisuje li se dijagnoza roditelju ili djetetu? No, kako bi što lakše došlo do dijagnoze u slučaju poremećaja u koji su uključeni roditelj i dijete, Stirling i *Committee on Child Abuse and Neglect* (2007) predlažu tri pitanja koja si liječnici moraju postaviti:

1. Jesu li povijest bolesti djeteta, njegovi znakovi i simptomi bolesti vjerodostojni?
2. Prima li dijete nepotrebnu i fizički i/ili psihički štetnu medicinsku skrb?
3. Ako prima, tko je osoba koja potiče te nepotrebne medicinske postupke, tretmane i slično?

Ako je odgovor na prvo pitanje *ne*, na drugo pitanje *da*, i na treće pitanje *roditelj*, tada se liječnici bave slučajem Münchhausenova sindroma preko posrednika. Zadnja dva pitanja bitna su za postavljanje dijagnoze zato što sama štetna medicinska skrb bez utjecaja roditelja znači nekompetentnost liječnika. No, ako se u tu jednadžbu doda utjecaj roditelja koji vrše pritisak na liječnike da rade nepotrebne testove i preglede na njihovom djetetu zato što je ono „bolesno“, zasigurno se mora razmotriti mogućnost postojanja Münchhausenova sindroma preko posrednika (Stirling i *Committee on Child Abuse and Neglect*, 2007).

Većina se istraživača slaže kako motivacija za ovakvo ponašanje nije bitna za dijagnozu poremećaja zato što vjerojatno osobe s Münchhausenovim sindromom preko posrednika i ne shvaćaju da zlostavljaju svoje dijete. Motivacija osoba s MSBP-om jedino je korisna psihijatru ili terapeutu koji se bavi konkretnim slučajem poremećaja, no izuzev toga, ni u kom drugom obliku zlostavljanja djece ne uključuje se motivacija kao dijagnostički kriterij (Stirling i *Committee on Child Abuse and Neglect*, 2007). Primjerice, ako majka udari svoju bebu zato što joj je dojadilo njeno plakanje ili zato što je pod utjecajem droga ili alkohola, ona u oba slučaja fizički zlostavlja dijete. Nasuprot tome, postoje istraživači koji vjeruju kako je namjera, odnosno motivacija osoba s MSBP-om ipak bitna. Primjerice, Schreier (2004; prema Morrell i Tilley, 2012) navodi da je namjera bitna kako bi se razlikovao Münchhausenov sindrom preko posrednika od ostalih oblika glumljenja bolesti jer ta diferencijacija utječe na ishod zdravlja djeteta i prognozu poremećaja kod osoba s MSBP-om. U skladu s time, u prijašnjim je istraživanjima navedena nekolicina motiva za



spomenuto prijetvorno ponašanje skrbnika. Naime, iako se namjere razlikuju između osoba s MSBP-om, većini izmišljanje djetetove bolesti pruža priliku da:

- a) Ulogom predanog i brižnog roditelja zadobiju simpatiju, poštovanje i pažnju okoline;
- b) Pokažu svoje znanje medicine jer vjeruju da su superiorniji od medicinskog osoblja ako ih uspiju zavarati i manipulirati svojim medicinskim znanjem;
- c) Imaju osjećaj kako imaju svrhu u životu jer smatraju da čine dobro djelo (Criddle, 2010).

Naposljetku, važno je napomenuti tko sve može dijagnosticirati Münchhausenov sindrom preko posrednika. Dok jedni vjeruju kako samo psihijatar može postaviti dijagnozu, drugi smatraju kako su pedijatri i njihovo medicinsko osoblje ti koji najbolje mogu identificirati simptome Münchhausenova sindroma preko posrednika (Morrell i Tilley, 2012). No, svi se slažu da je Münchhausenov sindrom preko posrednika medicinska dijagnoza koju nikako ne mogu samostalno dijagnosticirati ostali članovi zdravstvenog tima, kao što su psiholozi i socijalni radnici (Stirling i *Committee on Child Abuse and Neglect*, 2007).

## 6.2. Karakteristike Münchhausenova sindroma preko posrednika i izazvani simptomi kod djece

U skladu s prethodno navedenim, vidljivo je kako je Münchhausenov sindrom preko posrednika ozbiljan i težak oblik zlostavljanja djece. Razumljivo je da liječnici moraju biti sigurni u postavljanje svoje dijagnoze kako ne bi došlo do lažnih optužbi. No, kao što je teško dijagnosticirati Münchhausenov sindrom, tako je jednako teško dijagnosticirati i Münchhausenov sindrom preko posrednika. Stoga, Meadow (1985) predlaže neke od znakova na osnovi kojih bi liječnici mogli posumnjati da se radi o Münchhausenovom sindromu preko posrednika:

- a) Bolest djeteta je neobjašnjiva, traje dugo i u mnogo je slučajeva toliko rijetka da iskusni liječnici primijete kako takvo nešto još nisu vidjeli;
- b) Simptomi i znakovi bolesti nisu u skladu jedni s drugima, niti odgovaraju samo jednoj bolesti, a najčešće su prisutni samo kada je prisutna i majka;
- c) Tretmani i liječenja kroz koja dijete prolazi uglavnom ne pomažu, nisu učinkoviti ili ih djetetovo tijelo uopće ne podnosi;
- d) Dijete je navodno alergično na veliki izbor hrane i lijekova;
- e) Majka nije toliko zabrinuta zbog djetetove bolesti kao što je medicinsko osoblje, ali je stalno sa svojim bolesnim djetetom i gotovo nikada ne napušta njegovu sobu ili odjel na kojem je dijete;
- f) Majci nije ni najmanje teško biti na dječjem odjelu među bolesnom djecom te često stvara neobično bliske odnose sa zdravstvenim osobljem.

Nadalje, Artingstall (1998; prema Akpınar, 2021) navodi još neke pokazatelje koji sugeriraju kako je riječ o Münchhausenovom sindromu preko posrednika: dijete je često hospitalizirano, rezultati testova provedenih na djetetu ne daju konkretnu dijagnozu, znakovi bolesti i simptomi koje dijete ima nestaju kada bude udaljeno od svog skrbnika, skrbnik ima istu povijest bolesti kao i njegovo dijete, skrbnik rado dopušta bolne i zahtjevne medicinske postupke, uvjerava medicinsko osoblje da im je dijete ozbiljno bolesno (čak iako oni tvrde da nije), priča o bolesti djeteta kao da je njegova te odlučno odbija prijedloge da dijagnoza bolesti njegova djeteta nije medicinske prirode.

Također je važno napomenuti kako svaki oblik Münchhausenova sindroma preko posrednika nije podjednako ozbiljan u pogledu stvaranja simptoma (Stirling i *Committee on Child Abuse and Neglect*, 2007; Fulton, 2000). Naime, neke osobe s Münchhausenovim sindromom preko posrednika mogu zadovoljiti svoje potrebe jednostavnim laganjem da simptomi postoje, npr. majka tvrdi kako joj dijete pati od apneje. No, ako samo laganje o simptomima ne privuče željenu pažnju medicinskog osoblja, osobe s MSBP-om često se odluče na idući korak koji se sastoji od „petljanja“ s laboratorijskim uzorcima, krivotvorenja medicinskih nalaza i slično. Na kraju, oni koji pate od najtežeg oblika poremećaja spremni su čak na ozljeđivanje svog djeteta ili stvaranje bolesti izazivanjem dijareje, napadaja ili sepse kod djeteta. Iznimno je važno da se svaki od oblika tretira jednako, zato što i ovaj najlakši oblik poremećaja može eskalirati i postati ozbiljan te smrtonosan za dijete (Fulton, 2000).

Kao što se do sada već moglo zaključiti, Münchhausenov sindrom preko posrednika nema „tipičnu“ manifestaciju, već se slučajevi razlikuju jedan od drugog. No, ono što je skoro svima zajedničko jest upravo opisivanje povijesti simptoma i znakova koje medicinsko osoblje ne može lako otkriti pa je takva povijest bolesti, stoga, uvjerljiva i teška za pobiti (Stirling i *Committee on Child Abuse and Neglect*, 2007; Criddle, 2010). Tako je u istraživanju koje je proveo Fulton (2000) navedeno kako je približno 50% slučajeva Münchhausenova sindroma preko posrednika uključivalo simptome poremećaja središnjeg živčanog sustava, poput napadaja, apneje i slično. Drugim riječima, ti su slučajevi uključivali simptome koje je dijagnostički teško provjeriti.

Nadalje, neki istraživači kao što je Rosenberg (1987; prema Criddle, 2010) u svom preglednom radu analizirao je učestalost simptoma koji su se pojavljivali kod žrtava Münchhausenova sindroma preko posrednika. Naime, kod 44% pacijenata pojavljivala se neka vrsta krvarenja, napadaji kod 42% pacijenata, poremećaja središnjeg živčanog sustava bilo je u 19%, apneja u 15%, dijareja u 11%, povraćanje u 10% i osip u 9% pacijenata. Zatim, Scherier

(2004; prema Criddle, 2010) i Ulinski i sur. (2004) navode još neke od poremećaja i simptoma uobičajenih za žrtve, a to su razne alergije, astma, cijanoza, problemi s mokrenje, brojne modrice na tijelu i slično. Svi navedeni simptomi mogu se lako, domišljato i vjerodostojno lažirati, što predstavlja izuzetan problem liječnicima i cijelom medicinskom osoblju. Također, Sheridan (2003; prema Akpinar, 2021) je u pregledu literature otkrio kako je, od 451 slučaja, 27% pacijenata imalo respiratorne simptome, 25% je imalo neku vrstu poremećaja hranjenja, 20% je imalo dijareju, 17.5% imalo je problema s održavanjem svijesti, 12% imalo je brojne modrice, njih 9.5% patilo je od astme, 9% od alergija, a njih 8.5% imalo je problema s vrućicom.

Naposljetku, potrebno je napomenuti na koje sve načine osobe s MSBP-om izazivaju bolesti kod svojih žrtava. Iako je u prijašnjim literaturama zabilježen širok raspon korištenih metoda za izazivanje i nanošenje bolesti, te se metode otprilike mogu svrstati u četiri kategorije, a to su:

1. Trovanje – izazvano soli, inzulinom, laksativima, raznim štetnim kemikalijama i slično;
2. Krvarenje – gastrointestinalno krvarenje, krvarenje izazvano udaranjem, rezanjem, itd.;
3. Infekcije – izazvane kidanjem rana, pljuvanjem na rane, trljanjem fekalija na rane, itd.;
4. Ozljede – prijelomi koji ne zacjeljuju, rane koje ne zacjeljuju, ozljede izazvane gušenjem, udaranjem, itd. (Criddle, 2010).

## **7. Epidemiologija Münchhausenova sindroma preko posrednika**

Određivanje učestalosti Münchhausenova sindroma preko posrednika otežano je zbog težine i zahtjevnosti dijagnosticiranja sindroma. (Pasqualone i Fitzgerlad, 1999; prema Criddle, 2010). Nadalje, ono što otežava dijagnozu su nedoumice oko toga tko treba dijagnosticirati bolest, kome se dijagnoza dodjeljuje i slično (Morrell i Tilley, 2012). Ipak, u slučaju kada skrbnik izaziva simptome na svome djetetu, vjeruje se kako otprilike 2.8 na 100 000 djece doživljava ili je doživjelo simptome izazvane Münchhausenovim sindromom preko posrednika (Galvin i sur., 2005). Zabrinjavajuće je mišljenje istraživača koji vjeruju kako je ovaj poremećaj učestaliji nego što se misli, te da mnogi slučajevi često niti ne budu dijagnosticirani (Schreier i Libow, 1993; prema Criddle, 2010). No, ono oko čega se svi istraživači slažu jest činjenica da je Münchhausenov sindrom preko posrednika oblik zlostavljanja zbog kojeg obično pate djeca te da nerijetko prođe dosta vremena od početka pokazivanja simptoma bolesti do postavljanja dijagnoze (Morrell i Tilley, 2012).

Istraživanje učestalosti poremećaja s obzirom na spol koje je proveo Sheridan (2003; prema Squires i Squires Jr, 2010) nalaže kako se jednako pojavljuje među djevojčicama i dječacima, a

prosječna dob djece iznosila je 48.6 mjeseci. Nadalje, iako češće od posljedica simptoma pate mlađa djeca, postoje slučajevi u kojima su starija djeca prosječne dobi od 16 godina bila žrtve svojih skrbnika (Squires i Squires Jr, 2010). Nadalje, morbiditet i mortalitet kod djece posljedica su ili izravnog utjecaja njegovatelja, ili invazivnih medicinskih procedura koje liječnici obavljaju na zahtjeve njegovatelja. U prijašnjim je istraživanjima dokazano kako se mortalitet u slučajevima Münchhausenova sindroma preko posrednika kreće od 6% do 10%, pa sve do 33% ako se uzmu u obzir slučajevi u kojima je dijete umrlo zbog posljedica gušenja ili trovanja od strane skrbnika (Galvin i sur., 2005).

Nadalje, važno je napomenuti i neke demografske te kliničke karakteristike koje obilježavaju same osobe s Münchhausenovim sindromom preko posrednika. Prema nalazima istraživanja Bassa i Jonesa (2011; prema Yates i Bass, 2017) i Boolsa i sur. (1994; prema Yates i Bass, 2017), dokazano je kako su te osobe uglavnom rane odrasle dobi, ženskog spola, u braku, te je najčešće majka ta koja izaziva simptome kod svoje djece. Nadalje, saznali su kako su neke od tih osoba bili zlostavljani u svojem djetinjstvu te da je oko 15% njih zaposleno u medicinskom okružju.

Naposljetku, u svom su preglednom radu Yates i Bass (2017) u kojem je bilo obuhvaćeno 796 slučajeva Münchhausenova sindroma preko posrednika otkrili sljedeće: prosječna dob osoba s MSBP-om bila je 27.6 godina, 97.6% bilo je ženskog spola, njih 75.8% bilo je u braku, 45.55% osoba bilo je zaposleno u medicinskom okružju, u 95.58% slučajeva to je bila majka djeteta, 14.2% bolovalo je od depresije, 18.6% od poremećaja ličnosti, a 9.2% od patološkog laganja. Njih 30.9% patilo je od Münchhausenova sindroma, te simptome koje su izmišljali na sebi, izmišljali su i na svojoj djeci.

## **8. Osobine osoba koje boluju od Münchhausenova sindroma preko posrednika i njihovih žrtava**

S obzirom na to koliko je dijagnoza poremećaja zahtjevnija, važno je da se zdravstveno osoblje upozna s najčešćim profilima osoba koji boluju od tog poremećaja i njihovih žrtava. Izuzev prethodno navedenih demografskih i kliničkih karakteristika, važno je da medicinsko osoblje uspješno prepozna društvene znakove i ponašanja osoba s dijagnozom Münchhausenova sindroma preko posrednika i njihovih žrtava. Stoga, Artingstall (1998; prema Akpınar, 2021) je sastavio značajne karakteristike žrtava osoba s MSBP-om, a neke od njih su:

- a) Ovisni su o drugima;
- b) Tjeskobni su i anksiozni ako su odvojeni od skrbnika;

- c) Nezreli su;
- d) Imaju naizgled simbiotsku povezanost sa skrbnikom;
- e) Vide roditelja kao savršenog roditelja;
- f) Pasivno i lako toleriraju razne medicinske zahvate (u prisustvu osobe s MSBP-om);
- g) Previše izostaju iz škole i njihove vještine učenja nisu u skladu s njihovim godinama;
- h) Nemaju puno prijatelja, nisu uključeni u normalne društvene aktivnosti oko sebe.

Također, Criddle (2010) navodi kako žrtve Münchhausenova sindroma preko posrednika vjerojatno imaju drugog roditelja koji nije prisutan ili je emocionalno nedostupan te navodi kako je moguće da imaju mrtvog brata ili sestru ili i oni isto imaju kompliciranu povijest bolesti.

S druge strane, Artingstall (1998; prema Akpınar, 2021) navodi osobine koje su karakteristične za osobe koje boluju od Münchhausenova sindroma preko posrednika, a neke od njih su:

- a) Glume toliko dobro da se nikada na njih ne bi posumnjalo da štete svome djetetu;
- b) Vrlo lako odobravaju zahtjevne i bolne medicinske zahvate;
- c) Pretjerano i neprestano hvale medicinsko osoblje;
- d) Naizgled znaju sve o žrtvinoj bolesti;
- e) Brane žrtvama da se angažiraju u društvene aktivnosti;
- f) Čini se da su zadovoljni kada je dijete zaprimljeno u bolnicu jer primaju pohvale osoblja o njihovom dobrom i brižnom roditeljstvu;
- g) Postaju pretjerano agresivni i bezobrazni ako ih se optuži za nesvjesno zlostavljanje njihova djeteta.

## **9. Intervencije pri Münchhausenovom sindromu preko posrednika i njegovo liječenje**

Kao i kod Münchhausenova sindrom, Münchhausenov sindrom preko posrednika isto je teško izlječiv. Ne postoji još nijedna dokazana učinkovita terapija kojom se poremećaj liječi (Topić i Degmečić, 2014). No, kombinacijom psihoterapija, farmakoterapija i kognitivno-bihevioralnim terapijama može se vidjeti blagi napredak u kontroliranju poremećaja i njegovih simptoma.

Primarni cilj na koji medicinsko osoblje može i mora utjecati je pružanje sigurnosti i zaštite svim (potencijalnim) žrtvama, što bi značilo odvajanje žrtava od osoba s MSBP-om (Topić i Degmečić, 2014). Meadow (1985) čak predlaže da se na sumnju zlostavljanja trebaju obavijestiti socijalne službe koje će odvojiti dijete od skrbnika. No, prije samog uključivanja socijalnih službi, važno je da konfrontirati roditelje sa sumnjama liječnika. Na taj način mogu vidjeti reakcije

roditelja; kako će postupiti roditelj za kojeg se sumnja da boluje od Münchhausenova sindroma preko posrednika, a kako će postupiti roditelj koji ne zna ništa o zlostavljanju i slično (Meadow, 1985).

Postoje brojna otvorena pitanja kao što su: što liječnici mogu učiniti i kako postupiti u slučaju sumnje na postojanje Münchhausenova sindroma preko posrednika. Meadow (1982) predlaže nekoliko koraka pri sumnji na postojanje sindroma, a to su:

1. Odvajanje djeteta od roditelja kako bi se saznalo hoće li simptomi bolesti postojati i u odsustvu roditelja.
2. Provjeriti povijest bolesti djeteta, povijest njegove obitelji, povijest majke (ako boluje od MSBP-a) i njena života. Svi koji su bili uključeni u njihove živote (liječnici, medicinsko osoblje, poznanici majke) mogu biti korisni izvori informacija. Prikupljanje informacija je bitno jer ponekada osobe s Münchhausenovim sindromom preko posrednika ne staju samo na izmišljanju bolesti već i ostalih segmenata svojih života. Također provjeriti je li majka prije pokazivala iste simptome koje sada pokazuje i njeno dijete.
3. Čuvati sve uzorke koji se sakupe tijekom djetetova liječenja. Detaljno ih sve proučiti jer toksikološki nalazi nerijetko mogu pomoći pri otkrivanju problema.
4. Provjeriti vjerodostojnost znakova i simptoma. Npr. provjeriti je li djetetova krv zaista krv te je li ta krv uopće njegova.
5. Ako se na kraju uistinu vjeruje kako roditelj pati od Münchhausenova sindroma preko posrednika, potrebno je uključiti psihijatrijsku pomoć i obavijestiti socijalne službe.

## **10. Zaključak**

Na osnovi svega navedenog, može se zaključiti kako su oba poremećaja, Münchhausenov sindrom i Münchhausenov sindrom preko posrednika, izrazito ozbiljni poremećaji kojima se u budućnosti mora posvetiti više pažnje. Oba poremećaja mogu imati teške i letalne posljedice na osobu koja boluje od Münchhausenova sindroma te žrtvu Münchhausenova sindroma preko posrednika. Stoga, od iznimne je važnosti da se detaljno educira medicinsko osoblje o simptomima i znacima ovih poremećaja kako bi se, ubuduće, poremećaji mogli još ranije otkriti te kako bi zdravstveni djelatnici mogli pravovremeno reagirati na njihove sumnje da poremećaj postoji.

Naposljetku, također su poželjna daljnja istraživanja o liječenju ovih poremećaja. Nažalost, trenutno nisu dokazane najučinkovitije terapije koje pomažu pri smanjenju simptoma poremećaja. U skladu sa svim navedenim rezultatima, neophodna su daljnja istraživanja u cilju pronalaženja učinkovitijih metoda liječenja oba sindroma.

## 11. Literatura

- Aadil, M., Faraz, A., Anwar, M. J., Shoaib, M., Nasir, U., i Akhlaq, A. (2017). A case of Munchausen syndrome presenting with hematemesis: a case report. *Cureus*, 9(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.1348>
- Akpinar, A (2021). Munchausen by Proxy Syndrome. *Journal of Scientific Perspectives*, 5, 199-209. <https://doi.org/10.26900/jsp.5.5.10>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bass, C., i Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, 383(9926), 1422-1432. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62186-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62186-8)
- Burton, M. C., Warren, M. B., Lapid, M. I., i Bostwick, J. M. (2015). Munchausen syndrome by adult proxy: A review of the literature. *Journal of hospital medicine*, 10(1), 32-35. <https://doi.org/10.1002/jhm.2268>
- Criddle, L. (2010). Monsters in the closet: Munchausen syndrome by proxy. *Critical care nurse*, 30(6), 46-55. <https://doi.org/10.4037/ccn2010737>
- Di Lorenzo, R., Lannocca, L., Burattini, M., Vasta, A., Galletti, M., Minarini, A., Mongelli, F., Sportiello, S., Rovesti, S. i Ferri, P. (2019). Early death in Munchausen syndrome: a case report. *Clinical case reports*, 7(8), 1473-1477. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2254>
- Doherty, A. M., i Sheehan, J. D. (2010). Munchausen's syndrome--more common than we realize?. *Ir Med J*, 103(6), 179-181. <http://hdl.handle.net/10147/110006>
- Donald, T., i Jureidini, J. (1996). Munchausen syndrome by proxy: Child abuse in the medical system. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 150(7), 753-758. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170320099017>
- Eastwood, S., i Bisson, J. I. (2008). Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(4), 209-218. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK76036/>



- Folks, D. G. (1995). Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurologic clinics*, 13(2), 267-281. [https://doi.org/10.1016/s0733-8619\(18\)30045-8](https://doi.org/10.1016/s0733-8619(18)30045-8)
- Fulton, D. R. (2000). Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 35-42. <https://doi.org/10.1097/00002727-200008000-00005>
- Galvin, H. K., Newton, A. W., i Vandeven, A. M. (2005). Update on Munchausen syndrome by proxy. *Current opinion in pediatrics*, 17(2), 252-257. <https://doi.org/10.1097/01.mop.0000158729.18551.dd>
- Halligan, P. W., Bass, C. M., i Oakley, D. A. (Eds.). (2003). *Malingering and illness deception*. OUP Oxford, 16, 3-8. <https://doi.org/10.1017/s0033291704253673>
- Lad, S. P., Jobe, K. W., Polley, J., i Byrne, R. W. (2004). Munchausen's syndrome in neurosurgery: report of two cases and review of the literature. *Neurosurgery*, 55(6), E1459-E1462. <https://doi.org/10.1227/01.neu.0000143371.91901.f8>
- Matić, A. (10. 08. 2015.). *Munchausenov sindrom (1. dio)*. PLIVAMED.net. <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/10342/Munchausenov-sindrom-1-dio.html>
- Meadow, R. (1982). What is, and what is not, 'Munchausen syndrome by proxy'?. *Archives of Disease in Childhood*, 72(6), 534. <https://doi.org/10.1136/adc.72.6.534>
- Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60(4), 385-393. <https://doi.org/10.1136/adc.60.4.385>
- Morrell, B., i Tilley, D. S. (2012). The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of pediatric nursing*, 27(4), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.03.008>
- Ray, A., Sharma, S., i Sadasivam, B. (2020). Munchausen syndrome in COVID-19: an unnoticed concern. *Psychiatry Research*, 293, 113457. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113457>
- Reich, P. (1983). Factitious disorders in a teaching hospital. *Annals of internal medicine*, 99(2), 240-247. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-99-2-240>
- Schrader, H., Aasly, J. O., i Bøhmer, T. (2017). Challenges presented by Munchausen syndrome. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0268>

- Schrader, H., Böhmer, T., i Aasly, J. (2019). The incidence of diagnosis of Munchausen syndrome, other factitious disorders, and malingering. *Behavioural neurology*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3891809>
- Sousa Filho, D. D., Kanomata, E. Y., Feldman, R. J., i Maluf Neto, A. (2017). Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo)*, 15(4), 516-521. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082017md3746>
- Squires, J. E., i Squires Jr, R. H. (2010). Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 51(3), 248-253. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e3181e33b15>
- Stirling, J., i Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, 119(5), 1026-1030. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0563>
- Topić, S., i Degmečić, D. (2014). Umišljeni poremećaji. *Socijalna psihijatrija*, 42(1), 43-49. <https://hrcak.srce.hr/127727>
- Ulinski, T., Lhopital, C., Cloppet, H., Feit, J. P., Bourlon, I., Morin, D., i Cochat, P. (2004). Munchausen syndrome by proxy with massive proteinuria and gastrointestinal hemorrhage. *Pediatric Nephrology*, 19(7), 798-800. <https://doi.org/10.1007/s00467-004-1461-9>
- Wise, M. G., i Ford, C. V. (1999). Factitious disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 26(2), 315-326. [https://doi.org/10.1016/s0095-4543\(08\)70008-3](https://doi.org/10.1016/s0095-4543(08)70008-3)
- Yates, G., i Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. *Child abuse & neglect*, 72, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>
- Yates, G. P., i Feldman, M. D. (2016). Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *General hospital psychiatry*, 41, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.05.002>
- Yonge, O., i Haase, M. (2004). Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy in a student nurse. *Nurse educator*, 29(4), 166-169. <https://doi.org/10.1097/00006223-200407000-00013>