

SINDROMUL MÜNCHAUSEN PRIN TRANSFER – O PROBLEMĂ REALĂ PEDIATRICĂ?

**Dr. Daniela Păcurar, Dr. Maria Runcan, Dr. Anca Popescu, Dr. Gabriela Leșanu,
Dr. Dumitru Orășeanu**

*Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”,
București*

REZUMAT

Sindromul Münchausen (SM) și Münchausen prin transfer (SMPT) aparțin afecțiunilor numite „Factitious disorder” și reprezintă tulburări mentale severe care au ca „scop” situația de a deveni pacient respectiv de a „fabrica” o boală unei alte persoane, aflată în îngrijire, solicitând sau necesitând intervenție medicală pentru aceasta.

Sindromul Münchausen prin transfer nu este rar, dar este dificil de recunoscut și de confirmat, este o formă de abuz, în special asupra copilului, potențial letală, frecvent neînțeleasă și nedepistată. Metodele folosite de adulții falsificatori pentru a induce o afecțiune falsă copilului sunt variate: otrăvire, rănire, producerea de sângerări, infectare.

Acuzele expuse de mamă ca aparținând copilului nu au drept scop obținerea de avantaje personale, ci sunt alimentate de dorința mamelor de a le fi acordat rolul de „erou” și de a fi recunoscute ca fiind persoanele ce acordă cea mai mare grijă copilului lor.

Diagnosticul trebuie să includă evaluarea copilului, a părinților și a familiei, unele elemente fiind sugestive: copil cu multiple probleme de sănătate, care nu răspunde la tratament sau reapar sub terapie adecvată, cu investigații paraclinice discrepante și semne și simptome ce dispar în absența părintelui.

Afecțiunea falsă a copilului, descrisă intenționat denaturat de către adult, nu-l afectează negativ pe acesta, dar procesul medical de diagnostic și tratament poate produce durere și disconfort. Aspectele etice și legale asociate SMPT implică și personalul medical, prin consecințele actului medical asupra copilului, ca urmare a falsificării realității de către părinte.

Educația pacientului, familiei și personalului medical reprezintă o etapă foarte importantă în recunoașterea, prevenirea și tratamentul SMPT.

Cuvinte cheie: Münchausen prin transfer, copil

Richard Asher a descris în 1951 o entitate bizară caracterizată prin falsificarea deliberată a istoricului bolii, pentru a beneficia de investigații medicale invazive sau non-invazive. Această afecțiune a atras atenția multor medici și psihologi fiind numită inițial „Sindromul Münchausen”. (1) În anul 1977 Meadow a publicat două cazuri, pe care le-a numit „Münchausen Syndrome prin proxy”, în care simptomele copilului au fost provocate și/sau inventate de către mamă!! Din acel moment, sindromul Münchausen prin transfer a fost recunoscut ca o formă de abuz asupra copilului. (2)

Sindromul Münchausen și Münchausen prin transfer care au ca „scop” situația de a deveni pacient aparțin afecțiunilor numite „Factitious disorder”, („dezordini nefirești, artificiale, contrafăcute”) și

reprezintă tulburări mentale severe clasificate în Manualul de Statistică și Diagnostic al Afecțiunilor mentale – ediția a 5-a (*DSM-5*). (3-5)

Aceste dezordini sunt o categorie neomogenă de afecțiuni psihologice, dar cu implicații medicale, etice sau legale care cuprinde minimum 3 entități cu caractere proprii:

- „Afecțiunile nefirești asupra propriei persoane” sau Sindromul Münchausen (SM) reprezintă o dezordine mentală serioasă în care o persoană aparent sănătoasă încearcă să-i convingă pe cei din jur că este bolnavă, fără un beneficiu material sau financiar. (3,6)
- „Afecțiunile nefirești asupra unei alte persoane” anterior numite „Sindromul Münchausen prin transfer” (SMPT) reprezintă o dezor-

Adresa de corespondență:

Dr. Daniela Păcurar, Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, B-dul Iancu de Hunedoara nr. 30-32, sector 1, București

E-mail: danapacurar@yahoo.com

dine mentală serioasă în care o persoană „fabrică” o boală unei alte persoane solicitând sau necesitând intervenție medicală pentru aceasta. (5)

- Münchhausen prin internet a fost adăugată ca entitate distinctă după anul 2000, entitate încă neclasificată în DSM-5. (7)

Severitatea acestor dezordini poate fi variabilă: de la ușoară (falsificare sau exagerare a simptomelor) la severă (automutilare/mutilare). Dificultatea diagnosticului și tratamentului acestor afecțiuni „misterioase” determină numeroase probleme de etică medicală, terapia medicală și psihologică sunt importante în prevenția recurenței și „auto-flage-lării” (4-6).

SINDROMUL MÜNCHAUSEN (SM)

Sindromul Münchhausen este o tulburare mentală (cel mai probabil aparținând patologiei psihiatrice), asociată cu dificultăți emoționale severe, care se exprimă prin dependența pacientului de spitalizare, cu scopul de a obține atenția și asistența personalului medical și a deveni pacient fără scopul de a obține avantaje materiale sau financiare.

Elementul caracteristic al acestei dezordini constă în mimarea repetată sau exagerarea simptomelor unor boli organice acute și dramatice, falsificarea testelor de laborator în căutare de tratament. Pacientul simulează boala conștient și limpede „ca în cărțile medicale”.

Asociația Psihiatrică Americană a stabilit criteriile de încadrare a pacienților cu SM conform Manualului de Statistică și Diagnostic al Afecțiunilor Mentale – ediția a 5-a (DSM-5) (4,8):

- Falsificarea semnelor și simptomelor fizice sau fiziologice sau inducerea de leziuni sau boli (prezența cel mai frecvent a minimum 2 episoade);
- Individul se prezintă celorlalți ca fiind bolnav, lezat sau suferind;
- Comportamentul rămâne constant și evident chiar în absența recompenselor;
- Comportamentul nu poate fi mai bine explicat prin nici o altă afecțiune mentală sau psihiatrică.

SINDROMUL MÜNCHAUSEN PRIN TRANSFER (SMPT)

„Factitious disorder impus unei alte persoane” (prin transfer) are ca și caracteristică esențială simularea sau producerea unei alte persoane, cel mai frecvent unui copil sau unei persoane aflate în

îngrijire, de semne și simptome fizice sau psihologice fără ca aceasta să sufere de vreo afecțiune fizică sau mentală. Totuși acest sindrom nu este rar, dar este dificil de recunoscut și de confirmat. (8,9)

Asociația Americană de Psihiatrie, în „Manualul de Statistică și Diagnostic al Afecțiunilor mentale – ediția a 5-a (DSM-5), (3) include în categoria „Afecțiunilor nefirești prin transfer” sindromul Münchhausen prin transfer (SMPT) (2,5) SMPT este o formă de abuz, în special asupra copilului, potențial letală, frecvent neînțeleasă și nedepistată.

În 2002, termenul de „stare falsificată în pediatrie” a fost introdus de Asociația Americană de Abuz asupra Copiilor pentru a descrie această condiție de abuz. (5)

Münchhausen prin transfer este definit ca un grup de simptome și semne în care: afecțiunea copilului este simulată sau produsă de un părinte/persoană de îngrijire (in loco parentis), copilul este adus pentru investigații și tratamente medicale frecvente, fiind supus unor proceduri medicale multiple, cunoștințele despre cauza bolii copilului sunt negate de către persoana adultă care îl însoțește, simptomele și semnele acute ale copilului dispar când acesta este separat de adultul însoțitor.

Sindromul Münchhausen prin transfer este o tulburare psihică a unui adult, (în majoritatea cazurilor mame), care încearcă să obțină atenția medicală folosindu-se de o altă persoană: propriul copil, care este utilizat ca surogat. (9)

Afecțiunea falsă a copilului, descrisă intenționat denaturat de către adult nu-l afectează negativ pe copil, dar procesul medical de diagnostic și tratament poate produce durere și disconfort. De asemenea, adultul poate induce leziuni sau poate provoca diferite tipuri de afecțiuni copilului (contaminarea liniei intravenoase, otrăvire). În majoritatea cazurilor de SMPT se combină cele două posibile mecanisme. (10)

SMPT este o combinație particulară de abuz fizic, neglijență medicală și tratament inadecvat psihologic în care implicarea personalului medical este certă și activă. (11)

Este singura formă letală, extrem de complexă de maltratare, cunoscută la ora actuală.

Sindromul MPT constituie o tragedie în domeniul sănătății publice, care, paradoxal, a fost și este în mare măsură ascunsă publicului deși există peste 500 de articole și cărți de specialitate care tratează acest subiect.

Acuzele expuse de mamă ca aparținând copilului nu au drept scop obținerea de avantaje personale, ci sunt alimentate de dorința mamelor de a le fi acordat rolul de „erou” și de a fi recunoscute ca fiind per-

soanele care acordă cea mai mare grijă copilului lor. Au fost raportate cazuri în care victimele persoanelor cu SMPT dezvoltă SM sau vor continua să transmită „modelul” de SMPT copiilor lor. (10,11)

EPIDEMIOLOGIE

Incidența și prevalența SMPT în SUA nu sunt precis cunoscute. (12)

Studii efectuate pe perioade scurte arată o incidență de 2,8-2,9 la 100.000 copii cu vârsta sub 1 an și 0,5 la 100.000 de copii între 1 an și 16 ani de viață, cu o mortalitate între 9% și 22% dintre cazuri. Studiile din Europa arată o mortalitate prin sindrom MPT între 6-10% dintre cazuri. (4, 13-15). Trei sferturi dintre pacienți acuză simptome legate de sistemul nervos. (15)

Anual se raportează 1.200 de noi cazuri de SMPT în SUA, dar s-a considerat că numărul acesta este exagerat și că, în mod real, ar putea fi vorba doar de aproximativ 200 de cazuri/an. Peste 700 de cazuri au fost raportate în 52 de țări, acestea fiind însă cazurile cele mai severe, ceea ce conduce la ideea subestimării fenomenului. Adevărata prevalență nu este cunoscută. Multe cazuri, cele mai puțin severe, nu sunt raportate, și chiar rămân nedepistate, din cauza naturii ascunse a abuzului. (14)

Într-un grup de pacienți cu astm bronșic, fenomenul SMPT a fost raportat la 1% dintre pacienți, iar într-un alt grup cu alergii alimentare prevalența a fost de 5%. (16)(17)

Comportamentul abuziv caracteristic SMPT începe precoce în timpul vieții victimei, sugarii și copiii mici fiind adesea expuși. Conform studiilor, vârsta medie de diagnostic a copilului expus este între 20 și 39,8 luni, dar și copiii mai mari, chiar adolescenți pot fi afectați de comportamentul adulților care îi au în grijă sau pot fi cooptați în falsificarea simptomelor. (14,18-19). Vârsta diagnosticului variază cu tipul de afecțiune acuzată: crizele de apnee sunt cel mai frecvente la vârsta de 1-3 luni și durează până la 6-12 luni sau până la decesul pacientului. (10,20-21)

Un studiu recent indică faptul că până în momentul în care un caz de SMPT este în sfârșit recunoscut ca atare, 25% dintre frații sau surorile copilului bolnav au murit deja, fiind, foarte probabil, victime anterioare ale „părintelui bolnav”. Studiile arată că 8,5% și 25,8% dintre frați au fost abuzați în același mod. (18,20)

Pentru a ascunde acest aspect, familia își schimbă des domiciliul, medicul sau spitalul la care se adresează. Numai când același tipar de simptome s-a regăsit la al doilea copil al familiei (sau la al

treilea, sau la al patrulea), personalul medical și autoritățile juridice au fost nevoiți să își dea seama că maternitatea poate fi transformată într-un tip de maltratare neobișnuit, legat de afecțiuni care, spre deosebire de molestarea fizică, sfidează orice categorisire.

Băieții și fetele sunt afectați în proporție egală de SMPT. Nu există predispoziție rasială diferită a victimelor, însă s-a constatat că mamele abuzatoare sunt predominant de rasă albă. O metaanaliză a literaturii, în ceea ce privește raportarea cazurilor de SMPT, arată că acesta nu este un fenomen prezent doar în țările industrializate și cu sistem medical ultraperformant (20).

Deși în practică în peste 95% dintre cazurile de SMPT, mama este persoana care abuzează. Într-un studiu publicat în 2003, documentat pe 451 de cazuri SMPT, s-a observat că doar 76% dintre persoanele care expuneau acuzele copiilor și solicitau asistență medicală repetată, inutilă erau mamele pacienților, în 6,7% dintre cazuri tații și în 17% dintre cazuri alte persoane care îngrijeau copilul. (10,21) În puținele studii care identifică tatăl ca persoană care abuzează, tatăl nu are profilul de părinte-dedicat/devotat, ci de persoană perturbată și instabilă emoțional. (10)

DIAGNOSTIC

Lucrul cel mai important este că diagnosticul trebuie să includă evaluarea copilului, a părinților și a familiei (în dinamică)!, luând în considerare următoarele aspecte: (22,23)

- Copil care are una sau mai multe probleme de sănătate, care nu răspunde la tratament sau reapar simptome sub terapie adecvată, necesitând internări, consulturi, investigații sau tratamente repetate.
- Copil ale cărui investigații paraclinice sunt discrepante în raport cu istoricul bolii și cu acuzele. (24)
- Semnele și simptomele afecțiunii copilului dispar în absența părintelui.
- Părinte care are cunoștințe medicale și care este interesat de detalii în legătură cu propriul copil, dar și de patologia celorlalți pacienți (poate lucra în mediu sanitar sau poate consulta manuale medicale de specialitate și se informează pe internet în căutarea informațiilor medicale). Nu este nevoie să aibă educație superioară, ci trebuie să fie doar convingător.
- Existența unui părinte cu simptome asemănătoare sau istoric al bolii asemănător copilului.
- Relație distantă, tensionată între cei 2 părinți, conflicte în familie, familii separate.

- Istoric familial de afecțiuni sau decese greu de explicat sau chiar inexplicabile.
- Părinte de un calm inexplicabil vis-à-vis de serioasa afecțiune medicală a copilului sau care, dimpotrivă, este nemulțumit de diagnostic și solicită alte proceduri de investigare, intervenții chirurgicale, părerea altor specialiști sau chiar transferul copilului în unități cu posibilități mai mari de investigare. (23)
- Părinte care povestește întâmplări dramatice (incendii, accidente de mașină etc.) cu impact asupra sănătății familiei și a copilului. (5)

SMPT este o afecțiune cu diagnostic dificil, adesea stabilit după evaluare medicală și psihiatrică. Timpul mediu de la „debutul simptomelor” până la stabilirea diagnosticului este evaluat de diferiți autori: de Feldman la 4,5 ani, de Rosenberg la 14,9 luni și de Sheridan la 21,8 luni, perioade de timp foarte lungi din viața unui copil de vârstă mică. (21,18)

În mod tragic, copiii victime învață că ei vor atrage mai rapid atenția și afecțiunea maternă dacă joacă rolul de bolnav în fața autorităților (personalului) medicale. Ei vor crește în acest spirit și vor dezvolta sindrom Münchhausen sau vor continua modelul parental abuzându-și copiii la rândul lor. (25,26) Aparent obținerea mulțumirii personale și gratitudinii familiei prin falsificarea bolii face ca această afecțiune să se dezvolte pe mai multe generații (18).

O mulțime de metode sunt folosite de adulții falsificatori pentru a induce o afecțiune falsă copilului, dar majoritatea pot fi cuprinse în 4 categorii (11,27):

- Otrăvire: administrarea de săruri de ipeca, insulină, laxative, lorazepam, substanțe caustice, amitriptilină, clonidină, difenhidramină;
- Rănire: sufocare, ingestie de corpi străini, conjunctivite recurente, fracturi care nu se vindecă;
- Producerea de sângerări: hematurie, hemoragii digestive, hematoame;
- Infecțare: aplicarea de urină sau materii fecale, murdărie sau zaț de cafea pe răni, injectarea de urină, contaminarea dispozitivelor ortopedice sau a cateterelor cu salivă.

Considerând aceste modalități principale de agresiune, Rosenberg, pe baza analizei simptomelor la prezentarea pacientului, observă că 44% dintre pacienți pot fi încadrați în categoria producerii sângerării, 42% au ca acută principală prezența convulsiilor, 19% prezintă depresia sistemului nervos central, 15% apnee, 11% diaree, 10% vărsături, 10% febră și 9% erupții. Alte acuze prezente în SMPT sunt: alergiile, tulburările de comportament, criza de astm, cianoza, reducerea apetitului,

probleme legate de micțiune, abuzul sexual, afecțiuni dermatologice. (18) Într-un studiu, Sheridan revizuește 451 de cazuri de SMPT prezentate în 154 de articole și observă că numărul mediu de acuze/pacient este de trei. (21)

Se pot identifica, în acest moment, semne de alarmă pentru orientarea diagnosticului de SMPT, caracteristice copilului sau persoanei care asigură îngrijirea, respectiv mama. (11)

Caracteristicile copilului (11,27-28):

- Vârsta sub 5 ani în momentul debutului simptomelor;
- Istoric de frecvente contacte cu personalul medical;
- Descrie simptome obiective care au fost prezente doar în fața mamei/persoanei de îngrijire;
- Acuză simptome multiple, dar vagi, confuze;
- Tratamentele standard nu au eficiență asupra acuzelor copilului;
- Au frați decedați cu istoric medical neclar, complicat;
- Are un tată neimplicat emoțional în afecțiunea copilului, distant sau absent;
- Simptomatologia se înrăutățește sau se agravează când se apropie momentul externării.

Caracteristicile mamei sau persoanei care asigură îngrijirea:

- Mama dă senzația că este foarte grijulie și dedicată, în mod constant solicită teste suplimentare, proceduri chirurgicale, programări la specialist și spitalizări;
- Se simte confortabil atunci când este înconjurată de personalul medical, își face prieteni printre persoanele medicale sau printre membrii familiilor celorlalți pacienți;
- Prezintă un grad de cunoștințe medicale peste medie;
- Are păreri personale și descrie simptomele copilului ca pe o sumă de elemente medicale înregistrate de ea din cărțile de specialitate;
- Are o abilitate aparte de a contrazice opiniile stafului medical;
- Devine agresivă și ostilă când este demascată.

În sindromul SMPT, medicii și cadrele medicale devin complici fără voie la producerea suferinței copilului, fiind condiționați să aibă încredere oarbă în ceea ce le relatează rudele copilului.

Adesea, părinții copiilor cu SMPT lasă impresia de persoane agreabile, politicoase, atente, cărora le place spitalul, se împrietenesc cu personalul medical sau cu rudele celorlalți pacienți. Ca părinți, aceștia sunt devotați, atenți, grijulii cu copilul lor, sunt părinți admirabili. (29) Cele mai multe mame ale victimelor SMPT sunt respectuoase și chiar

lingușitoare, dar pot deveni agresive când se tem că vor pierde atenția celor din jur, sunt expuse și deconspirate sau personalul medical le contrazice. (3,31)

Când personalul medical își dă seama de înșelătorie apare sentimentul de furie și frustrare și se creează un nou conflict părinți-medic. (32)

Este de necontestat faptul că spusele părintelui reprezintă cea mai bună călăuză pentru a descoperi ce este în neregulă cu copilul. Un medic trebuie să-și schimbe fundamental atitudinea pentru a accepta faptul că ceva este fals în relațiile părinților, că rezultatele analizelor sunt normale, că nici un tratament nu funcționează vreodată, că oricâte analize s-ar face niciodată nu sunt de-ajuns, iar părintele în cauză ar putea fi descris ca făcându-se vinovat de abuz.

Sindromul Medeea este o variantă a sindromului SMPT. Sindromul Medeea este o stare psihotică ce impune asasinarea sau tentativa de asasinare a propriilor copii, ca formă de pedepsire sau ca răzbunare față de soț/soție, considerați vinovați din motive reale sau imaginare. Este relativ frecvent și este inclus în categoria „crimelor pasionale“ de către instanțele judecătorești și media.

SMPT, afecțiune cu valențe psihiatrice, trebuie deosebită de o serie de condiții mai puțin agresive și cu mai puține implicații psihologice sau medico-legale precum: (10)

- Sindromul de copil vulnerabil: unii părinți sunt extrem de anxioși în legătură cu copilul lor, în special atunci când se îmbolnăvește frecvent sau este diagnosticat cu o afecțiune gravă. Unii părinți sunt hipohondri ei înșiși și proiectează această hipohondrie asupra propriilor copii. Acești părinți atrag exagerat atenția personalului medical, dar această frică poate fi identificată și tratată. Adesea mama se descrie ea singură că fiind „nevrotică“ sau instabilă emoțional și frica principală privește diagnosticul de cancer sau leucemie. Această afecțiune poartă numele de hipohondrie prin transfer.
- Solicitanții de protecție (socială): mame care își folosesc copiii în scopul internării în spital pentru a-și rezolva propriile probleme legate de anxietate sau depresie. Aceste mame acceptă cu plăcere intervenții „asupra“ lor spre deosebire de mamele din SMPT care refuză aceste intervenții. Adesea, aceste mame au istoric de violență familială, sarcini nedorite sau familie monoparentală.
- Dependența de doctor: aceasta este o variantă a SMPT care apare la copiii mai mari ale

căror mame sunt convinse că au copiii bolnavi și care folosindu-se de un semn sau simptom unic încearcă să-i convingă pe medici de boala copilului. Cel mai frecvent simptom folosit în acest tip de afecțiune este alergია, mamele devin obsedate de această noțiune și creează diete bizare. Aceste mame sunt mult mai ostile, refractare, neîncrezătoare, exigente și nemulțumite la adresa medicilor.

Pacienții noncomplanți sunt pacienți care activ sau pasiv nu reușesc să-i administreze tratamentul copilului cu un diagnostic cu potențial evolutiv. Acești părinți fie neagă realitatea, fie nu înțeleg situația, sunt lipsiți de responsabilitate și oferă posibilitatea copiilor de a evolua către agravarea afecțiunii în ciuda eforturilor personalului medical. Această atitudine poate fi încadrată ca neglijare sau ignoranță, dar este cert diferită de SMPT.

În ceea ce privește prognosticul SMPT, s-a observat că acesta produce suferință fizică și psihică copilului. În plus, dezvoltarea fizică și cea intelectuală sunt întârziate proporțional cu perioada de evoluție a sindromului (33).

ASPECTE LEGALE ȘI ETICE ALE SINDROMULUI MÜNCHAUSEN PRIN TRANSFER (SMPT)

În multe țări legislația este ambiguă în legătură cu acest sindrom și cu vinovăția abuzatorului acuzat, afectat de această patologie față de victimă. În România acest sindrom este recunoscut ca formă de abuz asupra copilului prin Hotărârea nr. 49 din 19 ianuarie 2011, publicată în M.O., care actualizează Legea nr. 217/2003 privind violența în familie și care afirmă că „Sindromul Münchhausen prin transfer (SMPT) reprezintă crearea artificială de către părinte a unei boli a copilului; boala este indusă prin administrarea voluntară de medicamente sau substanțe, ori prin susținerea existenței unor simptome la copil care nu au fost niciodată confirmate de către specialiști. În ambele cazuri, părinții solicită medicilor numeroase investigații medicale sau chirurgicale, victimizând repetat copilul. Orice semn funcțional poate fi invocat de către părinți pentru a obține investigații și proceduri dureroase și intruzive pentru copil.“ (34)

Motivele justificative ale părintelui abuzator pentru explicarea comportamentului în SMPT pot fi: (11,21,35-36)

- Câștigarea simpatiei, atenției, respectului și recunoașterii publice prin jucarea rolului de mamă devotată, iubitoare, singura capabilă

să-și salveze copilul și de soție neglijată pentru a avea ajutor și sprijin, a scăpa de responsabilitățile vieții cotidiene. Menținerea permanentă în atenția celorlalți face necesară minciuna, iar copilul suferă.

- Dovedirea în fața celorlalți a nivelului ridicat de cunoștințe medicale și a controlului absolut asupra sănătății copilului.
- Interesul de a participa la viața socială a spitalului, la activități caritabile.

Mamele victimelor cu SMPT pot fi atât de convingătoare încât prietenii, membrii familiei și chiar personalul medical le apără și consideră că sunt acuzate pe nedrept în momentul demascării.

IMPACTUL MS SAU SMPT ASUPRA PERSONALULUI MEDICAL

În cadrul acestei afecțiuni există un „triunghi” special mamă-copil-medic. Problema particulară este dacă părintele făptuitor și personalul medical sunt parteneri în provocarea suferinței copilului. Părinții prezintă o nevoie continuă de atenție medicală pentru copilul lor, fabricându-i boli. Personalul medical este incitat profesional și intelectual de cazurile nerezolvate după multiple consulturi și investigații și arată mare interes pentru aceste persoane. (30,36)

Aspectele etice și legale asociate SMPT implică și personalul medical prin consecințele actului medical asupra copilului ca urmare a falsificării realității de către părinte. SMPT este complet diferit de alte forme de maltratare sau abuz asupra copilului prin implicarea activă a personalului medical în producerea morbidităților. (30,32)

SMPT – FORMĂ ATIPICĂ DE ABUZ ASUPRA COPILULUI

SMPT, comparativ cu alte modalități fizice de abuz asupra copilului, are ca particularitate gradul de premeditare: în multe forme de abuz lovirea copilului este o formă de pedeapsă pentru diferite acțiuni, dar în SMPT agresiunea pare să nu fie provocată. (11,32,36) SMPT trebuie privit ca o condiție amenințătoare de viață pentru posibilele complicații iatrogene (11).

TERAPIA ȘI EDUCAȚIA PACIENTULUI

Educația pacientului, a familiei și personalului medical reprezintă o etapă foarte importantă în recunoașterea, prevenirea și tratamentul SMPT.

Educația pacientului trebuie să includă însușirea unor tehnici de adaptare și gestionare a stresului. Educația familiei cuprinde prezentarea unor modele cu această afecțiune, depistate în aceeași familie, în scopul recunoașterii primelor semne și aplicării terapiei adecvate.

Evaluarea nu ar trebui să fie limitată la copilul implicat, ci ar trebui să includă, de asemenea, frații și alți membri ai familiei. Psihoterapia ar trebui să fie o metodă terapeutică de care să beneficieze mama, copiii afectați, precum și alți membri ai familiei. Terapia medicamentoasă farmacologică poate fi necesară în cazul în care mama prezintă afecțiuni psihice care pot fi supuse tratamentului. Familia necesită o atentă monitorizare pe termen lung, din cauza pericolului de a se relua același tip de comportament într-o locație nouă.

În situațiile grave, tratamentul și vindecarea SMPT se obțin numai prin separarea copilului de abuzator – părinte. Această separare oferă siguranță copilului, dar și o reversibilitate imediată a tuturor acuzelor. (5,30)

MÜNCHAUSEN PRIN INTERNET

Varianta de „afecțiuni nefirești” numită Münchhausen prin internet se referă la persoane care folosesc site-urile medicale sau grupurile de suport de pe internet pentru diferite afecțiuni cu scopul de a fi catalogate ca „bolnave” (4).

Au fost descrise mai multe modele de comportament ale persoanelor care au prezentat Münchhausen prin internet: (37)

- Severitatea și perioada de evoluție a afecțiunii este în contradicție cu comportamentul persoanei care postează (persoane în șoc septic postează zilnic). Situații grave, critice sunt intercalate în evoluție cu recuperări sau vindecări miraculoase. Situațiile anterioare de urgență sau agravare a bolii sunt descrise cu o bucurie nejustificată, pentru a determina o reacție imediată.
- Simptomele și acuzele sunt exagerate, dovadă o lipsă de înțelegere a procesului fiziopatologic al afecțiunii
- Când atenția grupului se pierde sau se îndreaptă spre un alt subiect, „pacientul” revine cu informații ieșite din comun: agravarea bolii, decesul unui membru al familiei.
- Utilizatorul mincinos evită alt tip de contact, cu excepția internetului, refuzând vizitele sau convorbirile telefonice.

CONCLUZII

Sindromul Münchausen și Münchausen prin transfer reprezintă un subiect medical inepuizabil, deosebit de interesant, pe care ar trebui să-l cunoască cât mai mulți medici, încă din perioada de rezidențiat sau din primii ani de studii. Cunoașterea acestuia este importantă pentru a putea diagnostica

pacienții adecvat, fapt ce ar duce la instituirea unui plan terapeutic corect în cel mai scurt timp. Un alt motiv serios pentru cunoașterea acestor tipuri de dezordini este de a ne apăra de acuzațiile de mal-praxis, deoarece acești indivizi, nesatisfăcuți în cerințele lor sau deconspirați, devin atât procesomani cât și reclamații.