

## SINDROMUL MÜNCHAUSEN – O PROBLEMA DE ETICĂ MEDICALĂ?

Șef Lucr. Dr. Daniela Păcurar<sup>1,2</sup>, Conf. Dr. Gabriela Leșanu<sup>1,2</sup>, Dr. Anca Popescu<sup>1</sup>,  
Dr. Irina Dijmărescu<sup>1</sup>, Prof. Dr. Dumitru Orășeanu<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Clinica Pediatrie Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”,  
București

<sup>2</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

### REZUMAT

„Dezordinile nefirești, artificiale, contrafăcute” (“Factitious disorder”), precum sindromul Münchausen (SM) și sindromul Münchausen prin transfer (by proxy) (SMBP) reprezintă tulburări mentale severe în care o persoană încearcă să-i convingă pe cei din jur că ea sau persoana aflată în îngrijirea sa este bolnavă, fără scopul obținerii unor beneficii.

Pacienții cu afecțiuni de tipul SM sau SMBP pot naște o serie de controverse și contestări începând de la simpla întrebare legată de statutul de pacient până la probleme legate de confidențialitate, intimitate, malpraxis sau participarea personalului medical la suferința pacientului. Recunoașterea fenomenului de simulare depinde mult de experiența medicului, dar existența unor elemente de orientare și a unor caractere de personalitate ale pacienților sau părinților sunt importante.

Numeroase probleme de etică și deontologie medicală se ridică în diagnosticarea, evoluția și tratamentul acestor sindroame, multe devenind obiectul unor litigii medicale sau juridice. Problema este mult mai delicată și implicată de consecințe în ceea ce privește protecția copilului în cazul SMBP, considerată singura formă letală, extrem de complexă de maltratare și abuz. Problemele etice, medicale și deontologice sunt diferite în cele două tipuri de afecțiuni, dar implicarea și participarea personalului medical la perpetuarea simptomatologiei este un caracter comun, mult dezbătut. În ciuda controverselor, multe dintre aceste probleme rămân nerezolvate și nici nu există ghiduri clare astfel ca medicul să poată da un răspuns adecvat în astfel de situații.

**Cuvinte cheie:** Münchausen prin transfer, copil, etică

Sindromul Münchausen (SM), termen introdus în 1951 de către Richard Asher, cât și sindromul Münchausen prin transfer (by proxy) (SMBP), descris în 1977 de Meadow, sunt cuprinse astăzi în capitolul “Factitious disorder”, în traducere liberă „dezordini nefirești, artificiale, contrafăcute”, și reprezintă tulburări mentale severe clasificate în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition cod 300 (DSM-5)* și în *OMS International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision cod F68 (ICD-10)*, și sunt împărțite în 2 categorii (1-3).

Sindromul Münchausen (SM) reprezintă o tulburare mentală severă în care o persoană încearcă să-i convingă pe cei din jur că este bolnavă, cu scopul de a deveni pacient, se autoagresionează, falsifică datele, documentele și testele medicale pentru a beneficia de tratament (2-4).

Sindromul Münchausen prin transfer (by proxy) (SMBP) reprezintă o dezordine mentală serioasă în care cineva „fabrică” o boală unei alte persoane solicitând apoi intervenție medicală. Cel mai adesea sunt implicați părinții care falsifică istoricul medical al copilului, fiind considerată o formă de abuz potențial letală, frecvent neînțeleasă și nedepistată (4).

La aceste 2 categorii se adaugă din anul 2000 o a treia categorie, Münchausen By Internet, încă neclasificat în DSM-5 (5).

„Dezordinile nefirești” nu reprezintă falsificarea datelor medicale cu scopul obținerii unor beneficii (financiare sau administrative). Acuzele expuse de mamă ca aparținând copilului nu au drept scop obținerea de avantaje personale, ci sunt alimentate de dorința mamei de a le fi acordat rolul de „erou” și a fi recunoscute ca fiind persoanele ce acordă cea

Adresa de corespondență:

Dr. Irina Dijmărescu, Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, Blvd. Iancu de Hunedoara nr. 30-32, sector 1, București  
E-mail: irinaandronie@yahoo.com

mai mare grijă copilului lor. Au fost raportate cazuri în care victimele persoanelor cu SMBP dezvoltă SM sau vor continua să transmită „pattern-ul“ SMBP copiilor lor (4).

Aceste afecțiuni „misterioase“ sunt dificil de tratat; terapia medicală și psihologică sunt importante în prevenția „autoflagelării“.

Până în prezent aproximativ 30 de cazuri de SM au fost descrise la adolescenți sau copii mai mari de 12 ani, cel mai adesea aceste cazuri rămânând însă nevăzute și rar diagnosticate (6).

### Aspecte legale și etice în SM

Unele dintre aspectele etice sau legale legate de „dezordinile nefirești“, fie de tip SM, fie SMBP, pot deveni obiectul unor acțiuni în justiție sau de dezbatere publică. În ciuda controverselor, multe dintre aceste probleme rămân nerezolvate și nici nu există ghiduri clare, astfel ca medicul să poată da un răspuns adecvat în astfel de situații (7). Numeroase probleme de etică și deontologie medicală se ridică în diagnosticarea, evoluția și tratamentul acestor sindroame, și asupra acestora încercăm să atragem atenția. Problema este mult mai delicată și implicată de consecințe în ceea ce privește protecția copilului în cazul SMBP, considerată singura formă letală, extrem de complexă, de maltratare, cunoscută la ora actuală. Sindromul SMBP constituie o tragedie în domeniul sănătății publice.

### Corectitudinea diagnosticului

Recunoașterea fenomenului de simulare depinde mult de experiența, dar și de specialitatea sau preocupările medicului. De exemplu, neurologii pun mai degrabă diagnosticul de isterie decât pe cel de afecțiune simulată, poate și din cauza impactului social pe care această afecțiune l-ar produce (8). Folosind modele de prezentare clinică variate, pacienții trebuie încadrați de personalul medical în una dintre cele două posibilități: de persoană cu comportament anormal sau real bolnav, fără contribuția factorilor motivaționali personali sau sociali. Se pun astfel două probleme.

Prima problemă este legată de diagnosticul defectuos al bolii reale (9). Această situație, care trebuie evitată obligatoriu, constă în faptul că medicul, în graba sa de a demonstra prezența unui sindrom de „falsă boală“, poate cauza un diagnostic eronat al unei afecțiuni organice reale. Simptomele pacientului nu pot fi atribuite unei afecțiuni falsificate decât după o atentă analiză și investigație, un pacient nu trebuie diagnosticat cu SM doar pe baza unor trăsături de caracter sau psihologice neplăcute, nefirești, neobișnuite.

SM poate fi suspionat la un pacient cu: istoric medical lung, cu neconcordanță între istoricul afecțiunii și datele obiective, probleme medicale acute, aparent convingătoare, dar atipice cu simptome vagi și inconsistente, spitalizări frecvente, condiții medicale cu evoluție nefavorabilă fără un motiv aparent, dorința de a fi supus unor evaluări frecvente, chiar intervenții chirurgicale riscante, prezența cunoștințelor medicale extinse „ca din carte“, atitudine inconstantă de la extrem de cooperant la extrem de vag în anamneză, dispoziția și afectivitatea mai favorabile și optimiste decât ar fi justificat pentru afecțiunea pacientului (4,10,11). Frecvent, pacientul se prezintă pentru servicii medicale în momentul în care evidențele medicale anterioare sunt greu de accesat sau când personalul medical cunoscut sau cu experiență lipsește (10), sunt consultați la camerele de gardă ale spitalelor în cursul gărzilor aglomerate, solicită numeroase consulturi, folosind chiar identități false, au puțini vizitatori din momentul internării și o reticență în a lăsa personalul medical să vorbească cu familia, prietenii sau alți medici. Conflictele cu personalul medical apar în momentul în care revendicările lor legate de medicație, diagnostic și evaluări nu sunt îndeplinite (3,12). Elementele examenului clinic care pot sugera prezența SM trebuie evaluate: multiple cicatrici chirurgicale, semne de automutilare, semne nerelevante la examenul neurologic, absența semnelor de deshidratare la pacienții cu diaree și vărsături frecvente, simptome care par să se înrăutățească în timpul examinării față de momentul contactului cu familia.

Cel mai adesea, la primele consultații medicale, aceste simptome sunt interpretate de medici ca aparținând unei afecțiuni somatice reale, cu evoluție atipică, sau unei afecțiuni rare, și acești pacienți, deveniți experți în fabricarea simptomelor, reprezintă provocări diagnostice. Astfel pentru personalul medical devine la fel de greu a pune diagnosticul sau a afirma absența bolii (10,11). Diagnosticul sindromului Münchhausen este foarte dificil din cauza lipsei de corectitudine a pacientului, a simptomelor complexe, neclare, într-o dinamică permanentă. Extrem de important din momentul suspiciunii și pentru susținerea diagnosticului este istoricul bolii, care trebuie făcut amănunțit, cu atenție, cu respectarea corectă a cronologiei și inventarierea tuturor documentelor medicale.

Trebuie depistate eventualele abuzuri, frustrări sau traume din perioada copilăriei (13). Este necesară diagnosticarea afecțiunilor psihice (sindrom anxios, tulburare de personalitate) și consulturile psihologice și/sau psihiatrice sunt indispensabile (3,10,11).

Aspectul etic și legal în sindroamele de tip SM sau SMBP se referă la răspunderea de malpraxis medical din cauza lipsei de diagnostic a unei afecțiuni reale și catalogarea acesteia ca SM sau SMBP. În aceste situații, personalul medical este pus în dificultate de apărare, chiar când pacientul este observat că-și produce autoagresiuni. Afirmatia standard în astfel de cazuri este că boala inițial a fost reală, dar greșit diagnosticată și tratată, astfel încât pacientul este desfigurată sau prezintă dizabilități permanente. Indiferent de probe, judecătorii și jurații au tendința de a considera SM sau SMBP puțin probabil și credibil și presupun că pacientul are o boală psihică. Prezența unui pacient cu stare bună, comportament adecvat, îngrijit, în sala de judecată înclină balanța în favoarea pacientului (14).

Cea de-a doua problemă este legată de diagnosticul defectuos al bolii simulate (15). În acest scenariu, un pacient cu tulburare de tip SM sau SMBP dă în judecată personalul medical și instituțiile medicale pentru eșecul lor de a detecta faptul că boala pentru care a fost îngrijit este falsă. Afirmatia este că, urmare a acestui eșec și acestor greseli, toate tratamentele au fost aplicate necorespunzător, efectele iatrogene au fost complet nejustificate, iar medicul a încălcat protocoalele de îngrijire în conformitate cu diagnosticul.

O altă provocare în sindroamele de falsificare a bolii o reprezintă posibilitatea ca medicii să fie implicați ca martori sau ca experți și trebuie să fie capabili să ajute un juriu să deosebească înșelătoria sau sindroamele de falsă boală de afecțiuni somatice reale.

### Pacienți reali sau nu?

O asociere strânsă există între comportamentul de om bolnav la unii pacienți și potențialele avantaje sau beneficii pe care societatea le oferă oamenilor cu dizabilități. „Rolul de bolnav este un statut parțial legitim și condiționat care ar putea fi datorită avantajelor și câștigurilor sociale potențiale“ (16).

S-a observat că „în ciuda reducerii bolilor, patologic vorbind, și a perfecționării abilităților medicilor de vindecare, numărul persoanelor bolnave este în creștere“ (17). În plus, societatea acceptă mai ușor ideea unei afecțiuni fizice decât pe cea a unei tulburări comportamentale sau emoționale sau „lipsa capacității de adaptare la condițiile de viață“ (17).

Prima problemă este asupra gradului de înșelăciune/minciună voluntară în „dezordinile nefirești“. O a doua problemă este legată de dificultatea recunoașterii conceptului de înșelăciune medicală din

partea multor medici care au rămas reticenți și neîncrezătorii asupra eventualității ca pacientul să aibă un comportament mincinos pentru a influența atitudinea medicală (18,19).

Un alt aspect important se referă la întrebarea dacă persoanele cu tulburare de tip „tulburări nefirești“ sunt de fapt pacienți, prin urmare, dacă au dreptul la tratament și la eliberarea de acte medicale din partea medicilor sau spitalelor. Asociația Medicală Americană (AMA) și alte organizații și experți consideră pacientul ca fiind o persoană care necesită îngrijire din partea personalului medical și stabilește cu acesta o relație bazată pe încredere, moralitate, responsabilitate și colaborare cu scopul de a se vindeca și a înlătura suferința (20,21).

Considerând strict această definiție, asociațiile medicale profesionale și asociațiile pacienților consideră că o persoană care încearcă să-și falsifice boala de tip SM sau SMBP nu intră în această categorie, deci nu trebuie să beneficieze de servicii medicale și tratament.

### Responsabilitatea medicului

O problemă importantă este legată de responsabilitatea medicului care descoperă un pacient sau o persoană care își falsifică boala. Însemnările medicale reprezintă documente confidențiale rezultate din relația medic-pacient și nu trebuie comunicate unei terțe părți fără consimțământul scris al pacientului, cu excepția situațiilor în care informațiile sunt cerute prin lege sau divulgarea lor protejează binele individului sau societății (20). Unii pacienți refuză în mod categoric permisiunea ca medicul să comunice cu alți profesioniști din domeniul medical sau chiar cu familia, în legătură cu starea lor de sănătate sau a copilului (22). O soluție propusă în asemenea situații este folosirea unei afirmații de genul „Pacientul mi-a interzis să comentez asupra faptului că el ar avea un sindrom de tip SM sau SMBP“, astfel încurajându-i tacit pe ceilalți să citească printre rânduri (22). O altă soluție la problemă invocă ideea de rea-credință din partea pacientului. Relația medic-pacient, prin care se stabilește dreptul la confidențialitate, prevede ca atât medicul cât și pacientul să efectueze rolurile lor în bună-credință, respectând riguros adevărul pentru ca medicul să poată acționa spre binele pacientului indiferent de circumstanțe (20). Conform acestui punct de vedere, relația corectă, etică, dintre medic și pacient încetează să mai existe atunci când pacientul se angajează în înșelăciune medicală și minciună (acționează cu rea-credință). Astfel, medicul poate să înceteze să mai respecte, din punctul de vedere

al pacientului, dreptul la confidențialitate, împărțind informații medicale cu alți specialiști și cu familia în ideea rezolvării cazului, spre binele pacientului, pentru a evita intervențiile medicale inutile.

### **Culpabilitatea juridică a pacientului**

O persoană care fură este considerată vinovată, judecată și condamnată la plata unor amenzi. Un pacient care își falsifică boala fură timpul medicilor și consumă nejustificat resursele medicale, dar el va fi rareori supus acuzării și pus să răspundă penal (23). Prin legislația mai multor țări se ridică problema legată de o posibilă fraudă și plata de amenzi din partea pacientului. O estimare realizată asupra costurilor consumului de resurse medicale determinate de pacienții cu SM în SUA evidențiază cheltuieli de 40 milioane dolari/an (24).

### **Intimitatea pacientului**

O problemă suplimentară de etică și legalitate este legată de încălcarea intimității pacientului în încercarea de a descoperi obiectele sau mijloacele prin care acesta încearcă falsificarea unei boli. Medicul trebuie să respecte și să militeze pentru respectarea intimității pacientului sub toate formele: fizic, prin respectarea intimității spațiului personal, informațional, implicând datele personale, decizional, respectând alegerile personale, și relațional, referitor la familie sau alte relații personale (20). Intimitatea nu este absolută și trebuie decisă și judecată legat de nevoile pacientului și de resursele unităților medicale și pacienții trebuie informați asupra eventualelor probleme legate de intimitate (24).

Încrederea pacientului și accepțiunea sa de a căuta în lucrurile personale trebuie câștigată, nelăsându-l niciodată să suspicioneze ideea personalului medical asupra caracterului fals al bolii. Pacientul poate insista asupra faptului ca nu are nimic de ascuns și poate accepta căutarea. În unele spitale din multe țări percheziționarea pacientului la internare este obligatorie (4,22).

Acoperirea video, inclusiv în saloanele pacienților, prin camere ascunse, în scopul de a depista pacienții cu afecțiuni false, este foarte controversată. Folosirea camerelor pentru monitorizarea pacienților nu se consideră că ar viola intimitatea acestora dacă ele sunt folosite de obicei pentru monitorizare în anumite servicii (ATI), însă aplicarea acestei metode doar pentru pacienți selecționați devine o problemă. Argumentele pro și contra iau în discuție problema existenței intimității pacientului la spital, cele mai multe voci susținând ideea că în saloanele

spitalului nu putem avea pretenția de intimitate, iar supravegherea video este utilă în special în dovedirea cazurilor de abuz în SMBP (25,26). Consultanții juridici trebuie să se întâlnească cu echipa medicală ori de câte ori o asemenea decizie de urmărire video ar trebui luată, și se recomandă ca spitalele să aibă proceduri clare pentru aceste situații.

În țara noastră, aceste probleme legale legate de sindroamele de „false afecțiuni” nu se pun încă cu aceeași acuitate ca în alte țări, motivate pe de o parte de reticența și lipsa de încredere a medicilor legate de posibilitatea mimării unor boli de către pacienți, de lipsa de experiență în depistarea și evaluarea unor astfel de pacienți și, nu în ultimul rând, de lipsa cunoștințelor legislative ale medicilor și pacienților, dar și de absența unor coduri legislative care să acopere aceste situații.

### **Confidențialitatea și informarea pacientului**

O problemă etică delicată este legată de legalitatea înregistrării pacienților cu SM în registre sau liste de pacienți care să fie puse la dispoziție instituțiilor medicale la nivel național și internațional urmând a fi folosite pentru identificarea persoanelor cu SM care solicită servicii medicale în multiple centre medicale. Pentru personalul medical aceste registre sunt utile, dar legislația multor țări le consideră drept o violare a confidențialității asupra afecțiunii pacientului (27). Avocații pentru drepturile pacienților ridică problema că persoanele plasate pe aceste liste ar putea primi îngrijiri medicale neadecvate în momentul când au o reală problemă de sănătate, luând în considerare istoricul de multiple acuze neautentice. O altă îngrijorare este legată de faptul că pe aceste liste ar putea fi trecute persoane doar pentru simplul motiv că sunt necooperante sau că specialiștii din domeniul medical nu au putut stabili diagnosticul. Susținătorii înființării acestor registre folosesc drept argument faptul că pacienții vor fi ajutați deoarece nu vor mai fi supuși unor investigații, proceduri și tratamente inutile și dureroase.

### **Aspecte legale și etice ale sindromului Münchhausen prin transfer (by proxy)**

În multe state, legea consideră cu ambiguitate acest sindrom, ca și vinovăția abuzatorului acuzat (afectat de această patologie), față de victimă.

În România, această ambiguitate a fost rezolvată prin: Hotărârea nr. 49 din 19 ianuarie 2011, publicată în M.O., care vine să actualizeze Legea nr. 217/2003 privind violența în familie. „SMBP prezintă 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“ (28).

Trebuie menționat, de asemenea, că deseori judecătorii și jurații erau, până de curând, neîncredători față de existența acestei forme de abuz, influențați și de pledoariile „docte“ ale avocaților părinților (19).

SMBP trebuie privit ca o formă de abuz asupra copilului, condiție amenințătoare de viață asociată cu un comportament particular psihotic și posibile complicații iatrogene (10).

### Motivele justificative pentru SMBP

Principalele motivații pentru SMBP din punctul de vedere al părintelui făptuitor-abuzator (cel mai frecvent mama), care falsifică boala copilului, sunt (10,29-31):

- Câștigarea simpatiei, atenției, respectului și recunoașterii publice prin jucarea rolului de mamă devotată, iubitoare, singura capabilă să-și salveze copilul
- Dovedirea în fața celorlalți a nivelului ridicat de cunoștințe medicale
- Dorința să-și dovedească, prin înșelarea experților medicali, prin manipularea unor „persoane importante“, că dețin cu adevărat controlul asupra situației
- Să scape de alte responsabilități ale vieții cotidiene (educație, serviciu, treburi casnice), fiind o mamă devotată cu un copil bolnav cronic, să obțină imaginea de soție neglijată sau să primească ajutor și sprijin de la alți membri ai familiei
- Să-și întrețină propria imagine de persoană care „face bine“, face lucruri importante și interesante
- Să participe la viața socială făcând parte din „familia spitalului“, să participe la activități sociale sau caritabile în cadrul diverselor departamente din spital, care par mai incitante decât simpla viață de membru al unei singure familii
- Uneori ca scop secundar, dar nu elementul motivațional principal al SMBP, poate fi obținerea de preparate alimentare deosebite,

atragera atenției publice, media, suportul comunității sau ajutor financiar, obținerea de donații

- Menținerea permanentă în atenția celorlalți face necesară minciuna, iar copilul trebuie să sufere. Din cauza acestei probleme de imagine a mamei, dacă primul copil devine prea bolnav sau decedează, mama transferă imediat boala asupra altui copil (32).

Aspectele etice și legale asociate SMBP nu se referă atât la individul adult făptuitor, izolat, și relația acestuia cu personalul medical, cât la consecințele acțiunii personalului medical asupra copilului ca urmare a denaturării realității de către părinte. Se ridică astfel o serie de probleme particulare în această afecțiune.

### Părintele făptuitor și personalul medical de îngrijire: parteneri la abuz?

Multe controverse și întrebări sunt încă prezente în diagnosticul de SMBP: termenul de SMBP trebuie atribuit părintelui făptuitor sau copilului abuzat? Acest sindrom este o afecțiune pediatrică sau psihiatrică? Cine ar trebui să pună diagnosticul: pediatrul sau psihiatrul? (33) Indiferent de răspunsurile la aceste întrebări, este cert că SMBP este clar diferit de orice altă formă de maltratare prin implicarea activă a personalului medical în producerea morbidităților (34). SMBP este o formă de abuz și sistemul medical ia parte, în multe cazuri, la apariția și perpetuarea sa. Se poate considera că sunt în egală măsură responsabili pentru morbiditățile produse copilului părintele făptuitor și personalul medical? (35,36) SMBP este o relație „în triunghi“ specială, care se dezvoltă între părintele făptuitor, copilul victimă și personalul medical, bazată pe abuzul copilului prin înșelăciunea părintelui asociat, cu decepția medicului curant în legătură cu imposibilitatea stabilirii diagnosticului sau tratamentul eficient (10,30,37).

Unele mame par a avea o abilitate deosebită de a fi impoștore, sunt capabile să simuleze o afecțiune, preocupare și grijă ieșite din comun pentru copilul bolnav. Personalul medical dedicat este stimulat profesional și intelectual de cazurile provocatoare, nerezolvate după multiple intervenții și investigații, și va încerca să stabilească diagnostice neobișnuite, rare, vor arăta mare interes pentru aceste persoane, alocându-le mult timp și atenție atât copilului cât și mamei (30,34).

Acest „triunghi“ special mamă-copil-medic este puternic influențat de trăsăturile adulților implicați. Toți părinții prezintă o nevoie continuă de atenție

medicală legată de copilul lor fabricându-i boli. În toate situațiile, părinții victimelor SMBP își vor „alege” medicul, vor căuta cu perseverență, din consultație în consultație, și vor găsi “acel” medic care le va satisface nevoia personală de asistență și atenție (37).

În societatea noastră plină de litigii medicale, în care medicul este acuzat cu ușurință, pe toate canalele media, de malpraxis, de lipsă de atenție, de neacordarea terapiei de urgență, de dezinteres pentru bolnav, este facil pentru părinții victimelor SMBP să insiste și să presioneze asupra personalului medical să facă mai mult pentru copilul lor. În acest fel, personalul medical contribuie și ajută părinții victimelor să-și chinuie copiii prin intervenții medicale fără sfârșit. Când testele anterioare, investigațiile, procedurile sau medicamentele sunt considerate de familie fără rezultat sau sunt negate, părinții abuzatori vor considera sistemul medical incompetent, incapabil să le acorde ajutor pentru „sărmanul” lor copil și pentru mama în suferință (10,30).

Acoperirea prin supraveghere video, cu camere de filmare ascunse în rezervele pacienților, este o metodă prin care în alte țări se face distincția între evenimentele medicale „fabricate” și cele reale. Totuși, plasarea camerelor video în rezervele pacienților ridică probleme etice, morale și legale importante legate de confidențialitatea datelor și de secretul profesional. În anumite situații însă, aceste metode au fost de real folos în identificarea abuzurilor asupra copilului (25,26).

### **Impactul SM sau SMBP asupra personalului medical**

Relația părinte făptuitor-medic poate fi extinsă la toate categoriile de persoane din domeniul medical care participă la îngrijirea copilului (asistente, infirmiere), care adesea au contact mai frecvent sau mai prelungit cu persoanele abuzatoare și victimele lor. Adesea părinții copiilor cu SMBP pot fi caracterizate ca persoane încântătoare, politicoase, atente, care se acomodează bine la condițiile de spital, se împrietenesc cu persoane din echipa medicală sau cu rude ale celorlalți pacienți. Ca părinți, aceștia par devotați, atenți, grijulii cu copilul lor, au un comportament de admirat. Totuși, ei au o capacitate extraordinară în a păcăli personalul medical și a disimula, sunt persoane cu două fețe: o față iubitoare, mamă model, o altă față capabilă să manipuleze, să mintă, să falsifice (39).

Deși cele mai multe mame ale victimelor SMBP sunt destul de lingușitoare, ele pot să devină agresive

în cazul în care se tem că vor pierde atenția celor din jur, sunt amenințate că vor fi expuse și deconspirate sau când personalul medical are opinii contrare și nu consideră necesară investigarea suplimentară (35,39). Aceste reacții intense la o singură persoană sunt capabile să atragă diferit atenția personalului medical, să inducă opinii și sentimente contradictorii în legătură cu mama și familia, compromițând activitatea medicală în echipă (29,37).

### **SMBP versus formele tipice de abuz asupra copilului**

Prima caracteristică distinctivă a SMBP față de celelalte modalități fizice de abuz asupra copilului este legată de gradul de premeditare. Cele mai multe forme de abuz asupra copilului implică lovirea acestuia ca formă de pedeapsă pentru diferite acțiuni (plâns, enurezis, murdărirea hainelor), în timp ce abuzul din SMBP pare să nu fie provocat (10,30,36,39).

Cele două forme de abuz au o serie de caracteristici comune:

- copilul are istoric îndelungat medical;
- făptuitorii adulți/abuzatorii devin furioși și ostili când sunt confrunțați cu propriul comportament (37,41);
- abuzatorii nu acceptă responsabilitatea pentru îngrijirea sănătății copilului;
- starea de sănătate a copilului se îmbunătățește brusc la separarea acestuia de familie;
- abuzatorii se pot retrage împreună cu copilul dacă detectează suspiciunea personalului medical.

Elementele care deosebesc cele două forme de abuz sunt prezentate în Tabelul 1 (35,40,41).

### **Terapie și educația pacientului**

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.

Educația pacientului, familiei și personalului medical reprezintă o etapă foarte importantă în recunoașterea, prevenirea și tratamentul SMBP. Familia necesită o atentă monitorizare pe termen lung, mai ales din cauza pericolului de a se repeta în încercarea de a relua același tip de comportament într-o locație nouă (30).

Legislația SUA prevede că în cazul în care se suspectează o tulburare de tip SMBP medicii sunt obligați să informeze autoritățile: Serviciile de pro-

**TABELUL 1. SMBP versus formele tipice de abuz asupra copilului – diferențe**

<p><b>Forma tipică de abuz asupra copilului</b></p> <p><b>„Modelul” abuzatorului</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• este tatăl vitreg sau prietenul mamei</li> <li>• se evită solicitarea asistenței medicale</li> <li>• se solicită externare rapid</li> <li>• comportament tipic: ursuz, ostil, pare în pericol</li> <li>• părintele lasă impresia de responsabil, dar cu o atitudine de „nu te pune cu mine”</li> <li>• se simte amenințat de personalul medical</li> <li>• evită contactul cu personalul medical</li> </ul> <p><b>„Modelul” victimei</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prezintă semne specifice de agresiune sau neglijență</li> <li>• istoricul este neclar</li> </ul>	<p><b>Abuzul în SMBP</b></p> <p><b>„Modelul” abuzatorului</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aproape totdeauna este mama</li> <li>• Solicită asistență medicală permanent</li> <li>• Nu poate accepta că are un copil sănătos și solicită alte teste, tratamente și proceduri medicale, consulturi de specialitate</li> <li>• Impresionează personalul medical cu cunoștințele sale medicale în legătură cu starea copilului</li> <li>• Are nevoie să fie apreciată ca mamă devotată</li> <li>• Dorește atenția personalului medical</li> <li>• Devine implicată în activitatea departamentului unde este internat copilul, în viața de familie a personalului medical sau a altor pacienți internați</li> </ul> <p><b>„Modelul” victimei</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se prezintă cu simptome vagi</li> <li>• istoric al bolii corect, specific „ca în carte”</li> <li>• adesea se prezintă cu un tablou atipic de boală</li> </ul>
--	--

tecție pentru copii, Servicii Sociale. Autorul (părintele) este confruntat cu dovezile, va nega toate acuzele aduse și va încerca externarea rapidă a copilului. Confruntarea cu părintele abuzator poate duce la dispariția pentru o vreme a simptomelor copilului, dar în majoritatea cazurilor părinții se prezintă la alte unități medicale, din alt oraș. Elementul neplăcut al confruntării este deteriorarea completă a relației medic-pacient-familie cu pierderea completă din observație a copilului (37).

În situațiile grave, tratamentul și vindecarea SMBP se obțin numai prin separarea copilului de abuzator-părinte (“total parentectomy”). Aceasta asigură siguranța copilului, dar și reversibilitate imediată a tuturor acuzelor. Separarea copilului de mamă poate fi, în același timp, un nou motiv de stres, îngrijorare și traumă emoțională asupra copi-

lului care realizează despărțirea de mamă ca pe o pedeapsă, în viziunea sa mama fiind persoana protectoare și grijulie, care îi vrea binele și se preocupă de starea de sănătate a sa. Urmărirea penală poate fi necesară.

## CONCLUZII

SM și SMBP reprezintă un subiect inepuizabil, deosebit de interesant, pe care ar trebui să-l cunoască și rezidenții, încă 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, dar și pentru a ne apăra de acuzațiile de malpraxis, deoarece acești indivizi pot fi atât procesor-manii cât și reclamagii.