

## A kivetített Münchhausen-szindróma vizsgálata a szociális szakemberek szempontjából

*Examination of Munchausen syndrome by proxy from the perspective of social workers*

DOMOKOSNÉ SZABÓ HAJNALKA & JÁVOR REBEKA

**Domokosné Szabó Hajnalka:** Somogy Megyei Szeretet Szociális Otthon Drávatamási; hajnalkadomokosneszabo@gmail.com

**Hajnalka Domokosné Szabó:** Somogy County Charity Social Home Drávatamási; hajnalkadomokosneszabo@gmail.com

**Jávor Rebeka:** Pécsi Tudományegyetem, Szociális Innovációs-, Értékelő- és Kutatóközpont (SZINEK); javor.rebeka@gmail.com

**Rebeka Jávor:** University of Pécs, Social Innovation, Evaluation and Research Centre (SIERC); javor.rebeka@gmail.com

### Absztrakt

Jelen tanulmány egy szűk körben ismert és kevesek által vizsgált témakört jár körül, egy betegséget, ami annak ellenére, hogy érdekesnek és nem mindennapinak mondható, nehezen felismerhető, sokszor még az orvostudomány számára is. Ez a Münchhausen-szindróma. A betegségnek két fajtája van: az egyik esetben a betegségben szenvedő személy magának okoz egészségügyi károkat, hogy a környezete felfigyeljen rá, a másik esetben pedig egy számára kiemelkedően fontos személyben (leginkább az anya–gyermek kapcsolatban alakul ki és rendszerint az anya a „bántalmazó”) okoz egészségügyi problémát, ami akár maradandó vagy végzetes is lehet.

**Kulcsszavak:** Münchhausen-szindróma, kivetített Münchhausen-szindróma, tünetetek, szociális munka

### Abstract

*The aim of the paper is to highlight a topic known in a narrow circle and investigated by few, a disease that, despite being interesting and unusual, is difficult to recognize, often even for medical science. This is Munchausen syndrome. There are two types of the disease: in one case, the person suffering from the disease causes health damage to her/himself in order to be noticed by those around her/him, and in the other case, s/he causes a health problem in a person who is extremely important to her/him (it mostly develops in the mother-child relationship and usually the mother is the “abuser”), which can even be permanent or fatal.*

**Keywords:** Munchausen syndrome, Munchausen syndrome by proxy, symptoms, social work

### A Münchhausen-szindróma fogalma, jellemzői

A Münchhausen-szindróma egy olyan pszichiátriai rendellenesség, amely során az egyén felveszi a beteg szerepét, de ezt nem haszonszerzési céllal teszi (pl. gyógyszerek megszerzése,

betegszabadság reménye), hanem a betegségre utaló testi tüneteket szándékosan generálja azért, hogy betegnek tűnjön. Az ilyen esetek gyakran orvosi rejtélyt jelentenek az egészségügyi szakemberek számára, mivel előfordul, hogy a laboratóriumi, képalkotó és egyéb vizsgálatok eredményei összeegyeztethetetlenek az anamnézissel és a jelzett panaszokkal, így a páciens kínzó kór eredetének, okának felfedése igen nehéz (Weber et al., 2020). Azt, hogy a populáció hány százalékát érinti a Münchhausen-szindróma, nehéz megállapítani, mivel a szakemberek számára is kihívás a diagnózis felállítása. A legtöbb páciens, akinek esetében felmerül a gyanú, tagadja a diagnózist, és akár ellenségessé is válhat. Sok esetben fordul elő, hogy a beteg a konfrontáció vagy a szakemberek részéről tapasztalt bizalmatlanság miatt (az orvosi tanács ellenére) távozik az ellátás helyszínéről, és egy másik kórházban vagy egészségügyi szolgáltatónál kér kezelést.

Arra is nehéz válaszolni, hogy vajon mi is lehet a kiváltó oka a Münchhausen-szindrómának, bizonyos kockázati tényezőket azonban azonosítottak a szakemberek a kórkép tanulmányozása során. A rizikófaktorok között szerepel a nem (nagy százalékban nőket érint), a nőtlenség/hajadonság és az egészségügyi végzettség a páciens, vagy annak családja körében. Gyakran társul borderline vagy hisztrionikus személyiségzavarral, ill. gyakori még szexuális zaklatás áldozatainál.

A betegek az esetek túlnyomó többségében szomatikus panaszokról számolnak be: mellkasi fájdalom, hasi fájdalom, hányás és/vagy hasmenés, vérszegénység, alacsony vércukorszint, különböző fertőzések, görcsrohamok, gyengeség, fejfájás, látásvesztés, bőr felületén lévő sebek és ízületi fájdalmak. Nem ritka, hogy a páciens szándékosan okoz magában kárt vagy folytat olyan cselekvést, ami potenciálisan egészségkárosító lehet, és így a betegség tüneteit fogja okozni: szándékosan romlott ételt eszik, inzulint fecskendez be szükségtelenül, megsebzí magát, gyógyszereket adagol túl, vagy nem szedi be az előírt gyógyszereket. Továbbá gyakori jelenség, hogy a betegek orvosi dokumentációkat és leleteket hamisítanak, ill. manipulálni próbálják a laboratóriumi eredményeket (Weber et al., 2020).

A Münchhausen-szindrómával érintett páciensek többségénél a (gyanítható) betegségekre utaló jelek laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálatokkal nehezen igazolhatók, de a szindróma felismerésében segíthetnek a kórtörténet és az állapotfeltárás közötti ellentmondások (objektív laboratóriumi és fizikális vizsgálat eredményei nem egyeznek a vélt tünetekkel). Gyanúra adhat okot továbbá, ha a beteg számos kórházi kezelésen esett már át, sőt, szinte vágyik és igénye van az orvosi vizsgálatokra és beavatkozásokra, még akkor is, ha azok jelentős egészségügyi kockázattal járhatnak. Intő jel lehet a korábbi orvosi dokumentációhoz és leletekhez való hozzáférés megtagadása, ellenségés magatartás a pszichiátriai vizsgálatokkal és azok eredményével szemben, ill., ha rossz válaszreakciót tapasztalnak a szakemberek, ha a gyanított kórkép szokásos terápiáját alkalmazzák (pl. a vérszegénység nem múlik el vérátömlesztéssel). Iránymutató lehet az is, ha a kórházi elbocsájtás után a páciensnél újra fellépnek a tünetek, esetleg súlyosbodnak. Segíthet a beteget előzőleg ellátó egészségügyi intézményektől minden elérhető orvosi lelet beszerzése, hiszen előfordulhat, hogy így fény derül a beteg kórtörténetében levő eltérésekre, ill. arra, ha korábban már felmerült a Münchhausen-szindróma diagnózisának lehetősége (Prabhu et al., 2020).

### **A Münchausen-szindróma típusai**

A „Münchausen-szindróma” kifejezés Richard Asher nevéhez köthető, aki ezt 1951-ben használta először, hogy jellemezze azokat az egyéneket, akik szándékosan produkálják egy betegség jeleit és tüneteit, s sokkal gyakrabban keresik fel emiatt orvosukat, vagy kerülnek kórházba. Később, 1977-ben Meadow a „Münchausen-szindróma by proxy” vagy „kivetített Münchausen-szindróma” kifejezést használta azon gyermekek leírására, akiknek szülei számos betegség meglétét próbálták igazolni gyermeküknél, és akik ezeket az állítólagos betegségeket koholt fizikai tünetekkel, vagy akár megváltoztatott laboratóriumi vizsgálatokkal kísérelték meg alátámasztani (de Sousa Filho et al., 2017).

A kórkép mindkét megjelenési formája szerepel *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása* kódrendszerében, a mentális- és viselkedészavarok közé tartozóan, a felnőtt személyiség és viselkedés egyéb zavarai alatt. Kódja az F68.1, „Facticiosus zavar (Pszichés vagy testi tüneteknek vagy rokkantságnak szándékos produkciója (szimulálása) vagy erről való meggyőződés)” (Népjóléti Minisztérium, 1995, p. 334).

A kivetített Münchausen-szindróma a T74.8 kategóriába tartozik, azaz a kód gyermekek bántalmazására vonatkozik leginkább, bár ez a kifejezés az idős vagy fogyatékkal élő személyekre és/vagy eltartott felnőttekre is vonatkozik, akiknél a pszichés vagy a testi tüneteket gondozók okozzák, akik a különböző orvosi eredményeket is meghamisították (Népjóléti Minisztérium, 1995, p. 935).

A kivetített Münchausen-szindróma esetében az elkövető (sok esetben) az anya. A kitalált és koholt betegségek következménye, hogy a gyermeket/gondozottat számos fájdalmas vizsgálatnak, gyakori kórházi ellátásnak és potenciálisan egészségre káros kezelésekre vethetik alá. Megfigyelhetőek bizonyos gyakori tünetek a gyermekeknél/gondozottaknál, a kivetített Münchausen-szindrómával küzdő szülők/gondviselők többnyire ezekkel fordulnak orvoshoz:

- görcsrohamok
- vérzés
- központi idegrendszeri tünetek
- apnoe
- hányás vagy hasmenés
- láz
- kiütés.

Ezeket általában hosszabb ideje fennálló problémaként prezentálják, azonban fontos tényező, hogy a betegség esetében alkalmazott szokásos terápiákra nem reagálnak jól, vagy egyáltalán nem reagálnak a gyermekek/gondozottak. Gyanúra adhat okot a gyermek/gondozott nem szokványos kórtörténete, amiben fellelhetőek indukált betegségekre utaló tünetek. Számos esetben a korábbi betegségekről és ellátásokról szóló dokumentumok „elvesznek”, így azokat a szülő vagy gondozó nem tudja bemutatni. Észrevehető továbbá, hogy a panaszok a gondozó felügyelete alatt jelennek meg, a betegség jelei megszűnnek, vagy nem jelentkeznek a szülő vagy gondozó távollétében, és gyakran fedezhetőek fel a fizikai bántalmazás tünetei is (Jones et al., 1986).

### ***Kivetített Münchausen-szindróma esetek***

A kivetített Münchausen-szindrómás szülők „módszerei” változatosak, hamisíthatnak leleteket, laboreredményeket, vizsgálati anyagokat, eltúlozzák, felnagyítják a tüneteket, súlyosabb esetben mérgezhetik is gyermeket gyógyszerekkel és más anyagokkal, különböző betegségekkel fertőzhetik meg, fojtogathatják stb. (Dudás, 2018).

Egy kilenc éves kisfiú édesapjával és apai nagybátyjával érkezett a gyermekgyógyászati ambulanciára rohamszerű panaszokkal, amik az elmúlt három évben már fennálltak, ill. hematemesisssel (véres hányással), ami egy éve folyamatosan jelentkezett a kisfiúnál. A gyermek az általános fizikális vizsgálat során teljesen egészségesnek tűnt. A szakemberek szükséges rutinvizsgálatokat végeztek el (teljes vérkép, vérzési és alvadási idő, protrombin idő), és megállapították, hogy az eredmények az egészséges tartományon belül vannak. A korábbi kezelési feljegyzések szerint a gyermeket már kezelték epilepszia miatt, de még mindig voltak rohamszerű epizódjai. A fiú ezt követően a gyermekosztályra került, azonban a további képalkotó és egyéb vizsgálatok (endoszkópia, EEG, CT) sem mutattak ki semmilyen elváltozást. Fény derült azonban arra, hogy a múltban többször is felvették a gyermeket hasonló panaszok miatt más egészségügyi intézményekbe, továbbá, hogy a gyermek korábban számos invazív vizsgálaton esett át, azonban az apa és a nagybácsi többször is további kivizsgálást kértek. A gyermeknek 2-3 rohamszerű epizódja volt az osztályon az ott dolgozó ápolók és orvosok előtt, de ezeket végül nem minősítették igazi rohamnak. A gyermeknél ismétlődő vérzéses epizód is jelentkezett. Az apa minden alkalommal össze is gyűjtötte a mintát egy üvegben, hogy megmutassa a kezelőorvosoknak, ám a begyűjtött mintán 2-3 napig nem indult meg az alvadási folyamat, ami gyanút keltett. Mikroszkópos vizsgálattal kiderítették, hogy a mintában nem voltak vörösvértestek, s az csak nyálváladékot tartalmazott valamilyen vörösesbarna vegyszerrel keverve. A gyermeket a pszichiátriai osztályra utalták, így elválasztva őt az apjától és a nagybátyjától, az anyát pedig arra kérték, hogy maradjon a fiúval. A következő egy hétben a gyermeknél nem jelentkezett semmilyen betegségre utaló tünet. A gyermek jól érezte magát az anyjával, és az ismételt interjúk során arról számolt be a kezelőcsoportnak, hogy apja és a nagybátyja Betadine oldatot adott neki közvetlenül a hányás előtt. Miután az apát és a nagybácsit szembesítették ezzel, ellenségessé váltak, felháborodtak, ragaszkodtak a fiú betegségéhez, s megtagadták a szociális szolgálattal való együttműködést. A családvédelmi szolgálat a gyermek felügyeletét az anyának ítélte az eseményeket követően, ami pozitívan hatott a gyermek életére (Gehlawat et al., 2015).

Egy 27 hónapos kisgyermeket édesanyja görcsrohamok miatt vitt el kórházba. Két héten keresztül vizsgálták a kislányt, megfigyelés alatt tartották, ill. több vizsgálatot is elvégeztek (EEG, EKG, ECHO, MRI, laborvizsgálat). Ezek alapján a gyermeknél semmilyen elváltozást nem tapasztaltak, s bár nem volt epilepsziás rohama a kórházban, a szülőtől kapott korábbi orvosi dokumentumokban karbamazepint (epilepszia esetén alkalmazott készítmény) írtak elő neki. Mivel a gyermek két hónap alatt sem reagált a kezelésre, továbbá a szülő viselkedése is gyanússá vált, egy másik kórházba irányították őket. Az előzőekben elvégzett vizsgálatokat megismételték, de kóros eltérés továbbra sem volt tapasztalható a gyermeknél. Bár az anya arról számolt be, hogy a gyermeknek rövid rohama volt az osztályon, a kórházi személyzet ezt nem észlelte, és ennek EEG-n sem volt nyoma. Eközben az apa és az anya különös viselkedése és az eltérő történeteik a gyermekkel kapcsolatban egyre inkább felhívták a figyelmet a kivetített Münchausen-szindróma lehetőségére. A kislányt az anya gyakran egyedül hagyta a kórházban a megfigyelés ideje alatt, és a gyermek elhanyagolása miatt a

kórház dolgozói azonnal értesítették a gyermekvédelmi szolgálatot, így a szülőket pszichiátriai megfigyelés alá helyezték. Kiderült továbbá, hogy a pár korábban elveszített már egy gyermeket, akinek gyanús módon hasonlított állapota a kislányéhoz. Az anyával egy hónapon keresztül minden nap interjút készítettek pszichiáterek. Az anya állítása szerint férje gyakran bántalmazta, a férfit agresszívnek írta le a beszélgetések során. Bevallotta, hogy néha elájult, amikor dühös vagy depressziós volt, és néhány hónapja egy pszichiátriai gyógyszert szedett, aminek nem emlékezett a nevére. Beismerte továbbá, hogy megütötte a gyermekeit, amikor indulatossá vált, bár véleménye szerint ezt általában „nagyon enyhén” tette. Az egyik beszélgetés során az anya azt is elmondta, hogy elveszítette elsőszülött gyermekét, akit ugyanazon az osztályon kezeltek, mint az akkor ellátott lányát. Az apa beszámolója nem egyezett meg az anyáéval. Elmondása szerint a kislány esetében a rohamok azután jelentkeztek, miután elsőszülött gyermeküket agyvérzés következtében elveszítették. Ezenkívül az apa arról számolt be, hogy két nappal azután, hogy a kislány testvére elhunyt, rokonaik 6 éves fiát holtan találták ugyanabban a fürdőszobában, ahol a testvér agyvérése bekövetkezett. Azt is elmondta, hogy egy másik barátjuk gyermekét eszméletlenül találták ugyanabban a fürdőszobában, kenyérrel a torkában. A család azt hitte, hogy egy „gyilkos dzsinn” szállta meg a helyiséget. A fent említett gyanús esetet véletlen halálesetként jelentették a rendőrségen, ezért a hatóságok nem végeztek mélyreható vizsgálatot. Az anya nem beszélt ezekről az eseményekről. Az apa hangsúlyozta, hogy az agresszió és a túlzottan izgatott viselkedés a házasságukat követően alakult ki feleségénél. Bevallotta, hogy felesége korábban késsel megfenyegette, és féltékenysége miatt nem találkoztak rokonaikkal. Beszélt a gyermekekkel szembeni erőszakos viselkedéséről is, s elismerte, hogy bár gyakran (hetente 2-3 alkalommal) erőszakoskodott a feleségével, ő ugyanígy reagált a veszekedéseik során, és a gyermekek is szemtanúi voltak ezeknek. Ennek eredményeként klinikai megfigyelések és vizsgálatok során az anyánál borderline- és antiszociális személyiségzavart diagnosztizáltak. A gyermekvédelmi szolgálat egyetértett abban, hogy a családot meg kell figyelni a kivetített Münchhausen-szindróma diagnózisának megerősítése érdekében. A gyermeket nagyszülei felügyelete alá helyezték, szüleit pedig egy pszichiátriai klinikára irányították. A gyermeket a szociális szolgálat figyelemmel követte, s a nagyszülőknél töltött idő alatt nem jelentkeztek nála rohamok. Két hónappal később kiderült, hogy az anya elrabolta és megölte szomszédja 4 éves lányát, akit miután megfojtott, elégette maradványait egy kályhában, majd az anya segített a lány felkutatásában. Letartóztatása után bevallotta, hogy azt szeretné, ha mindenki megízlelné ugyanazt a fájdalmat, amit saját lánya halála miatt neki kellett átélnie. A nő orvosai ezután fogtak gyanút, hogy a korábban említett gyermekek halálához is köze lehet. Az anya esetében a kivetített Münchhausen-szindróma diagnózisa is beigazolást nyert, s a nőt végül a gyermekbántalmazás mellett emberölés vádjával életfogytiglani börtönbüntetésre ítélték (Akkoca et al., 2015).

Egy másik esetben egy 20 hónapos kislány szorult sorozatos kezelésre, mivel egy oltást követően légyszövetekben terjedő fertőzés alakult ki a bal felkarján. Emiatt számos sebészi beavatkozásra kellett átesnie, s a gyermeknek később egyszer leállt a légzése és keringése, amit újraélesztéssel élt túl. Emiatt kémiai toxikológiai vizsgálatot végeztek nála, és benzodiazepin hatóanyagot mutattak ki a vérében és vizeletében, de e készítmény adagolását orvos nem írta elő a kislány számára. Amikor az anyát, egy képzett ápolónőt, azzal szembesítették, hogy manipulálta a gyermek betegségének tüneteit, öngyilkos lett. A törvényszéki boncolás során önkárosító tevékenység nyomaira leltek az anyánál, ill. a további nyomozás felfedte, hogy a nő számos módon próbálta elérni, hogy a krónikus légyrész-fertőzés fennmaradjon gyermekénél (Vennemann et al., 2006).

Egy 18 hónapos fiút hányás és hasmenés miatt vittek el szülei a gyermek sürgősségi osztályra. Mivel nem tudta tolerálni a gyógyszerek szájon át történő adagolását rosszzullétei miatt, további kezelését a gyermekfertőző osztályon folytatták, s intravénás formában kapta meg gyógyszereit. A hasmenés és hányás enyhülése ellenére a kórházi kezelés ötödik napján a gyermeknél 38°C-ot meghaladó lázas epizódok jelentkeztek. A vérvétel során szepszisre utaló jelek mutatkoztak meg, a tenyészetben több baktérium is kimutatható volt. A képalkotó vizsgálatok nem mutattak rendellenességet, azonban a láz folyamatos volt, amit időnként hasmenés kísért. A láz és a különböző Gram-negatív bélbaktériumok szaporodása a gyermek vérkultúrájában, a klinikai státusz romlása mellett, a kórházi ápolás 45. napján is fennmaradt, azonban az anya nem fejezte ki aggodalmát, s továbbra is az eredmények felől érdeklődött és vizsgálatok elvégzését kérte. A gyermekbántalmazás gyanúja akkor merült fel, amikor az anya nem engedélyezte a gyermek környezetének megváltoztatását és áthelyezését egy másik kórterembe, és többször kért orvosi eszközöket (fecskendőt és tűt) az ápolóktól, szükségtelenül és jogosulatlanul. Az anyát ezek után pszichiátriára utalták, ahol megállapították a kivetített Münchhausen-szindróma diagnózisát. Az anya távozása után a gyermek vérkultúrája javult és láza megszűnt, állapota pozitív irányba változott. A fiút két hét megfigyelés után hazabocsátották, az anya pedig beismerte, hogy intravénásan székletet fecskendezett be fiának. Az asszonyt az osztályról való elbocsátás után havonta rendelték vissza pszichiátriai járóbeteg-ellátásra, ahova férje kísérte el. A terápia és a gyógyszeres kezelés hatására állapota javult (Sahin et al., 2020).

Egy indiai folyóirat egy 27 éves nő esetét vázolja fel, akit a saját gyermeke ellen elkövetett gyilkossági kísérlet miatt küldtek igazságügyi pszichiátriai megfigyelésre (megállapítható-e a büntetőjogi felelősség). A nő korábban már meggyilkolta két gyermekét, s jelen esetben a kórház biztonsági kamerái vették fel, ahogy hároméves kislányát megpróbálta megfojtani. Az anya, tanúvallomások szerint, a család előzetes engedélye nélkül ment férjhez, s emiatt egy másik városba költözött, s három gyermeke született. Férje epilepsziás rohamokkal küzdött, elsőszülött lányánál az orvosok csípőfejlődési diszpláziát állapítottak meg, így nem tudott járni. A kislány harminc hónapos koráig élt ezzel, amikor is az anya gyógyítás céljából fojtogatta a lányát. Öt percig zárta el a légutait, s mikor a gyermek gyógyulás helyett kritikus állapotba került, az asszony hívta férjét. A férfinak sikerült az eszméletlen gyermeket magához térítenie, de távozása után az anya ismét megpróbálkozott a „gyógyítással”, ám ennek következtében a gyermek már nem ébredt fel. Második, hat hónapos lányuk esetében gyakran panaszkodtak lázra, köhögésre és a bőr rendellenes hámlására. Két hónapot töltött gyermek kórházban, ám az orvosok nem tudtak diagnózist megállapítani. Az anya hazavitte lányát, majd még aznap este gyógyítás szándékával megfojtotta (fejére egy párnát nyomott). Harmadik lányuknál már a születést követően jelentkeztek egészségügyi problémák, ami miatt a gyermek tizenöt napig kórházban maradt. Három hónap elteltével az anya ugyanazokkal a panaszokkal vitte a lányát egy kutatókórházba. A kórházban egy kamerás megfigyelőrendszerrel felszerelt elektroencefalográfiás szobában látták el a gyermeket. A kamerákon látható volt, hogy az anya befogta a lány orrát és száját, így sikerült őt elkapni. Mielőtt az Igazságügyi Orvostani Tanácshoz küldték volna, kivetített Münchhausen-szindrómát diagnosztizáltak nála, s a pszichiáter szakember megállapította, hogy a nő felelősségre vonható a bűncselekmény miatt. Négy napig tartották megfigyelés alatt, amikor is arról számolt be, hogy gyermekei epilepsziával küzdöttek, és mivel az orvosok nem tudták ezt diagnosztizálni, elhunytak. A sajátos gyógyítási megoldásáról nem beszélt. Együttműködő volt, pszichomotoros aktivitása

és kognitív funkciói megfelelőek voltak, pszichopatológiai tüneteket nem mutatott. Így az anyát büntetőjogi felelősségre vonták (Unal et al., 2017).

### **A probléma megközelítése a szociális munkások szemszögéből**

A szociális munkások esetében a legnagyobb nehézséget talán a probléma felismerése jelenti. Az esettanulmányok jól mutatják, hogy a kivetített Münchausen-szindrómával érintett családok gyakran hosszú időn át észrevétlenek maradtak. A gyermekeknél fennálló kórképek beigazolása és a szülők történeteiben található igaz vagy fabrikált adatok feltérképezése az orvosok számára is kihívást jelenthet, és nehéz feladat lehet a szociális szférában dolgozó szakemberek számára is.

Mindkét Münchausen-szindróma típus esetében a diagnózisállítást és kezelést összetett, s szakmaközi együttműködést igényel: a kezelőorvosoktól, a pszichiátertől, a pszichológustól, az alapellátást nyújtó egészségügyi intézménytől, a szociális munkástól és ápoló személyzettől. A szociális munkásokra egyértelműen a felismerés, igazolás és a gyermek biztonságba helyezése során juthat kiemelt szerep.

A szociális szakember az első jelzést (valószínűleg) a gyermeket kezelő orvostól kapja, aki információt adhat a gyermek jelen állapotáról, a gondviselő viselkedéséről, a kórtörténetéről és a további gyanús körülményekről. A kezelőorvos lehet az, aki észreveszi a bántalmazást, ill. be is igazolhatja a gondozott ellen ténylegesen elkövetett atrocitást. Ezek után a szociális szakember elsődleges feladatai között szerepel az adekvát információgyűjtés, ami kihívást jelentő feladat, mivel az érintettek gyakran költözhetnek, cserélhetnek orvost, ill. a különböző hivatalos irataik, orvosi leleteik eltűnnek és/vagy nem tudják őket biztosítani. Így a szükséges adatok összegyűjtése bonyodalmas lehet.

A kivetített Münchausen-szindróma beigazolásához az orvosi-pszichológiai kivizsgáláson túl szükséges a szociális háttér feltérképezése. Adatokat kell nyerni:

- az egészségügyi dokumentációról és nyilvántartásról,
- a gyermek bölcsődei, óvodai, iskolai nyilvántartásából származó adatokból és az intézményben dolgozók beszámolóiból (hiányzások, pedagógusok észrevételei stb.),
- családsegítővel, gyermekjóléti szolgálattal vagy egyéb szociális szolgálattal kapcsolatos előzményekről.

A család történetének feltárása során a szociális szakember olyan jeleket keres, amelyek utalhatnak a kivetített Münchausen-szindrómára. Kiderülhet, hogy korábban valamilyen okból már szükség volt a szociális intézmények beavatkozására. A vizsgálódás alatt a szociális munkás felfedezheti, hogy a szülőknél/gondozóknál más, a gondozottat veszélyeztető tényezők is fennállhatnak: kábítószer-fogyasztás, kapcsolati nehézségek, családon belüli erőszak, mentális/egészségügyi problémák, gyakran ismételt lakhelyváltogatás (Mercer & Perdue, 1993; Parrish & Perman, 2004).

A feltárás során a szociális szakembernek érdemes a családot, gondozottat és gondviselőt érintő eseményeket kronológiai sorrendbe tenni, s így világossá válhat, hogy mióta folyik a gyermek/gondozott bántalmazása, ill., hogy mi válthatta ki ezt a viselkedést a gondozónál/szülőnél. Célszerű ügyelni arra, hogy a kivetített Münchausen-szindrómával gyanúsított egyén ne szerezzen tudomást a szociális intézmények bevonásáról a nyomozás korai szakaszában, mert nagy a veszélye annak, hogy a család elmenekül, vagy az elkövető

súlyosabb eszközöket is bevethet annak bizonyítására, hogy a gyermek/gondozott beteg (Roberts & Carmichael, 1999).

Az így szerzett adatokat és a megfigyelések eredményeit a kivetített Münchhausen-szindróma diagnosztizálásában jártas pszichológus, pszichiáter is áttanulmányozza és értékeli, valamint a szociális munkás a kezelőorvosnak is beszámol. Ha az orvosok és szakemberek szakmai véleménye alapján valószínűsíthető a kivetített Münchhausen-szindróma diagnózisa, a szociális munkásnak azonnal cselekednie kell a gyermek biztonsága érdekében, mérlegelnie kell a helyzetet, s szükség esetén segítenie kell a gyermek védelmét szolgáló intézkedések végrehajtását (a gyermeket kiemelése, fizikailag és érzelmileg biztonságos környezetbe helyezése, a bántalmazó szülő helyett más gondviselő kijelölése). Azt azonban fontos szem előtt tartani, hogy a kivetített Münchhausen-szindrómával érintettek heves, akár agresszív viselkedést is tanúsíthatnak a gyermek biztonságát szolgáló intézkedésekkel szemben, hiszen a gondozott elszeparálása a lebukás veszélyét hordozza magában. Szembesítés során a szülők leggyakoribb válasza a tagadás, a szorongás és a harag, ezért elengedhetetlen, hogy a szociális munkás gondoskodjon vagy bátorítsa a szülőt/gondviselőt a támogatás elfogadására. Abban az esetben, ha a gyermeket/gondozottat más családtag/gondozó felügyelete alá helyezik, szükséges velük is ismertetni a jelenséget, hogy megértsék, milyen kockázattal jár és (esetlegesen) miért nem lehet a gyermek kapcsolatban a szülővel/gondozóval (Mercer & Perdue, 1993; Roberts & Carmichael, 1999).

A kivetített Münchhausen-szindróma diagnózisának beigazolása hosszadalmas vizsgálatot igényel, amely a gyermek és a szülő elválasztása után is folytatódik. A gondviselő esetében pszichoterápia válhat szükségessé, a gyermek esetében pedig elengedhetetlen egy átfogó orvosi és pszichológiai vizsgálat a valós egészségi, mentális és érzelmi állapotáról (Parrish & Perman, 2004).

## **Kutatói kérdések**

A kutatás során az alábbi kérdésekre kerestünk választ:

- 1) Milyen arányban ismerik a szociális szakemberek a Münchhausen-szindróma, ill. a kivetített Münchhausen-szindróma fogalmát?
- 2) Ismerik-e a két kórkép közti különbséget?
- 3) Tisztában vannak-e a kivetített Münchhausen-szindróma tüneteivel?
- 4) Tudják-e, hogy a kivetített Münchhausen-szindróma estében mikét járjanak el?

## **Módszer**

A kutatás során saját kérdőívet osztottunk meg online formában egy közösségi oldal szociális szakembereket magába foglaló csoportjában, ill. családsegítő és gyermekvédelmi szolgálatoknál. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim volt.

A kérdőív összesen 22 kérdésből állt: ezek kitértek a szocio-demográfiai adatokra, a Münchhausen-szindrómával és a kivetített Münchhausen-szindrómával kapcsolatos ismeretekre és tapasztalatokra, ill. az ezek kapcsán felmerülő javaslatokra.

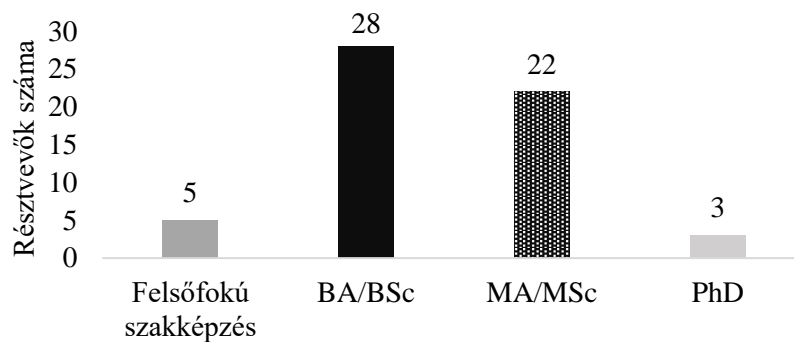


## Minta

A kérdőívet 60 szakember töltötte ki, viszont egy résztvevő a demográfiai adatain kívül nem adott értékelhető válaszokat. Így 52 nő (88,1%) és 7 férfi (11,9%) vett részt a vizsgálatban, életkoruk 26 és 62 év között mozgott ( $M=46.47$ ;  $SD=9.10$ ). Legtöbbjük főiskolai/egyetemi végzettséggel rendelkezik (84,8%), ebből 47,5% alapidiplomával, 37,3% mesterdiplomával; ötnök felsőfokú szakképesítése van (8,5%), míg három résztvevőnek PhD-fokozata is (5,1%) (lásd 1. ábra).

1. ábra

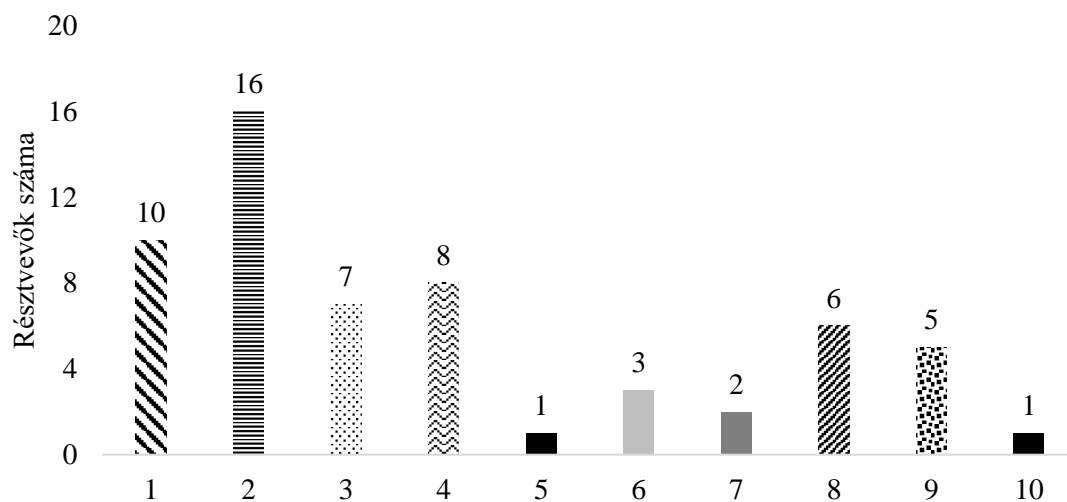
Iskolai végzettség



Átlagosan 14.03 éve dolgoznak a kitöltők ( $SD=8.98$ ), van közöttük pályakezdő és olyan is, aki már 40 éve a szakmában dolgozik: 16 szakember család és gyermekjóléti szolgálatnál (27,1%), a második legszámtöbb csoport gyermekjóléti szolgálatnál (16,9%). Őket követik az idősellátó intézménynél dolgozók (13,6%), majd a pszichiátriai betegek átmeneti vagy tartós bentlakásos intézményében dolgozók (11,9%) és az oktatási intézményekben dolgozók (10,2%). 5,1% fogyatékkal élők nappali, átmeneti vagy tartós bentlakásos intézményénél, 3,4% hajléktalanellátásban, 1,7% szenvedélybetegek átmeneti vagy tartós bentlakásos intézményénél, 8,4% egyéb intézménynél dolgozik, 1,7%, azaz egy résztvevő pedig álláskereső (lásd 2. ábra).

2. ábra

Munkaterület



Jelmagyarázat:

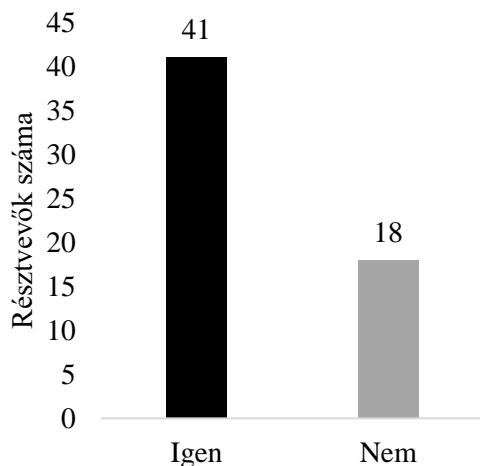
- (1) Gyermekjóléti szolgálat
- (2) Gyermekjóléti és Családsegítő szolgálat
- (3) Pszichiátriai betegek átmeneti vagy tartós bentlakásos intézménye
- (4) Idősellátó intézmény
- (5) Szenvedélybetegek átmeneti vagy tartós bentlakásos intézménye
- (6) Fogyatékkal élők nappali, átmeneti vagy tartós bentlakásos intézménye
- (7) Hajléktalanellátó intézmény
- (8) Oktatási intézmény
- (9) Egyéb
- (10) Álláskereső

## Eredmények

A válaszadók mindegyike hallott már a Münchhausen-szindrómáról, ugyanez azonban nem mondható el a kivetített Münchhausen-szindrómával kapcsolatban, 69,5% hallott már róla, viszont 30,5% nem (lásd 3. ábra). Ugyanakkor 57,6% mondja azt, hogy tudja, mi a különbség a két említett szindróma között, míg 42,4% nem biztos ebben (lásd 4. ábra).

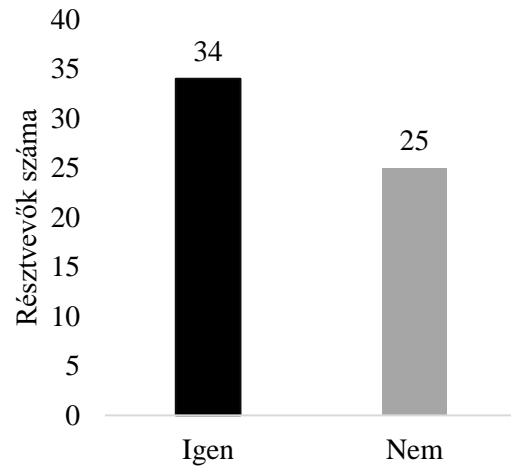
**3. ábra**

Hallott-e már a kivetített Münchhausen-szindrómáról?



**4. ábra**

Tudja-e, mi a különbség a két szindróma között?



A két szindróma közötti különbségre nyitott kérdés formájában kérdeztünk rá. A válaszokból az rajzolódik ki, hogy azok a szakemberek, akik úgy vélték, ismerik a különbséget a két szindróma között, helyesen fogalmazták meg annak lényegét. A kivetített Münchhausen-szindróma esetén leginkább az anya és a gyermek vonatkozásában írták le gondolataikat, így az anya gyermek felé tett szándékos károkozását emelték ki:

„Az egyik saját magán, a másik más személyen idéz elő betegsége utaló tüneteket.”

„Utóbbi esetben leggyakrabban anyák a gyermekeiket betegítik meg.”

„A kivetített – pl. saját gyermekét »betegíti meg«, míg a Münchhausen-szindrómás magának »talál« betegséget.”

A válaszadók a családon belül határozták meg a problémát, így leginkább a rokonságot vagy családtagot jelölték meg, aki más családtagot betegít meg szándékosan:

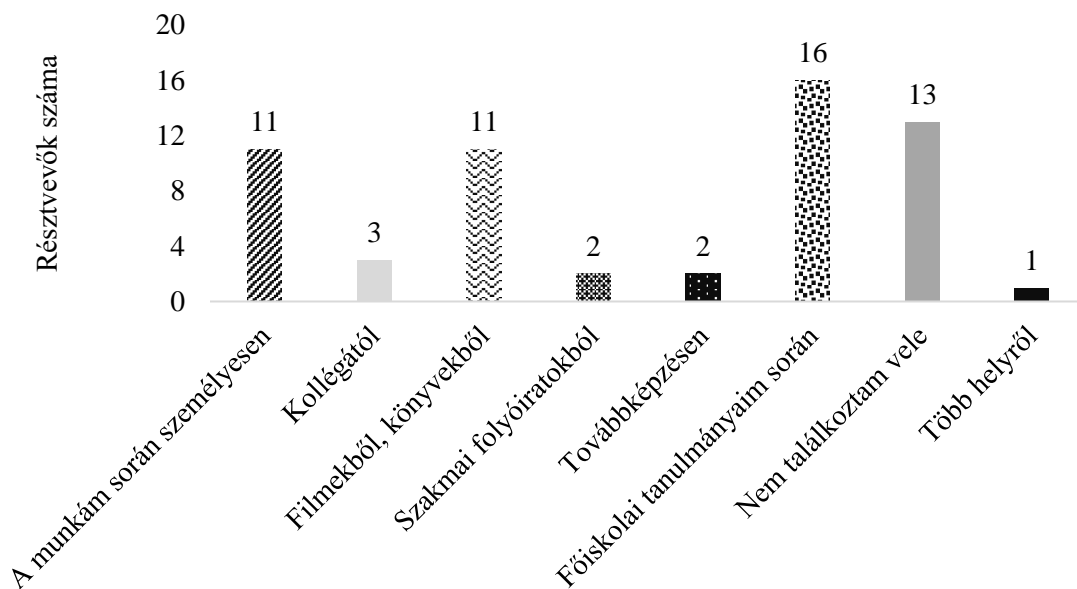
„A kivetített nem magát, hanem közelálló családtagját betegített meg.”

„Az illető nem magát betegíti meg, hanem hozzátartozóját.”

Érdekesen oszlik el az, honnan hallottak a kivetített Münchhausen-szindrómáról. A legtöbben főiskolai/egyetemi tanulmányaik során (27,1%), 18,6% a munkája során ismerkedett meg a szindrómával, ugyanúgy 18,6% filmekből és könyvekből, 5,1% a kollégáitól hallott róla, 3,4% szakmai folyóiratokból tájékozódott, szintén 3,4% továbbképzésen, egy résztvevő pedig több választ is megjelölt (személyesen, filmeken keresztül, főiskolai/egyetemi tanulmánya során, szakmai folyóiratokból). 22% azonban még nem találkozott a jelenséggel, nem ismeri azt (lásd 5. ábra).

### 5. ábra

Honnan hallott a kivetített Münchhausen-szindrómáról?



Megkértük azokat, akiknek személyes tapasztalatai is vannak a kivetített Münchhausen-szindrómával kapcsolatban, hogy mutassák be, miként ismerték fel a problémát. Többen leírták, hogy egyértelmű volt, hogy a szülő fals információkat közvetít a gyermekről, a gyermek nem beteg, és felesleges vizsgálatoknak veti alá a szülő:

„Gyanú, hogy nem beteg a gyerek, mindig más kórkép, zavaros a leírás vagy nagyon olvasottnak tűnő, nem végzettségének megfelelő diagnózis az anya részéről.”

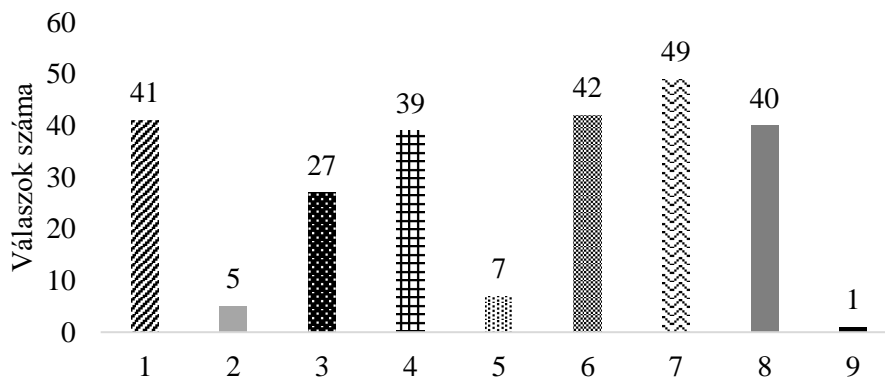
„Anya szuperanyának mutatja be magát, környezete is ezzel jellemzi. Gyermek beteges, anya mindenféle vizsgálatokra elviszi, melyek eredményeit felülbírálja. Túl mélyreható vizsgálatokon nem jelenik meg. Pszichés megsegítés felajánlására intenzíven opponál. Gyakori oktatási-nevelési intézményváltás, sok hiányzás.”

„Túl nagy volt az ellentmondás az orvosok szakvéleménye és a szülő véleménye között. Minden orvos nem lehet »pancser«. Ilyenkor érdemes az anya félelmére koncentrálni, ami motiválja őt. A nagyszülő nem észlel a szülőhöz hasonló problémát, ha a gyermek nála van »meggyógyul«.”

Rákérdeztük arra is, mit gondolnak a szakemberek, mik lehetnek a kivetített Münchhausen-szindróma jelei, aminek eredményeit a 6. ábra közli. Látható, hogy többnyire megegyezők a gondolatok, de eltérő, talán meglepő válaszok is születtek.

### 6. ábra

A kivetített Münchhausen-szindróma jelei



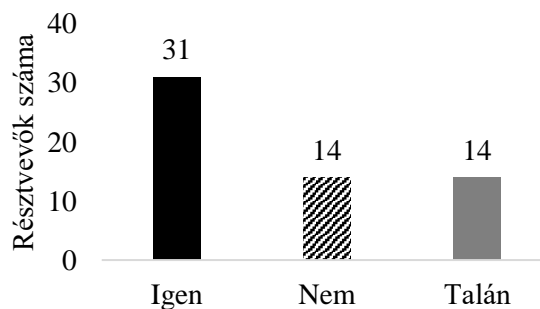
Jelmagyarázat:

- (1) A gyermek/gondozott hosszasan betegeskedik, de szervi okát nem találják az orvosok
- (2) A gyermek/gondozott sokat szimulál
- (3) A gyermek/gondozott kórtörténetének megismeréséhez nem biztosítja a szülő a dokumentumokat
- (4) A szülő meghamisítja a gyermek/gondozott kórtörténetét
- (5) A szülő nem akarja feleslegesen vizsgálatoknak alávetni a gyermek/gondozottat
- (6) A szülő fals információt ad a gyermek/gondozott állapotáról
- (7) A szülő kitalál vagy eltúloz tüneteket
- (8) A gyermek/gondozott tünetei a gondviselő távollétében megszűnnek
- (9) A gyermek/gondozott állapota a gondviselő jelenlétében javul

Többségében tudják a szakemberek, kihez fordulhatnak abban az esetben, ha ezzel a jelenséggel találkoznak (52,5%), viszont 23,7% bizonytalan és további 23,7% pedig nem tudja, mi a teendő (lásd 7. ábra).

### 7. ábra

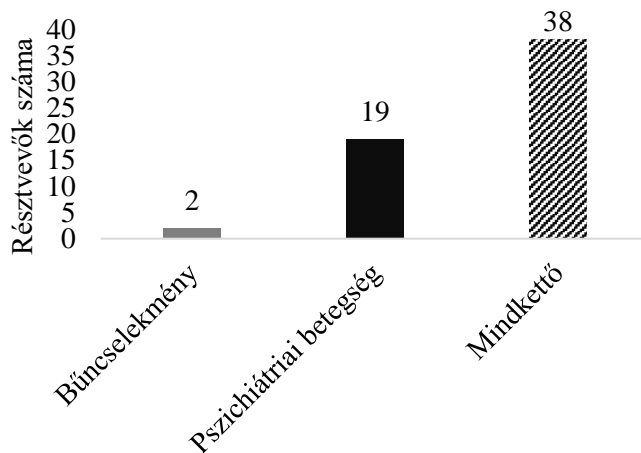
Tudja-e, kihez fordulhat, ha ezzel a szindrómával találkozik?



A minta 64,4%-a gondolja úgy, hogy a kivetített Münchausen-szindróma bűncselekmény és pszichiátriai betegség is együttesen, 32,2% szerint pszichiátriai betegség, 3,4% pedig bűncselekményként tekint rá (lásd 8. ábra).

**8. ábra**

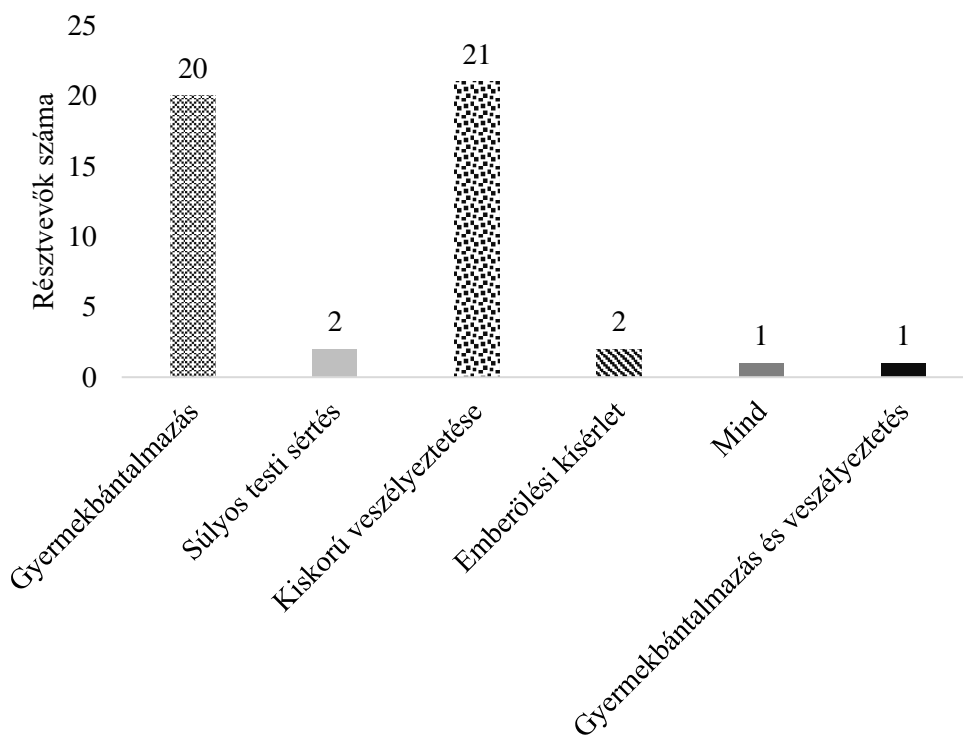
*Miként definiálná a kivetített Münchausen-szindrómát?*



Ha bűncselekményként tekintenek rá, 47 válaszadóból 33,9% gondolja ezt gyermekbántalmazásnak, 35,6% kiskorú veszélyeztetésének, 3,4% súlyos testi sértésnek, további 3,4% emberölési kísérletnek, egy szakember szerint esettől függően bármelyik lehet, egy szerint pedig gyermekbántalmazás és veszélyeztetés (lásd 9. ábra).

**9. ábra**

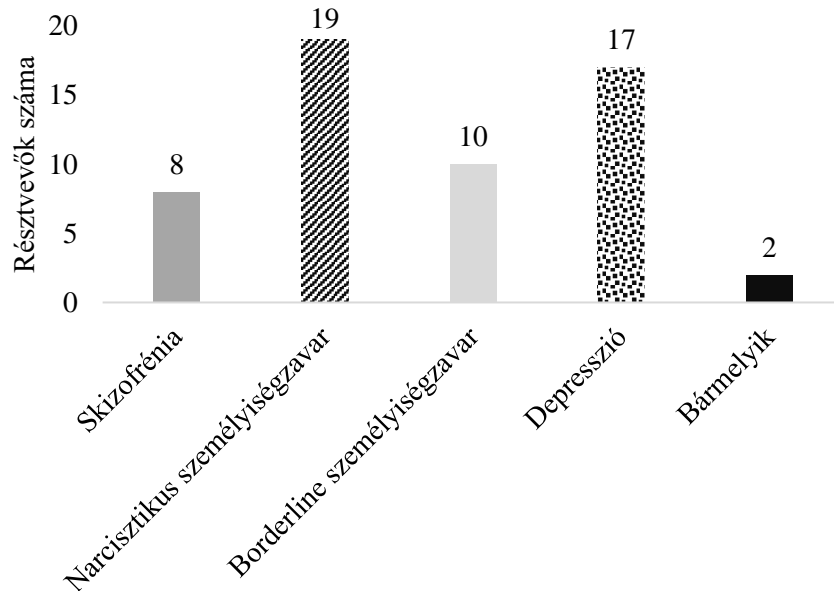
*Amennyiben bűncselekmény?*



Amennyiben viszont pszichiátriai betegségként definiálják, 56 válaszadóból 32,2% gondolja úgy, hogy narcisztikus személyiségzavar áll a háttérben, 28,8% szerint a depresszió, 16,9% szerint a borderline személyiségzavar, 13,6% szerint a skizofrénia és 3,4% szerint mindegyik lehet (lásd 10. ábra).

**10. ábra**

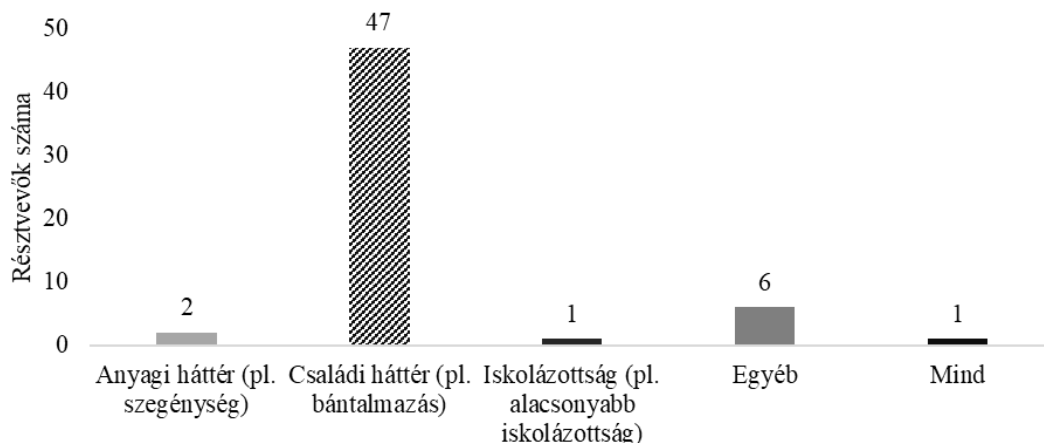
*Amennyiben pszichiátriai betegség?*



Kíváncsiak voltunk arra is, vajon mit gondolnak a szakemberek, a szociális háttér befolyásolhatja-e a kivetített Münchhausen-szindróma kialakulását: 74,6% szerint igen, míg 25,4% szerint nem. Ennek ellenére 57 válaszadóból 79,7% gondolja azt, hogy a családi háttér (pl.: bántalmazás) befolyásoló hatással bír, 3,4% gondolja ezt az anyagi háttérrel (pl. szegénység), 1,7% az iskolázottságról (pl. alacsonyabb iskolázottság), 10,2% egyéb okokat jelöl meg (pl. a szülő gyermekkorában fellelhető a diszfunkcionálisan működő családi dinamika, figyelemfelkeltés), és egy válaszadó szerint a felsoroltak közül mind hozzájárulhat a szindróma kialakulásához (lásd 11. ábra).

**11. ábra**

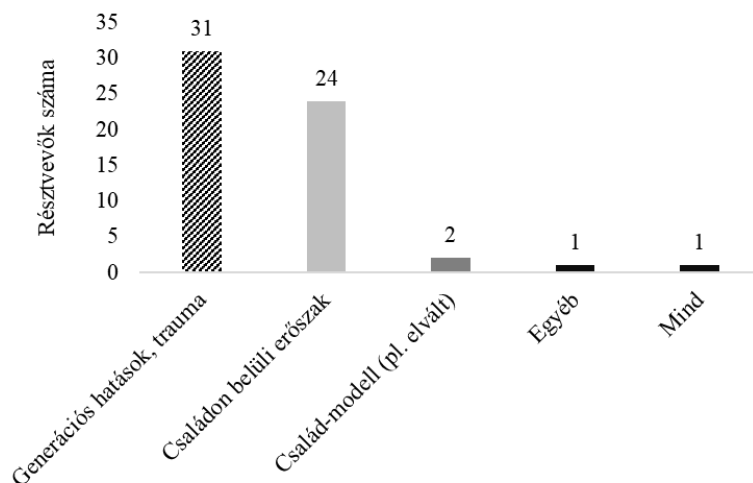
*Mely tényező befolyásolhatja a kivetített Münchhausen-szindróma kialakulását?*



A családi háttérrel boncolgatva még pontosabb kép rajzolódott ki: 52,5% szerint generációs hatások, trauma is elősegítheti a szindróma kialakulását, 40,7% voksol a családon belüli erőszakra, 3,4% a családmodellre (pl. elvált), 1,7% egyéb háttértényezőt határoz meg (az egyén életét érintő trauma), 1,7% pedig mindet lehetségesnek tartja (lásd 12. ábra).

### 12. ábra

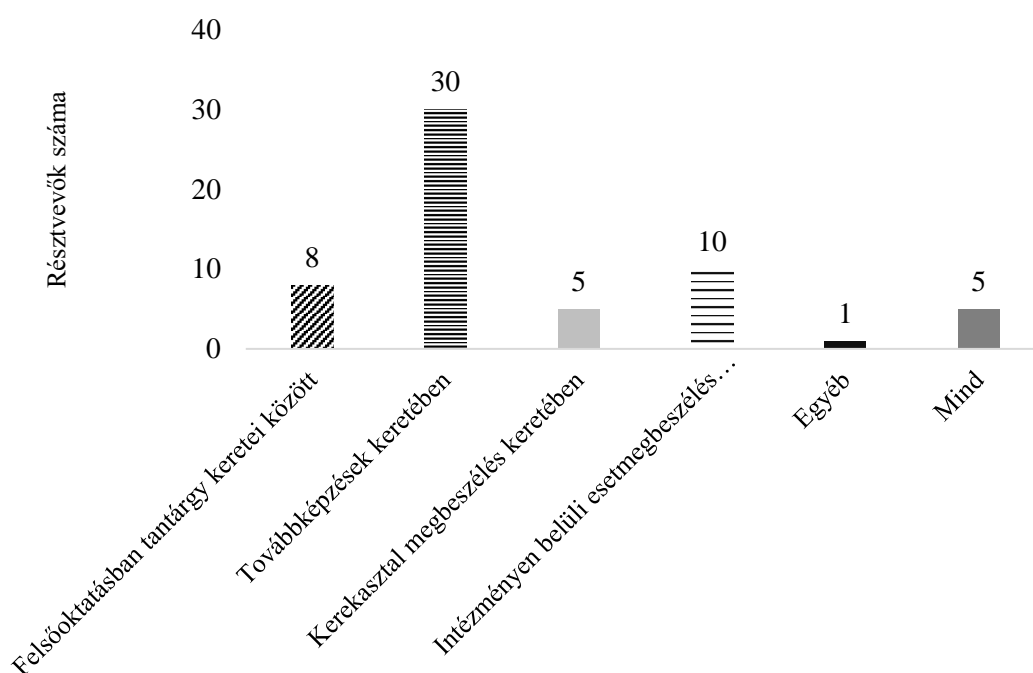
Mely családi jellemző járulhat hozzá a kivetített Münchausen-szindróma kialakulásához?



Végezetül megkérdeztük, fontosnak tartják-e az említett szindrómák szélesebb körű megismerését. Egy válaszadó kivételével mind igennel feleltek: ebből 50,8% továbbképzés formájában tudná ezt elképzelni, 16,9% preferálná az intézményen belüli esetmegbeszélés során történő megismerést, 13,6% szerint főiskolai/egyetemi tantárgyat is lehetne erre építeni, 8,5% kerekasztal megbeszélést javasol, 8,5% mindegyik felsorolt lehetőséget megfelelőnek tartja, egy szakember pedig még a médiát javasolja ismeretterjesztésre (lásd 13. ábra).

### 13. ábra

Milyen formában lenne érdemes ezt a szociális szférában ismertebbé tenni?



## **Összefoglalás**

A vizsgálat során célunk volt felderíteni, hogy a gyakorlatban dolgozó szakemberek milyen ismeretekkel és tapasztalattal rendelkeznek a kivetített Münchhausen-szindrómával kapcsolatban. Az eredmények alapján elmondható, hogy többségük tudja, hogy milyen kórképről van szó, ill. a résztvevők nagyobb hányada úgy véli, hogy meg is tudja különböztetni egymástól a szindróma két típusát. A különbségeket jórészt helyesen állapították meg, bár fontos leszögezni, hogy a kivetített Münchhausen-szindróma meghatározását leginkább csak a közeli családra, s főként az anya–gyermek kapcsolatára szűkítették le. A szociális munkások a témáról a tanulmányaik alatt tájékozódtak, de nagy számban vannak azok is, akik saját munkájuk, vagy filmek és más médiumok által szereztek tudomást a kivetített Münchhausen-szindrómáról.

Igaz, hogy többségében a valódi tünetek kerültek kijelölésre, a helytelen válaszok jelzik, hogy valóban szükség van arra, hogy a kivetített Münchhausen-szindróma definíciója és tünetei is pontosításra kerüljenek a szakembereknél, hiszen ez teszi lehetővé a felismerést. A szakirodalom során felvonultatott esettanulmányok is jól tükrözik, hogy az összes intő, gyanús jel ismerete szükséges az azonosításhoz, egyébként sajnos éveken keresztül fennállhat a gondozottak bántalmazása.

A kivetített Münchhausen-szindróma megítélésénél érdekes volt megfigyelni, hogy miként definiálják azt az okok és kiváltó tényezők tekintetében. A kitöltők a kórképet pszichiátriai rendellenességnek és bűncselekménynek is tekintik. A bűncselekmények során érdemes kiemelni, hogy a válaszadók többsége gyermekbántalmazásnak vagy kiskorú veszélyeztetésének nevezi a gondviselő cselekedeteit, ami ismét csak a gyermekekre korlátozza a bántalmazottak körét. A résztvevők többsége látott összefüggést a szociális háttér, s legfőképp a családi háttér és a kivetített Münchhausen-szindróma kialakulása között. A szakirodalomban említett több esettanulmány is bemutatja ezt a tényezőt, így elmondható, hogy a családon belüli bántalmazó közeg is hozzájárult a gondviselők tetteihez (Akkoca et al., 2015; Sahin et al., 2020).

## **Limitációk, kitekintés**

Limitációként meg kell említeni az alacsony mintaelemszámot. Ennek hátterében meghúzódhat a téma nemismertsége, ill. az ebből fakadó bizonytalanság. A kitöltők úgy gondolhatták, hogy mivel nem ismerik a szindrómát, ezért választ sem kívánnak adni, azonban a kérdőív során a nemleges válaszok és az ismeretek hiánya is tanulságos adatot szolgáltatott volna. Ennek ellenére ez a tényező is rámutatott arra, hogy szükséges foglalkozni a kivetített Münchhausen-szindrómával, hiszen még a gyakorlott, sokat tapasztalt szakembereknek is bizonytalanságot okozhat. Fontos lenne, hogy a szociális szakemberek a tanulmányaik alatt behatóbban ismerkedjenek a jelenséggel, jelenségekkel, amit a kitöltők többsége is jelez. A kivetített Münchhausen-szindrómáról szóló tananyagoknak, oktatásnak lenne létjogosultsága, (javaslatuk szerint) leginkább egy továbbképzés keretein belül. Ez mindenképpen egy pozitív, fejlődni vágyó szemléletre utal.



## Záró gondolatok

A kivetített Münchhausen-szindróma, ha szigorúan vesszük, elsődlegesen a társadalom mikroszintjén megjelenő szociális probléma, hiszen főként a családokban, közeli rokoni kapcsolatokban jelenik meg, azonban ez nem azt jelenti, hogy elhanyagolható a jelentősége. Ha nem jogi szempontból definiáljuk, akkor valójában e jelenség esetében is családon belüli „erőszakról” beszélhetünk, azzal (ahogy azt a példák is mutatják), hogy a tettek erőszakos jellege hiányzik, de a végeredmény ugyanaz: egy bántalmazott gyermek, feleség, férj vagy egyéb közeli családtag. A Münchhausen-szindrómások által bántalmazott személyek, gyermekek ugyanolyan kiszolgáltatott helyzetben vannak, bántalmazás nyomai azonban nem látszanak, de mégis megbetegszenek különböző mérgezések, vagy egyéb, ellenük elkövetett kisebb bűncselekmények következtében (Csemáné Váradi, 2004). A helyzetet tovább nehezíti, hogy egy betegeskedő kisgyermek neveléséért, gondozásáért és gyógyításáért a vele egy háztartásban élő szülők a felelősek, akik azonban ebben az esetben egybeesnek az elkövetőkkel. Így a betegeskedő gyermek számára senki nem marad, akinek jelezhetné, hogy nem érzi jól magát, és az orvosok által felírt gyógyszerek sem segítenek. A környezet számára pedig teljesen rejtve maradhat, valójában mi is történik otthon a színpalak mögött, és sokszor az édesanya, mint elkövető szinte senkiben nem kelt gyanút. A „szerencsés” gyermekek esetében feltűnhet egyes pedagógusoknak, gyermekpszichológusoknak vagy esetleg családsegítőknél és gyermekeket segítő szociális munkásoknál, hogy a gyermek túl sokat marad ki az óvodából, iskolából. Ebben az esetben már felmerül legalább a gyanú, hogy valami nincs rendben a család életében (Farkas, 2013).

De mi lesz azokkal a gyermekekkel (és másokkal), akik nem ilyen „szerencsések”?

## Irodalom

- Akkoca, Y., Cepik Kuruoglu, A., & Dagli, F. (2015). Who a mother with Munchausen's syndrome by proxy who may have developed into a serial killer: A case study. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 3(5), 94–97. <https://doi.org/10.11648/j.ajpn.20150305.13>
- Csemáné Váradi, E. (2004). *Bevezetés a bűnügyi tudományokba*. Bíbor Kiadó.
- de Sousa Filho, D., Kanomata, E. Y., Feldman, R. J., & 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>
- Dudás, D. (2018. Június 11). „Higgye már el, hogy a gyerekem beteg!” – A Münchhausen by proxy szindrómáról. *Mindset Pszichológia*. <https://mindsetpszichologia.hu/higgye-mar-el-hogy-a-gyerekem-beteg-a-munchausen-by-proxy-szindromarol>
- Farkas, J. (2013). *Gyermekek sérelmére elkövetett családon belüli erőszak*. [Doktori disszertáció]. Miskolci Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar. <https://doi.org/10.14750/ME.2013.001>
- Gehlawat, P., Gehlawat, V. K., Singh, P., & Gupta, R. (2015). Munchausen syndrome by proxy: An alarming face of child abuse. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 90–92. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.150850>
- Jones, J. G., Butler, H. L., Hamilton, B., Perdue, J. D., Stern, H. P., & Woody, R. C. (1986). Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 10(1), 33–40. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(86\)90029-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(86)90029-3)
- Mercer, S. O., & Perdue, J. D. (1993). Munchausen syndrome by proxy: Social work's role. *Social Work*, 38(1), 74–81.
- Népjóléti Minisztérium. (1995). *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása. BNO-10* (I. kötet). Népjóléti Minisztérium.

- Parrish, M., & Perman, J. (2004). Munchausen syndrome by proxy: Some practice implications for social workers. *Child and Adolescent Social Work Journal* 21, 137–154. <https://doi.org/10.1023/B:CASW.0000022728.04135.1>
- Prabhu, A., Abaid, B., Sarai, S., Sumner, R., & Lippmann, S. (2020). Munchausen syndrome. *Southern Medical Journal*, 113(4), 198–200. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001079>
- Roberts, L., & Carmichael, V. (1999). Munchausen syndrome by proxy: A care and protection social worker's perspective. *Social Work Now*, 4, 15–22.
- Şahin, A., Dalgıç, N., Tekin, A., Kenar, J., & Yükcü, B. (2020). Munchausen by proxy syndrome associated with fecal contamination: A case report. [Fekal Kontaminasyon ile Ortaya Çıkan Münchhausen by Proxy Sendromu: Bir Olgu Sunumu]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 31(3), 212–215. <https://doi.org/10.5080/u25018>
- Unal, E. O., Unal, V., Gul, A., Celtek, M., Diken, B., & Balcioglu, İ. (2017). A serial Munchausen syndrome by proxy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(5), 671–674. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.217017>
- Vennemann, B., Perdekamp, M. G., Weinmann, W., Faller-Marquardt, M., Pollak, S., & Brandis, M. (2006). A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. *Forensic Science International*, 158(2–3), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.07.014>
- Weber, B., Gokarakonda, S. B., & Doyle, M. Q. (2022). *Munchausen syndrome*. StatPearls Publishing.