

Jarosław Jagieła

Szczególny rodzaj ukrytej przemocy wobec dziecka. Zastępczy Syndrom Münchhausena

Destrukcyjność, jaka wiąże się z cielesnością człowieka, przybiera niejednokrotnie bardzo podstępne i dalekie od jednoznaczności formy¹. Agresja, jak również wynikająca z niej autoagresja, jest wielce złożoną klasą zachowań, której jakże często nie da się wyjaśnić za pomocą prostych motywacji oraz łatwych czy prozaicznych uwarunkowań. Psychopatologia – bo w obrębie tej dziedziny wiedzy będziemy się tu głównie poruszać – zna wiele tego rodzaju przykładów, gdzie powody powstawania określonych zaburzeń psychicznych należy uznać za dalekie od pełnego rozstrzygnięcia.

Opisany poniżej przejaw ukrytej przemocy wobec dziecka jakże dobitnie poświadcza tezę o psychofizycznej jedności człowieka. Potwierdza liczne obserwacje świadczące o tym, że przemoc fizyczna wobec dziecka zawsze niesie ze sobą głębokie konsekwencje psychologiczne. Z kolei nadużycia emocjonalne posiadają zazwyczaj skutki somatyczne. Nie trzeba nikogo przekonywać, że obie te formy dziecięcej krzywdy niszczą równocześnie sferę duchową zarówno sprawcy, jak i ofiary przemocy. Prezentowany tu artykuł jest próbą ukazania pewnych aspektów jednej z mniej znanych i traktowanych dotąd marginalnie w polskim piśmiennictwie naukowym rodzajów ukrytej autoagresji skierowanej wobec dziecka – jednostki klinicznej umykającej przypuszczalnie jakże często uwadze specjalistów, mających skądinąd, z racji wykonywanego zawodu (lekarzy i psychologów, pedagogów i nauczycieli, pracowników socjalnych itd.), obowiązek dostrzegania różnorodności dziecięcej niedoli. Mowa jest o wykorzystywaniu ufności oraz bezbronności dziecka w ukryty, pod pozorami starań o jego dobro, sposób.

Oblicza autoagresji

Pojęcia agresji i przemocy ze względu na ich wieloznaczność są dość trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Z jednej strony są to terminy w jakimś sensie pokrewne, ponieważ dotyczą podobnych stanów i zachowań psychicznych, a z drugiej jednak strony różnią się co do przyczyn, skali i skutków tych negatywnych zachowań w odniesieniu do ludzi. Mówi się więc, że agresja to:

Zachowanie zmierzające do wyładowania niezadowolenia lub gniewu na osobnikach lub rzeczach².

Z kolei pedagodzy definiują agresję jako

działanie skierowane przeciwko ludziom lub przedmiotom wywołującym u osobnika niezadowolenie lub gniew. Celem agresji jest wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji³.

Biologowie określają wspomniane pojęcie w sposób następujący:

Zachowanie ograniczające swobodę drugiego osobnika albo skierowane przeciw jego zachowaniu lub życiu⁴.

Psycholodzy z kolei chcą widzieć w agresji

formę inicjowanego ataku wyrządzającego szkody fizyczne lub moralne określonym osobom lub grupom społecznym⁵. Ekstremalną formą agresji jest okrucieństwo, tj. działanie niszczące fizycznie lub psychicznie żywą istotę⁶.

Natomiast przemoc, według definicji przyjętej w *Słowniku Języka Polskiego PWN*, jest to

² M. Szymczak, *Słownik Języka Polskiego*, t. 1, Warszawa 1988, s. 17.

³ W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1984, s. 17.

⁴ B. Sadowski, J. Chmurzyński, *Biologiczne mechanizmy zachowania się*, Warszawa 1989, s. 432.

⁵ Z. Skorny, *Psychologiczna analiza agresywnego zachowania się*, Warszawa 1968, s. 114.

⁶ *Agresja i przemoc we współczesnym świecie*, red. J. Kuźma, Z. Szarota, Kraków 1998, s. 102.

siła przeważająca czyjąś siłę, fizyczna przewaga wykorzystywana do czynów bezprawnych dokonywanych na kimś; narzucona bezprawnie władza, panowanie; czyny bezprawne, dokonywane z użyciem fizycznego przymusu; gwałt⁷.

Psycholodzy skłonni są

nazywać przemocą wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji⁸.

Należy tu zauważyć, że jednym z głównych pytań psychologów jest pytanie o genezę agresji i jej społeczny status. Zagadnienie, czy agresja jest instynktem wrodzonym czy kulturowo wyuczonym pozostaje nierozstrzygnięte empirycznie, mimo wielkiej popularności koncepcji K. Lorenza, zgodnie z którą „agresja jest istotnym elementem organizacji instynktów chroniącej życie”⁹.

Znany polski badacz psychologii agresji A. Frączek pisze, iż

agresją nazywa się czynności mające na celu zrobienie szkody i spowodowanie utraty cenionych społecznie wartości, zadanie bólu fizycznego lub spowodowanie cierpienia moralnego innemu człowiekowi¹⁰.

W komentarzu do wywodów E. Aronsona na temat agresji A. Frączek wskazuje na wieloznaczność samego terminu „agresja”, jego różną konotację w zależności od tego, czy rozważamy źródła czy też następstwa zachowań agresywnych i wspomina, iż agresja czasami zastępowana jest określeniem „stosowanie przemocy”¹¹. Odwołując się do prakseologii zauważamy, iż rozróżnia ona te dwa pojęcia.

⁷ M. Szymczak, *Słownik Języka Polskiego*, t. 2, Warszawa 1982, s. 986.

⁸ I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1998, s. 14.

⁹ T. Pilch, I. Lepalczyk, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1986, s. 420.

¹⁰ A. Frączek, *Czynności agresywne jako przedmiot studiów eksperymentalnej psychologii społecznej*, w: *Studia nad psychologicznymi mechanizmami czynności agresywnych*, red. A. Frączek, Wrocław 1979, s. 13.

¹¹ Por. E. Aronson, *Człowiek – istota społeczna*, Warszawa 1978, s. 197.

Agresja to rozpoczęcie walki niszczycielskiej lub przejście w sporze słownym od argumentów rzeczowych do sprawiających przeciwnikowi przykrość¹²,

natomiast przemoc

rozumiana jest jako nacisk fizyczny (siła fizyczna) albo zastosowanie bodźców chemicznych, elektrycznych itp., który sprawia, że podmiot działania jest wtrącony w sytuację przez nikogo niepożądaną i staje się przedmiotem czyjegoś działania.

Okolicznością odróżniającą te dwa zjawiska od siebie według zdania R.M. Kaliny – jest fakt, iż w akcie agresji prawie zawsze potencjalnie zaangażowane są dwie strony, podczas gdy przemoc jest jednostronna¹³. Agresja najczęściej jest skierowana na inne osoby i wówczas mamy do czynienia z agresją fizyczną bądź słowną. Agresja może też być skierowana na własną osobę w postaci psychicznej (emocjonalnej) lub fizycznej (np. autoagresja czy autodestrukcja).

Warto nadmienić, że w przypadku autoagresji granica między powszechnymi i społecznie akceptowanymi formami autodestrukcji a tymi, które są objawem zaburzeń psychicznych nie jest wcale jednoznaczna oraz nie budząca wątpliwości. Sięgając do najbardziej zamierzchłych dziejów okazuje się, że agresja skierowana na samego siebie była częścią różnego rodzaju religijnych i plemiennych rytuałów w kulturach, które obecnie określamy jako prymitywne. W wielu wierzeniach od hinduizmu, szamanizmu, sufizmu (jako pewnej mistycznej odmiany islamu) czy marokańskiego bractwa Hamadsza, autoagresja stanowi istotny element religijny. W chrześcijaństwie średniowieczni biczownicy, którzy pojawili się we włoskiej Perugii już w 1260 roku, mogli odpowiadać takim kryteriom¹⁴. W wieku XIV oraz XV traktowano flagelantów ze szczególną czcią, gdyż przyjmowano, że mają oni w ten sposób moc odwracania epidemii, wszelakich plag i samej śmierci. Współczesność jest jednak znacznie bogatsza w różnorodne formy społecznie akceptowa-

¹² T. Pszczołkowski, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Wrocław 1978, s. 12: hasło „agresja” i s. 194: hasło „przemoc”.

¹³ Por. T. Pilch, I. Lepalczyk, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1986, s. 421.

¹⁴ W obecnej chwili Kościół katolicki nie akceptuje podobnych praktyk.

nej autoagresji. Od przesadnej dbałości o swój wygląd, który ma się upodobnić do jakiegoś ideału piękna przejawiającego się zarówno nadmiernymi kulturystycznymi ćwiczeniami fizycznymi (*bodybuilding*) mającymi na celu kształtowanie i formowanie ludzkiego ciała, jak i wynaturzonymi typami sportu czy stosowaniem skrajnej diety. Nie bez znaczenia pozostają także operacje plastyczne, operacyjna zmiana płci w przypadku transseksualistów czy korygowanie uzębienia poprzez obciążające organizm aparaty korekcyjne, w których – jak twierdzą niektórzy – współczesny chirurg plastyczny urasta do miana najprawdziwszego szamana, który przy pomocy magicznych zbiegów przywraca młodość i powab ciała. To także wykonywanie tatuaży, skaryfikacja¹⁵, tj. umyślne kaleczenie ciała w taki sposób, aby powstały na nim blizny, nakłuwanie ciała i umieszczanie w niecodziennych miejscach kolczyków (*piercing*) oraz szereg innych podobnych zachowań. Nie należy również zapominać o wielu ekstremalnych sportach, jeździe samochodem lub motocyklem z nadmierną prędkością czy braku ostrożności w podejmowaniu różnorodnych codziennych czynności lub działań zawodowych (np. na budowie). Przykłady można mnożyć w nieskończoność. Zmierzają one zawsze do urzeczowienia i traktowania przez współczesnego człowieka ciała w sposób instrumentalny. Trudno nie odnieść czasem wrażenia, że nie czuje się w nim zbyt dobrze.

Nasze zainteresowanie skupimy jednak głównie na autoagresji będącej przejawem zaburzeń psychicznych. Wyróżnić można w takich przypadkach autoagresję bezpośrednią (bicie, samookaleczenie, samooskarżanie) oraz pośrednią (jednostka wymusza, prowokuje i poddaje się agresji innych). Można mówić także o podziale na autoagresję werbalną i niewerbalną. Autoagresja werbalna polega na zaniżaniu swej samooceny, na przykład poprzez wmawianie sobie własnej małej wartości, częstą krytykę siebie i swojego zachowania. Autoagresja może mieć też jawny lub ukryty charakter, jak również postać ciężką lub łagodną.

Pod pojęciem autoagresji jawnej rozumie się akty samouszkodzenia, na przykład pocięcie się brzytwą lub innymi ostrymi przedmiotami, uderzanie się, narażanie się na poparzenie i wiele podobnych działań. Do samouszkodzeń dochodzi naj-

¹⁵ Od ang. *Scar* – blizna.

częściej w stanach wewnętrznej pustki, napięcia, rozpacz i depresji¹⁶.

Najczęściej są to powtarzające się przypadki okaleczeń własnego ciała nie prowadzące jednak do śmierci. Choć jednocześnie samobójstwo uznać musimy za najbardziej drastyczny i ostateczny w swych skutkach przejaw autoagresji. Przyczyną jest chęć uwolnienia się – przynajmniej w niektórych przypadkach – od dojmującego poczucia winy, a do samookaleczeń dochodzi często w zmienionych stanach świadomości. W stanach silnego psychicznego napięcia, pod wpływem nagłego impulsu, który wywołuje rodzaj oszołomienia i powoduje utratę poczucia kontroli nad sobą. Natomiast

ukryta autoagresja jest zaburzeniem psychicznym, które polega na tym, że dana osoba stymuluje lub sztucznie wywołuje objawy choroby¹⁷.

Może to dotyczyć chorób układu trawiennego, krążeniowego, krwiotwórczego, moczowo-płciowego, endokrynnego i szeregu innych. Kobiety, częściej niż mężczyźni, kierują swoją agresję ku sobie. I choć przyczyn tego stanu rzeczy jest zapewne wiele, to fakt specyficznie kształtującej się tożsamości kobiet, ich struktury Ja oraz istnienie pewnych wymogów społecznych nie jest tu bez znaczenia. Autoagresja, podobnie jak agresja jawna, służy głównie złagodzeniu wewnętrznego napięcia, próbie kontroli swoich emocji oraz agresywnych uczuć stanowiących zagrożenie, czy ochronie ważnych wartości, stąd przemoc dana osoba skierowuje na siebie. Granica między przemocą jawną i ukrytą nie jest wyraźna. Ukryta agresja może przejść w jawną lub na odwrót, a także obie te formy mogą występować jednocześnie. Jednym z rodzajów ukrytej autoagresji jest zespół objawów, które określa się jako Syndrom Münchhausena.

¹⁶ A. Eckhardt, *Autoagresja*, Warszawa 1998, s. 7.

¹⁷ Tamże, s. 7.

Zespół Münchhausena

Na początku wyjaśnijmy etymologię stosowanego tu terminu. Pochodzi on od nazwiska barona Karla Friedricha Hieronymusa von Münchhausena (1720-1797), niemieckiego oficera na żołdzie rosyjskim, który brał udział w walkach z Turkami, a później osiadł na stałe w Hanowerze, gdzie zasłynął z barwnych i nieprawdopodobnych opowieści o swoich nadzwyczajnych dokonaniach oraz licznych przygodach. Historie te, choć w dużym stopniu absurdalne, na przykład, że wydobył się z bagna ciągnąc się z całej siły za włosy lub siedząc okrakiem na kuli armatniej szybował w powietrzu jak ptak, czy że dwukrotnie już w swoim życiu odwiedził Księżyc, zawierały jednak czasem elementy realistycznego opisu oraz cenne ironiczne obserwacje rzeczywistości. Twierdzi się, iż wspomniane opowieści i ich duże powodzenie mogły być reakcją na chłodny realizm doby Oświecenia¹⁸.

Syndrom Münchhausena, opisany w roku 1951 przez R. Ashera, jest natomiast jedną z poważniejszych chorób psychicznych, zbliżonych do *pseudologia phantastica*, której przyczyn należy doszukiwać się w licznych zaburzeniach osobowości¹⁹. Mogą to być tak zwane zaburzenia z pogranicza (*borderline*), jak również zaburzenia antyspołeczne, narcystyczne czy typu histrionicznego. Zespół ten cechuje się trwałym przeświadczeniem o własnych somatycznych problemach – choć nie znajduje to potwierdzenia w obiektywnych wynikach badań – i usilnym domaganiu się oraz staraniach ich leczenia. Zachowania takie wyrażają się też chęcią deformacji swego organizmu. Inną cechą schorzenia jest częste chorobliwe fantazjowanie i epatowanie otoczenia swoimi niecodziennymi dolegliwościami. Są to osoby, które próbują kompensować sobie w ten sposób zaburzenia w sferze przeżywania Ja oraz poczucia własnej wartości. W okresie dzieciństwa bywały najczęściej zaniedbywane i maltretowane. Czują się gorsze oraz bezwartościowe w stosunku do innych. Ich zaburzone zachowanie pozwala im unikać kon-

¹⁸ Por. W. Kopaliński, *Słownik mitów i tradycji kultury*, Warszawa 1985, s. 718.

¹⁹ W klasyfikacji klinicznej ICD-10 występuje pod kategorią: „Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych” (F68. 1).

frontacji z realistycznym obrazem siebie czy domniemanym przekonaniem o swojej niedoskonałości. Chorzy najczęściej odwiedzają liczne szpitale, przekonując personel o konieczności farmakologicznego, a nawet operacyjnego leczenia. Kolekcjonują wyniki wielu badań, różnorodnych medycznych diagnoz oraz posługują się nimi instrumentalnie w celu skłonienia personelu do podjęcia natychmiastowego leczenia. Zachowanie to ma niewiele wspólnego z typową symulacją, gdzie korzyści mają jednak charakter głównie rzeczowy (np. zwolnienie od służby wojskowej lub odpowiedzialności karnej, uniknięcie konsekwencji swojego nieodpowiedzialnego postępowania itd.). Choć trudno zaprzeczyć, że istnieje pewne podobieństwo między zwykłymi oszustami a osobami cierpiącymi na opisywany powyżej syndrom, to jednak w przypadku omawianego przez nas zespołu można mówić jedynie o korzyściach psychicznych i emocjonalnych. W odróżnieniu od typowych przypadków symulacji, chorzy często jeszcze przed ujawnieniem charakteru ich zaburzenia, opuszczają placówkę leczniczą, by wkrótce poszukiwać miejsca w innym szpitalu i prezentować te same lub inne objawy²⁰. Wśród mechanizmów obronnych psychiki dominuje silne zaprzeczanie rzeczywistości. Ujawniają go najczęściej mężczyźni. Natomiast w odniesieniu do poniższej zastępczej odmiany tego syndromu udział kobiet staje się ponownie pierwszoplanowy, tak jak we wszystkich pozostałych odmianach autoagresji.

Zastępczy Zespół Münchhausena

Zastępczy Zespół Münchhausena, nazywany też Rozszerzonym Zespołem Münchhausena lub Zespołem Münchhausena per procuram (ang. MbpS – *Münchhausen syndrome by proxy*, FDP – *Factitious Disorder by Proxy*) dotyczy wywoływania objawów opisywanych powyżej u swoich dzieci. Na tę odmianę syndromu cierpią najczęściej matki, które sprawiając wrażenie bardzo troskliwych, jednocześnie wzmacniają lub wyolbrzymiają istniejące dolegliwości albo wywołują objawy w identyczny sposób, jak ma to miejsce w przypadku zespołu Münchhaus-

²⁰ Takie zachowanie bywa nazwane: (ang.) *doctor-shopping* lub (niem.) *Krankenhauswandern*.

na. Nierzadko doprowadzają do umieszczenia dziecka w szpitalu, dostarczając fałszywych informacji lekarzowi, domagając się przeprowadzenia badań, zabiegów lub operacji. Bezwzględnie i z dużą skutecznością dążą do własnego zaspokojenia emocjonalnego, który wyraża się obrazem „matki z ciężko chorym dzieckiem”. Szybko zaprzyjaźniają się z personelem medycznym, wykazując jednak wobec niego więcej współczucia niż wobec własnego dziecka. Potrafią dla przykładu prowokować liczne dolegliwości, wstrzykując dzieciom różne substancje chemiczne lub wystawiając rozebrane na kłkustopniowy mróz. Doprowadzają w ten sposób niejednokrotnie dziecko do poważnych chorób, a nawet śmierci. Personel zauważa u tego rodzaju matek ponadprzeciętną wiedzę medyczną, bardzo dobre rozeznanie choroby dziecka, chęć uczestnictwa we wszelkiego rodzaju zabiegach i chęć bycia w ten sposób wręcz częścią zespołu leczącego oraz wnikliwe nadzorowanie wszelkich procedur medycznych. Zauważono, że

w jednej trzeciej reprezentują zawody związane z medycyną – są pielęgniarkami, asystentkami medycznymi, obsługują rentgen²¹.

W przypadkach, gdy lekarz zaczyna podejrzewać charakter wspomnianego zachowania i dochodzi do nieuchronnej konfrontacji, matka najczęściej wszystkim gorączkowo zaprzecza, odmawia konsultacji psychiatrycznej i natychmiast opuszcza placówkę zabierając dziecko ze szpitala.

Zachowanie dziecka znamionuje milczenie i specyficzne porozumienie z matką. Są to najczęściej dzieci młodsze, gdyż starsze trudniej jest wciągnąć w tego rodzaju mistyfikację i mogłyby ujawnić oszustwo oraz istotę nadużycia. W niektórych przypadkach starsze dziecko jako ofiara bywa w swoistej zmowie z rodzicem, ponieważ rola chorego może być czasem jedynym sposobem doświadczenia przez nie akceptacji ze strony opiekunów. Jest to swoista emocjonalna gra psychologiczna, którą prowadzi. Nie chce, nie potrafi, ale również nie ma dostatecznie dużo siły, aby przeciwstawić się matce tworzącej mu dziwny i wyizolowany świat. Każde dziecko znamionuje przeświadczenie – a ten rodzaj dziecięcych ofiar przemo-

cy doświadcza tego w szczególności – że wszystko, co robią lub mówią rodzice jest słuszne i prawdziwe. Stąd też nierzadko dziecko, będąc ofiarą podstępnej przemocy (podobnie jak w znanym Syndromie Sztokholmskim) chroni rodziców i zataja prawdę przed pracownikami służb medycznych czy społecznych, którzy przecież mogliby mu pomóc. Może ukształtować się w nim przekonanie, że ich własne ciało nie należy do niego, tylko do matki, która może z nim zrobić wszystko, co tylko uzna za właściwe. Skutki, jakie są udziałem dziecka, nie dotyczą tylko sfery fizycznej, gdzie doświadcza ono najbardziej ewidentnego uszczerbku – a nie można zapominać, że około dziesięciu procent dziecięcych ofiar tego zespołu kończy się śmiercią²² – ale także psychiki ze wszystkimi cechami osoby maltretowanej. Można domniemywać, że w przyszłości mogą stać się sprawcami przemocy o podobnym charakterze, gdyż matki cierpiące na omawiany zespół kliniczny kiedyś doświadczyły takiej samej krzywdy, a obecne zachowanie jest nie do końca świadomą próbą poradzenia sobie z ich własnym urazem²³. Matki posługują się dzieckiem dla uzyskania jakiejś wewnętrznej równowagi, a gdy ich postępowanie zostanie odkryte nierzadko załamują się i podejmują próbę samobójczą. Patrząc na system rodzinny, w tego rodzaju przypadkach łatwo dostrzec, obok przejawiającej zaburzenia matki, biernego i podporządkowanego męża, który nie chroniąc dziecka, staje się w ten sposób cichym współsprawcą przemocy. Czasami biernymi uczestnikami tego procederu stają się też inni członkowie rodziny (np. rodzice matki czy teściowie, starsze rodzeństwo ofiary itd.). Bywa też tak, że ojciec jest osobą obojętną emocjonalnie, rzadko odwiedza dziecko w szpitalu lub nie robi tego wcale i jest nieświadomy zachowania żony. Dopiero poinformowany o całym problemie zmuszony jest do stawienia czoła rozgrywającej się tragedii. Zauważalne jest nierzadko napięcie w relacjach małżeńskich, co uświadamia konieczność podjęcia terapeutycznych rozwiązań systemowych dotyczących całej uwikłanej w problem rodziny.

²² Por. tamże, s. 48.

²³ Uraz to przykre doświadczenie, na które dana osoba nie była w stanie zareagować lub odpowiednio go przepracować. Stąd też często wypiera je ze świadomości. Uraz działa w taki sposób, że osoba wydaje się być stale konfrontowana z tym doświadczeniem.

Ze zrozumiałych względów diagnozowanie tego rodzaju przypadków, jak również interwencja prawna wymagająca niezbitych dowodów, nie jest rzeczą prostą. Nieodzownym elementem jest tu również odpowiednia wiedza na temat omawianego zespołu ze strony personelu medycznego. Brak jak dotąd szerszych i rzetelnych badań dotyczących omawianego syndromu chorobowego. Poniżej zaprezentowane zostaną dość fragmentaryczne i wycinkowe badania odnoszące się do tego zagadnienia w sposób pośredni oraz nie upoważniające do daleko posuniętych uogólnień. Przeprowadzone skategoryzowane wywiady i ankietowe badania audytoryjne składające się z 25 pytań wśród grupy 38 czynnie pracujących lekarzy pediatrów z terenu miasta Częstochowy i sąsiednich gmin ujawniło, że badani spotykają się ich zdaniem często lub bez poważnego powodu z przypadkami matek zgłaszających bez ważnego powodu z dziećmi do poradni²⁴. Oto niektóre z tych wyników. Aż 97% lekarzy stwierdziło takie fakty. Są to przypadki stosunkowo częste, gdyż aż 73% lekarzy zetknęło się z podobnymi sytuacjami częściej niż cztery razy w swojej praktyce zawodowej. W tym 30% zauważyło wtedy sprzeczność wyników badań z podawanymi przez matkę objawami choroby. Charakteryzując cechy tego typu matek, lekarze wskazywali na nadopiekuńczość, obawy o chorobę dziecka wynikającą z podobnych schorzeń w otoczeniu dziecka lub brak wiedzy na temat specyficznych objawów dla danego etapu rozwojowego, a także niepewność w wypełnianiu roli matki. Symptomy sugerowane przez matki, które nie miały obiektywnych podstaw w ocenie lekarza to: kaszel (27,27% przypadków), duszność (18,18%), bezsenność (12,5%), gorączka (10,22%), ataki padaczki (1,13%) oraz inne objawy (30,68%). W takich wypadkach lekarze najczęściej zwracali uwagę matkom na bezpodstawność ich zachowania (30,18%) lub konsultowali się z innym specjalistą (28,30%), brak reakcji występował tylko u niecałych 2% lekarzy. Badani pytani, czy potrafiliby prawidłowo zdiagnozować przypadek Zastępczego Zespołu Münchhausena, stwierdzili w granicach od 1 do 50%, że umieliby to uczynić. Okazuje się więc, że w najlepszym przypadku, tylko co drugi lekarz

²⁴ Por. E. Borowczyk, *Patologiczny obraz świata matki i dziecka z Zastępczym Zespołem Münchhausena. Próba identyfikacji problemu na podstawie relacji lekarzy pediatrów*, (niepublikowana praca magisterska), Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, 2007.

pediatra ocenił, iż posiada odpowiednią wiedzę i kompetencję, aby wzmiarkowany zespół rozpoznać. Jednocześnie niemal 90% stwierdziło, że dokładnie z tego rodzaju syndromem zetknęło się w swojej praktyce lekarskiej, tylko nieco ponad 10% nigdy nie miało z nim do czynienia. Łatwo zauważyć tu pewną niekonsekwencję, którą trudno wytłumaczyć inaczej, jak tylko ignorancją części badanych.

Zakończenie

W ostatnim okresie wzrasta zainteresowanie tym dziwnym i bezprecedensowym zespołem chorobowym. Świadczy o tym ilość filmów popularyzujących problem oraz publikacji książkowych dostępnych szerokiemu kręgowi czytelników. Jedną z nich stała się relacja Julie Gregory, ofiary matki dotkniętej Zastępczym Zespołem Münchhausena²⁵. Jej dzieciństwo, dalekie od zabaw z rówieśnikami, przebiegało w dziwnym i zimnym świecie szpitali oraz gabinetów lekarskich. Wśród wymyślonych chorób oraz personelu medycznego, który bezwiednie – w skutek swojej nieświadomości i braku kompetencji – przyczyniał się do jej cierpienia. Dzieciństwo składające się z kolejnego opuszczonego dnia w szkole, następnego lekarza czy gabinetu medycznego lub szpitala. Matka sugerowała kolejne skomplikowane badania, a nawet operację na otwartym sercu. Specjaliści nie potrafili ustalić przyczyn złego samopoczucia dziewczynki, która czuła się coraz bardziej chora dopóki w wieku 16 lat nie trafiła w konsekwencji do rodziny zastępczej. Przypadek ten uświadamia, że lekarze, nabywając w czasie studiów odpowiednią wiedzę na ten temat, powinni niejednokrotnie zmienić swoje nastawienie do pacjentek domagających się leczenia swoich dzieci mimo normalnych wyników badań. Nie mogą jednak popaść w takich sytuacjach w łatwą reakcję obwiniania kobiet za ich postępowanie, uznając je za złe matki, pamiętając, że mają do czynienia z osobą dotkniętą poważnym zaburzeniem psychicznym.

Ważne znaczenie w pomocy osobom cierpiącym na Zespół Münchhausena, zarówno w swej podstawowej, jak i rozszerzonej formie, spełnia dobra diagnoza kliniczna. Ważne jest, aby

²⁵ Por. J. Gregory, *Mama kazała mi chorować*, Warszawa 2005.

wszelkie zachowania autoagresywne, nawet te najdrobniejsze, nie były lekceważone czy pomijane. Pozornie niewinne czy mało znaczące objawy świadczą mogą bowiem o poważnych zaburzeniach psychicznych lub też w konsekwencji prowadzić do nich. Dotyczy to nie tylko personelu medycznego, choć jego rola jest tu bezsprzeczna, ale również szeregu innych zawodów związanych z pomocą psychologiczną, pedagogiczną lub socjalną. Jak wykazały cytowane tu badania, stan wiedzy lekarzy, mających z racji swojej specjalności, tj. pediatrii, największe znaczenie dla wczesnej diagnozy Zastępczego Zespołu Münchhausena może być daleki od zadowalającego. Nakłada to na ośrodki kształcenia i doskonalenia medycznego konieczność efektywnego poszerzenia swojej oferty edukacyjnej o treści dotyczące omawianych zaburzeń. Dobra diagnoza nie może jednak obejść się bez efektywnych procedur psychoterapeutycznych.

Wydaje się, że najefektywniejszym sposobem terapii osób dotkniętych Zespołem Münchhausena, podobnie zresztą jak i innych form autoagresywnego zachowania, jest podejście o charakterze psychodynamicznym. Ten mający najdłuższą tradycję, bo wywodzący się z psychoanalizy, paradygmat postępowania leczniczego pozwala dotrzeć do ukrytych urazów, deficytów emocjonalnych czy konfliktów wewnętrznych, będących przyczyną autodestrukcji²⁶. Wspomniane podejście pozwala też powiązać te fakty z historią życia danego pacjenta. Istnieje prawdopodobieństwo, że w przypadkach opisywanego przez nas syndromu wyrażającego się ukrytą przemocą wobec dziecka, możemy mieć do czynienia z głębokimi zaburzeniami struktury ego, która nie różnicuje Ja (*self*) od obiektu (w tym wypadku dziecka). Pamiętając też o tym, że opisywanemu przez nas zespołowi objawów towarzyszy brak świadomości co do przyczyn ujawniającego się szkodliwego zachowania, pomocnym obszarem terapii może okazać się też arteterapia²⁷. Wytwory terapii opartej na sztuce mogą pomóc w wyrażeniu przez daną osobę swoich ukrytych psychicznych problemów, a także określić i pokazać postępy, jakie niesie ze sobą dana procedura leczenia. Nie bez znaczenia może okazać się też podejście

²⁶ Por. P. Kutter, *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych*, Gdańsk 1998.

²⁷ Por. E.J. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2003.

systemowe w psychoterapii, gdyż obejmuje nie tylko osobę wykazującą powyższe zaburzenie, ale także całą rodzinę pacjenta. Nie można tu zapominać o samym dziecku, które bez swojej woli stało się uwikłaną w chorobę matki ofiarą zaburzenia najbliższej sobie osoby.

Dobrze prowadzona socjoterapia polegająca na uczestnictwie w grupie terapeutycznej powinna skutecznie poprawić realne funkcjonowanie jednostki w szerszym kontekście społecznym. Również terapia skoncentrowana na ciele pozwoli zapewne znaleźć lepszy kontakt ze swoimi zasobami psychicznymi i ujawniającymi się problemami emocjonalnymi, lepiej poznać oraz akceptować własne ciało²⁸. Niektóre nurty psychoterapii humanistycznej, w szczególności terapia Gestalt, próbująca w sposób zintegrowany szukać związków między strukturą Ja a ciałem osoby wymagającej pomocy, dostarczą cennych wskazówek i procedur leczniczych mogących pomóc tym wszystkim, którzy w sposób tak bolesny, choć jakże często nieświadomy, doświadczają swoich psychicznych problemów²⁹. Wśród wszystkich wymienionych tu orientacji psychoterapeutycznych jedynie terapia behawioralna budzi wątpliwości co do swojej skuteczności³⁰. Skupiona bardziej na zewnętrznych objawach zachowań, niż na dogłębnych analizach problemów wewnętrznych pacjenta, wydaje się zbyt powierzchowna w próbach leczenia tego rodzaju problemów. Nie byłbym jednak skłonny do tak jednoznacznego negowania wartości bliskich behawioryzmowi podejść kognitywnych, w szczególności zaproponowanej przez jednego z najbardziej skutecznych współczesnych psychoterapeutów A. Ellisa, procedury pod nazwą REBT³¹, która stwarza dogodne możliwości pracy z pacjentami zarówno w obszarze czysto poznawczym, jak i daje szansę sięgnięcia do problemów usytuowanych w głębszych emocjonalnych rejonach psychiki pacjenta. Natomiast czysto psychiatryczne leczenie farmakologiczne może okazać się użyteczne we wszystkich tych przypadkach, gdy zachowa-

²⁸ Por. A. Lowen, *Duchowość ciała*, Warszawa 1991.

²⁹ Por. J.I. Kepner, *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt*, Warszawa 1991.

³⁰ Por. A. Eckhardt, *Autoagresja*, dz. cyt.

³¹ REBT – racjonalno-emotywna terapia behawioralna, w: A. Ellis, *Terapia krótkoterminowa. Lepiej, głębiej, trwalej*, Gdańsk 1998.

niom autoagresywnym towarzyszą symptomy depresyjne lub zaburzenia psychotyczne.

Leczenie psychoterapeutyczne – stwierdza jedna z autorek – w połączeniu z farmakologicznym ma sens wtedy, gdy w samopoczuciu pacjenta przeważają stany depresyjne i tłumione agresywne napięcie. Wtedy – dzięki temu połączeniu – dotarcie do pacjenta może będzie łatwiejsze³².

Niestety osoby dotknięte Zastępczym Zespołem Münchhausen niechętnie poddają się psychoterapii, co znacząco zmniejsza szansę efektywnej pomocy zarówno sprawcom, jak i ofiarom tego rodzaju ukrytej przemocy wobec dzieci.

³² A. Eckhardt, *Autoagresja*, dz. cyt. s. 133.