

Ebeveyn Yoluyla Munchausen Sendromu Olgularında Sosyal Hizmetin Rolü

- Yrd. Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER*
- Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN*

Öz

Munchausen Sendromu, çocuk istismarının önemli bir formudur. Munchausen Sendromu, kişinin, bakım verdiği başka bir kişide fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguları, amaçlı olarak ortaya çıkarması ya da o kişide bu tür belirti ya da bulgular varmış gibi davranmasıdır. Erken tanı ve multidisipliner profesyonel müdahale çocuğun korunması ve hayatta kalması açısından çok önemlidir. Hemen tüm yayınlarda istismarcıların tamamına yakınının biyolojik anneler olduğu, annelerin çoğunda da duygusal ve psikiyatrik sorunlar tespit edildiği bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Munchausen Sendromu olgularının psiko-sosyal yönlerinin, aile özelliklerinin ve çocuk üzerine etkilerinin değerlendirilmesi, tanı konulması, çocuğun korunması ve istismarcının tedavisi sürecinde sosyal hizmet disiplininin profesyonel rollerini ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Munchausen sendromu, çocuk istismarı, sosyal hizmet .

Abstract

The Role of Social Work in The Cases of Munchausen Syndrome by Proxy

Munchausen Syndrome by Proxy is an important form of child abuse. Munchausen Syndrome is a disorder in which a person deliberately causes injury or illness to another person most often his or her child, usually to gain attention or some other benefit. Early diagnosis and multidisciplinary professional intervention are very important in protecting the child and also for his or her survival. Almost all the publications indicate that the abusers are mostly biological mothers, most of whom suffer from psychological and emotional problems. The purpose of this article is to present the professional roles of social work in the process of diagnosis and treatment, and psychosocial assessment of Munchausen Syndrome by Proxy over children.

Key Words: Munchausen by Proxy, child abuse, social work.

(*) Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü.

Giriş

Munchausen Sendromu, bakım veren yetişkin tarafından hastalık öyküsü yaratılarak, nedeni bulunamayan ısrarlı ve tekrarlayıcı, klinik bulgularla örtüşmeyen hastalık belirtilerinin oluşturulduğu bir çocuk istismarı formudur (Rosenberg, 1987; Senner ve Ott, 1989; Davis et al. 1998; Rocha, 2004; Polat ve Dokgöz, 2007). Bu tür olgularda çocuk, herhangi bir sorun olmadığı halde çoğunlukla anne ya da bakım veren tarafından hasta olduğu ileri sürülerek hastaneye getirilmektedir (Davis et al. 1998; Rocha, 2004; Polat ve Dokgöz, 2007). Bakım verenlerin neden olduğu bir yapay bozukluk biçimidir. Dolaylı olarak hasta rolünü benimsemek amacıyla istismarcı kişi bakım verdiği başka bir kişide fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguları amaçlı olarak ortaya çıkarır ya da o kişide bu tür belirti ya da bulgular varmış gibi davranır (American Psychiatry Association, 2000). Munchausen Sendromu'nu ilk kez Richard Asher, egzotik seyahatleri ve tamamıyla uydurma hikâyeleri ile ünlü 18.Yüzyıl'ın efsanevi Alman Baronu Munchausen'in ismini kullanarak 1951'de tanımlamıştır (Mercer ve Perdue, 1993; Parrish ve Perman, 2004). Asher'in sendrom tanımını takiben, hem yetişkinlerde, hem de çocuklarda karşılaşılan bu tanı kriteri, giderek artan bir biçimde fark edilmeye ve rapor edilmeye başlanmıştır (Sneed ve Bell, 1976). İngiliz Pediatrist Dr. Roy Meadow, 1977'de, çalıştığı iki olguda, ebeveynin çocuğun medikal durumuna ilişkin bulguları değiştirme düşüncesi ve girişimini fark etmesi ile Asher'in ortaya koyduğu kavramı, "Ebeveyn Yoluyla Munchausen Sendromu" (MSBP) olarak kavramlaşmıştır (Parrish ve Perman, 2004).

Munchausen Sendromu, çocuk istismarının ciddi bir formu olması nedeniyle, erken tanı ve profesyonel müdahale, çocukların korunması açısından çok önemlidir (Senner ve Ott, 1989). Munchausen Sendromu tanısı konulmadıkça ve yaygın olarak izlem altına alınmadıkça istismar devam edecektir (Polat ve Dokgöz, 2007). Böyle çok boyutlu ele

alınması gereken olguların aileleri ile çalışırken çok disiplinli bir yaklaşıma gerek vardır. Doğru tanı, uygun müdahale için her bir disiplinin katkısı önemlidir (Senner ve Ott, 1989). Çoğunlukla sendromun ilk farkına varan sosyal hizmet uzmanlarıdır. Multidisipliner ekipte; tıbbi personel, sosyal hizmet uzmanı ve polis yer alır (Polat ve Dokgöz, 2007; Parrish ve Perman, 2004; Rocha, 2004). Bu nedenle bu sendromun her bir boyutu açısından, bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel rollerinin transdisipliner ekip çalışması yaklaşımı çerçevesinde, tedavi ekibi tarafından da iyi derecede bilinmesi gerekir. Çünkü sosyal hizmet uzmanları giderek artan bir biçimde hastanelerde yapılandırılan çocuk koruma birimlerinde görevlendirilmektedirler ve istismar olgularının psiko-sosyal boyutunun değerlendirilmesinde, tanı konulmasında ve tedavisinde profesyonel bakış açısı ile önemli rolleri yerine getirmek için tedavi ekibi içinde yer almaktadırlar.

Munchausen Sendromu

Munchausen Sendromu, kişinin, bakım verdiği başka bir kişide fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguları amaçlı olarak ortaya çıkarması ya da o kişide bu tür belirti ya da bulgular varmış gibi davranmasıdır (Davis et al. 1998; Rocha, 2004; Polat ve Dokgöz, 2007). Bu sendromda kurban tipik olarak okul öncesi yaş grubunda olan, hatta konuşma becerisini tam olarak kazanamamış küçük çocuklardır (Kaplan ve Sadock, 1998; Sheridan, 2003). Meadow (1985) kendi izlediği olgulardan edindiği deneyimlerle çocuk açısından büyük tehlike içeren durumlara dikkat çekmektedir. Bunlar; çocuğun boğulması ya da zehirlenme durumları, 5 yaş altı çocuklar ve önceki kardeşlerde bez karyola ölümleridir. Munchausen Sendromunda yıllık insidans, 16 yaş altı çocuklar için yüzde 0.5 dir (Davis et al. 1998). Bilinen olguların % 6'sı ölmektedir, bu olguların % 25'inin kardeş ölümleri olduğu ve % 61'inin kardeşinin de kurbanına benzer hastalık öyküleri olduğu bildirilmektedir. Olguların % 57'sinde istismarcı, çocuktaki hastalık belirtilerini

aktif olarak oluşturmaktadır. Bu belirtiler çoğunlukla boğma, çocuğa ilaç verme veya zehirlenme biçimindedir. Bu tür olgularda en çok yaygın olarak rapor edilen medikal sorunların ise apne, anoreksiya, ishal ve nöbetler olduğu görülmektedir (Rocha, 2004).

Munchausen Sendromu dört ana özellikte tanımlanmaktadır (Rosenberg, 1987; Light ve Sheridan, 1990).

1. Çocukta hastalık belirtileri, bir ebeveyn ya da çocuğa bakım veren bir yetişkin tarafından oluşturulmaktadır.
2. Medikal değerlendirme ve tanılama aşamasında çocuğun hastalık belirtilerinin medikal açıdan tekrar tekrar değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır.
3. Hastalık belirtilerinin oluşmasına neden olan istismarcı ebeveyn, çocuğun hastalığı ile ilgili etiyolojisi bilgisini inkar etmektedir.
4. Çocuk, bakım veren yetiştikenden ayrı tutulduğunda belirtiler hızla düzelmektedir.

Munchausen sendromu olgularında hemen hemen tüm yayınlarda istismarcıların tamamına yakınının biyolojik anneler çok az bir kısmında ise bakıcı anne pozisyonunda olan kişilerin ya da çocuğu evlat edinmiş olan annelerin olduğu bildirilmektedir (Rosenberg 1987; Meadow 1989; Kaplan ve Sadock, 1998; Sheridan, 2003; Polat ve Dokgöz, 2007). Perdue (1988) izlediği olguların annelerinin 20 – 25 yaşlarında olduğunu ve çoğunda duygusal ve psikiyatrik sorunlar olduğunu bildirmektedir. Çocukta yapay belirtiler oluşturma özellikleri olan annelerin çoğu, çocuklarında oluşturdukları fiziksel şikayetlere benzer şikayetlere sahiptirler. İstismarcı annelerin ya da bakıcıların; iletişime açık, sorunlarla baş etmede istekli, genellikle zeki, tedavi ekibinin takdirini kazanacak derecede çocuğun bakımı ile ilgilenen ve hastalıklarla ilgili bilgili olma ve hatta sağlık sektöründe bazı işlerde çalışmış olma gibi

tipik özellikleri vardır (Makar ve Squier, 1990; Meadow, 1982). Meadow (1985), istismarcıda bulunan özellikleri ise düşük düzeyde anlama kavrama becerisine sahip olma, hastalık belirtileri üretme bağımlılığı, alkol ya da ilaç bağımlılığı ve yüzleştirme sonrasında da hastalık belirtileri oluşturmada ısrarcı olma gibi özellikler olarak bildirmektedir.

Hastalık belirtilerinin bakım veren tarafından oluşturulduğunu düşündüren durumlar şu şekilde belirtilebilir (Meadow, 1985; Guandolo, 1985; Jones et al. 1986; Parrish ve Perman, 2004):

- Nedeni bilinmeyen ve açıklanamayan, ısrarlı biçimde tekrarlayan, uzun süreli ve alışılmışın dışında özelliklere sahip hastalık belirtilerinin olması.
- Yapılan muayene ve tetkiklerin çocuk için çok ağrılı ve zor olmasına rağmen çocuğun defalarca hastaneye getirilmesi.
- Çocuğun genel sağlık durumu ile uyumsuz klinik belirtiler.
- Bu belirtilerin son derece nadiren karşılaşılan belirtiler olması ve tedavi ekibinde daha önce böyle bir durum ile karşılaşmadıkları duygusu ve düşüncesi yaratması.
- Tekrarlayıcı hastane yatışları ve değerlendirmelerin, hastalık belirtilerinin etyolojisi ve tanıya karar vermede yetersiz kalması.
- Medikal tedavi ekibi tarafından önerilmediği halde defalarca çocuğun taburcu edilmesini isteme.
- Çocuğun hastalığı ile ilgili olarak hemşire ya da doktorun endişe ettiği kadar ebeveynlerin endişe etmemeleri, çocuğun yanından kısa bir süre bile olsa ayrılmama ve çocuğun odasında rahat ve memnun olmalarına karşın genellikle tedavi ekibi ile açık bir iletişim kurmama.
- Çocuğun defalarca hastaneye getirilmesi, yapılan muayene ve tetkikler sonucunda hastalık

belirtilerini tanımlayacak bir tıbbi tanının konulamaması. Öyküde verilen hastalık belirtilerinin klinik bulgularla uyuşmaması.

- Ebeveyn tarafından çocuğun hemen her türlü gıda ya da ilaca karşı alerjisinin olduğunun iddia edilmesi.
- Uygulanan tedavinin belirtilerin düzelmesinde işe yaramaması ya da yetersiz kalması, medikal tedaviye ısrarlı bir biçimde yanıt alınmaması.
- Çocuk, bakım veren kişiden ayrıldığında belirtilerin hızla ortadan kalkması.
- Aşırı ihtiyatlı, tetikte olma, çocuğun tedavisi ile ilgili sürece ısrarlı biçimde katılma isteği, evden ilaç ya da yiyecek getirme, hastaneden ayrılmayı reddetme.
- İstismarcının, tedavi ortamında rahat görünüyormuş olması, bazen tedavi ekibinden birileri ile alışılmadık biçimde yakın işbirliği içinde hareket etmesi.
- Bazı ailelerde nedeni bilinmeyen ani bebek ölümlerinin olması. Ailenin, her bir aile üyesinin farklı ciddi medikal sorunları olduğunu ileri sürmesi.
- İstismarcının çocuğun hastalığının prognozu ile ilgili endişesi, semptomların şiddeti ile uyumsuz olması.
- Klinik semptomların tedaviye beklenen cevabı vermesi.
- Ailelerde çocukluk çağında ani ölümlerin var olması.
- Çocuğun tıbbi durumunun düzelmesi ile istismarcının anksiyete düzeyinin artması.
- İstismarcının, bilgisine başvurulduğunda veya verdiği bilginin tam ve geçerli olmadığı ispatlandığında savunmaya geçmesi ve hostile davranışlar sergilemesi.
- Çocuğun tıbbi durumunun aydınlatılması için ge-

rekli olabilecek bilgiler içeren daha önceki tıbbi raporların bir şekilde kaybolması ya da bulunamaması.

- Çocuğun istismarcı olmayan ebeveyninin tedavi sürecine nadiren katılması.

Munchausen Sendromu'nun diğer istismar formlarından nasıl ayırt edilebileceğiyle ilgili görüşler vardır. Munchausen Sendromu'nun çocuk istismarının diğer formları ile benzerlikleri olmasının yanı sıra, aile dinamiklerinin bazı özellikleri ve ebeveynlerin profesyonellerle birlikte hareket etme özellikleri gibi nedenlerle diğer istismar olgularının aile özelliklerinden farklı özellikler söz konusudur. Büyüme, gelişme geriliği ve duygusal istismar dışında fiziksel ya da cinsel istismar belirtisi yoktur. Bu aşamada ailenin öyküsünü dinlemek son derece yardımcıdır (Polat ve Dokgöz, 2007).

Munchausen Sendromu, ebeveynlerin tahriki, yanlış bildiri mi ya da hastalık semptomlarını kendi çocuklarında görmelerini kapsayan geniş bir spektrumdur. Yel pazenin bir ucunda fatal istismar vardır ki, buna kasti boğulmalar ve zehirlenmeler de dahildir (Davis et al. 1998; Polat ve Dokgöz, 2007). Bu sorunlar, ayrıca fiziksel istismar belirtisi gibi de görülebilir. Bazı olguların ele alınması, geçerli tedavi süreçlerine uymaması ve elde edilen sonuçların vasat olması gibi nedenlerle oldukça zor olabilmektedir. Tanının ertelenmesi, yeterli bulgunun olmamasına bağlıdır. Hem aile üyelerinde hem de profesyonellerde inkar ve aile içi dinamiklerle aile üyelerinin inkarı, istismarcıyı desteklemesi, sıklıkla tanı konulması sürecini uzatır. Bu istismarcılar, sağlık çalışanlarını ve sosyal hizmet kurumlarını yanıltmada doğasında var olan bir beceriye sahiptirler (Davis et al. 1998).

Bu tür olgularda çocuğun sağlığı, o ailede bakımı ve büyütülmesi ciddi biçimde risk altındadır. Olguların büyük çoğunluğunda istismar edilen çocuklar erkek ve bir yaşın altındadır. Fakat literatür-

de doğumdan on bir yaşa kadar olgular olduğu da bildirilmektedir (Mercer ve Perdue, 1993).

Meadow (1989) ebeveyn tarafından oluşturulabilen hastalık belirtileri ve oluşturulma biçimlerini şöyle ifade etmektedir.

Olguların Aile Dinamikleri

Çocuğa yönelik Munchausen Sendromu olgularında, bakım verenin çocuğa yönelik fiziksel

etkilerde bulunması ve dolaylı olarak da hastane ortamında yapılan birtakım testler çocuğun fiziksel olarak örselenmesine, ağrı ve acı çekmesine hatta ölmesine neden olabilmektedir (Meadow, 1989). Bu olgularda gerek annesi çocuğa ilaç vererek gerekse doktor annenin teşvik ve kışkırtması ile bir takım gereksiz tetkik ve muayeneler uygulayarak bir çeşit çocuk istismarına sebep olmaktadır (Polat ve Dokgöz, 2007).

Hastalık Belirtileri	Oluşturulma Biçimleri
Nöbet, apne krizi, baş dönmesi	Zehirlenme, havasız bırakma, karotid sinüs üzerine bası uygulama.
Kanama	Annenin kanı (özellikle vajinal tampondan alınan kan) çiğ et, renkli maddeleri çocuğa bulaştırma.
Ateş	Termometreyi ısıtma, ateş ölçüm çizelgelerini değiştirme, kontamine enjeksiyon materyallerini çocuğun damar yoluna sokma.
İshal	Laksatifler
Kusma	Tuz ya da emetik zehirlenmesi.
Hipertansiyon	Tansiyon ölçüm çizelgelerini değiştirme.
Döküntü	Deriyi kabarcık oluşacak biçimde kaşıma, dokuları yakan, aşındırıcı kostikler ve boyalar kullanma.
Böbrek taşı	Çocuğun idrarına önce kan bulaştırma ve sonra taş koyma.
Büyüme geriliği	Yiyeceklerden uzak tutma, çocuk hastanede ise yediklerini nazogastrik sonda ile emerek geri çıkarma.

Çünkü çocuklarda taklit edilir biçimde semptomlar oluşturma çok mümkün değildir (APA, 2000). Oluşturulan semptomların tipi ve şiddeti, öncelikle istismarcının tıbbi bilgi donanımına ve entelektüel durumuna bağlıdır (Parrish ve Perman, 2004).

Çocukta hasarın ne kadar olduğu çok açık değilse de bu süreç çocuğun ciddi biçimde psikolojik olarak örselenmesine neden olabilmektedir. Çocuğun duygusal gelişimi için gerekli olan temel güvenin bozulmasına neden olan bir etkisi vardır. Yaşlı büyük olan çocuklar annelerinin yalan söylemesine katılmak zorunda kalırlar. Kendi bedenleri ile ilgili gerçek durumu değerlendirme yetilerini kaybede-

bilirler. Hasta olmadıklarında annelerinin onları terk edeceğine ilişkin bilinçli ya da bilinç dışı korkuları vardır. Çocuklar sık sık hastaneye gitme ya da yatırılma nedeniyle okula devamsızlık söz konusu olduğundan diğer sosyal, psikolojik ve gelişimsel birçok sorun tıbbi soruna eklenebilir. Bazı yayınlarda bu çocuklarda kronik anksiyete, hiperaktivite veya aşırı korku ve negativizm (olumsuzluk) gibi belirtiler gözlemlendiği bildirilmektedir. Çocukların çaresizliği, pasif ve yardıma muhtaç olmayı öğrenmelerine neden olmaktadır. Çocuklar, bu özelliklerini yaşamlarının tüm alanlarına taşımaktadırlar (Sigal, Gelkopf ve Meadow, 1989; Mercer ve Perdue, 1993).

Munchausen Sendromunun çocuk istismarının diğer formları ile benzerlikleri olmasının yanında aile dinamiklerinin bazı özellikleri ve ebeveynlerin profesyonellerle birlikte hareket etme özellikleri diğer istismar olgularının aile özelliklerinden farklıdır. Munchausen Sendromu tanısı izlenen olguların aile özellikleri ile ilişkili psiko-sosyal faktörlerin saptanması konusunda geniş çaplı sistematik bir çalışma yoktur. Bazı çalışmalarda annelerin çocukluklarında ciddi ve yoğun yoksunluklar yaşadıkları ve cinsel istismara maruz kaldıkları bildirilmiştir. Anneler genellikle her şeyin üstesinden gelebilecek kadar yeterli ve ilgili görünmektedirler. Fakat gerçekte güvensiz ve bağımlıdırlar. Görünürde kendilerine duygusal ve sosyal kazanımlar sağlayacak aktivitelere katılıyor gibidirler. Genellikle evlilik ilişkileri bozuktur. Baba eve geldiğinde duygusal ve fiziksel olarak aile ve çocuktan uzak kalır. Çoğu zaman annenin eşinin kendisini boşayacağına ya da onu terk edeceğine ilişkin korkuları vardır. Bu durum annenin normal aktivitelerinin kısıtlanmasına ve engellenmesine de neden olmaktadır. Aile içi ilişkilerde karmaşa ve iç içe geçmişliklerin olması, aile üyeleri arasında ve alt sistemler arasındaki sınırların dağılmış olması dikkat çeker. Aile ilişkilerinde baskın olma ve boyun eğme temaları vardır. Baskın olmayan aile üyeleri açısından herhangi bir koruyucu mekanizma yoktur. Önceki kuşaklarda fiziksel, cinsel istismar temaları yaygındır.

Self psikolojisi bakış açısı ile annenin çocuğunu bir kendilik nesnesi olarak kullandığı, hastalık ortaya çıkaracak biçimde semptomlar uydurulmasıyla, çocuk bir bakıma annenin hasta olma ve bakıma gereksinimi olma duygularını aynalamaktadır (Rocha, 2004). Haddad ve arkadaşları (2002), annenin kişisel öyküsünde, çocuğunda oluşturmaya çalıştığı ya da olduğunu iddia ettiği benzer semptomların çok sıklıkla görülebildiğini bildirmektedirler.

Hotchkiss (1997) çocuğun fetişistik bir nesne olduğu fikrinden hareket ederek, annelerin kendi

örselenmişliklerini, incinmişliklerini çocuklarına yansıtarak ve çocuğun iyileşme temsilcisi olarak tekrar tekrar kendi kendini iyileştirebildiklerini ileri sürmektedir. Bu da obsesif kompulsif bozukluğun bazı özelliklerini aydınlatılabilir. Scheper-Hughes (2002) annenin bu davranışını, sosyal dünya ile iletişim kurmayı hissetme gereksinimi olarak kavramlaştırmaktadır ve annenin narsistik gereksinimlerine hizmet eden bir birincil ya da ikincil kazanç nesnesi olarak çocuğunu kullandığını ifade etmektedir.

Sosyal Hizmetin Rolü

Tıbbi tedavi ekibinin ve sosyal hizmet uzmanının sorumlulukları öncelikli olarak çocuğun sağlığını ve iyi olma halini korumaktır. Sosyal hizmet uzmanı, Munchausen Sendromu olgularında, tedavi ekibinin anahtar rol oynayan önemli bir üyesidir. Sosyal hizmet uzmanının birincil ve en önemli görevi, önemli noktalar dikkate alınarak ailenin kapsamlı olarak değerlendirilmesidir (Mercer ve Perdue, 1993; Parrish ve Perman, 2004). Kapsamlı bir sosyal inceleme, her türlü rapor ve kayıtlardan yararlanılarak, çocuğun ve istismarcının tıbbi, psikiyatrik, sosyal ve yasal yönlerden öykülerini içerecek biçimde yapılandırılmalıdır. Ayrıca bu sosyal incelemede evdeki diğer kardeşlerin medical ve psiko-sosyal yönlerden değerlendirilmesine de mutlaka yer verilmelidir (Parrish ve Perman, 2004). Sosyal hizmet uzmanı, aile sistemini bir inceleme mantığı çerçevesinde değerlendirir. Çünkü Munchausen Sendromu olgularının belirtilerinin fark edilmesi oldukça güçtür. Durum aydınlandığında çocuğun koruma altına alınması gerekebilir (Mercer ve Perdue, 1993). Bu durumda çocuk için en uygun olan koruma yöntemi, akrabalarının yanına yerleştirilmesinden çok, profesyonel bir koruyucu ailenin yanına yerleştirilmesidir (Parrish ve Perman, 2004). Süreç içerisinde ailenin bir bütün olarak ele alınması, diğer aile üyelerinin gereksinimleri

nimlerine ve psiko-sosyal sorunlarına yönelik müdahale planlarının hazırlanması ve ailenin uzun bir süre izlenmesi önemli ve gereklidir.

İstismar edilen çocukların tedavilerinde çok disiplinli yaklaşımlarla etkin sonuçlar alınabilmektedir. Tedavi kurumu perspektifinden bakıldığında, hastane çocuk koruma biriminde görevli olan sosyal hizmet uzmanı, çocuk ruh sağlığı uzmanı, adli tıp uzmanı, çocuğun tedavi gereksinimine göre değişebilecek diğer uzman hekimler, avukat, mahkeme ve il sosyal hizmetler müdürlüğünde görevli profesyonellerin işbirliği içerisinde çalışabilmelerinde önemli bir role sahiptir. Çünkü, tedavi ekibinin karşılıklı işbirliği içerisinde olması oldukça önemlidir (Parrish ve Perman, 2004). Süreç içerisinde her bir boyut açısından gelinen noktaların sosyal hizmet uzmanı tarafından her bir ekip üyesine aktarılması tedavi ekibinin koordinasyonunu ve etkinliğini arttırabilir. Sosyal hizmet uzmanının multidisipliner ekip çalışmasında üstlendiği bağlantı kurucu rolü, ilgili hizmet ağının çocuğun yararına etkin bir biçimde kullanımı açısından önemlidir (Anderson et al. 2002). Böylelikle, çocuğun güvenliği sağlanarak, tedavisinin planlı bir biçimde yürütülmesi ve hizmet tekrarının ya da hatalı elemaların önlenmesi gerçekleştirilebilir.

Sosyal hizmetin çocuk istismarı alanında etkili olabilecek bir diğer rolü de kaynak bulucu yanıdır. Kaynak bulucu rolü, müracaatçı ile toplum kaynakları arasındaki bağlantının kurulmasıdır. Çocuk istismarı alanında sosyal hizmet uygulamalarında etkili bir kaynak bulucu rolünün yerine getirilebilmesi, sosyal hizmet uzmanının çocuğu, çevresi içerisinde iyi bir biçimde değerlendirilmesi ve gereksinimlerinin belirlenmesine bağlıdır. Bu gereksinimlere yönelik hangi toplumsal kaynaklardan hangi koşullarda ve nasıl yararlanılabileceğinin, hangi profesyonellerle işbirliği yapılacağıının belirlenmesi de bu aşamada önemlidir (Ashman et al.

1999; Anderson et al. 2002). Sosyal hizmet uzmanı, değerlendirme sürecinin bir parçası olarak çocuğun gereksinimlerine ve yüksek yararına uygun bağlantıları kurmalı ve ilgili destek ve kaynakları harekete geçirmelidir. Bu süreçte genellikle çocuğun ve ilgili aile üyelerinin bu destek ve kaynaklardan yararlanmaları sırasında karar verme sürecine katılımlarına izin verilir.

Munchausen Sendromu gibi, karmaşık, tanılanması ve tedavisi zor olan ve ölüm riski taşıyan istismar durumlarında, sosyal hizmet mesleği kimi zaman vaka savunuculuğu gibi radikal yaklaşımları da kullanabilir. Adından da anlaşılacağı gibi vaka savunuculuğu tedavi sürecinde çalışılan bireyin yanında taraf olma anlamındadır. Bu vakalar birey, aile ya da bir küçük grup olabilir. Vaka savunuculuğu, genellikle bir birey ya da ailenin toplum içerisinde alışılmışın ötesinde karşılaştığı sorunların çözümlenmesinde birey ya da ailenin yararının en üst düzeyde gözetilmesinin ve gerekli sosyal yapılanmanın sağlanması sürecinde etkin bir role sahiptir (Ashman et al. 1999; Anderson et al. 2002). Bu süreçte sosyal hizmet uzmanı, bireylerin hatta toplum içerisinde yer alan ilgili kesimlerin veya toplumun tümünün psiko-sosyal değişimi ve gelişimi için gerekli olan sistemik değişimlerin harekete geçirilmesi ile ilgili bilgi ve becerileri kullanır. Yine bu süreç içerisinde sosyal hizmet uzmanı, uygulamacı olarak bireylerin, ailelerin, küçük grupların spesifik psiko-sosyal gereksinimlerinin de farkındadır.

Savunuculuğun amacı, bireyin ya da ailenin hizmetlerden güvenli bir biçimde yararlanmalarını sağlamaktır. Savunuculuk, bireyin ya da ailenin ulaşmayı hedefledikleri ve arzuladıkları amaçlarına ulaşmalarında onlara yardım eder. Radikal bir yaklaşım olan savunuculuk, planlı olarak değişimi ve gelişimi hedefler. Savunuculuk, hem birey ya da ailenin varolma hakları ve yetkilerine ulaşmalarını garanti eder, hem de birey ya da ailenin yeni hak-

ları ve yetkilerine ulaşmalarında güvence veren sosyal eylemler içerir (Ashman et al.1999).

Munchausen Sendromu'nda da gerek istismara uğrayan çocuğun olduğu kadar, istismarı yaratan ebeveynin de tedavi görmesi hayati bir önem taşımaktadır. Bu nedenle çocuğun olduğu kadar istismarcının da tedavi hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması ve bu süreçte haklarının savunulmasının gereği bulunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı tüm bu çalışmaları bir vaka yöneticisi rolü ile yürütür. Sosyal hizmette vaka yönetimi, bir hizmet sağlama yöntemidir. Genel olarak ifade edilecek olursa, hizmetlerin yürütülmesi sırasında sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının ve ailesinin gereksinimlerini değerlendiren. Hastanın ya da ailesinin gereksinimlerinin karşılanması sürecinde hizmetleri düzenleme, koordine etme, izleme, yeniden değerlendirme, gerektiğinde savunma gibi stratejileri kullanır. Farklı kurumlar tarafından yürütülen hizmetleri, müracaatçı ve ailesi yararına araştırır, belirler, koordine eder, onların hizmet sistemi içerisine girmelerini ve hizmetlerden nasıl yararlanabileceklerini planlar, bu kaynaklardan yararlanma sürecinde danışanın kendi kararını kendisinin oluşturmasında ona danışmanlık yapar (Ashman et al.1999).

SONUÇ

Munchausen Sendromu, belirlenmesi ve tanı konulması güç ancak çocuğa verdiği zarar açısından düşünüldüğünde son derece ciddi fiziksel, sosyal ve psikolojik sonuçları olan bir durumdur. Bu nedenle gerek tanının konması gerekse (çocuğun ve istismarcının) tedavi sürecinde, sosyal hizmet mesleğinin önemli rolü bulunmaktadır.

Munchausen Sendromunda, çocuğun ve ailenin içinde bulunduğu durumun çok boyutlu bir perspektiften değerlendirilmesi gereklidir. Aile ilişkileri, ailenin yaşam şartları, eşler arasındaki ilişkiler ve iletişimin niteliği, varsa ailedeki diğer çocukların fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimlerinin nasıl olduğu ve çocukların risk altında olup olmadıkları, ailenin yakın çevresinin aile ile olan ilişki ve iletişim biçimleri gibi pek çok unsurun titizlikle ele alınması gerekir. Bu değerlendirmeyi en kapsamlı biçimde yapabilecek profesyoneller ise sosyal hizmet uzmanlarıdır. Geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir değerlendirme, tedavi ekibinin nasıl bir yol izlemesi gerektiğini belirgin hale getirebilecek ve ekipte yer alan diğer uzmanların işlerini daha rahat yapabilmelerine olanak sağlayacaktır. Bu nedenle, bir meslek ve disiplin olarak sosyal hizmet, genel olarak istismar, özel olarak da Munchausen Sendromu olgularında, ekibin önemli bir parçasıdır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı*. Çeviren: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu . Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson L.E., Elisabeht A. W.,Howard J. D., Denise J. K (2002).”The Child-Centered Social Worker and the Sexually Abused Child: Pathway to Healing.” *Social Work*. Oct. 47(4).
- Ashman, K. Karen, Grafton H. Hull Jr. *Understanding Generalist Practice*. Second Edition. Nelson – Hall Publishers / Chicago. 1999.
- Davis, P. R. J. McClure, K. Rolfe, N. Chessman, S. Pearson, J.R. Sibert, R. Meadow (1998) ”Procedures, Placement, and Risks of Further Abuse After Munchausen Syndrome by Proxy, Non-accidental Poisoning, and Non-accidental Suffocation”. *Archives of Disease Childhood*. 78 : 217-221.
- Guandolo, Y.L. (1985) “Munchausen Syndrome by Proxy: An Outpatient Challenge”. *Pediatrics*. 75: 525-530.
- Haddad, E., A. Lapeyraque, L. De Pontual, G. Landhaller, N. Bocquet ve V. Baudouin (2002) Clinical Quiz. *Pediatric Nephrologie*, 17, 217-219.
- Hotchkiss, S. (1997) “The Child as Fetish: Theoretical Considerations on The Etiology of Munchausen by Proxy Syndrome”. *Clinical Social Work Journal*. 25 (3), 315-323.
- Jones J. G., Butler H.L., Hamilton B., Perdue J.D., Stern P., Woody R.C. (1986) Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse and Neglect*. 10. 33-40.
- Kaplan, H., B. Sadock (1998) *Synopsis of Psychiatry*. 8th Edition. Baltimore: Williams and Wilkins, pp. 654-657.
- Light M. J., Sheridan M. S. (1990)”Munchausen Syndrome by Proxy and Apnea”. *Clinical Pediatrics*. 29. 162-169.
- Meadow, R. (1977) “Munchausen Syndrome by Proxy: The Hinterland of Child Abuse”. *Lancet*, Vol. 2, 343-345.
- Meadow, R. (1982) “Munchausen Syndrome by Proxy”. *Archives of Diseases in Childhood*, 57, 92-98.
- Meadow S. R. (1985) “Management of Munchausen Syndrome by Proxy”. *Archives of Disease Childhood*. 60: 385 – 393.
- Meadow, R. (1989) “Munchausen Syndrome by Proxy”. *British Medical Journal*. 298 248-250.
- Mercer S.O., Jeanette D. Perdue (1993) “Munchausen Syndrome by Proxy: Social Work’s Role.” *Social Work*. Jan. 38.(1).
- Parrish, Margarette, Jay Perman (2004) “Munchausen Syndrome by Proxy: Some Practice Implications for Social Workers” *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 2 21, No. 2 April. 137-154.
- Perdue, J.D. (1988) A Survey of U.S. Children’s Hospitals, Unpublished Manuscript. (Akt: Mercer ve Perdue, 1993).
- Polat, Oğuz, Halis Dokgöz (2007) “Munchausen Sendromu”. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, 1.Tanımlar. Seçkin Yayıncılık, (Ed.) Prof. Dr. Oğuz Polat. Ankara.
- Rocha, Devon (2004) “The Phenomena of Phantom Illness: A Discussion of Munchausen Syndrome by Proxy”. *Praxis*. Fall. Vol. 4, 52-58.
- Rosenberg D.A. (1987) “Web of Deceit: A literature Review of Munchausen Syndrome by Proxy”. *Child Abuse and Neglect*. 11. 547-563.
- Sigal, M. Gelkopf, M., and Meadow, R. S. (1989) “Munchausen by Proxy Syndrome: The Triad of Abuse, Self – Abuse and Deception”. *Comprehensive Psychiatry*. 30, 527 – 533.

Sneed, R.C. ve R.F. Bell (1976) "The Dauphin of Munchausen: Factitious Passage of Renal Stones in a Child". *Pediatrics*. 58: 127-130.

Sheridan M.S (2003) "The Deceit Continues: An Updated Literature Review of Munchausen Syndrome by Proxy". *Child Abuse and Neglect*. 27: 431-451.

Senner, Anne, Mary Jane Ott (1989) "Munchausen Syndrome by Proxy". *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 12:5. 345-357.

Scheper-Hughes, N. (2002) "Disease or Deception: Munchausen by Proxy as a Weapon of the Weak". *Anthropology and Medicine*. 9 (2), 153-173.