

Çocuk İstismarının Farklı Bir Boyutu: Munchausen By Proxy Sendromu ve Sosyal Hizmet Müdahalesi

Merve KILIÇ¹

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geliş Tarihi : 15/03/2025

Makale Kabul Tarihi : 07/05/2025

Anahtar Kelimeler:

Çocuk, Çocuk İstismarı, Bakım Veren Yapay Bozukluğu, Sosyal Hizmet.

ÖZET

Munchausen By Proxy Sendromu (MSBP), aile içinde ortaya çıkan ve anlaşılması oldukça zor olan bir istismar türüdür. 1977 yılında Meadow tarafından tanımlanan MSBP, çocuğun sağlık durumu üzerinde kasıtlı olarak zarar verici müdahalelerde bulunulmasına veya yanlış bilgi verilerek gereksiz tıbbi işlemler yapılmasına yol açan bir davranış biçimini ifade etmektedir. Çocukların korunması bakımından, profesyonellerin, MSBP'yi tanıma ve erken aşamalarda fark etme yetkinliğine sahip olmaları gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, MSBP vakalarında, aile içindeki dinamiklerin analiz edilmesi, ebeveynin davranışlarının değerlendirilmesi ve çocuğun korunmasına yönelik stratejilerin belirlenmesi sürecinde multidisipliner yaklaşım sergileyerek aktif bir rol üstlenmektedir. Bu çalışmanın amacı, MSBP vakalarının psiko-sosyal boyutlarının, aile yapılarının ve sendromun çocuğa etkilerinin incelenmesi, tanı sürecinin belirlenmesi, çocuğun korunması ile istismarcının tedavi edilmesi aşamalarında sosyal hizmet profesyonellerinin rollerinin değerlendirilmesidir.

A Different Dimension of Child Abuse: Munchausen By Proxy Syndrome and Social Work Intervention

ARTICLE INFORMATION

Submission Date : 15/03/2025

Accepted Date : 07/05/2025

Keywords:

Child, Child abuse, Munchausen by proxy syndrome, Factitious disorder imposed on another, Social work.

ABSTRACT

Munchausen By Proxy Syndrome (MSBP) is a form of abuse that arises within families and is particularly challenging to comprehend. MSBP, defined by Meadow in 1977, refers to a pattern of behavior in which intentional harmful interventions are made to a child's health condition or false information is provided, leading to unnecessary medical procedures. In terms of child protection, professionals must be competent in recognizing and identifying MSBP at early stages. In cases of MSBP, social work professionals play an active role by adopting a multidisciplinary approach in the process of analyzing family dynamics, assessing parental behaviors and developing strategies for child protection. The study aims to examine the psychosocial dimensions of MSBP cases, family structures and the effects of the syndrome on the child, determine the diagnostic process and evaluate the roles of social work professionals in the stages of child protection and the treatment of the perpetrator.

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, Türkiye, ORCID ID: 0009-0004-3500-1297; shu.merve.kilic@gmail.com.

Giriş

Sağlıklı ve gelişmiş bir toplumun en önemli unsuru çocuklardır. Çocukların her türlü kötü muameleden korunması ve sağlıklı bir gelişim süreci yaşaması, toplumun refah düzeyini doğrudan etkilemektedir. Çocuk koruma alanındaki en önemli sorunlardan biri, çocuk ihmali ve istismarıdır. Bu durum hem çocukların hem de toplumun ruh sağlığı üzerinde derin etkiler bırakmaktadır (Arslan Şahbaz, 2024). Çocuk istismarı, farklı disiplinlerin inceleme alanına girmesi ve her birinin istismarın farklı yönlerine odaklanması nedeniyle literatürde çeşitli tanımlarla ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuk istismarını "bir yetişkinin kasıtlı ya da kasıtsız şekilde gerçekleştirdiği, çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar" şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2002). Çocuk istismarında, ebeveynler, aile yapısı ve çocuğun korunması iyileşme sürecini etkileyen temel faktörlerdir. Bunun yanı sıra, istismar süresi ve failin çocuğa yakınlığı da çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişimini derinden etkilemektedir (Turhan, Sangün, & İnandı, 2006).

Munchausen by Proxy Sendromu (MSBP), bakım verenin, çocuğa hastalık belirtileri yaratarak, nedeni açıklanamayan, ısrarlı ve tekrarlayıcı klinik bulgulara yol açtığı bir çocuk istismarı türüdür. Bu tür vakalarda çocuk, herhangi bir sağlık sorunu olmadığı halde, bakım veren kişi tarafından hasta olduğu iddia edilerek hastaneye götürülmektedir (Davis vd.,1998). MSBP, hem tıbbi hem de sosyal bir olgu olarak kabul edilmekte ve yapılan araştırmalar; çocuğun mağduriyetine, fail ebeveynin psikiyatrik sorunlarına, anne ile çocuk arasındaki ilişkiye ve aile içindeki işlevsel bozukluklara yoğunlaşmaktadır (Karadağ, 2018). Munchausen By Proxy Sendromu, nadiren fark edilmekte ve çocukların gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Rosenberg, 1987). Bu bağlamda, MSBP, önemli bir çocuk istismarı türünü oluşturmakta olup, incelenmesi gereken bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

MSBP, çocuk istismarının ağır bir formu olması nedeniyle, erken tanı ve profesyonel müdahale oldukça önemlidir. Bu sendromun tanısı konulup, gerekli izlem yapılmadığı sürece istismar devam edecektir. Tanının doğru biçimde konulabilmesi için, her bir disiplinin katkısı oldukça önemlidir. Sendromun farkına varılmasında genellikle ilk rolü sosyal hizmet uzmanları üstlenir (Polat & Dokgöz, 2007). Sosyal hizmet müdahalesi, şüphe olduğu andan itibaren tanı, tedavi, taburculuk ve takip süreçlerini içine alarak bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Bu nedenle, MSBP'nin her yönüyle değerlendirilmesi ve sosyal hizmet uzmanlarının rollerinin transdisipliner ekip yaklaşımı içinde tanımlanarak tedavi ekibi tarafından net bir şekilde anlaşılması önemlidir (Özbesler & İçağasıoğlu Çoban, 2010).

İlgili alan yazın incelendiğinde, Abdurrachid ve arkadaşlarının (2022) yaptığı bir çalışmaya göre, MSBP'de morbidite oranları oldukça yüksektir. Mağdurlar, istismarın doğrudan etkilerinin yanı sıra, anksiyete, depresyon ve bağlanma bozuklukları gibi çeşitli psikolojik ve fiziksel sorunlarla da karşılaşmaktadır (Glaser, 2020). Rosenberg (1987) araştırmasında, gelişim geriliği vakalarının %14'ünün Munchausen by Proxy Sendromu ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Rosenberg, 1987). Bools, Neale ve Meadow (1992) ise, bu oranı örnekleme %29 olarak belirlemiştir. Türkiye'de, MSBP vakalarına ilişkin az sayıda veri mevcuttur. Dizer ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada, şiddetli karın ağrısı ve ateş şikayetiyle uzun süre hastaneye yatırılan ve çeşitli organik ağrı semptomlarına rağmen tanısı konulamayan olgu sunulmuştur. Hiçbir cerrahi ya da tıbbi tedavi uygulanmayan 18 yaşındaki genç kız, daha sonra psikiyatrik değerlendirmeye alınmış ve bu süreçten sonra doğru tanı konulabilmiştir. Akgündüz ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir olgu çalışmasında, 15 aylık kız çocuğu, metabolik hastalık ve böbrek damarlarındaki darlık nedeniyle tedavi görmektedir. Anne, çocuğunda görülen ishal ve kusma şikayetiyle sık sık hastaneye başvurmuş, yapılan testlerde ise herhangi bir anormallik gözlemlenmemiştir. Ancak, hastaneye getirilen çocuğun kan testleri, özellikle akşam saatlerinde, anormal derecede yüksek çıkmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda, annenin, çocuğun kanına idrar karıştırdığı anlaşılmıştır. Annenin, çocuğun sağlık durumu ile ilgili sürekli olarak hastaneye başvurması, kan değerlerinin şüpheli şekilde değişmesi ve test hatalarına yol açan örnek karıştırma gibi durumlar, MSBP olasılığını düşündürmüştür. Ünlü'nün yaptığı bir çalışmada, doğumdan sonra sağlıklı bir şekilde taburcu edilen 4 aylık bir bebek, ağızdan kanama şikayetiyle ebeveyni tarafından birçok kez

farklı hastanelere götürülmüştür. Ancak yapılan klinik inceleme ve tetkiklerde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamıştır. Çocuk hekimi, bu durumu MSBP şüphesiyle değerlendirmiş ve bebeğin durumu ile ailenin psikososyal durumu hakkında bir değerlendirme yapılabilmesi için tıbbi sosyal hizmet birimine yönlendirmiştir (Ünlü, 2025).

MSBP vakalarında, ölüm oranlarının farklı çalışmalarda değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Sheridan'a göre (Sheridan, 2003) bu oran %6 iken; Meadow'a göre ise, %33,3'tür (Meadow, 1990). Özellikle solunum durması, boğulma, kaza ve zehirlenme gibi ciddi sonuçlara yol açmaktadır (Rico vd., 2019). Yüksek ölüm oranları, MSBP'nin tanı, müdahale ve tedavi süreçlerindeki zorlukları ortaya koymaktadır. Bu nedenle MSBP'nin psikopatolojisini anlamak, önlem ve tedaviye yönelik müdahale yöntemleri geliştirmek için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Bu çalışmada, MSBP'nin ortaya çıkış süreci, tanınması ve psikiyatrik tedavisine ilişkin tıbbi boyut; çocuğun korunması, fail ve mağdurun ruhsal durumu, aile işlevselliği ve vaka yönetimi açısından ise sosyal hizmetin rolü ele alınacaktır.

Munchausen By Proxy Sendromu

MSBP (Munchausen By Proxy Sendromu), “bilerek fiziksel, psikolojik belirtiler ve hastalıklar oluşturarak hasta rolüne bürünme ve bu şekilde duygusal tatmin sağlama” olarak tanımlanan bir bozukluktur (Noyan, 2021). İlk kez 1951 yılında Asher tarafından, hastaneler arası dolaşarak gereksiz müdahaleler talep eden bir grup hastayı tanımlamak amacıyla literatüre girmiştir (Karakoç Demirkaya, Tağcı, & Aksu, 2016). Asher, tıbbi müdahalelere yol açan ve uzun süre hastanede yatırımlarına neden olan sahte hastalıklar oluşturan bireyleri tanımlayarak, bu duruma "Munchausen Sendromu" adını verirken; 1977 yılına gelindiğinde ise Roy Meadow, bu sendromun farklı bir formuyla karşılaşarak, bakım verenin oluşturduğu yapay bozukluğu tanımlamak amacıyla Munchausen Sendromuna, “By Proxy” terimini eklemiştir (Tümer vd., 2015). Eklenen bu terim sayesinde, kişilerin kendilerinde hastalık yaratmaları değil, bakım veren kişiler tarafından sahte hastalık belirtilerinin oluşturularak, kişinin hasta olarak kabul edilmesini sağlamaları tanımlanmıştır. Bu sendroma sahip olan kişiler, hikayelerini dramatik bir şekilde aktarır ancak daha fazla ayrıntı vermeleri istendiğinde oldukça belirsiz ve tutarsızdır (Sousa vd., 2017).

MSBP, bakım sağlayan yetişkinin, çocukta hastalık belirtilerin, kasıtlı olarak oluşturmaları sonucu gelişen, oldukça karmaşık ve ölümcül olabilen bir durumdur. Çocuğun bakımından sorumlu kişi, çocuk hakkında bir hastalık uydurarak çocuğun tıbbi tanı ve tedavi almasından mutluluk duymaktadır (Polat & Dokgöz, 2007). Bu davranışın temel motivasyonu, hasta rolünü üstlenmektir. Hastanın böyle davranmasına neden olan dışsal bir etken bulunmamaktadır (Tiryaki & Baran, 2017). MSBP tanısında ortaya çıkan özellikler; ebeveyn veyahut çocuğun bakımından sorumlu kişi tarafından oluşturulması, çocuğun sürekli olarak tıbbi müdahalelere maruz kalması, hastalık belirtilerinin çocuğun failden ayrı kalması durumunda geçmesi gibi unsurları içermektedir (Meadow, 2002). Bu istismar formu, diğer çocuk istismarı tiplerinden bazı açılardan farklılık göstermektedir; fail, çoğunlukla kadın ve ebeveynidir (Polat & Dokgöz, 2007). Çocukların yaşı ise, okul öncesi dönemden 8 yaşına kadar değişkenlik göstermektedir (Jones vd., 1986).

MSBP'nin yaygınlık oranı hakkında kesin ve sağlıklı verilere ulaşmak oldukça zordur. Hem yurt içinde hem de yurt dışında yapılan araştırmaların çoğu olgu bildirimlerine dayanmaktadır. Seri olgu araştırmaları ise yalnızca tanıli hastalardan elde edilen verilerle sınırlı kaldığından, yaygınlık oranı hakkında net bir bilgi sağlamak mümkün değildir (Noyan, 2021). Ancak yapılan bir araştırmada; 1 yaşın altında olan çocukların insidansı 2.8/100000, 16 yaşın altındaki çocukların ise 4/100000 olarak belirlenmiştir (Brown vd., 2009).

Artingstall (1998)'a göre, MSBP'nin belirtileri şu şekildedir;

1. Deneyimli hekimler tarafından teşhis edilemeyen, açıklanamayan ve uzun süre devam eden hastalıklar,
2. Tekrarlayan hastane yatışları ve/veya tıbbi ziyaretler,

3. Tanı koyulamayan kapsamlı tıbbi testler,
4. Tıbbi olarak anlam ifade etmeyen belirtiler,
5. Tedaviye yanıt vermede sürekli başarısızlık,
6. Mağdur yalnızken belirtilerin kaybolması, ancak failin olduğu durumlarda tekrar ortaya çıkması,
7. Çocuğun hastalığı konusunda endişeli görünmeyen, ancak hastanedeyken sürekli çocuğun yanında olan bakım verenler.

MSBP'nin tanısında, DSM-IV'te yer alan dört alt tip esas alınmaktadır. Bunlar;

1. Fiziksel belirtiler ve bulguların belirgin olduğu tip,
2. Psikolojik belirtilerin ve bulguların belirgin olduğu tip,
3. Hem fiziksel hem de psikolojik belirtilerin bir arada bulunduğu tip,
4. Başka türlü tanımlanamayan tip (APB,2000).

Munchausen By Proxy Sendromunu Tanılama Süreci

MSBP'ye, doğru bir tanının konulması oldukça zordur. Süreç boyunca çocuk, çeşitli hastalık geçmişiyle defalarca hastaneye götürülür ve farklı tedavi yöntemlerine tabi tutulur. Bu durum, çocuğun hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkileyerek gereksiz tıbbi müdahalelere maruz kalmasına neden olur. Çocukta ikincil travmanın oluşmasını engelleyecek şekilde ve mümkün olan en kısa sürede bütüncül ve çözüm odaklı bir müdahale uygulanmalıdır (Abdulhamid & Siegel, 2006).

Bakım veren yetişkin, çocukta hastalık oluşturmak amacıyla; insülin gibi maddeleri enjekte etme, çocuktan alınan numuneleri etkilemek için idrar veya kan maddelerini ekleme, termometrenin ısıtılmasıyla belirgin ateş oluşturma ve nefessiz bırakma gibi çeşitli eylemlerde bulunabilir (Meadow, 1982). Ayrıca, tedavi sürecinde çocuğa kasıtlı olarak ilaç, tuz, müshil gibi zararlı maddelerin verilmesi, iyileşme sürecini etkilemektedir. Bu tür müdahaleler, çocuğun sağlık durumunu daha da kötüleştirerek, ciddi komplikasyonlara yol açmaktadır (Rees, 1987).

Meadow tarafından rapor edilen bir vakada, kötü kokulu idrar şikayetiyle başvuran 6 yaşındaki bir çocuğa, Munchausen By Proxy Sendromu tanısı konulana kadar, 12 kez hastaneye yatış, 150 kez idrar kültürü testi, 8 kez ilaç tedavisi, 7 kez radyolojik işlem, 6 kez anestezi altında muayene ve 5 kez sistoskopi uygulandığı bildirilmiştir. Sonunda, annenin, çocuğun idrarına, kendi menstrüasyon dönemindeki idrarı karıştırdığı ortaya çıkmış ve tanı bu doğrultuda konulmuştur (Meadow, 2002).

Rosenberg, MSBP vakalarında, tanı koyulmasını kolaylaştırmak amacıyla dikkat edilmesi gereken özellikleri şu şekilde sınıflandırmıştır;

1. Çocuğa bakım veren bir ebeveyn ya da ebeveyn yerine geçen bir kişi tarafından üretilen hastalık,
2. Çocuğun sürekli olarak tıbbi değerlendirme ve tedavi için başvurusu,
3. Failin, çocuğun hastalığının etiolojisi hakkında bilgi sahibi olmadığını reddetmesi,
4. Semptomların ve bulguların, çocuk failden ayrıldığında sonlanması (Rosenberg, 1987).

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre MSBP'ye ait tanı kriterleri ise şu şekildedir;

1. Bir başkasında gerçek olmayan bedensel veya psikolojik belirtiler oluşturma,
2. Bir başkasını, hastalıklı, iş göremez ya da yaralanma durumu içinde olarak tanımlama,
3. Açık dış ödüller olmasa da yanıltıcı davranışlarda bulunma,
4. Sanrı bozukluğu veya psikoz gibi başka bir psikolojik rahatsızlıkla daha iyi açıklanamayan durum olarak sıralanmaktadır (APB, 2013).

MSBP tanısı koyulmadan önce, tıbbi kayıtlar çok kapsamlı olduğundan, erişilebilirlik açısından zorluklar yaşanabilir. Geçmiş tıbbi kayıtların zamanla gözden geçirilmesi veya çocuğun izlenmesiyle elde edilen yeni bilgiler, MSBP tanısına yönelik tıbbi kesinlik derecesini değiştirebilir. İnceleme sonucunda, elde edilen tüm kanıtlar, doktorun tanrıyı güvenle koyabilmesi için yeterince ikna edici olmasına ya da tanı olarak dışlanmasına yol açmaktadır (Rosenberg, 2003).

MSBP'ye kesin tanı konmadan önce aile ile konuşmak, çocuğun ölümüne neden olabilir. Hastaneye yatırma her ne kadar bu sendrom için önemli olsa da en son aşamada tercih edilmelidir. Ailenin günlük yaşam koşullarında tanı koyulamıyorsa, güvenli bir ortamın oluşturulması için hastane seçeneği değerlendirilebilir. Aile tarafından, çocuğun sağlığını tehlikeye atabilecek davranışlar gözlemleniyorsa, psikolojik destek ve danışmanlık süreçleri de devreye sokulmalıdır. Bu süreçte, ailenin tüm davranışlarının dikkatlice izlenmesi, tıbbi kayıtlarla çocuğun sağlık geçmişinin karşılaştırılması, tanı koyma sürecini hızlandırmaktadır (Polat & Dokgöz, 2007).

MSBP'ye tanı koyabilmek için multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Çocukta ikincil travmanın oluşmasını engelleyecek şekilde ve mümkün olan en kısa sürede bütüncül ve çözüm odaklı bir müdahale uygulanmalıdır. Tüm disiplinlerin birbirleri ile iletişim halinde olması, Münchausen By Proxy Sendromu şüphesiyle bir kuruma gelen ihbar veya istismar vakasının ilgili diğer birimlere bildirilmesini ve kayıt altına alınmasını sağlamaktadır. Bu, çocuğun güvenliğinin sağlanması ve doğru tedavi sürecinin başlatılması açısından kritik öneme sahiptir (Orak vd., 2017). Hem çocuğun hem de failin uzun dönemli psikiyatrik izlem ve tedavisi gerekmektedir. Münchausen By Proxy Sendromu hakkında doktorların, sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitilmesi ile uzman ekiplerin oluşturulması, bu bozukluğun zamanında tanınması ve etkin bir biçimde yönetilmesi sürecini kolaylaştırmaktadır (Abdulhamid & Siegel, 2006). Bu bağlamda, istismarcı ebeveynin özellikleri, istismarın türü ve çocuğun istismardan nasıl etkilendiği, sürecin şekillenmesinde belirleyici faktörlerdir.

Münchausen By Proxy Sendromunda İstismarcı Profili

Erken çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimler, bireylerin yetişkinlik döneminde farklı sorunlar olarak kendini gösterebilir. Bu nedenle, MSBP tanısı konan bakım verenlerin davranışlarının, geçmişteki travmatik olaylarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerde, obsesif-kompulsif bozukluk ve aşırı kaygılı ebeveynlik görülebilmektedir (Orak, Tunç, Aktaş, Gülirmak, & Vatansever, 2017).

Meadow'un yaptığı bir çalışmaya (1985) göre, babaların işleri, onları evden uzak tutacak şekilde düzenlenmiş ve anneler genellikle hemşirelik mesleğiyle bir bağ kurmuşlardır; bazıları hemşire olarak eğitim almış, bazıları da hemşire olduklarını veya tıbbi meslekte çalışan yakınları olduğunu iddia etmiştir. Münchausen By Proxy Sendromunun tedavisinde belirgin bir yöntemin olmaması, tanı koymanın güçlüğü ve tanının genellikle tesadüfi olarak ortaya çıkması, çocuklar için önemli bir risk faktörüdür. Uygulayıcılara yönelik bir profil tanımlanmamakla birlikte, her kültürde görülebileceği, kadın istismarcıların daha yaygın olduğu ve genellikle sağlık eğitimi almış ya da bilgi edinmiş, manipülasyon yapabilme ve yönlendirme becerilerine sahip olma gibi ortak özelliklere sahip oldukları gözlemlenmektedir (Tiryaki & Baran, 2017). Ülkemizde yapılan sekiz vakanın değerlendirildiği bir çalışmada; annelerin ataerkil yapıya sahip, geniş ve düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerden geldiği,

birçoğunda aile içi sorunlar olduğu, sosyal desteklerin zayıf ve sorumlulukların fazla olduğu belirlenmiştir (Karadağ, 2018).

Gray ve Bantovim'in yaptığı bir çalışmada ise, hastanede 37 aileden 41 çocuk, ebeveynleri tarafından hastalık oluşturulan çocuklar olarak tespit edilmiştir. Vakaların tamamında ebeveyn olarak anneler yer almakta olup, yalnızca üç vakada babalar sorumlu bulunmuştur. Babaların genellikle aile içindeki duygusal bağlardan uzak kaldığı, tıbbi karar süreçlerinde pasif bir rol üstlendikleri ve hastalık geçmişi konusunda bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir (Gray & Bentovim, 1996). Ancak, daha sonraki süreçlerde, babaların da istismardan sorumlu olduğu, bu oranının ise %5'ten az olduğu belirlenmiştir. Munchausen sendromu tanısı konan 15 babayla gerçekleştirilen bir çalışmada, 6'sında somatizasyon bozukluğu, 5'inde ise belirgin Munchausen Sendromu bulguları tespit edilmiştir (Berg & Jones, 1999). Babaların, psikolojik sorunlar yaşaması nedeniyle çocuklarına zarar verme potansiyeli, aile dinamiklerinin dikkatle ele alınması gerektiğini göstermektedir. İstismarcıların kişilik bozuklukları, hafiften ağıra kadar geniş bir yelpazede seyretmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan istismar, yakın birinin kaybı ve kronik hastalık gibi travmatik olaylar, kişilik bozukluklarının gelişmesine yol açarak bireyin psikolojik yapısını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durum, bireylerin kendilerine ve özellikle bakım sorumluluğu taşıdıkları çocuklarına karşı olumsuz tutum ve davranışlar geliştirmelerine neden olabilir (Folks, 1995).

İstismarcı anneler; aktif olanlar, yardım arayanlar ve doktor bağımlıları şeklinde üç grupta incelenmiştir (Meadow, 1977). Aktif olan anneler, çeşitli etkenlerle belirti ve bulguları doğrudan yaratırken; yardım arayan anneler, şiddet ve kötü giden evlilik gibi sosyal sorunlardan kaçmak için bu belirtileri ortaya koymaktadır. Doktor bağımlıları ise, tıbbi testler ve sağlık çalışanlarıyla sürekli iletişimde olma ihtiyacı duyan bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu annelerin, sağlık çalışanlarıyla vakit geçirmekten hoşlandıkları ve aralarındaki iyi iletişimin, istismarın sürmesine dair bir motivasyon kaynağı oluşturduğu düşünülmektedir (Feldman & Brown, 2002).

Son 10 yılda yapılan çalışmalar; bakım verenlerdeki anormal davranış bozukluğunun boyutlarını ortaya koymuştur. Jureidini'ye göre MSBP'ye sahip kendine zarar verici davranışlar sergileyen anne, doğum yaptığında bu davranışlarını çocuğunda uygulamaktadır (Jureidini, 1993). Yapılan bir çalışmada; faillerin sıklıkla sağlık hizmetleriyle ilgili işlerde çalıştığı (%45,6), gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar yaşadığı (%23,5) ve çocuklukta kötü muameleye uğradığı (%30) bildirildi. Kaydedilen en yaygın psikiyatrik tanılar ise Munchausen Sendromu (%30,9), kişilik bozukluğu (%18,6) ve depresyondur (%14,2) (Yates & Bass, 2017).

Bakım veren kişilerde somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları oldukça önemli yer tutar. Bu bozukluklar, özellikle bakım veren kişilerin çocuğa yönelik davranışlarını ve kararlarını doğrudan etkilemektedir (Polat & Dokgöz, 2007). İstismarcıların kişilik bozuklukları, hafiften ağıra kadar geniş bir yelpazede seyretmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan istismar, yakın birinin kaybı ve kronik hastalık gibi travmatik olaylar, kişilik bozukluklarının gelişmesine yol açarak bireyin psikolojik yapısını olumsuz etkileyebilir. Bu durum, bireylerin kendilerine ve özellikle bakım sorumluluğu taşıdıkları çocuklarına karşı olumsuz tutum ve davranışlar geliştirmelerine neden olabilir (Tiryaki & Baran, 2017).

Hastalık belirtilerinin bakım veren yetişkin tarafından oluşturulduğunu gösteren durumlar şu şekilde sıralanabilir:

1. İstismarcının, tedavi sürecinde rahat bir tavır sergilemesi ve tedavi ekibiyle beklenmedik bir iş birliği içinde olması,
2. Aşırı dikkatli olması, sürekli tetikte kalması, çocuğun tedavi sürecine ısrarla müdahil olmayı istemesi ve hastaneden ayrılmayı reddetme gibi davranışlar sergilemesi,
3. İstismarcının, çocuğun hastalığının seyrine dair endişe duyması,
4. Çocuğun sağlık durumunun düzelmesiyle, istismarcının kaygı seviyesinin yükselmesi,

5. Ebeveynin, çocuğun neredeyse tüm gıda ve ilaçlara karşı alerjisi olduğu yönündeki iddialarda bulunması,
6. Ailelerde, çocukluk döneminde ani ve beklenmedik ölüm olaylarının yaşanması,
7. Uygulanan tedavilere rağmen belirtilerde herhangi bir iyileşme görülmemesi ya da tedavinin yetersiz kalması,
8. İstismarcının, sağladığı bilginin doğruluğu sorgulandığında ya da yanlış olduğu kanıtlandığında savunmaya geçmesi ve agresif tutumlar sergilemesi (Meadow, 1985; Guandolo 1985).

Munchausen By Proxy Sendromunun Çocuk Üzerindeki Etkileri

Çocuklar, annelerinin hastalık yaratma çabaları ve anneye olan ilişkilerinin doğası nedeniyle, erken yaşlardan itibaren güçlü bir "sevgi" ve "nefret" duygularını aynı anda deneyimler. Kendisini rahatlatan kişi aynı zamanda ona zarar veren kişi olduğunda, çocuk, duygusal açıdan çelişkili bir durum yaşar ve bu çelişkilerle baş etmekte zorluk çeker; dolayısıyla, ebeveyniyle kurduğu güven ilişkisi zedelenir (Özdemir, 2020). Anne, hastalık üretme yoluyla çocuğunu hem fiziksel hem de duygusal olarak kendisine bağımlı hale getirir ve gelişimsel olarak çocuğun kendi kimliğini oluşturmaya engel olur. Bu şekilde, çocuğun üzerinde sürekli bir kontrol kurarak, sağlıklı bir ilişkiyi devam ettirir (Martinovic, 1995). Yaşları ilerledikçe, çocuklar annelerinin yalanlarına katılmak zorunda kalabilir ve bu durum, kendi sağlık durumlarını değerlendirme yetilerini kaybetmelerine yol açabilir. Ayrıca, hasta olmadıklarında annelerinin onları terk edeceği korkusu, çocuklarda bilinçli ya da bilinç dışı bir endişeye yol açarak çocuğun öz-değer ve kimlik gelişimini de olumsuz yönde etkileyebilir. Çocuk, kendisini yalnızca hasta olduğunda değerli ve sevilen biri olarak algılayabilir, bu da ilerleyen yıllarda psikolojik sorunlara zemin hazırlayabilir (Sigal vd.,1989).

İstismara maruz kalan çocukların yaş ortalamasının 18 ay olduğu, kardeşlerin %60'ında aynı tür semptomların görüldüğü, %25'inde kardeş kaybı yaşandığı belirtilmektedir (Sheridan 2003; Yates & Bass, 2017; Lopez vd., 2019). Yapılan başka bir çalışmada; semptomların başlangıcıyla tanının konulması arasındaki zaman aralığının 21,8 ay olduğu, mağdurların %6'sının hayatını kaybettiği, %7'sinde ise kronik bir hasar olduğu belirlenmiştir (Sheridan, 2003).

MSBP'de bakım verenin amacı, çocuğa doğrudan zarar vermek olmasa da hastalık oluşturmak için yapılan müdahaleler, fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan ciddi sonuçlara yol açmaktadır (Orak, Tunç, Aktaş, Gülirmak, & Vatansever, 2017). Bu açıdan, istismar düzeyi istismarcının motivasyonuna ve eylemin türüne bağlı olarak hafif veya orta düzeyde olabileceği gibi, ölümüne yol açabilecek ağır düzeyde de görülebilir. Hafif düzeyde etki gösterenler, çocuğa doğrudan müdahale etmeksizin hastalık belirtileri oluşturanlar; orta düzeyde etki gösterenler, kan veya idrar örneklerini manipüle ederek test sonuçlarını değiştirenler; ağır düzeyde etki gösterenler ise, çocuğun sağlığını doğrudan etkileyerek hastalık oluşturanlardır (Stirling, 2007).

Rosenberg'in 1987 yılında 117 olgu ile yaptığı bir çalışmada; en yaygın semptomlar kanama ve nöbetler olarak tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, apne, kusma, ishal, bilinç değişiklikleri, ateş, döküntü ve alerjik deri lezyonları gibi bulgular da sıkça rapor edilmiştir. Sheridan'ın (2003) 451 kişi ile gerçekleştirdiği bir çalışmada ise; en sık karşılaşılan belirti ve bulguların arasında solunum durması (%27), yeme bozuklukları (%25), ishal (%20), bilinç değişiklikleri (%17,5), morarma (%12), davranışsal bozukluklar (%10), astım (%9,5), alerji (%9) ve ateş (%8,5) olduğu ifade edilmiştir. En sık kullanılan zehirlenme yöntemi ilaçla yapılmaktadır. Bu yöntemde en çok tercih edilen ilaçlar arasında; birinci sırada nöbet tedavisinde kullanılan ilaçlar, ikinci sırada ise ağrı kesici gruptan opiatlar yer almaktadır (Kırcı vd.,2015).

Libow (1995) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, MSBP ile ilişkili belirtileri fark eden çocukların, güvendikleri yetişkinlere durumu bildirmeye yönelik girişimlerde bulundukları, ancak bu

çabalar sonucunda yanıt eksiklikleriyle ve doğrudan tehditlerle karşılaştıkları için hızla cesaretlerinin kırıldığı ortaya konmuştur. Çocuklar, yardım almak için sağlık profesyonellerine başvurmak yerine, babalarına, okul danışmanlarına ve komşularına yönelmişlerdir. Ancak, bu yardım talepleri öfke, tehdit veya inançsızlıkla karşılanmış ve sonuç olarak yardım aramaktan vazgeçmişlerdir.

Meadow, vakalarda, çocuklarda gözlemlenen beş önemli sonucu ele almıştır.

1. Çocuklar gereksiz ve zararlı tedaviler almaktadır.
2. Annenin eylemleri sonucunda gerçek bir hastalık meydana gelebilir; örneğin, ateş oluşturmak amacıyla düzenli olarak bağışıklık ajanlarının enjekte edilmesi sonucu böbrek yetmezliği gelişebilir.
3. Anneler, çocuklarını bayıltmak amacıyla kısmi boğulma uyguladıklarında, çocuğu fazla süreyle boğarak beyin hasarına veya ölüme neden olabilir.
4. Kronik sakatlık gelişebilir; çocuk, hastalık öyküsünü kabul ederek kendisini engelli, okula devam edemeyen, çalışamayan veya yürüyemeyen biri olarak algılayabilir.
5. İstismara maruz kalan çocuklar, yetişkinlik döneminde munchausen davranışı geliştirebilir (Sigal vd.,1989).

Munchausen By Proxy Sendromunda Vaka Yönetimi

Tanı sürecinin zorluğu sonrasında, çocuğun korunması için profesyonel müdahale oldukça önemlidir (Carter & Cording, 2021). Çocuk doktoru, psikiyatrist, hemşire, diyetisyen, çocuk gelişimi uzmanı ve sosyal çalışmacıdan oluşan bir ekip, koruma merkezlerinde yer almalı ve detaylı bir inceleme gerçekleştirmelidir. Çocuğun sağlığını ve güvenliğini ön planda tutarak, bakım verenin müdahalesine yönelik uygun stratejiler geliştirmelidir. Ayrıca, bakım verenin psikolojik durumu ve potansiyel tedavi ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmalıdır. Ruh sağlığı uzmanının, şüpheli vakada hem hasta hem de bakım veren bireyi değerlendirmesi, klinik ve adli analizleri gerçekleştirmesi, vaka yönetimi sürecinde ekibe tavsiyelerde bulunması, sürecin ilerlemesini sağlaması, gerekli tedavi ya da sevk işlemlerini düzenlemesi beklenir (Bursch, 2019).

Parrish ve Perman (2004) vaka değerlendirme sürecini şu şekilde ifade etmektedir:

1. İstismara uğrayan çocuğun, istismarı uygulayan ebeveynden ayrılması ve güvenliğinin temin edilmesi gerekmektedir. Bu ayrılma, hem çocuğun istismar ortamından uzaklaşarak güvenliğini sağlamak hem de hastalık belirtilerinin azalıp azalmadığını değerlendirmek açısından büyük önem taşımaktadır.
2. Vakayı ilgili profesyonellerin değerlendirmesi oldukça önemlidir. Bu çerçevede çocuğun, failin ve ailenin diğer bireylerinin tıbbi, psikiyatrik, sosyal ve hukuki geçmişlerine dair bilgi toplanması gerekmektedir.
3. İstismarı uygulayan ebeveyn ve mağdur çocuk için uzun süreli psikoterapi hizmeti sunulmalı, ayrıca ailenin diğer bireyleri de tedavi süreçlerinde yer almalıdır.
4. İstismara maruz kalan çocuğun tıbbi, gelişimsel ve psikososyal süreçlerinin takip edilmesi oldukça önemlidir.
5. Vaka yönetiminde önemli unsurlardan biri, çocuğun korunmasıdır.

Munchausen By Proxy Sendromunda iyi bir vaka yönetimi büyük önem taşımaktadır. MSBP şüphesi durumunda, uygun müdahale yapılmazsa, anne hostile ve yıkıcı davranışlar sergileyebilir. Bu davranışlar, agresyonu kendisine veya çocuğa yönelterek zarar verici eylemler gerçekleştirmesine, hatta

intihar girişiminde bulunmasına yol açabilir. Bu tür durumlar, yalnızca çocuğun değil, annenin de psikolojik ve fiziksel sağlığını tehlikeye atar. Dolayısıyla, erken tanı ve kapsamlı müdahale hem annenin hem de çocuğun güvenliğini sağlamak için kritik rol oynar (Özdemir, 2020). Bu sendromun kesin bir tedavisinin olmadığı ve tedavi başarısının düşük olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda, tanı konduktan sonra çocuğun, istismar eden bireyden ayrılması ve güvenli bir ortam sağlamak amacıyla koruyucu aileye yerleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Tiryaki & Baran, 2017).

Munchausen By Proxy Sendromunun şiddetinin belirlenmesi, mağdur çocuğun risk faktörlerinin değerlendirilmesi, sağlıklı aile bireylerinin bilgilendirilmesi, tedavi sürecine dahil edilmesi ve yasal bildirim gereksinimlerinin saptanması, bu sendromun etkili bir şekilde yönetilmesi için kritik öneme sahiptir. MSBP'nin risk düzeyi belirlendikten sonra, vakayla ilgili yöntem ve strateji oluşturulur. İstismardan sorumlu olan ebeveynlere ve diğer aile bireylerine bu durumun nasıl en uygun şekilde açıklanacağına ilişkin yayımlanan rehberler oldukça sınırlıdır. İlk adım yüzleştirme olmasına rağmen sosyal hizmet uzmanlarına, ebeveynlerle “yüzleşme” yerine “bilgilendirme toplantısı” yapması önerilmektedir (Cardona, 2019; Sousa vd., 2017). Bilgilendirmenin amacı, ebeveynlere, güçlü destekleyici kanıtlarla, sakin ve empatik bir tutum sergileyerek, belirli tıbbi durumlar veya tedavilerle ilişkili bir hastalığın olmadığını ve belirtilerin ebeveynin davranışlarından kaynaklandığını açıklamaktır (Arslan Şahbaz, 2024). Bunun yanı sıra, annenin bireysel terapisi, anne-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi, ebeveynlik becerilerinin desteklenmesi, ebeveyn ve çocuk arasındaki bağın pekiştirilmesi, aile içi terapi, genellikle daha az yer bulan babanın aile yapısına dahil edilmesi ve hastane dışındaki destek kaynaklarının araştırılarak güçlendirilmesi gereklidir (Özdemir, 2020).

İstismarcı yetişkinin, çocuğa yönelik eylemlerini çocukla yalnız kaldığında gerçekleştirdiği bilinmektedir. Vakanın tespitindeki zorluklar göz önünde bulundurulduğunda, bazı durumlarda çocuğun, hastanede tedavi gördüğü odaya mahkeme kararıyla gizli kamera yerleştirilerek suçüstü yapılması sağlanabilmektedir. Burada, gizli kameranın yasal izinle kayıt yapması ve şüpheli yetişkin ile çocuğun yalnız kaldığı anlarda, olası riskli durumlar için hızlı müdahale yapacak bir ekibin hazır bulunarak kaydı canlı izlemeleri, çocuğun hayati tehlikesinin göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir (Uğurlu, 2021). Dr. Southall ve arkadaşları bu yöntemi kullanarak istismar şüphesi olan 39 vakanın 33'üne istismar tanısı koymuştur (Southall vd., 1997). Gizli kamera ile yapılan gözetim, tanı koymada son derece etkili ve güvenli bir yöntem olup, yasal işlemler için de geçerli kanıtlar sağlar. Ancak, tek başına her zaman yeterli bir yöntem olmayabilir. Boğma nedeniyle oluşan apne vakalarında etkili kanıtlar sağlarken, zehirlenme durumlarında işlem gözetim dışında gerçekleştirilirse (örneğin, yiyecek veya içeceğe zehirli madde eklenmesi gibi), tanı koyma gücünü yitirebilir (İnce & Yurdakök, 2014). Bu tür komplike vakalarla çalışmak oldukça zordur; ancak sendromun tespiti için atılacak ilk adım, istismar döngüsünün, bir sonraki nesillere aktarılmasını engeller (Başbakal, 1994).

Munchausen By Proxy Sendromunda Sosyal Hizmetin Rolü

Sosyal hizmet; zorlayıcı koşullarda, çeşitli psiko-sosyal riskler yaşayan müracaatçılarla çalışan ve müdahale yetkisine sahip olan bir disiplindir (Özbesler, 2017). Sosyal hizmet, bireyleri çevresi içerisinde ele alarak, kendine özgü müdahale yöntemleriyle farklı yaşam koşulları içerisinde olan müracaatçı sistemleriyle çalışmaktadır (Kut, 1983). Sosyal hizmet mesleği, Sosyal Hizmet Sözlüğü'nde, insanların psiko-sosyal işlevlerini ve iyilik hallerini artırmaya yardımcı olan; aynı zamanda toplumu ve sosyal değişim süreçlerini etkileyen uygulamalı bir bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (Barker, 2003).

Tomanbay (2012)'a göre sosyal hizmet; bireyin temel ihtiyaçlarını esas alan ve toplumda karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik yardım odaklı bir meslek dalıdır. Zastrow(2016)'a göre ise sosyal hizmet; müracaatçıların sosyal işlevselliklerini arttırmayı ve kapasitelerini geliştirmeyi amaçlayan bireylere, ailelere ve gruplara yönelik mesleki bir disiplindir.

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW, 2013), çocuk refahı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının sahadaki rollerine ilişkin çeşitli standartlar sunmuştur. Bu standartlar, çocukların istismara karşı korunmasını sağlamayı, çocuk refahı alanındaki kamu ve sivil toplum

kuruluşlarıyla iş birliği yapmayı, ihmal ve istismar konusunda güncel mevzuata hâkim olmayı, ebeveynlik becerileri ve aile dinamiklerini analiz ederek ailelerle etkili bir şekilde çalışmayı gerektiren bir dizi önemli unsur kapsamaktadır. Ayrıca, çocuğun istismar geçmişine dair elde edilen bilgilerin gizliliğini koruma, kanıta dayalı yaklaşımları kullanma ve çocukların hakları hakkında onları bilgilendirme gibi sorumlulukları da içermektedir. Sosyal hizmet uzmanları, bu bağlamda, müdahale planlarını esnek bir şekilde uygulayarak çocuğun ve ailenin değişen ihtiyaçlarına göre uyarlamalar yapmalı, aynı zamanda ebeveynlik becerilerini güçlendirerek aile işleyişini desteklemeli, tüm müdahale süreçlerini doğru bir şekilde belgelendirip analiz etmelidir (Türkmen & Erükçü Akbaş, 2021).

Munchausen By Proxy Sendromu olgularının belirtileri genellikle fark edilmediğinden, bu tür vakaların tespit edilmesi oldukça zordur. Durum netleştğinde, çocuğun güvenliğinin sağlanması için koruyucu önlemler alınması gerekebilir (Mercer & Perdue, 1993). Bu doğrultuda, çocuğun korunması, gelişiminin desteklenmesi ve aile yanında izlenebilmesi amacıyla, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının alınması yönünde gerekli işlemler başlatılmalıdır. Bu kapsamda, çocuğun hem fiziksel hem de ruhsal iyilik halinin sürdürülebilmesi ve tedavi süreçlerinin kesintisiz olarak devam ettirilebilmesi amacıyla “Sağlık Tedbiri” kararının alınması oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra, çocuğun bakımından sorumlu ebeveyn ya da bakım verenlerin ebeveynlik becerilerinin güçlendirilmesi ve çocuk bakımına ilişkin bilgi ve tutumlarının geliştirilmesi amacıyla “Danışmanlık Tedbiri” kararı göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, çocuğun güvenliğinin sağlanması, sağlıklı bir ortamda bakılabilmesi ve gelişim süreçlerinin desteklenmesi amacıyla “Bakım Tedbiri” kararının alınması da önem arz etmektedir. Gerekli görülen durumlarda ise, çocuğun eğitsel gereksiniminin karşılanması amacıyla “Eğitim Tedbiri”; barınma güvenliğinin sağlanamadığı durumlarda ise “Barınma Tedbiri” kararı değerlendirilebilmektedir. Tedbir kararları, çocuğun yüksek yararı ilkesi doğrultusunda, genel iyilik halinin korunması ve gelişiminin desteklenmesi amacıyla, ilgili kurumlarca alınmalı ve etkin bir biçimde uygulanmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı, MSBP’nin tıbbi, sosyal ve psikiyatrik yönlerini değerlendiren bir rapor hazırlayarak, ailenin ikamet adresine uygun şekilde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İl Müdürlüğü’ne bildirimde bulunmalıdır. Bu bildirimin ardından, istismarcı ebeveyn hakkında adli sürecin başlatılması amacıyla savcılığa suç duyurusunda bulunulmalıdır. Ayrıca, ilgili tüm delillerin toplanarak, çocuğun güvenliği ve korunması adına yasal süreçlerin hızlı bir şekilde ilerlemesi sağlanmalıdır. Savcılıkla koordineli bir şekilde yürütülecek adli işlemler hem çocuğun haklarının korunmasını hem de istismarın önlenmesini amaçlar. Bu aşamada, ilgili çocuk hakkında gönderilen rapor doğrultusunda, inceleme yapmak üzere görevlendirilen sosyal hizmet uzmanının, tanıyı anlaması ve süreci kapsamlı bir şekilde değerlendirmesi büyük önem taşır. İnceleme sürecinde, uzman, çocuğun yüksek yararını gözeterek riskli durumları doğru bir şekilde değerlendirmeli ve bu doğrultuda alacağı kararların çocuğun güvenliği ve iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yaratmasını sağlamalıdır. İstismarcı bakım veren ve çocuk hakkında yapılan sosyal inceleme, hastane kayıtları ve çocuk koruma kurulu değerlendirmeleri gibi tüm veriler ışığında, çocuğun güvenliği ve iyiliği ön planda tutularak, korunmasına yönelik en uygun tedbir kararları titizlikle değerlendirilmelidir. Bu açıdan alınacak kararlar, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu ve Çocuk Koruma Kanuna Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik çerçevesinde, her bir vaka özelinde titizlikle incelenmeli ve çocuğun yüksek yararı gözetilmelidir. Ayrıca, kararların uygulanabilirliği ve uzun vadeli etkileri göz önünde bulundurularak, sürecin her aşamasında çocuk ve ailenin ihtiyaçlarına uygun müdahaleler planlanmalıdır (Arslan Şahbaz, 2024).

Sosyal hizmet uzmanları, bireylerin yaşam koşullarını iyileştirme ve psikososyal destek sağlama amacı güderken; Munchausen By Proxy Sendromu gibi karmaşık vakalarda, aile dinamiklerini göz önünde bulundurarak, çocuğun güvenliği ve iyilik hali için uygun bir müdahale planı oluşturur (Parrish & Perman, 2004). Müdahale planı, çocuğa ve gerekirse kardeşlerine yönelik zararın türünü belirlemeyi; çocuğun, sorumlu ebeveynin ve diğer aile üyelerinin mevcut ihtiyaçlarını (ruh sağlığı ihtiyaçları dahil) anlamayı hedefler (Glaser, 2020). Ailenin yaşam tarzı, alışkanlıkları ve davranış biçimlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için psikolojik testler uygulanmalı ve ek ziyaretler yapılmalıdır (Polat, 1996). Bu süreçte,

ailenin her bireyi, psikiyatrik değerlendirmeden geçene kadar, sosyal hizmetin desteği devam etmelidir. Sosyal hizmet uzmanları, tüm aile sistemini sorgulayıcı bir zihinle değerlendirmeli ve hiçbir ayrıntıyı yüzeysel olarak kabul etmemelidir (Polat,1996). Değerlendirme ve müdahale sürecinin herhangi bir aşamasındaki belirsizlik, çocuğun ve kardeşlerinin yeterince korunamamasına yol açabilir (Rosenberg, 1987). Bu nedenle MSBP vakasıyla çalışan profesyonellerin, konuya dair yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bu bilgi, erken tanı koyabilmek, uygun müdahalelerde bulunmak ve mağdurun güvenliğini sağlamak açısından büyük önem taşır (Karadağ, 2018).

Sosyal hizmet uzmanları, aileye ilişkin bilgileri sistematik biçimde toplayıp titizlikle analiz ederek vaka ile ilgili tüm unsurları bütüncül bir yaklaşımla bir araya getirme yetkinliğine sahiptir (Mercer & Perdue, 1993). Çocuk ve şüpheli failin sıklıkla birçok tıbbi ziyaret ve hastaneye yatış öyküsü vardır; bu kayıtların incelenmesi, önemli bilgiler sağlayabilir (Schreier & Libow, 1993). Hastane tedavisi tamamlandığında, ailenin evine yönelik sosyal hizmet incelemesi gerçekleştirilmeli ve evdeki ortam, aile üyelerinin ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanı, çocuğun geçmiş tıbbi kayıtları ve gerekirse ebeveynlerin tıbbi kayıtları için ebeveynlerden onay alınmasına yardımcı olmalıdır (Mercer & Perdue, 1993).

Tanın kesinleşmesinin ardından, ebeveynlerle yapılan yüzleştirme süreci kritik bir aşamadır. Aileye, bulgular ve elde edilen sonuçlar açık ve net bir şekilde aktarılmalıdır. Çeşitli ülke örneklerinde, yüzleştirme sürecinin genellikle çocuk doktoru ya da sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütüldüğü, yüzleştirme yapılan ortamda aile ile güvenli ve destekleyici bir iletişim kuran sosyal hizmet uzmanlarının varlığının olumlu etkiler yarattığı bilinmektedir (Sheridan,1989). Yüzleştirme sürecinde, sosyal hizmet uzmanları, aile sistemlerindeki değişikliklerin düzenlenmesine yardımcı olacak destek planları geliştirebilir. Ebeveynin çocuğa zarar verme amacı gütmeyeceği, bunun yerine çocuğun üzerinden ilgi görmek, takdir edilmek ve dikkat çekmek gibi kişisel kazançlar elde etmeye çalıştığı bilinmektedir. Bu nedenle, sosyal hizmet uzmanlarının ebeveynin motivasyonlarını dikkatlice değerlendirmeli ve çocuk ile ebeveyn arasındaki ilişkinin yeniden yapılandırılmasına yönelik stratejiler geliştirmelidir (Arslan Şahbaz, 2024).

Sosyal hizmet uzmanlarının yapacağı değerlendirme şu unsurları içermelidir (Carter&Cording, 2021):

1. Bakım verenlerin çocuğa maddi ve duygusal bakım sağlama yetenekleri
2. Çocuğun ve kardeşlerinin eğitimsel, sosyal ve duygusal ihtiyaçları
3. Ebeveyn-çocuk ilişkisi ve aralarındaki bağlanma biçimi
4. Ailenin sosyoekonomik durumu ve yaşam koşulları
5. Çocuğun ve ailesinin sosyal ve klinik geçmişinin oluşturulması
6. Ailenin ihtiyaçları, beklentileri ve endişelerinin belirlenmesi
7. Tüm bakım süreci boyunca aile için gerekli olabilecek bilgi ve desteklerin tespiti

MSBP tanısının aileye veya diğer profesyonellere aktarılması sürecinde, belirli kurallar yoktur. Ancak, aşağıdaki yönergeler bu tür durumlarla başa çıkarken faydalı olabilir (Mercer & Perdue, 1993).

1. Ebeveynler farklı şekillerde tepki verebilir; tepkiler, tamamen kabulden, öfkeli bir şekilde reddetmeye ve hatta tıbbi personelin, çocuğun hastalığını uydurduğunu iddia etmeye kadar değişebilir.
2. Ebeveynlere karşı suçlayıcı olmayan, empatik ve destekleyici bir dil kullanmak kritik önem taşır.

3. Ebeveynlerin gösterdiği saldırganlık, savunma mekanizmaları ve inkâr tutumları karşısında dikkatli olunmalı ve sürecin amacını net bir şekilde ifade etmek gerekmektedir.
4. İstismar durumunun, çocuk koruma hizmetlerine bildirildiği, bunun profesyonel ve yasal yükümlülükler doğrultusunda gerçekleştirildiği ebeveynlere anlatılmalıdır.
5. Profesyoneller, çocuğun sağlık durumu hakkında duydukları şüpheleri ve bu şüphelerin dayandığı nedenleri ebeveynlere net bir şekilde açıklamalıdır.

Sosyal hizmet uzmanları; vaka süreci boyunca çocuk, istismarcı ebeveyn ve aileyle mikro ve mezzo düzeyde klinik görüşmeler yapar, psikososyal değerlendirmeler gerçekleştirir ve çevreyle etkileşimde bulunarak önemli bilgileri toplar. Bu süreçte elde edilen veriler, multidisipliner ekiple paylaşılarak çocuğun korunmasına yönelik alınacak kararların belirlenmesinde ekip üyelerinin aktif rol üstlenmeleri sağlanmaktadır. Ayrıca, uzmanlar, tanı koyma, tedavi ve taburculuk sonrası süreçlerde de çocuğun korunmasını ön planda tutarak, tüm müdahale aşamalarında güvenliğini ve refahını gözetir (Arslan Şahbaz, 2024).

Sosyal hizmet uzmanının rollerinden biri savunuculuktur. Savunuculuk; bir veya daha fazla birey, grup ya da topluluk adına, sosyal adaleti sağlama ya da koruma amacıyla, doğrudan temsil etme, savunuculuk yapma, destek sağlama veya çeşitli önerilerde bulunma süreci olarak tanımlanmaktadır. Mikro düzeyde savunuculuk, bireylerin gerekli kaynaklara ve hizmetlere erişimlerini sağlamayı, mezzo düzeyde grupların sosyal işlevselliklerini arttırmayı, makro düzeyde ise sosyal politika ve yasaları değiştirmeyi hedefler (Yavaşca, 2021). Savunuculuk, birey veya ailenin mevcut hak ve yetkilerine ulaşmalarını sağlamanın yanı sıra, yeni hak ve yetkilere erişimlerini garanti altına alacak sosyal eylemleri de kapsar (Kirst Ashman vd.,1999). MSBP vakalarında bu savunuculuk, yalnızca ebeveynin ya da ailenin haklarını korumanın ötesinde, çocuğun güvenliğini sağlamak amacıyla müdahalede bulunmayı da kapsar (Özbesler & İçağasıoğlu Çoban, 2010).

Sosyal hizmet uzmanı, bazen vaka savunuculuğu gibi daha radikal yaklaşımlar da kullanabilir. Vaka savunuculuğu, tedavi sürecinde bireyin lehine taraf olmayı ifade eder. Bu vakalar, birey ve aile olabileceği gibi, küçük bir gruptan da oluşabilir. Vaka savunuculuğu, birey veya ailenin toplum içinde alışılmadık zorluklarla karşılaştığı durumların çözülmesinde, onların yüksek yararının gözetilmesini ve gerekli sosyal desteğin sağlanmasını hedefleyen önemli bir süreçtir. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanı, bireylerin ve toplumun çeşitli kesimlerinin psiko-sosyal değişim ve gelişimini sağlamak amacıyla sahip olduğu bilgi ve becerileri kullanır. Munchausen By Proxy Sendromunda vaka savunuculuğu, çocuğun güvenliği ve haklarının korunmasında hayati bir rol üstlenir; çünkü bakım veren kişinin çocuğa zarar verme riski, etkin bir müdahale ve savunuculuk gerektirir (Anderson vd.,2002).

Sosyal hizmet uzmanının, kaynakları tespit ederek, müracaatçıların bu kaynaklara erişim sağlamalarına fırsat tanıyan kaynak bulucu yönü de bulunmaktadır. Müracaatçı ile mevcut destek hizmetleri ve kaynaklar arasında köprü kurarak, ailelerin ve çocukların ihtiyaç duyduğu yardımlara ulaşmalarını mümkün kılar. Sosyal hizmet uzmanları, kaynak bulucu rolüyle MSBP vakalarında, tedavi sürecinde aileyi ve çocuğu destekleyecek uygun hizmetleri tespit ederek hem çocuğun hem de ailenin iyileşme sürecine katkıda bulunur (Özbesler & İçağasıoğlu Çoban, 2010).

Vakayı izlemek, ailenin yaşamındaki değişikliklerin sürekliliğini değerlendirmeye olanak tanır (Duyan, 2003). MPBS vakalarında, çocuğun korunması, tedavinin ve terapötik müdahalelerin kesintisiz bir şekilde sürdürülmesi için izleme aşaması önemli yer tutar. Sosyal hizmet uzmanları, bu aşamada, çocuğun fiziksel ve psikolojik durumunun düzenli olarak izlenmesini ve potansiyel yeniden maruz kalma durumlarının önlenmesini sağlamak için aktif bir rol üstlenir. Aynı zamanda, tedavi sürecindeki olası eksiklikleri veya aksamaları tespit ederek, gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlarlar. Bu aşama, yalnızca çocuğun korunmasına yönelik alınan önlemlerin etkisini değerlendirmekle kalmaz, aynı zamanda gelecekteki potansiyel riskleri minimize etme amacıyla da kritik bir süreçtir.

Sonuç olarak, hizmetlerin sunulması sürecinde sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının ve ailesinin ihtiyaçlarını tespit etmektedir. Hastanın veya ailesinin ihtiyaçlarının karşılanması, hizmetlerin organize edilmesi, izlenmesi, yeniden değerlendirilmesi ve gerektiğinde savunulması gibi çeşitli stratejileri uygulamaktadır. MSBP vakalarında uzman, çocuğun güvenliğini ön planda tutarak, aile dinamiklerini dikkatle gözlemleyip, müdahalelerin etkinliğini sürekli izler. Aynı zamanda, ebeveynin davranışlarının çocuk üzerindeki etkisini değerlendirerek, tedavi sürecinin ilerleyişini izler ve gerektiğinde yeni müdahale planları oluşturur. Sosyal hizmet uzmanı, farklı kurumlar tarafından sunulan hizmetleri, müracaatçı ve ailesinin yararına inceleyip belirler, bu hizmetlerin koordine edilmesini sağlar. Aynı zamanda, danışanın hizmet sistemi içine entegre olabilmesi için gerekli planlamayı yapar ve onlara bu kaynaklardan nasıl en etkin şekilde yararlanabileceklerini gösterir. Bu süreçte, müracaatçının kendi kararlarını alabilmesi için rehberlik eder, böylece bireyin bağımsızlık kazanmasını ve kaynaklara erişim konusunda güçlü bir konumda yer almasını destekler.

Sonuç ve Öneriler

Çocuk istismarıyla ilgili en büyük sorun, vakaların doğru şekilde tanımlanamaması ve yanlış bir şekilde ele alınmasıdır. Çocuğa yönelik istismar türlerinden olan MSBP, kronik istismar ve ölümle sonuçlanabilen en ciddi istismar türlerinden biridir. Bu sendrom, çocuğun gereksiz tıbbi müdahalelere maruz bırakılması ile gerçekleşir. MSBP'nin tanınması ve doğru yönetilmesi oldukça güçtür. Bunun başlıca nedenleri, Munchausen By Proxy Sendromuna dair açıklayıcı bir teorinin eksikliği ve istismarcı yetişkinlerin özelliklerine ilişkin araştırma bulgularının yetersizliğidir. Ayrıca, bu sendromu tanımlayan belirgin bir biyolojik veya psikolojik işaretin olmaması, vakaların gözden kaçmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin, MSBP hakkında düzenli aralıklarla eğitim almaları sağlanmalıdır. Eğitimler yalnızca teorik bilgilerle sınırlı kalmamalı, vaka analizleri, tanı kriterleri ve sendromun psikolojik etkileri üzerine interaktif çalışmalarla desteklenmelidir. Ayrıca, sağlık politikalarının ve yasal düzenlemelerin güçlendirilmesi de oldukça önemlidir. MSBP'nin erken tanınması ve etkili tedavilerin uygulanabilmesi için sağlık sisteminde iyileştirmeler yapılmalıdır. Özellikle risk altındaki aileler için devlet desteği ve terapötik müdahaleler artırılmalıdır. İlgili kurumların iş birliğiyle, MSBP'nin önlenmesine yönelik toplumsal farkındalığı artıracak kampanyalar düzenlenmelidir.

Çocuk istismarı vakalarının tanınmasında ve yönetilmesinde en uygun yaklaşım, multidisipliner bir ekip çalışmasıdır. Bu tür vakalar, uzmanlık alanlarını kapsayan bir iş birliği gerektirdiğinden, farklı meslek dallarından profesyonellerin bir araya gelmesi, etkili bir müdahale ve destek süreci için oldukça önemlidir. Ayrıca, çocuk istismarı ve MSBP hakkında daha fazla eğitim verilmesi, profesyonellerin bu tür vakaları daha kolay tanıyıp müdahale etmelerini sağlayacaktır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları, meslekler arası iş birliği sağlayarak, geniş bir bilgi yelpazesine erişme ve çevreyi dikkate alarak bütüncül bir değerlendirme yapma kapasitesine sahiptir.

Ailenin geçmiş başvuruları ve önceki deneyimleri göz önünde bulundurularak, potansiyel riskler hakkında bilgi edinilir ve çocuk üzerindeki olası etkiler belirlenir. Sosyal hizmet uzmanları, ailenin geçmişteki sağlık ve istismar öykülerini tespit ederek, benzer durumların tekrar etme olasılığını değerlendirir ve buna göre müdahalelerini şekillendirir. Aynı zamanda, sosyal hizmet uzmanları, istismarın önlenmesi ve mağdur çocuğun rehabilitasyonu konusunda önemli bir rol üstlenir; aileyi ve çevresini bilinçlendirir, gerekli tüm kaynaklara erişim sağlamalarına yardımcı olur ve çocuk için en uygun koruma stratejilerini uygular.

Munchausen By Proxy Sendromunda, çocuğun ve ailenin içinde bulunduğu durumun çok yönlü ve derinlemesine bir bakış açısıyla değerlendirilmesi büyük önem taşır. Aile dinamiklerinin yanı sıra, ailenin yaşam koşulları, ebeveynler arasındaki ilişkilerin kalitesi, iletişim biçimlerinin niteliği ve çatışmaların düzeyi gibi faktörler istismarın sebeplerinin anlaşılmasında kritik rol oynamaktadır. Ailenin diğer çocukların da fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimlerinin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, çocuğun yaşadığı fiziksel ve psikolojik çevreyi anlayabilmek için ailenin finansal durumu, eğitim seviyesi ve genel yaşam koşulları da dikkate alınmalıdır. Ailedeki stres faktörleri, ebeveynlerin psikolojik durumu ve daha önceki travmatik deneyimler, istismar riskini artırabilir. Sosyal

hizmet uzmanları, bu faktörleri titizlikle ele alarak bütüncül bir müdahale planı oluşturmalıdır. Ailenin ve çevresinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi, istismarın erken tespiti ve etkili bir müdahale için gereklidir. Ayrıca, çocuğun korunması ve sağlıklı bir gelişim süreci için, tüm bu unsurlar göz önünde bulundurularak, aileye uygun sosyal destek programları ve hizmetler sunulmalıdır.

Sonuç olarak, MSBP'nin etkili bir şekilde yönetilmesi için, sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer profesyonellerin kapsamlı eğitimler alması, erken tanı sistemlerinin güçlendirilmesi ve ailelerin desteklenmesi gerekmektedir. Aile içindeki psikolojik ve sosyal dinamiklerin doğru bir şekilde analiz edilmesi, istismarın erken tespitini kolaylaştırabilir ve çocuğun güvenliğini sağlamak için daha etkili müdahaleler yapılabilir. Sosyal hizmet uzmanlarının, çocuğun ve ailenin içinde bulunduğu durumu çok yönlü bir perspektiften değerlendirerek, erken müdahale ve koruma stratejileri geliştirmeleri, bu tür vakaların önlenmesinde ve mağdur çocukların rehabilitasyonunda büyük önem taşımaktadır. Bu süreç hem çocuğun hem de ailenin uzun vadeli iyilik halini sağlamak için oldukça önemlidir. Ayrıca sosyal hizmetlerin bu alandaki rolü, toplumsal güvenliği artırmada ve çocukları korumada kritik öneme sahiptir.

Munchausen By Proxy Sendromu vakalarının etkili bir şekilde yönetilebilmesi için şu önerilerde bulunulabilir:

1. Munchausen By Proxy Sendromu (MSBP) vakalarında, çocuğun içinde bulunduğu çevre, aile ilişkileri ve ebeveynlerin psikolojik durumları titizlikle incelenmelidir.
2. Çocukların sağlık geçmişleri ve tıbbi başvuruları düzenli olarak izlenmeli, özellikle tekrarlayan tıbbi müdahaleler ve gereksiz tedavi süreçleri dikkatle takip edilmelidir.
3. Çocuk istismarı vakalarının erken tespit edilmesi için sosyal hizmet uzmanları, ailelerin geçmiş başvurularını ve sağlık öykülerini inceleyerek risk faktörlerini belirlemeli ve buna göre uygun müdahale stratejileri geliştirilmelidir.
4. Sosyal hizmet uzmanlarının, MSBP vakalarında etkin bir şekilde yer alması sağlanmalıdır. Uzmanlar, aile içi durumları değerlendirebilmeli, çocuğun güvenliğini ve iyilik halini gözeterek bütüncül bir yaklaşım benimsemelidir.
5. Sosyal hizmet uzmanları, sağlık profesyonelleri ve diğer ilgili disiplinlerden uzmanlar, MSBP ve çocuk istismarı konusunda daha fazla eğitim almalıdır. Bu sayede, çocuk istismarı vakalarının tanınması ve yönetilmesi konusunda daha fazla bilgi ve beceri kazandırılabilir.
6. Çocuk istismarı vakalarına ilişkin hukuki düzenlemeler ve çocuk koruma yasaları daha etkin hale getirilmelidir.

Araştırmaya İlişkin Etik Bilgiler: Araştırma yöntemi itibariyle etik kurul izni kapsamında değildir.

Çatışma Beyanı: Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması potansiyeli bulunmamaktadır.

Kaynakça / References

- Abdulhamid, I., & Siegel, P. (2006). Munchausen syndrome by proxy. *Retrieved May, 19, 2008*.
- Abdurrachid, N., & Marques, J. G. (2022). Munchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *Cns spectrums*, 27(1), 16-26.
- Akgündüz, E., Kaya, K., Kalaoğlu, E., Bulut, F. D., & Hilal, A. (2018). Munchausen by proxy sendromu; Bir olgu sunumu. *Ahi Evran Medical Journal*, 2(1), 16-18.
- Anderson, L. E., Weston, E. A., Doueck, H. J., & Krause, D. J. (2002). The Child-Centered social worker and the sexually abused child: Pathway to healing. *Social work*, 47(4), 368-378.
- Arslan Şahbaz, E. E. (2024). Bakım verenin yapay bozukluğu(Munchausen by proxy sendromu) ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve sosyal hizmet*, 35(1), 153-172.
- Artingstall, K. (1998). Practical aspects of munchausen by proxy and munchausen syndrome investigation (Vol. 20). Crc press.
- APB (2000). Psikiyatride hastalıkların tanılandırılması ve sınıflandırılması elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IVTR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- APB. (2013). Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal elkitabı. Köroğlu E,(Çev. Ed.). Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Barker, R. L. (2003). The social work dictionary, 4th ed. Washington, DC:Nasw Press.
- Başbakkal, Z. (1994). Ebeveynlerin neden olduğu Munchausen Sendromu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(3), 59-67.
- Berg, B., & Jones, D. P. (1999). Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 81(6), 465-472.
- Bools, C. N., Neale, B. A., & Meadow, S. R. (1992). Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 67(1), 77-79.
- Brown, P., Tierney, C., & Serwint, J. R. (2009). Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics in review*, 30(10), 414.
- Bursch B, Emerson ND, Sanders MJ. Evaluation and management of factitious disorder imposed on another. *J Clin Psychol Med Settings* 2019; 1-11.
- Carter, M., & Cording, J. (2021). *Factitious disorder imposed on another: Literature scan*. Oranga Tamariki.
- Cardona, L., & Asnes, A. G. (2019). Disclosure of caregiver-fabricated illness to a child: A team-based approach to communicating with pediatric patients. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(3), 494-502.
- Davis, P., McClure, R. J., Rolfe, K., Chessman, N., Pearson, S., Sibert, J. R., & Meadow, R. (1998). Procedures, placement, and risks of further abuse after munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of disease in childhood*, 78(3), 217-221.
- Dizer, U., Can, M., Söhmen, T., Beker, C. M., & Özgüven, V. (2000). Munhausen sendromu. *Flora*, 5(2), 152-155.
- Duyan, V. (2003). Aileye yönelik planlı müdahale sürecinin aşamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14(1), 41-61.
- Feldman, M. D., & Brown, R. M. (2002). Munchausen by proxy in an international context. *Child abuse & neglect*, 26(5), 509-524.

- Folks, D. G. (1995). Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurologic Clinics*, 13(2), 267-281
- Glaser, D. (2020). Fabricated or induced illness: From “Munchausen by proxy” to child and family-oriented action. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104649.
- Gray, J., & Bentovim, A. (1996). Illness induction syndrome: paper I—a series of 41 children from 37 families identified at the great ormond street hospital for children nhs trust. *Child abuse & neglect*, 20(8), 655-673.
- Guandolo, V. L. (1985). Munchausen syndrome by proxy: an outpatient challenge. *Pediatrics*, 75(3), 526-530.
- İnce, T., & Yurdakök, K. (2014). Munchausen by proxy sendromu; Ağır bir çocuk istismarı formu. *Journal of Pediatric Disease/Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 8(3).
- 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.
- Jureidini, J. (1993). Obstetric factitious disorder and munchausen syndrome by proxy. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(2), 135-136.
- Karadağ, F. (2018). Çocuk ruh sağlığında istismarın farklı bir boyutu: Munchausen by proxy Sendromu, *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*, 157-165.
- Karakoç Demirkaya, S., Tağcı, S., & Aksu, H. (2016). Hipoglisemi nöbetleri ile başvuran tip-1 diyabetes mellitus tanılı ergen olguda munchausen sendromu. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17.
- Kırcı, G. S., Turan Yurtsever, N., Okumuş, H., & Birincioğlu, İ., (2015). *Bir munchausen by proxy sendromu olgusu tanılamada yaşanan güçlükler*. Türkiye Klinikleri , vol.12, no.2, 51-55.
- Kirst-Ashman, K. K., & Hull, G. H. (1999). Understanding generalist practice. Chicago: Nelson-Hall.
- Kut, S. (1983). Sosyal hizmet eğitiminde 22 yıl. *HÜ Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 1(1), 1-12.
- Libow, J. A. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1131-1142.
- Lopez-Rico, M., Lopez-Ibor Jr, J. J., Crespo-Hervas, D., Muñoz-Villa, A., & Jimenez-Hernandez, J. L. (2019). Diagnosis and treatment of the factitious disorder on another, previously called Munchausen syndrome by proxy. *Sn Comprehensive Clinical Medicine*, 1(6), 419-433.
- Martinovic, A. (1995). Fictitious epilepsy in Munchausen syndrome by proxy: Family psychodynamics. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 4(2), 129-134.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343-345.
- Meadow, R. (1982). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of disease in childhood*, 57(2), 92-98.
- Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60(4), 385.
- Meadow, R. (1990). Suffocation, recurrent apnea and sudden infant death. *The Journal of Pediatrics*, 117(3), 351-357.

Meadow, R. (2002). Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect*, 26(5), 501-508.

Mercer, S. O., & Perdue, J. D. (1993). Munchausen syndrome by proxy: Social work's role. *Social Work*, 38(1), 74-81.

National Association of Social Workers. (2013). *NASW standards for social work practice in child welfare*. national association of social workers.

Noyan, M. A. (2021). Factitious disorders. *Alpha Psychiatry*, 1(3), 162-173.

Orak, O. S., Tunç, E., Aktaş, G., Gülirmak, K., & Vatansever, S. (2017). Maskeli istismar: Munchausen by proxy sendromu. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 3(2), 153-157.

Özbesler, C., & Çoban, A. İ. (2010). Ebeveyn yoluyla munchausen sendromu olgularında sosyal hizmetin rolü. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(21), 40-49.

Özbesler, C. (2017). Tıbbi sosyal hizmete giriş ve tıbbi sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Tıbbi sosyal hizmet*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Özdemir, D. F. (2020). Yapay bozukluk/bakım verenin yapay bozukluğu olgularına psikodinamik bakış ve klinik yaklaşım: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(4).

Parrish, M., & Perman, J. (2004). Munchausen syndrome by proxy: Some practice implications for social workers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21, 137-154.

Polat, O. (1996). Munchausen sendromu. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 4(2), 61-62.

Polat, O. Dokgöz H. (2007) "Munchausen Sendromu". Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı, Seçkin yayıncılık, (Ed.) Prof. Dr. Oğuz Polat. Ankara.

Rees, S. V. (1987). Munchausen syndrome by proxy: Another form of child abuse. *Practice*, 1(3), 267-282.

Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect*, 11(4), 547-563.

Rosenberg, D. A. (2003). Munchausen syndrome by proxy: Medical diagnostic criteria. *Child abuse & neglect*, 27(4), 421-430.

Schreier, H. A., & Libow, J. A. (1993). Munchausen syndrome by proxy: Diagnosis and prevalence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), 318-321.

Sheridan, M. S. (1989). Munchausen syndrome by proxy. *Health & Social Work*, 14(1), 53-58.

Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect*, 27(4), 431-451.

Sigal, M., Gelkopf, M., & Meadow, R. S. (1989). Munchausen by proxy syndrome: The triad of abuse, self-abuse, and deception. *Comprehensive psychiatry*, 30(6), 527-533.

Sousa, D. D., Kanomata, E. Y., Feldman, R. J., & Maluf, A. (2017). Munchausen syndrome and munchausen syndrome by proxy: A narrative review. *Einstein (Sao Paulo)*, 15, 516-521.

Southall, D. P., Plunkett, M. C., Banks, M. W., Falkov, A. F., & Samuels, M. P. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. *Pediatrics*, 100(5), 735-760.

Stirling Jr, J., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). Beyond munchausen syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, 119(5), 1026-1030.

Tiryaki, A. Y., & Baran, G. (2017). Bir çocuk istismarı türü olarak “Munchausen by proxy sendromu”. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 107-124.

Tomanbay, İ. (2012). Sosyal çalışma ve sosyal hizmetlerde önce kavram. Ankara: Sabev Yayınları.

Türkmen, M., & Akbaş, G. E. (2021). Cinsel istismara maruz bırakılan çocuğa yönelik danışmanlık tedbiri: Güçlendirme yaklaşımı temelinde bir vaka sunumu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(4),

Turhan, E., Sangün, Ö., & İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi.

Tümer, A., Odabaşı, A., Özdemir, D., Mutlu, E., & Kaynak, A. (2015). Çocuk istismarının ağır bir türü: Bakım verenin yapay bozukluğuna (Munchausen By Proxy Sendromu) hukuki ve tıbbi Bakış. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, (6), 581-608. 1587-1606.

Uğurlu, Z. (2021). Munchausen by proxy sendromu olgularında tıbbi sosyal hizmet müdahalesi. G. oral içinde. *Olgularla Adli Psikiyatri ve Davranış Bilimleri*, 84-86.

Ünlü, İ. İ. (2025). “Hastaneye gitmeliyim, huzura ermeliyim” munchausen by proxy sendromuna yönelik sosyal hizmet müdahalesi: Bir vaka sunumu. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(24), 150-167.

Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy)—a systematic review of 796 cases. *Child abuse & neglect*, 72, 45-53.

Yavaşca, S. (2021). Sosyal hizmetin savunuculuk rolü bağlamında sivil toplum örgütleri. *Toplumsal Politika Dergisi*, 2(1), 1-10.

Zastrow, C. (2016). Sosyal Hizmete Giriş (Çev. D. Baran Çiftçi)(4. Baskı). *Ankara: Nika Yayınevi*.

World Health Organization. (2002). The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization.

Extended Abstract

This study examines Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP), a severe form of child abuse, focusing on its definition, modes of manifestation and its impact on victimized children from a social work perspective. MSBP is a form of abuse in which the parent or caregiver intentionally portrays the child as ill or deliberately exacerbates the child's health condition to prompt medical intervention. The complex nature of the syndrome makes it difficult to be recognized within the healthcare system and the victimized children may be exposed to repeated abuse for extended periods. Traumas within the family, past abuse experiences, or personal psychological disorders can lead to the development of the syndrome. The article first examines the history, definition, diagnostic criteria and psychological dynamics of MBPS; then, it discusses the physical and psychological effects of this syndrome on children. Additionally, the article evaluates how MBPS can be differentiated from other types of abuse, the challenges encountered in diagnosing it and the approach of social workers to this process.

The perpetrator's excessive attention and care towards the child may, when viewed from the outside, portray them as a protective and attentive parent, thereby preventing experts from recognizing the situation. Therefore, the role of social workers becomes critical. Social work not only involves identifying child abuse but also carries a multifaceted responsibility, including understanding family dynamics, ensuring the child's safety and when necessary, placing the child under protection. Social workers, using a multidisciplinary approach, collaborate with healthcare professionals, psychologists, and the legal system to identify cases and intervene in order to find solutions. Social workers, primarily by examining the power dynamics within the family, make the necessary observations to uncover the abuse the child is experiencing. Social workers adopt a long-term approach to monitor the development of the case and continuously assess the situation. Throughout the process, they monitor the family and the child at regular intervals to ensure the child's safety and well-being, making reassessments when necessary.

As a result, Munchausen by Proxy Syndrome is not only a medical and psychological issue but also a form of child abuse that necessitates active intervention by social workers. The early diagnosis of the syndrome, appropriate interventions and effective resolution processes are crucial for the child's health and safety. The role of social workers in this process goes beyond protecting children; it carries significant responsibility in raising awareness within the community, developing appropriate intervention strategies, and ensuring the quicker identification of such cases.