

Munchausen by Proxy Sendromu; Ağır Bir Çocuk İstismarı Formu

Munchausen Syndrome by Proxy; A Serious Child Abuse Form

Tolga İNCE¹, Kadriye YURDAKÖK²

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Ünitesi, Ankara, Türkiye



ÖZET

Munchausen by proxy sendromu çocuk istismarının çok ağır ve özel bir şeklidir. Bir erişkin tarafından çocukta hastalık belirtisi ve bulgularının oluşturulması ile karakterize karmaşık ve potansiyel olarak ölümcül bir çocuk istismarı formudur. Sonuçta gereksiz tanınış işlemler, cerrahi girişimler ya da medikal tedavi nedeniyle çocukta ciddi tıbbi zararlar oluşur. Pek çok klinisyen fiziksel veya cinsel istismarı oldukça iyi bilirken, Munchausen by proxy sendromu'nu tanımakta güçlük çeker. Tanı konulması ve ayırıcı tanı yapılmasında halen zorluklar vardır. Nadir, beklenmeyen bulgularla başvuran veya standart tedaviye cevap vermeyen her olguda Munchausen by proxy sendromu'dan şüphelenilmelidir. Tanı her olguya şüpheli yaklaşım ve özgün tanınış işlemler ile koyulabilir. Olguların multidisipliner bir ekip (Çocuk Koruma Birimi) tarafından değerlendirilmesi şarttır. Bu derlemede Munchausen by proxy sendromu'nun epidemiyolojisi ve tanı basamakları tartışılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Çocuk istismarı, Munchausen by proxy sendromu

ABSTRACT

Munchausen syndrome by proxy is a very special and dangerous form of child abuse. It is characterized by a child with symptoms and signs of an illness that have been fabricated by an adult, usually the mother. Fabrication of those signs and symptoms leads to many unnecessary and painful investigations and treatments for the victim. Although many physicians are familiar with the sexual or physical abuse of children, they are unaware of this particular form of child abuse. Fortunately, awareness among pediatricians will increase as more cases are shared in the literature. Difficulties remain in defining the condition, as well as in the detection and differentiation from other illness. Although it is a relatively rare form of child abuse, pediatricians need to have a high index of suspicion when faced with seemingly inexplicable findings or treatment failures. Diagnostic strategies should be case-specific and a multidisciplinary approach such as from a "Child Protection Team" is crucial for proper management and effective treatment planning in these cases. This review will discuss the epidemiology and diagnosis of Munchausen syndrome by proxy, as well as the role of the physician in sorting out these cases.

Key Words: Child, Child abuse, Munchausen syndrome by proxy

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (1). Munchausen by proxy sendromu (MBP) çocuk istismarının çok ağır ve özel bir şeklidir. Hastaneye hastane dolaşarak hastalık öyküleri uyduran veya oluşturan, bu nedenle gereksiz ve çok sayıda medikal veya cerrahi girişimler uygulanan hastaların "Munchausen sendromu" olarak tanımlanmasından sonra Meadow, benzer durumu çocuklarında

oluşturan ebeveynleri "Munchausen by proxy sendromu" olarak tanımladı (2). Türkçeye "vekâleten Munchausen sendromu" veya "vekâleten hastalık uydurma" olarak da çevrilebilecek olan bu sendromda ebeveyn ya da bakımveren, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta veya hastalık yaratmakta ve «hasta» çocuğu doktora götürmektedir. Sonuçta gereksiz tanınış işlemler, cerrahi girişimler ya da medikal tedavi nedeniyle çocukta ciddi tıbbi zararlar oluşmaktadır. MBP karmaşık ve potansiyel olarak ölümcül bir çocuk istismarı formudur. Otuz yıldan uzun bir süre önce tanımlanmış olmasına rağmen tanı

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Tolga İNCE

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye
E-posta: oti1974@yahoo.com

Geliş tarihi / Received : 10.03.2014

Kabul tarihi / Accepted : 28.04.2014

DOI: 10.12956/tjpd.2014.78

konulmasında, yönetilmesinde ve tedavisinde hâlen tartışılmalı alanlar vardır (3).

Meadow'un hastalığın tanımını yaptığından beri bu tanının ebeveynin mi, çocuğun mu ya da her ikisinin mi olduğu konusunda yoğun tartışmalar yaşanmaktadır. Bugün için kabul edilen görüş MBP tanısının uygulayıcıya ait olduğudur (4). Pek çok klinisyen fiziksel veya cinsel istismarı oldukça iyi bilirken MBP'yi tanımakta güçlük çeker. Genellikle tanı atlanır ve olgular gerçek tanıları konulamadan hastane hastane dolaşırlar. Çok da nadir görülmemesine rağmen tanı konulamamasının en önemli nedeni farkındalığın olmamasıdır. Çünkü tanı ancak dikkatli ve şüpheli bir yaklaşımla konulabilir.

Munchausen by proxy sendromu'nda yeniden "hastalanma", sahte hastalık yapılan diğer nedenlere göre çok daha sık görüldüğünden kurbanın morbiditesi ve mortalitesi yüksektir. Bu nedenle sahte hastalık yapılan diğer çocuk istismarı tiplerinden ayırıcı tanısının yapılması çok önemlidir. Bakımverenler veya ebeveynler çocuklarda pek çok nedenden ötürü sahte hastalık oluşturabilirler. Bu nedenlerden bazıları şunlardır:

Delüzyon: Eğer annede çocuğunun hasta olduğuna dair bir delüzyonel inanç varsa, çocuğunu sık sık doktora götürüp test ya da tanısız girişimler yapılmasını talep edebilir. Annenin delüzyon nedeni (örneğin psikotik depresyon) ortadan kaldırılınca doktor ziyaretleri de kesilir (2). Bir olguda anne kızında bit infestasyonu olduğu delüzyonu ile doktora başvurmuştur. Hatta "bitleri" kavanoz içerisinde doktor muayenehanesine getirmiştir. Ancak yapılan muayenede hiç bite rastlanmamıştır. Annede parazitlere karşı monosemptomatik bir delüzyon olduğu tespit edilip tedavisi başladıktan sonra çocuktaki bitler de ortadan kaybolmuştur (5).

Hipokondriyak ebeveyn: Hipokondriyak anneler kendi bulgularına yaptıkları gibi çocuklarındaki normal bulgulara da aşırı tepki gösterebilirler veya semptomları abartabilirler. Abartılı semptomlar nedeniyle bu çocuklara gereksiz tıbbi girişim ve tedaviler uygulanabilir (2).

Obsesif-Kompulsif bozukluk: Bu bozukluğu olan ebeveynler, çocuklarının hasta olduklarına inanarak onlara aşırı medikal girişimler yapılmasını isteyebilirler (2).

Aşırı endişeli ebeveyn: Bazı ebeveynler çocuklarına doğru tanı konulmadığını ve dolayısıyla doğru tedavi edilmediklerini düşündüklerinden doktor doktor dolaşırlar (doctor-shopping). Bu ebeveynler çocuklarına tıbbi girişimler yapılacağı zaman izin verirler fakat hemen her zaman çocukları için endişelenirler; testin sonucunda ne beklenildiğini, testin çocuğu için zararlı olup olmadığını veya ağırlı bir işlem olup olmadığını sorarlar. Bu durum MBP'den farklı olduğu noktadır (5).

"The Help Seeker" olarak bilinen durumda ise anne çeşitli endişeleri veya olanaksızlıkları nedeniyle yardım almak amacıyla bebeğinde yalancı hastalık oluşturabilir. Örneğin bebeğine bakım vermekte zorlanan ve kendini yetersiz hisseden bir adölesan anne bebeğinin bezine vişne suyu dökerek, hematürisi olduğu

şikâyetiyle pek çok kez çocuk acil polikliniğine başvurmuştur. Olay anlaşıldıktan ve anneye gerekli sosyal destek verildikten sonra bu olay tekrarlanmamıştır (2). Benzer bir durum ise çocuğu daha önce kaza ya da ağır hastalık geçirmiş annelerde, çocuğunun bu tür durumlara her zaman maruz kalabileceği endişesinin yerleşmesidir. Bu anneler çocuklarının sağlıkları ile ilgili ciddi endişeler taşırlar ve zaman zaman MBP ile karışabilirler (6,7).

Bazı ebeveynler ise sekonder kazanç sağlamak amacıyla çocuklarında yalancı hastalık bulguları oluşturabilirler. Bu sekonder kazanç bazı olgularda parasal iken (örneğin; otistik veya mental retarde olduğunu iddia ettiği çocuğu için sosyal yardım parası almaya çalışmak), bazı olgularda farklı olabilir (örneğin; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomları uydurularak tedavi için verilen stimulan ilaçların anne tarafından kullanılması) (5).

Munchausen by proxy sendromu'ndaki ana motivasyon uygulayıcının güçlü bir profesyonelin (çoğu kez bu çocuğun doktoru olmaktadır) dikkatini çekmek ve daha sonra onu manüple ederek hastalığın ve dolayısıyla ilginin devamını sağlamaktır. Bu nedenle yukarıda anlatılan nedenlerin varlığı MBP tanısını ekarte ettirir.

Epidemiyoloji

Munchausen by proxy sendromu diğer çocuk istismarı çeşitlerine göre oldukça az görülmekle birlikte insidans yapılan çalışmalarda 16 yaş altındaki çocuklarda 0.4/100000 iken 1 yaş altı çocuklarda 2-2.8/100000 bulunmuştur. Ancak gerçek insidansın bu tahminden daha fazla olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu veriler sadece hastanelerde tanısı konulan MBP olgularından elde edilmiş olup tanı konulamayan veya polikliniklerde takip edilen olgular hiç hesaplanmamıştır (7-10).

Bildirilen kurbanların yaşları birkaç hafta ile 11 yaş arasında değişmektedir. Bir çalışmada, ortalama tanı yaşının 3.25 olduğu, olası ölüm oranının %9-10 arasında değiştiği bildirilmiştir (7). Yapılan bir başka çalışmada olguların %77'sinin 5 yaş altında olduğu ve ortalama tanı yaşının 20 ay olduğu bildirilmiştir (11).

Munchausen by proxy sendromu oldukça ölümcül bir çocuk istismarı çeşididir. Yapılan çalışmalarda ölüm oranı %6 ile 10 arasında bildirilmiştir. Bununla birlikte olgunun zehirlenmesi veya boğulması söz konusu ise ölüm oran %33'e çıkmaktadır (7,9).

Bu sendromun tanısı zor ve uzun bir süreç gerektirmektedir. Semptomların başlaması ile tanı arasında ortalama geçen süre bir meta-analizde 21.8 ay bulunmuştur (10).

Ülkemizde ilk olgu 1995 yılında yayınlanmıştır (12). Son on yılda çocuk ihmali ve istismarı konusunda Türkiye'de artan farkındalık MBP tanısının ve yayınlanan olguların sayısının artmasına yol açmıştır (13-16). Hacettepe Üniversitesi ÇİDAT grubunun çalışmasında 2005-2008 yılları arasında takip edilen 102 istismar olgusunun 5 (%3.9)'i MBP tanısı almış ve bu olgulardan biri boğulma sonucu ölmüştür. İstimara uğramaya başlama yaşı 5.4±3.1 yıl iken, hastanede görülme ve tanı yaşı 8.1±5.2 yıl bulunmuştur (17).

Klinik

Munchausen by proxy sendromu, hastalığın taklit edilmesi (olmayan semptomların olduğunun iddia edilmesi, laboratuvar örneklerinin değiştirilmesi gibi) veya semptomların oluşturulması (çocuğun vücuduna zarar vermek, boğmak, zehirlemek, ilaç vermek gibi) yolu ile gerçekleştirilir. Çocuğa ilaç vermek ve boğmak en sık kullanılan yöntemdir. Genellikle nörolojik, gastroenterolojik, enfeksiyöz, dermatolojik, kardiyopulmoner ve psikiyatrik semptomlar gözlenir. Rosenberg'in çalışmasında en sık semptom kanama ve konvülsiyon olarak bulunmuştu (Tablo I) (18). Bununla birlikte apne, kusma, ishal, bilinç durumu değişiklikleri, ateş, döküntü, alerjik deri lezyonları sık rapor edilen diğer bulgulardır. İngiltere'de alerji kliniklerine başvuran hastaların %5'inin, astım kliniklerine başvuran hastaların ise %1'inin MBP olduğu saptanmıştır (19). Apne ve immün yetmezlik tanısı olmayan çocuklardaki polimikrobial enfeksiyonlar en sık ve kafa karıştırıcı bulgulardır. Bu çocuklar uzun süre hastanede kalmakta yineleyen, ızdırap veren ve masraflı tanıya yönelik girişimlere maruz kalmaktadırlar.

Apne, MBP'de (%15–57) ve Ani Bebek Ölümü Sendromu (SIDS) ile Akut Hayatı Tehdit Edici Olay (ALTE)'da sık görülen bir semptomdur. Bir çalışmada, apne veya konvülsiyon ile başvuran ve ölümlü sonuçlanan 46 MBP olgusunun %52'sinde en az bir kere ALTE tanısı konulduğu gösterilmiştir. Bu tanıların bu kadar sık konulmasının bir başka nedeni de ALTE ve SIDS'nin genetik yatkınlığının olduğunun düşünülmesidir. Bir ailede SIDS tanısı ile 5 bebeğin ölmesi ve benzer diğer olguların yayınlanması bu hipotezi güçlendirmiştir. Ancak 25 yıl sonra beş bebeğini SIDS tanısı ile kaybeden ilk ailede annenin çocuklarını boğarak öldürdüğü anlaşılınca SIDS ve ALTE'de genetik yatkınlık olduğu hipotezi tartışılır olmuştur. Son olarak Amerikan Pediatri Akademisi Çocuk İhmal ve İstismarı Komitesi SIDS ve ALTE ile tekrarlayan siyanoz ve apne arasında nedensel bir ilişki

kurulmadığını açıklamış, apnenin SIDS'nin öncü bir semptomu olarak kabul edilmemesi gerektiğini bildirmiştir (6,20). Elbette bir ailede iki çocuk SIDS tanısı alabilir. Ancak yapılan çalışmalar bunun olasılığının 1/8500 olduğunu göstermektedir (20,21). MBP'nin tekrar edici özellikte ve ölümcül bir çocuk istismarı çeşidi olduğu bilindiğinden bu tür olguların MBP'den ayırıcı tanıların yapılması çok önemli ve gereklidir. Aşağıdaki durumların varlığında MBP'den şüphelenilmeli ve olay dikkatle araştırılmalıdır;

- Tekrarlayan apne atakları
- 6 aydan büyük çocuk
- Ağır hastalık öyküsü bulunan kardeş varlığı
- Kardeş ölüm öyküsü
- Olgunun kendisinin veya bir kardeşinin önceden istismara uğradığının belgelenmesi
- Olgunun burnunda veya ağızda kan tespit edilmesi
- ALTE'nin sadece şüpheli ebeveyn varlığında gerçekleşmesi.

Hastalığın klinik bulguları ile seyri arasında bir ilişki kurulamaz, hastalar genellikle tedaviye cevap vermezler ya da başlangıçta verseler bile daha sonra semptomlar daha da artarak tekrarlar. Örneğin bir olgunun gluteal bölgesindeki apsesi 4 kez drene edilmesine ve uygun antibiyotik tedavisi almasına rağmen tekrarlamakta idi. Yapılan ileri incelemeler sonucunda hastanın annesinin bu apselere neden olduğu tespit edildi (4). Büyük çocuklar ebeveynleri tarafından sıklıkla yalan hastalık semptomları oluşturmaları için zorlanırlar ve bu çocuklar adölesan döneminde Munchausen sendromu geliştirebilirler (7).

Uygulayıcı hemen her zaman çocuğun "anne"sidir. Bir çalışmada %93 olguda uygulayıcının anne olduğu, diğer uygulayıcılar sıklık sırasına göre çocuğun bakıcısı (kadın) ve baba olduğu bildirilmiştir (9). Çocuğun babası veya annenin erkek arkadaşı genellikle pasif bir rol üstlenir. Munchausen by proxy sendromu uygulayıcısının tıbbi konulardaki bilgi düzeyi yüksektir. Hastalıklar hakkında detaylı bilgiler ile tanı metotları ve tedavi yöntemleri hakkında etkileyici bir bilgi birikimine sahiptir. Bu konularda son gelişmelerle ilgili araştırmalar yapar (dergilerdeki ve internetteki bilimsel makaleleri okur), hekimlerin görüşlerini sorgular. Sıklıkla yaşantısının bir döneminde sağlıklı ilgili bir işte (bakımevi, hastane gibi) çalışmış veya sağlık sorunu olan kişilerin bakımını üstlenmiş olabilir. Bir çalışmada, uygulayıcıların %80'inin (tüm anneler) geçmişte sağlık merkezi, yaşlı bakımevi veya çocuk bakımevlerinde çalıştığı öyküsü alınmıştır (7).

Bu anneler, genellikle çevresindeki diğer kişiler tarafından çocuğunu çok seven, ilgili, şefkatli ideal bir ebeveyn olarak tanımlanırlar ve bu özellikleri nedeniyle diğer ailelerin ve doktorların takdirini kazanırlar. Ancak yalnızken, çevrelerinde özellikle de sağlık personeli yoksa çocukları ile hiç ilgilenmez, onları saatler hatta günler boyu ihmal edebilirler. Çocuklarında hastalık oluşturabilmek için yaptıkları eylemler planlı ve oldukça acımasızdır. Örneğin çocukta apne oluşturabilmek için kuvvetli

Tablo I: Munchausen by Proxy Sendromu'nda görülen semptomlar.

Semptom	Görülme yüzdesi (%)
Kanama	44
Hematüri	13
Hematokezya/melena	8
Kanama diatezi	8
Hematemez	7
Diğer (Burun, Kulak, Solunum Sistemi)	8
Konvülsiyon	42
Merkezi Sinir Sistemi Baskılanması	19
Apne	15
Diyare	11
Kusma	10
Ateş	10
Döküntü	9

bir şekilde ve uzun süreli (çocuk hareketsiz kalana, bilincini kaybedene kadar) boğma gerekir. Ayrıca gizli kamera çekimleri bu eylemlerin, diğer istismar çeşitlerinden farklı bir biçimde, genellikle birdenbire, zalimce; çocuğun herhangi bir tetikleyici veya provoke edici hareketi (ağlama, mızızlanma gibi) olmadan gerçekleştiğini göstermektedir (5,7).

Kadın uygulayıcılar hastane ekibi tarafından oldukça sevilen kişilerdir. Doktorlar ve hemşirelerle uyum içindedirler; çocuklarına yapılacak olan her türlü (invazif veya non-invazif) işlem için rahatlıkla izin verirler. Ancak sonuçlar istedikleri gibi gelmediğinde veya taburculukları planlandığında tam tersi bir kişilik yapısına bürünürler. Doktorlara ve personele karşı saldırgan davranışlarda bulunabilirler. Hastanede kalmaları gerektiğini kızgın ve inatçı bir şekilde ifade ederler. Bu durumun nedeni hastanelerin heyecan verici yapısının onlar için çekici olması olabilir. Münchausen by proxy sendromu'ndan şüphelenildiği uygulayıcı tarafından anlaşılırsa, hem kendisine hem de çocuğuna karşı oldukça acımasız davranabilir. İntihar ve/veya çocuğun öldürülmesi sık karşılaşılan bir sonudur. Bu konuda çok dikkatli olmak ve önlem almak şarttır. Kadın uygulayıcıların aksine erkek uygulayıcılar hastane personeli ile yakın ilişkiye girmez. Hastane personeli de bu kişileri "iyi baba" olarak tanımlamaz. Bu babalar antagonistik, çocuğuna iyi bakım vermeyen, devamlı bir şeyler talep eden küstah kişiler olarak tanınır (7).

Altta yatan fizyopatolojik yapıyı anlamak güçtür. Kişilik problemleri uygulayıcılarda sıklıkla rapor edilse de standart psikolojik testlerde genellikle normal olarak bulunurlar. Narsistik frajilite (kendini beğenen, kırgın) ve borderline (sınırdaki) kişilik çok siktir, ama bu kişilerde pasif-bağımlı histerik kişilik ya da sadomazoist davranışlar ve depresyon da bulunabilir. Uygulayıcıların yaklaşık %75'inin geçmişte somatoform bozukluk tanısı aldığı, üçte birinin de kendisinde yalancı hastalık oluşturduğu bulunmuştur (20).

Münchausen by proxy sendromu üç kişi arasındaki karmaşık bir ilişkidir; uygulayıcı (ki çok büyük bir oranda bu annedir), çocuk ve doktor. Doktor bu karmaşık ilişkide kilit rol oynar. Karakteristik olarak uygulayıcı, doktorunu yalanlarına ortak etmeye çalışır. Ne yazık ki çoğu olguda bu durum başarılı olur ve çocuğun uğradığı zararların büyük bir kısmı (gereksiz tanısal girişimler, cerrahi müdahaleler gibi) klinisyen eliyle gerçekleşir. Bir çalışmada; çocuklardaki morbiditenin %75'inin hastanede doktorlar tarafından gerçekleştirilen girişimler sonucunda olduğu bulunmuştur (7). Bu "iyi" hekimler MBP'de anneler tarafından kolaylıkla manüpile edilirler. Tanının en kısa sürede konulması ve tedavinin bir an önce başlaması için pek çok tıbbi girişim yapılır. Ayrıca aile ile kurduğu yakın ilişkiden ötürü hekim çocuğu ve özellikle de anneyi korumak ister. İstismarcıyı gösteren kanıtlar olsa bile hekim bu yakın ilişkiden dolayı olayı kabullenmek istemez. Annenin suçlanması karşısında (kanıtlar apaçık şekilde ortada olsa bile) öfkelenir. Bu durum çocuğa uygulanan istismarın devamına yol açar (5).

TANI

Ayrıncı tanıda MBP düşünölmeye başlandığı andan itibaren çocuğun daha fazla zarar görmesini engellemek ve güvenliğı için daha fazla önlem alınmaya başlanmalıdır. Çünkü bu süreç kurbanların en fazla hayati risk taşıdığı dönemdir. Tanı diğer çocuk ihmal ve istismarı olgularında olduğu gibi multidisipliner bir ekibin (pediatrist, çocuk ruh sağlığı uzmanı, adli tıp uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, gerektiğinde ilgili çocuk yan dal uzmanı, hemşire gibi) ortak çalışması sonucu konur. Ekibin içinde erişkin psikiyatristinin de bulunması uygulayıcının tanı ve tedavisine yardımcı olur. "Çocuk Koruma Birimi"nin yapılması hastane işleyişi ve ekip elemanlarına göre değişiklik gösterebilir de tüm çocuk hastanelerinde benzer birimlerin kurulmasına ihtiyaç vardır (3-5,7).

Çoğu olguda standart toksikoloji taramaları, laboratuvar testleri sonuç vermez, kurbanın belirti ve bulgularına göre bazı özel testlere ihtiyaç duyulabilir. Örneğin bilinç durumu baskılanması varsa "trisiklik antidepressanlar" özellikle akılda tutulmalı, toksik tarama paneline eklenmelidir. Koagülopatilerde warfarin, tekrarlayan inatçı kusmalarda ipecec ve antifriz içirilmesi, ishallerde fenolfitalein zehirlenmeleri ekarte edilmelidir. Verilen laboratuvar örneklerinin kontamine edildiğı veya yanlış örnek verildiğı düşünölmüyorsa kan grubu subtiplendirmesi veya protein elektroforezi yapılabilir. Diyabet oluşturulduğu düşünölmüyorsa HbA1c düzeyleri bakılabilir. Çocuğun düzenli kullandığı bir ilacı varsa ilaç düzeyleri kontrol edilebilir. Ancak her olgu ayrı değerlendirilmeli, gerekli durumlarda ayrıncı tanı için çocuk yan dal uzmanı, adli tıp uzmanı veya toksikoloji uzmanından yardım istenmelidir (7,9,10).

Her olgu için titiz bir inceleme ve değerlendirme yapmak şarttır. Zira MBP tanısının düşünölmemesi atlanması kadar olduğundan fazla düşünölmesi yanlış tanı konulması da anne ve çocuk için olumsuz sonuçlar doğurur. Bu durumun bilinen en olumsuz örneğı ABD'de yaşanmış, çocuğuna antifriz içirdiğinden şüphelenilen anne yeterli ve özenli inceleme yapılmadan hapis cezası almış fakat anne hapiste iken ikinci çocuğu dünyaya gelmiş, annenin bakımı dışında iken bu çocuk da kusmaya başlamıştır. Yapılan detaylı tıbbi inceleme sonucunda bu bebeğın kanında da yüksek alkol düzeyi tespit edilmiş bunun da metabolik bir defekt sonucu oluştuğı bulunarak annenin suçsuzluğı kanıtlanmıştır (6).

Özellikle pek çok hastanede tedavi görmüş olgularda titiz bir dosya incelemesi şarttır. Biyopsi sonuçları, radyoloji ve laboratuvar raporları ile günlük klinik izlem notları dikkatli bir şekilde gözden geçirilmeli, özetler (örneğin epikriz notları) ile yetinilmemelidir. Eğer mümkünse hastanın kardeşlerinin de varsa hastane dosyalarının incelenmesinde yarar vardır. Zaman harcatıcı olsa da bu işlem çocuğa ek bir zarar getirmes aksine diğer tanısal işlemlerin getirdiğı zararlardan çocuğu korur.

Semptomları oluşturduğundan şüphe edilen bakımverenini hasta yanından uzaklaştırılması tanı koydurucu bir testtir (Ayrıncı

Testi). Test sırasında belirtilerin ortadan kalkması ile MBP tanısı konulabilir. Ancak şüpheli uygulayıcı ile hastanın ayrı kaldığı süre hastanın durumunda bir değişikliğe yetecek uzunlukta olmalıdır. Ayrıca ayırma testi başladıktan sonra şüpheli uygulayıcı ile hasta hiçbir şekilde temas kurmamalıdır. Eğer temas kurulması şart ise bu üçüncü bir kişinin gözetimi ve denetimi altında gerçekleşmelidir. Üçüncü kişi olgunun ailesinden seçilmemeli, mümkünse hastane personelinden aileyi tanımayan bir kişi olmalıdır. Bir olguda çocuk büyükanne gözetiminde anne ile görüştürülmüş, büyükannenin bebeği annenin yanında bırakıp başka bir odaya geçtiği sırada annenin çocuğu boğarak apneye soktuğu hemşire tarafından görülmüştür (22). Ayırma testi yapılırken bu süre içinde şüpheli uygulayıcının hastanın yanından uzaklaştırılması dışında hastaya başka hiçbir işlem yapılmamalıdır (7,20). Bazı durumlarda uygulayıcı çocuktan rastlantısal olarak ayrılabilir. Bu durum hasta ile ilgilenen hekimler için olgunun tanı almasına neden olabilecek ipuçları sağlayabilir. Foto-Özdemir ve ark.(4)'nın yayınladıkları olguda, bir apne atağının uzaması ve kardiyopulmoner arrest gelişmesi nedeniyle hasta yoğun bakıma nakledilmiş ve buradaki iki haftalık izlemi sırasında hiç apne atağı gelişmemiştir. Etkileri nedeniyle bu testin uygulanmasına tek hekim karar vermemeli, testin uygulanması ve zamanlamasına multidisipliner bir ekip karar vermelidir. Doğru yapılırsa bu test çocuğun tanı sürecinde bile daha fazla zarar görmesini engelleyecektir. Ancak yanlış uygulanırsa hem ebeveyn hem de çocuk için ciddi zararlar verebilir; gerçekten hasta olan ve kendisine ihtiyacı olan çocuğunun yanından uzaklaştırılan bir ebeveynin yaşadığı sıkıntı ve güçlük oldukça fazla olacaktır (5).

Gizli kamera gözetimi (GKG), tanıda kullanılabilen bir diğer yöntemdir. Dr. Southall ve ark. (23) bu yöntemi kullanarak istismar şüphesi olan 39 olgunun 33'ünde istismar tanısı koymuştur. Bir başka çalışmada Hall ve ark. (24) 41 olguda GKG kullanarak MBP tanısı koyduklarını bildirmiştir. Ülkemizden yakın zamanda yayınlanan bir olguda da annenin hastanın santral kateterinden hava vermek suretiyle hastayı apneye soktuğu gizli kamera kayıtlarından tespit edilmiştir (4). Gizli kamera gözetimi tanıda oldukça etkili ve güvenli bir yöntemdir ve kanuni işlemler için uygun kanıtlar sunar. Ancak tek başına her zaman yeterli bir yöntem değildir. Boğma sonucu oluşan apne olgularında etkili kanıtlar sunarken zehirleme olgularında işlem gözetlenen oda dışında yapılırsa (örneğin yemeğine ilaç eklemek gibi) tanı koydurucu özelliğini yitirir. Örneğin Hall'un çalışmasında olguların 1/3'ünde herhangi bir kanıt tespit edilememiştir (24). Ayrıca bazı uygulayıcılar günler boyu çocuklarına herhangi bir şey yapmaz. Dolayısıyla bu çocukları yeterli sürelerde izlemek gerekir. Ancak yeterli süre bazen çok uzun, örneğin haftalar olabilmektedir. Bazı hukukçular gizli kamera gözetiminin ailelerin haklarını ihlal ettiğini savunmaktadır. Bu yüzden GKG kararının hastanelerin etik kurullarında görüşüldükten sonra alınması uygun olacaktır (5,24).

PROGNOZ VE TEDAVİ

Kurbanların uzun dönem sonuçları ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır ve oldukça olumsuz psikiyatrik sonuçlar bildirilmiştir. Genel olarak çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde güvensizlik, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, post-travmatik stres bozukluğu, dikkat bozuklukları, bağlanma ve sosyal ilişki ile ilgili problemler, tıbbi tedaviden kaçınma ve kendine az değer verme gibi sorunlar geliştiği bildirilmiştir (3,25).

Çocukların ebeveynlerinin kendilerine istismar yaptığını kabul etmesi oldukça güç bir süreçtir. Çünkü ebeveyn onların "koruyucusu"dur. Büyük çocuklarda bunun kabul edilmesi, çocuğun medikal kayıtlarının çocuğun anlayacağı şekilde kendisiyle tartışılması ile mümkün olabilir. Ancak kurbanın tedavisi özellikle de küçük çocuklarda oldukça zor ve güçtür (10,25). Bu çocukların istismarı inkâr etme, öfke ve hastalık rolü yapma gibi psikiyatrik sorunları psikoterapi ile tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Kurbanların bir kısmının adölesan ve genç erişkin dönemde "Munchausen Sendromu" geliştirdikleri tespit edilmiştir.

Diğer taraftan uygulayıcıların tedavisi de oldukça zordur ve kanıtlanmış etkili bir tedavi yöntemi de yoktur. Bu kişilere uygulanan tedavinin iki amacı vardır:

- Ugulayıcıya hastalığını yenmesi için gerekli psikolojik desteğin sağlanması
- Ugulayıcı ile çocuğu arasında, her ikisinin de güvenliğini azaltmadan yeniden en iyi ilişkinin sağlanması.

Munchausen by proxy sendromu'nun literatürde çok yüksek tekrarlama riski (%37) bulunmuştur (7). Bu durum tedavinin başarı şansının neden düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Genel kanı uygulayıcıların tedavisinin hemen hemen imkânsız olduğu, tedaviye cevap alınamazsa veya yetersiz ilerleme gösterilirse (örneğin 6 ay içerisinde) bu çocukların ailelerine geri verilmemeleri yönündedir. Çocuklar ailelerine geri verilseler bile yüksek tekrarlama riski nedeniyle çok sık kontrol ve yakın takip önerilmektedir (7,18).

Sonuç olarak, Munchausen by proxy sendromu tekrarlama riski yüksek, oldukça ciddi sonuçları olan ağır bir çocuk istismarı çeşididir. Unutulmaması gereken nokta şu anda MBP tanısını destekleyen veya ekarte eden hiçbir tanısal testin veya psikolojik profilin tanımlanmamış olduğudur. Aksine bazı semptom ve bulgular sadece şüphenin artmasına neden olabilir. Tanı her olguya şüpheli yaklaşım ve özgün tanısal işlemler ile koyulabilir. Olguların multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi şarttır. Bu ekipte çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, çocuk ruh sağlığı uzmanı, adli tıp uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve gerekirse ilgili çocuk yan dal uzmanı olmalıdır. Tanı için gerekli kanıtlar toplanırken öncelik kurbanın güvenliğine verilmeli, çocuğun hayatı daha fazla riske edilmemelidir. Ani Bebek Ölümü Sendromu veya ALTE tanısı alan ve özellikle apne ile başvuran olgular MBP yönünden mutlaka titizlikle değerlendirilmelidir.

Nadir, olağan olmayan bir hastalıkla başvuran, yapılan tanısal girişimleri negatif olan veya standart tedaviye cevap vermeyen her olguda Münchausen by proxy sendromu'ndan şüphelenilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Violence Prevention Committee. Child abuse. *Ann Emerg Med* 2000; 36:180.
2. Schreier H. Münchausen by Proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:126-43.
3. Sharif I. Münchausen syndrome by proxy. *Pediatr Rev* 2004; 25:215-6.
4. Foto-Özdemir D, Yalçın SS, Zeki A, Yurdakök K, Özusta Ş, Köse A, et al. Münchausen syndrome by proxy presented as recurrent respiratory arrest and thigh abscess: A case study and overview. *Turk J Pediatr* 2013;55:437-43.
5. İnce T. Münchausen by Proxy Sendromu. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32:525-37.
6. Schreier HA. Error in Münchausen by proxy defined. *Pediatrics* 2002;110:985-8.
7. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Münchausen syndrome by Proxy. *Curr Opin Pediatr* 2005;17:252-7.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. *Pediatrics* 2001;107:437-41.
9. Terry L. Fabricated or induced illness in children. *Paediatr Nurs* 2004;16:14-8.
10. McGovern MC, Smith MBH. Causes of apparent life threatening events in infants: A systematic review. *Arch Dis Child* 2004;89:1043-8.
11. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996; 75:57-61.
12. Senocak ME, Türken A, Büyükpamukçu N. Urinary obstruction caused by factitious urethral stones: An amazing manifestation of Münchausen syndrome by proxy. *J Pediatr Surg* 1995;30:1732-4.
13. Sahin F, Kuruoğlu A, Işık AF, Karacan E, Beyazova U. Münchausen syndrome by proxy: A case report. *Turk J Pediatr* 2002 44:334-8.
14. Tamay Z, Akcay A, Kilic G, Peykerli G, Devocioğlu E, Ones U, et al. Corrosive poisoning mimicking cicatricial pemphigoid: Münchausen by proxy. *Child Care Health Dev* 2007;33:496-9.
15. Özön A, Demirbilek H, Ertugrul A, Ünal S, Gümrük F, Kandemir N. Anemia and neutropenic fever with high dose diazoxide treatment in a case with hyperinsulinism due to Münchausen by proxy. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2010;23:719-23.
16. Tüfekçi Ö, Gözmen S, Yılmaz Ş, Hilkey Karapınar T, Çetin B, Burak Dursun O, et al. A case with unexplained bleeding from multiple sites: Münchausen syndrome by proxy. *Pediatr Hematol Oncol* 2011;28:439-43.
17. Foto-Özdemir D, Özmert E, Balseven-Odabaşı A, Evinç SG, Tekşam Ö, Gökler B, et al. The analysis of child abuse and neglect cases assessed by a multidisciplinary study group between 2005-2008. *Turk J Pediatr* 2012;54:333-43.
18. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987;11:547-63.
19. Godding V, Kruth DM. Compliance with treatment in asthma and Münchausen syndrome by proxy: An outpatient challenge. *Arch Dis Child* 1991;66:956-60.
20. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *Pediatrics* 2003;111:914-7.
21. Craft AW, Hall DMB. Münchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *BMJ* 2004;328:1309-12.
22. Truman TT, Ayoub C. Considering suffocatory abuse and Münchausen by proxy in the evaluation of children experiencing apparent life-threatening events and sudden infant death syndrome. *Child Maltreatment* 2002;2:138-49.
23. Southall DP, Plukett MCB, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. *Pediatrics* 1997;100:745-60.
24. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan S, Kenney RD, Johnson SC. Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics* 2000;105:1305-12.
25. Bools C, Neale B, Meadow SR. Follow-up of victims of fabricated illness: Münchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1993;69:625-30.