

Yapay bozukluk/bakım verenin yapay bozukluğu olgularına psikodinamik bakış ve klinik yaklaşım: Bir gözden geçirme

Psychodynamic aspects and clinical approach to the concepts of factitious disorder/factitious disorder imposed on another: A review

Dilşad Foto Özdemir¹

¹Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
https://orcid.org/0000-0002-9077-8419

ÖZET

Yapay Bozukluk fiziksel veya psikolojik belirtilerin taklit edilmesi, yaralamanın veya hastalığın indüklenmesinin aldatma niyetiyle oluşturulması ile karakterize bir bozukluktur. Bakım verenin Yapay Bozukluğu bir başkasında fiziksel veya psikolojik belirtileri taklit etme, aldatma amaçlı belirtiler üretme, yaralama veya hastalığa neden olmadır. Bu bozuklukta, dışsal bir ödül olmaksızın aldatmaca davranışları belirgindir. Yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan ciddi bir çocuk istismarı türüdür. Literatürde, hekimin hastalık hakkında farkındalığının artırılmasının morbidite ve mortaliteyi azaltacağı veya önleyebileceği belirtilmektedir. Bu bozukluğun belirlenmesi ve sürecin doğru yürütülmesi için multidisipliner yaklaşım hayati öneme sahiptir. Ülkemizde bu hastalarla çalışabilecek multidisipliner ekipler oldukça sınırlı sayıdadır. Hukuk sisteminin bu davalara çok yabancı olduğu, genellikle yasal süreci başlatmadığı ve çocuk istismarını önleyemediği görülmektedir. Bu makalede hastanemizin Çocuk İstismarı Değerlendirme Araştırma ve Tedavi komisyonunun multidisipliner ekip çalışması, klinik deneyimleri ve yazında yer alan olgu serileri göz önüne alınarak Yapay Bozukluk/Bakım verenin Yapay Bozukluğu olgularının biyopsikososyal ve psikodinamik özelliklerini çok boyutlu olarak tartışmak, alan yazın eşliğinde, son bilgiler ışığında, bu olgulara yaklaşımla ilgili bir yol haritası sunmak amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yapay bozukluk, bakım verenin yapay bozukluğu, çocuk istismarı, psikopatoloji

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;23:)

DOI: 10.5505/kpd.2020.29291

SUMMARY

Factitious Disorder is characterized by fabricating physical or psychological symptoms, injuring or inducing the illness with the intent of deception. Factitious Disorder Imposed on Another is mimicking physical or mental, misleading symptoms, injuring or causing the disease on another. In this disorder, behaviors of deception are obvious, even without any extrinsic reward. It is a severe form of child abuse which leads to high levels of mortality and morbidity. It is stated in the literature that raising awareness of physicians about the disorder can reduce and even sometimes prevent the mortality and morbidity. Multidisciplinary approach is of great significance for the process to be carried out properly and for the disorder to be detected. Turkey suffers from the lack of multidisciplinary teams of physicians who can study and treat such a disorder. It is clear that the judicial system in the country is ignorant of such cases, does not usually commence legal proceedings and cannot prevent the child abuse. This article aims to extensively discuss the biopsychosocial and psychodynamic features of the concepts of factitious disorder and the factitious disorder imposed on another and undertakes to set a course for these concepts in the light of literature research and recent information on the issue, considering the multidisciplinary teamwork conducted by the Commission on Evaluation, Research and Treatment of Child Abuse, clinical experiences and a wide range of concept research included in the literature.

Key Words: Factitious Disorder, Munchausen syndrome by proxy, child abuse, psychopathology

GİRİŞ

Yapay Bozukluk (YB) fiziksel veya ruhsal belirtilerin taklit edilmesi, yaralama veya hastalık oluşturmanın aldatma niyetiyle yapılması ile karakterizedir (1,2). Genellikle YB'den şüphelenilen hastada kliniğin değerlendirilmesi, fiziksel veya ruhsal belirtilerin hastanın oluşturduğunun belirlenmesi için psikiyatri görüşü istenir. Ancak standart psikiyatrik görüşme, ruhsal muayene ve mevcut psikometrik değerlendirmelerle YB tanısının konulması zordur (3). Klinik tablonun normal dışı seyri ve görünümünden dolayı klinisyenin YB'den şüphelenmesi, ayrıntılı geçmiş tıbbi öykü, geçmiş hastane kayıtları ve bütün bu verilerin ruh sağlığı uzmanının da bulunduğu multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi tanılamanın esasını oluşturur (4,5,6). Tanı, açık dışsal ödülleri olmaksızın sahte hastalık kurgusu oluşturma, belirtileri taklit etme ya da hastalığa sebep olmak için aldatma amaçlı davranışları gizlice yapmayı gerektirir. Önceleri "Munchausen Sendromu" olarak bilinen Yapay Bozukluk (YB)/Factitious Disorder, DSM 5'te bazı değişiklikler yapılarak Bedensel Belirtiler ve İlişkili Bozukluklar başlığı altına alınmıştır ve Kendisine Yüklenen Yapay Bozukluk/Factitious Disorder Imposed on Self ve Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk/Factitious Disorder Imposed on Another başlığı altında 2 kategoriye ayrılmıştır (2). YB olcuğa nadir görülür, ancak bunun nedeni bozukluğun doğasının aldatma ve gizleme üzerine kurulmuş olmasıdır. YB'nin belirlenmesi hastalığa neden olan davranışların doğrudan gösterilmesine bağlı olduğundan tanılamak oldukça zordur (7,8). Bakım verenin Yapay Bozukluğu (BYB) ise bakmakla yükümlü kişi -genellikle de anne- tarafından çocukta bir hastalık varmış gibi gösterme, hastalık üretme, mevcut hastalığı olduğundan ağır bir bozukluk gibi abartarak sunma ya da doğrudan müdahaleyle çocukta hastalık yaratma olarak bilinen, mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek bir çocuk istismarı türüdür (9). Hekimi çoğu zaman çıkmaza sokan bu olgularda sürecin bir ekip tarafından yönetilmesi; olguları fark etmek, uygun değerlendirmek, çocuk ve aileyi ele almak, olgu yönetimini doğru yapmak, çocuğu korumak için çok önemlidir. Bu süreçte çocuk ve ailenin içinde bulunduğu durumun olgu özelinde çok boyutlu olarak ele alınması, çocuğun yüksek yararının

gözetilmesi, birçok kurumla işbirliğinin yapılması gerekir. Ülkemizde bu olguların uygun ele alındığı multidisipliner ekip sayısı oldukça sınırlıdır. Hacettepe Üniversitesi -Çocuk İhmal ve İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu (ÇİDAT)- uzun yıllardır bu olgularla multidisipliner ekip olarak çalışmakta, olguları tespit etme, çocuğun güvenliğini sağlama, yüzleştirme, aileleri bilgilendirme, gerekli durumlarda adli süreci başlatma, çocuk koruma hizmetlerini harekete geçirme konusunda ciddi hizmetler vermektedir. Bu makalede YB olgularında klinik deneyimlerimiz, yazında yer alan olgu serilerimiz ve son dönem yazın bilgisi gözden geçirilerek klinisyende farkındalık yaratmak amaçlanmıştır. Halen yazında tanı geçerliliği tartışılan, hastalığın tıbbi, sosyal, hukuki, mali birçok boyutu olması nedeniyle hekimlerin mesafeli yaklaştığı, gizleme ve aldatma üzerine kurgusu nedeniyle sıklıkla atlanan, hastalığın sürecine ve istismarı sağlık ekibinin katkısının da olduğu olan Yapay Bozukluk ve Bakım verenin Yapay Bozukluğu çok boyutlu olarak ele alınarak biyopsikososyal ve psikodinamik özelliklerinin tartışılması, son bilgiler ışığında bu olgulara yaklaşımla ilgili yol haritasının sunulması planlanmıştır.

YAPAY BOZUKLUK

YB'nin temeli aldatma ve gizleme üzerine olduğu için ancak klinikte tespit edilebilen olgular üzerinden yaygınlığı belirlenebilmektedir (10). Hastanede yatarak değerlendirilen her 1000 hastadan 1'inde YB şüphesiyle psikiyatri konsültasyonu istendiği bildirilmektedir. Araştırmalara göre, YB'nin yaygınlığı olasılıkla %0.5 ile % 2 arasında değişmektedir (7,10,11).

Yapay Bozukluğu olan Hastaların Özellikleri

YB üzerine çok az bilimsel araştırma bulunmaktadır. Bu konuda bildiklerimizin çoğu, profesyonellerin konsültasyon çalışmalarını esnasında belirledikleri olgularla ilgili vaka bildirimleri ve makalelere dayanmaktadır. YB çoğunlukla 20'li-50'li yaşlarda ve kadınlarda görülmektedir (10,12). YB eğer bir erkek hastada tespit edilirse çoğunlukla tablo daha dramatik, düşmanca ve sosyopatik özellikler taşır (8). YB

hastaları arasında sağlık alanında çalışanların fazla olduğu bildirilmekle birlikte hastaların özellikle kendilerini sağlıkla ilişkili bir meslek grubunda gibi sunuyor olma ihtimali üzerinde durulmaktadır. YB hastalarının yarısından fazlasında geçmiş kayıplar, ciddi hastalık geçirmiş yakın aile üyesi, tıbbi kayıtlarda beklenmedik düzeyde çok sayıda çocukluk hastalığı ve operasyon, görüşmede açıklanamayan karmaşık geçmiş hastalık öyküsü bulunur (8, 10, 12). Bazen YB'si olan hasta çocuklukta BYB'ye maruz kalmış, yetişkin dönemde hastalığı sürdürmüş kötü muamele mağdurudur (13). YB sıklıkla süregelen, ataklarla seyreden, stresle tetiklenen bir bozukluktur. Evlilik uyumsuzlukları, artan sorumluluklar ve baskılar, iş sorunları gibi stres durumlarında tekrarlayan orta ve geç erişkinliğe kadar devam eden bir bozukluktur (10,12).

Hastalık davranışının belirleyicileri çok yönlü olup, bir kişinin önceki hastalık deneyimleri, aile içi ilişkiler, erken dönem deneyimler, gelişimsel faktörler, hastalık hakkındaki mevcut inanışlar, hastanın hastalığa bakışı davranışı belirler (8,12,14). Hastalık deneyimleri insanların hasta rolünün güçlü sosyal faydaların fark etmelerine yardımcı olur. Hasta rolü, avantajlar içeren, potansiyel olarak sosyal ilişkilerde ikincil kazançları oluşturması nedeniyle arzu edilebilen, kısmen meşrulaşmış bir durumdur (8,15,16). Bizim ülkemizde olduğu gibi bazı toplumlarda, hasta olarak ruhsal bozukluklardan çok fiziksel hastalıklar kabul edilebilir olduğunda yaşamın zorluklarıyla başa çıkma, bunlara uyum sağlamada içsel çatışmaların somatize edilmesi daha sık görülür (8,15,17).

Yapay Bozukluğu Belirtilerinin Özellikleri

YB'de hasta tutarsız, seçici veya yanıltıcı bir hastalık öyküsü verir; tedavi ekibinin hastalık öyküsüyle ilgili bilgi kaynaklarına erişmesine izin vermeye genellikle direnir. Laboratuvar veya diğer testlerden elde edilen kanıtlar hasta tarafından iletilen bilgilerle uyumsuz. Hasta sağlığında bozulmaları önceden tahmin eder veya planlanan taburculuk olmadan kısa bir süre önce belirtilerde alevlenmeler olur. YB tanısı konan hastalarda 4 tip hastalık davranışı gözlenmektedir. Bu hastalık davranışının niteliği hastalığın şiddetini ve

süreğenliğini belirlemektedir (10). Hastalık üretme davranışının hafif formu temelde var olan gerçek bir hastalığı abartarak sunma, bir diğeri tespit edilmesi mümkün olmayan bazı belirtiler dile getirerek hastalığı varmış gibi yapmaktır. Genellikle nesnel tıbbi kanıtlarla göstermenin neredeyse imkânsız olduğu ağrı, bulantı, yorgunluk gibi öznel belirtilerle hasta ısrarla kendisini hasta olarak sunar. Bu hasta davranışının yaygın olduğu tahmin edilmekle birlikte yazında bildirmeye değer bulunan olguların daha ciddi olgulardan oluşması hem YB'nin genel olarak ciddi sonuçları olduğu hem de nadir görüldüğü yanılığına neden olmaktadır (6,8, 10). Yazında yaygın olarak bildirilen olgular laboratuvar sonuçlarını değiştirme amaçlı kan, idrar, BOS, doku örneklerine bulaştırma yolu ile müdahale ya da doğrudan kişinin girişimsel bir yöntemle kendi metabolizmasına müdahale etmesidir. Yaygın görülen klinik tablolar; yüksek kalsiyum seviyeleri, idrardaki protein, yüksek/düşük kan glikoz seviyeleri, döküntü, kusma, solunum sıkıntısı gibi dramatik fiziksel belirtilerdir. En sık bildirilen problemler apne, beslenme güçlüğü, ishal, nöbetler, duysal veya motor problemler, davranış problemleri, astım, alerji, iyileşmeyen yaralar, ateş ve ağrıdır (10,11,16,18,19). Buradaki hastalık üretme davranışı ya tahlil edilecek idrar, kan, biyopsi materyallerine dışkı, bakteri, kan bulaştırarak müdahale etme ya da kendini alerjenlere, bakterilere, çeşitli tıbbi ve tıbbi olmayan kimyasallara maruz bırakma şeklindedir. İyileşmeyen yaralarda hasta açık yarayı enfeksiyon kapması için kasıtlı olarak kirletir (18). YB'nin varsanı, sanrı, demans veya mani/depresyon gibi belirtilerle ortaya çıktığı bir çeşidi de vardır (10,12). Konuyla ilgili çok veri bulunmamakla birlikte, YB'nin psikiyatrik sunumlarının tıbbi varyanttan daha az olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, YB'nin internet üzerinden de sürdürüldüğü bildirilmektedir. İnsanların çevrimiçi forumlara, tartışma gruplarına, kanser ve diğer ciddi hastalıkları varmış gibi davranarak katıldığı durumlar bildirilmiştir (20).

Pediatric uzmanlarına baş ağrısı, tekrarlayan karın ağrısı, nöbetler, bulanık görme ve başka birçok şikâyetlerle başvuran ve gözden kaçan YB olguları olduğu düşünülmektedir. Ancak yetişkinlerde olduğu gibi YB tanısı koyabilmek için, YB'yi diğer somatizasyon bozuklukları ve/veya hastalıklardan ayırt etmek, kasıtlı aldatmayı ve hastanın hasta

rolünü üstlenmedeki motivasyonunu anlamak gereklidir. Çocukta YB'yi saptamada bazı zorluklar vardır; belirtilerin birçok tanıyla örtüşmesi, belirlenmesi zor özgül olmayan belirtiler olması, çocuğun motivasyonunu ve niyetini anlamamanın zorluğu, temel motivasyondan bağımsız olarak ikincil kazancın çocuk için kaçınılmaz olması bunlardan bazılarıdır. Çocuğun kasıtlı hastalık üretmeye başladığı süreç hakkında çok az şey bilinir. Çocuklar hastalık davranışını öğrenebilirler. Hasta rolünün erken dönemde desteklenmesi, ebeveynin ilgisini fark etmesi, evdeki görevlerden ve okuldan kurtulması (21), ebeveynin çocuğu bedensel duyumlarına karşı duyarlı kılması, normal duyumları anormal olarak algılamayı öğrenmesi bu süreci etkiler (13,14). Çocuklar ebeveynlerin duygusal sorunları somatize ederek ifade etmelerine karşı duyarlıdır. Ebeveynin çocuğun belirtilerine koçluk ettiği, bunun çocukta naif/kırılgan olmaktan, pasif olarak durumu kabullenmeye, ebeveyne aktif katılımdan, kendisine doğrudan zarar vermesine kadar dinamiklerin iç içe geçmesine neden olduğu bildirilmiştir (13). Ebeveynin, çocukta hasta davranışını dolaylı olarak pekiştirmediği, aldatma niyeti olan veya olmayan yönlendirmesini çocuğun modellediği görülür. Ayrıca ebeveynin, hastalık aldatmacasını çocuğa aktarıp öğrettiği, teşvik ettiği, BPR'ye katılımını sağladığı ve ileride YB olmasına neden olduğu belirtilmektedir (13,22).

Yapay Bozukluğun Ruhsal Özellikleri

YB, somatoform bozuklukların bir parçası olması, genç yaşta başlaması, kalıcı niteliği ve sıklıkla kişilik bozukluğunun eşlik etmesi nedeniyle gelişimsel bozukluklar kapsamında değerlendirilir (8, 13).

YB hastalarının hekimi aldatma, hasta rolünü sürdürmek için gizleme, dikkat çekme arzusu gibi birçok gelişimsel etmenler tarafından motive olduğu görülür (8,12,23). Gelişim kuramı açısından, aldatma davranışı 5 yaşından küçük çocuklarda dahi sözsüz olarak görülmekte, çocuklar büyüdükçe aldatma daha karmaşık, gelişmiş hale gelmektedir. Kasıtlı veya taktiksel aldatmayı insanlar sosyal etkileşimde çok sıklıkla kullanır ve erken yaşta dahi mümkündür (8,14). Bu görüş, aldatma kullanılan bağlanma stratejilerinin olduğu gelişimsel psikopatolojilerle de desteklenmektedir

(24,25). YB olan hastalarda gelişimsel faktörler açısından; özellikle selfin regülasyonunda ve ego-nun entegre olmasında sorunlar, olguların yarısında sınırda kişilik bozukluğu, üçte birinde narsisistik kişilik bozukluğu ve self patolojileri bildirilmiştir. Self patolojisinin düzeyi ve self regülasyonundaki sorunlar davranış ve duyguları denetleme becerisini etkiler, YB'nin prognozunu belirler (26). YB'de yoğun intrapsişik çatışmalar, duygulanımın güçlü bir şekilde baskılanması, duyguların yalıtımı, ego bütünleşmesinde aksamalar görülür. Olgunlaşmamış savunma düzeneklerinin -yer değiştirme, içe yönelme, bastırma, dissosiyasyon- yoğun bir şekilde kullanılması hastanın agresyonu kendisine yöneltmesini, kendine zarar verme, intihar girişimi gibi eylemlere neden olabilir (23,26). YB'de erken dönemde ebeveynin yakın ilişki kurmada yetersiz ve reddedici olması, doyurulmamış bağımlılık gereksinimi, kendilik değerini onarma ve sürekli onaylanma ihtiyacı hastanın patolojik baş etme yöntemlerine yönelmesine neden olur (14,21). Geçmişte yaşanan olumsuz deneyimlere bağlı gelişen bilinçaltı çatışmaların ruhsal benlikteki temsilleri, somatik benlikte beden hastalıklı bölgesi olarak sembolleştirilir. Böylece içsel çatışma, dış ve görünür hale getirilerek idealize edilen nesneye (hekime) sunulur. Çözülmemiş bu çatışmaların benlikteki temsillerinin sembolik ve iletişimsel bir anlamı olduğu, bu bakımdan geleneksel histeri kavramıyla yakından ilgili olduğu da belirtilmektedir (2,12). Ruhsal benlikte bilinçdışı bu çatışmalar içsel olarak yaşanırken, bedensel olarak sembolleştirilerek idealize edilen nesneye -hekime- sunulması sadomazoşit bir bağ kurulmasına hizmet eder (12,27). YB'de hastaların mazoşistik özellikleri olduğu, kendilerini riskli, küçük düşürücü durumlara soktukları, acı veren müdahalelere maruz bıraktıkları, sınırda kişilik özellikleri taşıdıkları, engellenme, hayal kırıklığına karşı son derece toleranssız oldukları, yoğun bağımlılık ihtiyacı duydukları belirtilmiştir (26).

YB olan hastalar stresli yaşam olayları karşısında sağlıksız başa çıkma mekanizmaları kullanarak, uygunsuz davranışlar sergilemekte, aldatmacayı sürdürebilmek için patolojik yalana başvurmaktadır (14). Fiziksel belirtileri olan YB'li bireyler olası bir psikiyatrik görüşme yapmayı kabul etmemekte, buna karşı çıkmakta ve hatta bu

koşulda hastaneden taburculuk talep etmektedir (6). İşbirliğine açık olmamakla birlikte hastalığının doğasının hekimler tarafından fark edildiğini anladığında düşmanca ve yıkıcı davranışları artmakta ve bazen bu agresyonu kendisine yönelmektedir. Bazen mevcut hastalığını uyararak şiddetini artırmakta, bazen intihar girişiminde (% 14,1) bulunmaktadır (18). Bu durum hastalarla terapötik bir ittifak kurmayı zorlaştırmaktadır (18,28).

BAKIM VERENİN YAPAY BOZUKLUĞU/“FACTITIOUS DISORDER IMPOSED ON ANOTHER (FDIA)”

Çocuklarda tekrarlayan hastalık belirtileri nedeniyle sık hastane ve acil servis başvurusu olması, tüm araştırmalara karşın bir tanı konulamaması, tıbbi anlamı olmayan belirtiler gözlenmesi, birbiriyile ya da hastalıkla tutarsız laboratuvar sonuçları, çocuğun tedaviye yanıt vermemesi, belirtilerin yalnızca bakım verenin yanında ortaya çıkması, çocuğun taburculuğu gündeme geldiğinde; ısrarla çocuğun hasta olduğunu söyleyen, yeni belirtiler çıkaran bir bakım veren olması Bakım verenin Yapay Bozukluğunu (BYB)/Factitious Disorder by Proxy’i, DSM 5’deki yeni adıyla Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk/Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA) tanısını düşündürmelidir (29,30,31). Önceleri BYB nadir görülen bir kötüye kullanım şekli olarak düşünülürdü. Son yıllarda pediatri uzmanlarına yapılan anketler klinikte %0.002-%0.27 arasında değişen oranlarda belirlendiğini göstermiştir. Farklı uzmanlık alanları da dahil edildiğinde bu oran artmaktadır (%1-%13) (19).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda İstismarcının Özellikleri

Ne yazık ki yazında BYB ile ilgili istismarcıdan çok mağdurun özelliklerine yer verilmiştir. Mevcut yazın bilgisi gözden geçirildiğinde BYB vakalarında istismarcıya ait özellikler açısından neredeyse tüm istismarcıların kadın (%92-100) ve çocuğun annesi (%76.5-100) olduğu, çoğunun evli (%43-79), yaş ortalamasının 25-31.43 arasında olduğu, sıklıkla sağlıkla ilgili mesleklerde (%45,6) olduklarını bildirdikleri, obstetrik komplikasyonları (%23,5) ve çocuklukta kötü muamele öyküleri (%21.7-79)

olduğu görülmektedir (18,19,28). BYB’de annelerin obstetrik ve jinekoloji kliniklerine yüksek oranda başvurdukları (%70), yaklaşık %25’inde düşük, erken doğum, kanama, rüptür (membranı keskin aletle uyararak antepartum kanamayı tetikleme gibi) ve acil sezaryen öyküleri olduğu bildirilmiştir (28, 32).

Anne çocuğun hastalığından sorumlu olmasına karşın, çocuğun ihtiyaçlarına ve tıbbi bakımına özen gösterir, ilgilenir, başucundan ayrılmak istemez, iş birliği içinde ve özenli görülür (23). Bu anneler özellikle hastanede ve sağlık personeli yanında çocuğa karşı aşırı ilgili, sağlık personeliyle alışılmadık şekilde yakın ilişki içinde, yardımcı ve uyumlu görünen, bu açıdan sempati uyandıran kişilerdir (27). Hastanemizde 1 yaşından önce apne nedeniyle çocuklarını kaybeden bir annenin, 8 aylık bebeğini hayatta tutmak için gösterdiği olağan üstü çaba nedeniyle tedavi ekibi tarafından yeniden canlandırma müdahalelerinin öğretilmesi; iş birliği içinde olan, tüm ekipte hayranlık uyandıran bu annenin EEG monitorizasyonu sırasında bebeğini yastıkla boğarak apne nöbetlerini uyardığının görülmesi bu bağlamda çok çarpıcı bir örnektir. “İlgili” görülen bu anneler beklenmedik seviyede tıbbi bilgiye sahiptir ve zamanla tedaviye müdahaleci, manüplatif, girici olurlar, tanı amaçlı yapılan birçok girişimsel müdahaleye izin verici ve hatta yapılması için zorlayıcı davranırlar. Çocuğunun klinik tablosunun ağırlığı karşısında oldukça sakin. Geçmişte YB öyküsü olan, aile öyküsünde ani bebek ölümü bulunan annelerdir (29,33). Alan yazında BYB olgularında klasik olarak annenin fedakâr, kendini çocuğuna adanmış, hastane ortamında bulunmaktan memnun, ailesi, çevresi ve sağlık çalışanları tarafından “mükemmel anne” olarak algılanan bir anne olduğu bildirilmiştir (31,33). İstismar çoğunlukla çocuğun öyküsünü, belirtileri ve bulguları yanlış bildirme ve bazen bunu çocuğun ağzından aktarma yoluyla olmaktadır. Ebeveynin aldatma amaçlı verdiği öykü; belirtileri abartma, patolojik olmayan bulguları yanlış yorumlama, çarpık, yanlış bilgiler verme, bulgular üretme ya da belirtileri uyarma şeklinde olmaktadır (20). Sağlık çalışanları ile kendini eş konumda, meslektaş gibi görme, tıbbi görüşmelere müdahil olma, ‘hasta bir çocuğa sahip olmanın’ mağduriyeti ile tatmin olma özellikleri göze çarpar (34). Hekim BYB’den şüphelendiğinde

anneninin saldırgan, yıkıcı ve düşmanca davranışları tetiklenir. Bu aşamada işbirliğini şiddetle reddeder. Aldatmacayı sürdürmek için daha geniş aile üyelerinden ve giderek daha fazla geleneksel ve/veya sosyal medyadan destek ister. Çocuğun doğrudan gözlenmesi, zorlukların anlaşılması, çocukla konuşulması gibi değerlendirmelere izin vermez. Tedavi ekibine müdahale etme, ekip içinde ikilik yaratma, ekibi bölme girişimleri sıklıkla görülür (9). Birlikte çalışan profesyonellere müdahale etmeye çalışır. Birçok anne, uzmanlar arasında bilgi kanalı olarak hareket etmeye başlar ve bu durum ekibi yanıltmak için yeni bir yol sağlar. Kendini çaresiz, suçlanmış hissettiği durumda yetkililere şikâyet etme sürecini başlatır (20).

Bu olgularda genel olarak baba hastalığın üretildiği çocuktan uzak, ilgisiz, duygusal ve fiziksel olarak aile sisteminin dışındadır (9). Annelerin yaklaşık %40'ının uzun zamandır evlilik problemleri olduğu, ilişki zorlukları karşısında çaresizlik yaşadıkları, eşlerinin yaklaşık %70'inin aile sisteminde neredeyse bulunmadığı belirtilmektedir (23). Bazı babalar gerçekten hastalık sürecinden habersizdir, annenin iddiasına inanır, bazıları ise aldatmacadan şüphelenmesine karşın anneye karşı koyamaz, durumu kabullenir (32,35,36). Babaların %5-7 kadarının istismarcı olduğu görülür. Meadow'un istismarcının baba olduğu olgu serisinde bu babaların genellikle ortalamanın üstünde bir zekâsı olduğu, eğitim düzeyinin yüksek ancak genellikle işsiz ya da uzun vadeli bir işte çalışmamış olduğu belirtilmiştir (35,37). Babalar psikiyatrik bir tanı almamasına karşın somatik belirtiler, panik atak öyküsü olan, sağlıkları konusunda endişeli, histerik, nevrotik ve şizoid kişilik özellikleri gösteren kişilerdir. Aşırı talepkâr, tedavi ekibi ve hastanenin hizmetini, bakımını yetersiz bulan, sağlık ekibi tarafından önemsenmediği, küçümsendiği ve aşağılandığı yönünde algıları olan kişilerdir. Babalar geçmiş travmalarına bağlı olarak -gerçek ya da algılanan değersizlik temaları nedeniyle- kalıplaşmış ilişki şemaları olan, bunu onarmak, bedel ödetmek için hastane çalışanlarını zorlayan kişilerdir (35).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda Belirtilerin Özellikleri

BYB'de en karmaşık belirtilerin, bulguların dahi

bakım veren tarafından taklit edilebildiği düşünülür. Hastane başvurularında hekimin tıbbi değerlendirme sürecinde ebeveynlerden aldığı bilgiler son derece önemlidir ve en güvenilir kaynak olarak kabul edilir. Bu durum hekimin BYB'den şüphelenmesini ve belirtilerin üretildiğini fark etmesini zorlaştırır. BYB'de istismarcının motivasyonuna, eylemin türüne, ciddiyetine göre farklı sınıflandırmalara rastlanmıştır. Eylemin şiddetine göre annelerin davranışları 3 gruba ayrılır; belirti üretenler (hafif formu; çocuğa doğrudan bir müdahale yapmadan hastalık belirtileri aktaranlar); kanıtlara müdahale edenler (orta form; kan/ıdrar örneklerine müdahale ederek tetkik sonuçlarını değiştirenler); belirti oluşturanlar (ağır formu; çocukta hastalık oluşturmak için doğrudan müdahale edenler) (38). Bakım veren olmayan bir belirtiyi ısrarla var olarak sunmaktan, mevcut bulguları olduğundan daha şiddetli aktarmaya, boğma veya zehirleme gibi eylemlerle çocuğa doğrudan fiziksel zarar vermektense; astım, diyabet gibi mevcut hastalığın tedavisini durdurarak şiddetlenmesine ve atağa neden olmaya kadar çeşitli yöntemlerle çocuğun gereksiz yere tıbbi veya cerrahi müdahalelere maruz kalmasına neden olur (28,39). Yazında bakım verenin manipülasyonu ile cerrahların pankreatektomi, hemikolektomi, apendektomi, uzuv amputasyonu yaptığı bildirilmiştir (28,34). Daha az olmakla birlikte bazı ruhsal hastalıklar travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluklar bakım veren tarafından aktarılmıştır. Tekrarlayan cinsel taciz iddiaları nedeniyle gereksiz yere muayene edilen, bazen anestezi altında tekrarlayan genitoüriner muayenelere maruz kalan, kriptoörşitizm tanısıyla testis ablasyonu olan olgular bildirilmiştir (34,38,40). Dokuz yaşındaki bir çocuğun ve annenin okuldaki öğretmenlerden okul müdürüne kadar, apartman yöneticisi, market çalışanı dahil bir çok kişinin cinsel tacizde bulunduğunu ısrarla aktardığı olgumuz bu açıdan çok çarpıcıdır. BYB olan bu olguda kliniğimize başvurduklarında 20 kişinin halen yargılanma süreci devam etmekteydi. İstirmacının baba olduğu BYB daha az olmakla birlikte daha yüksek oranda mortalite ve morbidite bildirilmiştir. Meadow, 20 yıllık olgu serisinde 15 babadan 9'unun indeks çocuk ve kardeşlerini boğma yoluyla apne ve nöbetlere neden olduğunu bildirmiştir. Öyküde belirtilerin babanın yanında ortaya çıktığı, nöbetin başlangıcında, süreçte ve canlandırma müdahalesinde babanın yer aldığı belirtilmiştir. İki çocuk

tekrarlayan zehirlenmelere, 2 çocuk nedeni anlaşılabilen kırıklara maruz kalmıştır. Bu olgu serisinde 11 (%73) çocuğun öldüğü bildirilmiştir (35,37). BYB’de çocuğun hastane yatışı sırasında da bakım verenin istismarına maruz kalmaya devam ettiği, bu nedenle hastane ortamında ölümlerin olabildiği bilinmektedir. BYB’den şüphelenildiği andan itibaren yapılan tetkik ve müdahaleleri durdurmak ve çocuğu istismar eden ebeveyni ayırmak bu nedenle çok önemlidir (9, 15,17).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunun Çocuk Üzerindeki Etkileri

İstismara maruz kalan çocukların ortalama yaşının 18 ay olduğu, kardeşlerin %60’ında benzer belirtiler görüldüğü, %25’inde kardeş ölümü olduğu, tanı alması belirtilerin başlamasından ortalama 2 yıl sonra olduğu bildirilmiştir (19,28,34,41). BYB’de bakım verenin temel amacı çocuğa zarar vermek olmamasına karşın bu hastalık aldatmacası çocukta sekel bırakabilecek ciddi fiziksel zararlara yol açar, ruhsal gelişimi açısından çok ciddi sonuçların oluşmasına neden olur (20). BYB’de hastalık oluşturmak amaçlı yapılan müdahaleler %6-10 oranında ölümlerle sonuçlanır (35). Ölüme neden olan en yaygın belirti apnedir. Buna beşülme ve zehirlenmeler de dâhil edildiğinde bu oran %33’e çıkar. Ani bebek ölümlerinin %10’unun BYB ile ilişkili olduğu, sıklıkla gözden kaçtığı belirtilmektedir (19,41).

BYB’nin çocuğa hem doğrudan hem de dolaylı olarak zarar verdiği görülmektedir. Bazı çocuklar, hastalıkları nedeniyle gereksiz yere okul devamsızlığı, eğitim kaybı, akran ilişkisinden mahrum kalma; bazıları uzun yatışlar nedeniyle hastane ortamında ciddi ölçüde sınırlandırılmış bir hayat yaşama mecburiyetinde bırakılır (10). Anne, çocuğun hastalığına odaklandığı için günlük aktiviteleri sınırlar. Zamanla bu tür sınırlamalar çocuğun da kendi sağlığından endişe duymasına, sağlığıyla ilgili gerçeklik algısının bozulmasına neden olur. Çocuğun endişesi annenin kurgusunu güçlendirir ve bir kısır döngü oluşur. BYB’de çocukta hastalık üretmek kurguyu sürdürülebilmek için gereklidir, annenin çocuğuna ihtiyacı vardır. Tam ayarında hastalık oluşturamaz ve çocuğun

kaybına neden olursa bakım veren bunu sürdürülebilmek için diğer çocuğa geçer (15,20). Amaç çocuğa zarar vermek olmamasına karşın genel olarak çocuğun zarar görme ihtimaline karşı duyarsızdır, annenin duygusal istismarı ve ihmali belirgindir. Dolaylı zarar, doktorların kurguya katılmasıyla olur. Tanı ve tedavide yapılan girişimsel müdahaleler hekimin bakım veren aracılığıyla fark etmeden istismara dâhil olmasına neden olur (20).

Çocuklar; annesinin hastalık üretmek için yaptığı girişimler nedeniyle ve anneye ilişkisinin doğası gereği erken dönemden itibaren hem çok güçlü “sevgi” hem de “nefret” duygularını deneyimler. Kendisini yatıştıran kişinin aynı zamanda kendisine zarar verici olması nedeniyle çelişkili duygular yaşar, bu duygularla baş etmekte zorlanır, dolayısıyla ebeveyniyle olan güven ilişkisi zedelenir. Anne hastalık üretmek hem fiziksel hem de duygusal olarak çocuğu kendisine bağımlı kılar, gelişimsel olarak çocuğun ayrışmasına izin vermez. Hastalık üretmek bebeğinin vücudunda kontrol sağlar, patolojik bağımlı ilişkiyi sürdürür (15,42). Hastane başvuru sayısı ve süresi arttıkça medikal bilgiler giderek artar ve annenin müdahaleleri giderek invaziv hal alır. Bu çocuklar anneye bağımlı, fazlaca yapışmış, anne-çocuk ilişkisinin ise duygusal olarak soğuk ve sembiyotik olduğu gözlenir. Daha büyük çocukların ise hastalıkla ilgili aldatmacanın farkında olduğu, ancak anneleriyle bağımlı ilişkileri nedeniyle bunu durduramadıkları görülür (9,43). Hastalık üzerinden annesinin dikkatini çektiği, belirtilere zamanla ortak olduğu ve sürdürdüğü, böylece annenin beklentisini karşıladığı görülür (22,40). Annesine uyum sağlayarak kendisi de kendi tacizine katılır, yapay bir bozukluk geliştirir. Çocuğun anne/babanın sahte yapay kurgusuna katılması bir süre sonra patolojik yalancılığa yönelmesine, gerçeklik algısının bozulmasına, hastalık kurgusu içinde yalanla gerçeği birbirinden ayıramaz hale gelmesine neden olur (40,43). Bu çocuklar ebeveynin aldatmacasına katılmak ve hastalığı onaylamakla kalmaz daha sonra ebeveyn yokluğunda da hastalığı sürdürür (15,22). Ancak bazı olgularda farklı olarak çocuğun hastalık ürettiği, belirti ve aldatmacanın önce başladığı ve YB’ye annenin sonradan eşlik ettiği, belirtileri abartarak, çocuğunun aldatmacasına göz yumarak, aldatmacaya dâhil

olarak YB'nin sürmesine yardımcı olduğu görülmüştür. Tedavi ekibi YB'si olan çocuğun hastalığı taklit ettiğinden şüphelendiğinde ilginç olarak annenin çocuğuna koçluk yaptığı görülür (13,22,43). Çocuğun birincil olarak hastalık uydurduğu YB'de ebeveynin dolaylı olarak bu aldatmacada rol aldığı karmaşık olgular yazında çok az tartışılmıştır. Hem çocuk hem de bakım verenin, YB'nin gelişmesine katkıda bulunduğu birçok karma durum vardır. Çoğunlukla bu vakalarda, ebeveyn ve çocuğun göreceli rolleri, farkındalık ve motivasyon düzeyleri belirlenemez ve bu durumu daha da karmaşılaştırır (13,44). YB'si olan çocuk genellikle uyumludur ancak tıbbi aldatmacayı ısrarla inkâr eder ve belirtileri sürdürür. Bunda ebeveynin çocukta "hasta" davranışını desteklemesinin ve sağlığıyla ilgili duyarlı olmasının rolü çok fazladır. Ebeveyn bilinçsiz olarak veya aldatma niyetiyle, çocuğun duygularını somatize ederek ifade etmesine model olur. Çocuk ve ebeveynin iç içe geçen bu dinamiklerini anlamak bu olgulara yaklaşım açısından çok önemlidir (13,43,44).

Büyük çocuklar erken çocukluk dönemindeki çocuklardan farklı olarak annenin direkt müdahalesine daha az maruz kalır ancak fiziksel ve ruhsal açıdan risk altında olmaları devam eder. Bu çocuklarda YB, ebeveynin belirtileri abartması veya çocuğun işbirliğini bir dereceye kadar içeren aktif aldatma şeklinde ortaya çıkar. Büyük çocuklar genellikle pasif ya da aktif olarak ebeveynin aldatıcı davranışına katılır (9,40). Aralarında sessiz bir anlaşma söz konusu olduğu, birlikte hareket ettikleri görülür (45). Bu durum, kısmi farkındalığı olan ve ebeveynini korumak, ilişkisini sürdürmek isteyen çocuktan, boyun eğerek hasta olduğunu tamamen kabul eden, ebeveynin aldatmacasına aktif olarak katılan çocuğa kadar değişkenlik gösterir (22,43). Yazında YB kurbanı olan çocukların eninde sonunda aktif somatik belirtiler üreten bireyler olacağı vurgulanmaktadır. Bir diğer vurgu YB'nin bakım veren tarafından çocuğa devredilmesi, bozukluğun nesilden nesile aktarımına yol açması konusundadır (13,27). Yazın da bazen büyük çocukların annesinin istismarına direndiği, böylelikle istismarın hemen durduğu olgular bildirilmiştir. Ne yazık ki, anne bu koşulda küçük bir kardeşi kurban etmiştir (43).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda İstismarcının Ruhsal Özellikleri

Çocuk istismarının sinsi bir biçimi olan BYB'de istismarcı standart ruhsal muayene ve psikometrik değerlendirmelerle nadiren psikiyatrik tanı almaktadır. Bu nedenle psikiyatristin BYB olgularını multidisipliner bir ekip içinde bütüncül değerlendirmesi, diğer kliniklerin olguyla ilgili topladığı bilgileri kullanması çok önemlidir. Ayrıca iyi bir vaka yönetimi gerekir. BYB'den şüphelenildiğinde uygun vaka yönetimi yapılamazsa anne hostile ve yıkıcı davranabilir, bazen agresyonu kendisine bazen de çocuğa yönelterek zarar verici davranışlar sergileyebilir, intihar girişimde bulunabilir (3,28).

Çalışmalarda annelerde ruhsal bir bozukluk saptanmamasına karşın yazın bilgisiyle uyumlu olarak narsistik paranoide, sosyopatik/psikopatik özellikler, istisyonik, kaygılı/bağımlı, antisosyal kişilik özellikler bildirilmiştir (14,15,27,30,32). Yazında daha sıklıkla kişilik bozuklukları üzerinde durular, BYB'nin gelişimsel bir patoloji olduğu, bütünlüğüne sahip bir kendilik oluşumunda sorunlar olduğu vurgulanır (8,12,23). Gelişimsel bozuklukları destekler biçimde bakım verenlerde yüksek oranda güvensiz bağlanma (%85), özellikle saplantılı (%46) ve dezorganize bağlanma (%27) bildirilmiştir (24,25). Bakım verenlerin geçmiş öykülerinde ruhsal gelişimi sekteye uğratan çözümlenmemiş yas deneyimi (%54), çocukluk dönemi travmaları (%70), erişkin dönem travmaları (tecavüz/şiddet) (%28), çocukluk döneminde tekrarlayan hastalıklar, yaralanmalar (%45), ailede ciddi bir hastalık/kaza öyküsü (%24), nesilden nesile aktarılan tıbbi durumlarla ilgili yanlış tutum ve inanışlar bildirilmiştir (25, 34). Bakım verenlerin yarısından fazlasının YB/BYB mağduru olduğu (%29.3-64), sıklıkla eksen II tanısı aldıkları (%8.6-75), özellikle B kümesi (sosyopatik, borderline, histrionik) veya anksiyöz/bağımlı kişilik özellikleri taşıdıkları görülmektedir. Şizoid yaşam tarzı, çaresizlik ve geleceğe ilişkin karamsar duygular da bildirilmiştir (15,23,25,20,34). Ayrıca annelerde klinik olarak duygu durum bozuklukları (%5.3-50), anksiyete, depresyon (%14.2), somatik belirtiler (%52-72), patolojik yalan, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanımı, disleksi bildirilmiştir (14,18,19,23,25,28,30,32).

Bakım verenin ruhsal değerlendirmesinde oldukça savunucu olduğu, olumlu bir ilişki kurma gayreti gösterdiği, kendisini iyi gösterme çabasının olduğu görülür (23). BYB nedeniyle çocuğunu tehlikeye sokan bakım verenin velayet açısından değerlendirilmesi istenen durumlarda uygulanan psikometrik testler bu konudaki bilgilerimizi çok artırmıştır. Annelerin bu değerlendirmelerde de sevgi dolu ve iş birliği içinde olduğu izlenimini sürdürmeye çalıştığı ve bağımlı, hassas, kibar, savunucu ve yapmacık bireyler olduğu görülür (23, 45). Bu ilişkiler duygusal olarak yakın görülmekle birlikte, gerçekte sınırlı, yüzeysel ve samimiyetten uzaktır (23,40). Ayrıca bakım veren engellenirse otorite ile çatışması ve antisosyal davranışlar sergilemesi muhtemeldir (23). Çocuğunu kendi duygusal gereksinimleri, ruhsal kazanımları için veya eşini evlilik ilişkisi içinde tutmak için aldatmaca aracı olarak kullanmada, çocuğu riske atma konusunda oldukça soğukkanlıdır (40,44). Bu anneler plansız ve duygularıyla hızlıca harekete geçen, dürtüsel, acil olarak yatırılma, hazzın doyurulması çabasında olan annelerdir. Çocuğu için potansiyel riskler gündeminde değildir. Annenin amaca yönelik plansız davranışları, dürtüsel eylemleri genellikle çocukta sekeller oluşmasına veya ölümlere neden olmaktadır. Çocuğunu köle ve kulların çekincesi olmayan bu anne kendi ruhsal ihtiyaçlarıyla o kadar meşguldür ki yaptığı eylemlerin kendisi için de olası sonuçlarını hiç düşünmez (40). Bu aldatmacadan aldığı haz o kadar önceliklidir ki zamanla yakalanma riskini göz ardı eder, meydan okumak için kendisini riske atar, ortalıkta ipuçları bırakarak aldatmacaya devam eder (17). Apne nöbetleri olan bir olgumuzda, tanı için odanın kamerayla izlendiğini bilen annenin çocuğuna kateterden enjektörle hava vererek nöbeti tetiklemesi buna çok çarpıcı bir örnektir (15,17). BYB saldırganlığın ve düşmanlığın daha dolaylı yollarla ifade edildiği, gizlice taciz edici davranışlarda bulunarak aldatmaca ve ikiyüzlülük üzerinden agresyonun boşaltıldığı bir bozukluktur (40,44). Empati becerisi düşük, sınırları zorlayan, başkalarının sınırına girme konusunda ısrarcı, başkalarının ihtiyaçlarına karşı duyarsız annelerdir (15). Genellikle sosyal becerileri düşük, sosyal amaçlı iletişim kurmada zayıf, iletişimi kişilere, bağlama ve koşullara göre ayarlama, sözel ve sözel olmayan sosyal işaretleri anlama konusunda yetersiz,

davranışlarına ilişkin içgörülerini zayıftır (3,40,44). Bakım verenin ilişkilerde sıklıkla inkâr, bastırma ve bölme savunma düzeneklerini kullandığı, bilişsel kaymalar, gerçeği çarpıtma, yoğun duyguları düzenleyememe, pasif agresif davranışlar görüldüğü, bilişsel esneklik gösteremediği, ben merkezci, pasif ve bağımlı olduğu bildirilmektedir (27,40,46)

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda İstismarcının Psikodinamik Özellikleri

BYB'de en karmaşık ve anlaşılması zor olan annenin bu aldatmacayı neden yaptığdır. Ebeveynin motivasyonu na göre BYB 3'e ayrılmıştır: 1. Kendi anksiyete, depresyon ya da sıkıntısını çözmek için ilgi, sempati arayanlar (yardım arayıcılar/help-seekers), 2. Ebeveyniyle olan erken dönem travmatik yaşantılarıyla baş etmek, olumsuz deneyimleri telafi etmek için doktorla ilişki kurma ihtiyacı duyanlar (aktif indükleyiciler), 3. Çocuğun gerçekten hasta olduğuna inananlar (doktor bağımlıları) (47).

BYB'nin temel nedeni, bakım verenin yeri doldurulamaz bir duygusal doyum peşinde koşması gibi görünmektedir. Bu tanı bazı yönlerden bağımlılığa benzetilmektedir. Davranışın içsel ödülleri sürdürmek için aldatmacalarla belirtiyi sürekli üretme ve gizleme davranışı sergileme, annenin hastane ortamına karşı bağımlı davranış örüntüsü olarak düşünülmüştür (14,34). Bazı anneler veya aileleri, zamanla hastalıktan bazı ekonomik kazançlar almış olabiliyor ancak temel motivasyonu bu değildir. Tek hedef dış kazançlar olduğunda bakım verenin “temaruzu” (malingering by proxy) olarak adlandırılır (10). Bakım veren için çocuğu aracılığıyla aldığı ilgiyle duygusal gereksinimi doyurma, ebeveynlik zorlukları, çocuğun davranış sorunları nedeniyle suçlanmayı azaltma, sorunu saptırma, çocuğu bağımlı kılma, çocuğuyla ilgili olumsuz duyguları, hayal kırıklıklarını “haklı” bir nedene bağlama gibi motivasyonlar bildirilmiştir (20,40). Bakım veren ebeveynlik becerileri açısından kendisini yetersiz, güvensiz hissetme eğilimindedir. Bu gibi duyguları ifade edemediği, strese tepki olarak sıklıkla fanteziyi kullandığı belirtilir (17,23). Anne burada kendine/çocuğuna zarar vermeyi; ilgiyi üzerinde tutma, bakım görme,

sorumluluktan kurtulma fantezisini gerçeğe dönüştürmek için kullanır. Ek olarak, güvensizlik ve aşağılık duygusu nedeniyle anne olarak övülmek, takdir almak, hayranlık duyulmak konusunda fantezilerini de bu eylemlerle besler (23). Annede şizoid yaşam tarzı nedeniyle ilişkilerinde yabancılaşma, izolasyon, reddedilme, kendisini sosyal çevrenin bir parçası değilmiş gibi hissetme bildirilmiştir. Hastane personeli ve hasta yakınlarıyla kurduğu ilişkide kabul gördüğü bir ortam varmış gibi bir yanılsama yaşar, yalnızlık duygusunu, onaylanma ihtiyacını doyurur.

BYB'ye psikodinamik bakışa göre, temel eksiklik erken dönem bir nesne kaybıdır. Bu nedenle anne hekimle bu ilişkiyi yeniden canlandıracağı bir ilişki kurar, ancak bu ilişki geçmiş olumsuz deneyimler nedeniyle her zaman tehdit altındadır. Bu nedenle çocuğu ilişkinin kontrol nesnesi olarak kullanır (45). Bu annelerin, ebeveynleriyle erken dönem olumsuz yaşantılarıyla ilgili aşırı uğraşları vardır. Annenin çocuğunda hastalık oluşturmaması; kendisinin çözülmemiş, patolojik ebeveyn ilişkisi sonucudur (14,27,46). Buna göre anne, çocuğunda hastalık üretme yoluyla sık hastane başvuruları yapar, tedavi ekibiyle kurduğu ilişki aracılığıyla ebeveyn ilişkisindeki olumsuz deneyimleri yeniden canlandırmaya ve onarmaya çabalar (27,31,42,46). Tedavi ekibiyle iç içe olma arzusu; geçmişte yaşamış olduğu terk edilme ve ihmal edilme hislerine karşılık olarak, kendisinin hastane personeli tarafından ilgili ve ideal ebeveyn olarak görülme, değerli olma ve kabul görme ihtiyacını karşılar (31, 46). Anne çocuğunu kur anlaşılarak bir yandan hekimin tıbbi olarak dikkatini çekerken diğer yandan ona meydan olur, aşağılar ve çocuğun hastalığı karşısında hekimin çaresizliğinden narsistik bir doyum alır (31, 33, 36). Bakım veren hostilite ve değersizlik duyguları nedeniyle tedavi ekibiyle ilişkisinde kendisini hem istenen hem de reddedilen olarak algılar, ambivalan duygular yaşar (2, 9,27,33).

Annenin kendi ebeveyniyle olan olumsuz yaşantıları güvensiz/dezorganize ya da saplantılı/korkulu bağlanma ilişkilerine, stres durumunda davranış ve duygu düzenleme sorunlarına neden olur (14,24,25,32). Erken yaşamın besleyici öğelerinden yoksun kalan bu anneler duygusal ihtiyaçlarına yönelik patolojik bir uyum sağlayarak

uygunsuz bazı davranışlar ortaya koyar. Davranışa dönüşen bu duygusal stratejiler çoğunlukla ikiyüzlülük ve aldatmayı içerir (8,24). Psikanalitik olarak YB'de annenin yaşadığı olumsuz deneyimleriyle bağlantılı olarak, olumsuz nesne tasarımlarını bedenine yansıtarak kendi bedenini ya da bedeninin bir parçasını kendisinin bir parçası değilmiş gibi algıladığı belirtilir (2). İçsel olumsuz nesne temsillerini bedenselleştirmesi ruhsal benliği korumanın bir yolu olarak işlev görür. Buna göre annenin bedeni ya da beden parçası kendi ebeveynini ve kendilik algısıyla ilişkili olumsuz duygularını temsil eder. Ebeveynle olan travmatik deneyimlerinden psişik-benliği korumak için "beden-benlik" ile "psişik-benlik" arasında bir bölme yaratarak olumsuz deneyimleri temsilen bedeninde hastalık yaratır. Böylelikle "psişik-benliği" olumsuz duygularının (düşmanlık, nefret, korku, ağrı) etkilerinden korur (1,2,27). Bu annelerin yoğun stres altında geçmiş çatışmaları alevlenmekte, buna bağlı olarak aşırı kaygı, gerçeklik algısında bozulma gelişmekte ve kendisinde yapay bir bozukluk üretmektedir. Anne kendi bedeninde hastalık ürettiğinde aslında kendisinin gibi algılanan adanmış bir beden parçasına bu olumsuz duyguları yansıtılmaktadır. BYB'de ise anne-bebek ilişkisinin sembiyotik (42) olması nedeniyle anne bebeğinin kendisinin bir uzantısı olarak görmekte, bebeğinin bedeninde manipülasyonla hastalık oluştururken aslında olumsuz duygularını uzantısı olarak gördüğü bir parçasına yansıtılmaktadır. Bu bağımlı ilişkide anne bebeğine zarar verirken aslında kendi vücuduna zarar veriyor hissi yaşadığı belirtilmektedir (2). Bu nedenle hem tanıda hem de tedavide anne ile bebeğin fiziksel olarak ayrılması hayati önem taşımaktadır (15,47). Bir olgumuzda annenin apne nöbetleri oluşturmaması nedeniyle bağımlı, afektif olarak donuk, psikomotor yavaşlaması olan bebeğin anneden ayrıldıktan sonra kısa sürede canlandığı, birçok alanda hızlıca gelişim gösterdiği görülmüştür. Anne kendi terapisi ve anne-bebek ilişkisinin çalışıldığı süreçte bebeğinin gösterdiği gelişim karşısında "Ona zarar verdiğimin farkında değildim, sanki kendime zarar veriyor gibiydim, o canlı gibi değildi, artık ona asla dokunamam, benim yaptıklarımın farkında ve hatırlıyor gibi bana bakıyor" demesi bu açıdan çok çarpıcı bir örnektir. Tedavinin bu aşamasında başlangıçta aldırılmaz ve savunucu olan annenin farkındalığı ve içgörüsü arttıkça depresif olduğu

görülmüştür (17).

Ancak bütün istismarcılar derin bir ruhsal ihtiyaç nedeniyle çocuklarında hastalık üretmez. Bazen bu davranışa iten dışsal nedenler olabilir. Alan yazında bazı özel koşullar altında istismarın annenin de içinde olduğu aile sisteminin fikir ve inançları sonucu olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bazen hasta bir çocuğun ebeveyni olma rolü; aileden veya arkadaşlardan ekstra bir ilgi alma, dikkat çekme, sempati toplama, ev işleri, diğer aile fertlerinin bakımı gibi tatmin edici olmayan işlerden kurtulma, hastanede sosyal çevre oluşturma gibi doyum sağlayan olanaklar sunar (36). Üniversitemizin istismar komisyonu olarak bildirdiğimiz olgu serimizde (15) annelerin çocuklarda oluşturdukları hastalığı ailede ilgi odağı olmak için güçlü bir araç olarak kullandıkları görüldü. Bu olguların çoğunda ataerkil, geleneksel bir aile yapısı olduğu, annelerin duygusal olarak ihmal edildikleri, değersizleştirildikleri, buna karşın aile içi sorumlulukların ve beklentilerin yüksek olduğu, annelerin beklentileri karşılamakta zorlandığı belirlendi. Kültürel olarak da hastalığın dikkat toplamada önemli yeri olduğu bilinen ülkemizde annelerin çocuğun hastalığı üzerinden ilgi, takdir toplaması öğrenilmiş bir baş etme yöntemi olarak değerlendirildi. Geniş aile içinde değersizleştirilen, duygusal olarak baskı altında olan annelerin çocuklarındaki hastalıklarla birlikte bir yandan çocuklarına verdikleri bakiyle “mükemmel” bir anne olurken diğer yandan hastane yatışları nedeniyle çatışmalı ortamdan uzak kaldıkları belirlendi (15,17).

Bir diğer psikodinamik bakış; YB’de anne-çocuk dinamiklerinin iç içe geçmesi ile YB’nin kuşak aşkın aktarımları olduğu, bu yolla bozukluğun nesilden nesile aktarıldığı yönündedir (13,27,48). BYB mağduru olan çocuğun yaşadığı deneyim gelecekte hastalık aldatmacası için bir aşama oluşturduğu belirtilmektedir. Annenin çocuğunda hastalık oluşturmaya, aldatmacanın nesnesi olan çocukta kontrol kaybına, sahnelenen oyunda pasif olarak rol almasına, güçsüz ve bağımlı hissetmesine neden olur. Çocuğun deneyimlediği bu çıkmaz “hastalığa uyum davranışına” dönüşür. Bu tepki hayvanlarda akut stres karşısında görülen, boyun eğme, şok, donup kalma veya hareketsizlik durumlarına benzetilir (49). Çocuk uzun süre

annenin aldatmacasının pasif nesnesiyken çaresizlik hissederek, bir süre sonra aldatma davranışına katılarak kendi başına hastalık üretir. Böylelikle kendisini nesne rolünden çıkararak bozukluğun öznesi olur, kurgunun merkezine yerleşir, kontrolü tekrar ele geçirir. Hâlâ hasta rolündedir ancak oyunun yöneticisi olarak kendisinin merkezde olduğu, sahte hastalık kurgusuna devam ederken uzun süredir kaybettiği kontrol duygusunu tekrar yakaladığı bir pozisyondadır (40,44). Ayrıca çocuk başlangıçta otorite figürü, potansiyel kurtarıcı olarak idealize ettiği hekimin aldatmaca karşısındaki çaresizliğini giderek fark eder. Annenin aldatmaca dünyasını deneyimleyen çocuk yönlendirebildiğini gördüğü hekimin zafiyetini kendi koşullarında sınırlar. Hekimi tekrar tekrar aldatabildiğini gördüğünde büyük bir hayal kırıklığı yaşar. Ancak aldatmacada özerkliğini kazanma, hekimi kontrol etme, ilgi odağı olma ve aldatmanın sağladığı güç, narsistik bir doyum almasını ve bu davranışı sürdürmesi sağlar. Yani YB deneyimleyen çocuk bir süre sonra yaşadığı çatışma ve baskıyı kendisine oldukça tanıdık gelen bir baş etme yoluyla çözmeye çalışır. Bu başlangıçta bir boyun eğme gibi görülse de bir süre sonra maruz kaldığı kötü muameleyle baş etme mekanizması şeklini alır (40). BYB’de çocuk sırasıyla kırılma, pasif kabullenme, aktif katılım, anneden ayrılma da aktif olarak kendine zarar verme aşamalarını deneyimler (13,34). Alternatif bir düşünce de, çocuk ebeveyni memnun etmek ve/veya hekimleri kontrol etmek için çaba harcamak yerine, kendisinin yönettiği bir hastalık aldatmacasıyla ebeveynin kurgusu içinde özerk alan oluşturmaya çalışır (13). Bu durum, yetişkin yapay bozukluğunun BYB ile çocuğa aktarılmasını ve YB’nin nesiller arası aktarılan bir döngüsü olduğunu düşündürmektedir (27,34,48).

Bakım verenin Yapay Bozukluğuna Yaklaşım

BYB tanınması güç olan bir durum olması nedeniyle bazen hekimin de bu istismarın bir parçası haline geldiği görülür. BYB’de hekimin rolüne bakarsak; bu annelerin geçmiş hastalık deneyimleri hastalıkla birlikte gelen ilgiyi fark etmesini sağlamasına karşın çoğu ilk kez gebelikle birlikte evin merkezine yerleşir ve hekime düzenli olarak takibe gider. Hekimle yakın temasa geçmesine olanak tanıyan gebelik, hasta olmadan da ilgiyi

üzerine toplamasına neden olur. Gebelik ve doğum döneminde annenin doktoruyla olan ilişkisi yaşamındaki tüm diğer ilişkilerinden önemli derecede farklıdır. Bebeğin annesi olduğu için belki de hayatında ilk kez bir “güç figürü” onun duygusal boşluğunu paylaşır, dinler, düşüncelerine önem verir, hayranlık duyar. Doğum sonrası kısa bir süre hekim hem anne hem de bebekle ilgilenir ancak bir süre sonra hekimin ilgisi bebeğe kayar. Anne endişe ve kıskançlık duyar ama kısa süre sonra bu yeni duruma uyum sağlar, hastanede alışık olduğu rolü sürdürmek için hekimin ilgi odağı olan bebeğini kullanmakta gecikmez. Nedeni bir türlü anlaşılamayan, birçok hastane dolaşmış, aydınlığa kavuşmamış bir hastalık karşısında hekim; çocuğun karmaşık ve tedaviye dirençli belirtilerinin nedenlerini anlamaya ve doğru tanıyı koymaya istekli, nadir ve sıra dışı tanıları keşfetmek için tutkulu, bu uğurda bir dizi testi, invaziv müdahaleleri yapmaya hazır bir profesyoneldir (1). Alan yazında hekimin bazen bu aldatmacanın bir parçası olduğu; annenin yalanlarının kurbanı ve aynı zamanda, asıl kurban olan çocuğun da, farkında olmadan ve istemeden istismarcısı olabildiği görülür (9,41). Hekimler, başlangıçta bakım verenin motivasyonunun farkında değildir. Annenin davranışları; çocuğu araştırmak ve tedavi etmek için doktoru teşvik etmeye, ikna etmeye böylelikle iddialarını doğrulayacak bir teşhisin konulmasına hizmet eder (20). Araştırmalar morbiditelerin %75’inin hastanede ve doktor eliyle ortaya çıktığını göstermektedir (41). Bu oran çok yüksektir. Hekim BYB’den şüphe ettiğinde dahi birçok açıdan kendisini çıkmazda hisseder. Çocuğun nadir görülen ve tedavi edilebilir bir durumunu atlama endişesi devam eder, çocuğun ve/veya ebeveynin işbirliğini “kaybetme” endişesi duyar, ebeveynle karşı karşıya gelme, kızdırma, şikâyet edilme ile ilgili endişeler duyar. Hastalıkla ilgili şüphelerini dile getirdiğinde belirsiz delillerle aileyi karşısına alma, diğer kurumları devreye sokma, artan iş yükü hekimin bakım verenin isteklerine uyum sağlamasına neden olur. Hekim kendisini yalnız, güvencesiz hissedebilir ve nasıl ilerleyeceğini bilemeyebilir (20). Ayrıca tedavi ekibinin çocuğun kliniğini şüpheli görmeye başladığını fark eden ebeveynin belirtilerin şiddetini artırarak yeni belirtiler üretme ve çocuğa zarar verme ihtimali hekimi durdurabilir (28).

BYB çocuğa karşı kötü muamele kapsamındadır ve adli bildirim gereklidir. Bu nedenle ayrıntılı ve titiz bir değerlendirme, iyi bir vaka yönetimi gerektirir. Şüphelenilen olguda zamanında uygun adımlar atılmaması, adli bildirim ve çocuk koruma birimleriyle işbirliğinde aksaklıklar olması çocuk ve aile için çok dramatik sonuçlara neden olabilir (38). Çocuk, bakım verenden ayrı tutulmadığı veya gözetim altına alınmadığı sürece hastanede güvende değildir. Çalışmalar BYB’de çocukların yarından fazlasının hastanede kaldığı süre boyunca istismarının devam ettiğini göstermektedir. BYB’nin teşhisi çocuğun tedavisini üstlenen tedavi ekibi, ruh sağlığı uzmanları, hastane sosyal hizmet uzmanları koordinasyonu ve işbirliğiyle mümkün olmaktadır. Hastanenin Çocuk Koruma Birimi’nin olması bu değerlendirme sürecini güçlendirir. Değerlendirmeler; tıbbi kayıtları, ek testleri (toksikoloji gibi), bakım verenlerle ve çocukla yapılan görüşmeleri içerir (4,5,38). Gözlem ve değerlendirme için hastanın yatırılması gerekebilir. İstismarcının ruhsal motivasyonlarını tanımlamak mümkün olmayabilir ve bu tür bir istismarın teşhisinde bu öncelikli değildir. Motivasyonlar tedavi, müdahale, izlem ve tekrarlanmasını önlemede önemli görülmektedir (5,6). BYB’yi teşhis etmek pediatriğin klinik uzmanlığı olmamakla birlikte şüphelenmek ve değerlendirme sürecini başlatmada pediatrik çok önemlidir. Tanıda en önemli kısım pediatriğin BYB’den şüphelenmesi, medikal öyküyü kronolojik olarak çok detaylı incelemesi ve ruh sağlığı uzmanlarını devreye sokmasıdır (4,38). Ruh sağlığı alanında çalışan uzmanın şüphelenilen hastayı, bakım verenini değerlendirme, klinik ve adli değerlendirmeyi yapma, vaka yönetimi için ekibe öneriler sunma, süreci yürütme, tedaviyi veya sevki sağlama görevleri arasındadır (3). Yazında annelerde bir bozukluk belirlenmemesi nedeniyle anne-çocuk ilişkisini değerlendirmenin tanının doğrulanmasında yardımcı olabileceğine dikkat çekilmiştir. BYB’de tanı aşamasında anne-çocuk ilişkisinin ruhsal açıdan değerlendirilmesi anahtar rol oynamaktadır (15,17). Bakım verenin ürettiği hastalıklar teşhis edildiğinde, tıbbi ekibin tüm üyeleri gereksiz tıbbi tedavileri ve testleri bırakmayı, aileyi ekip olarak ele almayı, koordineli bir şekilde olguyu tartışmayı kabul etmelidir (38,39,50). Ek olarak, çocuğun güvenliği tehdit altındaysa ilk adım anneyi çocuktan ayırmaktır, gerekirse çocuk koruma hizmetleri

devreye sokulmalıdır. BYB'nin şiddetini, çocuğun riskini değerlendirme, ebeveynleri aşamalı yüzleştirme, sağlıklı aile üyelerini bilgilendirme, tedaviye ve sürece dâhil etme, adli bildirim gereksinimi ve zamanlamasını belirleme titiz bir ekip çalışması gerektirir. Çocuğa zarar veren bakım verenden ayırıp diğer ebeveyn, akrabalara verilmesini ve hatta geçici bir koruma kararını isteme gerekebilir (3,32). BYB'nin risk düzeyini belirledikten sonra olguya özgü izlenecek yol haritası belirlenir. BYB'de istismardan sorumlu olan ebeveyn ve diğer aile üyelerine durumun en uygun nasıl açıklanacağı ile ilgili yayınlanmış öneriler sınırlıdır (4). İlk adım yüzleştirmedir. Ancak multidisipliner ekibin ebeveynleri "yüzleşme" yerine "bilgilendirme toplantısı" yapması önerilir. Bilgilendirmenin amacı, "iyi belgelenmiş destekleyici kanıtlarla sakin, empatik ve rasyonel bir şekilde" belirli tıbbi durumlar veya tedaviler için herhangi bir hastalığın olmadığını ve belirtilerin ebeveyn davranışlarından kaynaklandığını bildirmektir (4,6,50). Erken ve hazırlıksız bir yüzleştirme işbirliğini zorlaştırır ve çocuğun hastanede tutulmasını, korunmasını riske sokar, ailenin başka hastaneye yönelmesine neden olur. Bilgilendirme sonrası hemen çocuğun korunması için anneden ayrılması, hastane bakımını sürdüreceği sağlıklı aile üyesinin devreye sokulması sağlanır (38,39). Burada en hassas noktalardan biri sağlıklı olan ebeveynin psikoeğitimi ve işbirliği için ekibin yanında yer almasını sağlamaktır. Bu uzun dönemde evdeki diğer çocukların korunması açısından da çok önemlidir. Ek olarak annenin bireysel psikoterapisi, anne-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi, ebeveynlik becerilerinin desteklenmesi, anne çocuk bağlanmasının desteklenmesi, aile terapisi, genelde tamamen silik olan babanın aile sistemine dâhil edilmesi ve ailenin hastane dışındaki destek kaynaklarının araştırılması, güçlendirilmesi gerekir. Annenin terapisinde işbirliği kurabilmek, güven sağlayabilmek ve yüzleştirmeyi aşamalı olarak yapmak önemlidir (3,34). BYB'de terapide; güvene dayanan terapötik bir ittifak kurma; ebeveynde empati ve sosyal ilişkileri geliştirme, gerçek potansiyelini fark ettirme, stresli durumlarla başa çıkma, kendi davranışlarını fark ettirme, yaptığı davranışın nedenleri hakkında bilinçlendirme; yeteneklerini keşfetmesine yardımcı olma; benlik saygısı ve kendine güveni

geliştirmesine yardım etme; ebeveynin ödüllendirme sistemini kademeli olarak değiştirme, babayı tedaviye dâhil etme sağlanır. Tespit edilen eş hastalanımlar, davranış farkındalığıyla ortaya çıkan gerginlik, anksiyete ve depresyon için farmakolojik ve psikoterapötik tedavi alması gerekir (3,4,32,34). Ebeveynin kendi annesi ile arasındaki ilişkisel bağları onarma, yeniden anlamlandırma, taciz edici davranışların neden olduğu suçluluk duygusuyla başa çıkma, sosyal becerileri geliştirme, duygusal gereksinimleri, ödülleri hastane dışında aramasını sağlama, çocuğuna zarar vermeden acı veren duygularını ifade edebilme tedavide önemli çalışma konularıdır (39,46).

SONUÇ

Klinisyenler arasında bugün halen tanı geçerliliği tartışılan bu bozuklukta, hastalığın yapay olarak oluşturulduğu fark edildiğinde tedavi ekibinde öfke uyanması, hasta-hekim arasında gelişen aktarım/ karşı aktarım süreçleri nedeniyle olgu yönetiminin tedavi ekibini zorlaması ve birçok kurumla işbirliği gerekmesi uzmanların bu olgulara mesafeli yaklaşmasına neden olmaktadır. Kliniğin geniş bir yelpazede karşımıza çıkması, motivasyonların iç içe geçtiği literatürde "gri zon" olarak adlandırılan karma durumların görülmesi, nesilden nesile aktarımı tabloyu daha da karmaşıklarıştırmaktadır. Öncelik olguların fark edilmesi ve istismarın durdurulmasıdır. Sonraki aşama doğru yaklaşım ve rehabilitasyon için psikodinamikleri anlamamızı gerektirir. YB/BYB'nin ele alınması ve uygun vaka yönetimi için klinikler ve kurumlar arası işbirliği, eşgüdümün olması, mümkünse multidisipliner bir ekibin süreci ele alması çok önemli görülmektedir. Birincil hedef çocuğu korumak ve hayati tehlikesini değerlendirmek, olguyu süreç içinde iyi yönetmek olmalıdır. Bu olguların adli bildirim literatürde tartışılmalıdır. Olgularda daha somut bulgular olduğunda, bakım veren tarafından hastalık indüklendiğinde dahi hukukçuların bu konuda bilgilerinin yetersizliği nedeniyle süreç tıkanmakta, çocuk ve anne tedavi sisteminin dışında kalmaktadır. BYB olgularında yazın bilgisi ve olgu serilerimizden edindiğimiz deneyimlere göre adli süreçleri başlatmakla ilgili her olguyu kendi özelinde değerlendirmek gerektiği, riskleri belirleme ve dinamiklere hakim olmanın önemli olduğu ve çocuğun yüksek yararı göz önünde bulundurarak

bir strateji belirlemenin en uygun yaklaşım olduğu kanısındayız. Hafif olgularda öncelik sağlıklı ebeveyni de tedavinin içine katarak aile ve çocukla çalışarak takip içerisinde tutmak daha uygun olmaktadır. Bazen süreç içinde çocuğun risk altında olduğu düşünüldüğünde, işbirliği yapılamayan, içgörünün geliştirilemediği olgularda adli bildirim yapılması ve çocuk koruma sisteminin devreye sokulması gerekir. Çocukta invaziv girişimle doğrudan hastalık üreten annelerde acilen adli süreci başlatarak çocuğu koruma altına alınması gerekir. Ancak bu olgularda da anneyi hemen çocuktan ayırmak gerekmesine karşın adli bildirim hemen yapılmayabilir. Adli süreçlerin sağlıklı işlemesi için ailenin değerlendirilmesi, istismarcı olmayan ebeveyni sürece katma ve desteğini alma, aile dinamiklerini anlama ve aldatmacayla aşamalı olarak yüzleştirme için yatarak çocuğun ve annenin değerlendirmesi ve çocuk için en uygun koruma sistemini de içeren detaylı bir adli rapor oluşturulması çok önemli olmaktadır. Klinik deneyimlerimiz, olgu yönetimi aşamasında işbirliğine açık olmayan bazı annelerin çocuk koruma sistemi ve/veya adli bildirim sürecinin başlatılmasıyla birlikte babalar tarafından işbirliğine ikna edilebildiğini, dolayısıyla anne ve aileyle çalışarak çocuğun aile sistemi içinde korunmasının sağlanabildiğini göstermiştir.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Dilşad Foto Özdemir, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
dilsad_ozdemir@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Meadow S. Munchausen syndrome by proxy. *J Clin Forensic Med* 1994; 1: 121-127.
2. Scher LM, Knudsen P, Leamon M. Somatic Symptom and Related Disorders, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, Chap. 16, edited by RE. Hales, SC. Yudofsky, LW Roberts with foreword by DJ Kupfer–Sixth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Press, 2014, pp. 531-556.
3. Bursch B, Emerson ND, Sanders MJ. Evaluation and management of factitious disorder imposed on another. *J Clin Psychol Med Settings* 2019; 1-11.
4. Cardona L, Asnes AG. Disclosure of caregiver-fabricated illness to a child: A team-based approach to communicating with pediatric patients. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019; 24: 494–502.
5. Flaherty EG, MacMillan HL. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics* 2013; 132: 590–597.
6. Sousa Filho DD, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo)* 2017; 15(4):516-521.
7. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, Gieler U, Martin K, Klapp BF. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics* 2007; 48: 60–64.
8. Bass C, Halligan P. Factitious disorders 2; Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet* 2014; 383: 1422-1432.
9. Squires JE, Squires RH. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *JPGN* 2010; 51: 248–253.
10. Hamilton JC, Feldman MD, Sherwood IM. Factitious Disorder, Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, and Malingering. *Encyclopedia Ment Health* 2016; 226-234. doi: 10.1016/B978-0-12-397045-9.00010-0
11. Pavan C, Scarpa C, Bassetto F, Azzi M, Vindigni V. Munchausen's syndrome in plastic surgery: an interdisciplinary challenge. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015; 3: e428
12. Caselli I, Poloni N, Ceccon F, Ielmini M, Merlo B, Callegari C. A systematic review on factitious disorders: psychopathology and diagnostic classification. *Neuropsychiatry* 2018; 8:281-292.
13. Libow JA. Beyond collusion: active illness falsification. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 525–536
14. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *Br J Psychiatry* 2011; 199(2):113-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074088>.
15. Foto-Özdemir D, Yalçın S, Akgül S, Evinç ŞG, Karhan A, Karadağ F, Balseven-Odabaşı A, Tekşam Ö, Yıldız İ, Kanbur N, Özmert E, Derman O, Tümer AR, Atik H, İnce T, Yurdakök K, Gökler B, G Kale. Munchausen By Proxy: A Case Series Study From Turkey. *J Fam Violence* 2015; 30: 661-671. DOI 10.1007/s10896-015-9700-3.
16. Karakoç Demirkaya S, Tağcı S, Aksu H. Hipoglisemi nöbetleri ile başvuran tip-1 diyabetes mellitus tanılı ergen olguda Munchausen Sendromu. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016; 17: 91-93.
17. Foto-Özdemir D, Yalçın SS, Zeki A, Yurdakök K, Özusta Ş, Köse A, Karadağ F, Yıldız İ, Balseven-Odabaşı A, Kale G. Munchausen by proxy syndrome presented as recurrent respiratory arrest and thigh abscess: A case study and overview. *Turk J Pediatr* 2013; 55: 337-343.
18. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 41: 20–28.
19. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 431-451.
20. Davis P, Murtagh U, Glaser D. 40 years of fabricated or induced illness (FII): Where next for paediatricians? Paper 1: Epidemiology and definition of FII. *Arch Dis Child* 2019; 104: 110–114. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314319>
21. Eisendrath SJ. Current Overview of Factitious Physical Disorders. In *The Spectrum of Factitious Disorders*. Edited by MD Feldman, SJ Eisendrath, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996, pp.21-36.
22. Sanders MJ. Symptom coaching: Factitious disorder by proxy with older children. *Clin Psychol Rev* 1995; 15: 423–442.
23. Day LB, Faust J, Black RA, Day DO, Alexander A. Personality profiles of factitious disorder imposed by mothers: a comparative analysis. *J Child Custody* 2017; 14: 191–208 <https://doi.org/10.1080/15379418.2017.1331780>
24. Kozłowska K. Abnormal illness behaviors: a developmental perspective. *Lancet* 2014; 383: 1368-1369.
25. Adshead G, Buglass K. Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 328-333.
26. Ehlers W, Plassmann R. Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchausen syndrome). *Psychother psychosom* 1994; 62: 69-77.
27. Rogers R. Diagnostic, explanatory, and detection models of munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse Negl* 2004; 28:225–39.
28. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl* 2017; 72: 45–53.
29. Rosenberg DA. Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 421–430. [https://doi.org/10.1016/S1045-2134\(03\)00029-2](https://doi.org/10.1016/S1045-2134(03)00029-2).
30. Bools C, Neale B, Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child abuse negl* 1994; 18: 773-788.
31. Schreier H, Libow J. *Hurting for Love -Munchausen by Proxy Syndrome*. New York, Guilford Press, 1993.
32. Bass C, Glaser D. Factitious disorders 1; Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet* 2014; 383: 1412-1421.
33. Schreier, H. Munchausen by Proxy defined. *Pediatrics* 2002; 110: 985–988.

34. Lopez-Rico M, Lopez-Ibor JJ, Crespo-Hervas D, Muñoz-Villa A, Jimenez-Hernandez JL. diagnosis and treatment of the factitious disorder on another, previously called munchausen syndrome by proxy. *Compr Clin Med* 2019; 1: 419–433. <https://doi.org/10.1007/s42399-019-00057-6>
35. Maldonado JR. When parents deceive their children's doctors: a review of factitious disorder by proxy . *Am J Forensic Psychiatry* 2002; 23: 29-58.
36. Criddle L. Monsters in the closet: munchausen syndrome by Proxy. *Crit Care Nurse* 2010; 30: 46-55.
37. Meadow R: Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Child* 1998; 78: 210-216
38. Stirling J. Beyond munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007; 119: 1026-1030.
39. Roesler TA. Medical child abuse: what have we learned in 40 years? *Curr Treat Options Peds* 2018; 4: 363–372. DOI 10.1007/s40746-018-0136-x
40. Foto Özdemir D, Gökler B, Evinç ŞG, Balseven-Odabaşı A. Paylaşılmış Ailesel Psikoz Kapsamında Bir “Bakım Veren Yapay Bozukluğu” Olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013; 24: 275-279. DOI: 10.5080/u6990.
41. Sharif I. Munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Rev* 2004; 25: 215-216.
42. Martinovic Z. Fictitious epilepsy in munchausen syndrome by proxy: family psychodynamics. *Seizure* 1995; 4:129-134
43. Foto Özdemir D, Karakok B, Yalçın SS. Factitious Disorder Presented by Haematemesis / Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA): A Case Report. *Turk J Psychiatry* 2020; DOI :10.5080/u24988. In press
44. Awadallah N. Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse Negl* 2005; 29:931–941
45. Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *Eur child adolesc psychiatry* 1995; 4: 229-236.
46. Precey G. Assessment issues in working with mothers who induce illness in their children *Child Fam Soc Work* 1998; 3: 227-237.
47. Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry* 1986; 56: 602-611.
48. Conway SP, Pond MN. Munchausen syndrome by proxy abuse: a foundation for adult munchausen syndrome. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29: 504–507.
49. Taylor DC. Parental persuasion to sickness. *Occasional Papers-Association for Child Psychology and Psychiatry* 1996; 13-16.
50. Roesler T, Jenny C. Medical Child Abuse. *Beyond Munchausen Syndrome by Proxy*. Elk Grove Village, IL: Am Acad Pediatrics 2008.