

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rebeka Sgallová

**Vybrané charakteristiky pachatelů Münchauseno-
syndromu by proxy**

**Selected Characteristics of Perpetrators of
Münchausen's Syndrome by Proxy**

Praha, 2021

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Šturma

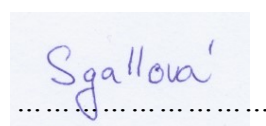
Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Jaroslavu Šturmovi za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady, podporu, trpělivost a čas strávený při konzultacích.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10.5.2021


.....
Rebeka Sgallová

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá některými charakteristikami pachatelů Münchausena syndromu by proxy. Teoretická část se nejprve věnuje definici tohoto syndromu a jeho obětem. Dále se zabývá pachateli a jejich charakteristikami, např. psychopatologií, motivací, dětstvím a příčinami jejich chování. Následují kapitoly týkající se dalších osob zapojených do Münchausena syndromu by proxy, odhalování tohoto syndromu a léčby pachatelů. V druhé části bakalářské práce je představen návrh výzkumu. Jeho cílem je zkoumat typy attachmentu a styly výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů Münchausena syndromu by proxy. Navrhovaný výzkum je založen na kvalitativní metodologii v podobě polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova

Münchausenův syndrom by proxy; fiktivní porucha by proxy; pachatelé; attachment; styly výchovy

Abstract

This bachelor thesis is about some characteristics of perpetrators of Münchausen's syndrome by proxy. The theoretical part starts by the definition of this syndrome and its victims. Further the focus is on perpetrators and their characteristics, for example psychopathology, motivation, childhood, and causes of their behavior. The following chapters are devoted to other persons involved in Münchausen's syndrome by proxy, detection of this syndrome and treatment of perpetrators. In the second part of the bachelor thesis a research proposal is presented. The aim of this research is to examine types of attachment and parenting styles in primary families of future perpetrators of Munchausen's syndrome by proxy. The proposed research is based on a qualitative methodology as a semi-structured interview.

Keywords

Münchausen's syndrome by proxy; Factitious disorder by proxy; Perpetrators; Attachment; Parenting styles

Obsah

Úvod.....	8
Literárně přehledová část.....	9
1. Münchhausenův syndrom by proxy (MSBP)	9
1.1 Definice.....	9
1.2 Původ pojmu	10
1.3 Diferenciální diagnostika	11
2. Oběti MSBP	12
2.1 Prevalence a mortalita MSBP	12
2.2 Falsifikované symptomy u MSBP	13
2.3 Následky na obětech MSBP.....	15
3. Pachatelé MSBP	17
3.1 Sociodemografické charakteristiky pachatelů MSBP	17
3.2 Obecné charakteristiky pachatelek MSBP.....	18
3.3 Psychopatologie pachatelů MSBP	20
3.4 Typy matek s MSBP	21
3.5 Motivace pachatelek MSBP.....	22
3.6 Dětství pachatelek MSBP a příčiny MSBP.....	23
3.7 Vliv internetu a sociálních sítí na MSBP	24
3.8 Mužští pachatelé MSBP	24
3.9 Problematika charakteristik pachatelů MSBP.....	25
4. Další osoby zapojené v MSBP.....	26
4.1 Nezneužívající rodič.....	26
4.2 Role lékaře v MSBP	26
5. Odhalování MSBP	28
5.1 Anamnestické šetření	28
5.2 Separace dítěte od rodiče	29
5.3 Monitorování kamerami.....	30

6. Léčba pachatelů MSBP.....	31
7. Attachment a styly výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP .	34
Návrh výzkumného projektu	36
8. Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	36
9. Design výzkumného projektu	37
10. Výzkumný soubor.....	37
11. Metody získávání dat.....	38
12. Metody zpracování a analýzy dat	39
13. Etika výzkumu	39
14. Diskuse.....	41
Závěr	43
Seznam použité literatury	45
Seznam zkratk	56

Úvod

Problematika Münchausena syndromu by proxy (dále MSBP) je zkoumána poměrně krátkou dobu. Mnoho lidí (včetně odborníků) má o tomto syndromu jen malé povědomí. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi atypickou formu násilí na dítěti, je třeba především odborníky, ale i laickou veřejnost školit v jeho rozpoznávání. Pozornost bývá věnována většinou dítěti jakožto oběti tohoto násilí, pachatelé bývají opomíjeni.

Cílem této práce je shrnout poznatky týkající se pachatelů Münchausena syndromu by proxy, zaměřit se na vybrané charakteristiky jejich dětství a navrhnout výzkum, který by naše znalosti v této oblasti prohloubil. Vzhledem k tomu, že pachateli jsou většinou ženy, konkrétně matky, používám v této práci slova „pachatelka“, „matka“ či „žena s MSBP“ jako synonyma ke slovu „pachatel“.

První kapitola této práce se zabývá definicí Münchausena syndromu by proxy a původem tohoto pojmu. Druhá kapitola je věnována obětem MSBP, prevalenci a mortalitě, symptomům, které bývají falsifikovány, a následkům, které může MSBP zanechat na obětech. Ve třetí kapitole se věnuji pachatelům MSBP, jejich charakteristikám, psychopatologii, motivaci, dětství a možným příčinám MSBP. Zmiňuji i mužské pachatele MSBP, kterých je ale pouze malé množství. Čtvrtá kapitola se zabývá významnými osobami zapojenými do MSBP, a to nezneužívajícím rodičem a lékařem. Pátá kapitola představuje způsoby, jak lze MSBP odhalit. Šestá kapitola předkládá možnosti léčby pachatelů MSBP. Poslední kapitola literárně přehledové části je věnována attachmentu a stylům výchovy v primárních rodinách pachatelů MSBP.

Navrhovaný kvalitativní výzkum má za cíl objasnit, které styly výchovy a typy attachmentu se objevují v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP a jak spolu souvisí. Výsledkem výzkumu by měly být hypotézy, které mohou být dále zkoumány kvantitativním šetřením.

V České republice zatím nevzniklo mnoho prací zabývajících se přímo MSBP. Hlavním zdrojem této práce jsou proto zahraniční články a studie, často se jedná o přehledy literatury. V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1. Münchausenův syndrom by proxy (MSBP)

1.1 Definice

Münchausenův syndrom by proxy (dále MSBP) je forma násilí, při kterém dospělý pečovatel, většinou matka, zveličuje symptomy nemoci svého dítěte, falšuje je nebo je přímo vytváří za účelem získání pozornosti. Nejčastějšími oběťmi jsou děti, ale toto chování může být namířeno i proti dospělým nebo domácím mazlíčkům (Hoffman & Koocher, 2020; Kucuker et al., 2010; Majda et al., 2019; O'Reilly, 2010). Dle DSM V lze zařadit MSBP do skupiny faktitivních poruch na jiných dle následujících kritérií:

A. Předstírání somatických nebo psychických projevů, příznaků nebo poranění jiného jedince nebo způsobení onemocnění u jiného jedince, přičemž toto předstírání bylo prokázáno.

B. Osoba prezentuje jinou osobu (oběť) jako nemocnou, oslabenou nebo poraněnou.

C. Předstírání je patrné i v nepřítomnosti zjevných vnějších odměn.

D. Chování není možno lépe vysvětlit jinou duševní poruchou, jako např. poruchou s bludy nebo jinou psychotickou poruchou. (APA, 2013, str. 343)

Meadow (2000) ke kritériím MSBP řadí i vymizení symptomů nemoci dítěte při separaci dítěte od rodiče a motivaci pachatele ve formě vyhledávání pozornosti. Motivace byla jako diagnostické kritérium zahrnuta i v DSM IV (APA, 1994), Awadallah et al. (2005) tvrdí, že pro potvrzení diagnózy MSBP i následnou péči je důležité znát motivaci pachatele. Flaherty et al. (2013) souhlasí s potřebou znát motivaci kvůli následné léčbě, k diagnóze podle nich ale nutná není. Podle Rosenbergové (2003) záměr rodiče dokonce nemůže být diagnostickým kritériem, protože není objektivně pozorovatelný.

Formy MSBP

MSBP se může vyskytovat ve třech formách. Nejlehčí formou je zveličování stávajících symptomů dítěte, při které je počátek nemoci reálný. Středně těžký typ představuje výroba klinických symptomů, např. falšování zdravotní historie dítěte, přidávání krve do moči, vymyšlení si epileptických záchvatů apod. Třetí a nejtěžší formou je zranění dítěte způsobené rodičem, které může vést k neodkladným operacím a k ohrožení na životě (Roesler, 2018; Squires & Squires 2003; Zarankiewicz, 2019).

1.2 Původ pojmu

V roce 1951 se poprvé Richard Asher v Lancetu zmínil o Münchausenu syndromu jako o stavu, kdy si jedinec sám ubližuje, aby získal pozornost lékařů. Tento syndrom byl pojmenován podle Barona von Münchausena žijícího v 18. století, který si vymýšlel neuvěřitelné příběhy (v České republice znám též jako baron Prášil) (Buchanec et al., 2003; Majda et al., 2019; O'Reilly, 2010; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007).

Roku 1976 napsal Rogers et al. článek, ve kterém popisuje nenáhodné otravy dětí, jen o rok později popsal Roy Meadow (1977) případ dvou sourozenců trávených matkou, z nichž jeden později zemřel. V tomto článku Meadow poprvé používá pojem Münchausenův syndrom by proxy. Tímto onemocněním se také výrazně zaobírala Donna Rosenbergová (např. 1987). V České republice na MSBP poprvé upozornil Marten v roce 1985 (cit. podle Dunovský et al., 1995). O Münchausenu syndromu by proxy se v České republice zmiňuje např. Jana Kocourková (např. 2000a, 2000b), Dana Krejčířová (např. 2007) či Jaroslav Slaný (např. 2008), v diplomové práci se tomuto tématu věnovala Petra Voglová (2000).

Dříve byl MSBP označován také jako Polleho syndrom (Tüfekci et al., 2011), dnes ho můžeme v literatuře najít i pod pojmy „pediatric condition falsification“, „medical child abuse“, „factitious illness by proxy“, „fictitious disorder by proxy“, „caregiver fabricated illness“ či „chronická nenáhodná otrava“. (Flaherty et al., 2013; Hamilton et al., 2016; Hendrix, 2008; Hoffman & Koocher, 2020; Kucuker et al., 2010). Jureidini a Donald (2001) označují MSBP za závažnou formu „child abuse“, Wittkowski et al. (2017) vidí MSBP jako jednu z variant „battered child syndrome“.

Při pojmenovávání MSBP narážíme na několik problémů. Kamm (2013) upozorňuje, že použití slova „syndrom“ v pojmenování MSBP naznačuje, že se jedná o problém v dítěti, nikoliv v rodiči. Zásadní otázkou týkající se MSBP je i to, komu diagnózu dáváme, zda rodiči či dítěti. O celé situaci můžeme mluvit jako o „medical child abuse“ či „pediatric condition falsification“, ty se více vztahují k dítěti. Pro pojmenování stavu pachatele se doporučuje „factitious disorder by proxy“, u kterých DSM V (APA, 2013) upozorňuje, že se diagnóza stanovuje u pachatele, ne u oběti (Awadallah et al., 2005; Jureidini & Donald, 2001; Roesler, 2018).

1.3 Diferenciální diagnostika

S rozšířením počítačů se od roku 2000 začal zmiňovat i Münchausenův syndrom po internetu, při kterém lidé prezentují své vymyšlené či zveličené onemocnění v různých podpůrných skupinách na internetu (Ali-Panzarella et al, 2017; Pacurar et al., 2015; Pacurar et al., 2017).

MSBP se podobá i syndrom Medey, při kterém se člověk v psychotickém stavu pokouší zabít své děti za cílem potrestat svého partnera, od MSBP se tedy liší hlavně motivací (Pacurar et al., 2015).

Awadallah et al. (2005) a Chafetz a Dufrene (2014) poznamenávají, že simulace (malingering by proxy) se od MSBP liší motivací; tou v případě simulace není emocionální uspokojení, ale ekonomický zisk.

Jureidini a Donald (2001) uvádějí několik bodů, ve kterých se MSBP liší od jiného násilí na dětech. MSBP je spíše promyšlený než impulzivní a nereaguje na chování dítěte. Lékaři získávají podezření na násilí na dítěti často kvůli tomu, že nedokážou jinak vysvětlit různá zranění dětí, u MSBP jsou ale symptomy většinou nerozlišitelné od reálných nemocí, lékaři tak pokračují v hledání diagnózy.

2. Oběti MSBP

Oběťmi MSBP se nejčastěji stávají malé děti do tří až šesti let, ale oběťmi mohou být i starší děti, zranitelní dospělí lidé, ještě nenarozené děti nebo domácí mazlíčci. Průměrná doba mezi nástupem symptomů a diagnózou MSBP variuje v různých studiích mezi 14 a 30 měsíci. Obě pohlaví jsou mezi oběťmi zastoupena stejně často. Přibližně ve čtvrtině případů se v rodině nachází více než jedna oběť MSBP (Ahlin, 2010; Bass & Jones, 2009; Bertulli & Cochat, 2017; Deimel et al., 2012; Kintz et al., 2018; Majda et al., 2019; Moore & Smith, 2006; Zarankiewicz, 2019; Saad, 2010).

Sheridan (2003) ve svém přehledu literatury sestávajícím ze 451 případů seznala, že 61,3 % sourozenců obětí MSBP mělo symptomy podobné těm u obětí nebo symptomy podezřelého původu. Zároveň 25 % sourozenců obětí MSBP bylo mrtvých.

2.1 Prevalence a mortalita MSBP

Prevalence MSBP se nejčastěji udává okolo 0,5/100 000 dětí pod 16 let a 2,8/100 000 dětí do jednoho roku. Tento údaj cituje mnoho článků (Bass & Glaser, 2014; Hoffman & Koocher, 2020; Morrell & Tilley, 2012; Unal et al., 2017), nicméně pochází pouze z jednoho článku od McClureho et al. (1996). Tito autoři hodnoty prevalence odvodili ze 128 případů MSBP zachycených za dva roky ve Velké Británii a Irsku. Nemůžeme si tedy být jisti, jak vypadá situace v současné době a v jiných částech světa. Zároveň panuje přesvědčení, že udávaná prevalence je podhodnocená, protože většina případů (zvláště těch s lehčím průběhem) není odhalena ani nahlášena (Grace & Jagannathan, 2016; Zarankiewicz, 2019). Nicméně Mart (1999) se naopak domnívá, že MSBP je obzvláště náchylný k falešně pozitivní diagnostice, a to především kvůli jeho vzácnosti v empirickém výzkumu, protože literatura o MSBP je hlavně klinická, ne empirická. Tento autor se také domnívá, že v případě MSBP může docházet k systematické chybě. V nějakém případě jsou pozorovány charakteristiky MSBP, z čehož se diagnostikuje MSBP, následně soud tuto diagnózu potvrdí. O takovýchto případech se poté píšou články, ze kterých se určují charakteristiky pachatelů i obětí MSBP. Podle těchto charakteristik jsou odhalovány další případy MSBP. Pokud byl ovšem v některém případě MSBP chybně diagnostikován, dostávají se do literatury profily nezneužívajících rodičů, které později vedou k dalším chybným diagnózám.

Podobně problematická jsou i čísla obětí, které kvůli MSBP zemřou. V literatuře bývá mortalita MSBP udávána v rozmezí 6–33 % (Bass & Jones, 2009; Grace &

Jagannathan, 2016; Moore & Smith, 2006; Morrell & Tilley, 2012; Sheridan, 2003; Wittkowski et al., 2017; Zarankiewicz, 2019). Většina těchto článků však cituje článek Rosenbergové z roku 1987. V tomto přehledu literatury Rosenbergová pracuje dohromady se 117 oběťmi, z nichž 10 (9 %) zemřelo. U osmi z nich byl znám věk, všechny byly mladší tří let. Tato práce má nicméně několik nedostatků. V první řadě Rosenbergová některé oběti započítala vícekrát, proto nebudou čísla úplně přesná. Dále se jedná opět o poměrně malé množství případů, takže je těžké výsledky zobecňovat. Velmi problematické je také publikační zkreslení – články se píše především o těžších formách onemocnění. Z tohoto důvodu se do literatury spíše dostanou případy MSBP, v nichž oběť zemřela. Pokud se poté mortalita počítá na základě přehledu dosavadní literatury, budou čísla nutně zkreslena. Z literatury tak nemůžeme s jistotou určit hodnoty prevalence ani mortality (Pankratz, 2010; Roesler, 2018).

V již zmíněném článku Rosenbergová (1987) také udává, že 20 % obětí, které jsou propuštěné domů po konfrontaci rodičů s diagnózou MSBP, zemře. Toto číslo je nicméně chybné. Rosenbergová k němu došla na základě toho, že z deseti případů končících smrtí byly dvě rodiny konfrontovány s diagnózou MSBP před propuštěním domů. Správně by se ale tento údaj vypočítal vydělením počtu dětí, které byly i přes konfrontaci s diagnózou MSBP propuštěny domů a zemřely (v tomto případě dvě), počtem všech dětí, které byly propuštěny domů a jejichž rodiče byli konfrontováni s diagnózou MSBP (neznámé číslo). Čísla Rosenbergové se hojně citují, což vede k zavádějícím informacím o MSBP (Pankratz, 2010).

2.2 Falsifikované symptomy u MSBP

Přesvědčovat lékaře o nemoci dítěte lze několika způsoby. Ahlin (2010) uvádí, že ve čtvrtině případů rodiče o symptomech lžou, v polovině případů symptomy již vytvářejí a ve zbylé čtvrtině symptomy simulují i produkují. Hoffman a Koocher (2020) řadí způsoby falsifikace příznaků následovně: lhaní o historii dítěte, neposkytování potřebných informací, zveličování symptomů, simulace symptomů, zanedbávání dítěte, produkce symptomů, instruování dítěte, aby lhalo o svém stavu. Dle Majdy et al. (2019) rodiče při rozhovorech působí na lékaře velmi manipulativně a zdůrazňují nedostatečné výsledky současné léčby dítěte. Mohou také často měnit lékaře a nemocnice a neumožňovat novým lékařům nahlédnout do staré dokumentace, čímž zamezují podezřívání ze strany lékařského personálu.

Rodiče u dětí falšují téměř jakékoliv onemocnění. Často se jedná o zástavu dechu či různé záchvaty, protože jejich falzifikace či lhaní o nich je snadné. Dále se jedná o všemožné urologické projevy (záněty močových cest, krev v moči, zástava močení...), kterými trpí až čtvrtina dětí s MSBP (Feldman et al., 2007). Falzifikováno může být i různorodé krvácení (vnitřní i vnější), bezvědomí, zvracení, průjem, horečky, vyrážky, alergie a astma, infekce či deprese (Gehlawat et al., 2015; Kintz et al., 2018; Lebl et al., 2012; Majda et al., 2019; Unal et al., 2017; Wittkowski et al., 2017; Zarankiewicz, 2019).

Rosenbergová ve svém přehledu literatury z roku 1987 uvádí symptomy v následujícím pořadí: krvácení (44 %), záchvaty (42 %), bezvědomí (19 %), apnoe (15%), průjem (11 %), zvracení (10 %), vyrážky (9 %). Děti často trpí více než jedním symptomem, proto je součet vyšší než 100 %. V literatuře nalezneme i případy falšování celiakie (Lasher & Feldman, 2004) či sexuálního zneužívání (Meadow, 1993). Udušení nemluvnat při MSBP může být často považováno či maskováno za syndrom náhlého úmrtí dítěte (SIDS), dle některých odhadů může být až 10 % případů SIDS způsobeno záměrným dušením (Ahlin, 2010; Craft & Hall, 2004; Mitchell, 2001).

Symptomů mohou rodiče dosáhnout různými způsoby. Kromě obelhávání lékařů dochází často k fyzickému násilí na dítěti (dušení, otravy pomocí léků a drog, vyvolávání krvácení a vyrážek apod.). Může docházet také k falzifikaci biologického materiálu určeného k lékařskému zkoumání – rodiče do moči přidávají krev (svou i dětí), barvivo, bílkoviny (většinou zvířecího původu) či cukr, krev bývá také přidávána do výkalů či zvratků. Rodiče se mohou uchýlit i k umístování cizích těles do těla dítěte (např. kamínky do močových cest, které vedou k zástavě močení). Pro vytvoření nemocného vzhledu někteří rodiče s MSBP drží své děti na přísné dietě. Pokud je dítě hospitalizováno, mohou rodiče zhoršovat jeho stav manipulací s lékařskými přístroji, např. vstříkovaním cizích látek do umělé výživy (Bertulli & Cochat, 2017; Majda et al., 2019).

Na falzifikaci symptomů se mohou podílet i samotné děti, především ty starší. Mohou být rodičem přesvědčeny, že skutečně trpí danou nemocí, případně se snaží získat přízeň rodičů i za cenu lhaní lékařům (Hendrix, 2008; Moore & Smith, 2006; Tüfekci et al., 2011).

Signály u obětí, které by měly vzbudit pozornost lékařů

Nemoci, které rodiče s MSBP u svých dětí falzifikují, bývají většinou multisystémové, dlouhotrvající, neobvyklé nebo vzácné. Jedná se o symptomy tvořící neobvyklý klinický obraz, který nedokážou vysvětlit ani zkušení lékaři. Často nesedí

historie dítěte s jeho fyzickým stavem, aktuálními klinickými nálezy a negativními laboratorními testy. Po normálních laboratorních testech se mohou objevit nové komplikace, protože se rodič snaží dokázat nemoc svého dítěte. Příznaky se také objevují jen za přítomnosti rodiče, při jeho absenci mizí. U lékařů by měly vzbudit pozornost případy, kdy rodiče hlásí velké množství symptomů, které nelze ověřit. Zvážit možnost MSBP je vhodné i v případě, že je léčba neobvykle neefektivní, případně dítětem špatně tolerována (např. alergické reakce). Podezřelé by měly být i časté hospitalizace, několikanásobné operace a neposkytnutí lékařských zpráv z předchozích ošetření. Rodiče v takových případech mohou tvrdit, že v jiné nemocnici byla objevena vážná nemoc, a následně se domáhat její léčby. Lékaři by na MSBP měli myslet i ve chvílích, kdy je diagnostikována velmi vzácná nemoc, protože MSBP je častější než mnoho vzácných chorob (Lebl et al., 2012; Meadow, 1982; Moore & Smith, 2006; Paturej et al., 2019; Plunkett & Southall, 2001; Siegel & Fischer, 2001; Thomas, 2003).

2.3 Následky na obětech MSBP

Pachatelé MSBP mohou své oběti vážně poškodit, až 7 % obětí trpí dlouhodobými nebo trvalými následky. Mezi psychologické dopady MSBP patří posttraumatická stresová porucha, zvýšená iritabilita a agresivita, behaviorální problémy a hyperaktivita, vyšší úzkostnost, deprese, poruchy příjmu potravy, noční můry a jiné spánkové poruchy. Oběti MSBP také mohou zažívat pocity zranitelnosti a snížené sebevědomí. Objevit se mohou i vývojová opoždění a zpožděný růst, které vedou k horšímu sociálnímu fungování, mohou se také projevovat separační úzkostí. Pachatelé MSBP často omezují kontakt svých dětí s vrstevníky, sportovní aktivity i školní docházku, ať už kvůli vytváření dojmu nemocného dítěte, nebo kvůli návštěvám lékařů a hospitalizacím. Tím způsobují problémy dětí ve škole, mezery v jejich vědomostech a sociální izolaci, které dále vedou k problémům s navazováním vztahů. Oběti se také od rodičů mohou naučit lhát a velmi dobře manipulovat se svým okolím. Situace, kdy matka ubližuje vlastnímu dítěti, může vést i k narušení attachmentu (Ayoub, 2010; Bass & Glaser, 2014; Bursch, 2014; Davis et al., 2019; Hoffman & Koocher, 2020; Majda et al., 2019; O'Reilly, 2010; Yates & Bass, 2017; Zarankiewicz, 2019).

Vážný dopad na život obětí MSBP má riziko, že se pomocí podmiňování naučí, že pozornost či lásku okolí si vyslouží pouze svou nemocí. To může vést až k poškozování sama sebe a rozvoji Münchhausenova syndromu (falzifikování nemoci sama na sobě kvůli získání pozornosti), případně k pokračování vzorce MSBP na svých

dětech. Oběti MSBP si mohou vytvořit narušený sebeobraz a cítit se zmateny tím, že rodiče tvrdí, že jsou nemocné, i když se tak necítí. Dokonce mohou uvěřit svým rodičům, že jsou skutečně nemocné. Vzhledem k dlouhodobé manipulaci mohou mít i po ukončení násilí potíže s rozeznáním skutečných symptomů, rozlišením toho, zda jsou nemocné či zdravé. Kvůli zkušenosti s bolestivými lékařskými zákroky se mohou oběti MSBP lékařů bát a odmítat jakýkoliv zákrok, i když bude nutný. Dojít může i k rozvoji Stockholmského syndromu (Bass & Glaser, 2014; Bursch, 2014; Deimel et al., 2012; Kintz et al., 2018; Majda et al., 2019; Moore & Smith, 2006; O'Reilly, 2010; Pacurar et al., 2017; Yates & Bass, 2017).

MSBP nezpůsobuje pouze psychosociální dopady. Fyzické násilí ze strany pachatelů může vést k trvalým následkům na tělech obětí – k poškození mozku, slepotě či k mentální retardaci. Samotná lékařská vyšetření a zákroky (rentgeny, operace, zavádění katetrů, podávání sedativ...) mohou napáchat zbytečné škody, které přivodí obětem iatrogenní komplikace (Davis et al., 2019; Kintz et al., 2018; Hoffman & Koocher, 2020).

3. Pachatelé MSBP

3.1 Sociodemografické charakteristiky pachatelů MSBP

Literatura jednoznačně tvrdí, že téměř vždy je pachatelem MSBP žena. V 75–100 % případů se jedná o matku oběti, dále to mohou být adoptivní nebo pěstounské matky, babičky či chůvy (Ahlin, 2010; Bass & Jones, 2009; Bass & Jones, 2011; Feldman et al., 2007; Flaherty et al., 2013; Grace & Jagannathan, 2016; Jaghab et al., 2006; Moore & Smith, 2006; O'Reilly, 2010; Rosenberg, 1987; Schreier, 2004; Tüfekci et al., 2011; Zarankiewicz, 2019).

Důvodem, proč jako pachatelé MSBP dominují ženy, je pravděpodobně skutečnost, že jsou většinou primárními pečovateli o dítě, takže s ním tráví více času (Hamilton et al., 2016; Meadow, 1998). Za tímto nepoměrem může stát i rozdílná socializace mužů a žen. Ženy jsou socializovány k vyhledávání sympatie a pozornosti, zároveň také k roli dobré a pozorné matky. MSBP jim může pomoci dostat této představě (Saad, 2010).

Pachatelem nicméně může být i otec, strýc nebo dokonce i bratr oběti (Bass & Jones, 2009; Gehlawat et al., 2015; Guha et al., 2004; Meadow, 1998). Zaznamenány byly i případy, ve kterých byli pachateli oba rodiče (Schreier, 2004).

Sheridan (2003) ve svém přehledu literatury sestávajícím ze 451 případů označila za pachatele MSBP v 76,5 % matky a v 6,7 % otce. Matky si za své oběti vybíraly děti obou pohlaví přibližně stejně, zatímco otcové zneužívali třikrát více syny než dcery. Yates a Bass (2017) v přehledu literatury, který sestává ze 678 pachatelů, našli matku v roli pachatele v 95,58 % a otce v 1,77 %. Feldman a Brown (2002) pro svůj přehled literatury tvořený 93 případy nevyužili články pocházející ze zemí typicky dokumentujících MSBP (USA, Kanada, Austrálie, Velká Británie), ale články z Evropy, jižní Ameriky či Blízkého východu. Zjistili, že rozdělení pachatelů je podobné dříve reportovaným případům. Matka byla pachatelem v 86 % případů, otec ve 4 %.

Pachatelky MSBP bývají bělošky pocházející ze střední či vyšší třídy (Morrell & Tilley, 2012; Siegel & Fischer, 2001; Thomas, 2003). Tyto ženy jsou většinou mladé, Jaghab et al. (2006) uvádí rozmezí 20 až 40 let, Bass a Jones (2011) u 28 pachatelek konstatovali průměrný věk 31,3 let (v rozmezí 21–48 let). V této studii bylo 43 % žen vdaných, nicméně Schreier (2004) i Thomas (2003) uvádí, že vdaných pachatelek je více než polovina, Yates a Bass (2017) dokonce odhalili 75,8 % pachatelek v manželství. V těchto vztazích se vyskytuje mnoho potíží (Anderson et al. 2018; Thomas, 2003),

Bentovim (2001) uvádí, že 40 % vdaných pachatelek MSBP popisuje chronické a vážné manželské problémy.

3.2 Obecné charakteristiky pachatelek MSBP

Lékařský personál matky s MSBP většinou popisuje jako okouzující, zdvořilé a velmi milé. Pachatelky působí jako výjimečně oddané matky, které své dítě nade vše milují a jsou k němu neobyčejně pozorné. Vytváří dojem, že jsou k dítěti úzce připoutané. V případě hospitalizace dítěte neopouští jeho postel a trvají na tom, že budou rutinní pečovatelské úkony provádět samy. Z videozáznamů nicméně vyplývá, že se takto chovají pouze za přítomnosti dalších lidí, o samotě vydrží své dítě ignorovat i několik hodin (Fulton, 2000; Lebl et al., 2012; Majda et al. 2019; Meadow, 1982; Moore & Smith, 2006; Pacurar et al. 2017; Siegel & Fischer, 2001).

Personál nemocnic často obdivuje domnělou nesobeckost pachatelek MSBP. Vzhledem k tomu, že se tyto ženy jeví velmi důvěryhodně, bývá pro jejich okolí obtížné uvěřit, že se za zavřenými dveřmi odehrává zneužívání. Sebe prezentace pachatelek může být tak dobrá, že oklamou i právníky a soudce, což komplikuje tvorbu opatření na ochranu dětí (Fulton, 2000; Pacurar et al., 2017; Samuels, 2001).

Zájem o děti projevovaný pachatelkami je falešný. Tyto ženy vnímají své děti jako objekty ke svému uspokojení, ne jako individuální bytosti s vlastními city a právy (Anderson et al., 2018; Schreier, 2004).

Pachatelky MSBP mají mnohdy nadprůměrné znalosti z oblasti medicíny a dobře se vyznají v lékařské terminologii, čímž opět ohromují nemocniční personál (Moore & Smith, 2006; Pacurar et al., 2015; Siegel & Fischer, 2001). Tyto znalosti mohou pocházet i ze vzdělání či zaměstnání ve zdravotnictví, nejčastěji se jedná o pozici nemocniční sestry. Literatura se v procentech pachatelek MSBP se zdravotnickým pozadím různí, nejčastěji bývá udáváno 14-50 % (Bass & Jones, 2011; Rosenberg, 1987; Sheridan, 2003; Thomas, 2003; Yates & Bass, 2017). Nicméně Majda et al. (2019) uvádí, že až 80 % pachatelek MSBP pochází ze zdravotnického prostředí, které jim zajišťuje snadný přístup k lékům, které následně mohou využívat k fabrikování nemoci u dítěte. Fulton (2000) upozorňuje, že se v mnoha případech může jednat pouze o nedokončené vzdělání. Pachatelky o svém vzdělání či zaměstnání mohou i lhát, aby se přiblížily nemocničnímu personálu, jehož pozornost se snaží získat (Hoffman & Koocher, 2020).

Ženy s MSBP se velmi dobře přizpůsobují podmínkám v nemocnici, kde tráví spoustu času, dokonce jsou tam rády. Často vytváří neobvykle blízké, ale zároveň

povrchní vztahy s personálem nemocnice, dalšími pacienty či s jejich rodiči. Rády se zapojují do aktivit nemocnice i do rodinného života personálu i ostatních pacientů (Moore & Smith, 2006; Pacurar et al., 2017; Siegel & Fischer, 2001). Robins a Sesan (1991) a Hendrix (2008) uvádí, že pachatelky MSBP obvykle velmi dobře spolupracují s lékaři. Squires a Squires (2010) nicméně mluví i o variantě, kdy je matka agresivní a personálu nemocnice vyhrožuje.

Pachatelky MSBP mají neobvykle silnou schopnost manipulovat s lidmi ve svém okolí. Dokáží velmi dobře odvádět pozornost lékařů a svádět je na špatnou stopu (Ayoub, 2010; Pacurar et al., 2015; Pacurar et al., 2017). Mnohdy lékařům samy navrhnou diagnózy nemocí, kterými by mohlo trpět jejich dítě. Do léčby se snaží zapojit více lékařů, často velmi specializovaných. Pachatelky vyžadují hospitalizaci a provádění invazivních vyšetření a operací, které mohou být pro děti bolestivé, v některých případech tyto zákroky matky dokonce vítají (Ali-Panzarella et al., 2017; Bass & Jones, 2009; Flaherty et al., 2013; Hoffman & Koocher, 2020; Moore & Smith, 2006).

Matky s MSBP projevují málo emocí ve chvílích, kdy jejich dítě zažívá bolest. Chování pachatelek neodpovídá velkému stresu, který vyjadřují, bývají často neobvykle klidné. Zároveň na zlepšení stavu dítěte nebo na vyloučení některé nemoci nereagují úlevou, ale spíše rostoucím neklidem. Pokud lékaři navrhnou propuštění z nemocnice, projevují pachatelky MSBP silný odpor. V mnoha případech se matka s MSBP o dítě bojí méně než personál nemocnice, někdy zdravotníky dokonce utěšuje (Flaherty et al., 2013; Hoffman & Koocher, 2020; Moore & Smith, 2006; Plunkett & Southall, 2001; Siegel & Fischer, 2001; Thomas, 2003).

Mnohé pachatelky MSBP často střídají nemocnice a lékaře, aby nikde nezanechaly příliš mnoho důkazů a aby bylo jejich zneužívání hůře dohledatelné (Bass & Jones, 2009; Thomas, 2003). Chování matek s MSBP bývá velmi bezohledné, plánované a vypočítavé, prováděné klidně a opatrně. Pachatelé při něm nejsou psychotičtí, disociovaní či zmatení. Kroky vedoucí k indukci nemoci jsou spontánní a vypadají, že nereagují na chování dítěte (Bass & Jones, 2009; Hamilton et al., 2016; Jung, 2005; Majda et al., 2019). Speed (1990) nicméně tvrdí, že chování asociované s MSBP není kontrolovatelné.

Pachatelé MSBP mohou mít nízké sebevědomí a být osamělí, izolovaní a emočně vzdálení od rodiny i přátel (Ahlin, 2010; Moore & Smith, 2006). Ženy s MSBP ale bývají inteligentní, někdy i více než jejich partneři (Hendrix, 2008; Meadow, 1982; Moore & Smith, 2006). Bools et al. (1994) ve svém výzkumu odhalili 19,1 % pachatelek MSBP

s kriminální historií, Bass a Jones (2011) dokonce 35,7%. Nejčastěji šlo o krádeže, zhářství a obtěžování policie.

Varovná znamení ve vztahu matky a dítěte

Matka s MSBP může mít s dítětem abnormálně symbiotický vztah, což mate lékaře, protože neočekávají, že pachatelé násilí na dítěti budou projevovat přehnaně ochranné sklony. Pachatelky MSBP mohou dětem zakazovat venkovní aktivity jako je škola nebo hraní s kamarády, aby podpořily obraz nemocného dítěte. Zároveň povolují jen několika určitým osobám interagovat s dítětem, což vede k menší pravděpodobnosti odhalení MSBP. U dítěte se kvůli tomu může objevovat extrémní separační úzkost, vývojová nezralost a nejistota, protože neví, co všechno smí dělat, aby s tím matka souhlasila. Strach z násilí může u dítěte později přejít k pasivní toleranci bolestivých procedur, které musí podstupovat (Hoffman & Koocher, 2020; Siegel & Fischer, 2001).

3.3 Psychopatologie pachatelů MSBP

Bentovim (2001) uvádí, že polovina ze 37 pachatelek MSBP, se kterými se setkal, vykazovala v minulosti psychiatrické symptomy. Adshead a Bluglass (2005) při výzkumu 67 matek s MSBP zjistili, že 52 % z nich mělo historii psychiatrické léčby, Thomas (2003) uvádí dokonce 80 %. Bass a Jones (2011) objevili, že 92 % z 28 žen s MSBP se v dospělosti léčilo u psychiatra a 61 % bylo k psychiatrovi odkázáno již v dětství, a to kvůli narušenému chování, sebepoškozování, úzkosti, depresi a poruchám příjmu potravy. V některých případech nicméně pachatelé MSBP vypadají úplně normálně bez patrné psychopatologie (Hamilton et al., 2016; Siegel & Fischer, 2001; Yates & Bass, 2017).

Ženy s MSBP často trpí i faktitivní poruchou, při které vědomě zveličují, fabrikují nebo indukují symptomy na sobě (Ayoub, 2010; Hamilton et al., 2016; Siegel & Fischer, 2001). Yates a Bass (2017) objevili 30,9 % pachatelek MSBP s faktitivní nemocí, Bass a Jones (2011) dokonce 64 %. Münchausenovým syndromem, který do této skupin poruch patří, trpí dle Rosenbergové (1987) 10 % matek s MSBP a dle Sheridan (2003) až 29,3 %. Ahlin (2010) nicméně udává, že pachatelé MSBP typicky netrpí MS. Stává se, že matka trpí faktitivní poruchou a toto chování přesune směrem k čerstvě narozenému dítěti (Fulton, 2000; Kucuker et al., 2010). Pokud se tedy u rodiče objeví faktitivní porucha, měli by lékaři pátrat po faktitivní poruše v zastoupení a opačně (Feldman et al., 1997).

Rodič v takovémto případě může mít v historii symptomy podobné těm, které se objevují u dítěte (Rosenberg, 1987; Siegel & Fischer, 2001; Thomas, 2003).

Faktivní poruchu je těžké odlišit od somatoformní nemoci, při které pacient trpí symptomy, pro které se nedaří najít vysvětlení, ale zároveň si je vědomě nevymýšlí (Bass & Glaser, 2014; Bass & Jones, 2009). Yates a Bass (2017) uvádí, že somatoformní poruchou trpí 8,6 % pachatelek MSBP, Adshead a Bluglass (2005) uvádí 10,4 %, Bools et al. (1994) dokonce 72,3 %. Bass a Jones (2009) zjistili, že 75 % pachatelek MSBP má faktivní nebo somatoformní nemoc.

Literatura uvádí, že 75-90 % pachatelek MSBP trpí současně i poruchou osobnosti. Nejčastěji se jedná o hraniční, histriónskou a antisociální poruchu osobnosti, dále se může vyskytovat i porucha úzkostná, závislá či narcistní (Bass & Glaser, 2014; Bass & Jones, 2009; Bass & Jones, 2011; Rosenberg, 1987; Sheridan, 2003). Fulton (2000) uvádí, že znaky poruch osobnosti jsou význačným rysem MSBP i v případě absence diagnózy poruchy osobnosti.

Pachatelky MSBP mohou trpět i depresí (Rosenberg, 1987; Sheridan, 2003), Yates a Bass (2017) tvrdí, že se jedná o 14,2 %. Lidem s MSBP se nevyhýbá ani sebepoškození, Yates a Bass (2017) udávají, že se jedná o 8,6 % pachatelů MSBP, jiné zdroje uvádí hodnoty okolo 50 % (Bass & Jones, 2011; Bools et al., 1994). Thomas (2003) tvrdí, že 60 % pachatelů MSBP se v minulosti pokusilo o sebevraždu.

Častou komponentou faktivních poruch bývá i patologické lhaní a vymýšlení si, které někdy nabývá na intenzitě při stresových událostech (Bass & Jones, 2009). Yates a Bass (2017) uvádí, že patologickým lhaním trpí 9,2 % pachatelek MSBP, Bass a Jones (2011) ho odhalili u 61 % žen s MSBP.

Některé ženy s MSBP mají ve své historii poruchy příjmu potravy, Adshead a Bluglass (2005) uvádí, že se jedná o 10,4 % pachatelek MSBP. Nadměrné pití alkoholu nebo zneužívání látek se vyskytuje u 14 až 25 % žen s MSBP (Bass & Jones, 2009; Bools et al., 1994; Yates & Bass, 2017).

3.4 Typy matek s MSBP

Majda et al. (2019) rozlišují tři typy matek s MSBP. Prvním je žena hledající pomoc, která očekává zájem a pozornost ze strany lékařů. V primární rodině zažila násilí, její těhotenství bylo nečekané a mnohdy vychovává dítě sama. Diagnózu MSBP většinou přijímá a souhlasí s léčbou dítěte a jeho umístěním do pěstounské péče.

Druhým typem je matka, která je při produkování symptomů velmi aktivní a je schopna používat vůči dítěti dosti agresivní a bolestivé metody. Tyto ženy bývají emocionálně nestabilní, trpí depresí a silně popírají MSBP.

Posledním typem je matka, která potřebuje být tím nejdůležitějším člověkem během léčby dítěte. Demonstruje své obsáhlé znalosti medicíny, navrhuje vlastní diagnózy a snižuje schopnosti a kompetence lékařů.

3.5 Motivace pachatelek MSBP

Primárním cílem matek s MSBP je získat pozornost a sympatie personálu. Chtějí být obdivovány a oceňovány za svou sebeobětavost a kompetentní péči o dítě. Snaží se získat roli hrdinky, která se oddaně stará o své nemocné dítě (Ayoub, 2010; Kintz et al., 2018; Pacurar et al., 2017; Saad, 2010). Skrze hospitalizaci a pozornost zdravotnického personálu matka s MSBP naplňuje vlastní emoční potřeby, které uspokojuje na úkor potřeb dítěte (Fulton, 2000; Hoffman & Koocher, 2020).

Pachatelky MSBP může uspokojovat obelhávání a podvádění lidí, kteří jsou důležitější než ona sama, tedy lékařů (Hoffman & Koocher, 2020; Kintz et al., 2018). Tyto ženy mívají intenzivní touhu dosáhnout blízkého vztahu s lékařem, proto ze svých dětí dělají nemocné. Pomocí obelhávání zároveň matky s MSBP uplatňují nad lékaři svou kontrolu (Jung, 2005; Siegel & Fischer, 2001). Svým chováním mohou udržovat blízký vztah také s dítětem a zároveň nad ním mít kontrolu (Ahlin, 2010; Bass & Glaser, 2014).

Dalším motivem v chování pachatelek MSBP může být touha ukazovat své znalosti medicíny a pocit uspokojení při navrhování diagnóz a poskytování rad zkušeným lékařům (Criddle, 2010; Majda et al., 2019). Ženy s MSBP mohou ve svém životě zažívat pocity přetížení a nemoc dítěte je pro ně způsob, jak získat pozornost, pomoc a podporu (Siegel & Fischer, 2001).

Skrze nemocnici, rodiče dalších pacientů či různé podpůrné skupiny tyto ženy také získávají sociální kontakty, které pro ně může být těžké nacházet v běžném životě. Kvůli svému obětavému pečování o dítě pachatelky MSBP získávají péči a pozornost od rodiny a přátel. Falzifikování či indukování nemoci u dítěte pro ně může být prostředek, jak získat zpět partnera, který je zanedbává. Ve chvíli, kdy musí být pečující matkou na plný úvazek, unikají tak další zodpovědnosti v životě, často získávají úlevy v domácích pracích nebo v zaměstnání (Criddle, 2010; Squires & Squires, 2010).

Druhotným motivem MSBP může být i materiální zisk, zakládání různých sbírek pro dítě, pobírání sociálních dávek apod. (Bass & Glaser, 2014). Nicméně pokud je

finanční zisk primárním cílem, nejedná se o MSBP, ale o simulaci v zastoupení (Hamilton et al., 2016).

3.6 Dětství pachatelek MSBP a příčiny MSBP

Odborníci zatím neví, proč se MSBP objevuje (O'Reilly, 2010). Robins a Sesan (1991) nicméně upozorňují, že existuje korelace mezi zneužíváním v dětství a rozvojem MSBP v dospělosti. Ženy s MSBP v dětství často zažívaly násilí, a to fyzické, emocionální nebo sexuální (Majda et al., 2019; Plunkett & Southall, 2001). Bentovim (2001) uvádí, že 35 % pachatelek MSBP prožilo v dětství emoční strádání anebo fyzické násilí, Yates a Bass (2017) tvrdí, že 30 % těchto žen bylo v dětství zanedbáváno. Bass a Jones (2011) zjistili, že 54 % pachatelek zažilo v dětství vážné zneužívání, 43 % sexuální zneužívání a 25 % vážné fyzické násilí. Adshead a Bluglass (2005) odhalili, že nějakou formu traumatu v dětství zažilo 46 % matek s MSBP a v dospělosti 28 %. V dospělosti se jedná nejčastěji o znásilnění nebo násilí v partnerském vztahu, kterému bylo dle Yatese a Basse (2017) vystaveno 7,2 % pachatelek MSBP.

Velké množství pachatelek MSBP ve svém dětství přišlo o jednoho rodiče, případně od něj byly dlouho odděleny. Některé vyrůstaly v pěstounských rodinách, Yates a Bass (2017) uvádí 4,6 %, Bass a Jones (2011) 39 %. Bass a Jones (2011) také zjistili, že 85,7 % žen s MSBP zažilo ztrátu nebo separaci od rodiče před jedenáctým rokem, z toho 10,7 % bylo způsobeno uvězněním jednoho z rodičů. Adshead a Bluglass (2005) tvrdí, že 54 % pachatelek MSBP zažilo před propuknutím MSBP úmrtí blízkého člověka. Dlouhodobá separace od rodičů může být způsobena i nemocí a hospitalizací. V takovém případě mohl pachatelkám MSBP lékařský personál nahrazovat rodiče a současný častý kontakt s ním jim prodlužuje dětství. Zároveň když dítě hledá pomoc, např. kvůli nemoci, získá většinou i pozornost. Pokud byly ženy s MSBP v dětství často nemocné a naučily se takto upoutávat pozornost, mohou tímto způsobem pokračovat i v dospělosti, kdy získávají pozornost kvůli nemocnému dítěti (Majda et al., 2019). Adshead a Bluglass (2005) uvádí, že 45 % pachatelek MSBP zažilo v dětství vážnější nemoc nebo úraz. Také zjistili, že 24 % žen s MSBP si vybavuje člena rodiny trpícího vážnou nemocí během jejich dětství.

Pachatelky MSBP byly mnohdy odmítnuty vlastními matkami, které jim dávaly málo lásky a přijetí (Majda et al., 2019). Adshead a Bluglass (2005) zjistili, že 85 % žen s MSBP má se svou vlastní matkou nejistý attachment. V jiné práci tito autoři (2001)

uvádějí, že rodičův nejistý attachment vede ke zmenšené kapacitě starat se o dítě, což znamená, že o většinu žen s MSBP nebylo v dětství řádně postaráno.

Kromě násilí nebo zneužívání v dětství navrhuje Jaghab et al. (2006) jako možné příčiny rozvinutí MSBP velmi nízký nebo narušený sebeobraz, neschopnost důvěřovat autoritám jako jsou lékaři, zahlcující pocity viny pachatelek MSBP a přesvědčení, že musí být za něco potrestány. Příčinou může být i identifikace s blízkým člověkem, který trpí vážnou nemocí. Zvažují i vliv mozkových dysfunkcí, poruch osobnosti, deprese či návykových látek.

3.7 Vliv internetu a sociálních sítí na MSBP

Internet představuje v dnešní době výraznou pomoc pro rodiče, když se snaží určit, co by mohlo stát za symptomy jejich dítěte. Stejně tak ale pomáhá rodičům s MSBP dohledat si symptomy různých onemocnění, najít fotky různých vyrážek apod., takže se jim poté nemoci daleko snáze falsifikují a indukují. Zároveň sami sebe mohou prezentovat jako milující a pečující rodiče (Squires & Squires, 2003).

Pachatelé MSBP si také pomocí internetu mohou snáze najít různé podpůrné skupiny, které jim poskytují kýžený zájem (Majda et al., 2019). Při účasti v online skupinách těží ze své anonymity, mohou si vytvářet falešné identity a zcela si vymýšlet onemocnění dítěte (Ali-Panzarella et al., 2017).

Někteří rodiče s MSBP si kromě vyhledávání pozornosti lékařů zakládají i blogy, na kterých prezentují stav svého dítěte. Brown et al. (2014) zkoumali tři takovéto případy. Zjistili, že i na internetu tito rodiče přehánějí a překrucují symptomy, někdy si je dokonce úplně vymýšlí. V případě, že dítěti vyšly výsledky některých testů negativně, matky o tom na blozích neinformovaly; někdy dokonce tvrdily, že testy byly pozitivní. Svě děti na blogu prezentovaly jako smrtelně nemocné, rozepisovaly se o paliativní péči, darování orgánů a podobných záležitostech. Ve všech případech sdílely fotky svého dítěte. Častá byla také kritika lékařů a jejich postupů. Skrze blog tyto ženy také získávaly peníze, zakládaly sbírky či žádaly o sociální dávky.

3.8 Mužští pachatelé MSBP

Přestože je MSBP doménou především žen, Meadow (1998) popsal 15 případů mužů s MSBP. V psychopatologii a návštěvách psychiatra se příliš nelišili od ženských pachatelek MSBP. Na rozdíl od žen ale nikdo z těchto mužů nebyl považován za vzorového otce své oběti. Se zaměstnanci nemocnice otcové s MSBP nenavazovali blízké

vztahy. Personál je většinou popisoval jako agresivní a arogantní muže, se kterými se špatně vychází. Zároveň se u pachatelů MSBP na rozdíl od pachatelek nestává, že by dítě zemřelo několik hodin po propuštění z nemocnice.

3.9 Problematika charakteristik pachatelů MSBP

Předchozí část práce nastínila charakteristiky pachatelů, ale ne všichni pachatelé MSBP tak opravdu vypadají. Zároveň většina charakteristik asociovaných s pachateli MSBP nemůže být brána jako rizikové faktory nebo varující znaky, protože jsou vlastní mnohem širší skupině lidí (Hoffman & Koocher, 2020; Siegel & Fischer, 2001). Sice víme, jaké charakteristiky většinou mívají pachatelky MSBP, ale tyto údaje mají malou prediktivní validitu. Podobně charakterizovat můžeme např. matky chronicky nemocných dětí. Z tohoto důvodu nemůžeme jen na základě charakteristik typických pro pachatelky MSBP diagnostikovat MSBP a ani nikoho podezírat (Mart, 1999).

4. Další osoby zapojené v MSBP

4.1 Nezneužívající rodič

Nezneužívajícím rodičem bývá obvykle otec. Často v životě dítěte úplně chybí, případně je fyzicky vzdálený většinu času. Bývá pasivní, emočně odpojený a nezúčastněný, téměř se nepodílí na péči o dítě a ani jinak se neangažuje v rodinném životě. Od rodiny může tyto otce odtahovat práce, sociální život mimo rodinu nebo alkohol. Vzdálení mohou být také kvůli rozvodu a následnému uspořádání péče o dítě, ze které se je pachatelky MSBP snaží systematicky vyškrtnout (Ayoub, 2010; Bass & Jones, 2009; Fulton, 2000; Morrell & Tilley, 2012).

Tito otcové se vyznačují tím, že své dítě v nemocnici navštěvují jen velmi zřídka, většinou za ním ale vůbec nechodí, neúčastní se žádných vyšetření. I přes to, že dítě má diagnostikovanou závažnou chorobu, otec s lékaři nekomunikuje (Fulton, 2000; Siegel & Fischer, 2001; Thomas, 2003).

Role partnerů pachatelů MSBP nespočívá v aktivním zneužívání, ale v nevědomosti a nevšímání si toho, co se děje. Ve většině případů vůbec netuší, že se v jejich rodině odehrává MSBP. Partnerčina chování si nevšímají nebo ho zapomínají a uvědomí si ho až při konfrontaci s diagnózou MSBP (Fulton, 2000; Moore & Smith, 2006; Morrell & Tilley, 2012). Někteří otcové brání své partnerky i po odhalení jejího jednání a nepřijímají jasné důkazy. Většina těchto mužů ale s diagnózou souhlasí a někteří svou partnerku dokonce opustí (Ayoub, 2010; Morrell & Tilley, 2012).

4.2 Role lékaře v MSBP

Dle Jureidini a Donald (2001) a Pacurar et al. (2017) je pro MSBP charakteristický trojúhelník interakce matka-dítě-lékař, zdravotnický personál hraje v případech MSBP významnou roli. Lékaři přistupují k vyšetřením a zákrokům, které mohou dětem ublížit, v podstatě tak pomáhají matkám (Flaherty et al., 2013; Schreier, 2004). Lékařský personál totiž neočekává, že by rodiče o symptomech dětí lhali. Zároveň jsou lékaři učeni své pacienty nesoudit, proto jim ani nepřísluší hodnotit, zda pacient (v tomto případě rodič pacienta) mluví pravdu. Společnost vnímá matku jako starostlivou a pečující osobu, s jejíž rolí se lékaři mohou identifikovat, protože to samé se očekává i od nich. Z tohoto důvodu je pro ně obtížné uvěřit, že by sami rodiče mohli symptomy dětí způsobovat. Nejsou zvyklí zpochybňovat informace, které získávají od rodičů, což vede k pocitům zmatení, když tyto informace nesedí s klinickými nálezy. Dále proto pokračují ve zkoumání případu, čímž naplňují matčiny potřeby pozornosti a kontroly. Když zjistí, že

je rodiče obelhávají, cítí se podvedeně, proto není divu, že často sami sáhnou k praktikám obelhávajícím rodiče, např. k tajnému natáčení na kameru. (Adshead, 2001; Jung, 2005; Siegel & Fischer, 2001).

Jureidini a Donald (2001) se domnívají, že lékaři zapojení do případů MSBP mohou mít specifické charakteristiky. Podle nich jsou náchylnější k chycení se do scénáře MSBP lékaři, kteří mají tendenci pohlížet na věci černobíle, takže předpokládají buď jen medicínské, nebo jen psychosociální důvody. Často se jedná o kompetentní a respektované lékaře, kteří se pohybují v oblasti, kde je diagnostická jistota vzácná a je zapotřebí více vyšetření. Tendence těchto lékařů podrobovat děti stále dalším vyšetřením může pramenit z úzkosti, že přehlédnou diagnózu, ale také z možnosti, že by odhalili vzácnou diagnózu, kterou jejich kolegové nezvládli určit.

5. Odhalování MSBP

Důvodů, proč je MSBP těžké odhalit, je více. Jedním z nich je zapomínání lékařů na existenci fiktivních poruch v zastoupení, což vede k jejich nezvážením při diferenciální diagnostice. K tomu mohou přispět i nedostatečné znalosti lékařského personálu o MSBP, což ukazuje na nutnost jejich dalšího vzdělávání (Mitchell, 2001; Moore & Smith, 2006; Siegel & Fischer, 2001; Tüfekci et al., 2011; Zarankiewicz, 2019). Lékaři často nechtějí vidět ani zvažovat možnost MSBP, protože tento syndrom stojí proti přirozené víře, že rodiče nechtějí svým dětem ubližovat (Hendrix, 2008; Kintz et al., 2018; Moore & Smith, 2006). K opominutí MSBP při diferenciální diagnostice může vést i předpoklad, že se jedná o velmi vzácný syndrom (Brooke & Adshead, 2001; Mitchell, 2001). Silné mohou být i obranné mechanismy a konfirmační zkreslení lékařů, kteří se snaží odhalit nějakou somatickou nemoc, a na MSBP pomyslí až ve chvíli, kdy symptomy obětí přetrvávají dlouhou dobu a nezlepšují se (Mitchell, 2001; Pankratz, 2010; Zarankiewicz, 2019). Pravděpodobně nejlépe rozeznat MSBP by měli psychiatři, k nim se ale většina pachatelů nedostane. Pachatelé totiž využívají především somatické mechanismy pro zvládnutí distresu, takže se obrací na jiné lékaře spíše než na psychiatry (Brooke & Adshead, 2001). Diagnostiku také ztěžuje časté střídání lékařů, což vede k tomu, že nikdo z nich na případu nepracuje déle a nezná jeho podrobnosti (Moore & Smith, 2006).

Bentovim (2001) nicméně upozorňuje na nebezpečí, že lékaři mohou rodiče vždy obvinít z MSBP, když nebudou vědět, co jiného by mohlo stát za nemocí dítěte.

K jasnému odhalení a diagnóze většina odborníků doporučuje zaměřit se na historii dítěte, separovat ho od matky nebo přímo pozorovat tvorbu symptomů (Hendrix, 2008; Moore & Smith, 2006). Pokud je dítě dost staré, mohou se ho lékaři přímo zeptat, zda nedochází k MSBP (Savino & Fordtran, 2006). Lékaře může varovat i jazyk používaný dítětem. Pokud se dítě na svůj věk vyjadřuje vyspěleji či používá stejné fráze k popsání symptomů jako matka, měli by lékaři zpozornět (Bursch, 2014).

5.1 Anamnestické šetření

V lékařské historii dítěte je vhodné zaměřit se na záznamy jakýchkoliv zranění a onemocnění či hospitalizace (Bass & Jones, 2009; Hendrix, 2008; Hoffman & Koocher, 2020; Moore & Smith, 2006). Doporučuje se sledovat, kdo všechno symptomy dítěte viděl, zda se nejednalo pouze o jednoho člověka. Důležitá je také vnitřní konzistence všech záznamů, zvláště pak načasování symptomů a jejich nahlašování. Vhodné je i

porovnávání informací získaných od rodičů s těmi v lékařských záznamech (Samuels, 2001).

Často může k odhalení MSBP pomoci zjišťování historie rodičů, zda např. nemají abnormální behaviorální nemoci. Stejně tak může být nápadá i anamnéza sourozenců, pokud např. trpí podobnými chronickými potížemi. Obdobně lze zjišťovat i stav domácích mazlíčků (Bass & Jones, 2009; Hoffman & Koocher, 2020; Samuels, 2001). Důležitá je i úzká spolupráce se sociálními službami na ochranu dětí a s policií, i od nich je vhodné získat všechny záznamy týkající se dané rodiny (Ali-Panzarella et al., 2017; Bass & Jones, 2009).

Pro odhalení drobných nesrovnalostí a podezřelých symptomů v historii dítěte je třeba prozkoumat co největší množství záznamů. Vzhledem k tomu, že pachatelé MSBP lékaře často navštěvují a také je mění, je toto hledání většinou náročné a zabere mnoho času (Bass & Jones, 2009; Moore & Smith, 2006). V případě, že vznikne podezření na MSBP, je nutné vést velmi pečlivou dokumentaci obsahující okolnosti objevení všech symptomů (Samuels, 2001).

5.2 Separace dítěte od rodiče

Rosenbergová (1987) jako jedno z hlavních kritérií pro diagnózu MSBP uvádí zlepšení až vymizení symptomů dítěte při separaci od rodiče. V případě, že po prozkoumání historie dítěte mají lékaři podezření, že se symptomy objevují jen za přítomnosti matky, bývá separace doporučována, dokonce je považována za jednu z nejobektivnějších metod pro diagnostikování MSBP (Hendrix, 2008; Hoffman & Koocher, 2020; Moore & Smith, 2006).

Při separaci by rodiče měli být k dítěti vpuštěni pouze pod neustálým dohledem s přísným zákazem přinášení jakéhokoliv jídla či pití (Flaherty et al., 2013; Moore & Smith, 2006). Odloučení dítěte od rodičů zároveň musí trvat dostatečně dlouho, aby se mohlo projevit zlepšení zdravotního stavu dítěte (Flaherty et al., 2013; Schreier, 2004).

K této metodě se ovšem vážou určité etické problémy. Separace dítěte od rodiče mu může způsobit vážné trauma, a to bez ohledu na to, zda se jedná o případ MSBP. Rodiče také mohou zneužívání přesměrovat na jiné děti, proto je nutné pečlivě monitorovat sourozence zůstávající doma. Separace může představovat velkou zátěž i pro rodiče, a tak je nutné zabránit tomu, aby se např. sebepoškozovali (Moore & Smith, 2006). K zahájení separace je často potřebné rozhodnutí soudu. Tomu bývá případ předkládán jako forma MSBP a separace jako potvrzení či jasný důkazní materiál. Nicméně

vzhledem k tomu, že separace je jedním z hlavních diagnostických kritérií, MSBP ještě nebývá diagnostikováno. Soudci si tak myslí, že rozhodují o případu MSBP, ale rozhodují pouze o podezření na MSBP (Pankratz, 2010).

5.3 Monitorování kamerami

Dalším způsobem odhalování MSBP je neustálé sledování kamerami, které se většinou umístí do konkrétního nemocničního pokoje (covert video surveillance – CVS). Pokud kamery zaznamenají jakékoliv zneužívání, bývá CVS považováno za nesporný důkaz MSBP (Ali-Panzarella et al., 2017; Flaherty et al., 2013). CVS může ukázat, jak rodiče dítě dusí či mu podávají neznámé látky. Zároveň může pomoci prokázat, že symptom, který rodič později hlásí personálu, nenastal. Také se může projevit lhostejné chování k dítěti u rodiče, který se před lékaři jeví jako velmi starostlivý. CVS může lékařům pomoci zvláště u případů apnoe, zvracení či letargie, které nelze potvrdit laboratorními testy (Flaherty et al., 2013; Moore & Smith, 2006). MSBP může být také v některých případech díky CVS vyloučen (Ali-Panzarella et al., 2017).

Tato metoda s sebou ale nese i jisté nevýhody. Dítě je v podstatě dáváno rodiči jako návnada, lékaři riskují jeho zdraví. Aby bylo možné co nejdříve zabránit ublížení dítěti, je nutné, aby záznamy z kamer někdo neustále sledoval v reálném čase. To s sebou nese značné náklady. CVS zároveň velmi výrazně narušuje soukromí rodičů i dítěte, jeho používání je proto eticky sporné (Ali-Panzarella et al., 2017; Flaherty et al., 2013; Hoffman & Koocher, 2020; Kamm, 2013; Majda et al., 2019; Samuels, 2001; Schreier, 2004). Proto je důležité, aby byly před přistoupením k CVS zváženy všechny alternativní hypotézy o symptomech. Na případu, ve kterém je podezření na MSBP, by rozhodně měl pracovat multidisciplinární tým, zahrnující nejen lékaře, ale i sociální pracovníky, právníky, psychology či psychiatry. Lidé živě sledující CVS (ať už sestry či policisté) by měli podstoupit trénink, jak se zachovat v případě objevení zneužívání (Ali-Panzarella et al., 2017; Flaherty et al., 2013; Hamilton et al., 2016; Hendrix, 2008; Hoffman & Koocher, 2020; Samuels, 2001; Unal et al., 2017).

Pokud mají lékaři podezření na MSBP, je třeba při hospitalizace pečlivě sledovat pacienta (oběť) a všechny jeho návštěvy (Majda et al., 2019; Hendrix, 2008; Samuels, 2001; Savino & Fordtran, 2006). Odhalit pravdu může i naslouchání telefonátům matky a sledování jejích příspěvků na sociální síť (Ali-Panzarella et al., 2017). Savino a Fordtran (2006) dokonce považují za akceptovatelné tajné prohledávání osobních věcí domnělého pachatele.

6. Léčba pachatelů MSBP

Pokud jsou pachatele MSBP nařčeni z násilí na dítěti, většinou ho výrazně popírají. Často jsou podporováni okolím, které v nich vidí milující a pečující rodiče (Samuels, 2001). Lékaři by při konfrontaci a následných krocích měli postupovat opatrně, protože se u pachatelů může objevovat vztek, agresivita, hostilita, deprese nebo suicidální tendence (Bass & Jones, 2009; Pacurar et al., 2015). U dítěte může dojít ke zhoršení symptomů, protože se rodiče snaží dokázat existenci nemoci za každou cenu. Pachatelé se také někdy přestěhují a s násilím na dítěti pokračují na novém místě za pozornosti nových lékařů (Kintz et al., 2018). Z těchto důvodů by měla být hned po konfrontaci rodičů s podezřením na MSBP nabídnuta pomoc celé rodině, do diskuze o léčbě by měl být zahrnut i nezneužívající partner. Ten bývá většinou přístupný léčbě, i když zpočátku často podporuje svou partnerku (Fulton, 2000; Turk et al., 2007).

Léčba pachatelů MSBP bývá náročná, často až nemožná, a to hlavně kvůli poruchám osobnosti a popírání jakéhokoliv zneužívání (Fulton, 2000; Majda et al., 2019). Rosenbergová (1987) uvádí, že pouze 15 % pachatelek MSBP bezprostředně po konfrontaci přiznává fabrikování nemoci. Někteří pachatelé sice MSBP popírají, ale po konfrontaci přestanou se zneužíváním (Ahlin, 2010).

Prognóza pachatelů MSBP je obecně špatná, a to hlavně při výskytu poruch osobnosti, somatizaci, popírání zneužívání, nadměrného pití alkoholu nebo zneužívání látek, nevyřešeného zneužívání z dětství a nejistého attachmentu s dítětem. Naopak dobrá prognóza je u žen, které uznají MSBP, vyrovnají se s vlastním zneužíváním z dětství a se svým dítětem mají vytvořený jistý attachment. (Bass & Jones, 2009; Flaherty et al., 2013). Většina pachatelů MSBP nemá náhled na nutnost léčby a neovládne pokračovat v dlouhodobé léčbě (Jaghab et al., 2006; Lebl et al., 2012).

Vyšetřování zneužívání a vyslýchání pachatelů MSBP bývá velmi obtížné, podobá se vyslýchání osob s antisociální poruchou osobnosti, pachatelé často lžou (Freckelton, 2009).

V těžkých případech MSBP bývá nutná separace dítěte od rodiče, aby se zabránilo dalšímu zneužívání, někteří autoři dokonce uvádí, že by separace měla být prvním krokem léčby (Majda et al., 2019; Mitchell, 2001; Pacurar et al., 2017). Nicméně po odebrání dítěte si matka může přát nebo dokonce pořídit další dítě (Bass & Jones, 2009).

Bass a Jones (2009) uvádějí fáze léčby pachatelů MSBP. Počáteční popírání MSBP je normální, ale matka nakonec musí uznat, že zneužívala dítě, aby se mohla plně

zapojit do léčby. Následuje zlepšování rodičovských kompetencí, většinou skrze individuální a rodinnou terapii. Výsledek léčby má být opětovné soužití celé rodiny nebo dlouhodobá separace, pokud jinak nelze zajistit bezpečnost dítěte.

Stirling a Committee on Child Abuse and Neglect (2007) upozorňují, že na začátku léčby je nutné zajistit aktuální i budoucí bezpečí dítěte, ať už skrze separaci nebo jinak. Dále seřazuje léčbu od nejméně po nejvíce restriktivní formy: individuální anebo rodinná terapie, monitorování další lékařské péče poskytnuté dítěti (pomocí rodiny, zdravotnického personálu či školy), umístění dítěte do nemocnice, kde může být monitorován jeho stav, kontrola rodiny orgány pro ochranu dítěte, trvalé vyjmutí z rodiny, stíhání a uvěznění pachatele.

Druh léčby se pro každého člověka s MSBP musí volit individuálně. Předcházet by tomu měl důkladný rozhovor s pachatelem MSBP, který by se měl zaměřovat na motivaci a pochopení chování pachatele (Bluglass, 2001). Vhodné je také pachatele MSBP edukovat, jaký stres přispívá k rozvoji zneužívání a jaké jsou možnosti léčby. Pachatelům mohou pomoci i léky na deprese či úzkosti, pokud trpí poruchami nálady (Jaghab et al., 2006).

Překážkou pro psychoterapii bývá nízká kontrola impulzů pachatelů, přetrvávající somatizace a popírání zneužívání. Pachatelé, kteří přiznají MSBP, mají větší pravděpodobnost prospěchu z psychoterapie, někteří pachatelé MSBP jsou ale k psychoterapii rezistentní (Ahlin, 2010; Bass & Glaser, 2014; Schreier, 2004). Terapii lidí s MSBP by měli poskytovat pouze terapeuti zvyklí na práci s manipulativními lidmi a s těmi s histriónskou a narcistní poruchou osobnosti (Bluglass, 2001). Schreier (2004) vytyčuje dva hlavní cíle terapie pachatelů MSBP: pomoci překonat jim MSBP a umožnit nejlepší možný vztah s dítětem. Bluglass (2001) za cíle označuje dospění pachatelů, uznání zranění způsobeného dítěti, schopnost rozpoznávat své potřeby od potřeb dítěte a upřednostňovat potřeby dítěte, ukončení popírání a házení viny na jiné a schopnost hledat pomoc a sebevyjádření jinými vhodnými způsoby.

V terapii pachatelů MSBP se často objevují témata viny, studu či suicidálních myšlenek. Lidé s MSBP musí zpracovat své vlastní zkušenosti fyzického, emocionálního či sexuálního zneužívání. Tématem může být i ztráta vztahu s dítětem po odhalení MSBP (Bass & Glaser, 2014; Bluglass, 2001). Kromě psychoterapie může být vhodná i kognitivně behaviorální terapie a párová či rodinná terapie (Bluglass, 2001; Robins & Sesan, 1991).

Mezi indikátory úspěšné léčby patří uznání zneužívání a schopnost konkrétně popsat, jak pachatel svému dítěti ubližoval. Důležité je i pachatelovo odžití odpovídající emoční reakce na uvědomění si, že zraňoval své dítě, tedy např. smutku či viny. Pachatel se musí přestat sebepoškozovat a zneužívat alkohol a jiné látky a přestat lhát. Měl by být schopen žít ve stabilním vztahu a nacházet si odpovídající sociální oporu. Nutné je i vyvinutí vhodných strategií zvládnání vlastních potřeb. Dalším ukazatelem zlepšení pachatele je výrazný pokles ve frekvenci somatoformních projevů. Těchto cílů bohužel ale většina lidí s MSBP nedosáhne (Bass & Jones, 2009; Schreier, 2004).

Psychiatrická a psychologická léčba bývá nutná i pro oběti MSBP, může se jednat např. o psychoterapii, arteterapii či terapii hrou (Fulton, 2000; Robins & Sesan, 1991). V případě navrácení dítěte do rodiny je nutný dohled, aby se neopakovalo zneužívání. Stejně tak je nezbytné věnovat zvýšenou péči sourozencům oběti, na které může pachatel přenést svou pozornost (Mitchell, 2001). Rodinná terapie může ostatním členům rodiny pomoci pochopit pachatelovo chování a jeho potřebu pozornosti (Jaghab et al., 2006). Psychologickou pomoc může potřebovat i zdravotnický personál zapojený do MSBP (Fulton, 2000).

7. Attachment a styly výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP

Literárně-přehledová část shrnula mnoho významných charakteristik pachatelů MSBP včetně jejich prožitků z dětství. Žádné studie se nicméně nevěnovaly výzkumu stylů výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP. Ani o attachmentu u pachatelek MSBP není mnoho zdrojů, toto téma bylo zatím zkoumáno jen málo. Adshead a Bluglass (2005) uvádějí, že 85 % pachatelek MSBP má se svou matkou vytvořen nejistý attachment, u 46 % se jedná o vyhýbavý, u 12 % o úzkostně ambivalentní, u zbylých 27 % se nepodařilo určit přesný typ attachmentu. Tato data byla získána pomocí Adult Attachment Interview (AAI).

V poslední době bývá zkoumán i vztah attachmentu a výchovných stylů. Ebrahimi et al. (2017) zkoumali u 845 studentů vztah attachmentu, výchovného stylu a deprese. Zjistili negativní korelaci jistého attachmentu a autokratického stylu výchovy ($p < 0,001$) a naopak pozitivní korelaci vyhýbavého attachmentu a autokratického stylu ($p < 0,001$). Vysoká pozitivní korelace byla i mezi vyhýbavým attachmentem a liberálním stylem ($p < 0,001$). Tento výzkum odhalil i korelaci mezi depresí a autokratickým stylem výchovy ($p < 0,001$).

Vzhledem k tomu, že většina pachatelek MSBP si ze své primární rodiny nese některý z typů nejistého attachmentu (Adshead & Bluglass, 2005) a část z nich trpí i depresí (Yates & Bass, 2017), můžeme u nich očekávat spíše autokratický či liberální styl výchovy, naopak autoritativní (jindy nazývaný demokratický či sociálně-integrační) se bude vyskytovat spíše zřídka.

Čáp a Mareš (2007) vytvořili model devíti polí způsobu výchovy v rodině. Konkrétní způsob výchovy se určuje z emočního vztahu rodičů a dítěte, který se skládá z kladné a záporné komponenty, a z řízení, složeného z komponent požadavků a volnosti. Výsledné způsoby výchovy můžeme vidět na obrázku 1.

Čáp a Boschek (1994) uvádějí, že autoritativní styl výchovy se překrývá s poli 5 a 8, autokratický s polem 1 a liberální s poli 2 a 6. Zbylá pole nelze vyjádřit pouze pomocí tří výchovných stylů. Tito autoři také uvádějí, že nejvyšší propojení dlouhodobé nepřítomnosti jednoho z rodičů při výchově dítěte je s polem 3 a poté s polem 1. Naopak dlouhodobé oddělení dítěte od rodiče se příliš neobjevuje v polích 5, 4 a 8. Pachatelky

MSBP často v dětství zažívaly separaci od rodičů (Bass & Jones, 2011), proto můžeme předpokládat častější výskyt způsobu výchovy v poli 1 a 3.

Obrázek 1

Model devíti polí způsobu výchovy v rodině

	Řízení			
Emoční vztah	silné	střední	slabé	rozporné
záporný	1 výchova autokratická, tradiční, patriarchální		2 liberální výchova s nezájmem o dítě	3 pesimální forma výchovy, rozporné řízení se záporným vztahem
záporně kladný	9 výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
kladný	4 výchova přísná a přitom laskavá	5 optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením	6 laskavá výchova bez požadavků a hranic	7 rozporné řízení relativně vyvážené kladným emočním vztahem
extrémně kladný			8 kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	

(Čáp & Mareš, Psychologie pro učitele, 2007)

Ženy s MSBP bývají mentálně nestabilní (Majda et al., 2019). Čáp a Boschek (1994) uvádí, že labilita souvisí s negativním emočním vztahem, proto můžeme u pachatelek předpokládat způsoby výchovy v polích 1, 2, 3 a 9. Tato pole spadají do autokratického či liberálního stylu výchovy (pole č. 9 nelze určit), náš předpoklad tedy odpovídá výzkumu Ebrahimiho et al. (2017). Naopak pole 4, 5, 6, 7 a 8 budou u pachatelů MSBP pravděpodobně zastoupena v menší míře, protože jsou spojena s kladným emočním vztahem a autoritativním stylem výchovy.

Návrh výzkumného projektu

Pachatelky MSBP většinou nezažívaly optimální dětství, na což poukazuje častá separace od rodičů či vysoká míra násilí a zneužívání v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP. Předchozí kapitola také nastínila vysoké zastoupení nejistého attachmentu pachatelek MSBP s jejich vlastními matkami. Přestože pomocí propojení výsledků některých výzkumů můžeme získat představu, jaké styly výchovy se pravděpodobně objevují v primárních rodinách budoucích pachatelek MSBP, žádná studie se zatím stylům výchovy přímo u pachatelek MSBP nevěnovala. Z tohoto důvodu navrhuji výzkum, který by se měl zabývat styly výchovy a typy attachmentem u pachatelek MSBP.

8. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem navrhovaného výzkumu je zjistit, jaké styly výchovy a typy attachmentu se objevují a převažují v primárních rodinách pachatelů MSBP. Výsledkem tohoto výzkumu by mělo být vytvoření hypotéz o výskytu jednotlivých stylů výchovy a typů attachmentu v primárních rodinách pachatelů MSBP a o tom, které typy attachmentu a styly výchovy v primárních rodinách pachatelů MSBP se častěji vyskytují společně. Navrhovaný výzkum by měl odpovědět na tyto otázky:

- 1) Jaké styly výchovy se objevují v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP?
- 2) Které styly výchovy převažují v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP?
- 3) Jaké typy attachmentu se objevují v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP?
- 4) Které typy attachmentu převažují v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP?
- 5) Které styly výchovy a typy attachmentu v primárních rodinách pachatelů MSBP se častěji vyskytují společně?

Výsledky tohoto výzkumu mohou podpořit jiné autory ke zkoumání stylů výchovy a typů attachmentu v primárních rodinách pachatelů MSBP. Takovéto výzkumy by nám poté mohly pomoci lépe poznat pachatele MSBP a jejich dětství. Užitečné by

mohly být i při léčbě a terapii pachatelů MSBP, při které je nutné zpracovat zážitky z dětství.

9. Design výzkumného projektu

Pro účely výzkumu zabývajícího se styly výchovy a typy attachmentu v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP jsem zvolila kvalitativní strategii. Tento přístup je nutný, vzhledem k tomu, že nechci hypotézy ověřovat, ale teprve vytvářet. Výzkum bude prováděn pomocí dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru, který nám může poskytnout nové informace pro tvorbu hypotéz.

Rozhovor s respondenty povede psycholog vyškolený pro obě metody, které se v tomto výzkumu budou využívat. Sběr dat musí probíhat na klidném místě, kde bude ruch vnějšího prostředí co nejnižší (hluk apod.) a na kterém se bude respondent cítit příjemně a v bezpečí. Nejprve psycholog respondentovi předloží informovaný souhlas a následně zaznamená demografické charakteristiky (pohlaví a věk), které budou využity pro popis výzkumného vzorku. Vzhledem k tomu, že se jedná o polostrukturovaný rozhovor, není možné přesně určit jeho délku, ale pravděpodobně se bude jednat o několik hodin. Celý rozhovor bude nahráván, aby mohl být následně přepsán a analyzován.

10. Výzkumný soubor

Oslovení lidí s MSBP pro výzkumné účely nebude snadné, protože nemáme žádný seznam osob trpících tímto syndromem. Z tohoto důvodu se obrátíme na vězeňské psychology, mediační a probační služby, psychiatry a sociální pracovníky s dotazem, zda ve své péči nemají pacienty nebo klienty s MSBP. Pokud ano, požádáme je, ať potenciální respondenty osloví a poprosí je o účast ve výzkumu. Bude se tedy jednat o nenáhodný kriteriální výběr.

Zkoumanou populaci představují všichni pachatelé a pachatelky MSBP v České republice. Ve výběrovém souboru budou lidé s diagnostikovaným MSBP, kteří souhlasí s účastí ve výzkumu, zároveň instituce, skrze které budou osloveni, souhlasí se zprostředkováním kontaktu.

Vzhledem k tomu, že MSBP bývá diagnostikován pouze zřídka, neočekávám příliš velký výzkumný soubor, pravděpodobně se bude pohybovat maximálně v rozmezí 10 až 20 respondentů. Zároveň náš vzorek pravděpodobně nebude sestávat ze stejného

množství mužů a žen. Vzhledem k tomu, že MSBP je mnohem častější u žen, budou pravděpodobně v našem vzorku převažovat právě ženy.

11. Metody získávání dat

Ke sběru dat bude využit Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině (Čáp & Boschek, 1994) a Adult Attachment Interview (dále AAI) (George et al., 1996).

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině sestává ze 40 položek, na které respondent odpovídá na třístupňové škále. Tento dotazník rozlišuje vztah k matce a otci, což může přinést zajímavé výsledky. Z odpovědí se nejprve pro každého rodiče určí emoční vztah sestávající z kladné a záporné komponenty a výchovné řízení sestávající z komponent požadavků a volnosti. Následně se vyhodnotí celkový emoční vztah k dítěti a celkové výchovné řízení. Posledním krokem je posouzení způsobu výchovy v rodině, při kterém se podle instrukcí v manuálu určí konkrétní pole výchovy (podrobněji jsou popsány v teoretické části). V případě, že se hodnoty některé z komponent pohybují na hraniční hodnotě, můžeme skrze rozhovor s respondentem individuálně posoudit styl výchovy.

Tuto metodu jsem zvolila z toho důvodu, že dle mého názoru lépe popisuje styl výchovy než teorie a metody, které styly výchovy rozdělují do méně kategorií. Zároveň je dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině českou metodou, standardizovanou na české populaci, proto je vhodný pro zkoumání pachatelů MSBP z České republiky.

Druhou metodou využívanou v tomto výzkumu je Adult Attachment Interview vyvinuté Carol George, Nancy Kaplan a Mary Main (1996). Tato metoda má podobu polostrukturovaného rozhovoru s 20 otevřenými otázkami. U některých otázek jsou vytvořeny i podotázky, které může výzkumník respondentovi položit. Pokud by se v odpovědích respondenta objevilo něco nejasného či zajímavého, výzkumník se může i sám doptávat.

Adult Attachment Interview zatím není oficiálně přeložen do češtiny, nicméně některé práce ho v češtině používaly. Otázky tak můžeme čerpat např. z bakalářské práce Zuzany Longauerové (2013), která v rámci výzkumu překládala AAI a zároveň ho aplikovala na českou populaci. Trochu jiný překlad je dostupný i v diplomové práci Petry Schmiedové (2011).

Tuto metodu jsem zvolila, protože ji ve svém výzkumu attachmentu u pachatelů MSBP využívali i Adshead a Bluglass (2005). Zároveň vzhledem k tomu, že se jedná o polostrukturovaný rozhovor, je AAI vhodným nástrojem pro vytváření hypotéz o attachmentu u pachatelů MSBP.

12. Metody zpracování a analýzy dat

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině vyhodnotíme dle podrobného návodu v manuálu (Čáp & Boschek, 1994) a získáme tak pro daného respondenta konkrétní způsob výchovy z jeho primární rodiny.

Skórovací manuál pro AAI není veřejně přístupný, lze ho získat jen po absolvování několikátýdenního výcviku (Longauerová, 2013). Po vzoru Longauerové (2013) a Schmiedové (2011) bychom proto využili záznamový arch a manuál pro Current Relationship Interview (CRI), který bývá doporučován jako alternativa k AAI. Hlavním rozdílem je zaměření AAI na vztahy s rodiči, zatímco CRI se zaměřuje na partnerské vztahy. Po vyhodnocení dat pomocí záznamového archu CRI získáme jeden ze čtyř stavů myslí – bezpečný, opomíjející, zaujatý a nevyřešený/dezorganizovaný. Tyto stavy myslí odpovídají typům attachmentu – bezpečnému, vyhýbavému, ambivalentnímu nebo vzdorujícímu a dezorganizovanému.

Po určení stylu výchovy a typu attachmentu v primární rodině každého z respondentů bychom se pokusili odpovědět na výzkumné otázky a formulovat hypotézy pro další výzkumy.

13. Etika výzkumu

První etickou otázkou týkající se tohoto výzkumu je shánění probandů. Bylo by neetické, pokud by nám psychologové, psychiatři a další instituce na požádání vydaly kontakty na své pacienty a klienty s MSBP. Z tohoto důvodu by tyto instituce měly samy oslovit potenciální respondenty s nabídkou účasti ve výzkumu, následně by se tito lidé s MSBP mohli sami rozhodnout, zda se výzkumu chtějí či nechtějí účastnit a na základě tohoto rozhodnutí by sami oslovovali výzkumníky. My bychom tak neměli k dispozici žádné citlivé údaje osob, které by se výzkumu neúčastnily.

Před začátkem výzkumu by respondenti byli obeznámeni s průběhem, délkou trvání a zaměřením výzkumu. Sdělili bychom jim, že můžou kdykoliv bez udání důvodu z výzkumu odstoupit a že nám mohou položit jakékoliv otázky týkající se výzkumu. Následně bychom respondentům předložili k podepsání informovaný souhlas obsahující výše zmíněné informace.

Důležitými etickými principy v psychologii jsou nonmaleficence, nepoškození respondenta, a beneficence, užitek nejen pro nás, ale i pro respondenty. S těmito principy souvisí i otázka, zda respondentům sdělovat výsledky jejich Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině a AAI. Z těchto výsledků mohou mít respondenti užitek, ale museli bychom dbát na poskytnutí zpětné vazby. Při ní bychom respondentům vysvětlili, co dané výsledky znamenají a jak s nimi mohou nakládat. Pokud by respondenti chtěli se zjištěnými informacemi dále pracovat, poskytl bychom jim kontakty na různá psychologická a psychoterapeutická centra.

Na začátku výzkumu by každému respondentovi byl náhodně přidělen kód, pod kterým by celou dobu výzkumu vystupoval. Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy i AAI by absolvoval právě pod tímto kódem. Při zpracovávání dat by tak výzkumníci měli k dispozici pouze kódy respondentů, pomocí kterých by propojovali obě výzkumné metody. Anonymita respondentů by tak byla zajištěna.

14. Diskuse

Münchausenův syndrom by proxy je poměrně nově popsaná forma násilí. Vzhledem k tomu, že se většinou jedná o násilí směřované vůči dítěti, zaměřuje se literatura především na oběti. K tomu přispívá i skutečnost, že lékaři se většinou daným dítětem již podrobně zabývají kvůli nesrovnalostem v symptomech a historii dítěte. Pachatele často literatura zmiňuje spíše okrajově, studií zabývajících se především pachateli MSBP dosud nebylo provedeno mnoho. Zatím tedy nevíme, co přesně stojí za vznikem tohoto syndromu.

Diagnostiku MSBP komplikuje neobeznámenost lékařů, sociálních pracovníků, učitelů a dalších osob, které přicházejí do styku s dítětem a rodinou, s tímto syndromem. Velkou překážkou je i skutečnost, že nevíme, jak častý tento syndrom je, ani jak vysoká je mortalita. Pro větší pochopení této problematiky by bylo vhodné nespoléhat se pouze na několik málo článků pocházejících z počátků zkoumání MSBP, ale provést nové studie zaměřující se na prevalenci i podobu tohoto syndromu. V dnešní době je také nutné více zkoumat vliv internetu a sociálních médií na podobu MSBP.

S MSBP se pojí i mnoho etických otázek či nejasností. V samotném jádru MSBP stojí lež, obelhávání, podvádění a vymýšlení si. V kontextu zdravotnictví nejsme zvyklí potkávat se s lidmi, kteří si úplně vymýšlí a manipulují doktory. Lékaři i společnost se při podezření na MSBP mohou cítit podvedeni. Často pak při odhalování sahají k metodám, které jsou eticky sporné. Můžeme v dnešní době natáčet lidi podezřelé z MSBP bez jejich souhlasu? Je etické oddělovat dítě od jeho matky, pokud se snažíme dokázat přítomnost MSBP? Přísluší lékařům odposlouchávat hovory těchto matek, sledovat jejich aktivitu na sociálních sítích, případně jim prohledávat věci? V kontextu MSBP se tak musíme zabývat nejen oběťmi, pachateli či lékaři, ale i etikou.

Pachatele MSBP v České republice zatím nikdo podrobně nezkoumal, proto jsem v této práci navrhla výzkum zkoumající attachment a styly výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP. Výsledky tohoto výzkumu by měly sloužit především jako podklad pro další kvantitativní výzkumy, které by nám mohly pomoci pachatele MSBP lépe poznat. Výsledky by se pak daly využít přímo při práci s pachateli MSBP, např. v terapii. Styly výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP nebyly zatím zkoumány ani v jiných zemích světa, zde vidím prostor pro další výzkumy.

S navrhovaným výzkumem se pojí několik obtíží. Rizikem může být shánění respondentů. MSBP je poměrně vzácně diagnostikovaný syndrom, v ČR tak nebude mnoho diagnostikovaných případů. Z toho vyplývá, že počet respondentů se bude pravděpodobně pohybovat v jednotkách a nebude snadné se s nimi spojit, bude nutná spolupráce institucí. Výzkum dokáže také pokrýt pouze diagnostikované případy MSBP, pravděpodobně jich je ale více nediodagnostikovaných, proto budeme mít trochu zkreslený vzorek. K tomu přispívá i samotný fakt, že výzkumný vzorek nebude reprezentativní, protože to v tomto případě nelze zajistit. Naprostá většina pachatelů MSBP jsou ženy, proto je vysoce pravděpodobné, že v našem vzorku nebude žádný muž. I z tohoto důvodu budou data trochu zkreslená. Zároveň se výzkumu budou účastnit pouze lidé s MSBP, kteří se na této studii budou chtít podílet. Tito lidé možná mohou mít trochu jiné charakteristiky než ti, ke kterým se naše žádost sice dostane, ale nevyslyší ji.

Při samotném provádění rozhovorů může být obtíží časová náročnost AAI, jeden rozhovor trvá několik hodin. Mnoho času zabere také vyhodnocování polostrukturovaných rozhovorů. Při vedení rozhovoru mohou nastat různé rušivé podmínky, které se dají eliminovat jen z části, např. hluk, osvětlení, denní doba apod. Výzkumníci by měli dbát na to, aby byly podmínky co nejkolidnější a srovnatelné u jednotlivých probandů.

Při plánování výzkumu musíme vzít v potaz i možné zkreslení na straně výzkumníka. Mohl by např. vědět o MSBP a různých charakteristikách, které jsou u pachatelů tohoto násilí častější. Kvůli tomu by následně při rozhovoru s respondenty mohl očekávat určité odpovědi a respondenty k nim vést. Nicméně vhodný by nebyl ani případ, kdy by psycholog provádějící rozhovory o MSBP téměř nic nevěděl, protože by mohl v rozhovoru vynechat důležité oblasti. Je tedy nutné, aby si těchto omezení byl výzkumník vědom a rozhovor dopředu pečlivě naplánoval. Rizikem tohoto výzkumu je i potenciální nekonzistentnost vedení rozhovoru s různými probandy. Ta by měla být alespoň částečně ošetřena tím, že všechny rozhovory povede jedna osoba, i tak se nekonzistentnosti ale zcela nevyhneme.

V neposlední řadě je rizikovou částí tohoto výzkumu i zpracování dat. Při analýze kvalitativních dat závisí na úsudku daného výzkumníka, jak je vyhodnotí, zda nějaký projev bude pokládat za již významný, nebo ještě ne apod. Z tohoto důvodu je vhodné, aby se na zpracování dat podílelo více lidí.

Závěr

Tato bakalářská práce zkoumala problematiku pachatelů Münchhausenova syndromu by proxy. V první a druhé kapitole představila tuto formu násilí obecně, její oběti a dopady na ně. Dále jsem se věnovala pachatelům MSBP, jejichž největší část tvoří ženy, konkrétně matky obětí.

Pachatelky MSBP bývají většinou mladšího věku, často jsou zaměstnány ve zdravotnictví nebo mají rozsáhlé medicínské znalosti. U mnoha žen s MSBP výzkumy odhalily další psychopatologii, často se jednalo o poruchu osobnosti, faktitivní poruchy namířené vůči sobě, deprese či patologické lhaní. Obelhávání je ústředním tématem MSBP. V práci jsem dále věnovala prostor motivaci pachatelek, za kterou nejčastěji stojí touha o získání pozornosti a sympatií. Důležité je zaměřit se i na dětství těchto žen, protože se v něm často vyskytuje týrání, zneužívání či zanedbávání, dále dlouhodobá separace od rodiče či dlouhodobá nemoc. U pachatelek MSBP se ve vysoké míře vyskytuje nejistý attachment s vlastní matkou. V práci se také věnuji stylům výchovy, které pravděpodobně pachatelky MSBP ve svých primárních rodinách zažívaly.

Přestože máme k dispozici různé výzkumy týkající se charakteristik pachatelek MSBP, nemůžeme vytvořit profil žen s MSBP, na jehož základě bychom MSBP odhalovali. Mnoho charakteristik totiž tyto pachatelky sdílí např. s matkami chronicky nemocných dětí.

Další kapitoly této práce se věnují i jiným osobám zapojeným do MSBP, způsobům odhalování MSBP a možnostem léčby pachatelů. Krátce je zmíněn i vliv internetu na MSBP, který by měl být více zkoumán, a to vzhledem ke stále se rozšiřujícím sociálním sítím.

MSBP je tématem, okolo kterého se vyskytuje mnoho otázek spojených s etikou. Problematické už je samotné obelhávání lékařů, kteří následně při odhalování MSBP na oplátku obelhávají podezřelé matky. Otázkou je ale i např. to, zda by pachatelky MSBP neměly za lékařskou péči o oběti platit, vzhledem k tomu, že jejich zdravotní stav samy způsobují. Etických otázek spojených s MSBP je mnoho a bylo by vhodné více se jim věnovat.

Navrhovaný kvalitativní výzkum se zaměřuje na typy attachmentu a styly výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP. Tento výzkum by nám měl

více objasnit dětství pachatelů MSBP. Styly výchovy v primárních rodinách budoucích pachatelů MSBP nebyly zatím zkoumány ani v České republice, ale ani v zahraničí, navrhovaný výzkum tak může přinést cenné poznatky. Zároveň může navrhovaný výzkum poskytnout hypotézy pro budoucí kvantitativní výzkumy v této oblasti. Takovéto výzkumy by kromě hlubšího porozumění pachatelům MSBP mohly vést i k cílenější léčbě a terapii pachatelů MSBP.

Seznam použité literatury

- Adshead, G. (2001). Ethical and public policy issues in the management of Munchausen's syndrome by proxy (MSBP). In G. Adshead, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research* (s. 197-207). Imperial College Press.
- Adshead, G., & Bluglass, K. (2001). Attachment representations and factitious illness by proxy: Relevance for assessment of parenting capacity in child maltreatment. *Child Abuse Review*, 10(6), 398-410. <https://doi.org/10.1002/car.723>
- Adshead, G., & Bluglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. *British Journal of Psychiatry*, 187(4), 328-333. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.4.328>
- Ahlin, E. (2010). *Encyclopedia of victimology and crime prevention*. SAGE Publications, Inc.
- Ali-Panzarella, A. Z., Bryant, T. J., Marcovitch, H., & Lewis, J. D. (2017). Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy): Multidisciplinary approach from a pediatric gastroenterology perspective. *Current Gastroenterology Reports*, 19(14), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0553-1>
- Anderson, A. P., Feldman, M. D., & Bryce, J. (2018). Munchausen by proxy: A Qualitative investigation into online perceptions of medical child abuse. *Journal of Forensic Sciences*, 63(3), 771-775. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13610>
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-4*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th Ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Asher, R. (1951). Munchausen's syndrome. *The Lancet*, 1(6650), 339-341. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(51\)92313-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(51)92313-6)

- Awadallah, N., Vaughan, A., Franco, K., Munir, F., Sharaby, N., & Goldfarb, J. (2005). Munchausen by proxy: A case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 931-941.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.007>
- Ayoub, C. (2010). Munchausen by proxy. In J. Brown, & E. Campbell (Eds.), *The Cambridge handbook of forensic psychology* (s. 690-699). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511730290.084>
- Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383(9926), 1412-1421.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62183-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62183-2)
- Bass, C., & Jones, D. (2009). Fabricated or induced illness: Assessment of perpetrators and approaches to management. *Psychiatry*, 8(5), 158-163.
<https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.03.017>
- Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: Case series. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), 113-118. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074088>
- Bentovim, A. (2001). A 20-Year overview. In G. Adshead, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research* (s. 197-207). Imperial College Press.
- Bertulli, C., & Cochat, P. (2017). Munchausen syndrome by proxy and pediatric nephrology. *Néphrologie & Thérapeutique*, 13(6), 482-484.
<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2016.12.006>
- Bluglass, K. (2001). Treatment of perpetrators. In G. Adshead, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research* (s. 197-207). Imperial College Press.
- Bools, C., Neale, B., & Meadow, R. (1994). Munchausen syndrome by proxy: A Study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 773-788.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)00044-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)00044-1)
- Brooke, D., & Adshead, G. (2001). Current challenges in the management of perpetrators. In G. Adshead, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by*

proxy: Current issues in assessment, treatment and research (s. 197-207).
Imperial College Press.

- Brown, A. N., Gonzalez, G. R., Wiester, R. T., Kelley, M. C., & Feldman, K. W. (2014). Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: A window on the caretaker's thinking? *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 488-497.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.12.002>
- Buchanec, J., Ondrejka, I., Chromá, O., Buchancová, J., Hlaučová, E., Javorková, J., Fedor, M., & Jakušová, L. (2003). Münchhausenov syndróm. *Pediatric pro praxi*, 1(6), 319-321. https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200306-0006_M_nchhausenov_syndrom.php
- Bursch, B. (2014). Munchausen by proxy and factitious disorder imposed on another. *Psychiatric Times*, 31(8). <https://www.psychiatrictimes.com/view/munchausen-proxy-and-factitious-disorder-imposed-another>
- Craft, A. W., & Hall, D. M. (2004). Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *British Medical Journal*, 328(7451), 1309-1312.
<https://doi.org/10.1136/bmj.328.7451.1309>
- Criddle, L. (2010). Monsters in the closet: Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nurse*, 30(6), 46-55. <https://doi.org/10.4037/ccn2010737>
- Čáp, J., & Boschek, P. (1994). *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině*. Psychodiagnostika.
- Čáp, J., & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele*. Portál.
- Davis, A., Murtagh, U., & Glaser, D. (2019). 40 years of fabricated or induced illness (FII): Where next for paediatricians? Paper 1: Epidemiology and definition of FII. *Archives of Disease in Childhood*, 104(2), 110-114.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314319>
- Deimel, G. W., Burton, C., Raza, S. S., Lehman, J. S., Lapid, M. I., & Bostwick, M. (2012). Munchausen syndrome by proxy: An Adult dyad. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 53(3), 294-299.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.04.006>

- Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada.
- Ebrahimi, L., Amiri, M., Mohamadlou, M., & Rezapur, R. (2017). Attachment styles, parenting styles, and depression. *International Journal of Mental Health, 15*(5), 1064-1068. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9770-y>
- Feldman, K. W., Feldman, M. D., Grady, R., Burns, M. W., & McDonald, R. (2007). Renal and urologic manifestations of pediatric condition falsification/munchausen by proxy. *Pediatric Nephrology, 22*(6), 849-856. <https://doi.org/10.1007/s00467-007-0431-4>
- Feldman, M. D., & Brown, R. (2002). Munchausen by proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect, 26*(5), 509–524. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00327-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00327-7)
- Feldman, M. D., Rosenquist, P. B., & Bond, P. (1997). Concurrent factitious disorder and factitious disorder by proxy. *General Hospital Psychiatry, 19*(1), 24-28. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(96\)00108-9](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(96)00108-9)
- Flaherty, E., MacMillan, H., & Committee on Child Abuse and Neglect (2013). Caregiver-fabricated illness in a child: A Manifestation of child matreatment. *American Academy of Pediatrics, 132*(3), 590-597. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2045>
- Freckelton, I. (2009). Sentencing offenders with munchausen syndrome by proxy. *Psychiatry, Psychology and Law, 16*(2), 165-174. <https://doi.org/10.1080/13218710903015308>
- Fulton, D. (2000). Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nursing Quarterly, 23*(2), 35-42. <https://doi.org/10.1097/00002727-200008000-00005>
- Gehlawat, P., Gehlawat, V. K., Singh, P., & Gupta, R. (2015). Munchausen syndrome by proxy: An Alarming face of child abuse. *Indian Journal of Psychological Medicine, 37*(1), 90-92. <http://doi.org/10.4103/0253-7176.150850>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). Adult attachment interview. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California.

- Grace, E., & Jagannathan, N. (2016). Munchausen syndrome by proxy: A Form of child abuse. In J. Merrick (Ed.), *Child and Adolescent Health Yearbook 2015* (s. 295-300). Nova Science Publishers.
- Guha, P., Singh, O. P., & Ghosal, M. (2004). Media induced factitious disorder by proxy. *Indian Journal of Psychiatry*, 46(1), 81-82.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912683/>
- Hamilton, J. C., Feldman, M. D., & Sherwood, I. M. (2016). Factitious disorder, munchausen syndrome, munchausen by proxy, and malingering. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (s. 226-234). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00010-0>
- Hendrix, C. T. (2008). Munchausen syndrome by proxy. In C. M. Renzetti, & J. L. Edleson (Eds.), *Encyclopedia of interpersonal violence* (s. 457-458). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412963923.n299>
- Hoffman, J. S., & Koocher, G. P. (2020). Medical child abuse hidden in pediatric settings: Detection. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 753-765. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09666-8>
- Chafetz, M., & Dufrene, M. (2014). Malingering-by-proxy: Need for child protection and guidance for reporting. *Child Abuse & Neglect*, 38(11), 1755-1765.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.015>
- Jaghab, K., Skodnek, K. B., & Padder, T. A. (2006). Munchausen's syndrome and other factitious disorders in children - case series and literatuere review. *Psychiatry*, 3(3), 46-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990557/>
- Jung, J. (2005). The Perfected mother: Listening, ethos, and identification in cases of Munchausen by proxy syndrome. In P. Bizzell (Ed.), *Rhetorical Agendas: Political, Ethical, Spiritual* (s. 345-350). Lawrence Erlbaum Associates.
<https://doi.org/10.4324/9781410615688>
- Jureidini, J., & Donald, T. (2001). Child abuse specific to the medical system. In G. Adshead, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research* (s. 197-207). Imperial College Press.

- Kamm, F. (2013). *Bioethical prescriptions: To create, end, choose, and improve lives*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199971985.003.0014>
- Kintz, P., Ameline, A., & Raul, J. (2018). Interpretation of tramadol findings in hair. Concentrations after a single exposure and application to a Munchausen's syndrome by proxy case. *Journal of Analytical Toxicology*, 42(3), 35-37.
<https://doi.org/10.1093/jat/bkx101>
- Kocourková, J. (2000a). Medicínský přístup k násilí vůči dětem - syndrom týraného dítěte, typy týrání dětí. In Š. Gjuríčová, J. Kocourková, & J. Koutek, J, *Podoby násilí v rodině* (s. 16-22). Vyšehrad.
- Kocourková, J. (2000b). Münchhausenův syndrom by proxy. *Pelikán*, 8(8). Dostupné z <http://pelikan.lf2.cuni.cz/archiv8/cerv00/cerv00.htm>
- Krejčířová, D. (2007). Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In V. Bechyňová, V. Bubleová, Z. Dušková, R. Dydňanská, Š. Gjuríčová, M. Konvičková, D. Krejčířová, M. Preiss, L. Šulová, E. Vaníčková, & A. Vávrová, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 9-46). IREAS. <https://docplayer.cz/112630-Kolektiv-autoru-syndrom-can-a-zpusob-pece-o-rodinny-system.html>
- Kucuker, H., Demir, T., & Oral, R. (2010). Pediatric condition falsification (munchausen syndrome by proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (munchausen syndrome). *Pediatric Diabetes*, 11(8), 572-578.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2009.00631.x>
- Lasher, L. J., & Feldman, M. D. (2004). Celiac disease as a manifestation of munchausen by proxy. *Southern Medical Journal*, 97(1), 67-69.
<https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000054603.03615.70>
- Lebl, J., Janda, J., Pohunek, P., & Starý, J. (2012). *Klinická pediatrie*. Galén.
- Longauerová, Z. (2013). *Zkoumání attachmentu metodou AAI* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze]. Repozitář závěrečných prací UK.
<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/99592/>

- Majda, K., Dudzik, K., Jarząbkowska, A., & Łakomska, O. (2019). Munchausen syndrome by proxy. Causes, signs and treatment. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(9), 393-399. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3408272>
- Mart, E. G. (1999). Problems with the diagnosis of factitious disorder by proxy in forensic settings. *American Journal of Forensic Psychology*, 17(1), 69-82. https://www.researchgate.net/publication/288752727_Problems_with_the_diagnosis_of_factitious_disorder_by_proxy_in_forensic_settings
- McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1), 57-61. <https://doi.org/10.1136/adc.75.1.57>
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy: The Hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343-345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(77\)91497-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(77)91497-0)
- Meadow, R. (1982). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 57(2), 92-98. <https://doi.org/10.1136/adc.57.2.92>
- Meadow, R. (1993). False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 68(4), 444-447. <https://doi.org/10.1136/adc.68.4.444>
- Meadow, R. (1998). Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood*, 78(3), 210-216. <https://doi.org/10.1136/adc.78.3.210>
- Meadow, R. (2000). The Dangerousness of parents who have abnormal illness behaviour. *Child Abuse Review*, 9(1), 62-67. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0852\(200001/02\)9:1<62::aid-car591>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0852(200001/02)9:1<62::aid-car591>3.0.co;2-s)
- Mitchell, I. (2001). Treatment and outcome for victims. In G. Adshead, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research* (s. 197-207). Imperial College Press.

- Moore, J. K., & Smith, J. C. (2006). Pediatric condition falsification. In C. Brittain (Ed.), *Understanding the medical diagnosis of child maltreatment: A guide for nonmedical professionals* (3rd Ed.). (s. 97-103). Oxford University Press.
- Morrell, B., & Tilley, D. S. (2012). The Role of nonperpetrating fathers in munchausen syndrome by proxy: A Review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.03.008>
- O'Reilly, A. (2010). *Encyclopedia of motherhood*. SAGE Publications, Inc.
- Pacurar, L. D., Lesanu, G., Popescu, A., Dijmarescu, I., & Oraseanu, D. (2017). Münchausen syndrome - A Question of medical ethics? *Romanian Journal of Pediatrics*, 66(2), 96-103. <https://doi.org/10.37897/RJP.2017.2.2>
- Pacurar, L. D., Runcan, M., Popescu, A., Lesanu, G., & Oraseanu, D. (2015). Munchausen syndrome by proxy - A Real pediatric problem? *Romanian Journal of Pediatrics*, 64(3), 252-258. <https://rjp.com.ro/munchausen-syndrome-by-proxy-a-real-pediatric-problem/>
- Pankratz, L. (2010). Persistent problems with the "separation test" in munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Psychiatry & Law*, 38(3), 307-324. <https://doi.org/10.1177/009318531003800305>
- Paturej, A., Pogonowska, M., & Kalicki, B. (2019). Munchausen syndrome by proxy – a case report. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 15(1), 93-96. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2019.0017>
- Plunkett, M. C., & Southall, D. P. (2001). The Presentation and natural history of munchausen syndrome by proxy. In G. Adshead, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research* (s. 197-207). Imperial College Press.
- Robins, P. M., & Sesan, R. (1991). Munchausen syndrome by proxy: Another women's disorder? *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(4), 285-290. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.22.4.285>
- Roesler, T. A. (2018). Medical Child Abuse: What have we learned in 40 Years? *Hospital Medicine*, 4(3), 363-372. <https://doi.org/10.1007/s40746-018-0136-x>

- Rogers, D., Tripp, J., Bentovim, A., Robinson, A., Berry, D., & Goulding, R. (1976). Non-accidental poisoning: an extended syndrome of child abuse. *British Medical Journal*, *1*(6013), 793-796. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6013.793>
- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: A Literature review of munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, *11*(4), 547-563. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90081-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90081-0)
- Rosenberg, D. A. (2003). Munchausen syndrome by proxy: Medical diagnostic criteria. *Child Abuse & Neglect*, *27*(4), 421-430. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00029-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00029-2)
- Saad, G. (2010). Munchausen by proxy: The dark side of parental investment theory? *Medical Hypotheses*, *75*(6), 479-481. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2010.04.029>
- Samuels, M. P. (2001). The detection of Munchausen syndrome by proxy. In G. Adshad, & D. Brook (Eds.), *Munchausen's syndrome by proxy: Current issues in assessment, treatment and research* (s. 197-207). Imperial College Press.
- Savino, A. C., & Fordtran, J. S. (2006). Factitious disease: Clinical lessons from case studies at Baylor University Medical Center. *Baylor University Medical Center Proceedings*, *19*(3), 195-208. <https://doi.org/10.1080/08998280.2006.11928162>
- Sheridan, M. S. (2003). The Deceit continues: An Updated literature review of munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, *27*(4), 431-451. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00030-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00030-9)
- Schmiedová, P. (2011). *Podoba attachmentu u potomků matek se schizofrenií* [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze]. Repozitář závěrečných prací UK. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/96335/>
- Schreier, H. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems Pediatric Adolescent Health Care*, *34*(3), 126-143. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2003.09.003>
- Siegel, P., & Fischer, H. (2001). Munchausen by proxy syndrome: Barriers to detection, confirmation, and intervention. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, *4*(1), 31-50. https://doi.org/10.1207/S15326918CS0401_3

- Slaný, J. (2008). *Syndrom CAN*. Ostravská univerzita.
- Speed, S. (1990). The Sacrifice of innocence: Notes on Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Pastoral Care*, 44(1), 54-60.
<https://doi.org/10.1177/002234099004400108>
- Squires, J. E., & Squires, R. H. (2003). A Review of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatric Annals*, 42(4), 67-71. <https://doi.org/10.3928/00904481-20130326-09>
- Squires, J. E., & Squires, R. H. (2010). Munchausen syndrome by proxy: Ongoing clinical challenges. *Journal of Pediatric, Gastroenterology and Nutrition*, 51(3), 248-253. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181e33b15>
- Stirling, J., & Committee on Child Abuse and Neglect (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *American Academy of Pediatrics*, 119(5), 1026-1030.
<https://doi.org/10.1542/peds.2007-0563>
- Thomas, K. (2003). Munchausen syndrome by proxy: Identification and diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 174-180.
<https://doi.org/10.1053/jpdn.2003.35>
- Tüfekci, Ö., Gözmen, S., Yilmaz, S., Karapinar, T. H., Cetin, B., Dursun, O. B., Emiroglu, N., Ören, H., & Irken, G. (2011). A Case with unexplained bleeding from multiple sites: Munchausen syndrome by proxy. *Pediatric Hematology and Oncology*, 28(5), 439-443. <https://doi.org/10.3109/08880018.2011.565493>
- Turk, J., Graham, P., & Vehulst, F. C. (2007). *Child and adolescent psychiatry: A Developmental approach*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199216697.003.0002>
- Unal, E. O., Unal, V., Gul, A., Celtek, M., Diken, B., & Balcioglu, I. (2017). A Serial Munchausen syndrome by proxy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(5), 671-674. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.217017>
- Voglová, P. (2000). Munchausenův syndrom v zastoupení - příspěvek k problematice [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK.
<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/112351>

- Wittkowski, H., Hinze, C., Häfner-Harms, S., Oji, V., Masjosthusmann, K., Monninger, M., Grenzebach, U.; & Foell, D. (2017). Munchausen by proxy syndrome mimicking systemic autoinflammatory disease: Case report and review of the literature. *Pediatric Rheumatology*, 15(19), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12969-017-0152-6>
- Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy) - A Systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, 72(1), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>
- Zarankiewicz, N. Z. (2019). The art of cheating medical staff - Munchausen syndrome by proxy. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(7), 766-774. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3358650>

Seznam zkratek

AAI	Adult Attachment Interview
APA	American Psychological Association
CRI	Current Relationship Interview
CVS	Covert Video Surveillance
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MSBP	Münchhausenův syndrom by proxy
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome