

מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

”איחא לא תפגע בילד שלה?” ילדים כקרבות
של תסמונת חינוכאון בידי שליח

דניאלה קרמר-חור

”אימא לא תפגע בילד שלה?” ילדים נקרבות של תסמונת מינכאוזן בידי שליח

דניאלה קרמר-מור

תקציר

תופעה קטלנית של התעללות בילדים היא תוצאה של תסמונת מינכאוזן בידי שליח. בתסמונת זו הורים שנתפסים כמסורים לילדיהם מסכנים את בריאותם ואת חייהם של הילדים בכך שהם גורמים להם למחלות ולטיפולים רפואיים מיותרים. זיהויה הראשוני של התופעה קשה בשל אופייה הסמוי, שכן מעורבות בה אימהות אשר נתפסות כמסורות במיוחד על ידי סביבתן החברתית, וכן בשל חששותיו של הרופא המטפל מהקשיים והסיכונים הצפויים לו עקב חשיפת המקרה, או מלשגות חלילה בהאשמת שווא. המאמר עוסק במאפייני התסמונת, סימני ההיכר שלה, הסברים אפשריים למניעה, ממדי נזקה והקשיים המלווים את איתורה וחשיפתה. הרופא המטפל הוא היחיד שיכול וצריך לזהותה בטרם יסבול הקרבן מנזק בריאותי בלתי הפיך. מבדיקת מקרים מתועדים מתברר שרופאים רבים שעשו תפקידם כהלכה היוו יעד להאשמות בקנוניה. רופאים שחושדים כי נתקלו בתופעה זקוקים לגיבוי מקצועי של ועדה רב-מקצועית מתחום בריאות הנפש, שתערוך בדיקה ותיעוד מקיפים של תפקוד המשפחה והאם ושל רווחיהם המשניים מילד "חולה" בקרבם. במקרים נדירים האם משתפת פעולה עם אנשי טיפול, והפרוגנוזה מעודדת. לרוב האם והמשפחה מסרבות לשתף פעולה, ולכן כדי להגן על הילד ולטפל בו, יש לקבל צו הרחקה שלו מהוריו. במקרה זה, הילד שעבר התעללות סמויה, חייב נוסף על כך להתמודד עם פרידה מההורה שטיפל בו ב"מסירות" כל חייו.

מילות מפתח: תסמונת מינכאוזן בידי שליח, התעללות בילדים, פסיכופתולוגיה, נזק בריאותי בלתי הפיך, קנוניה, ועדה רב-מקצועית

חבוא

מדי פעם, אנו שומעים על קיום משפט בארץ או מחוצה לה כנגד אימהות שהאכילו את ילדיהן בחומרים מרעילים או הזריקו להם חומרים כאלה, הרעיבו אותם או דרשו עבורם התערבויות רפואיות וכירורגיות קיצוניות בטענה שהם חולים מאוד, אף שלא נמצאה לכך כל סיבה רפואית. מקרים אלה צריכים לעורר מודעות לתופעת תסמונת מינכאוזן בידי שליח (Munchausen Syndrome By Proxy). במקרים רבים שבהם נחשפה אם הלוקה בתסמונת מינכאוזן בידי שליח, קמו חוגים חברתיים קרובים לאם ולמשפחה שהגנו בעוז ובקולניות על ה"אם המסורה", שנפלה קרבן להתנכלות מכוונת של ממסד רפואי או פוליטי (ראו, Simmons, 2009; M.A.M.A., 1999). תגובות ציבוריות שכיחות אלה מעידות עד כמה תופעה זו של התעללות הורים בילדיהם, על מאפייניה המיוחדים, היא סמויה ומתעתעת.

גיניפר בוש הייתה קרבן ל-200 אשפוזים ו-40 ניתוחים במשך תשע משתים עשרה שנות חייה, עד שהמקרה שלה נחשף על ידי רופאים. חבר המושבעים סירב לקבל

את טענת ההגנה, שהאם קייט נפלה קרבן לקנוניה של כל הרופאים והאחיות שטיפלו בג'יניפר, והרשיע אותה בכך שנתנה לבתה מינוניים גבוהים של תרופות נוגדות פרכוסים ושיקרה לרופאים בנוגע למהות התרופות שבהן הלעיטה את ילדתה ובתיאור תסמיני החולי שלה, עד שחלק גדול מן המעי של ג'יניפר הוצא בנייתוח ללא כל סיבה רפואית. היא גם תועדה כשהיא מכניסה צואה לצינור ההזנה של בתה בבית החולים. ג'יניפר עברה סבל פיזי ונפשי בלתי יסוער ויכולתה לתפקד במסגרות חינוכיות או חברתיות שותקה לחלוטין, בזמן שאימה דאגה לפרסם עצמה ואף צוינה לשבח על מסירותה יוצאת הדופן על ידי הילרי קלינטון. במשך שלוש השנים שחלפו מאז ג'יניפר הורחקה למשפחה אומנת ועד לסיום משפטה של האם, נערך לילדה מעקב רפואי צמוד. ג'יניפר סבלה בשנים אלו ממספר הצטננויות ומשבר ביד בעקבות פעילות ספורטיבית, אך הפכה לילדה בריאה ופעילה בכל המישורים. למרות זאת, אביה של ג'יניפר, שני אחיה הבכורים, אחות בריאות הציבור, שביקרה את הילדה החולה כ-300 פעמים בביתה, הכומר המקומי, העובדת הסוציאלית שליוותה את המשפחה בשל "מחלותיה" וארגון אימהות למען ילדים חולים (A.M.A.M) קמו להגנת האם ה"מסורה" וטענו שמדובר בעלילה ושג'יניפר הבריאה לפתע רק בשל טיפולה המסור של אימה (Simmons, 1999). האם ריצתה עונש מאסר ארוך, בזמן שג'יניפר המשיכה לחיות חיים פעילים ונורמליים באילינוי אצל הורים אומנים. כיום ג'יניפר היא אישה צעירה ובריאה, שממשיכה לטעון בראיונות במדיה, "אינני מאמינה שאמי התעללה בי כשהייתי ילדה, אני אוהבת אותה מאוד".

מומחים לתסמונת מינכאוזן בידי שליח, פאורטדו ופלדמן (Feldman, 2004; Feurtado, 2004) מגדירים אותה כאחת מן ההפרעות הנפשיות המסוכנות והקטלניות ביותר וכן הקשות ביותר לזיהוי ולאבחון, שכן היא מתבטאת בהתעללות סמויה של הורה (במרבית המקרים האם) או של מטפל בילד תחת מעטה של מסירות קיצונית.

תסמונת מינכאוזן מוגדרת כתסמונת שבה המטופל מתחזה לחולה על ידי סיפור היסטוריה רפואית מדומה, הצגת מחלה פיזית או פסיכיאטרית בדויה, תוך המצאה של תסמינים רפואיים או הגזמה בהם, ונדידה בין בתי חולים ורופאים שונים, לעתים תוך הצגה עצמית בשמות בדויים (Turner & Reid, 2002). המונח "תסמונת מינכאוזן בידי שליח" הוטבע על ידי מדו (Meadow, 1977) והוגדר ב-DSM-IV-TR (APA, 2000) כיצירה מכוונת או המצאה של תסמינים פסיכולוגיים ו/או פיזיים באדם אחר הנתון לטיפול הממציא, בעוד המניע שלו הוא לאחוז בתפקיד של חולה דרך שליח. תנאי לאבחנה הוא שבזמן הזיהוי לא ניכרים תמריצים חיצוניים ברורים, כמו: רווח כלכלי, הימנעות מאחריות משפטית או שיפור איכות החיים.

סימני היכר לתסמונת

סימני ההיכר לתסמונת הם מרובים: מחלה לא מוסברת ומתמשכת שאינה מובנת לרופאים מנוסים; תסמינים שאינם הגיוניים מבחינה רפואית; חוסר תגובה מתמשך

של הקרבן לטיפולים רפואיים; תסמינים וסימנים שנעלמים או מופחתים כשהחולה מורחק מן האם החשודה בתסמונת (בכל מקום שבו מוזכרת אם, מדובר גם באב או מטפל מרכזי); אם שנראית מודאגת יותר מקבלת אבחנה מרגיעה מאשר מקבלת אבחנה מדאיגה, ודורשת שילדה ידגים בפני הרופא את מחלתו; אם שמאיימת לחפש רופא אחר כשה מנסה להרגיעה; אם שאינה מרפה מן הילד ומפגינה שליטה במחלתו ובחיייו; אם שמקיימת קשר ידידותי חם מעבר למקובל עם הצוות הרפואי; היסטוריה משפחתית של תינוקות וילדים שנפטרו ממחלות, ובמיוחד מ"מוות בעריסה"; אם שמדווחת על עצמה כבעלת היסטוריה רפואית דומה לזו של ילדה; אם שלהוטה לביצוע בדיקות וטיפולים רפואיים מכאיבים בילדה; אם שמסרבת להשלים עם שחרור ילדה מבית חולים ודורשת בדיקות נוספות; אם "לדוגמה", שנראית מעבר לכל חשד למרות כל ההתנהגויות המוזכרות לעיל (Artinngstall, 1995; Feldman, 2004; Gehrke, 2009).

חאפיינים של תסמונת מינכאוזן בידי שליח

85%–98% מן הנגועים בתסמונת הם אימהות, אולם אבות ומטפלים אחרים עלולים גם כן להימנות עליהם, הן באופן פעיל והן כמשתפי פעולה. לא ידוע מה היקפה של התסמונת בשל הקושי לאבחנה (Artinngstall, 1995; Feldman, 2004). בין המקרים המזוהים בולטת העובדה, ששכיחותה של התסמונת גבוהה יותר בקרב אימהות משכילות מן המעמד הבינוני והגבוה ובקרב נשים בעלות ידע מקיף (פורמלי ובלתי פורמלי) ברפואה. אימהות אלה נוטות להתיידד עם אנשי רפואה המטפלים בילדיהן ולחוש נוח בבתי חולים, בניגוד לאימהות לילדים שסובלים ממחלות פיזיות אמתיות (Gehrke, 2009). נהוג להבחין בין אימהות שגורמות באופן מכוון למחלה על ידי הזרקה, האכלת הילדים בחומרים מזיקים או הרעבתם, לבין אימהות שאינן מזיקות לילדים אקטיבית, אך מסלפות דיווחים על מצבם הבריאותי במטרה לגרום להם לעבור בדיקות וטיפולים מיותרים. בשני המצבים, הנזק הישיר או העקיף שהאם גורמת לילד מתאים להגדרה של התעללות הורית בילד. בקרב הנגועות בתסמונת יש אחוז גבוה של נשים שנחשפו בילדותן לטיפולים רפואיים רבים או שסבלו מתסמונת מינכאוזן בעצמן, עד שנולדו להן ילדים, והן הפכו אותם ל"שליחים". אימהות אלה נוהגות למנוע מילדיהן פעילויות חינוכיות וחברתיות, מאפשרות לילדיהן רק מגע מוגבל עם אנשים אחרים, וגם זאת רק תחת עיני הפקוחה, בתירוץ של "הגנה על בריאות הילד" (Artinngstall, 1995; Feldman, 2004; Gehrke, 2009).

אף שאין מידע מדויק על שיעור מקרי המוות והנכות של ילדים ועל שיעור הפגיעות הבלתי הפיכות בהם כתוצאה מן התסמונת, יש תיעוד על 6%–31% מקרי מוות מכלל המקרים שתועדו כקרבנות של תסמונת מינכאוזן בידי שליח. אין ספק שמקרי המוות, הנכות והחולי שנגרמו לילדים על ידי אימהות שלא זוהו פורמלית כסובלות מן התסמונת, גבוה בהרבה. טענה אחרת של מומחים לנושא היא שלפחות 1%–6%

מן הילדים הסובלים מאסטימה ומאלרגיות למזון נוטים לכך בשל היותם קרבנות לאימהות הלוקות בתסמונת (Abdulhamid & Siegel, 2008; Feurtado, 2004); רוב המקרים נחשפים בשלב מאוחר, שבו הקרבן כבר סובל משנים רבות של התעללות סמויה, ולעתים קרובות אף מנוזקים גופניים בלתי הפיכים.

לפי עבדול חמיד וסיגל, ונמן ועמיתים וכן סטרלינג והוועדה לחקר התעללות והזנחת ילדים (Abdulhamid & Siegel, 2008; Stirling & The Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; Vennemann et al., 2005), זיהוי התסמונת קשה ולעתים אף בלתי אפשרי בשל מספר סיבות:

◆ למרות עדויות הולכות ומתרבות על התעללות של נשים בילדים בכלל ובילדיהן בפרט, החברה נוטה לזהות בקלות רבה יותר גברים מתעללים מאשר נשים מתעללות. המיתוסים המקובלים על האימהות כהתגלמות המסירות הנשית, מושרשים ברוב התרבויות ומעוותים את התמונה הקלינית (Kirsty, 2009).

◆ לאימהות הסובלות מן התסמונת יש לרוב יותר מילד אחד. אף כי היסטוריה רפואית מגלה שבמשפחה כזו יש מספר גדול יחסית של תינוקות או ילדים שמתו בעבר ממחלות קשות או סבלו מתסמינים מעוררי חשד, בכל זמן נתון, רק ילד אחד משמש בתפקיד ה"שליח" (Abdulhamid & Siegel, 2008). לעתים קרובות ההגנה המשפטית על האימהות נשענת על הטיעון ששאר הילדים במשפחה מטופלים היטב ובריאים. לעוסקים בטיפול משפחתי, התופעה המתעתעת של הקרבת ילד אחד במשפחה, המכונה "החולה המזוהה" (identified patient), ולצדה תפקוד סביר ואף יעיל של האם עם שאר בני המשפחה ובשאר אירועי החיים, מוכרת ושכיחה (Goldenberg & Goldenberg, 2008).

◆ יש אחוז גבוה של הורים לילדים שסובלים ממחלות קשות שהם הורים מסורים, והאבחנה בין אימהות שילדיהן הם קרבנות התסמונת שלהן ולא של חולי שטרם אובחן, קשה במיוחד (Kelly, 2003; Mart, 2002). הפחד לגרום עוול למשפחה או לאם שממילא סובלות מהימצאותו של ילד חולה במשפחה, בשל אבחנה מוטעית של התסמונת, מטה את הכף לטעויות מן הסוג השני.

◆ לרוב, בן הזוג ושאר הילדים של בעלת התסמונת משוכנעים שהילד אכן חולה מאוד ושהאם-הרעיה מסורה לילד בצורה יוצאת דופן, ולכן הם מגנים על האם הפוגענית ומשתפים אתה פעולה. במקרים רבים שהגיעו לבית המשפט ותועדו, המשפחה והקהילה הסובבת את האם (שכנים, מורים של הילד, עובדים סוציאליים וארגונים עם אגינדה פוליטית כזו או אחרת) נטו להאשים את הרופא ואת הממסד הרפואי בקנוניה (Maheu & Feldman, 2009; Simmons, 1999).

◆ על הרצף שבין הורה מזניח להורה מסור, התמונה המתקבלת על אם שמקדישה את עיקר זמנה ומרצה לטיפולים רפואיים בילדה ה"חולה", היא תמונה שתואמת היטב את המיתוס השכיח של "אם לא תפגע בילד שלה" ולא של אם פוגענית.

דוגמאות ציניות לכך הן שתי אימהות שהתעללו בבנותיהן; האחת זכתה לשבחים בתקשורת האמריקנית "על מסירותה הרבה לילדתה החולה", והשנייה אף זכתה בתואר הנכסף של "אם השנה" מנסי רייגן ב-1988 (Maheu & Feldman, 2009; Simmons, 1999).

◆ קל יותר לזהות אם שגורמת לחולי אצל ילדה באופן פעיל (מזריקה לו אינסולין או תולשת מזרועו את העירו) מאשר לזהות אם שמסתפקת בתיאור תסמינים דמיוניים או בתיאור מוקצן של תסמינים רפואיים קלים של הילד (Gehrke, 2009).

◆ אין לדעת אם האם מודעת למצבה הנפשי. יש הטוענים שהאם עצמה מאמינה שילדה אכן חולה מאוד, ולכן עמדתה משכנעת את היושב מולה. אחרים טוענים שהאם נהנית מן המניפולציה שהיא מפעילה, ושהיא משיגה בדרך זו תחושת כוח ועליונות מול הרופא המטפל (Feldman, 2004; Vennemann et al., 2005) כמו גם יתרונות משפחתיים וחברתיים נוספים, בשל היותה "אם גיבורה".

◆ הילד עצמו מפחד לחשוף את האם הפוגענית (ככל ילד שעובר התעללות הורית), אם בשל הפחד לאבד את אהבתה ואם משום שהוא עצמו מאמין שהוא חולה, ולכן הוא משתף פעולה עמה. אפשרות אחרת היא שהילד חש שחשיפת אימו תסכן אותו עוד יותר. שתי בנות לאימהות מתעללות, שתוארו על ידי בריק וסיגל ועל ידי גרגורי (Bryk & Seigel, 1997; Gregory, 2004), שרדו, התפקחו מן המיתוס על ה"אם המסורה" ותיעדו כבוגרות את מסע האימים שעברו כילדות ואת שיתוף הפעולה שלהן עם אימותיהן על מנת שלא לאבד את אהבתן. ג'ולי גריגורי נלקחה לרופאים רבים ונדרשה על ידי אימה להציג תסמינים קיצוניים של מחלה שלא הייתה חולה בה. אימה דרשה מן הרופאים בדיקות חודרניות, ובהמשך – גם ניתוח לב פתוח. בספרה האוטוביוגרפי ג'ולי מתארת את המאמצים הגדולים שלה להיראות ולהישמע חולה בביקוריה אצל הרופאים, כדי לרצות את אימה ולא לעורר את כעסה. כשרופא סירב לשתף פעולה עם האם, ג'ולי הבטיחה לאם לעזור למצוא רופא אחר שייתן להן אבחנה אחרת, רצויה יותר. ג'ולי הצליחה, לאחר שנים רבות של טיפולים רפואיים ובדיקות קשות וכואבות, לזהות בוודאות את הבעיה האמתית, כששמעה תכנית רדיו על תסמונת מינכאוזן בידי שליח, אך בקשותיה לעזרה מגופים חיצוניים נענו באי-אמון ובטענות שהיא ממציאה את העובדות ומתנכלת לאימה המסורה והדואגת. כשג'ולי ברחה מביתה, אימה לקחה ילדת אומנה והתחילה לרוץ עמה בין רופאים ובתי חולים.

◆ ילדים גדולים נוטים לא רק לאשר את סיפורי האם, אלא גם לגרום לעצמם בכוונה תחילה תסמינים רפואיים ואף לזייף בעצמם את התסמינים בתיקים הרפואיים; זאת בין אם משום שהם עצמם אכן משוכנעים במחלתם, ובין אם מתוך פחד "לבגוד" באם ולעורר את זעמה (Awadallah et al., 2005).

◆ בני זוג בתהליכי גירושין מנסים לעתים להאשים את ההורה השני בתסמונת על מנת לקבל חזקה על ילדיהם; מנגד, לא פעם כשבן זוג מבקש לחשוף את בת זוגו

כסובלת מן התסמונת בפני הרופא או המערכת המשפטית, הוא נחשד בניסיון להשיג מכך טובות הנאה לעצמו (Artingstall, 1995; Rand, 1993).

♦ האם והמשפחה מקבלות עידוד לא רק ממעגלים חברתיים קרובים, אלא גם מארגונים חברתיים, ובמיוחד מארגוני נשים המעודדים תאוריית קנוניה רפואית. אותם ארגונים טוענים שמדובר בעלילות מכוונות של הממסד, שמטרותיו הן לכסות על כשלים ורשלנות רפואיים או להרחיק ילדים מאימותיהם לצורך מסירה לאימוץ, ולכן קיימת נטייה מגמתית לטעויות מן הסוג הראשון. הארגונים אף מציעים סיוע משפטי ותמיכה לאימהות ותומכיהן כנגד הרופאים והממסד הרפואי ובכך מגבים שלא במתכוון גם מקרים שבהם יש מעשי התעללות בילדים (Doward, 2004; M.A.M.A, 2009).

♦ במקרים מתועדים שהגיעו לבתי משפט, התברר שברגע שהקואליציה רופא-הורה עמדה בסכנה משום שחשדו של הרופא התעורר, האם נטתה להחליף רופא, חדר מיון או בית חולים, ואפילו מקום מגורים. בכך הבטיחה לעצמה האם עוד שנים של "שקט", עד שעוררה שוב חשד של רופא חדש (Abdulhamid & Siegel, 2008; Artingstall, 1995; Awadallah et al., 2005; Ford, 1996; Hall, Eubanks, Meyyazhagen, Kenney & Johnson, 2000; Kelly, 2003; Maheu & Feldman, 2009; Wilson, 2001).

♦ מסקירת מקרים של ילדים שעברו שנים של טיפולים רפואיים מיותרים ובדיקות קשות ואשפוזים שלא לצורך, מתברר שהתסמונת לא זוהתה עד שהאם המתעללת נקטה צעדים קיצוניים, כמו דרישה שהקרן יעבור השתלת איברים, ניתוחי לב או כימותרפיה (Abdulhamid & Siegel, 2008; Ford, 1996; Hall et al., 2000; Maheu & Feldman, 2009; McKee, 2006; Vennemann et al., 2005; Wilson, 2001).

הסברים אפשריים לתסמונת

♦ צורך מתמיד של האם בתשומת לב מגורם מטפל, אם בשל היותה בעצמה קרן להתעללות או הזנחה הורית בילדותה, או בשל התייתמות בגיל צעיר וחסך אימהי שמקבל מענה מן הצוות הרפואי.

♦ שימוש בילד לשימור הקואליציה הזוגית או ניצול הילד כנשק מול בן זוג מאכזב או במהלך מאבק גירושים.

♦ דיאדה לא מובחנת בין האם והילד וקשר סימביוטי. החולי הנשנה של הילד משמר אותו במצב תלותי נסיגתי ומבטיח שהשליטה עליו לא תופקע מידי האם עם גדילתו והתפתחותו הטבעית.

♦ דרך להימנע מאחריות לשאר הילדים ולאחזקת הבית ומאינטימיות זוגית, בשל אשפוזים מתמשכים של הילד.

- ◆ תחושת קואליציה ואחוה עם אימהות לילדים מאושפזים בסביבה מוגנת, בניגוד לבידוד וניכור שהאם חשה מחוץ למרפאות ובתי חולים, בשל היעדר מיומנויות חברתיות.
 - ◆ ביטוי סמוי לנטייה פדופילית ולהתעללות מינית בקטין, שמתבטאת בחשיפה חוזרת של גוף הילד לבדיקות מיניות.
 - ◆ חיזוקים מן הסביבה והמשפחה על היותה הורה מסור ומטפח.
 - ◆ תחושת עליונות על פלח חברתי בעל מעמד גבוה יותר (הרופאים) ותחושת נקמה בו בשל הצלחת המניפולציה המתעתעת.
- כל הסיבות הללו יכולות להוות בסיס להתמכרות לבתי חולים ולטיפולים רפואיים, שמקבלת את סיפוקה דרך תפקיד "הקרוב המסכן" או "ההורה הגיבור", באמצעות השליח שהוא הילד ה"חולה" (Artingstall, 1995; Abdulhamid & Siegel, 2008; Awadallah et al., 2005; Bursch et al., 2008; Doward, 2004; Feldman, 2004; Gehrke, 2009; McKee, 2006).

טיפול בתסמונת מינכאוזן בידי שליח

בכל מצב שבו מתעורר חשד להתעללות כזו, יש לבקש אבחנה מبدלת מרופא ולערב גורמים מקצועיים נוספים. בשום מקרה אין לעמת את ההורה הנחשד בתסמונת או את בן הזוג (שקרוב לוודאי, בידועין או שלא בידועין, משתף פעולה עם ההורה המתעלל) עם החשד, מאחר שעימות כזה עלול להוות סכנה לחייו של הילד. הורים שנחשדו בתסמונת מינכאוזן בידי שליח נטו להגביר את מאמציהם להחלות את ילדם, ואף להמיתו. איבונה פרדון חנקה את תינוקה למוות אחרי שהביאה אותו בחרדת קודש לאשפוזים חוזרים ונשנים בשל "קשיי נשימה ושלשולים", ובריאן סטיוארט, טכנאי מעבדת דם בבית חולים, הורשע ברצח מדרגה ראשונה לאחר שהזריק לבנו דם נגוע באידס (Ruggles, 2008).

במקרים הנדירים שבהם האם מוכנה להכיר בבעייתה ולשתף פעולה עם גורמים טיפוליים, הפרוגנוזה טובה. ניתן להתמקד בטיפול בחרדות של האם ולספק לה את התמיכה ותשומת הלב הטיפוליות שאליהן היא חתרה מלכתחילה באמצעות מעשיה כאם ל"ילד חולה", ולגייס את ההורה האחר לטיפול יום יומי בילד. במצב זה ניתן להשאיר את הילד בביתו, תוך מעקב רפואי צמוד אחרי המתרחש בבית ותוך שיתוף בני המשפחה בתהליך של תרפיה משפחתית, ובמקביל – טיפול יחידי באם ובילד (Stirling & The Committee on Child Abuse and Neglect, 2007). ברנון ממליצה, נוסף על טיפול יחידי באם ובילד וטיפול משפחתי, גם לשלוח את שני ההורים לבית ספר להורים; שם הם יוכלו ללמוד הורות יעילה, אך גם יקבלו מנחה אוהד ותמיכה והבנה מקבוצת הורים בעלי קשיים דומים (Brannon, 2008).

במרבית המקרים הפרוגנוזה גרועה, מאחר שהלוקה בתסמונת ומשפחתה מסרבים לעשות את הצעד הראשון ההכרחי לכל טיפול: להכיר בקיומה של התסמונת ולשתף

פעולה עם אנשי מקצוע. לכן, הצעד הראשון הוא להגן על הילד על ידי גיוס המערכת המשפטית להוצאת צו להרחקתו מן האם, המסכנת את בריאותו ואף את חייו. אחרי הרחקת הילד מן ההורה הפוגעני והכנסתו למשפחה אומנת, יש לתכנן עבורו תכנית טיפולית ושיקומית. נוסף על הנזקים הרפואיים והפסיכולוגיים הנגרמים לקרבנה של אם כזו, הוא גם מורחק בכוח מן האדם היחיד שטיפל בו והשקיע בו יותר מכול, ושנתפס על ידו כמסור ואוהב. לכן, מומלץ לסייע לילדים צעירים שאינם מילוליים לעבד את רגשותיהם באמצעות טיפול במשחק וטיפול באמנויות. לילדים מבוגרים יותר ומילוליים יותר יש לאפשר טיפול נפשי מילולי מתמשך. קיום קבוצות תמיכה לקרבנות של אימהות כאלה יכול לאפשר לילדים לשתף אחרים שחוו חוויות דומות ולחוש פחות בודדים, אשמים ומנוכרים לעולם הילדים, אולם נושא זה לא נוסה ולא נחקר, אולי בשל הסודיות שאופפת מקרים כאלה ושיעור החשיפה הנמוך. אין להסתפק בשיקום רפואי, רגשי וחברתי של הקרבן. יש לדאוג להגנה על שאר הילדים במשפחה, מאחר שקיימת סכנה שאחד מן הילדים האחרים במשפחה יקבל את תפקיד "השליח", במקום הילד שהורחק מן המשפחה.

דין

עובד סוציאלי, פסיכולוג, פסיכיאטר או יועץ אינם יכולים לאבחן את תסמונת מינכאוזן, תסמונת הורית פסיכיאטרית שהיא מסוכנת וקטלנית לילדים, ללא עדות ראשונה ומכרעת של רופא מטפל; זאת משום שכל אלה אינם יכולים לשלול קיומה של מחלה אורגנית אצל הילד. מכאן, שרופא הילדים, רופא המשפחה או רופא חדר המיון, הם הראשונים שיכולים וצריכים לזהות תופעה זו, על מנת למנוע התעללות רבת-שנים בקטין. רופא שלאורך תקופה נמנע מלבדוק אפשרות של תסמונת כזו, בשעה שילד ללא ממצאים פתולוגיים מופנה אליו שוב ושוב לבדיקות ולטיפולים, משתף למעשה פעולה עם פעולת ההתעללות של האם בילד שבטיפולו (Bursch et al., 2008; Kelly, 2003). עם זאת, רופא שמאשים בתסמונת זו בטעות הורה לילד חולה או נכה, גורם למשפחה סבל קשה נוסף על זה הקיים מעצם הימצאותו של ילד חולה במשפחה, ואף עוול בשל התווית השלילית וההליכים המשפטיים הכרוכים באבחנתו. רופאים רבים מתקשים להתמודד עם הרעיון שאם שלכאורה מסורה ודואגת לילדה יותר מכל הורה ממוצע, שמגלה ידע רלוונטי והתעניינות ברפואה וכן חיבה רבה וידידות כלפי הממסד הרפואי, היא אם מתעללת. ברמה הפרטנית, הקושי הזה יכול לנבוע מסיבות רבות: רופאי משפחה, רופאי ילדים ורופאי חדרי מיון בבתי חולים אינם בקיאים ואינם מורגלים בזיהוי תסמונות פסיכיאטריות כאלה. הילד הקרבן משתף לרוב פעולה עם האם ומתאר תסמינים של "מחלתו" באופן משכנע ומטעה. רופא שעושה אבחנה מוטעה ומאשים בטעות הורה כסובל מן התסמונת, עלול לגרום למניעת טיפול רפואי הולם בילד ועלול למצוא עצמו מואשם ברשלנות רפואית, בהוצאת דיבה ובאי-כשירות מקצועית (פרשייה מרתיעה קיצונית ומפורסמת היא זו שבה נשלל הרישיון לעסוק ברפואה של פרופ' מדו, מומחה לתחום באנגליה, לאחר שאם שהורשעה בהריגת בניה וריצתה תקופת מאסר ארוכה, זוכתה

מאשמה במשפט חוזר (BBC News, 2005). משום כך, רופא יהסס להציע אבחנה פסיכיאטרית כזו בשלב מוקדם, שמאפשר מניעת נזקים, ויעדיף להמתין עד שהדבר קל יחסית להוכחה, אך בשלב זה בדרך כלל כבר נשקפת לילד סכנת מוות או שנגרם לו נזק בלתי הפיך. לצד כל הקשיים שהוזכרו לעיל, הלחץ החברתי על רופא שמעז לחשוף התעללות כזו הוא קשה מנשוא. האשמת רופאים בהתנכלות מכוונת מצד הקהילה שאליה ההורים משתייכים היא שכיחה, אם כי תוכנה של ההאשמה נושא אופי שונה בתרבויות שונות. יש הדורשים למחוק את האבחנה הפסיכיאטרית של תסמונת מינכאוזן בידי שליח כליל, ובראשם – ארגון אימהות לילדים חולים (M.A.M.A), אך גם אנשי מקצוע נוספים שמתנגדים לשימוש במונח "תסמונת מינכאוזן בידי שליח", בטענה שאי-אפשר להתעלם מטעויות משפטיות שנעשו כלפי הורים לילדים חולים, ושגרמו לטרגדיות רפואיות ומשפחתיות (Mart, 2002). מצד שני, אסור להתעלם מאימהות הלוקות בתסמונת עד שהילד ה"שליח" ניוזק נזק בלתי הפיך (Feldman, 2004). בין אם הטעות באבחנה היא מן הסוג הראשון או השני, מדובר בטעויות גורליות. על מנת שלא להפיל את כל כובד המשקל של זיהוי התופעה על הרופא המטפל, יש מקום לעבודה מקיפה של צוות מומחים בכל מקרה שבו מתעורר חשד לתסמונת זו. הרופא המטפל הוא הראשון שיכול וצריך לדווח על חשד, במקרים שבהם מצבו הרפואי של הילד אינו תואם את סיפור האם ושהם הרופא מופתע מלהיטותה של האם לבצע בילד בדיקות וטיפולים רפואיים נוספים. מרגע הגילוי של התופעה, על המטפלים לפעול במהירות מרבית, משום שחשיפת האם עלולה לסכן את הילד עוד יותר ולגרום להסלמה בניסיונות להחלותו. כבר אז יש לערב מומחים ממקצועות נוספים מתחום בריאות הנפש ודרוש מעקב מקצועי מעמיק (Artinngstall, 1995; Feldman, 2007; Galvin, Newton & Vandeven, 2005; Kirsty, 2009). הרחקת ילדים שנפלו קרבן לתסמונת זו מאימותיהם גוררת אחריה שיפור מידי במצבם הרפואי ומאששת את אבחנתו של הרופא, אך לשם כך יש לערב את השירות הסוציאלי ואנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש. שיחות של עובד סוציאלי, פסיכולוג, יועץ או מטפל משפחתי עם האם הנחשדת בהתעללות כזו יכולות להאיר את עמדתה הבסיסית לחולי ולהתערבות רפואית, וכן לתת רקע על ההיסטוריה האישית שלה ועל מצבה המשפחתי והזוגי. חיוני להבין, מהם הרווחים של האם המתעללת מן המצב, על מנת לאשש או להפריך את האבחנה. אם הילד בגיל שבו הוא מסוגל לבטא עצמו מילולית, חשוב שפסיכולוג מומחה לילדים ידבר עמו שלא בנוכחות הוריו, ויבדוק אם מופעלים עליו לחצים על מנת שישתף פעולה עם האם הנגועה בתסמונת, ואם כן, אילו לחצים. אם הילד קטן או פגוע כל כך שאי-אפשר לדובר אותו, יש מקום לתצפיות על התנהגותו בחברת האם הנחשדת בהתעללות ורחוק ממנה. פערים גדולים במידת ההפגנה של התנהגות "חולנית" על ידי הילד בקרבת האם ורחוק ממנה מעידים על הצורך לרצות את האם ולספק את צרכיה וכמיהתה לילד חולה. במקרה שכזה, עבודת הצוות תאפשר תמונה שלמה יותר על הילד ומשפחתו, תמנע טעויות ותגבה את הרופא מול הלחץ החברתי העצום שאליו ייחשף עקב הגילוי הקשה. אחרי קביעת האבחנה חשוב לבדוק, האם יש

סיכוי לשיתוף פעולה טיפולי עם האם והמשפחה, או שיש להגן על הילד באמצעות צו הרחקה ולדאוג שיקבל טיפול משקם. על מחנכים, אחיות ורופאים, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים שבאים במגע עם הילד, מוטלת החובה המוסרית להכיר את התסמונת ותוצאותיה ולהיטיב עם הקרבן להתעללות הורית מחרידה זו.

לסיכום, תסמונת מינכאוזן באמצעות שליח היא תסמונת שלוקות בה בעיקר אימהות, וילדיהן הם הקרבנות הישירים שלה. עולה השאלה, מי איש המקצוע שיגן על ילד שנבגד בצורה קיצונית כל כך, אך גם מוסווית, על ידי האדם שאמור לדאוג לשלומו, אך במקום זאת מזיק לו ואף מסכן את חייו. הסרת הלוט מעל אותו הורה שמיטיב להפגין מעטה של אהבה ומסירות לילד, מסכנת את הרופא, בעל המקצוע היחיד שיכול להצביע על חשד להתעללות הורית זו. מרגע שהרופא חושד שמדובר בתסמונת של האם ולא של הילד, עליו להתמודד לא רק מול האם, המשפחה והסביבה המידית של הילד, אלא גם מול ארגונים חזקים וקולניים שנותנים להורה גיבוי משפטי ומוסרי, מול לחץ ציבורי וביקורת נוקבת ומול איום לכשירותו המקצועית. מצד שני, חשדו של הרופא עלול להתעורר גם במקרים שבהם ילד במשפחה סובל ממחלה או נכות שאינם בהירים רפואית, ולהפוך את המשפחה כולה, בטעות, לקרבן של המערכת הרפואית ומערכת המשפט. כדי להגיע לאבחנה מדויקת, למזער מצד אחד את הסיכון שהרופא לוקח על עצמו, ומצד שני, למזער את הסיכון הכרוך בטעות שלו ולהגן על הילד, על המשפחה ועל הרופא, חשוב מאד לכוון ועדה רב-מקצועית אד-הוק, שתסייע באבחון ומעקב אחרי הילד ומשפחתו בכל הרבדים, תציע טיפול הולם לילד ולמשפחתו ולא תשאיר את הרופא בודד במערכה. ללא מערכת תמיכה מקצועית שכזו, הרופא, כמעט כמו הילד, עלול גם הוא להפוך לקרבן של התסמונת ההורית האלימה הזו.

מקורות

- Abdulhamid, I., & Siegel, P. T. (2008). Munchausen Syndrome by Proxy. eMedicine. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/917525-overview>
- APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text revision* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Artinstall, K. A. (1995). Munchausen Syndrome by Proxy. *The FBI Law Enforcement Bulletin*, 64, 5–11.
- 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 and Neglect*, 29, 931–941.
- BBC News (2005, July 15). Sir Roy Meadow struck off by GMC. Available at <http://news.bbc.co.uk>

- Brannon, G. E. (2008). Munchausen Syndrome By Proxy: Treatment & medication. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/295258-treatment>
- Bryk, M., & Seigel, P. T. (1997). My mother caused my illness: The story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome. *Pediatrics*, *100*, 1–7.
- Bursch, B., Schreier, H. A., Ayoub, C. C., Libow, J. A., Sanders, M. J., & Yorker, B. C. (2008). Further thoughts on “beyond Munchausen by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting” (letter to the editor). *Pediatrics*, *121*, 444–445.
- Doward, J. (2004, January 25). Ministers told child harm theory was flawed. *The Observer*.
- Elwyn, T. (2009). Factitious Disorder. eMedicine. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/291304-overview>
- Feldman, M. (2004). *Playing sick? Untangling the web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering and Factitious Disorders*. New York: Brunner-Routledge.
- Feldman, M. (2007). Beyond Munchausen Syndrome by Proxy (letter to the editor). *Pediatrics*, *120*, 1217–1218.
- Feurtado, J. (2004, May 15). Munchausen by proxy syndrome: A deadly disorder. ALLPsych Online. Available at <http://allpsych.com/journal/munchausen.html>
- Ford, C.V. (1996). *Lies! Lies!! Lies!!! The psychology of deceit*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Galvin, H. K., Newton, A. W., & Vandeven, A. M (2005). Update on Munchausen syndrome by proxy. *Current Opinion in Pediatrics*, *17*, 252–257.
- Gehrke, L. (2009). Pediatric transport of a 6-year-old child with hypoglycemia due to Munchausen’s Syndrome by Proxy. Blank Children’s Hospital, Des Moines, IA. Available at <http://www.blankchildrens.org/body.cfm?id=402>
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Family therapy – An overview* (7th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Gregory, J. (2004). *Sickened – The true story of a lost childhood*. London: Arrow Books.
- Hall, D. E., Eubanks, L., Meyyazhagen, L. S., Kenney, R. D., & Johnson, S. C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics*, *105*, 1305–1312.
- Kelly, M. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: The importance of behavioral artifacts. *The FBI Law Enforcement Bulletin*, *72*, 2–7.
- Kirsty, D. (2009, November). Surge in claims of child sex abuse by women. Sky News online. Available at <http://news.sky.com/skynews/Home/UK-News>

- Maheu, M. M., & Feldman, M. (2009, July). You can do something to protect children from Munchausen by proxy. *Selfhelp Magazine*. Available at <http://www.selfhelpmagazine.com/article/munchausen-by-proxy>
- M.A.M.A. (2009). Mothers Against Munchausen By Proxy Symptom Allegations. Available at www.msbbp.com
- Mart, E. G. (2002). *Munchausen Syndrome by Proxy reconsidered*. Manchester, NH: Bally Vaughan.
- McKee, G. (2006). *Why mothers kill: A forensic psychologist's casebook*. Oxford: Oxford University Press.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet*, 2, 343–345.
- Rand, D. C. (1993). Munchausen syndrome by proxy: A complex type of emotional abuse responsible for some false allegations of child abuse in divorce. *Issues in Child Abuse Accusations*, 53, 133–155.
- Ruggles, T. (2008). How to spot Munchausen Syndrome by Proxy. Social Work Resources. Available at <http://pages.prodigy.net/volksware/socialworkworld/proxy.htm>
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431–451.
- Simmons, T. (1999, May 25). Lawyer: Give Mom her day in court. South Florida Sun-Sentinel. Available at <http://www.msbbp.com/Bushtrial.htm>
- Stirling, J., & The Committee on Child Abuse and Neglect (2007). Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in medical setting. *Pediatrics*, 119, 1026–1030.
- Turner, J., & Reid, S. (2002). Munchausen's syndrome. *Lancet*, 359, 346–349.
- Vennemann, B., Bajanowski, T., Karger, B., Pfeiffer, H., Köhler, H., & Brinkmann, B. (2005). Suffocation and poisoning — The hard-hitting side of Munchausen Syndrome by Proxy. *International Journal of Legal Medicine*, 119, 98–102.
- Wilson, R. G. (2001). Fabricated or induced illness in children: Munchausen by proxy comes of age. *British Medical Journal*, 323, 296–297.