

Fekal Kontaminasyon ile Ortaya Çıkan Munchausen by Proxy Sendromu: Bir Olgu Sunumu



Ayşe ŞAHİN¹, Nazan DALGIÇ², Atilla TEKİN³, Jülide KENAR⁴, Bekir YÜKÇÜ⁵

ÖZET

Munchausen by proxy sendromu (MSBP) olarak da bilinen bakım verenin yapma bozukluğu (BYB), tanısı güç konan, çocuk istismarının ciddi bir formudur. Belirti ve bulgular genellikle anne ya da bakım veren tarafından uydurulur ya da üretilir. Tanıda gecikme ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Burada, akut gastroenterit tanısı ile çocuk enfeksiyon kliniğine yatırılan ve intravenöz sıvı tedavisi almaktayken ateş yüksekliği ve kan kültüründe polimikrobiyal üreme olan, sonradan BYB tanısı alan 18 aylık erkek bir olgu sunulmuştur. BYB nadir görülse de, aslında sıklıkla gözden kaçan ve ölümcül sonuçlara sebep olabilen bir bozukluktur. Tanı koymanın oldukça güç olduğu bu bozuklukta erken tanı oldukça önemlidir. Şüpheli olgularda disiplinler arası ekip çalışması, bu bozuklukta olumsuz sonuçların önüne geçebilmek için gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Bakım verenin yapma bozukluğu, çocuk, polimikrobiyal bakteriyemi

SUMMARY

Munchausen by Proxy Syndrome Associated with Fecal Contamination: A Case Report

Factitious disorder imposed on another, also known as Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP), is a serious form of child abuse that is difficult to diagnose. In general, signs and symptoms are fabricated or produced by the mother or the caregiver. Delay in diagnosis may cause serious morbidity and mortality. Here, we present the case of an 18-month-old boy who was admitted to the Paediatric Infection Clinic with a diagnosis of acute gastroenteritis. When on intravenous fluid therapy, he developed high fever and subsequently, polymicrobial growth was determined in his blood. He was later diagnosed with MSBP. Despite being a rare condition, MSBP is a disorder that is often overlooked and may have fatal outcomes. Early diagnosis is very important in this disorder, which is considerably difficult to diagnose. In suspected cases, interdisciplinary team work is necessary to prevent adverse consequences.

Keywords: Munchausen syndrome by proxy, infant, polymicrobial bacteraemia

GİRİŞ

Bakım verenin yapma bozukluğu (BYB) (Munchausen syndrome by proxy), nadir rastlanan ve tanısı oldukça güç konan bir çocuk istismarı tipidir. İlk kez 1977 yılında Roy Meadow tarafından tanımlanan bu bozukluk, bir bakım verenin, bakımı altındaki bir bireyde hastalık belirtileri olduğunu uydurması ya da hastalık belirtilerini üretmesi ile karakterizedir. Bu bozuklukta genellikle bakım veren anne, bakım altında olan ise onun çocuğudur; ancak bazı olgularda bakım verenin baba veya başkası olabileceği bildirilmiştir (Feldman ve Hickman 1998, Makar ve Squier 1990, Richhardson 1987, Sheridan 2003). Bu olguların %85'inde bakım verenin anne olduğu belirtilmiştir (McClure ve ark. 1996). Munchausen sendromu hastanede yatan tüm hastaların yaklaşık %1,3'ünde

görülür, çocuk istismarı vakalarının yaklaşık % 0,04'ünü oluşturur (Abeln ve Love 2018). Türkiye'de çocuk istismarı ile ilgili çok merkezli bir çalışmada 2000-2006 yılları arasında toplam 593 olgu bildirilmiş ve bunların içinden beş (%8) olgunun MSBP olduğu saptanmıştır (Ağırtan ve ark. 2009). Bu yayın MSBP'nin çocuk istismarının nadir karşılaşılmayan ama klinikte sıklıkla atlanabilen bir tanı olarak önemini vurgulamaktadır.

Yapma bozukluk ilk kez 1980 yılında Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanma ve Sınıflandırılma Kılavuzu'na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) girmiştir. DSM-5'te yapma bozukluk (YB), "bedensel belirti bozuklukları ve ilişki bozuklukları" grubunda yer almıştır. Kendine yüklenen yapma bozukluk ve başkasına

Geliş Tarihi: 28.05.2019, **Kabul Tarihi:** 08.12.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 02.03.2020

^{1,5}Uzm., ²Doç., Sağlık Bilimleri Üniv., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Bl., ³Dr. Öğr. Üyesi, Haliç Üniv., Psikoloji Bl.,

⁴Uzm., Sağlık Bilimleri Üniv., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, İstanbul.

AŞ: <https://orcid.org/0000-0003-3867-1208>, **ND:** <https://orcid.org/0000-0002-6516-8897>, **AT:** <https://orcid.org/0000-0002-2281-6719>, **JK:** <https://orcid.org/0000-0002-9241-685X>,

BY: <https://orcid.org/0000-0003-1661-7024>

Dr. Ayşe Şahin, e-posta: ayseturgutsahin@gmail.com

yüklenen yapma bozukluk (önceki adı bakım verenin yapma bozukluğu idi) olarak iki ayrı formu tanımlanmıştır (APA 2013). Munchausen sendromu yineleyen ve kronik doğası ile hasta olma, bakım ve ilgi görme motivasyonu ile temaruzdan ayrılabilir. Belirtilerin organik etiyolojilerini dışlamak için sürekli ve gereksiz tetkik ve yatışların yapılması nedeniyle hem kişide işlev kaybına, hem de sağlık sisteminde zaman kaybına ve maddi kayıplara yol açmaktadır (Karakoç Demirkaya ve ark. 2016).

Burada, akut gastroenterit tanısı ile yatırılan ve parenteral sıvı tedavisi almaktayken ateş yüksekliği olan, kan kültüründe polimikrobiyal üreme olan 18 aylık bir erkek olgu sunulmuştur.

OLGU

18 aylık erkek hasta, ebeveyni tarafından çocuk acil servisine bir gündür devam eden kusma ve ishal şikayetleri ile getirildi. Acil servis izleminde oral alımı tolere edememesi ve kusmalarının devam etmesi üzerine çocuk enfeksiyon servisine yatırıldı. Başvuru sırasında alınan akut faz reaktanları ve biyokimya değerleri normal olan hasta intravenöz (iv) sıvı tedavisi ile takip edildi. Yatışının 5. gününde ishal ve kusması düzelen hastanın 38°C'yi geçen ateş değerleri oldu. Hasta ateş açısından tekrar değerlendirildi, laboratuvar değerleri tekrarlandı. Ateş odağı tespit edilemeyen hastaya kan kültürü alınarak sepsis ön tanısıyla 80 mg/kg/gün, tek doz iv seftriakson verildi. Seftriakson tedavisininin 72. saatinde halen ateşleri devam eden ve sepsis kliniğinde olan hastanın tedavisi piperasilin-tazobaktam (300 mg/kg/gün, 4 doz) olarak değiştirildi. Kan kültürlerinde *Aeromonas hydrophila* ve *Klebsiella oxytoca* üredi, kullanılan antibiyotige duyarlılık olması nedeniyle aynı tedaviye devam edildi. Hastanın izleminde kan kültürlerinde farklı gram negatif enterik basil üremelerinin devam etmesi nedeniyle antibiyotik tedavisi meropenem (100 mg/kg/gün, 3 doz) ile değiştirildi. Hasta lokal enfeksiyon odağı ve enfektif endokardit açısından ileri incelemeye alındı. Ekokardiyografi (EKO) değerlendirmesi ve batin ultrasonografisinde bir özellik yoktu. Hastanın devam eden ateşlerine ara ara ishal de eşlik ediyordu. Giderek klinik ve laboratuvar bulguları bozulan hastaya makrofaj aktivasyon sendromu ön tanısıyla kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Çocuk hematoloji bölümüne konsülte edildi, kemik iliği bulguları sepsis ile uyumlu bulundu. Hastaya iki kez intravenöz immunglobulin 1 gr/kg verildi. Enfektif endokardit açısından EKO tekrarlandı ve bir özellik saptanmadı. Apse odağı açısından yapılan torako-abdominal bilgisayarlı tomografi incelemesi normal olarak bulundu. Hastanın takiplerinde hepatosplenomegali, nötropeni, trombositopeni ve anemi gelişti; destek amaçlı çok sayıda transfüzyon yapıldı.

Yatışının 45. gününde ateşi ve kan kültürlerinde farklı gram negatif barsak flora bakterilerinin üremesi devam eden hastanın kötü kliniğine rağmen anne bu durumdan hiç rahatsız

olmuyor, sürekli hastanın kan kültür üremelerini soruyordu. Annenin refakatçi değişimine izin vermemesi, servis hemşirelerinden sürekli enjektör gibi tıbbi materyal isteğinde bulunması nedeniyle çocuk istismarından şüphelenildi. Hastanın annesi psikiyatri bölümüne konsülte edildi. Psikiyatri bölümüne, annenin ve çocuğun hastanede kalmasının, aile içi sosyal durumlarının iyi olmaması nedeniyle anne açısından istenen bir durum olduğu, bunun da BYB'yi desteklediği belirtildi. Hasta çocuk istismarı olarak değerlendirildi ve hastanemizin sosyal hizmetler birimine bildirildi. Resmi işlemler sosyal hizmetler uzmanı tarafından başlatıldı. Hastanın annesi ve babası ile annesinin dinlendirilmesi için refakatçi değişikliğinin yapılmasının gerekliliği konuşuldu ve ailesi ikna edildi. Refakatçi değişimi sonrası çocuğun kan kültüründe üreme ve ateş olmadı. Hastanın kliniği hızla düzeldi. Çocuk iki haftalık izlem sonrası taburcu edildi ve çocuk enfeksiyon polikliniğince takibe alındı. Takip amaçlı psikiyatri kliniğine yatırılan anne birkaç görüşme sonrasında çocuğun damar yolundan enjektör ile gaita kontaminasyonu yaptığını ifade etti. Annesinin psikiyatri servisinde yatışına devam edildi. Hastanın annesi 28 yaşında, ev hanımı, sosyal destek sorunları sebebiyle ilkökul üçüncü sınıftan terk idi. Altı kardeşin en küçüğüydü ve babasını bir yaşındayken kaybetmişti. Babasını hiç hatırlamıyor olması onun için büyük bir üzüntü kaynağıydı. Annesinin çok çalışkan bir kadın olduğunu, onları tek başına büyütülebilmek için insanüstü bir çaba sarf ettiğini anlattı. Küçük yaşlardan itibaren tarım işçisi olarak çalıştırılmıştı. 17 yaşından beri eşi, kayınvalide, kayınpeder, görümce ve kayınbiraderi ile yaşıyordu. Kayınvalidesini baskın, müdahaleci olarak algılıyor, kayınpederinden ise sevgiyle bahsediyordu. Onu sevgisi ve desteği nedeniyle, bir yaşında kaybettiği babasının yerine koyduğu anlaşıyordu.

Dokuz yaşında ve on sekiz aylık iki erkek çocuğu vardı. Büyük çocuğu kayınvalidesi tarafından büyütülmüştü. Onunla istediği gibi ilgilenememiş olmasına, büyük oğlunun kendisinden çok babaannesine yakın olmasına üzülmüyordu. Geniş aile olarak yaşamının zorluklarında, eve sık sık sık kalabalık misafir geldiğinden, evin gelini olarak onları ağırlamaktan ve bitmeyen ev işlerinden yakınıyordu. Ev içindeki ağır sorumlulukları nedeniyle çocuklarıyla istediği gibi ilgilenemediğini, bunun kendisini çok üzdüğünü anlattı. Çocuk servisindeki odada küçük oğlu ile yalnız kalmanın kendisine çok iyi geldiğini, hastanede eve göre daha mutlu hissettiğini ifade etti. Mani veya hipomani dönemi tariflemiyordu. Psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan annenin ruhsal durum muayenesinde duygudurumu subdepresif, duygulanımı duygudurumu ile uyumlu, enerji ve psikomotor aktivitesi doğal, düşünce süreci ve içeriği doğaldı. Uyku ve iştah normaldi. Psikiyatrik ölçek skorları: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS):20, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D):12, Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMRS): 4 olarak değerlendirildi. Psikometrik değerlendirme

için yapılan Rorschach testinde “gerçeği değerlendirme yetisi korunmuş, pasif-agresif kişilik özellikleri” saptandı (Erkoç ve ark. 1991, Akdemir ve ark. 2001). IQ testinden 70 puan almış olmakla birlikte, klinik değerlendirme ve sosyal işlevselliği dikkate alındığında normal sınırlarda veya donuk zeka düzeyinde olduğuna kanaat getirildi. Psikiyatri kliniğinde yatışı sırasında major depresif bozukluk tanısı ile sertralin 25 mg/gün başlandı ve aşamalı olarak 100 mg/gün’e yükseltildi. Hasta ve ailesi ile görüşmeler yapıldı. Hastanın da onayı ile eşi ile birlikte yapılan aile görüşmesinde, hastanın tanısı, altta yatan sebepler hakkında konuşuldu, hastanın desteklenmesi ve taburculuk sonrası poliklinik takiplerine düzenli olarak birlikte devam etmeleri konularında önerilerde bulunuldu. Yaklaşık bir yıl boyunca önce ayda iki, daha sonra da ayda bir şekilde poliklinik takiplerine devam edildi. Bir kısmına eşi de eşlik etti. Hastanın depresif semptomları gerilemişti, eşi yoğun destek sağlıyordu, kayınvalidesi de daha anlayışlı davranıyordu. Evdeki sorumlulukları azaltılmıştı, küçük oğlu ile yalnız bırakılmasa da onunla bol bol vakit geçirmesi için zaman sağlanmıştı. Hasta da sık sık bu değişikliklerden memnuniyetini dile getirdi. Eşi daha önce söz verdiği gibi kendilerine ait bir eve çıkmamış olsa da, aile içinde değişen aile dinamikleri ile hasta kendini daha huzurlu hissettiğini, kendini eskisine göre çok daha açık ifade ettiğini, eşinin ve kayınpederinin açık desteği ile kendini iyi hissettiğini ifade etmiştir. İlerleyen dönemde sekiz ay boyunca hasta poliklinik takiplerini kesmiş olsa da ilacını kullanmaya devam etmiş. Son poliklinik başvurusundan yaklaşık 1,5 yıl sonra hastanın eşi psikiyatri uzmanına eşinin ve çocuklarının iyi olduğunu, artık herhangi bir sorun yaşamadıklarını ifade etmiştir. Hasta son olarak, ilacı kesme isteği ile psikiyatri polikliniğe başvurmuştur. Remisyon hali devam eden hastaya sertralin dozunu tedrici olarak 50 mg/gün’e düşürmesi, bir ay sonra poliklinik kontrolüne gelmesi önerilmiştir.

TARTIŞMA

Literatürde BYB ile ilgili bildirimler çoğunlukla olgu sunumları şeklindedir. BYB nadir rastlanan bir bozukluk olarak değerlendirilse de, aslında güç tanı konan ve sıklıkla gözden kaçırılan bir bozukluk olduğu da vurgulanmaktadır. Bununla birlikte BYB’de mortalite oranlarının % 6-10 arasında değiştiği bildirilmektedir (Blyt ve ark. 2007). Meadow’un (1990) tanımladığı iki vakadan sonra literatüre giren BYB için Rosenberg (1987) dört tanımlayıcı özellik belirlemiştir:

1. Hastanın klinik yakınmaları, bakım vereni tarafından üretilir veya taklit edilir.
2. Öyküde sık tıbbi değerlendirme ve tedavi öyküsü mevcuttur.
3. Bakım veren, hastalığın etiyojisine dair bilgi vermekte direnç gösterir.

4. Bakım veren ve hasta ayrıldığında belirtiler ortadan kaybolur.

Türkiye’den az sayıda BYB olgu bildirimleri vardır (Foto-Özdemir ve ark. 2013, Türkmen ve ark. 2012, Foto-Özdemir ve ark. 2015). Ancak son yıllarda bunun çocuk istismarının bir formu ve adli bir durum olarak önemine dair bilinçlenme artmaktadır (Ağırtan ve ark. 2009, Küçüker ve ark. 2010)

Literatürde intravenöz kateter kontaminasyonuna sekonder bakteriyemi ile seyreden BYB olgusu oldukça nadirdir. Literatürde 19 olgu tanımlamıştır (Blyt ve ark. 20017). Sheridan ve arkadaşları (2003) ise inceledikleri 451 BYB olgusunun bildirildiği çalışmada vakaların %1,8’ini pediatrik sepsis vakaları oluşturmuş ve sepsisten sorumlu patojen sıklıkla polimikrobiyal ve enterik kökenli olarak tespit edilmiştir. Bizim vakamızda da benzer şekilde antibiyotik tedavisinde annenin sürekli intravenöz kateterden gaita kontaminasyonu yapması nedeniyle kontrol altına alınamayan gram negatif sepsis atakları oluşmuştur.

BYB’de bakım veren tarafından en sık ortaya çıkarılan klinik görünüm, epileptik nöbetler, apne, kusma-ışhal, astım ve alerjik reaksiyonlar şeklindedir (Rosenberg 1987). Bu olguda, bakım altındaki hastada sık enfeksiyon öyküsünün olması, hastanın yatışı boyunca kliniğini açıklayacak bir etiyojinin saptanamaması, tekrarlayan kan kültürü incelemelerinde sürekli gaita florası ile uyumlu üremenin olması, bakım veren annenin kültür incelemesi için gerekli materyali gizlemesinin tedavi ekibince gözlenmesi, bakım veren annenin başka bir refakatçiye izin vermemesi, refakatçi değiştirildiğinde hastanın kliniğinde hızlı bir iyileşme gözlenmesi ve tekrarlayan kan kültürlerinde üreme olmaması BYB tanısını desteklemiştir.

BYB’de bir diğer önemli tanısal özellik, bir bireyin bakımı altındaki başka bir bireyde psikolojik veya fiziksel belirtilerin, herhangi bir ikincil kazanç elde etme amacı olmaksızın, istemli olarak ortaya çıkarılmasıdır. BYB’de en önemli motivasyon, bakım verenin neden olduğu hasta rolünün benimsenmesidir. Ayırıcı tanıda değerlendirilmesi gereken en önemli durum temaruzdur. Temaruzda ortaya çıkarılan psikolojik veya fiziksel belirtilerde en önemli motivasyon, ikincil kazanç elde etmektir (American Psychiatric Association 2000). Bizim olgumuzda bakım verenin ortaya çıkardığı fiziksel belirtilerin altında ikincil kazanç elde etme motivasyonunun olmaması tanıyı temaruzdan uzaklaştırmıştır.

BYB’nin etiyojisi ile ilgili literatürde kesin bilgiler olmakla birlikte, bakım verenin çocukluk çağında ihmali ve bakım veren ile çocuk arasındaki patolojik ilişki üzerinde durulmuştur (Waller 1983). Libow ve Schreier’in (1986) önerdikleri modele göre BYB vakalarında bakım veren anneler üç gruba ayrılmıştır, “yardım arayıcılar (help seekers)”, “doktor bağımlıları (doctor addicts)” ve “aktif indükleyiciler (active

KAYNAKLAR

inducers)”. Yardım arayıcı annelerin en önemli özelliği, ebeveyn olarak kendi yetersizlik duyguları, anksiyete, depresyon ve tükenmişlikleri ile baş edebilmek için yardım alabilmek amacıyla belirti üretmeleridir. Yardım arayıcı anneler daha çok aile içi şiddete maruz kalan, daha fazla evlilik sorunları olan ve istenmeyen gebelik öyküsü daha çok olan annelerdir. Doktor bağımlıları grubundaki anneler ise, çocuklarının gerçekten hasta olduklarına neredeyse sanrı düzeyinde inanır ve aksi yöndeki kanıtlara asla inanmazlar. Libow ve Schreier (1986) doktor bağımlıları grubundaki anneleri güvensiz ve öfkeli olarak tanımlamış, kişilik bozukluğu olma olasılığının da bu grupta yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Aktif indükleyici grubundaki anneler, çocuklarında ciddi belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olurlar ancak tedavi ekibi ile ilişki kurulduğunda oldukça ilgili ve şefkatli görünmektedirler (Libow ve Schreier 1986). Bu sınıflandırmada bizim hastamız yardım arayıcı grubuna uymaktadır. Geniş ailede yaşayan, tüm ev işlerinin sorumluluğu kendisine yüklenen, eşi ve kayınvalidesinden destek alamayan hasta, çocuklarına annelik yapmasına fırsat tanınmadığını ifade etmiştir. İlk çocuğunu kayınvalidesinin büyüttüğünü, ikincisine kendisi bakmak istediğini, ama evdeyken bunu yapamadığını, hastane odasında bebeği ile yalnız kaldığını ve iyi hissettiğini söylemiştir. Psikiyatri servisine yatışı ve poliklinik takipleri sırasında eşinin de işbirliği sağlanarak, hastanın aile içinde desteklenmesi sağlanmış, aile içinde azalan çatışma ve tedavi ile hastanın isteklerini ve agresyonunu daha rahat ifade eder hale gelmesi ile BYB belirtilerinin yenilenmesinin önüne geçilmiştir. Bu da çok ağır ve fatal seyreden BYB (Küçükler ve ark. 2010) olgularının yanında nispeten daha hafif ve olumlu sonuçlanan bir olgu olarak önemli olabilir. Literatürde, etiyolojinin aydınlatılmadığı tedaviye dirençli vakalarda, klinik bulgularla uyumsuz hastalık öyküsü varlığında, bakım verenin uzaklaştırılmasıyla hastanın kliniğinde düzelleme olduğunda, ailesinde ani bebek ölümü öyküsü olduğunda BYB olasılığının akla gelmesi gerektiği belirtilmiştir (Jones ve ark. 1986).

BYB nadir görülse de, aslında sıklıkla gözden kaçan ve ölümcül sonuçlara sebep olabilen bir bozukluktur. Tanı koymanın oldukça güç olduğu bu bozuklukta, erken tanı oldukça önemlidir. Şüpheli olgularda da disiplinler arası ekip çalışması, bu bozuklukta olumsuz sonuçların önüne geçebilmek için gereklidir.

- Abeln B, Love R (2018) An over of Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy. *Nurs Clin North Am* 53:375-84.
- Ağırtan C A, Akar T, Akbaş S ve ark. (2009) Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: identifying the strongest link can make a difference! *Child Abuse & Neglect* 33: 247–55.
- Akdemir A, Türkçapar SD, Örsel N ve ark. (2001) Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton depression rating scale. *Compr Psychiatr* 42: 161-5
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Blyt CC, Russell S, Zwi KJ ve ark. (2007) Munchausen syndrome by Proxy and recurrent polymicrobial bacteremia. *Pediatr Infect Dis J* 26:191.
- Feldman KW, Hickman RO (1998) The central venous catheter as a source of medical chaos in Munchausen syndrome by proxy. *J Pediatr Surg* 33:623-7.
- Foto-Özdemir D, Yalçın S S, Zekil A ve ark. (2013) Munchausen syndrome by proxy presented as recurrent respiratory arrest and thigh abscess: a case study and overview. *The Turkish Journal of Pediatrics* 55:337-43
- Foto-Özdemir D, Yalçın S S, Akgül S ve ark. (2015) Munchausen by proxy syndrome: a case series study from Turkey. *J Fam Viol*.
- Jones JG, Butler HL, Hamilton B ve ark. (1986) Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 10:33–40.
- Karakoç Demirkaya S, Tağlı S, Aksu H (2016) Hipoglisemi nöbetleri ile başvuran tip-1 diyabetes mellitus tanılı ergen olguda Munchausen sendromu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 17 (Ek.3):91-3
- Küçükler H, Demir T, Oral R ve ark. (2010) Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome). *Pediatric Diabetes* 11:572–8
- Libow JA, Schreier HA (1986) Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry* 56:602-11.
- Makar AF, Squier PJ (1990) Munchausen syndrome by proxy: father as a perpetrator. *Pediatrics* 85:370–3.
- Meadow R (1990) Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *J Pediatr* 117:351–7.
- McClure RJ, Davis PM, Meadow SR ve ark. (1996) Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 75:57–61.
- Richardson GF (1987) Munchausen syndrome by proxy. *Am Fam Physician* 36:119–23.
- Rosenberg, DA (1987) Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect* 11: 547–63.
- Sheridan MS (2003) The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 27:431-51.
- Erkoç Ş, Arkoç O, Ataklı C ve ark. (1991) Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 4:20-4.
- Türkmen Z, Ziyalar N, Tari I ve ark. (2012) Toxicological evaluation of two children diagnosed as Munchausen syndrome by proxy. *The Turkish Journal of Pediatrics* 54:283-6
- Waller DA (1983) Obstacles to the treatment of Munchausen by proxy syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 22: 80-5.