

ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕХОД  
ОТ СИНДРОМ НА МЮНХАУЗЕН  
ДО ФАКТИТИВНО РАЗСТРОЙСТВО,  
НАЛОЖЕНО НА ДРУГ:  
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Елена Иванова\*  
Пресиян Бургов\*\*

HISTORICAL TRANSITION  
FROM MUNCHAUSEN SYNDROME  
TO FACTITIOUS DISORDER  
IMPOSED ON ANOTHER:  
A CLINICAL CASE

Elena Ivanova  
Presiyan Burgov

DOI: 10.54664/UNSA8477

**Abstract:** Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA) is a rare but clinically and socially significant condition in which a caregiver intentionally induces, simulates, or exaggerates symptoms in a dependent individual, most often a child. The concept has evolved from early descriptions of Munchausen syndrome to its current classification in ICD-11, reflecting clearer diagnostic criteria and emphasis on objective indicators, including discrepancies between reported and observed symptoms and their dependence on the caregiver's presence. Evidence shows that victims are mainly children and adolescents with heterogeneous clinical presentations and associated emotional and behavioral difficulties, while perpetrators are most often women with relatively stable social status and frequent engagement with healthcare services. FDIA is associated with adverse outcomes such as iatrogenic harm, impaired psychosocial development, and institutional

\* Елена Иванова – доц., д-р, дм – Катедра по психиатрия и медицинска психология, Медицински университет, гр. София.

\*\* Пресиян Бургов – доц. д-р, преподавател в катедра „Психология“ на ФИИ към ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“.

involvement. Early identification and coordinated multidisciplinary management, including psychological assessment, are essential to ensure child safety and minimize harm.

**Keywords:** Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA), Munchausen syndrome by proxy, child abuse, clinical diagnosis, and psychological assessment.

“Munchausen syndrome” се използва за описание на пациенти, които умишлено симулират или „изфабрикуват“ симптоми с цел да заемат ролята на болен (Asher, 1951: 339). Наименованието на този синдром е вдъхновено от барон Мюнхаузен, чиито истории са поредица от преувеличени и фантастични наративи, и служат като концептуална основа за формирането на синдрома. Това се обяснява с обстоятелството, че макар да не представляват клинични наблюдения, в тях се открояват повтарящи се модели, наподобяващи конфабулация, симулация и склонност към преувеличаване на лични качества и способности, които могат да се интерпретират като аналогии на психични феномени.

С въвеждането на понятието “Munchausen syndrome by proxy” се обозначават състояния, при които грижещия се възрастен индуцира, преувеличава или симулира симптоми у зависимия от грижите, най-често дете (Meadow, 1977: 343). Синдромът може да бъде разглеждан като форма на насилие над деца, при която грижещият за тях съзнателно индуцира, преувеличава или симулира различни симптоми (Sheridan, 2003: 439).

През годините изследователите (Rosenberg, 1987: 262; Meadow, 1977: 344; Ayoub, 2002: 6) акцентират върху негативните социални последици от синдрома, изразяващи се в нарушения на нормалното психосоциално развитие на детето, изграждането на привързаността и затруднени доверителни отношения, както и дефицити в междуличностните взаимоотношения, повишен риск от емоционални и поведенчески проблеми в дългосрочен план. Според тях състоянието води до социална изолация, чести и ненужни медицински интервенции, значителни финансови разходи от страна на здравната система в търсенето на заболяване. Анга-

жират се и други ресурси на общността – социалните служби и правните институции.

Исторически концепцията за синдрома се основава на единични клинични наблюдения, като в началото поражда значителни дискусии, преди да получи широко признание. Терминологията също претърпява развитие от *Factitious disorder by proxy, Fabricated or induced illness* до *Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA)*, което е част от МКБ-11 и DSM-5.

Приемането на FDIA от общността се дължи вероятно на по-неутрално описание, като същевременно с това се поставя акцент върху клиничните характеристики на разстройството. Вниманието е насочено към засегнатото лице, като се ограничават стигматизиращите интерпретации. В МКБ-11 FDIA не се изисква лицето спрямо, което се индуцират или симулират симптоми да бъде непременно дете, а обхваща в по-широк смисъл – зависимите лица.

В медицинската литература преобладават случаи при деца, което отразява историческия контекст на понятието “*Munchausen syndrome by proxy*” като форма на детско насилие. От друга страна опитите за разграничаване на проявите (с преобладаващо соматични симптоми или с психични и поведенчески характеристики) има повече аналитичен характер и не са свързани с нозологичната диференциация, тъй като водещ си остава общият поведенчески модел, характерен за състоянието.

#### *Клиничен случай на FDIA*

Момче на 8 години, ученик във II клас, живеещо с майката след раздяла на родителите. Бащата поддържа много ограничен контакт с детето през лятото, тъй като е създал друго семейство и живее в чужбина.

Бременността и раждането са протекли нормално без усложнения. Няма данни за перинатални рискови фактори или ранни нарушения в развитието. Майката описва детето като „често боледуващо“ и „физически крехко“. До 3-годишна възраст момчето било отглеждано от родителите си, които получавали

подкрепа от членовете на разширеното семейство на майката и бащата.

След навършването на 3-годишна възраст започнало да посещава детска градина, но често отсъствало поради боледуване от респираторни инфекции. Периодът на адаптация към посещения в детската градина бил по-продължителен, тъй като съвпаднал със засилването на родителския конфликт. По препоръка на учителите от детската градина родителите и детето провели няколко консултации с психолог. Отчетено било подобрение в регулацията на поведението при детето. При завършването на предучилищната група било потвърдено, че детето има училищна готовност и може да постъпи в първи клас.

Сколаризацията на 7-годишна възраст. Началото на обучението при детето в училище съвпаднало с бракоразводното дело, като това довело до нарушения по отношение на емоционалната и поведенческата регулация, при детето. Майката и детето двукратно били посетени от социален работник, с оглед на изготвянето на социален доклад по бракоразводното дело. Съдът присъдил родителските права на майката, като на бащата бил определен режим на лични отношения с детето.

Училището било запознато с динамиката в семейните отношения и предложило психологична подкрепа за детето, както и при необходимост консултиране на родителите. Майката отказала тяхното провеждане.

Детето често отсъствало от учебните занимания поради здравословни причини. При проведен разговор с майката било изтъкнато наличието на „хранителни“ неразположения на детето налагащи провеждането на допълнителни консултации и изследвания, както и спазването на „стриктен“ диетичен режим.

По данни от педиатъра за период от 18 месеца майката многократно търсила медицинска помощ, по повод на повтарящи се епизоди на повръщане, диария и абдоминална болка. Детето било насочено за провеждането на изследвания и консултации със специалисти. Майката настоявала пред различните специалисти за „разширяване“ на изследванията и провеждането на

допълнителни консултации. През посочения период били извършени многократни лабораторни изследвания, които при внимателен анализ не установяват наличието на съществена динамика в хематологичните и биохимичните показатели, включително и в електролитния баланс. На детето било проведено гастроскопско изследване, което не установило наличието на патологичен процес, които да обясни споделяните от майката симптоми у детето.

Майката продължила да настоява медицинските специалисти да насочат детето към невроизобразителни изследвания, с оглед на изключването на „мозъчна причина за повръщането“. Последвала консултация с невролог, които след проведен преглед на детето не установил наличието на индикации за провеждането на невроизобразително изследване.

Общопрактикуващият лекар, които бил запознат със семейната динамика направил опит да насочи майката към консултация с психолог, която тя категорично отказала. Последвала гневна реакция от страна майката, тъй като лекаря настоявал да бъдат преустановени прегледите и изследвания при детето, тъй то е в добро здраве. Проведените до момента изследвания не установили обективна медицинска находка, която да обяснява съобщаваната от майката симптоматика.

Общопрактикуващият лекар провел разговор и с членове от разширеното семейство по бащина линия, тъй като били пациенти в неговата практика. Информирал ги за своите опасения и необходимостта да се получи информация за състоянието на детето в училище, както и необходимостта да бъде информиран бащата.

По настояване на своите родители бащата разговарял с медицинската сестра, преподавателите и психолога в училището, които потвърдили наблюдаваната от тях тенденция към редуциране или пълно отзвучаване на симптомите, при ограничаване на присъствието на майката. В училище детето се хранило заедно със своите съученици в училщния стол и не били наблюдавани твърденията от майката – „неразположения“ след прием на обща храна.

Допусната била хипотезата за вероятно умишлено индуциране или симулиране на симптоми от страна на майката у детето. На бащата била дадена препоръката за консултирането им, включително и на детето с детски психиатър и психолог.

При детето били установени проявите на ситуативна тревожност, повишена зависимост, както и емоционални и поведенчески реакции, съответстващи на дезадаптивен отговор към продължителен психосоциален стрес, изразяващ се в несигурност, повишена нужда от подкрепа и засилена фиксация върху телесни оплаквания. Наблюдаваните прояви били интерпретирани в по-широк контекст на нарушеното психосоциално функциониране на детето в условия на неблагоприятна семейна среда за по-продължителен период от време и в много ранна възраст.

В хода на консултирането при майката били установени травматични преживявания свързани с ранната раздяла на нейните родители и отглеждането ѝ от членовете на разширеното семейство. При майката били диагностицирани тревожно-депресивни преживявания, които изисквали провеждането на преглед от психиатър, както и разглеждането на необходимостта от провеждането на медикаментозна терапия. Майката била насочена към социалните служби за включване в предлаганите от тях програми свързани с консултирането на родители и провеждането на родителски тренинг. Обсъдена била възможността за временно настаняване на детето в разширеното семейство по бащина линия, с цел осигуряване на стабилна и защитена среда.

Анализът на представения клиничен случай всъщност отразява прехода от първоначалните клинични изяви, през диагностичните затруднения до формирането на хипотеза и разбиране на FDIA, което подпомага по-прецизното разпознаване и интерпретиране на случаите до включването му като самостоятелна диагноза в МКБ-11.

Ранните клинични описания на състоянието също показват, че по време на хоспитализация, симптомите отслабват или изчезват при ограничаване на контакта с майката (Meadow, 1977: 345). Изследователи (Sheridan, 2003: 447) посочват, че при провежда-

нето на интервю само с детето могат да бъдат отчетени прояви на тревожност и страх от неодобрение, но не се отчита „болестната“ симптоматика. Тези емпирични наблюдения намират потвърждение в съвременните диагностични концепции, включително МКБ-11, където се акцентира върху несъответствието между клиничната картина и обективните данни, както и върху зависимостта на симптомите в контекста на грижещия се.

Диагностичните критерии за FDIA в рамките на DSM-5 и МКБ-11 отразяват сходства, така и някои концептуални различия в дефинирането и отразяване на акцентите при това разстройство. В DSM-5 състоянието се дефинира като умишлено индуциране или симулиране на физически, или психични симптоми у друго лице. Поведението се мотивира от психологическа необходимост да се поеме ролята на болногледач – активно участие в грижата за зависимото лице и изпълнението на ролята на посредник в лечебния процес. Налице е съществено несъответствие между съобщаваните или наблюдаваните симптоми и обективните клинични находки, като симптоматиката често варира в зависимост от присъствието на грижещия се и може да се редуцира или изчезва при ограничаване на контакта с него.

В МКБ-10 състоянието е представено като преднамерено или симулирано разстройство (F68.1), като фокуса е върху умишленото предизвикване или фалшифициране на симптоми, ориентирани към провеждането на медицински преглед и интервенция. В МКБ-11 състоянието се определя като фактитивно разстройство, наложено на друг (6B40) обхващащо соматични и психични симптоми. Сходни са с диагностичните критерии в DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992; World Health Organization, 2019). Тези характеристики подпомагат клиничното разпознаване на състоянието и подчертават необходимостта от внимателна диференциална диагноза и координиран подход между отделните специалисти.

Съществуват и различия между DSM-5 и МКБ-11 по отношение на FDIA. В DSM-5 се поставя по-изразен акцент върху психологическата мотивация на извършителя, по-специално

стремежа да заемане на ролята на болногледач и липсата на други външни стимули, което се разглежда като съществен диагностичен елемент. За разлика от това, МКБ-11 акцентира основно върху поведенческите прояви, свързани с умишленото индуциране или фалшифициране на симптоми, без да изисква в същата степен експлицитно установяване на вътрешната мотивация. Освен това DSM-5 предлага по-детайлно и описателно представяне на диагностичните критерии, включително по-широко разглеждане на контекстта между извършителя и жертвата, докато МКБ-11 има по-обобщена формулировка, която допуска по-голяма клинична гъвкавост.

Обобщените резултати (Wang, 2026: 6) базираци се на 314 изследвания, обхващащи 455 извършители и 469 жертви, прави опит да опише относително постоянен и последовател „профил“ на извършителите и на жертвите. Анализът показват, че повечето от жертвите са деца (28,36%) и юноши (27,93%), като мъжете са малко повече (56,50%) отколкото жените (43,50%). Повечето извършители са жени (92,75%), омъжени (52,09%), образовани (30,33%), работещи (26,59%) и със сравнително добър икономически статус (20,44%). Както жертвите, така и извършителите са имали физически, психологически и поведенчески проблеми. При FDIA най-честите са медицинските интервенции и провеждането на терапия, което е получено от 25,49% от извършителите и 40,51% от жертвите. Най-често спрямо жертвите е било предоставянето на приемна грижа или друга социална услуга (14,50%), като спрямо част от извършителите (29,67%) са понасяли и наказателна отговорност.

Ключова е ролята на психолога при наличието на съмнение за FDIA, диагностично-терапевтичният процес изискващ етапност, систематичност и мултидисциплинарен подход. По този начин може ранно и своевременно да бъде разпознат FDIA и по този начин да се гарантира безопасността на пострадалия.

Началният етап се основава на идентифициране на клинични индикатори, включващи несъответствие между съобщаваните симптоми и обективните медицински находки, повтарящи се хос-

питализации в различни лечебни заведения, както и зависимост на симптоматиката от присъствието на конкретен грижещ се. Психологът активно участва в етапа на формулиране на клинична хипотеза без да бъдат отправяни директни обвинения. Следва задълбочено събиране и анализ на медицинската документация и анамнестичните данни, включително проследяване на хронологията на симптомите, оценка на консистентността на данните и контролирано наблюдение на жертвата, при възможност и в условия на ограничен контакт с предполагаемия извършител, като ключов диагностичен „белег“ остава степеното намаляване на на симптомите при разделяне.

Психологичната оценка включва самостоятелното провеждане на интервю с жертвата, съобразено с възрастово и когнитивно ниво. В хода на оценката се анализират нивата на тревожност, зависимост и внушаемост, както и наличието на травматични преживявания и емоционално-поведенчески нарушения. Паралелно с това се извършва анализ на поведението и наративите на извършителя с фокус върху възможни противоречия, драматизация и прекомерна идентификация с ролята на грижещ се. Важно е да се подчертае, че диагностичната категория се отнася до поведението на грижещия се. Събраните данни се обсъждат в рамките на мултидисциплинарен екип, с цел оценка на риска и вземане на решение относно необходимостта от сигнализиране към компетентните институции. При наличие на обоснован риск се предприемат защитни мерки, включително ограничаване на контакта с предполагаемия извършител и осигуряване на безопасна среда, съобразно нормативната рамка.

Психологът има съществена роля и в последващото проследяване, като участва в оценката на динамиката на симптомите, подпомага възстановяването на автономността и редуцирането на тревожността, както и работи за преодоляване на последствията от травмата. Процесът като цяло е динамичен и изисква регулярна преоценка на състоянието и адаптиране на интервенциите, като водещ принцип е защитата на пострадалия, основана

на обективни данни и координирано взаимодействие между различните специалисти.

Бъдещи изследвания: Съвремените постижения на невроизобразителната техника биха дали възможност за по-цялостното разбиране на това състояние. FDIA се разглежда като поведенчески и психодинамично обусловен феномен, а не като състояние с ясно установена невробиологична етиология.

Теоретичните модели при различните психични разстройства (ПР) допуснат наличието на нарушена функционална свързаност във фронто-лимбичните структури (префронталния кортекс, който отговаря за изпълнителния контрол и етичната преценка), както и лимбични структури (амигдалата, която е свързана с регулация на емоциите и емпатията). Обсъжда се и ролята на системите за възнаграждане, включително допаминергичните пътища, които могат да поддържат патологичното поведение чрез механизми на външно подкрепление, свързани с получаване на внимание и медицинска грижа.

Липсват систематични невроизобразителни изследвания, което вероятно се дължи на рядкостта на FDIA, диагностичните затруднения, етичните ограничения при изследване на насилие над деца, както и хетерогенността на клиничните прояви и честата коморбидност с други ПР (Abdurrachid, 2022: 3; Flaherty, 2019: 346). Систематичните обзори подчертават значителната диагностична сложност и клинична вариабилност на състоянието, както и честата съпътстваща психопатология, включително депресивни и личностови разстройства, което допълнително затруднява изясняването на специфичните невробиологични механизми (Day, 2017: 2).

В този контекст FDIA се интерпретира като разстройство, при което поведенческите механизми, личностовите характеристики и психодинамичните фактори имат водеща роля, докато невробиологичните корелати остават недостатъчно изяснени, което подчертава необходимостта от бъдещи изследвания с използване на функционални невроизобразителни методи за по-прецизно

моделиране на засегнатите мозъчни мрежи и тяхната връзка с клиничната изява.

## БИБЛИОГРАФИЯ / REFERENCES

**Abdurrachid, N., Gama Marques, J.** (2022). “Munchausen syndrome by Proxy (MSBP): A review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA)”. *CNS Spectrums*, 27 (1), pp. 16–26.

**Asher, R.** (1951). “Munchausen’s syndrome”. *The Lancet*, 257, pp. 339–341.

**Ayoub, C. C., Alexander, R.** (2002). “Munchausen syndrome by proxy: A review of the literature”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (4), pp. 499–510.

**Day, L. B., Faust, J., Black, R. A., Day, D. O., Alexander, A.** (2017). “Personality profiles of factitious disorder imposed on another: a comparative analysis”. *Journal of Child Custody*, 14 (2–3), pp. 107–125.

**Meadow, R.** (1977). “Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse”. *The Lancet*, 310 (8033), pp. 343–345.

**Rosenberg, D. A.** (1987). “Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy”. *Child Abuse & Neglect*, 11 (4), pp. 547–563.

**Sheridan, M. S.** (2003). “The deceit continues: An updated literature review of Munchausen syndrome by proxy”. *Child Abuse & Neglect*, 27 (4), pp. 431–451.

**Walters, I. C., MacIntosh, R., Blake, K. D.** (2019). “A case report and literature review: Factitious disorder imposed on another and malingering by proxy”. *Paediatrics & Child Health*, 25 (6), pp. 345–348.

**Wang, D., Zhao, M., Yin, J., La, Y.** (2026). “Characteristics, interventions, and outcomes of factitious disorder imposed on another (FDIA): A systematic review of 455 perpetrators and 469 victims”. *Frontiers in Public Health*, 13.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

**World Health Organization.** (1992). *International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

**World Health Organization.** (2019). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/>