

**Göran Bodegård**, överläkare, med dr, specialist i barn- och ungdomspsykiatri samt pediatrik, leg psykoterapeut, psykoanalytiker, BUP-divisionen Stockholms läns landsting, Karolinska sjukhuset, Stockholm ([goran.bodegard@bup.sll.se](mailto:goran.bodegard@bup.sll.se))

## »Münchausen by proxy«-syndromet

### När en till synes engagerad förälder förfalskar sitt barns symtom

II Den goda patient-läkarrelationen är en gemenskap mellan läkare och patient i kampen mot fienden, sjukdomen. I barnsjukvården bör familjen vara den starka resurs som vi läkare samarbetar med mot barnets sjukdom. En förutsättning är att vi kan etablera en god samsyn med föräldrarna om hur barnet bör behandlas.

Det är dock inte alltid så, att familjen utgör en positiv resurs. Den goda relationen mellan läkare och patient/familj bryter samman när det blir uppenbart att aggressiv, dvs barnets sjukdom, inte alls är en »biologisk olyckshändelse« utan finns *inne* i systemet och är ett uttryck för mänsklig ondska. Vi har fått lära oss och förstått att det finns barn också i vårt land som utsätts för fysisk och psykisk misshandel och sexuella övergrepp i sin egen familj. Detta är inte något nytt, men de senaste decennierna har problemen uppmärksammats alltmer.

#### Dramatisk förskjutning av perspektiven

Till denna grupp av allvarliga familjestörningar hör också det nu alltmer uppmärksammande »Münchausen by proxy«-syndromet: En förälder förlägger sitt eget vård- och uppmärksamhetsbehov till sitt barn. Barnet bringas att producera förfalskade sjukdomssymtom som används som anledning att söka vård. Föräldern förvränger barnets fysiska och psykiska verklighet på ett konkret, till och med livsfarligt, sätt i denna speciella form av barnmisshandel.

När en läkare misstänker eller förstår och inser att den till synes angelägna och hjälpsökande mamman i själva verket är en barnmisshandlare sker en dramatisk förskjutning av perspektiven. Det föreligger inte någon »yttre fiende« i form av en sjukdom att diagnostisera och kraftsamla emot. Barnets viktigaste resurs och vår samarbetspartner, familjen, har blivit något helt annat. De väsentliga komplikationer som uppkommer beror inte bara på den fundamentala förändringen av förutsättningarna för samarbetet utan också på de nya formella juridiska omständigheter som inträder när man som läkare får grundad anledning att misstänka att ett barn far illa i sin familj. Anmälningssplikten enligt §71 Socialtjänstlagen [1] skapar en helt ny situation som inte är självklar i patient-läkarrelationen.

Sedan början av 1990-talet finns konkreta tydliga riktlinjer för hur man skall handlägga misstänkta fall av misshandel och övergrepp mot barn med beaktande av formella regelverk och goda vårdprinciper [2, 3]. Man kan tycka att det nu borde

Se även artiklarna med start på sid 2298 i detta nummer.

finnas god stabilitet i rutinerna på detta område. Så är emellertid inte alls fallet. Helheten är uppenbarligen alltför svår och komplicerad.

#### Vem har ansvaret?

Primärt är »Münchausen by proxy«-fallen oftast en angelägenhet för barnläkaren och allmänläkaren. Först sekundärt kan de hamna hos barnpsykiatern. När det föreligger grundade misstankar om att ett barns ohälsa framkallas genom misshandel eller övergrepp i familjen föreligger anmälningssplikten (§71 Socialtjänstlagen) till socialtjänsten.

Tertiärt är alltså också socialarbetaren en aktör i handläggningen. Det är för övrigt socialtjänsten som har det överordnade ansvaret för samordningen av insatserna vid utredningen, och det är detta som motiverar anmälningssplikten. Det är också i praktiken oftast socialmyndigheten som ombesörjer polisanmälan. I fjärde hand är alltså polismyndigheten-brottsutredaren en aktör i handläggningen.

Varje aktör motsvarar ett särskilt perspektiv på uppfattningen om och handläggningen av dessa ärenden. Det är inte alls genast självklart hur barnläkaren, barnpsykiatern, socialarbetaren respektive polisen skall fördela arbete och ansvar, hur insatser skall serie- eller parallellkopplas. De olika perspektiven kan hamna på direkt kollisionskurs. En välmotiverad familjepsykiatrisk intervention kan komma i direkt motsatsställning till vad som krävs i lagen för att skydda barnet. Frågan om hur den misstänkta föräldern får umgås med sitt barn när en polisiär förundersökning pågår är också svår. Vem får eller är skyldig att föranstalta om t ex övervakning och skydd, införskaffande av handlingar etc när föräldrarna, vilket inte sällan är fallet, direkt förbjuder sådana åtgärder? Vilka åtgärder kan bara genomföras om barnet omhändertagits enligt lagen om vård av unga (LVU)?

Det skall inte vara läkarens uppgift att juridiskt bevisa att »Münchausen by proxy« föreligger! Ansvaret att utreda till den nivå skall åvila andra aktörer i handläggningen, dvs socialtjänst och polismyndighet. Paragraf 71 tvingar alltså läkare att förhålla sig på ett sätt som varken är självklart eller normalt för läkarrollen. Sekretessen mellan läkare och patient

bryts när anmälningsplikt och vittnesplikt föreligger. Att socialmyndigheten har samordningsansvaret inskränker dessutom läkarens sedvanliga handlingsfrihet baserad på medicinsk kunskap och etik. Förvisso kan de olika aktörerna samarbeta på ett gynnsamt sätt. Paragraf 71 blir då den stabiliserande faktor med fokus på barnets bästa som den är avsedd att vara. Men i många fall fungerar inte samarbetet.

### Stort mörkertal

Det finns ett stort mörkertal av misstänkta misshandels- och övergreppsfall som aldrig anmäls till socialmyndigheten, fall som anmäls till socialtjänsten men inte förs vidare, fall som polisanmäls men där förundersökning aldrig inleds och fall där förundersökningen läggs ned osv. De faktorer som styr här är dessvärre inte alltid rationella och sakliga, utan präglade av olika traditioner och rutiner, olika sätt att uppfatta anmälningsplikten i relation till egna yrkesetiska krav, olika sätt att bedöma förundersökningsmaterial osv.

Man kan redovisa det antal fall av barnmisshandel och övergrepp som går till åtal, och hur många som ledde till fällande dom. Men antalet fall som försvinner dessförinnan är okänt.

### Föräldraskap som rymmer brottslighet

En helt ny scen öppnar sig när en polisanmälan gjorts, en förundersökning startas och, i förlängningen, en rättegång äger rum. De juridiska och fiskala målsättningar som då råder är inte alltid möjliga att integrera med t ex familje-/psykiatriska aspekter. Föräldern blir en förövare, en straffdömd brottsling. Handläggningen av brottmålet kan dock skapa en starkt bekräftande och verklighetsförankrande effekt, även om följderna kan innebära en katastrof i presens för familjen sådan den tidigare varit och fungerat.

Det föreligger en väsentlig skillnad mellan det underlag som behövs för en medicinskt psykiatrisk diagnos och den sammanvägda bevisvärdering som krävs för en fällande dom i en rättegång. Ett klinisk material som väl motiverar diagnosen »Münchhausen by proxy« eller sexuella övergrepp svarar inte nödvändigtvis mot juridikens krav på »bortom allt rimligt tvivel« [4]. Det uppstår alltid en förvirrande situation när ett ärende prövats i domstol och den misstänkte frias, men när man ändå på den barnpsykiatriska kliniken och socialmyndigheten bedömt att misshandel eller övergrepp skett. Det kan då bli svårt att finna en gemensam bas för ett vidare arbete mot reparativa mål.

### Barnets trovärdighet

Eftersom det ofta är barnets uppgifter och beteende som startar hela processen är barns trovärdighet ett mycket väsentligt problemområde. Aktuell svensk forskning [5, 6] talar för att psykologisk expertis av olika slag involverade i juridiska trovärdighetsbedömningar av barns utsagor och vittnesmål inte säkert tillför något positivt och avgörande till den juridiska processen. Detta utesluter inte att barn kan vara trovärdiga, utan speglar mer en stor brist på konsensus avseende metoder [6-8] mellan olika psykologiska experter och skolor.

Än viktigare för komplexiteten här är dock de djuppsykologiska förhållanden som råder när ett barn skall vittna mot en egen förälder, eller förväntas berätta om upplevelser som kan vara alltför oerhörda för att kunna medvetandegöras och sättas ord på. Barns uppfattningar om t ex egen delaktighet och skuld, liksom starka och av separationsångest och bestraffningsrädsla präglade band till en förälder som är förövare, kan förvränga minnen

och upplevelser så att berättelsernas juridiska värde påverkas starkt. Barn är djupt beroende av dem som skapat miljön och världen omkring dem, nära nog oavsett hur föräldern än betett sig. Skenbar lojalitet som har drag av, eller är, »folie à deux« skall förstås på det sättet.

De nödvändiga och högprioriterade juridiska processerna kan leda till en total och bestående distansering till alla reparativa ansatser. Barnpsykiatrin kan avvisas helt av familjen. Socialmyndigheten kan komma att bli ensam aktör, och då enbart på grund av att denna samhällsinstans inte kan avvisas av den kränkta familjen. Det händer också att barnet förskjuts av förövaren och resten av familjen, och då uppstår en ny mycket svår livssituation för barnet.

### Barnpsykiatrins roll

Vad kan barn- och ungdomspsykiatrin bidra med i dessa ärenden och under dessa svåra och inte sällan kaotiska förhållanden? Barnpsykiatrins uppgifter är generellt »att förstå ett barns psykiska ohälsa och sträva efter att (åter)skapa en utvecklingsbefrämjande livssituation«.

Vad är det som man måste förstå i dessa fall, och är sedvanligt barnpsykiatriskt arbete motiverat och genomförbart? Skall inte föräldrar som gravt förgripit sig på sina barn skiljas från barnen, och barnen erbjudas sin fortsatta uppväxt tillsammans med andra vuxna? Tvärtemot vad man skulle kunna tro är bindningarna mellan barn och föräldrar ofta utomordentligt starka i dessa problemfyllda och patologiska familjer, och just detta kräver en mycket stor hänsyn i ett behandlingsarbete.

Ofta hävdas att barnmisshandel skall uppfattas som orsakad av »omsorgssvikt« hos föräldrarna. Det ordet är för »passivt« och kan göra att man inte ser problemet i hela dess vidd. Det finns ett stort spektrum av omsorgsstörningar: från tillfälliga reversibla sviktillstånd, som tydligt beror på belastande livssituationer, till synnerligen artfrämmande psykopatologiskt genererade förhållningssätt gentemot barn som beror på

*När en läkare misstänker eller förstår och inser att den till synes angelägna och hjälpsökande mamman i själva verket är en barnmisshandlare sker en dramatisk förskjutning av perspektiven. Det föreligger inte någon »yttre fiende« i form av en sjukdom att diagnostisera och kraftsamla emot. Barnets viktigaste resurs och vår samarbetspartner, familjen, har blivit något helt annat.*

svåra psykopatologiska tillstånd hos föräldrarna. Det är då inte fråga om passiv vanvård eller försummelse, utan aktiva onda handlingar där förövaren helt förlorat förmågan att förstå och respektera barnet som en egen individ.

En barnpsykiatrisk utredning måste mycket tydligt och konkret klarlägga dels relationen mellan barnet och föräldern/förövaren, dels hur förälderns omsorgsförmåga ter sig. Omsorgsförmågan analyseras genom att man systematiskt studerar förälderns förmåga att förstå och tillfredsställa barnets basala fysiska och psykiska behov. Föräldern måste ha respekt för barnets både fysiska och psykiska integritet och måste ha förmåga att sätta adekvata gränser [9].

Vidare måste förälderns förmåga till samsyn bedömas: Kan föräldern se och förstå barnets situation på samma sätt som en neutral professionell bedömare? Bara då kan föräldern tänkas aktivt delta i sådana förändringar som är nödvändiga för att (åter)söka en utvecklingsbefrämjande livssituation, där innehållet i behandlingen främst är att tillföra det som saknas.

### Starka band även i den störda familjen

På grund av de mycket starka, om än patologiska, band som föreligger i många av dessa familjer skall målsättningen vara att hela familjen, inklusive förövaren, skall involveras i behandlingsarbetet. Detta är bara möjligt om två specifika förutsättningar är uppfyllda:

- *Den s k skyddsaspekten måste vara säkrad*, dvs återfall eller fortsatt misshandel och övergrepp måste vara omöjliggjorda.
- *Barnet måste ha en egen bärande kontakt med en neutral vuxen*, »det goda vittnet«, som skall vara barnets stabila referens för normala sociala värderingar.

I praktiken måste både utredningen och behandlingen ofta vara ett långvarigt samarbete mellan social myndighet och barnpsykiatri, inte sällan med barnet omhändertaget enligt Lagen om vård av unga (LVU), ibland med institutionsplacering av barnet eller hela familjen

### Neuropsykiatriska tillstånd hos förövaren

Hos förövare finns ofta olika neuropsykiatriska tillstånd representerade, liksom psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar [10, 11]. Psykiatriska bedömningar av förövaren kan ge förslag till behandlingsåtgärder (om förövaren är motiverad). De ersätter dock aldrig analyser av förövarens omsorgsförmåga när man skall ta ställning till åtgärder i familjen. Utöver psykopatologi hos förövaren föreligger ett samband mellan sociala missförhållanden/misär och barnmisshandel [10]. Det finns därför ett politiskt samhällsansvar att ställa tillräckliga resurser till förfogande för att identifiera och behandla dessa problem.

### Hur går det för barnen?

Man vet ännu för lite om hur det går för de misshandlade barnen. Systematiserade studier saknas. Vi vet dock att många vuxna som söker hjälp för psykisk ohälsa har upplevelser av misshandel och övergrepp i barndomen. Studier från andra länder är av begränsat värde för oss, eftersom de formella juridiska regelverkan varierar från land till land [12]. Hos oss kan t ex en »förövare« inte själv söka medicinsk psykiatrisk hjälp utan tvång på att också de legala aspekterna aktiveras [13]. S k alternativa påföljder, där kontrakterad behandling ges i stället för fängelsestraff, anses ej juridiskt möjliga i vårt land [14].

Det är mycket viktigt att dessa allvarliga familjestörningar identifieras. För att detta skall vara möjligt måste de ansvariga samhällsinstanserna ha inte bara god kunskap om utan

också »kulturkompetens« avseende dessa mycket speciella familjeförhållanden. Den kompetensen kräver insikt i dels att det finns barn också i vårt samhälle som lever under förfärliga familjeförhållanden, dels att man ännu inte kan knyta välplanerade och fungerande vårdprogram till avslöjandet av dessa missförhållanden.

Både i samhället i stort och inom professionell vård av barn och unga finns en tendens att marginalisera dessa problem, att uppfatta dem som beklagliga men sällsynta undantag. De passar dåligt in i den optimistiska utvecklingen av barn- och ungdomspsykiatri mot allt mer öppna vårdformer och förebyggande arbetssätt. En sådan utveckling är givetvis positiv, så länge den inte samtidigt förnekar de riktigt tunga vårdbehoven och minskar resurserna för hjälp till svårt störda människor. Det måste vara psykiatrians ansvar att hävda dessa problemområden och inte svika dem som är sämst rustade att be om hjälp.

### Referenser

1. 71 § Socialtjänstlagen. Författningshandbok, 1998. För personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber AB, 1998
2. Sexuella övergrepp mot barn. Allmänna råd från Socialstyrelsen. 1991:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
3. Sexuella övergrepp mot barn. En kunskapsöversikt. SoS Rapport 2000:1. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000.
4. Lindblad F. Sexuella övergrepp mot barn [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1989: 33-7.
5. Gumpert C, Lindblad F, Johansson A. Child sexual abuse: Expert testimony in Swedish district courts. Child Maltreatment 1999; 4: 343-52.
6. Gumpert C, Lindblad F. Expert witness in legal proceedings concerning child sexual abuse. Under publ.
7. Gustafsson A, Qvarsell B, Sjöström U, Ödman PJ. Snarare partsinlagor än verkliga utredningar. Psykolog Tidningen 1998; 4: 18-9.
8. Bodegård G. Barnen dödas psykiskt. Vittnespsykologerna ett hot mot svenska barns rättssäkerhet. Dagens Nyheter 1997 26 okt; debatt.
9. Socialstyrelsen. En undersökning om barnmisshandel och skadlig uppväxtmiljö. Socialstyrelsen i samarbete med allmänna Barnhuset, 1975.
10. Akhtar S. The distinction between needs and wishes: Implications for psychoanalytic theory and technique. JAPA 1999; 47: 114-51.
11. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of MSBP. Child Abuse Negl 1987; 11: 547-63.
12. Svedin CG. Behandling en översikt. Sexuella övergrepp mot barn. SoS Rapport 2000:4. Socialstyrelsen, Stockholm, 2000.
13. Askelöf S, Lindahl K, Harnesk G, Bengtsson O. Rädda Barnen och BRIS slår larm. Dagens Nyheter 2000 okt 17; debatt.
14. Bodegård G. Viktigt beakta psykoanalytisk kunskap vid utredning om sexuella övergrepp mot barn. Läkartidningen 1990; 87: 1953-6.