

Münchhausen by Proxy

– *en mor-barnrelation som gått över styr*



Myten om "den goda modern" är djupt rotad i vår kultur. Att misstänkliggöra en förälder för ett barns sjukdomstillstånd går också emot allt vad psykologer arbetat för gällande föräldramedverkan i vården. Men 1 av 200 000 barn har symtom som orsakats av en förälder med så kallad Münchhausen by Proxy (MBP) visar en brittisk studie. Psykolog **Kati Falk** vid Barnkliniken vid Skånes universitetssjukhus, Lund, ger här en forskningsöversikt.

Sedan begreppet *Münchhausen by Proxy* (MBP) myntades i England 1977 av barnläkaren Roy Meadow har diagnosen varit omdiskuterad. Det har med jämna mellanrum dykt upp fall i media som beskrivit dramatiska händelseförlopp, där en mor anklagats för/befunnits skyldig till att direkt ha orsakat sitt barns ibland dödliga sjukdomstillstånd. Samtidigt har röster höjts för att diagnosen över huvud taget inte finns utan är illvilligt förtal och förföljelse av en engagerad, kompetent mor, som kämpar en ojämn kamp mot sjukvården för sitt sjuka barn.

Tidigare litteratur beskriver ofta enstaka fall och det är sparsamt med forskningsresultat som bygger på ett större material. Begreppsförvirringen är stor, och American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) tillsatte därför en tvärprofessionell arbetsgrupp 2005 som förordar att diagnosen *MBP hänförs till förövaren (modern)* och att barnets diagnos är *förfalskat pediatrik tillstånd (FPT)* (3). Denna uppdelning underlättar för barnsjukvården att ställa diagnos och göra anmälan. DSM-5 använder *factitia genom ombud*.

Listan på symtom som uppges, förfalskas eller kraftigt överdrivs kan göras lång. Ofta handlar det om dramatiska symtom som kräver akuta insatser: anfall kramper, kaskadkräkningar, andningsuppehåll, blodstörtning etc. Väl på sjukhuset är de svåra att objektivt verifiera och kontrasten mellan de symtom modern beskriver och det barn vårdpersonalen möter är slående. Samtidigt är symtomen svåra att avfärda, då de kan tyda på allvarlig sjukdom.

Det kan också vara förvirrande symtom i samband med en sedan tidigare känd kronisk sjukdom eller ett funktionshinder hos barnet, såväl fysiskt som psykiskt (4).

Vanligast i småbarnsåren

En brittisk studie visar att 1 av 200 000 barn har symtom som orsakats av en förälder (6). Vidgar man begreppet till de föräldrar som förfalskar/kraftigt överdriver symtom ökar förekomsten till 2,8 av 200 000 barn (7). Förekomsten varierar också över ålder och är vanligast i småbarnsåren. Dessa studier har ofta undersökt förekomsten inom en diagnoskategori (8). Ännu finns ingen riktigt tung prevalensstudie som väger in alla de olika symtombilder som kan förekomma, men flera artiklar menar att mörkertalet troligen är stort.


Det faktum att läkare ibland har blivit stämda av

mödrar som misstänks för MBP har gjort barnläkare mindre benägna att agera för att skydda barnen (9). I dessa speciella fall, där moderns skickliga manipulationer fört sjukvården bakom ljuset i flera år, finns stor risk att vi underlåter att anmäla. Obehaget inför risken att råka i konflikt med dessa mödrar är starkt.

MBP är en form av misshandel och kan innebära livsfara för barnet. Vad som ska anses vara barnmisshandel, när den inte är direkt fysisk, är dock oklart. Under mina åtta år som psykolog vid barnkliniken i Lund har jag mött flera "gränsfall". Det finns misstankar om att föräldern *delvis* orsakar barnets symtom, påstår att barnet har *vissa* symtom som ej kan verifieras, kraftigt överdriver *några* av symtomen vid befintlig sjukdom men: det är inte tillräckligt allvarligt för att betecknas som barnmisshandel och ingen anmälan görs. Dessa familjer tär på sjukvårdens resurser och på personalens energi och tid. Med ökade kunskaper och bättre rutiner för bemötande av dessa mödrar och barn finns stora vinster att göra, inte minst för de utsatta barnen.

MBP kopplad till modersrollen

Klart är att MBP har med modersrollen att göra (14). Spänningen mellan mödrarnas önskan att framstå som "supermammor" och deras ibland mycket medvetna missbruk av barnet är förvirrande. Förklaringarna har handlat om faderskomplex, empatistörning, impulsgenombrott, uppmärksamhetsökande, traumatisering, aggressionsproblematik, makt- och kontrollbehov samt olika former av grav psykopatologi hos föräldern. Det märkliga är att man, i de fall man verkligen kunnat utreda förövarens psykiska hälsa, sällan har kunnat fastställa någon diagnos. De ter sig psykiskt friska. Här avser man frånvaron av psykisk sjukdom. Dock har man funnit symtom på olika typer av personlighetsstörning hos mödrarna (10).

Många av mödrarna är på ytan välanpassade och resursstarka, lever i en parrelation och har ibland flera barn. Detta skiljer ut dessa mödrar från marginaliserade, socialt utslagna, resursvaga och psykiskt sjuka personer, vilka av andra anledningar utsätter barnet för FPT. Sjukvården upptäcker lättare dessa barns situation. Ofta är det tydligt vad det handlar om och sällan råder det någon tvekan om när sociala myndigheter eller vuxenpsykiatri behöver kopplas in. Draget av manipulation hos dessa föräldrar är också av en annan karaktär. Det handlar mer om "vita lögner" 

PSYKOLOGISK FORSKNING

➤ i syfte att undkomma sjukvården eller tydliga rop på hjälp, där det förfalskade pediatrika tillståndet upphör när föräldern får hjälp.

En alternativ förklaringsmodell

Det paradoxala är att MBP-mödrar ytligt sett ofta framstår som "good enough" eller bättre. Synar man mor-barn relationen närmare, kan flera utmärkande drag upptäckas hos förövaren men man ser inte konsekvenserna för barnen. Det finns över lag mycket lite forskning kring hur det går för barnen. Mödrarna beskrivs som uppmärksamhetssökande, krävande, lättkränkta och manipulativa. Ibland noteras att mödrarna verkar mer intresserade av kontakt med personal och medpa-

tienter än av barnet. De intar en neutral hållning när barnet utsätts för obehag, och snarare stöttar personalen än barnet vid svåra undersökningsprocedurer.

"Det finns mycket lite forskning kring hur det går för barnen"

De beskrivs också reagera annorlunda när man kan utesluta sjukdomsmissstankar. Deras lättnad, om den alls uttrycks, går snabbt över i krav på att gå vidare med ytterligare utredning eller hot om att bryta behandlingsalliansen och göra anmälan. Mödrarna ter sig personlighetsstörda (10).

Anknytningsforskningen har övertygande visat hur barnet utvecklas just via det affektiva samspelet mellan barn och föräldrar i ett flergenerationsperspektiv.

Det är föräldrarnas egen emotionella grund, deras förmåga att hantera sitt eget känsloliv, sina egna nära relationer, som avgör kompetensen som förälder.

Peter Fonagy har betonat att anknytningens främsta mål, förutom den fysiska tryggheten, är att utveckla barnets affektiva repertoar och förmågan att använda de kognitiva funktionerna för att reglera våra känslor och utveckla förmågan att reagera, reflektera och adekvat agera, det vill säga mentalisera (12) (13). Han har också lyft fram hur brister i mentalisering kan ge upphov till olika

former av personlighetsstörning. Detta blir intressant i ljuset av att personlighetsstörning utgör den vanligaste diagnosen hos de MBP-mödrar som medverkat till vuxenpsykiatrisk undersökning (10).

Jag anser det vore fruktbart att mer ingående studera relationen mellan MBP-mödrarna och deras utsatta barn ur ett anknytnings- och mentaliseringsperspektiv. Några få försök har redan gjorts men mer behövs (14).

Svaga behandlingsresultat

Man är i dag tydlig med att MBP är en form av barnmisshandel som har speciella förtecken och kan innebära livsfara för barnet. Därmed ställs stora krav på sjukvården att samarbeta med sociala myndigheter och rättsväsendet. Förövarens förmåga till manipulation är ibland så stor att även den mest lyhörde och vaksamme expert kan föras bakom ljuset. Teamarbete är därför helt nödvändigt. Sjukvården måste göra en helomvändning och börja tvivla på de uppgifter föräldern presenterar om barnets tillstånd.

Tyvärr har behandlingsresultaten varit föga framgångsrika. Det har varit svårt att få de anklagade mödrarna att medverka i terapeutisk behandling då de ofta vidhåller sin oskuld. Terapierna har också fokuserat främst på moderns egna psykiska problem. Beror detta på att vi haft förklaringsmodeller som inte genererat adekvat behandling? Om man tar utgångspunkt i anknytning och mentalisering skulle det kanske vara möjligt att tidigt upptäcka en mor-barnrelation som riskerar utvecklas i riktning mot FPT/MBP. Nya metoder skulle kunna utvecklas för att hjälpa dessa mödrar att finna andra strategier att hantera egna emotionella problem i föräldraskapet än att sjukförklara sitt barn. Sist men inte minst skulle vi bättre förstå och kunna lindra konsekvenserna för de barn som under uppväxten utsätts för denna form av misshandel. ●



KATI FALK,
psykolog vid Barnkliniken Skånes
universitetssjukhus, Lund

REFERENSER

3. Schreier H. Munchausen by Proxy, *Current Problems in Pediatric Adolescent Health Care* 2004;34:126-143
4. Siegel D. Munchausen Syndrome by Proxy: A Pediatrician's Observations. *Family, Systems & Health*, 2009;27(1) 113-115
5. Lundin B, Croner S. Munchausen Syndrome by Proxy – misshandel genom förfalskning av symptom *Läkartidningen* 2001;98:2302-11

7. Day D, Moseley R. Munchausen by Proxy Syndrome. *Journal of Forensic Psychology Practice* 2010; 10:13-36
9. Williams C. The trouble with Pediatricians. *Medical Law Review* 2010; 18(3): 389-416
10. Bass Ch, Jones D. The British *Journal of Psychiatry*. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. 2011;199:113-118

11. Schore A.N. The effects of Relational Trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health* 2001;22:201-269
12. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al. *Affect regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press, 2002.
13. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, mentalization-based treatment*, Oxford Press, 2004.
14. Adshad, G and Bluglass, K. *A vicious*

circle: Transgenerational attachment representations in a case of Factitious Illness by Proxy *Attachment & Human development* 2001; 3 (1):77-95
(Fullständig referenslista plus litteraturlista på Psykologtidningen.se)