

**Björn Lundin**, överläkare (tjänstledig), barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping; f n consultant psykiatrist, kliniken för Psychological Medicine, Princess Margaret Hospital for Children, Perth, Western Australia (*Bjorn.Lundin@health.wa.gov.au*)

**Stefan Croner**, med dr, överläkare, barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

## »Münchausen syndrome by proxy«

# Barnmisshandel genom förfalskning av symtom

■ Barnmisshandel genom förfalskning av symtom, i den internationella litteraturen vanligen kallad »Münchausen Syndrome by Proxy« (MSbP), är en potentiellt mycket farlig form av barnmisshandel. Ett avslöjande i tid kräver kunskap om kännetecknen, och för en riktig handläggning behövs en genomtänkt strategi.

Denna artikel sammanfattar den anglosaxiska – företrädesvis medicinska – litteraturen under drygt 20 år om en ännu otillräckligt känd form av barnmisshandel. Erfarenheter från svenska ärenden kompletterar artikeln.

### Liten historik

Namnet »Münchausen Syndrome by Proxy« är lånat från ryttmästaren med de fantastiska och fantiserade berättelserna, Hieronymus von Münchhausen [1]. När Asher 1951 [2] beskrev ett beteende där människor söker sjukvård med avsiktligt framkallade eller påhittade symtom för att få bli patienter uppkallade han tillståndet efter den kände historieberättaren och gav det namnet Münchhausens syndrom. När den engelske pediatrikprofessorn Roy Meadow 1977 [3] beskrev ett motsvarande beteende hos mödrar som förfalskat symtom hos sina barn för att få bli »sjukhusvårdade genom ombud« benämnde han detta »Münchausen Syndrome by Proxy« (proxy = ombud). Tio år senare presenterade Rosenberg [4] en sammanställning av de hittills publicerade 117 fallen, och sedan dess har den internationella litteraturen kring MSbP stadigt ökat.

En svensk artikel kom 1993 [5], där barn med förfalskad diarré, kräkningar, kramper, frånvaroattacker och blödningar beskrevs. Året efter publicerades en fallbeskrivning av Carlsson och medarbetare [6] av kronisk och livshotande diarré efter natriumsulfatförgiftning. De understryker att motståndet mot att tänka på denna ovanliga men allvarliga form av barnmisshandel försvårar möjligheten till rätt diagnos.

### Definition

En definition som tydligt beskriver tillståndet utifrån det misshandlade barnets perspektiv har föreslagits av Boole och medarbetare [7]. Den redovisas i Fakta 1. Andra förslag till

### SAMMANFATTAT

»Münchausen Syndrome by Proxy« (MSbP), dvs barnmisshandel genom förfalskning av symtom, är en potentiellt mycket farlig form av misshandel. En dödlighet omkring 10 procent rapporteras bland barn som utsatts för kvävning och/eller förgiftning. En av föräldrarna, vanligtvis modern, är förövaren.

MSbP har oftast sjukvården som arena. Barnsjukvårdens personal är nyckelpersoner när det gäller upptäckt och rapportering.

Ett avslöjande i tid kräver kunskap om kännetecknen, och för en riktig handläggning krävs en genomtänkt strategi. Såväl läkare som övrig sjukvårdspersonal, sociala myndigheter och rättsväsende har en tendens att tro att dessa till synes vårdande och engagerade föräldrar inte kan vara farliga för sina barn.

Svenska erfarenheter överensstämmer väl med internationella rapporter.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

definition omfattar även förövarens motiv [8]. Uppfattningen om motivet får i det enskilda fallet ofta avgöras via tolkningar. Olika variationer i motivbilden förekommer också i praktiken.

### Nomenklatur

En viss osäkerhet har funnits kring hur begreppet MSbP skall användas. Begreppet har i praktiken fått flera olika innebör-

## II Fakta 1

### Definitionskriterier för MSbP

1. Symtom hos ett barn som är framkallade av en förälder eller någon som är satt i föräldrarnas ställe.
2. Barnet tas – ofta ihärdigt – till undersökning och behandling, som ofta leder till ett flertal aktiva medicinska insatser.
3. Förövaren förnekar kunskap om symtomens orsaker.
4. Akuta symtom försvinner när barnet skiljs från förövaren.

## II Fakta 2

### Riskbedömning

Meadow [36] anser följande faktorer förenade med ökad risk för barnet:

1. Fall där kvävningar och förgiftning ägt rum.
2. Misshandel av barn under 5 års ålder.
3. Tidigare historia av plötslig spädbarnsdöd eller annan oförklarad död hos syskon i familjen.
4. Mödrar som visar liten förståelse för vad som hänt med deras barn och där möjligheten till förlängda hjälpinsatser till moder och familj bedöms som liten.
5. Mödrar som själva lider av Münchhausens syndrom.
6. Drogmisbruk, alkoholism eller annan allvarlig social problematik i familjen.
7. Fortsatta symtom hos barnet efter det att modern konfronterats med avslöjanden.

## II Fallbeskrivning 1 och 2

**Fall 1.** Kvinnan, som senare kommer att misshandla sitt eget barn, är yngst av nio barn, föräldrarna skiljer sig när hon är 2 år och modern flyttar ihop med en alkoholiserad man som misshandlar barnen. Modern börjar själv missbruka alkohol. När flickan går i lågstadiet suiciderar styvfadern. Modern flyttar samman med en ny alkoholiserad man. Under tonårstiden är flickan fosterbarn hos en äldre syster, där hon blir sexuellt utnyttjad. Hon börjar skolka, snatta, dricka och utsätter sig också för arrangerade och självskadande olyckshändelser.

**Fall 2.** Den, senare, misshandlande kvinnans föräldrar skiljer sig när flickan är nyfödd. Hon växer upp hos mormor, då modern inte klarar hennes vård eftersom hon också har två utvecklingsstörda äldre barn. Flickan har ingen kontakt med fadern och har svårt att klara undervisningen i skolan på grund av svag begåvning. Hon utvecklar under tonårstiden ett avancerat alkoholmissbruk. Får barn vid 16 års ålder; barnet omhändertags.

der [9] och används förutom som ett namn på en form av barnmisshandel också som en benämning på förövarens psykiatriska åkomma. Detta förhållande har bidragit till att skapa missförstånd och oklarheter. Inom det diagnostiska systemet DSM-IV diagnostiseras såväl offer som förövare. Det barn som är offer för en förfalskad sjukdom föreslås till en kommande version [9] benämnas »Pediatric Condition Falsification« (PCF), förfalskat sjukdomstillstånd hos barn, en deskriptiv diagnos med fördelen att den tydliggör barnet som offer, inte som sjukt.

I den svenska versionen av DSM-IV [10] hör diagnostiken av offret hemma under rubriken »problem relaterade till övergrepp och försummelse«. Diagnosen PCF föreslås härmed i en kommande svensk version heta »barnmisshandel genom förfalskning av symtom«.

Diagnostiken av förövaren är mer komplicerad. Här föreslås [9] »Factitious Disorder by Proxy«, på svenska »patomi-mi genom ombud«, ett svårhanterat begrepp som kan ge diagnosen prägel av att vara en sjukdom/ett tillstånd och delvis skymma att benämningen är en beskrivning av ett beteende, närmare bestämt en form av misshandel. Att förövaren av denna misshandel sedan kan ha olika diagnostiserbara psykiatriska sjukdomar (axel I) eller personlighetsstörningar (axel II) riskerar att skymmas. Den situationen är försvårande, inte minst i samarbete med sociala myndigheter och rättsväsendet.

Den aktuella svenska versionen Mini-D IV [10] innehåller en felaktig (olyckligt vald) formulering (sidan 175): »en annan person ... framkallar avsiktligt ... låtsas ha«. Den formuleringen missar den manipulativa och misshandlande aspekten i hur ombudet används och borde i stället lyda »en annan person ... påförs avsiktligt ... påstås ha«.

### Epidemiologi

Den årliga incidensen i England har beräknats till 0,5 per 100 000 barn under 16 år. Allra högst är den för barn under 1 år, nämligen 2,8 per 100 000 barn [11]. Dessa incidenssiffror skulle omräknade till svenska förhållanden innebära tio nya fall per år hos barn under 16 år.

### Etiologi

Det finns en allmän uppfattning att det centrala motivet för att misshandla barn genom förfalskning av symtom är ett djupt otillfredsställt behov av uppmärksamhet och bekräftelse. Denna slutsats bygger i stor utsträckning på hypoteser och tolkningar utifrån kunskap om förövarnas livserfarenheter [12-20]. Rollen som förälder till ett sjukt barn ger goda möjligheter att tillfredsställa detta behov. Föräldern äger barnets historia, beskriver barnets symtom och är ofta även den som förmedlar behandlande och vårdande insatser från sjukvården till barnet.

Endast en mycket liten andel av förövarna erkänner misshandeln. Uppgifter om motiv och drivkrafter direkt från förövarna är därför sällsynta [28]. Förövarnas egna livserfarenheter präglas i stor utsträckning av försummelse, tidig övergivenhet samt traumatisering [13, 15-18, 20-22].

Detta kan illustreras av två svenska fallbeskrivningar (Fallbeskrivning 1 och 2).

### Förövarns beteende

En översiktsartikel 1987 [4] sammanfattade 117 fall av MSbP. I den studien var alla förövarna mödrar, 98 procent biologiska, 2 procent adoptivmödrar. Idag finns flera studier [8, 11, 17, 20] som även redovisar fäder som förövare. Den totala andelen kända manliga förövare uppgår idag till knappt 5 procent.

Meadow associerade sina två första fall [3] som olika manifestationer av samma syndrom via likheten i mödrarnas be-

## II Fallbeskrivning 3

En 8 månader gammal pojke behandlas på sjukhus för en gastroenterit och behåller en intravenös nål på handen vid utskrivningen. Tre dagar senare återkommer han till sjukhuset med sepsisbild. Pojken är för övrigt frisk och har ett normalt immunförsvar. Han tillfrisknar efter behandling med antibiotika enligt resistensbestämningar men insjuknar gång på gång i ny sepsis. Modern finns vid hans sida under hela sjukdomstiden. Efter en månad får han ett sepsisutlöst cirkulationsstillestånd och ådrar sig en grav anoxisk hjärnskada. En sammanställning av 23 blododlingsresultat vid två sjukhus visar en polymikrobiell bild med tolv (sic!) olika mikroorganismer, en extremt ovanlig bild som i praktiken inte förekommer ens hos individer med gravt nedsatt immunförsvar.

## II Fallbeskrivning 4

Barnet var en flicka, prematurfödd vecka 26 med komplicerat neonatalt förlopp. När barnet är 6 månader gammalt beskriver modern att flickan ej vill äta, kräks och har diarréer. Flickan sondmatas och går upp i vikt på sjukhuset men ej i hemmet. Hon överdoseras samtidigt med Ventoline och Bricanyl av modern. Fyra månader senare fortsätter modern att rapportera dålig aptit, kräkningar och avföringsrubbingar; flickan är påtagligt undernärmd. En esofagus-ventrikelröntgen görs inför eventuell gastrotomi men visar helt normala förhållanden. När flickan kommer till sjukhus är hon hungrig, äter mycket och kräks en del, dock inte i samma omfattning som modern beskriver. En månad senare uppger modern att en förskrivning på Soya Semp är slut, men kontroll med apoteket visar att receptet ej är uttaget. Vid 17 månaders ålder görs en utredning avseende gastroesofageal reflux, men gastroskopi och pH-mätning visar normala förhållanden. Pediatern anser att operation ej är aktuell, men efter moderns påtryckningar görs en gastrotomi med Witzel-fistel ett par veckor senare. När flickan är 2 år observeras i barnomsorgen att hon äter bättre än vad modern rapporterat och att hon inte kräks. Modern tar då hem flickan från barnomsorgen. Under flickans tredje levnadsår videofilmas hennes ätande som ett led i utredningen. Äter noteras en klar diskrepans i flickans förmåga jämfört med de svårigheter modern rapporterar. Modern fortsätter att trycka på för en ny gastrotomi med fundoplicatio. Före nästa operation omhändertars flickan av sociala myndigheter och placeras på utredningshem skild från modern. Från utredningshemmet beskrivs flickans positiva intresse för mat, en viss ovana att tugga och svälja, som emellertid snabbt förbättras, samt frånvaro av kräkningar.

teende på sjukhuset. Detta beteende kan sammanfattas på följande sätt [19]: Mödrarna tar nära kontakter i en personlig ton med personalen. De organiserar och pysslar om övriga föräldrar och besökare på avdelningen. De sätter sig in i avdelningsrutiner, introducerar ny personal, visar hur utrustning fungerar och när den skall användas. Den förövande modern beskrivs också som outtröttlig i sitt stöd till barnet. Hon viker inte från dess sida och överlåter inte gärna åt personal att sköta barnet.

Vid närmare betraktande beskrivs emellertid mödrarnas

sätt att relatera oftast som ytligt [23]. De är svårfångade och svarar undvikande på frågor om sina sociala omständigheter. En »osynlig barriär« kan hindra en känslomässigt fördjupad kontakt och ger en tendens hos personalen att känna sig olustig i mödrarnas sällskap.

Andra karakteristiska drag är dessa mödrars lugn trots barnets svåra och hotfulla sjukdom [23] samt en aktivt uppmuntrande inställning till nya undersökningar, utredningar och ingrepp. Detta även i lägen där läkare och personal tvekar inför hur mycket utredning barnet skall utsättas för. Denna uppmuntrande hållning kan övergå i direkt aktivt krävande. I ett fall [24] beskrivs hur modern reagerar med att ta hem leksaker hon skänkt till barnmottagningens väntrum då barnets läkare ej gav aktiv behandling. I ett svenskt fall krävde modern mycket aggressivt respiratorbehandling för sin symptomfria men, enligt uppgift, astmasjuka son. När han inte erbjöds detta tackade modern demonstrativt nej till inläggning för övervakning och tog i stället resolut sitt barn från akutmottagningen.

I en studie av 15 manliga förövare [8] beskrivs dessa på sjukhuset som krävande, oresonbara, övermodiga och överlägsna. Liksom de förövande mödrarna tog de mycket aktiv del i vården och tillbringade mycket tid på sjukhuset.

Till skillnad från den ängsliga förälder som söker sjukvård för bagatellartade åkommor hos barnet och som blir lättad av lugnande besked karakteriseras förövaren av MSbP [25] av att inte lugnas av vare sig noggranna förklaringar av att barnet inte visar tecken på sjukdom eller av godartade förklaringar till oroväckande symtom. Inte heller accepteras tillbakablickar på tidigare sjukdomskontakter som visar att barnet inte haft de sjukdomar som modern trots, eller konstruktiva argument för att inte gå vidare med nya utredningar eftersom barnet inte är sjukt.

Den vårdande attityden till trots bär många mödrar på starka negativa känslor mot sina barn [18, 20, 26]. I en serie omfattande tolv mödrar som saltförgiftat sina barn [26] refererar Meadow mödrarnas hatkänslor mot barnen; tre av dem hade egentligen önskat att ta sina barns liv. Som i många andra material hade mödrarna i denna studie ingen egentlig psykiatrisk sjukdom.

## Personlighetsstörningar

Kopplingar mellan psykiatrisk sjuklighet, personlighetsstörningar och utövandet av barnmisshandel genom förfalskning av symtom ställer intressanta frågor. Av 117 kvinnliga förövare [4] beskrivs en överväldigande majoritet som vänliga och socialt välanpassade. Den bedömningen vilar sannolikt på icke-psykiatriska bedömningar gjorda av sjukvårdspersonal på barnklinik, men speglar naturligtvis samtidigt mödrarnas funktionsnivå i vårdmiljön.

Den vanligaste psykiatriska diagnosen [4] var depression. De personlighetsstörningar som beskrivs är histrionisk, borderline, narcissistisk och ospecifik personlighetsstörning. Mödrar som använt falska anklagelser om sexuella övergrepp som en form av barnmisshandel genom förfalskning av symtom [27] uppvisar som grupp ett liknande mönster, med histrionisk, borderline, passiv-aggressiv och paranoid personlighetsstörning.

I en studie [17] av 14 fall av kvävning för att framkalla andningsstillestånd och kramper var av förövarna tolv mödrar, en mormor och en fader. Av dessa hade elva varit utsatta för olika former av övergrepp och försummelse, nio hade ett självskadande beteende, sju hade egen framkallad eller förfalskad sjukdom, tio hade ätstörningar, sju hade haft tidigare kontakt med psykiatri, nio hade visat beteendestörningar, »conduct disorder«, med bl a inslag av kriminalitet, rymning, prostitution och mordbrand. Samtliga blev diagnostiserade som per-



# Annons

# Annons

## II Fallbeskrivning 5

### MSbP på annan arena

Rektor för en mellanstadieskola konsulterar för ett ovanligt och svårlost mobbningsärende. Under ett år har elevvård och klasslärare försökt avslöja och avbryta mobbningen av en flicka. Flickans mor har polisanmält två skolkamrater för mobbning, liksom hon anmält skolan till bl a kommunledningen och skolverket.

Ett avgörande problem för skolan är att mobbningen aldrig kunnat upptäckas och att alla elever – inklusive de som ej var utpekade som mobbare – hävdar att någon mobbning inte förekommer. Modern hävdar att mobbningen ägt rum även under stunder då flickan varit under observation och inte visat några tecken på att vara illa utsatt.

En rad möten har ägt rum i skolan, inte minst med föräldrarna till övriga barn. Tendensen var nu att flickan började bli isolerad, då det spridit sig en känsla bland barnen att det ledde till tråkigheter om man lekte med den utpekade flickan.

Vid konsultation på barn- och ungdomspsykiatrisk klinik visar det sig att denna flicka varit utsatt för MSbP med förfalskade uppgifter om sexuella övergrepp, astma och födoämnesöverkänslighet.

När modern konfronteras med misstanken att det är hon själv som skapar berättelserna om mobbning flyttar hon omedelbart flickan till en annan skola.

## II Fallbeskrivning 6

En 7 år gammal flicka kommer in oanmäld till barnmedicinakuten efter snabb taxifärd. Modern beskriver ett akut och svårt astmaanfall. Vid auskultation pressar flickan på utandningen, men jouläkaren uppfattar inte fyndet typiskt för astma. Modern ombeds lämna rummet, flickan uppmanas därefter att »andas som vanligt«. Flickan släpper då pressen på utandningen och andas normalt. Spirometri visar normala värden. Flickan har alltså själv imiterat obstruktivitet.

När modern informeras blir hon upprörd – på läkaren! Hon kräver med eftertryck behandling men kan till slut övertalas att låta flickan läggas in för observation. När modern senare tillsammans med flickan erbjuds psykologkontakt tar hon dottern från barnkliniken i affekt.

Vid kontroll bakåt i journalen avslöjas att flickan under lång tid fått tung astmabehandling, trots att fynden vid auskultation inte bekräftat de anamnesticke uppgifterna om andningssvårigheter. Erbjudanden om inläggning för utredning av astmasjukdomen har aldrig passerat moderns tider, trots flera tiotal akuta sjukvårdsbesök med uppgifter om mycket svåra astmaanfall.

sonlighetsstörda men beskrivs också ha förmåga att visa trovärdighet och charm på ett sätt som kan vara mycket förvirrande för t ex en domstol eller sociala myndigheter.

Dessa 14 fall [17] avslöjades med hjälp av dold videoövervakning. Före konfrontationen med inspelningarna nekade alla förövare, och fortfarande efter konfrontationen nekade alla till att ha försökt kväva barnet. Man försökte bortförklara eller förringa betydelsen av den inspelade händelsen samt förnekade att kvävning någonsin tidigare hade ägt rum.

Dynamiska samband mellan depression, suicidalitet och förövandet av MSbP beskrivs i flera fall. Exempel är hur depressionen lättar när modern har sitt barns sjukdomstillstånd att engagera sig i, liksom hur djupa depressioner visar sig när mödrarna förhindras att göra/framställa barnen som sjuka [14]. I ett av de svenska fallen reagerade modern med en djup depressivitet efter att ha blivit avslöjad med att skada sitt barn.

Under en efterföljande vårdtid på psykiatrisk och rättspsykiatrisk klinik gjorde hon ett par allvarliga suicidförsök. Hon gjorde också gradvisa medgivanden, som bekräftade att hon skadat ett av sina barn vid upprepade tillfällen. Efter en väl genomförd antidepressiv behandling friskförklarades kvinnan och skrevs ut från psykiatrisk vård. En diskussion uppstod senare i rättsliga sammanhang, då omhändertagandet av barnet prövades i länsrätt och frågan ställdes huruvida kvinnan var »botad från sin MSbP« i och med den antidepressiva behandlingen.

Flera av de depressiva tillstånd som beskrivs har mest karaktären av dysfori med sammansatta känslor av olust, infantil vrede och förödande låg självkänsla [28], tillstånd som även svarar dåligt på antidepressiv mediciner [13].

En stor andel av förövarna lider av eget Münchhausensyndrom och svåra somatiseringssyndrom [4, 8, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 29]. Även här finns intressanta dynamiska samband mellan förövarns eget Münchhausensyndrom och utövandet av MSbP [29]. Det finns tidsmässiga samband mellan att förövarns eget sjukvårdssökande beteende upphör och att barnet börjar utsättas. Detta är ett mönster som har varit skönjbart även i svenska fall.

### Olika manifestationer

Genom förfalskning av symtom har kroppens samtliga organsystem varit engagerade vid olika fall av barnmisshandel [4, 7, 12-16, 21, 30-32]. Detta innefattar även falska psykiatriska sjukdomsbilder, försenad utveckling och svag begåvning [13, 15, 19, 32]. MSbP utförs i två former: dels aktivt genom kvävning, förgiftning och annan direkt manipulation av barnets kropp [33], dels en passiv form där förövarns aktivitet endast består i förfalskning av sjukhistorien. Rosenberg [4] beskrev aktiv påverkan i 50 procent av fallen, förfalskad sjukhistoria och blandformer i vardera 25 procent.

### Kvävning och förgiftning de största riskerna

Mortaliteten vid barnmisshandel genom förfalskning av symtom är hög [4, 7, 8, 11, 12, 14, 20, 26, 34]. Störst är risken vid fall av kvävning och förgiftning. Davis och medarbetare [34] redovisar en dödlighet vid kvävning på 12,5 procent, vid förgiftning 11,4 procent. Uppfinningsrikedomen vid valet av tillvägagångssätt och i valet av ämnen som tillförts barnen ter sig gränslös [4, 6, 7, 8, 11, 12, 14-17, 19-21, 23, 26, 29, 30, 32, 34, 35].

I litteraturen finns beskrivningar av tillsatser av psykofarmaka, antiepileptika, laxermedel och diuretika till barnens föda och dryck. Ventrikelsonder har använts för tillförsel av salter, socker, frätande ämnen och förorenat vatten, infartskanylet för att injicera bl a föroreningar.

I en svensk fallbeskrivning [6] redovisas förgiftning med laxantia i saft till en 7-årig pojke som hamnade i ett livshotande tillstånd på grund av kroniska diarréer. I ett annat svenskt fall fick en pojke en icke-reversibel och mycket allvarlig hjärnskada efter injektion med förorenat material i blodbanan (Fallbeskrivning 3).

Faktorer som är förenade med ökad risk för barnet sammanfattas i Fakta 2.

Kvävning för att framkalla förfalskade apné- och krampstillstånd har tilldragit sig extra uppmärksamhet. För att öka

## II Fakta 3

### Varningssignaler

Schreier och Libow [15] sammanfattar följande varningssignaler för när MSbP kan föreligga:

1. Ett barn med ett eller fler medicinska problem som inte svarar på behandling, eller ett ovanligt förlopp som är bestående, förvirrande och oförklarligt.
2. Fysikaliska och laboratoriemässiga fynd som är mycket ovanliga, inte stämmer med sjukhistorien eller är kliniskt orimliga.
3. En förälder som verkar medicinskt insatt och/eller fascinerad av medicinska detaljer, som verkar trivas i sjukhusmiljön och ofta visar sig intresserad av medicinska detaljer hos andra patienter.
4. En ytterst uppmärksam förälder, som inte viker från sitt barns sida.
5. En förälder som är påfallande lugn i förhållande till sitt barns hotfulla medicinska tillstånd och samtidigt är mycket stödjande och uppmuntrande till läkaren.
6. En förälder som själv arbetar i sjukvården, har ett sjukvårdsanknutet yrke eller talar om sin önskan att ha det.
7. Barnets sjukdomssymtom uppträder inte i föräldrarnas frånvaro.
8. Familjeanamnesen innehåller ovanliga sjukdomstillstånd som inte har verifierats och som väcker frågor om berättarens trovärdighet.
9. En anamnes där syskon har haft liknande tillstånd eller andra oförklarade sjukdomar och/eller dödsfall eller där plötslig spädbarnsdöd förekommit.
10. En förälder med ett liknande sjukdomspanorama som barnet eller med andra oförklarade eller förvirrande sjukdomstillstånd.
11. En förälder med en känslomässigt distanserad relation till sin make/maka. Denne försummar ofta att besöka barnet och tar inte kontakt med läkaren ens när barnets tillstånd är allvarligt.
12. En förälder som berättar om hur hon drabbas av dramatiska och negativa händelser som t ex eldsvådor, inbrott och bilolyckor.
13. En förälder som verkar ha ett aldrig sinande behov av smickrande uppmärksamhet och som strävar efter offentlig uppmärksamhet och bekräftelse av sina insatser.

möjligheten att avslöja detta har man i England infört möjligheten av dold videoövervakning. Samuels och medarbetare [17] presenterar 14 offer för kvävning. Övergreppen skedde då barnen var mellan 3 veckor och 33 månader gamla, med en medianålder på 1,4 månader. Kvävningförsöken pågick under en tidsperiod mellan tre veckor och 20 månader, mediantid 3,5 månader. Alla dessa fall avslöjades med hjälp av dold videoövervakning. De 14 barnen hade sammanlagt 19 sys-

kon, varav tre dött plötsligt i späda ålder. Dold övervakning har inte praktiserats i Sverige.

### Ökad risk även för syskon

Rosenberg [4] redovisar att de 117 barn som var utsatta för MSbP hade sammanlagt tio syskon som dött under oklara omständigheter i späda ålder. Fall av oväntad och otillräckligt förklarad död hos syskon i späda ålder beskrivs av flera författare [7, 8, 11, 12, 15, 17, 19, 20, 23, 26, 34-36]. McClure och medarbetare [11] beskriver ett material av 128 barn utsatta för MSbP. Av dessa hade 83 minst ett syskon; 15 barn hade tidigare döda syskon, totalt 18 döda syskon. Av dessa var fem diagnostiserade som plötslig spädbarnsdöd, övriga fall otillräckligt förklarade. I 41 procent av familjerna var det känt att ett syskon tidigare hade varit utsatt för misshandel av något slag. Hälften av dessa fall rörde MSbP, övriga kvävning, förgiftning, fysisk misshandel och försummelse.

I en uppföljningsstudie av Boole och medarbetare [7] ingick 43 familjer där minst ett barn identifierats som offer för MSbP. Av totalt 103 syskon ingick 82 i uppföljningen; elva av dessa hade dött av oförklarade orsaker. Samtliga döda syskon var syskon till MSbP-offer som varit utsatta för kvävning och förgiftning. Av syskonen var också 39 procent utsatta för MSbP; 17 procent hade lidit av »failure to thrive«, skador utan känd orsak eller annan allvarlig försummelse. I Meadows studie av manliga förövare [8] ingår 15 familjer med 34 barn, varav elva (33 procent) dött. Tre av dessa var indexbarn, åtta syskon. Ytterligare sex barn i denna grupp rapporteras ha varit utsatta för upprepade kvävningar och/eller förgiftningar.

### »latrogen misshandel«

I fall av MSbP genom förfalskad sjukhistoria men utan direkt manipulation av barnet kan sjukvården ibland bli en »förmedlare« av fysisk skada. Provtagningar, medicineringar, injektioner, röntgenundersökningar och operativa ingrepp riktade mot förfalskade sjukdomsbilder utsätter naturligtvis barn för onödigt obehag och icke försumbara risker.

Beskrivningen av ett svenskt fall kan tjäna som illustration av detta (Fallbeskrivning 4).

### Annan misshandel

Barn kan utsättas för en eller flera former av misshandel. I sin omfattande uppföljning av 56 barn konstaterar Boole och medarbetare [7] att 64 procent var utsatta för flera former av MSbP; 29 procent hade dessutom haft diagnosen »failure to thrive« och lika många var drabbade av skador utan känd orsak, felaktig medicinering eller allvarlig försummelse. Detta illustreras även av våra svenska erfarenheter, där vi kunnat konstatera att processen att förfalska tillstånd och livshistorier kan utspela sig även på andra arenor än sjukvårdens (Fallbeskrivning 5).

Det belyser den patologiska lögnen som en viktig komponent i helheten [9]. Det lögnaktiga beteendet innebär att uppgive falska uppgifter i kontakt med sjukvården och att driva ett bedrägeri i handling som sträcker sig över lång tid. Förövaren simulerar en värdande och trovärdig förälder som övertygar andra om sina goda avsikter samtidigt som hon/han ägnar sig åt att skada både barnet och, i en mening, även den inblandade personalen. I studien av fäder som är förövare [8] beskrivs hur en lång rad lögners används inom olika områden.

Falska anklagelser om sexuella övergrepp har betraktats som en speciell form av MSbP. Meadow [27] redovisar en grupp av 14 barn från sju familjer, där modern riktat falska anklagelser om sexuella övergrepp mot olika män, framför allt män utanför familjen men även i ett fall en make. I elva av dessa fall var övriga former av MSbP ännu inte uppmärksammade, men efter utredning visade sig 13 av 14 barn vara

## II Fakta 4

### Faktorer för framgångsrik behandling

En sammanfattning [41] av faktorer som bäddar för en framgångsrik behandling (svårighetsgraden i formen av MSbP var i denna studie inte avgörande för utfallet):

1. Bekräftelse/acceptans av att MSbP föreligger.
2. Förståelse av att man har egen psykiatrisk/personlighetsmässig problematik.
3. Förståelse att man har svårigheter i föräldrarollen.
4. Förståelse av associerad psykosocial problematik.
5. Att behandlingen ger förbättrad psykisk hälsa och personlighetsutveckling.
6. Att familjsystemet förändras mot ökad öppenhet i faktisk och känslomässig kommunikation.
7. Ökad medvetenhet och inlevelse hos föräldrarna för barnens behov.
8. Medvetenhet hos förövaren om sin egen sårbarhet och en beredskap att vidta åtgärder för att förebygga återfall.

påförda ett eller fler förfalskade symtom. Könsfördelningen mellan de utpekade barnen var jämn, åldern låg dock mellan 3 och 9 år, vilket är högre än i andra material.

### De allra yngsta är särskilt utsatta

De allra yngsta barnen löper störst risk att bli offer för MSbP. Rosenberg [4] visade att medelåldern vid diagnos var 40 månader  $\pm 32$  månader. Durationen för misshandeln var i medeltal 15 månader  $\pm 14$  månader. McClure och medarbetare [11] visade att den vanligaste åldern hos offer är under 1 år. Medelåldern vid avslöjande var 20 månader. 14 offer för kvävning [17] var utsatta mellan en ålder av 3 veckor och 33 månader, med en medianålder på 1,5 månader. Kvävning pågick mellan 3 veckor och 20 månader, mediantid 3,5 månader. För tolv barn utsatta för saltförgiftning [26] avslöjades orsaken i elva fall av tolv mellan 1,5 och 9 månaders ålder, medianålder 2,5 månader.

Ett svenskt fall av saltförgiftning har behandlats i HSN 1136/90 [36]. I en studie av 32 barn från 23 familjer med falska epileptiska anfall [19] var barnens ålder vid avslöjandet mellan 4 månader och 21 år, varaktigheten mellan 1 månad och 20 år.

I en studie av utsatta barn över 5 år [11] visade sig 17 procent i denna grupp ha allvarliga utvecklingshandikapp, t ex Downs syndrom. Alla dessa barn var offer för förgiftning. Övriga barn var intellektuellt normalutvecklade och måste därför aktivt eller passivt medverka i bedrägeriet. Inga förgiftade barn var dock medvetna om att de var förgiftade. Kvävning förekom inte i denna grupp av äldre barn.

I studien av falska anklagelser om sexuella övergrepp [27] var barnen också äldre, mellan 3 och 9 år gamla. Sex av de 14 barnen i denna studie hade blivit tränade av modern att med hjälp av bandinspelade berättelser beskriva de övergrepp modern hittat på. Några fall av MSbP och säkerställda sexuella

övergrepp är ännu ej publicerade. Att barnen med stigande ålder blir medagerande i förfalskningen av sjukdomssymtom är väl beskrivet [11, 15, 19, 27, 31, 32, 38]. Detta illustreras också väl i ett av de svenska fallen (Fallbeskrivning 6).

### När skall barnmisshandel misstänkas?

När skall barnmisshandel genom förfalskning av symtom misstänkas? Schreier och Libow [15] har sammanställt varningssignalerna (Fakta 3). Redan när misstanke om barnmisshandel har väckts föreskriver Socialtjänstlagen § 71 en omedelbar och absolut skyldighet för all personal som arbetar med barn att anmäla denna misstanke till socialtjänsten. Socialtjänsten har att bedöma den risk barnet är utsatt för och vidta nödvändiga åtgärder för att skydda barnet. Socialtjänsten skall även inleda utredning enl § 50 Socialtjänstlagen av den anmälda misshandelsmisstanken.

På de flesta håll i landet finns idag utvecklade och ofta väl fungerande rutiner för samråd mellan olika myndigheter i ärenden som rör barnmisshandel. I dessa samråd är socialtjänst, polis, åklagare, barnläkare och barnpsykiater ofta permanenta medlemmar. Dessutom kan särskilt berörda personer kallas vid behov. Denna rutin är nödvändig även i fall av misstänkt MSbP.

Samrådsgruppen arbetar under ledning av socialtjänsten och har som central uppgift att bedöma anmälan samt tidsplanera och fördela fortsatta utredande uppgifter. Socialtjänsten har rätt att fatta beslut angående alla tvångsåtgärder nödvändiga för barnets skydd och för fortsatt utredning och vård. Samrådsgruppen måste därför ha eller tillföras kunskap om dessa ärendens karaktär för att kunna ge barnet tillräckligt skydd samt genomföra en meningsfull utredning.

Det är viktigt att tänka på att en placering på sjukhus i sig inte är ett skydd, då sjukhusvistelsen ofta är en särskilt aktiv period för förfalskning av symtom [14, 15, 17, 35]. Speciella beslut för reglering av vård och besök på en avdelning skall alltså fattas av socialtjänsten. Det är också viktigt för avdelningens medicinska ledning att tänka på att ett extravak insatt tillsammans med barn och förälder måste vara mycket väl insatt i problematiken. Detta innebär att aldrig lämna barn och förälder ensamma, och att inte överlåta något av barnets skötsel, matning eller medicinering till föräldern. Med tanke på den starka manipulativa kraften hos dessa föräldrar bör extravak vara mycket erfaren vårdpersonal.

### Utredning

Utredningen måste innehålla en noggrann kartläggning av barnets hela sjukhistoria. Det innebär att begära in ett fullständigt journalmaterial från alla tidigare sjukvårdskontakter från mödravårdscentralen och framåt. En lika fullständig journalinsamling bör göras av föräldrarnas och samtliga syskons journaler. Detta gäller även döda syskon, vars obduktionsprotokoll bör granskas.

En utredning enligt Socialtjänstlagens § 50 bryter sekretessen runt journalmaterial. Utredande socialsekreterare kan alltså samla in all nödvändig medicinsk dokumentation. Grundregeln för urvalet är att journalmaterialet skall vara så fullständigt som någonsin är möjligt. Genomgången av materialet måste sedan göras av läkare med förmåga att i journalanteckningarna urskilja förloppet av de angivna sjukdomarna samt bedöma överensstämmelsen mellan uppgivna symtom och undersökningsresultat.

En kronologi dels över föräldrarnas sjukvårdssökande beteende, dels över hur informationen om undersökningsresultat, behandling och sjukhistoria har hanterats över tid är ofta mycket klargörande.

Anamnesupptagningen är en viktig del [35]. Sök så detaljerad information som möjligt avseende omständigheterna



# Annons

# Annons



**Tabell 1.** Översikt över MSbP-fall. Behandling/erkänt = förövaren har fått behandling respektive erkänt misshandeln: Arena = Den miljö där MSbP har utövats och den typ av problem som presenterats; Handikapp = Det utsatta barnet har bestående handikapp av allvarlig art; SoL = Anmälan gjord till socialtjänsten; Åtal = Åtal enligt Brottsbalken för barnmisshandeln; Placering = Barnet placerat i familjehem (F = fadern, föräldrarna skilda).

Antal barn <sup>1</sup>	Misstanke/anmälare	Behandling/erkänt	Arena	Handikapp	SoL	Åtal	Placering
1/1	Pediater/BUP	Nej/Nej	Sjukvården/Allergi	Nej	Ja	Nej	Nej
	BUP/Skola	Nej/Nej	Skola/Mobbning	Nej	Ja	Nej	Nej
	Pediater/BUP	Nej/Nej	Sjukvården/Neurologi	Nej	Ja	Nej	Nej
1/1(3)	Sjukvård/Sjukvård	Ja/Ja, delvis	Sjukvården/Intoxikation	Nej	Ja	?	Ja (hos F)
2/2	Pediater/Pediater	Ja/Ja, delvis	Sjukvården/Skada	Ja	Ja	Ja	Ja (hos F)
1(3)/3	Ej känt	Ja/Nej	Sjukvården/Kvävnings	Ja	Ja	?	Ja
1/4	Pediater/Pediater	Ja/Nej	Sjukvården/Injektion i blod	Ja	Ja	Ja	Ja
1/?	Sjukvård/Ej anmält	Nej/Nej	Sjukvården/Respiration	Nej	Nej	Nej	Nej
1/1	Sjukvård/Sjukvård	Ja/Ja, delvis	Sjukvården/Intoxikation	Nej	Ja	Ja	Ja (hos F)
4/4	Sjukvård/Sjukvård	Nej/Nej	Sjukvården/Allergi, kramper, bräck, diabetes, mag-tarmproblem	Ja	Ja	Nej	Ja
2/2	Ej känt	Nej/Nej	Sjukvården/Allergi, pares, blindhet	Nej	Ja	Nej	Ja
1/1	Pediater/Pediater	Ja/Nej	Sjukvården/Svält	Nej	Ja	Nej	Ja

<sup>1</sup>Antal utsatta barn i familjen/totalt antal barn i familjen. Siffran inom parentes anger att det också fanns halvsyskon/styvsyskon.

(exakt tid, plats och vilka andra som var närvarande) när sjukdomsfallen inträffade. Sök sedan upp platser och personer för att få uppgifterna bekräftade. Följ upp och kontrollera alla uppgifter om familjens livshistoria; falska uppgifter kan avslöjas inom en rad olika områden. Fördelningen av detta arbete bör göras i samrådsgruppen och styras av behovet av medicinsk eller annan fackkunskap för att kunna ställa adekvata frågor och värdera de insamlade uppgifterna. Intervjuer som görs av socialsekreterare och medicinsk personal tillsammans kan vara ett fungerande alternativ.

Det är viktigt att säkerställa att kurvor, registreringar och provtagningar inte har manipulerats av föräldern [35]. Vid varje tillfälle av oförklarade symtom skall lämplig och möjlig provtagning för toxikologiska analyser övervägas. Meadow [35] pekar på möjligheten att gå utanför de traditionella laboratorier och använda sig av kriminaltekniska eller rättskemiska analyser. Detta omfattar även kraven att säkra att blod, urin, avföring och kräkningar verkligen kommer från barnet.

### När skilja barnet från föräldern?

När direkt bevisning inte går att få genom dessa åtgärder kan ett beslut att skilja barnet från den misstänkta förövaren vara av diagnostisk betydelse som ett led i utredningen. Ett sådant beslut kan endast fattas av socialtjänsten. En sjukdomsbild som upphör när barnet skiljs från föräldern ger starkt stöd för misstanken om barnmisshandeln genom förfalskning av symtom.

I ett svenskt fall stagnerade ett barns viktuppgång mellan 4 och 9 månaders ålder, trots att det enligt föräldrarna åt med god aptit men också uppgavs kräkas och ha avföringsrubbingar. Perioder med näringstillförsel via ventrikelsond hade prövats i samverkan med föräldrarna. Omfattande gastroenterologiska utredningar gjorde att annan relevant sjukdom kunde uteslutas. Från den dag föräldrarna framtogs ansvaret för barnets näringstillförsel återtog barnet raskt förlorad vikt och försenad utveckling (Figur 1).

Under utredningstiden måste föräldrarna vid någon tidpunkt konfronteras med misstanken om barnmisshandeln. Detta görs lämpligen av behandlande barnläkare i samverkan med socialsekreterare, och bör göras tydligt och med omsorg om såväl barn som förälder. Målet är att barnet skall skyddas från fortsatt misshandeln och att i bästa fall nå föräldern med erbjudande om stöd och hjälp. Det är av största vikt att inte

glömma skyddsaspekten för eventuella syskon till det utsatta barnet. Risken för att utlösa en djup depressiv kris med hög risk för suicidförsök hos föräldrarna skall beaktas, och beredskap för akut psykiatrisk vård bör finnas [4, 15].

Hinder för en framgångsrik handläggning av MSbP-fall kommenteras av flera författare [6, 14]. Livsfaran för barnet underskattas ofta, vilket leder till ett alltför passivt utredningsförfarande och en för låg omhändertagandenivå. Såväl läkare som övrig sjukvårdspersonal, sociala myndigheter och rättsväsendet har en tendens att tro att dessa vårdande och engagerade föräldrar inte kan vara farliga för sina barn. Den kraftfulla reaktion av förnekande och aggressivitet som ofta följer på konfrontationen/avslöjandet kan få även den utredande läkare som klarlagt förhållandena att tvivla på sina fynd.

I de svenska fall som vi känner till har läns- och kammarrätt i stor utsträckning beslutat till förmån för barnets skydd. Endast ett fåtal ärenden har gått till brottmål (Tabell 1).

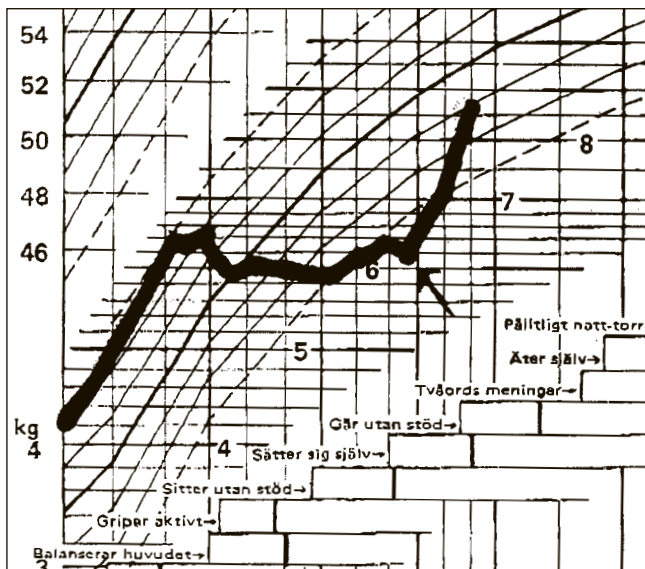
### Behandling måste bygga på erkännande

Få behandlade fall är beskrivna. Oftast konstaterar man att förövare förnekar misshandeln och avböjer behandling [13, 15, 22, 28, 30, 31, 39-41]. All riktad behandling till förövaren bygger på ett erkännande av barnmisshandeln [14, 15, 17, 18, 22, 28, 39-41]. Stödande eller insiktsbetonad psykoterapeutisk behandling med målet att bryta misshandelsbeteendet utan att villkoret om ett erkännande är uppfyllt måste idag betraktas som en utopi. Behandling av barn som varit utsatta för MSbP har riktats mot barnens livssituation som helhet [35, 38].

Berg och medarbetare [40] sammanfattar i Fakta 4 de faktorer som bäddar för en framgångsrik behandling. I en framtida utveckling av behandling av förövare är en fokusering på misshandeln i kombination med en bred ansats för att förändra en belastande och otillfredsställande livssituation sannolikt ett riktigt grepp [40].

### Prognos

De uppföljningsstudier som gjorts har i stor utsträckning granskat hur sociala myndigheter ingripit till barnens skydd och effekten av detta. Davies [34] har följt upp 119 barn som identifierats som MSbP-offer i England och på Irland. Uppföljningstiden efter avslöjandet var i medeltal 24 månader. Inget av barnen visade sig i uppföljningen ha någon annan



Figur 1. Viktkurva.

sjukdom. Av barnen hade 24 procent kvarstående symtom efter misshandel. Nio barn av tio hade omedelbart blivit föremål för skyddande åtgärder, vid uppföljningen hade 32 procent fortfarande skydd. I de fall där barnen var återplacerade i hemmet efter passiv MSbP hade ny misshandel genom förfälskning av sjukdom skett i 17 procent.

Vid uppföljning av syskon till barn som blivit kvävda hade ny misshandel ägt rum i 50 procent av familjerna. Av de kvävda barnen hade 18 syskon. I 50 procent av dessa familjer hade syskon blivit misshandlade, i fyra fall med dödlig utgång. 22 förgiftade barn hade syskon. I 40 procent av dessa familjer hade syskon blivit misshandlade, i fyra fall med dödlig utgång.

Dessa siffror understryker med stor kraft betydelsen av att inte enbart skydda det utsatta barnet utan också säkerställa skyddet för samtliga barn i familjen.

Neale [37] har funnit att utfallet för barnen blir bäst om barnet skiljs från förövaren i tidig ålder och för lång tid. I denna studie, med en uppföljningstid på mellan ett och 14 år efter avslöjandet, var utfallet med avseende på barnens fysiska, känslomässiga och intellektuella utveckling sämst om det gått lång tid innan misshandeln avslöjades, om barnet hade upplevt många placeringar under vårdtiden och om inblandningen från den förövande modern hade varit omfattande.

Förutom de förödande kroppsliga skador som barnen riskerar att drabbas av, liksom även dödsfall, är de psykologiska och sociala konsekvenserna mycket allvarliga för många barn [34, 37]. De äldre barnen riskerar att dras in i ett samspelsmönster med föräldern. Barnet blir moderns medhjälpare i att förfälska sjukdomssymtom som andningssvårigheter och krampanfall. Barnet lär sig också att manipulera mediciner och andra behandlingsinsatser, liksom att överta förövarens verklighetsbeskrivning och ge förövaren stöd för de falska livshistorierna. Exempel finns att barnen med stigande ålder utvecklar egna vuxna Münchhausen-syndrom [11, 15, 22, 25, 27, 31, 37]. Barnen riskerar att förlora förmågan att leka med jämnåriga, går miste om livserfarenheter som andra barn har och knyts i ett alltför starkt beroende till förövaren [15].

Slutsatsen av Bools' och medarbetarens [41] långtidsuppföljning är att tidig upptäckt och samverkan mellan barnläkare, socialtjänst och psykiatri, med aktiva insatser i form av tidig placering och behandling av förövare och barn, ger bäst prognos för barnen.

## Referenser

- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2: 343-5.
- Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of MSbP. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 547-63.
- Carlson J. MSbP: an unexpected cause of severe chronic diarrhoea in a child. *Acta Paediatr* 1994; 83: 119-21.
- Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Co-morbidity associated with fabricated illness (MSbP). *Arch Dis Child* 1992; 67: 77-9.
- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Child* 1998; 78: 210-6.
- McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996; 75: 57-61.
- Waller D. Obstacles to the treatment of Munchausen by proxy syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22: 80-5.
- Schreier HA, Libow JA. *Hurting for love – MBPS*. Guilford 1993.
- Samuels MP, McClaughlin W, Jacobsson RR, Poets CF, Southall DP. Fourteen cases of imposed upper airway obstruction. *Arch Dis Child* 1992; 67: 162-70.
- Bools C, Neale B, Meadow R. MSbP: A study of psychopathology. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 773-88.
- Meadow R. Fictitious epilepsy. *Lancet* 1984; 2: 25-8.
- Gray J, Bentovim A. Illness induction syndrome: paper I – a series of 41 children from 37 families identified at The Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 655-73.
- Zitelli BJ, Seltman MF, Shannon RM. MSbP and its professional participants. *Am J Dis Child* 1987; 141: 1099-102.
- Meadow R. Non-accidental salt poisoning. *Arch Dis Child* 1993; 68: 448-52.
- Meadow R. False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1993; 68: 444-7.
- Jones J, Butler HE, Hamilton B, Perdue DJ, Stern HP, Wood RC. Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1986; 10: 33-40.
- Davis P, McClure RJ, Rolfe K, Chessman N, Pearson S, Sibert JR et al. Procedures, placement and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1998; 78: 217-21.
- Meadow R. Management of MSbP. *Arch Dis Child* 1985; 60: 385-93.
- Berg B, Jones David PH. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (MSbP). *Arch Dis Child* 1999; 81: 465-72.
- Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Follow up of victims of fabricated illness (MSbP). *Arch Dis Child* 1993; 69: 625-30.

Fullständig referenslista kan erhållas från författaren.

## SUMMARY

### Munchausen syndrome by proxy – a literature review and Swedish case histories

**Björn Lundin, Stefan Croner**

*Läkartidningen* 2001; 98: 2302-11

Munchausen syndrome by proxy (MSbP) is a potentially lethal form of child abuse. Mortality rates around 10 percent have been reported. A knowledge of the characteristics of MSbP is needed in order to reveal the diagnosis and to handle the management correctly. Swedish experience is in accordance with international reports.

Correspondence: Björn Lundin, Psychological Medicine, Princess Margaret Hospital, GPO Box 184, Perth WA, 6840 Australia (Bjorn.Lundin@health.wa.gov.au)