



# Vanhemman välillinen Münchhausenin oireyhtymä, voidaanko hoitaa ja miten taataan lapsen turvallisuus?

## MSbP-oireyhtymä

Välillinen Münchhausenin oireyhtymä (Münchhausen syndrome by proxy, MSbP) on harvinainen ja hyvin vakava muoto lapsen kohdistuvaa väkivaltaa. Useimmiten (85 – 90 prosentissa tapauksista) tekijä on lapsen biologinen äiti, harvemmin isä tai muu huoltaja. Joissakin tapauksissa huoltajan väkivalta voi kohdistua myös iäkkääseen puolisoon tai vanhempaan, jopa lemmikkieläimeen. Tilanne on sama maailmanlaajuisesti, ei pelkästään länsimaisissa yhteiskun-

nissa ja kulttuureissa. (Meadow, 1977; Rosenberg, 2003; Meehan et al., 2008; Langer, 2009; Lindahl, 2009; Saad, 2010).

Oireyhtymälle on tyypillistä, että vanhempi tarkoituksellisesti vahingoittaa puolustuskyvytöntä lasta ja tuo lapsen toistuvasti hoitoon useille eri lääkäreille ja eri klinikoille. Hän voi myös liioitella lapsen jo olemassa olevia oireita tai keksiä sairauksia. Hän esiintyy erittäin huolehtivana ja uhrautuva-  
na hoitohenkilökunnalle ja vaikuttaa ulkopuolisten silmissä todella

lastaan rakastavalta. Samanaikaisesti hän kuitenkin sabotoi lapsen hoitoa ja aiheuttaa tälle lisää vahinkoa. (Kannai, 2009). Vanhempi voi esimerkiksi yrittää tukehduttaa lapsen (Meehan et al., 2008), syöttää tai annostella lapselle vahingollisia aineita tai väärentää lapsesta otettuja näytteitä (Lindahl, 2009; Green, et al., 2010; Jacobi et al., 2010). Sairaalassa lapselle asetut letkut voivat selittämättömästi siirtyä paikoiltaan ja aiheuttaa hengenvaarallisen tilanteen, jopa lapsen kuoleman (Kannai, 2009).

**Hälyttäviä merkkejä:** (Mason & Poirier, 2007)

- a. multisysteeminen, pitkittynyt, epätavallinen tai harvinainen sairaus
- b. ristiriitaisia oireita, jotka eivät sovi taudinkuvaan
- c. useita allergioita
- d. oireet häviävät, kun hoitaja ei ole läsnä
- e. toinen vanhemmista, yleensä isä, pysyttelee poissa lapsen sairaalassa olon aikana
- f. lapsen sisaruksista yksi tai useampia on kuollut äkillisesti vauvaiässä
- g. vanhempi, joka on liian kiintynyt potilaaseen
- h. vanhemmalla on tietoa lääketieteestä tai hän on toiminut alalla
- i. lapsi sietää hoitoja huonosti
- j. vanhempi kannustaa hoitohenkilökuntaa suorittamaan lukuisia testejä ja tutkimuksia
- k. vanhempi osoittaa kohtuutonta kiinnostusta hoitohenkilökuntaan kuuluvien tunteita kohtaan

### MSbP-äidin profiili

Systemaattista tutkimusta siitä, mikä saa äidin vahingoittamaan lastaan, on niukalti. Vanhemmuuden investointiteorian (parental investment theory) perusteella naisten ei kaikella todennäköisyydellä pitäisi vahingoittaa omia jälkeläisiään. Sama teoria olettaa, että nimenomaan naiset huolehtivat jälkeläistensä hyvinvoinnista. (Saad, 2010).

Wilson (2007) mainitsee kolme tilannetta, jotka saattaisivat pakottaa vanhemman (usein äidin) surmaamaan lapsensa: ensiksi, jos lapsen kasvattamiseen ja hoitamiseen ei ole riittävästi resursseja, toiseksi, jos lapsen isästä ei ole varmuutta ja se on ratkaiseva huolenaihe tilanteessa ja kolmanneksi, jos lapsi on jostain syystä puutteellinen (esim. fyysinen vamma, kehityshäiriö).

Vastoin vanhemmuuden investointiteorian avainolettamusta joillakin naisilla perustaipumus

huolehtia lapsistaan vääristyy palvelemaan heidän narsistista huomiontarvettaan. Sama mekanismi, joka saa äidit yleensä huolehtimaan lapsistaan, voi psykologisesti vahingoittuneilla äideillä kääntyä vastakkaiseksi, kun he luovat olosuhteita, joissa he pyrkivät viestittämään maailmalle, miten tärkeää ja arvokasta työtä he tekevät. Saadin mukaan näillä naisilla on usein jokin persoonallisuushäiriö, eivätkä he saa riittävästi tukea kumppaniltaan tai aviomieheltään. Äidin saama hyöty on joko siinä, että häntä ylistetään sankarillisesta vanhemmuudesta sairaan lapsen huoltajana tai hän saa osakseen sympatiaa ja empatiaa uhrin roolistaan. (Saad, 2010).

MSbP-äidit vaikuttavat usein ystävällisiltä ja miellyttäviltä, he arvostavat lääketieteellistä hoitoa ja tulevat hyvin toimeen klinikan tai sairaalan henkilökunnan kanssa. Äiti saattaa jopa vaikuttaa voivan erityisen hyvin osastolla lapsen kanssa. Monet äidit ovat joko opiskelleet lääketiedettä tai työskennelleet terveydenhoitoalalla. Psykiatrien arvioinneissa heiltä ei yleensä löydetä hoitoa tarvitsevaa psyykkistä sairautta, mutta monilla on jokin persoonallisuushäiriö (esim. narsistinen persoonallisuushäiriö, rajatilahäiriö, hysteerinen persoonallisuushäiriö). Lisäksi heillä esiintyy taipumusta riippuvaisuuteen ja heillä on antisosiaalisia piirteitä. He ovat myös manipuloivia, vilpillisiä ja toisia hyväkseen käyttäviä. Jotkut ovat kokeneet pahoinpitelyä tai seksuaalista hyväksikäyttöä. Masennus on yleistä, mikä saattaa johtua osittain eristyisyyden tunteesta. Joillakin äideillä on itsellään Münchhausenin oireyhtymä, ja lapsesta tulee välikappale syndrooman ilmentämiselle. Yhteistä näille äideille on myös se, että suhde isään vaikuttaa etäiseltä. Isät näissä perheissä ovat tavallisesti emotionaalisesti poissaolevia, eivätkä osallistu lasten hoitoon. Kumppani tai aviomies on

usein vähemmän koulutettu ja vähemmän älykäs kuin äiti. (Meehan et al., 2008; Saad, 2010).

Psykiatrisesti häiriintyneistä ja puolison tukea vaille olevista äideistä tulee muita todennäköisemmin lastensa vahingoittajia. MSBP-äidit kokevat tavallisesti, etteivät he ole saaneet toteutettua omia toiveitaan. He ovat lähtöisin joko keski- tai sitä alemmasta yhteiskuntaluokasta, ja heidän parisuhteessaan on ongelmia. He kokevat tulleen kumppaneidensa hylkäämiksi ja torjumiksi. Kumppani saattaa myös olla uskoton. Äiti on tällöin kipeästi huomion tarpeessa. Tästä johtuen hän etsii korkeassa asemassa olevan miehen henkilön kuten lääkärin huomiota. Saadin mukaan olisi mielenkiintoista tutkia, onko hoitavan lääkärin sukupuoli yksi ratkaiseva tekijä syndrooman ilmenemiselle. (Saad, 2010).

Motz (2001) on analysoinut naisten perversioita ja seksuaalisia tai väkivaltaisia aggressioita. Hänen mukaansa naisen aggressio on vihan ja ahdistuksen kehollinen ilmaisutapa, ja se kohdistuu joko itseensä tai lapseen. Motz näkee MSBP-äidin käyttäytymisen heijastavan äidin aikaisempia ristiriitoja, traumaattisia tapahtumia ja häiriintyneitä kiintymyssuhteita. Lapsi on MSBP-äidille hänen oman kehonsa jatke. Äiti ei usein kykene tietoisesti pääsemään käsiksi omiin psyykkisiin vaurioihinsa. Kun hän harhauttaa hoitohenkilökuntaa, hän ei tee sitä sykhdyttävän jännityksen takia, vaan se on itse asiassa alitajuinen avunhuuto, että hänen oma epätoivonsa ja menetyksensä lopultakin tunnustettaisiin ja tunnustettaisiin. (Motz, 2001; Kanai, 2009 tapauskuvaus).

Jacobin ja kollegoiden (2010) sekä Langerin (2009) mukaan MSBP-äidit voidaan jakaa kolmeen ryhmään, apua etsivät, aktiiviset toimijat ja lääkäriaddiktit. Avun etsijöillä lapsen sairaus – joko sepitetty tai itse aiheutettu – heijastaa

äidin tarvetta ilmaista omaa ahdistusta, uupumusta tai masennusta, ja hoitotoimenpiteet otetaan yleensä vastaan helpottuneina ja yhteisyyshön suostuvaisina. Toiseen ryhmään kuuluvat lastaan vahingoittavat äidit pyrkivät sairaalassa aktiivisesti ja suoraan tuomaan esille dramaattisia oireita, joiden alkuperää hoitohenkilökunta ei osaa epäillä. Lähes kaikkia tällaisia äitejä on kuvattu yhteistyökykyisinä, huolehtivina, rakastavina, omistautuvina ja luotettavina. Lääkäririippuvaisten pakonomainen tavoite on saada lääketieteellistä hoitoa lapsilleen, jotka eivät todellisuudessa ole sairaita. Tähän pyrkiessään äiti tavallisesti kertoo vääristeltyjä tietoja ja oireita. Nämä kolme tyyppiä eivät sulje toisiaan pois. (Langer, 2009; Jacobi et al., 2010).

Langer (2009) luettelee mahdollisia tuntomerkkejä, jotka sopivat MSbP-äitiin:

- äiti on epätavallisen rauhallinen ottaen huomioon lapsen vaikeat ja hämmäntävät oireet
- äiti hyväksyy helposti lääketieteelliset tutkimukset, jotka ovat lapselle hankalia ja kivuliaita
- äidin suhde sairaalan henkilökuntaan on epätavallisen läheinen
- äiti kiittelee ylenpalttisesti hoitohenkilökuntaa
- äiti päästää vain tarkoin valitut henkilöt lastensa lähelle
- äiti on erittäin tarkkaavainen lapsen suhteen
- äidillä itsellään on ollut samankaltaisia sairauksia lapsena
- äiti kieltäytyy ehdottomasti hyväksymästä ajatusta, että diagnoosi voisi olla muu kuin biolääketieteellinen
- äidillä on ennestään kokemusta lääketieteestä tai hoitotyöstä

Lisäksi on usein todettu, että lastaan vahingoittavan äidin suhde lapsen vaikuttaa epätavallisen läheiseltä. Äiti ei jätä lasta het-

keksikään silmistään ja näyttää suorastaan jumaloivan häntä. On kuitenkin huomattava, että oikeasti sairaiden lasten huolestuneet äidit voivat myös käyttäytyä kaikilla edellä mainituilla tavoilla, mikä tekee syndrooman havaitsemisesta entistäkin vaikeampaa. (Langer, 2009).

### Oireyhtymän havaitseminen ja hoito

Välillistä Münchhausenin oireyhtymää on hyvin vaikea havaita, koska vanhemman käytös on niin kaksijakoista: hän vaikuttaa erittäin huolehtivalta ja rakastavalta ja lapselleen omistautuneelta, vaikka samalla sabotoi lapsen toipumista ja aiheuttaa tälle lisävahinkoa saadakseen sairaan lapsen kautta itselleen hoitoa ja huomiota. (Meadow, 1982; Kannai, 2009).

Jos syndrooma havaitaan, äiti on vaarassa menettää lapsensa sekä tämän kautta itselleen tulevan huomion. Siksi useimmat äidit pyrkivät salaamaan toimintansa viimeiseen asti. Vahingoittaminen tapahtuu useimmiten kotona kenenkään näkemättä, ja sairaalassa silloin, kun ketään henkilökuntaan kuuluvaa ei ole paikalla. Koska toimintaa on vaikea muuten havaita, diagnoosin varmistamiseksi on joskus käytetty valvontavälineitä, esim. piilotettua videokameraa tai yksisuuntaista peili-ikkunaa. Näiden käyttö saattaa kuitenkin aiheuttaa eettisiä ja intymiteettisuojaan liittyviä ongelmia. Valvontavälineiden käyttöä puoltaa se, että jos niiden avulla todetaan vanhemman vahingoittavan lasta, lapsen turvallisuus voidaan taata nopeammin, ja myös vanhemman avun tarve tulee todistetuksi. (Fisher, 2011).

MSbP:n diagnosointia monimutkaistaa se, että vanhempi kieltää asian ja pyrkii harhauttamaan lääkäreitä ja hoitajia. Koska pienet lapset eivät itse pysty kertomaan sairaudestaan, henkilökunnan on tavallisesti luotettava vanhempien kertomukseen. Useimmiten

tiedot pitävät paikkansa, mutta MSbP-tapauksessa ne ovat väärää tai liioiteltuja. Ammattihenkilöt eivät helposti tule ajatelleeksi kyseistä syndroomaa, koska se on niin harvinainen ja koska sen havaitseminen vaatii aikaa ja tiivistä seuranta. Hoidon pirstaleisuus ja kiireiset, ruuhkaiset klinikat ja osastot helpottavat asian salaamista. (Kannai, 2009).

Kaikkien hoitovaiheiden tavoitteena on ensisijaisesti varmistaa lapsen turvallisuus. Usein tämä on mahdollista vain erottamalla äiti ja lapsi toisistaan. Tavallisesti lapsen oireet häviävät pian sen jälkeen. Hoitohenkilökunnan, sosiaalityöntekijöiden ja viranomaisten yhteistyö saattaa olla välttämätöntä lapsen turvallisuuden takaamisessa. (Kannai, 2009).

Vanhemman hoito on tavallisesti monimutkaista ja aikaa vievää. Se käsittää pitkäkestoista psykoterapiaa, jonka aikana häntä autetaan näkemään ja myöntämään oma tuen tarpeensa. Tavoitteena on estää vanhempaa projisoimasta omia tarpeitaan lapseen. Terapiassa keskitytään myös vanhemman tarpeeseen oppia tuntemaan empatiaa lasta kohtaan ja ymmärtämään, miten hänen käyttöksensä vaikuttaa tähän. Hankaluutena on usein se, että vanhempi/äiti vastustaa hoitoa. Hän kieltää sekä ongelman että diagnoosin ja voi lisäksi pyrkiä manipuloimaan häntä hoitavia terapeutteja. (Kannai, 2009).

Kannai (2009) kertoo tapauskuvauksessa äidistä, joka ei useita vuosia kestäneen terapian jälkeenkään kyennyt näkemään omaa osuuttaan lapsen sairauteen, vaan uskoi, että lasta hoitaneet lääkärit olivat vihamielisiä ja väärässä. Tällöin hoidossa oli keskityttävä lasten turvallisuuden varmistamiseen ja perheen läheiseen ja jatkuvaan seurantaan. Asianosaisten sairaaloiden ja klinikoiden henkilökunnan oli oltava varuillaan ja uskottava ennemmin fyysisiin diagnooseihin ja objektiivisiin arviointeihin kuin



äidin kertomuksiin. Lääkärit, sosi-aalityöntekijät ja psykologit tekivät läheistä yhteistyötä ja seurasivat tarkkaan äidin toipumista. Jos lapsi tarvitsi hoitoa, kaikki kolme taho arvioivat tilanteen yhdessä varmistakseen, että hoito oli sopiva ja tarpeellinen, eikä aloittanut uutta lääketieteellisten toimenpiteiden kierrettä. Jatkuva yhteistyö ja kommunikaatio eri osapuolten välillä onnistuivat turvaamaan lasten ter-

veyden ja tarjosivat pahiten vahingoittuneelle lapselle mahdollisuuden normaaliin kehitykseen, minkä äidin toiminta oli varhaisvuosina häneltä estänyt. (Kannai, 2009).

### Lopuksi

Välillinen Münchhausenin oireyhtymä on hyvin harvinainen ja sitä on erittäin vaikea havaita, diagnosoida ja hoitaa. Vain jatkuva tilanteen ja hoidon seuranta sekä asiaan

liittyvien ammattilaisten välinen kommunikaatio ja yhteistyö voivat paljastaa vaarallisen kuvion. Ensiarvoisen tärkeää on varmistaa lasten turvallisuus. Hoitohenkilökunta on avainasemassa syndrooman tunnistamisessa, mutta myös perheen sukulaiset ja tuttavat voivat tehdä omia huomioitaan ja ottaa yhteyttä viranomaisiin, jos huomaavat jotain epäilyttävää lasten kohtelussa ja terveydentilassa.

### Lähteet:

- Fisher, M. A. Ethics for the Pediatrician: Caring for Abused Children. *Pediatrics in Review* 2011;32:e73 DOI: 10.1542/pir.32-7-e73
- Green, R. P., Hollander, A. S., Thevis, M., Thomas, A., Dietzen, D. J. (2010). Detection of Surreptitious Administration of Analog Insulin to an 8-Week-Old Infant. *Pediatrics* 2010;125:e1236; originally published online April 12, 2010; DOI: 10.1542/peds.2009-2273
- Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B., Herrmann, B. (2010). Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(13): 231–40
- Kannai, R. (2009). Münchhausen by Mommy. *Families, Systems, & Health* (2009), Vol. 27, No 1, 105 – 112.
- Langer, R. (2009). "A Dignified and Caring Mother:" 1 An Examination of Munchausen Syndrome by Proxy Case Law. *Psychiatry, Psychology and Law* Vol. 16, No. 2, July 2009, 217–239.
- Lindahl, M. W. (2009). Beyond Münchhausen by Proxy: A Proposed Conceptualization for Cases of Recurring, Unsubstantiated Sexual Abuse Allegations. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18:206–220, 2009
- Copyright © Taylor & Francis Group, LLC ISSN: 1053-8712 print/1547-0679 online DOI: 10.1080/10538710902758576
- Mason, J., Poirier, M. (2007). Münchhausen syndrome by proxy. Retrieved January 29, 2008, from <http://www.emedicine.com/emerg/topic830.htm>
- Meadow, R. (1977). Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;2(8033): 343 – 345.
- Meehan, W. P. III, MD, Merschman, K. JD, Chiang, V. W. MD. (2008). An 18-Month-Old Girl with Recurrent Apneic Spells. *Pediatric Emergency Care*, volume 24, number 8, August 2008.
- Motz, A. (2001). *The Psychology of Female Violence: Crimes Against the Body*. East Sussex, UK: Brunner-Routledge.
- Rosenberg, D. A. (2003). Münchhausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse & Neglect* 27 (2003)421 – 430.
- Saad, G. (2010). Münchhausen by proxy: The dark side of parental investment theory? *Medical Hypotheses* 75 (2010) 479 – 481.
- Wilson D.S. (2007). *Evolution for everyone: how Darwin's theory can change the way we think about our lives*. New York: Delacorte Press.