

Simulerad psykotisk sjukdom vanligare än psykiatrer vill tro

Fyra fall av simulering i vinningsssyfte beskrivs

HANS BENDZ, leg läkare, specialist i psykiatri, med dr, Lund
hans.bendz@bredband.net

Läkare förbiser ofta simulerad sjukdom eller tvekar att avslöja den, medan andra anser det fel att ifrågasätta patienters sannfärdighet. Men simulanter existerar [1, 2]. Det är vår moraliska skyldighet att förhindra att de skadar sig själva eller bara parasiterar på sjukvården och sjukförsäkringen [3].

Simulering (av latinets *simulo*, efterhärma, låtsa) i vid bemärkelse är en del av människors vardag. Man skiljer på två former av simulerad sjukdom. 1) Medvetet simulerad sjukdom i vinningsssyfte (ICD-kod Z76.5). De fyra fall som presenteras i denna artikel är alla av denna typ. Även barn simulerar, själva [4] eller som »ombud« för en vuxen [5, 6]. 2) Simulering utan uppenbart vinstmotiv kallas Münchhausens syndrom, *patomimi* eller *factitia* (ICD-kod F68.1) [7, 8]. Patienten hittar på somatiska symtom eller orsakar sig själv skada eller sjukdom, ibland livsfarlig [9]. Beteendets drivkraft har antagits vara en omedveten önskan om vård och omsorg.

Upptäckten att en av mina patienters schizofreni var spelad i vinningsssyfte (Fall 1) ledde till att jag upptäckte att andra simulerade. I hopp om en motsvarande effekt på mina kollegor skrev jag denna artikel. Det var uteslutet att inhämta de redovisade personernas samtycke, varför artikeln inte har underställts någon etikprövningsnämnd.

Kursivering nedan anger omständigheter som borde ha gett mig anledning att tänka på simulering i de båda första fallen och som gjorde det i de båda senare.

FALL 1

AÖ var en 23-årig, arbetslös, frånskild småbarnsmamma, som remitterades till psykosmottagningen från en allmänpsykiatrisk mottagning. Under de föregående två åren hade hon tvångsvårdats två gånger kortvarigt under ospecifika ångest- och depressionsdiagnoser. Vid ett tredje tillfälle av tvångsvård överfördes hon från en kriminalvårdsanstalt på grund av hörselhallucinos. Hon hade dömts till en månads fängelse för upprepade snatterier. Hon tvångsvårdades i stället på vår in-tagningsavdelning och kunde först vid strafftidens slut – men just då – skrivas ut förbättrad trots att hon inte fått läkemedelsbehandling på grund av graviditet.

AÖ:s medföljande *fd make (M)* gav alltid anamnesen. AÖ hade sedan ungdomen uppvisat psykotiska symtom, nu främst i form av kontinuerlig imperativ hallucinos att snatta. Trots det fick hon någon månad efter sitt första besök hos mig *diagnoserna personlighetsstörning och ångestsyndrom av en kollega* som utförde en rättspsykiatrisk sk § 7-undersökning.

Emellertid ansåg jag att den schizofrenimisstänke som jag inledningsvis hade ställt bekräftades av det första årets snabba och invalidiserande sjukdomsprogress. Under de följande fem åren visade patienten inga tecken till förbättring. Mina upprepade förslag om inläggning avvisades av M såsom stridande mot den egna kulturen. Hon fick förvaltare och sjuk-

»Upptäckten att en av mina patienters sjukdom var spelad i vinningsssyfte ... ledde till att jag upptäckte att andra simulerade.«

pension. M blev hennes avlönade personlige assistent. AÖ gav dålig ögonkontakt, satt mestadels försjunken i sina egna tankar, reagerade förstrött på direkt tilltal, mumlade litet för sig själv, talade ibland om skönhetsoperation eller att få en roterande skiva, som fanns i huvudet, bortopererad.

Tvångsintagen en fjärde gång

Vid ett aviserat hembesök var AÖ först ensam och öppnade *iförd enbart trosor*. M anlände efter en stund. I fortsättningen satt AÖ i ett soffhörn, självförsjunken. Enligt M behövde hon hjälp med klädsel och påminnas om toalettbesök. Det hände att *urin och ibland även avföring* hamnade i kläderna. I duschen förblev hon stående *tills någon stängde av*. *Hon kunde inte lägga upp mat på tallriken eller hantera bestick*. Under dagen i lägenheten samtalade hon mumlande med sin döda mormor. Hon gick ut endast med sällskap. När M *tog med henne att handla* plockade hon till sig varor, som enligt rösterna tillhörde henne. Mellan 25 och 27 års ålder blev hon tagen för snatteri fyra gånger, en av dessa *på annan ort iförd en klänning som var specialsydd för ändamålet*. Vid 29 års ålder tvångsintogs hon en fjärde gång för djup melankoli med imperativ, suicidal hörselhallucinos.

Elbehandling (ECT) planerades, men i stället skrevs hon ut efter två dygn eftersom hon *plötsligt förbättrades när M kom på besök*. Flera månader senare råkade jag få syn på AÖ, som då *inte gjort återbesök hos mig på över ett år*. Högravid kom hon gående i glatt samspråk med en väninna och såg helt frisk ut. När hon upptäckte mig vände hon och avlägsnade sig snabbt från platsen.

Journalrekvisitioner på måfå gav resultat

Efter kallelse till återbesök en månad senare kom AÖ i sällskap med M. Hon var inte längre gravid. Vårt möte fördes inte på tal. M berättade att hennes hjälpbehov var oförändrat. Se-

■ sammanfattat

Simulerad psykotisk sjukdom är vanligare än många psykiatrer vill tro.
Simulerad sjukdom kan gå oupptäckt under många år.
Genom att införliva simulerad sjukdom i sin kliniska världsbild förbättrar läkaren sin diagnostiska förmåga.

När en läkare väl upptäckt sin första simulant blir det lättare att upptäcka andra.
Läkare har moralisk skyldighet att försöka upptäcka simulanter och därmed förhindra att de parasiterar på sjukvården och sjukförsäkringen.

dan visste jag inte vad jag skulle göra, så jag gjorde ingenting. Något år senare begärde Försäkringskassan ett nytt läkarutlåtande. Jag rekviderade journaler dels från några somatiska kliniker utan att veta om patienten varit där och fick napp, dels från mödra- och barnavårdsmottagningarna och intervjuade hennes barnmorskor. AÖ hade under sina sex år som min patient fungerat normalt i kontakten med andra. Jag avslutade kontakten med henne.

Fyra år senare sökte AÖ upp mig för att få antecknat i journalen att hon inte var psykiskt sjuk. Hon tedde sig fullt normal och förklarade att allt hade varit spel. Försäkringskassan drev tre år senare ärendet till domstol, där jag var kassans huvudvittne. AÖ dömdes av Malmö tingsrätt 1 juni 2009 att betala tillbaka drygt 1,7 miljoner kronor (mål nr T3210-08). Domen överklagades, men hovrätten meddelande inte prövningstillstånd.

FALL 2

BZ var en 19-årig, ogift, arbetslös kvinna, boende i föräldrahemmet, helt sjukskriven sedan två år, som remitterades till psykosmottagningen från kliniken allmänpsykiatriska mottagning. *BZ:s far (F) gav alltid anamnesen.* Själv satt hon tomt stirrande, praktiskt taget stum. I hemmet däremot *pratade hon med sin döda kusin.* Hennes funktionsnivå var mycket låg. Jag ställde diagnosen schizofreni på basen av psykotiska symptom och tung familjär belastning för schizofreni. (Bland annat hade hennes mor fått sjukpension på basen av en schizofrenidiagnos ställd av BZ:s tidigare psykiater. Jag råkade långt senare träffa modern på remiss från en distriktsläkare för medbedömning. Även moderns sjukdom var förmodligen simulerad. Hennes ordinarie psykiater ansåg det »fullt möjligt« att hon simulerade när jag diskuterade saken med honom, men jag brydde mig inte om att utreda saken närmare.)

»Frisk förstföderska«

Ungefär samtidigt som BZ blev min patient dömdes hon till skyddstillstånd för *upprepade snatterier* under de senaste åren. När hon var i 20-årsåldern tog anhöriga henne till ett disco för att förströ henne. *Hon lämnades ensam under någon timme och blev då gravid med en bekant.* Något senare fick hon ett tvåårigt sjukbidrag. *Därefter återkom hon inte förrän sjukbidraget skulle gå ut.* Medföljande F och en kvinnlig kusin berättade då engagerat och trovärdigt om BZ:s oförmåga att vårda sitt barn. Dygnet runt passades hon av anhöriga, som även hjälpte henne till barnavårdscentralen.

När det gäller klinisk bild påminde BZ om AÖ, vilket fick mig att tänka att även BZ simulerade. Jag rekviderade mödra- och barnavårdsjournaler och intervjuade barnmorskorna. I motsats till anhörigas berättelser var BZ en »frisk förstföderska« som fungerade utmärkt som ensamstående mor. Till barnavårdscentralen kom hon alltid ensam. Jag delgav BZ utredningsresultaten och skrev inget utlåtande. Hon hörde inte av sig mer.

FALL 3

CY var en 33-årig ogift, arbetslös man med skiftande bostadsorter som nu bodde hos sin mor. Han hade ett barn på annan ort, oavslutade universitetsstudier och ströjobb. Han remitte-

rades av distriktsläkare till psykosmottagningen, där jag arbetade, på misstanke om organisk psykos. CY hade från och till haft kontakt med distriktsläkaren under en femårsperiod för smärre somatiska besvär, senast lumbago–ischias med obetydliga objektiva fynd. Distriktsläkaren utfärdade dock ett intyg om medicinskt förhinder att vittna i en rättegång på annan ort.

»Mer bisarrt än psykotiskt«

Först när CY:s tre månader långa sjukskrivning snart skulle upphöra rapporterade han att flera små gubbar pratade med honom nattetid så att han inte kunde sova. Vidare skulle han vid ett tillfälle *ha klätt sig i smoking och gått in på en bank i tro att han var bankdirektör.* På distriktsläkarens expedition gick han fram till en *väggfast bokhylla och ville leta efter människor bakom den.* Distriktsläkaren fann detta »mer bisarrt än psykotiskt«, ordinerade likväl ett antipsykotikum och remitterade CY för bedömning till en allmänpsykiatrisk mottagning. Där träffade CY två och en halv månad senare en specialist och gav anamnes på nattliga besök *sedan ett och halvt år av en (1) svansförsedd gubbe med horn i pannan.* Psykiatern ansåg därför att det kunde röra sig om en organisk psykos.

Jag träffade CY två gånger. Han gav ett välbegåvat intryck. Hans smidiga, obesvärade rörelser var oförenliga med ryggbesvär. Han uppträdde arrogant och dominant. Han bar en *egendomlig tubgasliknande huvudbonad* och berättade att den – ibland kompletterad med mörka glasögon – skulle *göra honom oigenkännlig för hallucinationen* Vladimir Kotz (Vladj kallad) från Bakrov, 30 km utanför Moskva. Hallucinationen hade *debuterat akut 3–5 år tidigare.* Den störde honom nattetid under någon minut, någon gång per vecka. Hallucinationen talade svenska med rysk brytning, var 45–50 cm hög, hade svans och stora, spetsiga öron, röd kappa, svarta byxor och spetsiga skor, möjligen mössa men *inga horn.* Den hånade och *slog honom och hade vid ett tillfälle tagit ett hotfullt grepp i hans skjorta.* Den hade lärt CY några ryska ord, som han korrekt återgav.

Uppenbart påhittade symptom

CY påstod att han inte hade varit i klammeri med rättvisan och inte hade några alkoholproblem, men tingsrättshandlingar som jag rekviderade visade att rättegången, där han enligt egen uppgift skulle vittna, i *själva verket gällde honom själv* och rattfylleri. Han fick 100 dagsböter och hade varit dömd förr. Anamnesen var inte trovärdig, de psykotiska symptomen var uppenbart påhittade. Jag avslutade kontakten.

16 månader senare kom en remiss från vår akutmottagning, där man inte hade haft tillgång till mina journalanteckningar. CY hade enligt sin mor motvilligt låtit sig föras dit av henne. Det var *hon som gav anamnesen, som delvis förvanskade den som CY hade gett.* Han var nu en framgångsrik egen företagare som alltid varit skötsam. Han hade tidigare haft kortvarig kontakt med psykosmottagningen men inte velat fortsätta. Han besvärades sedan flera månader av *röster, fobier och förföljelsekänsla.* Synhallucinationen nämndes inte. I enlighet med CY:s önskan gick remissen till en kvinnlig läkare på psykosmottagningen. Hon valde att inte kalla honom. Två år senare hade han inte hört av sig och var inte sjukskriven, enligt uppgift från den lokala försäkringskassan.

FALL 4

DV var en 27-årig, arbetslös, ogift småbarnsmamma med avbrutna gymnasiestudier och sporadiska okvalificerade arbeten. En distriktsläkare hade i ett och ett halvt år fruktlöst behandlat hennes ospecifika ångest- och depressionssymtom

»Hallucinationen talade svenska med rysk brytning, var 45–50 cm hög, hade svans och stora, spetsiga öron ...«

innan han för två år sedan remitterade henne till vår allmän-psykiatriska mottagning. Efter fyra månader där blev det dominerande symtomet *plötsligt en intensiv hörselhallucinos*, som efter ytterligare två månader ersattes av ett *invalidiserande fobiskt tillstånd*, som blev bestående. Det fanns inget som talade för missbruk. Hon gjorde under det första året inom psykiatri sju besök hos specialistläkare och flera besök hos paramedicinare.

Mot slutet av detta år blev hon *gravid*, fick sjukersättning och *tog körkort*. Därefter lämnade hon under drygt ett och ett halvt år alltid återbud till de många besökstider hon fick, *tills sjukersättningen skulle gå ut*. Hennes ordinarie läkare hade förhinder, och läkarutlåtandet brådskade. Årendet gick till mig. Hennes i journalen dokumenterade sjukdomsförlopp var atypiskt och väckte misstanke om simulering. Jag träffade henne tre gånger. *Episoden med hörselhallucinationer mindes hon knappt*. Hennes fobier var så svåra att de i stort sett band henne till hemmet. Blotta tanken på att vara bland folk gav henne panik. Vänner och anhöriga hjälpte henne med inköp och med barnen när de skulle vistas utanför hemmet.

Enligt barnmorskan hade hon mått bra

Under graviditeten hade hon varken kunnat följa mödravårdscentralens blodprov rutiner eller delta i föräldragruppen. De mödravårdsbesök hon trots allt lyckades göra skedde i sällskap och vid tidpunkter som anpassats efter hennes fobier, så att hon snabbt kunde komma in och slippa träffa andra människor. *På vår mottagning bad hon aldrig om sådana favörer. Hon tog sig själv till besöken hos mig, betalade i kassan och åkte hiss upp till tredje våningen.*

Jag rekviderade journaler från mödravårdscentralen, barnavårdscentralen och kvinnokliniken och telefonintervjuade en av barnmorskorna. DV hade i kontakten med dessa vårdgivare följt rutinerna och deltagit i föräldragruppens fyra möten. Hon hade enligt barnmorskans bedömning mått i stort sett bra under graviditeten. Jag delgav DV utredningsresultaten och skrev inget utlåtande. Hon hörde inte av sig mer.

DISKUSSION

Att simulerad psykisk sjukdom är svår att upptäcka är känt sedan länge [10]. För att lyckas måste läkaren först acceptera tanken att det kan finnas simulanter bland patienterna. Säkert har många simulanter undgått mig genom åren, ty under 25 år som psykiater hade jag inte upptäckt någon före AÖ. Den händelsen ledde till att jag under de följande sju åren upptäckte ytterligare tolv, varav sju bland mina egna patienter. Dessutom fick jag kännedom om lika många fall av starkt misstänkt simulering, flera av dem syskon till AÖ, BZ och CY. I dessa familjer föreföll simulerad psykisk sjukdom vara satt i system. Bland samtliga fall av säkerställd eller misstänkt simulering var två av kategorin factitia, ett av dessa mycket likt det fall som presenteras av Bright et al [9]. Vidare fanns några kriminella och missbrukare. Inte få tillhörde en etnisk minoritet. Bland mina kollegors patienter fanns fyra som hade simulerat framgångsrikt i två år eller mer och som hade definitiv eller tidsbegränsad sjukpension.

Simulering ingen psykisk sjukdom i sig

Simulering definierar ingen psykisk sjukdom, men simulanter är inte nödvändigtvis fria från genuina psykiska problem. Bland de refererade fallen noterades ångest, depression och personlighetsstörning. Jag har då hänvisat dem att vid behov söka annan läkare eftersom deras bristande trovärdighet gjort det omöjligt för mig att fortsätta kontakten. I två fall fick jag veta att patienten sökt annan läkare inom samma klinik.

»Den som simulerar måste ha gott minne. Intervjuerna bör därför göras långa, gärna upprepas med rätt långt intervall ...«

Jag kontrollerade då att kollegan uppmärksammat förhistorien. Jag har återkallat mina felaktiga diagnoser från inblandade myndigheter, vilket lett till indragning av förmåner. I läkarintyg eller när jag riktat mig till patienterna har jag inte använt ordet simulering eftersom ordet har en nedsättande klang och även simulanter ska bemötas hövligt. Jag har formulerat mig på sådant sätt att ingen tvekan ändå kunde råda om falllets art.

Grundliga genomgångar av fenomenet simulerad sjukdom ur olika teoretiska och praktiska synvinklar görs av Mark och Mark [1], Hall och Poirier [11] och Halligan et al [12]. En praktiskt användbar systematisk genomgång av handläggningen av misstänkt simulering görs av Resnick [13]. Han påpekar bla: »All malingers are actors who portray their psychoses as they understand them. Malingers often overact their part. Malingers sometimes mistakenly believe that the more bizarrely they behave the more psychotic they will appear.«

Tecken som bör föra tanken till simulering

I de fyra refererade fallen finns många exempel på misstänkta drag i klinik och anamnes. Dit hör att någon annan för patientens talan eftersom hon är praktiskt taget ur stånd att kommunicera verbalt, trots att hon är vaken och uppegående (AÖ och BZ), att patientens uppträdande är ovanligt bisarrt (AÖ, CY), att symtomen är extrema, såsom fecesinkontinens (AÖ), att den kroniska funktionsnedsättningen är extrem – patienten kan inte hantera bestick och måste påminnas om toalettbesök (AÖ, BZ), att rapporterade symtom är omöjliga – hallucinationer kan inte slåss eller undervisa i främmande språk (CY), att anamnesen innehåller motstridiga uppgifter (AÖ, BZ, CY), att anamnes och beteende är motstridiga (AÖ, BZ, DV), att sjukdomsförloppet innehåller atypiska symtomväxlingar (CY, DV), att patienten under lång tid inte hör av sig eller är oanträffbar och återkommer först när det är dags för nästa läkarutlåtande (AÖ, BZ, DV).

Till misstänkta tecken som dessa fall inte exemplifierar kan läggas extremt låga testresultat, som inte står i proportion till skada eller diagnos. Det kan exempelvis vara patienter med lätt hjärnskada som på kognitiva test presterar i nivå med långt gången demensutveckling, bristande överensstämmelse mellan kognitiv funktionsnivå och kontakt i övrigt, alternativt aktiviteter i vardagen, approximativa svar eller många vet-ej-svar. Andra exempel är att patienten ogärna vill gissa även när det är rimligt att göra det eller tvekar om svaret där ingen tvekan borde råda.

Objektiva diagnosmetoder saknas

Vid misstanke om simulering får patienten inte ana misstankarna. Den som simulerar måste ha gott minne. Intervjuerna bör därför göras långa, gärna upprepas med rätt långt intervall och alltid dokumenteras synnerligen noggrant. Frågorna ställs öppet men kompletteras detaljerat. Ledande frågor om osannolika symtom kan användas för att pröva om patienten bekräftar dem. Objektiva diagnosmetoder saknas. Psykologiska test har använts, men deras diagnostiska värde begränsas i en allmänpsykiatrisk population av den låga prevalensen av simulerad sjukdom. Det leder till att andelen falskt positiva

resultat blir oacceptabelt hög. Uppgifter från anhöriga rörande en misstänkt simulant är oanvändbara om de stämmer med patientens uppgifter. I stället får man ta hjälp av rapporter från oberoende informationskällor, såsom andra sjukvårdsinrättningar och rättsväsendet, eller använda iakttagelser av patientens beteende när denne inte tror sig vara observerad. Vid osäkerhet friar man hellre än faller. Konsekvensen av att felaktigt bedöma en patient som simulant kan bli förödande.

Prevalensen av simulerad psykisk sjukdom

Den sanna prevalensen av simulerad psykotisk sjukdom bland mina egna patienter på psykiatriska kliniken i Lund känner jag inte till, men den var minst 2 procent vid ingången av 1999, det år då jag upptäckte mina två första fall. Hade jag inte gjort den upptäckten så hade prevalensen några år senare varit ca 5 procent, men det hade jag förstås inte vetat (under antagande att jag inte heller hade identifierat dem som dök upp senare, vilka därför hade blivit kroniska patienter hos mig även de). Den siffran är rimlig i förhållande till vad som angivits i litteraturen [12]. Jag hittade nästan lika många simulanter bland mina kollegors patienter (jourfall, övertagning av patienter, medbedömning) som bland mina egna. Därtill kom ett lika stort antal suspekta fall som kollegor berättade om. Dessa erfarenheter är tankeväckande men tillåter inga generella slutsatser.

AVSLUTANDE KOMMENTAR

Det är varken nödvändigt eller lämpligt att utesluta simulering vid möte med varje ny patient. En alltför skeptisk attityd till patienters sannfärdighet kan i värsta fall leda till livsfarliga felbedömningar. Även om jag införlivat simulerad sjukdom med min kliniska världsbild så betraktar jag fortfarande varje patient i första hand som sannfärdig efter sin bästa förmåga. Jag är emellertid mer observant på egendomligheter, överdrifter och motsägelser i anamnes och status. Min diagnostik har förbättrats. Jag har tvingats inse att det enda jag faktiskt vet är att patienten har levererat en berättelse. Verkligheten bakom berättelsen vet jag som regel ingenting om.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Mark JM, Mark SL. Malingering. I: Sadock BJ, Sadock V, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2005. p. 2247-58.
2. Lundin A, Oldenburg C. Är vi alla lurade? Om överdrifter, hemligheter och lögn i sjukvården. Läkartidningen. 2005;102:3906-12.
3. World Psychiatric Association. Declaration of Hawaii. J Med Ethics. 1978;4:71-3.
4. Greenfeld D. Feigned psychosis in a 14-year-old girl. Hosp Community Psychiatry. 1987;38:73-5.
5. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. Arch Dis Child. 1982;57:92-8.
6. Lundin B, Croner S. Barnmiss-handel genom förfälskning av symtom. Läkartidningen. 2001;98:2302-11.
7. Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet. 1951;1(6650):339-41.
8. Sneddon I, Sneddon J. Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients. BMJ. 1975;3:527-30.
9. Bright R, Eisendrath S, Damon L. A case of factitious aplastic anemia. J Psychiatry Med. 2001;31:433-41.
10. Rosenhan DL. On being sane in insane places. Science. 1973;179:250-8.
11. Hall HV, Poirier JG, editors. Detecting malingering and deception. Forensic distortion analysis. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press LLC; 2001.
12. Halligan PW, Bass C, Oakley DA, editors. Malingering and illness deception. Oxford: Oxford University Press; 2003.
13. Resnick PJ. The detection of malingered psychosis. Psychiatr Clin North Am. 1999;22:159-72.

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se