

Mødre der udsætter deres børn for alvorligt omsorgssvigt og overgreb

2. udgave

redigeret af

**Birgitte Brun & Joan Mogensen
2018**

Indholdsfortegnelse

Forord til 2. udgave	5
Forord til 1. udgave	6
Forfattere	7
Kapitel 1	
Grundlæggende betragtninger	8
<i>Birgitte Brun, Bodil Moltesen & Åse Wintlev</i>	
Kapitel 2	
Omsorgen for det lille barn	10
<i>Birgitte Brun, Merete Reimer Jensen, Birgitte Retbøll & Åse Wintlev</i>	
2.1 Indledning 10	
2.2 Identifikation af forskellige former for forstyrrelser i mor-barn relationen 10	
2.2.1 Et symbiotisk forhold 10	
2.2.2 Legekammeratrelationen 10	
2.2.3 Rivalisering 10	
2.2.4 Partnerrelationen 11	
2.2.5 Barnet som beskytter 11	
2.2.6 Barnet som offer 11	
2.2.7 Barnet som ejendom 11	
2.2.8 Barnet som delegeret eller udsendt 12	
Kapitel 3	
Historiske og kulturelle betragtninger over omsorgssvigt og overgreb	13
<i>Birgitte Brun & Åse Wintlev</i>	
Kapitel 4	
Miljøets betydning for fostret, den tidlige mor-barn-interaktion og barnets socialisering	15
<i>Birgitte Brun, Merete Reimer Jensen, Birgitte Retbøll & Åse Wintlev</i>	
Kapitel 5	
Den tidlige udvikling hos spæd- og småbørn	17
<i>Birgitte Brun, Merete Reimer Jensen, Birgitte Retbøll & Åse Wintlev</i>	
Kapitel 6	
Overgreb og omsorgssvigt af børn i børnelægens perspektiv	20
<i>Birgitte Brun, Lone Marie Larsen, Karin Kirstine Lassen, Bodil Moltesen & Åse Wintlev</i>	
6.1 Indledning 20	
6.2 Kategorisering af overgreb mod børn 20	
6.3 Risikofaktorer 20	
6.4 Fysiske overgreb og omsorgssvigt mod børn 20	
6.5 Psykiske overgreb og omsorgssvigt mod børn 21	

- 6.6 Seksuelle overgreb mod børn 22
- 6.7 Medicinsk børnemishandling 22
- 6.7.1 Lægens rolle i medicinsk børnemishandling 24
- 6.7.2 Følger for barnet 24
- 6.8 Skadevirkninger på barnet grundet moderens misbrug af alkohol og narkotika 24
- 6.9 Afslutning 25

Kapitel 7

Baggrunden for omsorgssvigt og overgreb hos mødre

29

Birgitte Brun & Åse Wintlev

- 7.1 Indledning 29
- 7.2 Mødre med borderline-personlighedsforstyrrelse 29
- 7.3 Baby Blues 30
- 7.4 Lette fødselsdepressioner eller normale tilpasningsreaktioner 30
- 7.5 Alvorlige fødselsdepressioner 30
- 7.6 Fødselspsykoser 31
- 7.7 Münchhausen by Proxy 31
- 7.7.1 Moderens baggrund 32
- 7.8 Personlighedsforstyrrelser, der manifesterer sig som sataniske ritualer 34
- 7.9 Den skizofrene mor 34
- 7.10 Moderen med svære kognitive deficit 35

Kapitel 8

Intervention i sager, hvor barnet viser tegn på omsorgssvigt og overgreb. Hvordan skal man forholde sig til moderen?

37

Birgitte Brun, Vibeke Hardam Nohns & Åse Wintlev

Kapitel 9

Koordinering af det professionelle arbejde ved mistanke om overgreb mod børn, herunder Münchhausen by Proxy

39

Birgitte Brun, Hanne Nødgaard Christensen & Åse Wintlev 9.1, 9.2, 9.3, 9.6, 9.7, 9.8, 9.9

Bente Adolphsen 9.4

Lise Frost, Jim Hansen, Pia Koudahl 9.5

- 9.1 Indledning 39
- 9.2 Hvordan skal man som professionel forholde sig til moderen/forældrene? 39
- 9.3 Samarbejde og koordinering 39
- 9.4 Socialretlige forhold. Den sociale lovgivnings formål, indhold og værdier 40
- 9.4.1 Servicelovens børneregler 41
- 9.4.2 Oplysning af sagen i kommunen 41
- 9.4.3 Undersøgelse efter serviceloven 41
- 9.4.4 Afvejning af de forskellige hensyn i forhold til serviceloven 42
- 9.5 Strafferetlige forhold 42
- 9.5.1 Videoafhøring 43
- 9.5.2 Retsmedicinsk undersøgelse 44
- 9.5.3 Case: Gentagne øreproblemer hos 5-årig pige 44
- 9.5.4 Case: Koldingsagen 44
- 9.6 Civilretlige forhold 45
- 9.7 Børnehuse og sagssamråd 45
- 9.8 Særligt om offentligt strukturelt omsorgssvigt 45

Kapitel 10

Münchhausen by Proxy problematikken – Supplerende beskrivelse

47

Birgitte Brun & Åse Wintlev

10.1 Indledning	47
10.1.1 Observation	49
10.1.2 Fortolkning	49
10.1.3 Håndtering	49
10.2 Personlighedspsykologiske undersøgelser af mødre med Münchhausen by Proxy	49
10.3 Den diagnostiske proces i ordets brede betydning	53
10.4 Kommunikationsmønstre, der er karakteristiske for mødre med Münchhausen by Proxy	55
10.5 Karakteristiske træk ved moderens kontaktform med barnet og beskrivelse af barnet	55
10.6 Driftsforstyrrelser af overvejende seksuel karakter hos mænd og kvinder til belysning af Münchhausen by Proxy-adfærd	56
10.7 Behandling af moderen med Münchhausen by Proxy	57

Kapitel 11

Münchhausen by Proxy; en gennemgang af diagnosen

59

Joan Mogensen

11.1 Indledning	59
11.2 Præsentation af Münchhausen by Proxy som diagnostisk kategori i diagnosemanualerne (DSM og ICD)	59
11.3 Medical child abuse – medicinsk børnemishandling	61
11.4 Problemer med Münchhausen by Proxy som diagnose for psykisk lidelse hos krænkeren	61

Ordforklaringer

63

Forord til 2. udgave

Som følge af ny lovgivning og ændringer i diagnosticerings- og behandlingsprocedurer har arbejdsgruppen fundet det nødvendigt med en revision af bogen. Den nye udgave kortlægger mere detaljeret den tværfaglige indsats, der ydes i de komplicerede sager og indarbejder den nye lovgivning.

Alle kapitler er blevet gennemgået af arbejdsgruppens medlemmer. For hvert kapitel er det angivet, hvem der har redigeret eller nybearbejdet det pågældende kapitel.

Børnelæger og psykologer gør rede for deres særlige undersøgelsespraksis, mens jurister, politi og retsmedicinere beskriver det undersøgende arbejde ud fra deres faglige position. Samtidig er det juridiske grundlag for at foretage undersøgelser blevet præciseret, herunder sikringen af de implicerede borgeres rettigheder. I forhold til de juridiske og socialretlige forhold, der er gældende i Danmark, beskrives proceduren, når der rejses sag hos politiet, ligesom mulighederne for støtte og socialretlige indgreb beskrives, når der ikke rejses tiltale, eller sagen falder.

Der er også i denne udgave lagt speciel vægt på Münchhausen by Proxy eller med en nyere betegnelse Medicinsk Børnemishandling, som giver de professionelle helt særlige udfordringer. Denne alvorlige problematik er stadigvæk sparsomt belyst i Danmark, ligesom der kun foreligger få tekster om emnet på dansk.

Gennem de senere år har vi været vidne til flere lokale og nationale tiltag, der giver mulighed for en bedre indsats i forhold til håndtering af problemer og hjælp til børn og deres familier, hvor der foregår overgreb og omsorgssvigt. Det er vores håb, at også anden udgave vil indgå som undervisningsmateriale for en bred vifte af fagfolk, der i deres daglige arbejde kan møde børn, der har været udsat for alvorligt overgreb og omsorgssvigt. Ligeledes er det vores håb, at bogen vil blive anvendt som undervisningsmateriale på relevante uddannelsesinstitutioner.

Dansk Pædiatrisk Selskab takkes for offentliggørelse af 2. udgave på selskabets hjemmeside.

Overskuddet fra 1. udgave blev doneret til Grevinde Danner Stiftelsen. Vi vil derfor opfordre til, at man i forbindelse med downloading af 2. udgave betænker samme organisation.

Birgitte Brun & Joan Mogensen
redaktører
juni 2018

Forord til 1. udgave

Med baggrund i en række sager i forskellige danske kommuner vedrørende alvorligt omsorgssvigt hos mødre tog chefpsykolog Birgitte Brun, Sct. Hans Hospital og Socialpædiatrisk udvalg under Dansk Pædiatrisk Selskab (de danske børnelægers videnskabelige selskab) initiativet til at nedsætte en tværsektoriel arbejdsgruppe af specialister, der på den ene eller den anden måde havde erfaring med den overordnede problematik gennem deres daglige virke i forskellige dele af den offentlige og den privat praktiserende sektor. Det administrative og koordinerende arbejde i gruppen er blevet varetaget af speciallæge i pædiatri, overlæge Hanne Nødgaard Christensen.

Sager af denne type er karakteriseret ved, at der er mange offentlige instanser i den lægefaglige, den psykologfaglige, den socialretslige og den strafferetlige indsats. Det er et problem, at den koordinerede viden og dermed den koordinerede indsats ofte er meget mangelfuld. Det kan være tilfældigheder, eller enkelte instansers samtænkning af oplysninger, som bevirker, at der bliver sat fokus på det, sagen handler om – alvorligt omsorgssvigt hos mødre i forhold til deres børn. Et af arbejdsgruppens formål har derfor været at arbejde på at belyse disse forhold med henblik på at sikre det enkelte barns eller børnenes retsbeskyttelse i forhold til forældrenes retssikkerhed i den gældende lovgivning. Arbejdsgruppen vil med denne bog stille spørgsmålet, om de gældende regler om udveksling af oplysninger mellem myndigheder er en hindring for det enkelte barns retsbeskyttelse. Som reglerne er nu, kan udveksling og koordinering ikke i tilstrækkelig grad foregå mellem de sektorer, myndigheder og hospitaler, som involveres i barnets problemer, idet forældrene kan forhindre informationsudveksling og spille de forskellige sektorer ud mod hinanden.

Målet for arbejdsgruppen har været at belyse dette koordineringsproblem og derigennem skabe viden om de faktorer, alle skal være opmærksomme på i de forholdsvis få, men meget alvorlige sager, der på landsplan er tale om. Det har således været centralt for arbejdsgruppens medlemmer at beskrive de forskellige former for omsorgssvigt hos mødre bl.a. med henblik på en definition af de forskellige begreber inden for dette område.

Arbejdsgruppen ønsker ikke at svække forældrenes retssikkerhed, men den er kommet frem til, at der måske kunne findes en særlig løsning for de mere alvorlige sager. I diskussionerne har arbejdsgruppens medlemmer set på den særlige undtagelsesbestemmelse i retsplejelovens § 115, der gør det muligt at diskutere konkrete sager mellem det stedlige politi, de sociale myndigheder og skolen i forhold til forebyggelsen af kriminalitet.

Arbejdsgruppen ønsker med bogen at starte en dialog om, hvorvidt tilsvarende undtagelsesbestemmelser kunne tænkes indført i forbindelse med sagsbehandlingen af vanskelige sager vedrørende alvorligt omsorgssvigt fra forældres side.

Muligvis er der brug for et landsdækkende råd, som kan rådgive kommuner og offentlige instanser i meget vanskelige sager om omsorgssvigt hos forældre. Rådet bør kunne fungere som en bredt funderet ekspertgruppe. Det bør derfor efter arbejdsgruppens opfattelse betyde, at rådet skal bestå af personer med et fagspecifikt, overordnet og detaljeret kendskab til dette særlige område. Rådet bør være tværsektorielt og repræsentere den retslige, den lægefaglige, den psykologfaglige og den socialretslige sektor. Rådet kunne organisatorisk og naturligt placeres som et råd under VISO¹, der i forvejen har rådgivnings- og vejledningsopgaver for landets kommuner. Alternativt kunne rådet være nedsat direkte af velfærdsministeren, sundhedsministeren og justitsministeren.

Arbejdsgruppen har blandt de forskellige typer af omsorgssvigt hos mødre som udgangspunkt fokuseret på det meget omdiskuterede syndrom Münchhausen by Proxy. For at imødegå følgerne af de få, men meget alvorlige omsorgssvigt, der er forbundet med dette syndrom, har specielt de tværsektorielle tiltag, der er nødvendige for at beskytte børnene, været genstand for behandling.

Det er arbejdsgruppens ønske, at informationer om de forskellige former for omsorgssvigt kommer ud til en bredere kreds af fagfolk og andre interesserede. Af denne årsag er bogen blevet forsynet med en detaljeret ordforklaring.

Birgitte Brun & Åse Wintlev
november 2008

¹ VISO står for Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation, der tilbyder gratis, landsdækkende specialrådgivning til kommuner samt specialtilbud til borgere i komplicerede sager inden for områderne: Børn, unge og voksne med handicap, udsatte børn, unge og voksne, socialpsykiatri, hjælpemiddelområdet og specialpædagogisk bistand til børn, unge og voksne.

Forfattere

- Bente Adolphsen, jurist, seminarer.dk; 2009-2015 lektor ved Den Sociale Højskole, Aarhus
- Birgitte Brun, pensioneret; 1971-2005 ledende psykolog på Klinisk Psykologisk Afdeling, Sct. Hans Hospital. Siden 2006 supervision af psykologer, bl.a. på Psykiatrisk Center, Hvidovre, på Kvinderådgivningsklinikken Brunhilde samt supervision af privatpraktiserende psykologer
- Hanne Nødgaard Christensen, overlæge, MPH, Indvandrermedicinsk Klinik, Hvidovre Hospital; 2007-2016 Centerleder for Center for Børn udsat for Overgreb (CBO), Aarhus Universitetshospital
- Lise Frost, speciallæge i retsmedicin, Afdelingslæge, Institut for Retsmedicin, Aarhus Universitet
- Jim Hansen, vicepolitiinspektør, Midt- og Vestjyllands Politi
- Merete Reimer Jensen, privatpraktiserende psykolog, Herning. 1987-1999 psykolog og senere chefpsykolog, børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Herning
- Pia Koudahl, specialanklager for personfarlig kriminalitet, Advokaturen for Speciel Kriminalitet, Midt- og Vestjyllands Politi
- Lone Marie Larsen, afdelingslæge, PhD, H.C. Andersen Børnehospital, Odense Universitetshospital
- Karin Lassen, overlæge med specialeansvar for socialpædiatri, H.C. Andersen Børnehospital, Odense Universitetshospital
- Joan Mogensen, privatpraktiserende psykolog, Aarhus
- Bodil Moltesen, pensioneret, konsulent for Retslægerådet; 2006-2016 overlæge ved center for Socialpædiatri, Herlev Børneafdeling
- Vibeke Hardam Nohns, Børn og Unge Læge, speciallæge i Pædiatri, Børn og Familie, Ringkjøbing-Skjern Kommune
- Gitte Retbøll, privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, Aarhus. 2001-2013 overlæge på børnepsykiatrisk afdeling, Risskov
- Åse Wintlev, privatpraktiserende psykolog, medforfatter til 1. udgave. Udgået af arbejdsgruppen

KAPITEL 1

Grundlæggende betragtninger

Birgitte Brun, Bodil Moltesen & Åse Wintlev

Alle professionelle, der arbejder med børn i sundheds-, social- og undervisningssektoren kommer i kontakt med forældre og andre voksne, der eksempelvis som plejeforældre eller pædagoger har ansvar for omsorgen, pasningen, opdragelsen og undervisningen af børn.

Det er derfor vigtigt at kunne identificere nogle af de basale krav, der bør stilles til voksne, der har tæt kontakt med børn både i familien og professionelt. Endelig er det vigtigt at kunne identificere alvorlige problemer og symptomer på overgreb og omsorgssvigt eller udnyttelse af børnene. I denne sammenhæng har vi begrænset os til primært at fokusere på de krav, der stilles til forældrene til småbørn, og her har vi igen helt overvejende begrænset os til moderen, der i almindelighed anses for at være den centrale omsorgsperson.

Det er ikke kun børn fra særligt økonomisk og socialt vanskeligt stillede familier, der bliver omsorgssvigtet og mishandlet. Familier med solid økonomi og status har ofte bedre muligheder for at kamuflere overgreb og mishandling. Undersøgelser de senere år viser, at jo flere vanskeligheder og belastninger en familie oplever, jo større er sandsynligheden for, at børnene vil blive udsat for overgreb og omsorgssvigt.

Begrebet børnemishandling er blevet anvendt til at betegne det fysisk mishandlede barn eller det "skamslåede barn" (Battered Child Syndrome). I dag er begrebet "battered child" og børnemishandling forladt af fagfolk til fordel for en mere præcis beskrivelse af, hvad barnet har været udsat for.

I Danmark er der i dag enighed om at skelne mellem overgreb som udtryk for en aktiv handling mod barnet og omsorgssvigt som den manglende imødekommenhed af barnets behov. Fysisk og seksuelt overgreb er strafbare handlinger, men kræver ligesom omsorgssvigt også en indsats i kommunalt regi i forhold til undersøgelse af forældrenes kompetencer og behandlingstilbud til hele familien.

En særlig form for overgreb er mod det ufødte barn i form af indtagelse af rusmidler, andre giftstoffer eller vold mod moderen.

I dag bruges WHO's definition af mishandling (på engelsk child abuse eller maltreatment):

"Børnemishandling omfatter alle former for fysisk og/eller følelsesmæssig mishandling, seksuel mishandling, neglect eller negligerende behandling eller kommerciel eller anden udnyttelse, som resulterer i aktuel eller potentiel skade på barnets helbred, overlevelse, udvikling eller værdighed inden for en relation karakteriseret ved ansvar, tillid eller magt" (WHO, 1999, p. 15; forfatterens oversættelse).

En gennemgang af forskellige former for mishandling og omsorgssvigt i forhold til børn findes i kapitel 6.

De forskellige former for overgreb og omsorgssvigt optræder ofte sammen, og det er derfor vigtigt at se på hele barnets omsorgssituation, uanset hvilken problemstilling det primært kommer med.

Det er vigtigt også at understrege, at vi i dag har viden om, at traumer under opvæksten giver anledning til mere udtalte reaktioner på efterfølgende stress og resulterer i øget brug af medicinske, sociale og psykiske undersøgelses- og behandlingstilbud.

Endelig er det vigtigt også at tale om strukturelt overgreb, hvilket betyder at samfundet/de professionelle ikke sikrer, at barnet får den hjælp, det skal have. Den sociale ankestyrelses rapport fra 2012 viste flere eksempler på meget alvorlig strukturelt omsorgssvigt og var medvirkende til, at der kom de beskrevne lovændringer i forhold til overgrebspakken og Børnehuse.

Undersøgelser over hyppigheden af vold mod børn (Jacobi et al., 2010; Gilbert et al., 2009) viser, at mange sager forbliver uopdagede. Der er således meget færre offentligt registrerede tilfælde i forhold til direkte interview med personer. Samtidig vil selv en direkte udspørgen alt andet lige give en underrapportering på grund af manglende hukommelse, fortrængning, fornægtelse og ikke mindst at en person, der har lidt overlast i barndommen, ofte bebrejder sig selv det skete. Et barn, der er blevet skadet gennem mishandling, bliver sjældent taget til læge med det

samme, men først efter en dags forsinkelse. Den historie, som fortælles til lægen, er i dårlig overensstemmelse med den type skade, man ser. Den passer heller ikke med lægeligt observerede symptomer og tegn og /eller barnets udviklingstrin. Yderligere udspørgen udløser mange forskellige udgaver af historien eller begivenheden. Det fremhæves undertiden af moderen, at barnet selv påførte sig skaden. Samtidig har læger ofte svært ved at turde erkende, når de står overfor tilfælde af overgreb og/eller omsorgssvigt (Flaherty & Gege, 2005). Den psykologiske vurdering af forældre i disse sager viser tegn på dårlig impuls kontrol og svigtende omsorg for barnet. Forældre, der konfronteres med mistanke om overgreb mod barnet, reagerer således ofte med forsvar og aggressioner frem for at udvise empati og bekymring.

Som ganske almindelige samfundsborgere har vi ifølge servicelovens § 153 også et ansvar. Vi skal åbne øjnene for de børn, der befinder sig omkring os, og som professionelle har vi i henhold til servicelovens § 154 skærpet underretningspligt. For barnet er det af afgørende betydning, at der bliver handlet på dets utilfredsstillende omsorgssituation.

Barnet har evnen til at overleve traumer, hvis disse bringes til ophør, og det får mulighed for støtte af kompetente og omsorgsfulde voksne. Det er en almindelig erfaring, at børn kan udvikle sig nogenlunde sundt og normalt selv med psykisk belastede forældre, hvis dørene i hjemmet står åbne. "Den åbne dør" indebærer, at barnet får lov til at komme i forskellige hjem, hvor det føler sig velkomment, oplever sig set, anerkendt og holdt af. I denne situation får barnet lov til at knytte sig følelsesmæssigt til andre voksne. "Den åbne dør" indebærer samtidig, at familiemedlemmer uden for den nærmeste familie samt venner til børnene og gode naboer har muligheder for at komme inden for i hjemmet og være sammen med familien.

For alle børn er det sundt at lære forskellige familier og livsformer at kende. Det er også vigtigt, at børn får lov at holde af andre end de allernærmeste. For børn i udsatte familier er denne åbenhed af afgørende betydning.

Referencer

- Flaherty, E.G., Gege, R. (2005). Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatric Annals*, 34(5), 349-56.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K. Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Jacobi, G, Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B. & Hermann, B. (2010). Diagnosis and Management. *Child Abuse & Neglect*. 107(3), 231-240.
- WHO (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, Geneva, 29-31 march (WHO/HSC/PVI/99.1)

KAPITEL 2

Omsorgen for det lille barn

Birgitte Brun, Merete Reimer Jensen, Birgitte Retbøll & Åse Wintlev

2.1 Indledning

Forudsætningen for at tale om omsorg for et lille barn er, at den basale regulering foregår i en nær relation (se kap. 5). Omsorgen kan ses i forhold til barnets primære og sekundære behov. De primære behov drejer sig om, at barnet skal have mad og kontakt. Det skal opleve et sikkert fysisk miljø, og det skal opleve fysisk kontakt og følelsesmæssig nærhed. Moderen skal sørge for, at barnet får sund og nærende kost i passende omfang. Barnet skal have tøj, der er hensigtsmæssigt i forhold til dets aktiviteter og udfoldelse og tilpasset temperatur og miljø.

Moderen skal reagere på en tilpasset, omsorgsfuld, kærlig og ansvarsfuld måde, når barnet er rask, og når det er sygt. Hun skal i en rolig rytme sikre, at barnet får frisk luft og muligheder for motorisk udfoldelse. For meget kontrol og forsigtighed bremser barnets udvikling af selvværd og kompetence. For lidt omsorg bevirker, at barnet kan udsættes for fare og måske komme til skade.

Barnets sekundære behov består for det første af sociale behov. Disse tilgodeses ikke blot gennem kontakt med en mor, men tillige med en familie, et nærmiljø, herunder andre børn, der skaber udfoldelsesmuligheder. De sekundære behov omfatter endvidere stimulering af barnets behov for viden, dets naturlige nysgerrighed og trang til at udforske verden.

Moderen skal beskytte barnet mod enhver form for fysisk afstraffelse og psykisk ydmygelse. Hun skal sikre, at barnet respekteres i forhold til kropslig, seksuel og emotionel integritet og identitet. Moderen skal være ansvarlig, når barnet overlades i andre voksnes varetægt. Hun skal lytte til barnet, når det er ulykkeligt, bange, vredt eller på anden måde utilfreds. Hun skal sikre, at barnet behandles adækvat i forhold til alder og modenhed.

2.2 Identifikation af forskellige former for forstyrrelser i mor-barn relationen

Det kan være hensigtsmæssigt at se på nogle karakteristiske træk ved et forstyrret samspil mellem mor og barn og forsøge at identificere væsentlige problemer og konfliktområder.

2.2.1 Et symbiotisk forhold

Dette indebærer, at moderen har svært ved at skelne barnets behov fra sine egne behov, og hun har svært ved at se barnet som et væsen, hvis naturlige udvikling bevæger sig i retning af stadig større selvstændighed og frigjorthed.

I den symbiotiske relation har moderen behov for at have barnet meget tæt på sig, og hun ønsker bevidst eller ubevidst at fastholde en følelsesmæssig binding, der bremser barnets udviklingsmuligheder. I sin ekstreme form kan man finde denne relation hos de såkaldte ”hjemmesønner” eller ”hjemmedøtre”, dvs. voksne børn, der aldrig flytter hjemmefra.

2.2.2 Legekammeratrelationen

Her har moderen svært ved at fastholde et voksenperspektiv og en klar generationsadskillelse. Hun tiltaler barnet omtrent, som var det en jævnaldrende og reagerer med forurettelse eller barnlig trods, når barnet udviser stærke tegn på et selvstændigt adfærdsmønster eller på anden vis sætter sig op mod hende. Som en mor udtrykte det, når hun kom ind i en form for magtkamp med sin 3-årige søn: ”Rasmus driller”. I anspændte situationer reagerede moderen umodent og ureflekteret, idet hun var ude af stand til på ægte vis at identificere sig med barnet, samtidig med at hun fastholdt voksenrollen. Hun kunne ikke se situationen udefra eller på afstand.

Legekammerat-moderen oplever sig selv og barnet som jævnbyrdige partnere, og hun tager i realiteten ikke et reelt voksenansvar.

2.2.3 Rivalisering

Her er der tale om en dynamik, der er kendetegnet ved, at moderen kan opleve en form for konkurrence med sit barn i forhold til andre menneskers opmærksomhed og interesse.

Nogle svagt fungerende eller usikre mødre kan opleve sig afvist eller overset allerede kort efter fødslen, fordi opmærksomheden fra omgivelserne rettes mod barnet og ikke længere mod moderen, der som gravid har oplevet sig som genstand for andres positive interesse. Oplevelsen af afvisning kan forekomme både i forhold til det private og det professionelle netværk. Almindeligt fungerende mødre nyder, at deres lille barn er genstand for andres opmærksomhed, fordi de er i stand til at flytte fokus fra sig selv mod barnet.

Når der opstår rivalisering, bliver resultatet uvægerligt en undertrykkelse af barnet. Moderen har tilsyneladende brug for at se sig selv som den stærke og kompetente. Hvis barnet i en sådan relation demonstrerer intellektuel eller praktisk overlegenhed eller opleves mere elsket, kan moderen føle sig udkonkurreret og reagere med misundelse eller med undertrykkende adfærd overfor barnet.

Senere i barndommen kan man finde rivalisering hos umodne mødre til teenagedøtre, der begynder at få en ny tiltrækningskraft, samtidig med at moderen måske oplever noget af sin kvindelighed truet i takt med, at hun bliver ældre.

2.2.4 Partnerrelationen

En mor, der lever alene med en søn, kan behandle ham som manden i huset og dermed komme til at tildele ham en rolle og et ansvar, som snarere hører til i forholdet til en voksen samlever. I disse situationer bliver drengen en erstatning for en voksen partner, og dynamikken kan medføre en usund binding til moderen.

I 3-årsalderen kan der være en meget stærk tilknytning mellem den lille dreng og hans mor. I kernefamilier afbalanceres kontakten gennem faderens tilstedeværelse og drengens identifikation med faderen. Hos enlige mødre uden tilknytning til drengens far kan en bedstefar eller en anden mand, der står familien nær, gå ind og fungere som mandlig rollemodel for drengen. Hvor drengen ikke har en følelsesmæssig tilknytning til en voksen mand, kan hans identitetsudvikling være truet.

Nogle psykisk uligevægtige mødre binder en dreng stærkt til sig gennem barndommen og ind i puberteten. Her kan bindingen få seksuelle undertoner, der forstærker tilknytningen, hvilket må anses at være usundt for drengen.

2.2.5 Barnet som beskytter

Barnet, der får tildelt rollen som beskytter, er i en situation, der minder om partnerrollen. Beskytteren kan lige så godt være en pige som en dreng. Beskytteren kan af moderen bruges til at løse sociale og praktiske problemer. Beskytteren bliver i bogstaveligste forstand sendt i byen af moderen for at klare de opgaver, hun har svært ved selv at løse. Barnets rolle som beskytter og lille voksen ses ikke sjældent i misbrugsmiljøer og hos psykisk syge.

2.2.6 Barnet som offer

Mange mødre med en belastet baggrund oplever sig afmægtige. De kan føle, at de har meget lidt indflydelse på deres eget liv. Barnet er imidlertid så afhængigt af moderen, at hun kan mærke, at hun her har en mulighed for at udfolde magt og dominans. I denne situation er barnet prisgivet. Barnet kan blive syndebuk, således at alt, hvad der ikke lykkes for moderen, fører til bebrejdelser mod barnet. Der kan være tale om et ulykkeligt gentagelsesmønster, hvor de ydmygelser moderen har været udsat for i sin egen opvækst, gentages i forhold til barnet. Hos mødre med svære personlighedsforstyrrelser finder man dette mønster. Udnyttelse af medmennesker kan i det hele taget være karakteristisk for moderens omgang med andre. Mens voksne kan komme ud af en sådan relation, er barnet naturligvis fuldstændig afhængigt af moderen og dermed meget svagt stillet.

Direkte udnyttelse af barnet forekommer ved grænseoverskridende kropskontakt og ved seksuelt misbrug. Et udtryk for udnyttelse af barnet ser vi også i de situationer, hvor moderen undlader at beskytte sit barn mod seksuelle overgreb fra familiemedlemmer, andre voksne og større børns side, således at barnet bliver offer for incest eller andre typer af overgreb. Korporlig afstraffelse er naturligvis også en form for overgreb, som skal identificeres. Münchhausen by Proxy - adfærd defineres som en særlig form for mishandling af barnet, der bremser i sin udvikling ved at blive sygeliggjort eller direkte få påført sygdom.

2.2.7 Barnet som ejendom

Når man har oplevet skilsmisseforældre i bogstaveligste forstand slås om forældremyndigheden og set forældre sabotere et samvær, virker det nærliggende at påpege, at forældre kan administrere forældremyndigheden som en form for ejendomsret. Dette blev tydeligt illustreret i en skilsmisssituation for mange år siden, hvor en mor opstillede en række krav på dele af det fælles indbo som vitrineskab og kaffestel mod at afgive forældremyndigheden over barnet til faderen. I dag kan "handlen" dreje sig om større ting som hus og bil.

Hvis man som mor til et skilsmissebarn har forældremyndigheden, og faderen ønsker udvidet samvær, har man noget at handle med. Det er ikke usædvanligt, at mødre eller fædre i forbitrede skilsmissequer løb generer hinanden gennem rigid administration af samværsordningen.

Oktober 2007 er der indført en ny lov om delt forældremyndighed, der har til hensigt at stille fædre mere lige med mødrene i forhold til børnene. Denne ordning har givet anledning til mange overvejelser. Der er således delte meninger om dens værdi, dvs. hvad den betyder for børnenes trivsel.

2.2.8 Barnet som delegeret eller udsendt

En mor eller far kan bevidst eller ubevidst forsøge at realisere sig selv gennem barnet og herigennem få dækket utilfredsstillende personlige behov. Moderen eller faderen kan leve egne ambitioner, drømme og forventninger ud gennem barnet. Visse former for sportsudøvelse og sportskonkurrencer blandt børn har forældrene som centrale aktører. Det er forældrenes stolthed og behov for at manifestere sig, der bliver hovedsagen, ikke at barnet har det sjovt, tilegner sig færdigheder, udfolder sig i konkurrence med andre børn og føler sig kompetent.

Hos mødre kan dansekongurrencer og skønhedskonkurrencer nævnes som eksempel. Små piger sminkes og klædes ud som påklædningsdukker i voksenmodel. Hos fædre kan det være drengenes fodbold, der skal tilfredsstille faderens behov for opmærksomhed og "berømmelse".

Der er naturligvis intet galt ved, at børn danser eller spiller fodbold, heller ikke ved at forældrene glæder sig og er stolte over deres børn. Det afgørende er, om udfoldelsen først og fremmest sker for barnets skyld, eller det er forældrene, det drejer sig om.

KAPITEL 3

Historiske og kulturelle betragtninger over omsorgssvigt og overgreb

Birgitte Brun & Åse Wintlev

Når der er tale om svigt i den primære behovstilfredsstillelse fra en mor i forholdet til hendes baby eller lille barn, er det væsentligt at se på den historiske udvikling. Der findes talrige eksempler på, at et lille barn er blevet sat ud af sociale og økonomiske årsager, idet moderen ikke har kunnet overskue, hvorledes hun skulle passe sit barn. Beretninger om hittebørn kan illustrere denne problematik.

Mødre kan drives så langt ud af sult, nød, elendighed og krigsrædsler, at de ikke ser anden udvej end at give barnet fra sig. Man kan undertiden i sådanne sammenhænge tale om en syg kultur, mens den enkelte mor kan være i en situation, hvor hun ganske enkelt ikke har nogen valgmuligheder.

På Den Hirschsprungske Samling i København findes et billede af maleren Erik Henningsen (1855-1930). Billedet har titlen "barnemordet". Det illustrerer den hårde skæbne, der ramte mange fattige kvinder, når de i dølgsmål fødte et barn undfanget uden for ægteskab og i fortvivlelse og afmagt ombragte og begravede barnet. Undertiden lykkedes det at holde hemmeligheden skjult, men på maleriet ser vi, hvad der kunne ske, hvis forbrydelsen blev opdaget, og kvinden for de strenge "øvrighedspersoner" måtte udpege det sted, hvor barnet lå begravet. Den eneste, der på billedet udtrykker positive følelser over for kvinden, er hunden.

Den engelske antropolog, Colin M. Turnbull, har skrevet om Ik'erne (se Schaffer, 1979), som var et folk i det nordlige Uganda. Det er et rystende studie i social opløsning og menneskeligt forfald. Oprindeligt var Ik'erne jægere, men deres vigtigste jagtmarker blev udlagt til nationalpark. De blev i stedet flyttet op i bjergene, hvor det var meningen, de skulle drive landbrug. Da tørken satte ind og med den hungersnøden, forsvandt ethvert spor af positive menneskelige egenskaber som venlighed, hengivenhed, gavmildhed, ærlighed, gæstfrihed, kærlighed og medfølelse. Enhver blev sig selv nærmest, og alle sociale bånd gik i opløsning.

Som et led i denne kulturelle opløsning ophørte mødre med at tage sig af deres børn. Turnbull drager også paralleller til det moderne samfund, hvor ekstremt belastende livsforhold kan ødelægge det instinktmæssige grundlag for at passe børnene. I 2015 har der i samtlige europæiske lande været fokus på den store flygtningestrøm, vi oplever. Endnu ved vi ikke, hvordan det kommer til at påvirke de tusindvis af involverede børn.

I sin bog om spædbørnsomsorg skriver Schaffer:

"Moderkærlighed er ikke uundgåelig. Den er ikke en nødvendig del af den menneskelige natur som f.eks. åndedrættet, idet hele samfund kan fungere uden den, ganske vist på en måde, som ville forekomme os forfærdelig, men som viser, at kærlighed ikke er en integreret del af selve menneskeligheden. Selv hvor det drejer sig om dyr, er det nødvendigt at skabe de vilkår, der er en betingelse for kærlighedens vækst. Vi kan ikke gå ud fra, at de kvaliteter, som er forbundet med moderkærlighed, vil dukke op af sig selv. Hvis vi ønsker at fremme disse kvaliteter hos mennesker, må vi aktivt skabe de vilkår, som gør deres vækst mulig" (Schaffer, 1979, p. 119).

Forfatteren gør opmærksom på, at barnets personlighed naturligvis også spiller en rolle for udviklingen af moderkærlighed. Mødres forhold til deres børn afhænger bl.a. af det snævre samspil mellem mor og barn. Barnets personlighed har betydning for moderen. Én mor oplever relationen særligt positiv, hvis hun synes, barnet ligner hende. En anden mor har det lettere med det barn i søskendeflokken, som hun finder meget forskelligt fra sig selv.

At udvikle evner til at tage vare på små børn er også en socialiseringsproces. Pubertetsudviklingen hos drenge og piger tager tid, og selv efter at menstruationen er indtrådt hos pigen, kan der gå to til tre år, før hun er fertil. Imidlertid er risikoen for spontane aborter og komplicerede graviditeter langt højere hos piger under 15 år end hos unge kvinder i alderen 20–24 år. I mange kulturer har man iagttaget, at det er almindeligt, at unge kvinder får deres første barn, når de er omkring 19 år gamle (Bogin, 1993).

I årene før pigen er i stand til at føde børn, opleves hun af omgivelserne som voksen, og det er i denne periode, at

hun ofte bliver sat til at passe mindre børn, hvorved hun trænes til rollen som mor.

I mange såkaldte ulande har det været en forudsætning for at få mange børn, at de unge kvinder kunne tage sig af babyerne. Sådan forholdt det sig naturligvis også i tidligere generationer herhjemme, hvor børnefamilierne kunne være meget store, samtidig med at økonomien var overordentlig stram.

Som en del af den socialiseringsproces, der fører frem til udviklingen af den moderlige omsorgsevne, er begrebet fantasibarnet eller fantasiledsager centralt. Allerede i den tidlige psykoanalytiske litteratur figurerer begrebet fantasibarnet, en forestilling, der bl.a. udvikles, når pigen leger far, mor, barn, og når hun forestiller sig, at hun selv skal blive mor en dag. På det mentale plan er det en forberedelse til det senere moderskab. Fantasiledsagere manifesterer sig hos barnet i alderen omkring 2 til 5 år, dvs. hos børnehalebarnet. Der er tale om en fuldstændig normal udviklingsfase, der hos Selma Fraiberg fik betegnelsen "De magiske år" (Fraiberg, 1959).

Referencer

Bogin, B. (1993). Why must I be a teenager at all? *New Scientist*, 137, 34-38.

Fraiberg, S. (1959). *De magiske år. Den tidlige barndoms problemer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Schaffer, R. (1979). *Barnet under udvikling. Spædbarnsomsorg*. København: Hans Reitzels Forlag.

KAPITEL 4

Miljøets betydning for fostret, den tidlige mor-barn-interaktion og barnets socialisering

Birgitte Brun, Merete Reimer Jensen, Birgitte Retbøll & Åse Wintlev

Miljøets betydning for fostret handler både om det omgivende fysiske, psykiske og sociale miljø, moderen lever i og det miljø, den gravide etablerer for det ventede barn. I forhold til bogens emne lægges især vægt på de forebyggende undersøgelser for gravide, fysisk og psykisk arbejdsmiljø, evt. stress, angst, anden psykisk lidelse og misbrug. Den mest alvorlige form for misbrug i forhold til barnets hjerneudvikling er alkohol (Chasnoff, 2010).

I det nære miljø omkring den gravide er vigtige personer partner, familie og gode venner. Livmoderen og moderen er barnets nærmeste miljø. Hvis moderen lever under trygge vilkår, er det godt for barnet. Herigennem stimuleres moderens muligheder for at skabe en følelsesmæssig relation og begyndende tilknytning til barnet. Dette indebærer, at barnet i fostertilværelsen og fra fødslen mærker sig hørende til, elsket og velkomment.

Tilsvarende miljømæssige forhold gælder for nyfødthedsperioden. I denne periode bliver faderens støtte til og omsorg for moderen af afgørende betydning for hendes mulighed for at føle ro, afstemthed og nærvær i forhold til barnet. Hvis moderen er alene med barnet, og der ikke er en far i barnets liv, er det vigtigt, at hun får støtte fra en anden voksen eller nogle få mennesker, hun føler sig knyttet til. Det kan være hendes egen mor, en søster, veninde eller en mand, der som familiemedlem eller nær ven kan gå ind og fungere som en vigtig tilknytningsperson i forhold til barnet.

I dag står unge forældre i Danmark ofte uden erfaring med pasning af spædbørn og mindre børn. Forældrene har måske selv som små tilbragt mange af dagens timer i vuggestue og børnehave. Hvis der har været mindre søskende, har disse børn haft samme opvækstvilkår og er kun i begrænset omfang blevet overladt til ældre søskendes omsorg og pasning. Undtagelsen har været børn af forældre, der ikke var i stand til at drage ordentlig omsorg for børnene. Der tænkes her eksempelvis på "de små voksne" med alkoholiserede forældre. Det har vist sig, at mange af disse forsømte børn kom ud i store vanskeligheder som voksne. Bliver man forsømt som barn, er der grænser for, hvad man kan yde følelsesmæssigt i forhold til egne børn, når man bliver voksen.

De unge mødre kan i dag komme i den situation, at de heller ikke kan hente alverdens hjælp hos deres egne mødre, der ofte har travlt med erhvervsarbejde og slet ikke har den erfaring med børnepasning som tidligere generationers kvinder, der måtte opdrage en stor børneflokk.

Når man som mor overlader pasningen af sit barn til en småbørnsinstitution de fleste af barnets vågne timer, får man naturligvis ikke det samme erfaringsgrundlag, som hvis man har det lille barn hos sig hele døgnet.

Vi fokuserer naturligt nok på barnets situation, når vi diskuterer tidlig daginstitutionsanbringelse, men vi glemmer undertiden også at fokusere på mødrenes situation. Når moderen bliver adskilt fra sit lille barn i mange timer, mister hun nogle socialiseringsmuligheder. For mange afbrydelser i det tætte mor-barn-forhold kan virke forstyrrende på barnets udvikling og sandsynligvis også på moderens, især hvis hun i forvejen har meget lidt erfaring med børnepasning.

Den moderne eksperimentelle børnepsykologi har lært os, at det lille barn kender sin mor på lugten og på stemmen, når det er få dage gammelt, og at "den talemæssige dialog" bliver tydelig allerede i de første leveuger på baggrund af barnets vågne sanser og medfødte indlæringspotentialer.

Vi kan ikke være sikre på, at det kun er barnets evne til at lugte sig frem til sin egen mor, der forstyrres af en adskillelse mellem mor og barn, måske går en tidlig mor-barn-adskillelse også ud over en række fine tilpasningsmuligheder hos moderen.

Moderens omsorg for det lille barn er instinktiv. Den er samtidig betinget af en lang socialiseringsproces i et kompliceret samspil med fysiske, erfaringsbaserede og personlighedspsykologiske faktorer.

I barnets tidligste udvikling forekommer nogle særligt følsomme perioder for indlæring og social udvikling. Her er det vigtigt, at de relevante udviklingsbetingelser er til stede.

Referencer

Chasnoff, I. (2010). *The Mystery of Risk. Drugs, Alcohol, Pregnancy, and the Vulnerable Child*. Chicago: Upstream.

KAPITEL 5

Den tidlige udvikling hos spæd- og småbørn

Birgitte Brun, Merete Reimer Jensen, Birgitte Retbøll & Åse Wintlev

Fundamentet i barnets psykiske udvikling og dermed dets velbefindende er betinget af, at barnet udvikler følelsen og fornemmelsen af at være et menneske, der bliver set og anerkendt af de vigtigste voksne, dvs. forældrene, primært moderen. Herved udvikler barnet inde i sig selv, dvs. delvist ubevidst en fornemmelse af sig selv som noget godt, elskeligt og værdifuldt (Stern, 2009). Barnet lærer, at det i sig selv og som sig selv har betydning, hvorved dets selvudvikling får en sikker og frugtbar bund, som giver mulighed for en positiv individuel personlighedsudvikling.

Barnets selvudvikling sker samtidig med og i gensidig afhængighed af den udvikling, der omhandler barnets sociale kompetencer. Menneskets hjerne er under forandring gennem hele livet, og vi ved, at væksten i den hjernemæssige kapacitet sker via barnets samspil og erfaringer inden for rammerne af dets primære tilknytning til forældrene, hvor moderen i almindelighed er den mest centrale figur.

De dele af hjernen, der fortrinsvist er aktive i disse processer, er dels hjernestammen, dels den centrale del af hjernen, dvs. det limbiske system og endvidere den højre side af hjernebarken, dvs. cortex (Perry & Szalavitz, 2011). Den højre del af hjernebarken har med følgende funktioner at gøre: Aflæsning af ansigtsudtryk og følelser, hensigtsmæssige og indfølelse reaktioner over for andre, kreativitet, det vil her sige ikke-sproglige evner for kommunikation og socialt samvær.

I det normale mor-barn samspil står moderen til rådighed for barnet, og hun forholder sig umiddelbart til både dets positive og negative tilstande. Hun tager hånd om barnets fysiske og psykiske behov og sørger for, at barnet har det godt, således at uundgåelige faser med negativitet i form af tristhed, ængstelse, gråd og utilpashed afløses af positive faser, hvor barnet udstråler glæde, nysgerrighed og virkelyst. Herved hjælper hun barnet til at genoprette en tilstand af ro og stabilitet via regulering af de helt basale funktioner med rytmiske gentagelser, der udfoldes regelmæssigt og på en forudsigelig og genkendelig måde. Man registrerer et afstemt forhold mellem mor og barn. Det er af afgørende betydning, at reguleringen af de basale funktioner sker i en tryk relation. Barnet lærer verden at kende gennem moderen i kraft af hendes formidling af stemninger og følelser ud fra en intuitiv oplevelse af barnet. Barnets selvopfattelse er indlejret i den regulering, der gensidigt foregår i kontakten mellem mor og barn.

Det lille barn udvikler i det første ca. halvandet år tilknytningsmønster og adfærd i relation til den/de nærmeste omsorgsperson(er). I samme periode bliver barnet i stigende grad i stand til at regulere sine følelser. Denne proces foregår i tæt sammenhæng med udviklingen af tilknytningen. Den engelske psykiater og psykoanalytiker John Bowlby var den første, der anvendte tilknytningsbegrebet (se Schilling 2012, p. 186).

Hvis de tilknytningsmæssige forhold ikke er tilstrækkelige i forhold til barnets behov, vil dets evne til regulering af såvel følelser som funktioner, der er tilknyttet højre del af hjernebarken, heller ikke udvikles tilfredsstillende. Dette kan få vidtrækkende konsekvenser for barnets udvikling på kort og på lang sigt.

Der opereres normalt med fire typer tilknytningsmønstre (Ainsworth et al., 1978; Schilling, 2012).

Sammen med sine medarbejdere udarbejdede Mary Ainsworth en procedure til at vurdere kvaliteten af tilknytningsmønstret mellem mødre og deres spædbørn ud fra en karakteristik af balancen mellem barnets tilknytnings- og udforskningsadfærd. Denne strukturerede undersøgelsesmetode, som har haft overordentlig stor indflydelse, betegnes "fremmedsituations fremgangsmåden" og er en hyppigt anvendt, standardiseret metode til klassifikation af kvaliteten af børns tilknytning (Ainsworth et al., 1978). En del af Ainsworth arbejde blev udført i samarbejde med John Bowlby (se Hart & Schwartz, 2008).

Fremmedsituationen finder sted i et lokale, hvor der i den ene ende står en barnestol omgivet af legetøj. I den modsatte ende af lokalet er der en stol til moderen, og derudover optræder en for barnet fremmed, venlig kvinde som iagttager. Undersøgelsen forløber gennem otte etaper.

I Ainsworths studie undersøgtes udviklingen af mor-barn tilknytningen hos det lille barn. Der indgik ud over fremmedsituationen også hjemmeobservation i undersøgelsen. Barnet blev i den eksperimentelle situation udsat for forskellige stressfyldte sekvenser som at møde en fremmed, blive adskilt fra moderen, blive trøstet af en fremmed og siden genforenet med moderen. Denne procedure var tilrettelagt med henblik på at vurdere barnets reaktioner på adskillelse og genforening. Ved at identificere de individuelle forskelle i børnenes måde at klare sig på i den fremprovokerede stressfyldte situation som følge af adskillelsen, kunne Ainsworth udlede en række tilknytningstyper.

Det viste sig, at især reaktionerne under genforeningen med moderen afspejlede de individuelle variationer i spædbørnenes tilknytningsadfærd over for deres mødre (Ainsworth et. al., 1978).

På baggrund af observationerne af spædbørnenes adfærd i testsituationen identificerede Ainsworth et. al. (1978) tre primære tilknytningstyper:

1. *Sikker eller tryk tilknytningsstil.* Børn med en sikker tilknytning har en basal tillid til, at deres mor, selvom hun er fraværende, vil være til rådighed, hvis de får brug for hende. Børnene viser aktiv udforskningsadfærd og gør effektivt brug af moderen som en sikker base. Børnene er nemme at trøste ved genforeningen efter den korte adskillelse. Mødrene i denne gruppe viser høj grad af sensitivitet over for spædbørnenes signaler. De responderer på spædbørnenes gråd og ønske om tæt kropskontakt. De fungerer derfor ifølge Ainsworth som en "sikker base", hvorfra barnet kan udforske verden. Endvidere viser det trygt tilknyttede barn fleksibilitet, indføling og robusthed over for stress og tab. Dette tilknytningsmønster understøttes ved, at moderen/forældrene er til rådighed, når der er brug for det, og at de er modtagelige over for barnets signaler og reagerer kærligt, når barnet søger trøst og beskyttelse.
2. *Ængstelig-modstandspræget /ambivalent tilknytningsstil.* Børn med denne tilknytningsstil mangler nysgerrighed og viser kun ringe og fattig udforskningsaktivitet. De er ofte klyngende i deres kontakt, ængstelige, bange for at udforske omverdenen og på vagt over for nye mennesker. I forbindelse med adskillelsen fra moderen græder de intenst. I genforeningssituationen søger spædbørnene straks deres mors nærhed og er klæbende samt vanskelige at trøste. Disse børn viser ofte vrede og samtidig med, at de søger kontakt med moderen, afviser de kontakten, når de får den. Mødrene i denne gruppe mangler sensitivitet over for barnets udspil. Mødrene er præget af generelt at være uforudsigelige og inkonsistente i deres reaktioner over for barnet. De tenderer mellem skiftevis at ignorere og være psykisk invaderende over for barnet. Barnet opfører sig, som om tilknytningssystemet kronisk er aktiveret og er i hele sin adfærd orienteret mod tilknytningen som udgangspunkt for undersøgelse af omverdenen. Barnet bliver let overvældet af egne følelser. Det har begrænset fornemmelse for andre og har svært ved at få relevant støtte fra omsorgspersonen.
3. *Ængstelig-undgående tilknytningsstil* er kendetegnet ved, at barnet undgår nærhed, forsøger at være følelsesmæssigt selvforsynende uden at søge emotionel kontakt med forældrene eller andre. Disse spædbørn udforsker omgivelserne selvstændigt, men uden entusiasme og uden at bruge moderen som base. Spædbørnene virker følelsesmæssigt uinvolverede. De er venlige, nærmest ukritiske over for fremmede og viser kun få ydre tegn på reaktion på kortvarig adskillelse fra moderen. De græder sjældent, når hun forlader dem, synes at ignorere moderen, når hun kommer tilbage og undgår decideret kontakt med deres mor i genforeningssituationen enten ved at vende hovedet væk, bevæge sig væk eller ved uanfægtet at fortsætte deres leg i et andet hjørne og helt ignorere deres mødres tilstedeværelse. De putter sig heller ikke ind til moderen, når de bliver taget op. Disse børn virker triste og glædesløse. Mødrene er systematisk afvisende eller ligegyldige over for deres spædbørns behov for dem. Dette resulterer i, at mødrene f.eks. helt ignorerer deres spædbørns gråd eller reagerer aggressivt på dem. Disse mødre er præget af slet ikke at være emotionelt tilgængelige for deres børn.

Efterfølgende forskning har givet anledning til identifikation af et fjerde tilknytningsmønster, som kaldes desorganiseret (Hart & Schwartz, 2008).

4. *Den desorganiserede tilknytningsstil.* Spædbørn med denne tilknytningsstil udviser en række modstridende, uforudsigelige, forvirrede og stereotype former for reaktioner eller adfærd i forbindelse med adskillelsen og genforeningen med moderen. De kan stivne i bevægelserne og så stå stille eller foretage modsætningsfyldte bevægelser, nærme sig moderen, samtidig med at de vender hovedet væk fra hende. Spædbørnene i denne gruppe udviser ekstreme former for både ængstelig og undgående adfærd lige efter kraftig nærhedssøgning. Denne form for tilknytning forekommer hos børn, der lever i familier, hvor der er fysisk mishandling, hvor en eller begge forældre lider af svær psykisk sygdom, hvor forældrene er opslugt af egen fortid eller selv har været udsat for misbrug eller mishandling.

Ovennævnte tilknytningsmønstre har en selvbevarende tendens forstået på den måde, at et sikkert tilknyttet barn er et gladere og mere taknemmeligt barn at have med at gøre. Barnet vil derfor blive mødt med positive reaktioner fra omgivelserne, hvilket tilskynder til nye sociale kontakter. Barnet er opsat på at lære sine omgivelser at kende og undersøge, hvilken indvirkning det kan have på andre, og hvilken indvirkning andre kan have på barnet. Omvendt vil det ængsteligt tilknyttede barn være så usikkert på tilknytningsfigurens tilgængelighed, at spædbarnet er mere optaget af at være i nærheden af tilknytningsfiguren på bekostning af udforskningsaktiviteten. Dette barn er mere krævende og vil have en tendens til at fremkalde negative reaktioner fra omgivelserne. De negative reaktioner forstærker barnets ængstelige tilknytning, hvorved en ond cirkel er sat i gang. Det barn, der udvikler et undgående forsvar, fordi det frygter afvisning, hvis det søger tæt kontakt, vil naturligvis ikke søge tæt kontakt, når det har be-

hov for det. Derfor vil barnet undgå disse særlige oplevelser, der kunne medføre en mere stabil indre personlighedsstruktur. Barnet er ikke i stand til at lære, at man kan tro på, at en tilknytningsfigur ikke afviser en. Forsvaret forhindrer barnet i at tage en sådan chance.

Mary Ainsworth og andre udviklingspsykologer har klart dokumenteret, at tilknytningsadfærden har mange forskellige udtryk afhængig af situationen, miljøet, dvs. moderens adfærd, hendes sensitivitet og respons over for spædbarnets nærheds- og kontaktsøgning og spædbarnets individuelle respons. En mor vil normalt føle en stærk trang til at tage et spædbarn op, vugge og berolige det, når det græder, ligesom et spædbarns smil vil "fortrylle" de voksne omkring det og automatisk fremkalde "moderadfærd."

Münchhausen by Proxy kan være et eksempel på en adfærdsforstyrrelse, som kan medføre et desorganiseret tilknytningsmønster hos barnet og dermed en skadet udvikling af evnen til regulering af følelser og social tilpasning.

Man ved, at børn, der er traumatiseret i barndommen, har større risiko for u hensigtsmæssig stresshåndtering senere i livet og ligeledes øget risiko for at blive ramt af angst, depression og andre former for følelsesmæssig uligevægt (Videbech, 2004).

Referencer

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waers, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2008). *Fra interaktion til relation. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schilling, M. (2012). *Psykologi i sundhedsfag. En grundbog*. København: Munksgaard.
- Stern, D.N. (2009). *Spædbarnets interpersonelle verden*. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Perry, B. D. & Szalavitz, M. (2011). *Drengen, der voksede op som hund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Videbech, P. (2004). Depression kan påvirke hjernen. *Sygeplejersken*, 32, 36-40.

K A P I T E L 6

Overgreb og omsorgssvigt af børn i børnelægens perspektiv

Birgitte Brun, Lone Marie Larsen, Karin Kirstine Lassen, Bodil Moltesen & Åse Wintlev

6.1 Indledning

En af de tidlige betegnelser inden for børnemishandlingsområdet stammer fra den tysk-amerikanske børnelæge Henry Kempe, som definerede ”battered child syndrom” således:

”Battered child syndrom er en betegnelse, som bruges til at karakterisere en klinisk tilstand hos yngre børn, som har været genstand for alvorlig fysisk mishandling, som hovedregel udført af en forælder eller plejeforælder” (Kempe et al., 1962, p. 17; forfatterens oversættelse).

Siden er der tilkommet en række andre betegnelser bl.a. i takt med, at man får øjnene op for, at mishandling kan optræde på andre områder end det fysiske. WHO’s definition, som er omtalt i kapitel 1, udgør et forsøg på at samle disse forskellige former for mishandling.

Som det ligeledes fremgår af WHO’s definition, skelnes der mellem mishandling som aktive handlinger og som manglende handlinger. På dansk er der enighed om at bruge udtrykkene overgreb og omsorgssvigt, idet overgreb er aktive handlinger fysisk, psykisk og seksuelt, mens omsorgssvigt er manglende handlinger i forhold til barnets fysiske og psykiske behov.

Børns fysiske og psykiske sundhed og udvikling er betinget af tilstrækkelig kærlighed, omsorg, ernæring og adgang til sociale relationer. Forældrene har ansvaret for, at barnets behov opfyldes. Hvis barnets behov ikke opfyldes, kan der ske en fejludvikling, og barnet har større risiko for fysisk sygdom og psykisk samt social mistrivsel.

6.2 Kategorisering af overgreb mod børn

Professionelle i social- og sundhedssektoren konfronteres jævnligt med børn, som er eller har været udsat for forskellige former for overgreb og omsorgssvigt. I det nedenstående er der en oversigt over de væsentligste former for omsorgssvigt og overgreb.

- Fysiske overgreb mod børn
- Psykiske overgreb (vidne til vold, verbale trusler)
- Seksuelle overgreb mod børn
- Fysisk og psykisk passiv omsorgssvigt
- Medicinsk børnemishandling – påført/opdigtet sygdom
- Skadevirkningerne på barnet som følge af moderens misbrug af alkohol og narkotika
- Strukturelt omsorgssvigt: samfundets manglende reaktion på overgreb og omsorgssvigt.

Det skal understreges, at der ofte er tale om mere end én type overgreb i de samme familier. Vi ved, at jo flere overgreb et barn har været udsat for, jo større er sandsynligheden for, at det får fysiske og psykiske følger på både kort og på lang sigt (Turner et al., 2010).

6.3 Risikofaktorer

Overgreb og omsorgssvigt mod børn forekommer i alle socialklasser og i alle kulturer. Oftest ses overgrebene dog i familier, der har begrænsede ressourcer.

En øget risiko for overgreb og omsorgssvigt ses hos børn, der er født præmaturo, børn med fysiske sygdomme eller handicap, børn født i familier med rusmiddelforbrug, kriminalitet, svære økonomiske vanskeligheder, psykiske problemer, meget unge forældre, brudte familier eller børn af forældre, der selv har været omsorgssvigtede (Dong et al., 2004). Med andre ord jo større belastninger og jo mindre socialt netværk familierne har, jo større er risikoen for, at et barn udsættes for overgreb og omsorgssvigt.

6.4 Fysiske overgreb og omsorgssvigt mod børn

Fysiske overgreb mod børn er en aktiv påført handling. Det er ikke et ulykkestilfælde, som resulterer i en fysisk skade eller risiko for en fysisk skade. Ofte sker fysiske overgreb i forbindelse med forældres frustration eller vrede i forhold til deres barn.

Nomenklaturen har ændret sig over tid. Der bruges derfor forskellige udtryk: Battered Child Syndrome, non-accidentielt traume, dvs. traumet ikke er ulykkesbestemt, påført skade, fysisk mishandling, vold, ”abusive

headtrauma”, dvs. hovedtraume, der skyldes mishandling (tidligere Shaken Baby Syndrome). I det følgende vil udtrykket fysisk overgreb mod børn blive anvendt.

Omfanget af fysiske overgreb mod børn er vanskeligt at vurdere, da mange af tilfældene kun er kendt af to personer, nemlig barnet og den voksne, der har udøvet volden. I en dansk undersøgelse fra Det Nationale Center for Velfærd (SFI) fra 2010 vises, at 0,12 % af børn under 18 år får diagnosen fysisk overgreb i forbindelse med hospitalsindlæggelse. Samtidig beretter 5,6 % af en årgang af 25-årige, at de har været udsat for fysiske overgreb af forældre eller stedforældre i barndommen. Dette er i overensstemmelse med flere internationale undersøgelser, der også peger på, at 5-10 % af børn udsættes for overgreb i strafferetlig forstand inden det fyldte 18'ende år. (Christoffersen, 2010). Det er med andre ord en meget stor gruppe børn udsat for fysiske overgreb, der ikke bliver set i hospitalsvæsnet.

Fysiske overgreb kan være slag eller spark, kraftig ruskning, kvælertag, forgiftning forbrænding eller udsættelse for ekstrem kulde eller varme. For barnet kan det betyde knoglebrud, blå mærker, brændemærker, bidemærker af mere eller mindre alvorlig karakter. Kun i de færreste tilfælde af fysisk skade kan man med sikkerhed sige, at skaden er opstået som påført frem for en ulykke som følge af de mere eller mindre sandsynlige historier, der præsenteres af forældrene.

Små børn, der bliver rusket, kan få blødninger i hjerne og nethinde uden at have synlige tegn på vold på kroppen. De kan også have knoglebrud, som først ses ved røntgenundersøgelse. Disse børn vil altid få blivende skader, i lette tilfælde i form af epilepsi, adfærds- og kognitive vanskeligheder. I mere alvorlige tilfælde bliver de psykomotorisk retarderede og i værste fald kan skaderne være dødelige. Blødninger under hjernens hårde hinde og nethinde sammen med knoglebrud er næsten ensbetydende med påført vold (Narang & Clarke, 2014).

Det er vigtigt at se på, om barnets fysiske behov er tilgodeset, dvs. ernæring, hygiejne og lægebesøg. Fysisk omsorgssvigt kan beskrives som vedvarende mangel på opfyldelse af barnets basale behov for sund og tilstrækkelig kost, hygiejne, passende påklædning, bolig, lægebesøg og medicinsk behandling samt skolegang og socialt samvær. I ovenfor nævnte danske undersøgelse angav næsten 15 % af en årgang 25-årige, at de havde oplevet en eller flere af disse forhold jævnligt i deres barndom. Kun 3,4 % af disse var kendt i kommunen.

I de senere år er for meget mad og overvægt blevet et større problem end for lidt mad. Ikke at kunne sørge for, at i hvert fald de mindre børn får ernæringsrigtig mad i mængder, som de ikke bliver syge af, kan ses som en form for fysisk omsorgssvigt. Undersøgelser har vist en sammenhæng mellem multiple overgreb og omsorgssvigt og alvorlig overvægt (Fuemmler et al., 2007).

6.5 Psykiske overgreb og omsorgssvigt mod børn

Psykiske overgreb og omsorgssvigt kan være svigt, der er vanskelige at konkretisere og definere, men opfattes som en vedvarende negativ holdning eller adfærd hos forældre eller omsorgsgivere i forhold til barnet. Disse former for omsorgssvigt er karakteriseret ved at være ødelæggende for dannelsen af et positivt selvbillede hos barnet.

Psykiske overgreb kan være terrorisering i form af trusler om straf eller trusler om at blive forladt eller sendt bort. Endvidere omfatter psykiske overgreb de situationer, hvor børn lever med forældre, hvis samliv er præget af had, fjendtlighed og vold, hvor børn i dagligdagen gang på gang er vidner til psykisk og/eller fysisk vold mellem forældre. Børnene oplever et kronisk angst- og stressniveau, hvor de yderligere bliver i tvivl om egen rolle i de pågående konflikter mellem de voksne.

Der kan være tale om vedvarende og massiv afvisning eller ignorering, latterliggørelse, hån og negativ kontakt, eksempelvis i form af ekstrem dobbeltbindings-kommunikation, dvs. gentagen kommunikation, der bærer præg af modstridende henvendelser. Kropssprog og mimik er ikke i overensstemmelse med indholdet af det, der bliver sagt, eller meningen med det sagte.

Ifølge Christoffersens undersøgelse (Christoffersen, 2010) oplevede 22 % af en årgang en eller flere af ovennævnte forhold. Kun 3,2 % af disse var kendt i kommunen.

Barnets psykiske behov for kærlighed, positiv opmærksomhed og hjælp til socialisering er måske det vigtigste for en sund udvikling og har tidligere været overset i forhold til de mere håndgribelige manifestationer af fysisk overgreb og omsorgssvigt. Barnet, der forsømmes fysisk, vil også altid være følelsesmæssigt forsømt, mens et velnæret, rent og velplejet barn sagtens kan være følelsesmæssigt forsømt. Svært følelsesmæssigt omsorgssvigt påvirker hjernens udvikling og kan medføre blivende skader (Naughton et al., 2013).

I engelsk litteratur bruges begrebet ”neglect”, der nok på dansk bedst oversættes med følelsesmæssig omsorgssvigt, dvs. negligering af barnets følelsesmæssige behov. Mange mener i dag, at dette er den mest oversete form for om-

sorgssvigt. Hvor overgreb er en aktiv handling mod barnet, karakteriseres neglect ved undladelse af handling, dvs. manglende kærlighed og engagement i barnet, manglende vejledning af barnet i dets udvikling. Følelsesmæssigt omsorgssvigt ses ofte sammen med fysisk overgreb og omsorgssvigt, idet begge er præget af ligegyldighed og manglende opfyldelse af barnets basale behov. Det er vigtigt at være opmærksom på, at både fysisk, psykisk og seksuelt overgreb i familien også er et følelsesmæssigt svigt af barnet (Naughton et al., 2013).

Børn i brudte familier kan blive udsat for psykiske overgreb, hvis forældrene åbenlyst ligger i vedvarende konflikt. Man bruger undertiden udtrykket "diplomatbørn" om de skilsmissebørn, der lærer at vogte deres ord. De registrerer eksempelvis, at mor ikke bliver glad, når de fortæller, hvor meget de har oplevet i weekenden med far eller omvendt. Gradvist er det, som om den følelsesmæssige energi svækkes hos barnet, selv om man ikke direkte kan identificere, at noget er galt.

Til kategorien hører også børn af rusmiddelbrugere, hvor de voksnes behov for et rusmiddel helt overskygger barnets behov for stabilitet og forudsigelighed. Forældrene er optaget af at skaffe stoffer og er ofte påvirkede af disse, hvorfor børnene forsømmes følelsesmæssigt. Den påvirkede voksnes adfærd kan desuden være yderst skræmmende for barnet.

Både psykiske overgreb og omsorgssvigt registreres sjældent, før de har stået på i længere tid, og barnet har udviklet alvorlige psykiske og fysiske problemer. Der kommer derfor ofte først fokus på disse børn, når der indløber underretninger fra daginstitutioner og skoler, eller børnene bliver set enten i pædiatrisk eller børnepsykiatrisk regi med varierende symptomer, f.eks. manglende fysisk trivsel, smertetilstande, angst eller selvmordsforsøg (Naughton et al., 2013).

6.6 Seksuelle overgreb mod børn

Seksuelle overgreb omfatter børn, der af voksne omsorgspersoner involveres i seksuelle aktiviteter, som de hverken følelsesmæssigt eller fysisk er modne til, og som desuden ofte strider mod samfundets normer. Børnene er ikke i stand til at vurdere og forstå rækkevidden af de ting, der sker. Barnet kan ikke give et kvalificeret samtykke, og de seksuelle aktiviteter går på tværs af de tabuer, der er knyttet til familierollerne. Formålet er altid, at den voksne bruger barnet til at tilfredsstille egne seksuelle behov.

De få tal, der foreligger på dansk, er i overensstemmelse med internationale undersøgelser og peger på at 5-10 % af børn under 18 år har været udsat for et seksuelt overgreb eller krænkelse (Helweg-Larsen et al., 2008).

Seksuelle overgreb er sjældent fra starten kendetegnet ved fysisk vold. Voksne med en seksuel interesse i børn prøver undertiden at skabe kontakt via en manipulerende og lokkende adfærd, som kaldes grooming. Krænkeren giver barnet positiv opmærksomhed og bekræftelse. Hermed skabes et tillidsforhold, som gør det svært for barnet at sige nej i situationer, hvor den voksne gradvist stiller krav om seksuelle handlinger.

Der findes glidende overgange fra den ømme forførelse gennem leg til den fysiske, seksuelle vold. Der forekommer seksuelle overgreb ud over egentligt samleje, som også indebærer fysisk vold. Det hemmelige ved overgrebet og barnets sårbarhed tvinger barnet til tavshed, og dette kan resultere i, at overgrebene fortsætter i årevis. Overgreb kan finde sted, når barnet er alene med krænkeren, hvilket er det almindeligste, men sker også, når der er andre til stede. Krænkeren har undertiden en formidabel evne til at få barnet til at føle medansvar for og skyld i det, der sker. Barnet bruger megen energi på at tilsløre den aktivitet, som det oplever sig medansvarlig for.

I ekstreme situationer udnyttes børn af deres forældre til at være ofre for andre voksnes seksuelle overgreb, der kan indebære, at forældrene får betaling for barnets ydelser. Her ligger hemmelighederne i forhold til det omgivende samfund og barnets øvrige netværkspersoner som eksempelvis bedsteforældre, småbørnspædagoger og lærere.

Internetrelateret overgreb er i de senere år blevet en hyppig form for overgreb, der er særlig vanskelig både at opdage og behandle. Kontakten mellem barn og krænker etableres via de sociale medier. Barnet kan blive overtalt til at lægge billeder af sig selv på nettet og eventuelt til at mødes med krænkeren. Børnepornografi er blevet langt mere udbredt efter den lette adgang til internettet, og billederne kan ikke med sikkerhed slettes, så barnet retraumatiseres konstant (Sørensen, 2011).

Arbejdet med sager, der involverer seksuelle overgreb, kan adskille sig markant fra arbejdet med andre former for omsorgssvigt, idet seksuelle overgreb er forbundet med stærke tabuforestillinger og kan dermed også udfordre de professionelles egen berøringsangst ekstra.

6.7 Medicinsk børnemishandling

Münchhausen by Proxy blev beskrevet første gang i 1977 af den britiske børnelæge Roy Meadow (Meadow, 1977), mens amerikanerne ved børnelæge Carole Jenny og børnepsykiater Thomas Roesler senere foreslog betegnelsen

”Medical Child Abuse” (MCA) for at understrege, at denne form for overgreb adskiller sig fra andre ved at inddrage lægeverdenen (Roesler & Jenny, 2009). I andre engelsksprogede artikler er brugt udtrykket ”fabricated illness by proxy”.

I den oprindelige betegnelse Münchhausen by Proxy blev der lagt vægt på moderens psykologiske motiver, hvor navnlig børnelæger i dag har understreget nødvendigheden af primært at se på, hvad der sker med barnet og handle i forhold til dette.

Medical Child Abuse oversættes på dansk bedst til medicinsk børnemishandling. På dansk bruges også betegnelsen børn udsat for ”påført eller opdigtet sygdom”. De forskellige benævnelser dækker over den tilstand, hvor børn berettes eller direkte gøres syge og gennemgår unødvendige undersøgelser eller behandlinger. Det foregår således, at barnets primære omsorgsperson (ofte moderen) overdriver små sygdomstegn, opdigter eller direkte påfører barnet skader. Barnet bliver dermed genstand for unødvendige og potentielt skadelige og/eller livstruende undersøgelser og behandlinger. Lægen bliver på denne måde et instrument i moderens overgreb på barnet.

Forældres rolle og pligt er at tage ansvar og drage omsorg for deres børn. Forældres interesse for børns helbred kan ses som et spekter strækkende sig fra neglect over en normal omsorg for barnet til en unaturlig optagethed af sygdomme. Denne optagethed kan i ekstreme tilfælde føre til, at barnet gøres sygt af omsorgsgiveren, og der er da tale om medicinsk børnemishandling.

Medicinsk børnemishandling kan opdeles i flere grader:

- **Opdigting af symptomer og sygdomme**
Omsorgsgiver oplyser, at barnet har sygdomssymptomer som f.eks. høj feber, kramper, træthed, besvimelser, vejrtrækningsproblemer, opkastninger, hududslet, allergier, manglende appetit, forstoppelse og diarré. Disse symptomer genfindes ikke, når barnet ses af læge, men undersøgelser iværksættes på baggrund af forældrenes oplysninger.
- **Forfalskning af symptomer**
Forældre kan eksempelvis fremvise blod, opkast eller eventuelt fotos af dette stammende fra andre.
- **Barnet påføres aktivt skade**
Der er set eksempler på kvælningsforsøg, hvor barnet efterfølgende findes blegt og slapt. Der kan være perforeret trommehinde, indsprøjtning af forurenede vand hos et barn med drop, forgiftning med diverse medikamenter og kemikalier. På baggrund af forældres oplysninger og frembragte symptomer udsættes barnet for undersøgelser og behandlinger, som kan være smertefulde og potentielt skadelige. Sygehistorien er ofte karakteriseret ved, at forældre ”doctorshopper” og søger flere speciallæger og hospitaler. Her kan forekomme splitting, idet forældre fremfører, at en anden læge har sagt noget andet etc.

For at få mistanke om medicinsk børnemishandling skal en eller flere af følgende observationer være til stede:

- Påfaldende mange lægehenvendelser uden identificerbar alvorlig fysisk sygdom
- Diskrepans mellem mors beskrivelse af barnets tilstand og den kliniske vurdering
- Mor afviser normale undersøgelsesresultater
- Barnets symptomer er kun set af omsorgsgiver
- Mors beretning er usammenhængende, inkonsistent og fabulerende
- Mor taler også om egen og andre børns sygdomme
- Uforklarede dødsfald af børn i familien
- Mor mangler følelsesmæssigt engagement i barnet selv, men er påfaldende optaget af symptombeskrivelsen
- Mor mangler beskrivelse af barnets sunde sider
- Mor søger alliance og splitter
- Normale undersøgelsesfund trods omsorgsgivers dramatiske beskrivelse af barnets tilstand
- Symptomer og undersøgelsesresultater kan ikke forklares med kendt medicinsk sygdom

De beskrevne påfaldende observationer er ikke diagnostiske, men øger mistanke og fungerer således som advarselstegn.

Mange børn, der udsættes for medicinsk børnemishandling, har også en reel diagnosticeret somatisk sygdom. Der kan være tale om, at et barn med kronisk sygdom ikke får behandlingen for dermed at fremtræde mere sygt, og det udsættes derved for unødvendige ekstra undersøgelser. En banal sygdomsepisode hos barnet kan forstærke omsorgsgivers forstyrrede adfærd, hvorved overgrebet bliver synligt. Det ses også, at barnet kan have en somatisk sygdom, som ikke er i fokus, mens den påførte sygdom fremhæves.

6.7.1 Lægens rolle i medicinsk børnemishandling

Medicinsk børnemishandling udvikler sig som et produkt af forholdet mellem en forælder, som både har et mishandlingspotentiale og evnen til at blive tilfredsstillet af læge/sundhedsvæsen og et lægevæsen, som er specialiseret og orienteret mod undersøgelser, fagligt optaget af sjældne sygdomme, og som ignorerer tegn på mishandling og for villigt accepterer den givne historie (Bass & Glaser, 2014).

Læger og sygeplejersker har som udgangspunkt altid tillid til det, forældre fortæller om deres børn, men hvis der er uoverensstemmelse som ovenfor beskrevet, må de professionelle overveje, om der er andre forklaringer på barnets tilstand (Roesler & Jenny, 2009)

Når man møder et barn og får den mistanke, at barnet er udsat for medicinsk børnemishandling, er det vigtigt at få tilladelse til at indhente oplysninger fra alle involverede i sundhedsvæsenet.² Dette kan dog ofte være vanskeligt i netop denne type sager og må da foregå via de sociale myndigheder.

Det skal fremgå nøjagtigt af journalen, hvad der er omsorgsgivers udsagn, og hvad personalet har observeret. Det er karakteristisk, at lægen bliver i tvivl om det præcise indhold af mors beretning, f.eks. hvem sagde hvad, hvem blev der talt om, hvornår skete det. Ofte flyttes fokus undervejs i historien fra barnets aktuelle situation til tidligere hændelser eller mors egen sygehistorie. Mor refererer urigtige undersøgelsesresultater, hun foregiver foretaget af andre hospitaler eller læger. Mor indgår ikke i dialog ved præsentation af faktuelle lægelige informationer. Den professionelle får herved vanskeligt ved at få hold på barnets sygehistorie.

Børnene udsættes for talrige lægebesøg på flere hospitaler og hos praktiserende læger, men omsorgsgiver fortæller ikke dette og nedlægger ofte forbud mod indhentelse af oplysninger. Dette resulterer i, at prøver gentages unødvendigt. Ved gennemlæsning af lægejournalen konstateres ofte, at der ikke er faktiskt holdepunkt for de diagnoser, som mor fortæller, at barnet har.

Prøveresultater kan ikke bekræfte diagnoserne og i konklusionen må konstateres, at medicinsk børnemishandling er den eneste mulige forklaring på denne form for sygdomsforløb.

Forudsætningen for endelig diagnosticering med medicinsk børnemishandling er god og omhyggelig journalføring og at samle alle speciallæger for at nå til enighed i konklusionen. Diagnosen kan kun stilles af børnelæger.

6.7.2 Følger for barnet

Det er skadeligt for barnet at blive udsat for gentagne undersøgelser, herunder røntgenstråler og invasive procedurer. En unødvendig operation kan give livslange følger. Barnet kan blive varigt skadet og i værste tilfælde ombringes det som følge af omsorgsgivers handlinger. Uanset sværhedsgrad er det skadeligt for barnet at blive taget ud af sin hverdag og blive sygeliggjort.

Når barnet påføres smerte af omsorgsgiver, udviskes både grænsen mellem omsorg og smerte og mellem sundhed og sygdom. En normal reaktion på at få at vide, at man er syg, er at føle sig syg. Barnet erfarer, at det får mest opmærksomhed, når det udviser symptomer. Dette vil medføre fejludvikling som følge af forstyrret tilknytning til omsorgsgiver. Sygeliggørelsen hæmmer desuden barnets selvstændiggørelse og frigørelse fra omsorgsgiver. I alle tilfælde berøves barnet en normal barndom, herunder skolegang og socialt samvær med andre børn.

Børn udsat for medicinsk børnemishandling gennem barndommen tror, at den virkelighed de lever i, er normal. De lærer at kommunikere følelser via somatiske symptomer og risikerer selv at overtage den patologiske sygdomsadfærd. Børnene kan ubevidst være loyale overfor mor og vedligeholde eller påtage sig symptomer og på den måde "arve" mors sygdomsadfærd, dvs. der bliver tale om en socialisering til sygdomsadfærd. Eksempelvis kan man i en familie med forstoppelsesproblemer i flere generationer se, at barnet får opmærksomhed, når det ikke har været på potte, hvilket medfører, at barnet "holder sig".

"My mother caused my illness" er en foruroligende beretning fra en voksen kvinde, der gennem otte år var udsat for moderens overgreb på hende. Forløbet dokumenteres gennem uddrag fra en række lægejournaler (Bryk & Siegel, 1997).

6.8 Skadevirkninger på barnet grundet moderens misbrug af alkohol og narkotika

Indtagelse af rusmidler og afhængighedsskabende medikamenter i graviditeten kan have en direkte og varig skadelig virkning på barnet. Der er således her tale om et indirekte overgreb mod barnet. I Danmark skønnes det, at

² I note 6.1 i slutningen af dette kapitel er kort beskrevet de juridiske bestemmelser, der regulerer indhentning af oplysninger fra involverede i sundhedsvæsenet. Noterne er udformet af lektor, cand.jur., ph.d. Caroline Adolphsen

122.000 børn i alderen 0-18 år, svarende til 9,5 % vokser op i familier med alkoholproblemer (Abel, 1990). I samme undersøgelse havde i alt 6,5 % af de 16-44-årige kvinder brugt hash, og 1,9 % havde taget andre stoffer inden for det seneste år.

Det anslås, at 1.500-2.000 børn årligt fødes af mødre med et afhængighedsforbrug af alkohol, andre rusmidler eller afhængighedsskabende medicin, hvilket svarer til 3 % af fødselstallet (Sundhedsstyrelsen, 1992). En rapport, udarbejdet af Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg Kommuner i 2004 viste, at der 1996-2001 blev født 518 børn med erkendte stofabstinenser, svarende til 86 børn pr. år.

Alkohol er et organisk opløsningsmiddel og det farligste af alle rusmidler på grund af den direkte celledskadende effekt på fosteret. Alkohol passerer over moderkagen til fosteret, som får det samme indhold i blodet, som moderen har. Dette medfører skader, der strækker sig over et bredt spektrum fra små ubetydelige skader til meget svære multihandicap og død, afhængig af mængde, ekspositionstidspunkt og fosterets genetisk betingede følsomhed.

I 1968 defineredes alvorlig alkoholskade (Lemoine et al., 1968), og Føtal Alkohol Syndrom (FAS) blev anerkendt som syndrom i 1973 (Jones & Smith, 1973; Sokol & Clarren, 1989).

Føtal Alkohol Syndrom er karakteriseret ved triaden:

1. Væksthæmning før og efter fødslen svarende til under 10 % i forhold til alder og køn.
2. Skader i centralnervesystemet, f.eks. adfærdsforstyrrelser, retardering, neurologiske abnormiteter eller abnorm lille hjerne.
3. Karakteristiske ansigtstræk, f.eks. korte øjenspalter, bred, flad næseryg, langstrakt midtansigt, tynd overlæbe og lang afladet næse-læbefure, lille vigende hage og lavt placerede ører. Mindst to af disse træk skal være til stede for, at FAS-diagnosen kan stilles.

Op til 50 % af børn med FAS har tillige medfødte misdannelser i andre organer, f.eks. hjerte, nyrer og øjne. Forekomsten af nye tilfælde af børn med FAS er i Danmark ca. 75 om året, svarende til 1,3 pr. 1.000 fødsler (Olofsson, 2005).

Man kender ikke den nedre grænse for alkohols skadelige virkning på fosteret. Derfor er det sundhedsstyrelsens anbefaling til gravide, at alkohol helt undgås. Alkohol regnes i den vestlige verden for at være den hyppigste årsag til mental retardering hos børn.

Andre rusmidler og afhængighedsskabende medikamenter kan inddeles i flere hovedgrupper: Opioider (f.eks. heroin, morfin, metadon), centralstimulerende stoffer (f.eks. amfetamin, kokain, ketogan, petidin og ecstasy), hallucinogener (f.eks. LSD, euforiserende svampe) og cannabis (hash, marihuana). De er meget forskellige med hensyn til kemisk sammensætning, men alle passerer de let igennem moderkagen og over i fosteret. De har i princippet den samme virkning på fosterets hjerne og nervesystem som på moderens. Når moderen er påvirket, er fosteret det også, og når moderen har abstinenser, har fosteret også abstinenser. Disse virkninger på organismen kan føre til iltmangel i livmoderen med risiko for, at fosteret dør eller får en varig skade på hjerne og nervesystem. Desuden kan disse tilstande udløse graviditets- og fødselskomplikationer. Fødslen betyder en brat afbrydelse af tilførslen af de rusmidler og/eller de medikamenter, som fosteret er tilvænnet, hvorfor mange af børnene efter fødslen udvikler akutte abstinenssymptomer. Alle stoffer hæmmer væksten af fosteret. En særlig tilstand, der hyppigt udvikles hos børn af misbrugere, er ADHD, dvs. Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Alvorlig eksposition for rusmidler kan således præge barnets udvikling hele livet på grund af den mulige påvirkning af den kropslige og mentale udvikling. I flere bøger har forstanderen for det tidligere observationsbørnehjem i Skodsborg, Charlotte Guldborg og psykologen Inger Thormann berettet om deres arbejde med de børn, der er født med alvorlige alkoholskader eller abstinenssymptomer ved rusmiddeleksposition i fosterlivet (Thormann, 2006; Thormann & Guldborg, 2003; Thormann et al., 1990). Desuden kan henvises til beskrivelser ved Olofsson (2005) samt Killén og Olofsson (2003). Børnenes prognoser er i mange tilfælde dystre.

Som tidligere nævnt vil børn i en familie med rusmiddelproblematik ofte være udsat for andre former for overgreb og omsorgssvigt i større eller mindre omfang

6.9 Afslutning

Når et barn udsættes for overgreb og/eller omsorgssvigt gentagne gange, vokser dets mistillid til omverdenen. Barnet kan opleve sig selv som et dårligt menneske, der ikke fortjener at blive elsket og ikke fortjener kærlighed og omsorg. Barnet vil have en forventning om at blive afvist, og for at undgå afvisning kan det selv afvise eller bruge

alle sine kræfter på ikke at udløse den voksnes vrede. Barnet udvikler i denne vanskelige situation mere eller mindre uhensigtsmæssige mestringsstrategier for selv at overleve.

Store befolkningsundersøgelser og longitudinelle studier fra specielt USA, England og Sverige viser, at det mere er den samlede mængde end arten af overgreb og psykosociale belastninger, der er afgørende for følgerne for børnene både fysisk og psykisk og på kort og langt sigt (Turner et al., 2010; Finkelhor et al., 2009; Gilbert et al., 2009; Flaherty et al., 2006).

Finkelhor og medarbejdere har fulgt op på undersøgelser af børnepopulationer og bl.a. vist, at 75 % af børn udsat for seksuelt overgreb indenfor det sidste år havde været udsat for flere former for psykosocialt belastende oplevelser, herunder overgreb og omsorgssvigt (Turner et al., 2010, Finkelhor et al., 2009). Konklusionen på Finkelhors og medarbejders undersøgelser viser, at mængden af overgreb er vigtigere end den enkelte type overgreb for udvikling af psykiske følger for barnet.

En svensk undersøgelse (Gustafsson et al., 2009) er helt i overensstemmelse hermed. Et væsentligt fund er, at psykisk og fysisk vold mellem forældre, trusler og seksuelt overgreb har afgørende betydning for senere psykiatriske symptomer hos barnet (Dong et al., 2004). Felitti var den første, der påviste en stærk sammenhæng mellem mange typer omsorgssvigt i barndommen, Adverse Childhood Experiences (ACE) og risikoadfærd, psykiske og fysiske sygdomme i voksenlivet samt øget dødelighed (Gustafsson et al., 2009).

I store amerikanske epidemiologiske studier undersøges ACE score (antallet af negative oplevelser/traumer i barndommen, omsorgssvigt, misbrug, neglect, dysfunktionelle familieforhold) for sammenhæng med fysisk og psykisk helbred senere i livet. Ved at sammenholde resultatet, ACE scoringen med en lægelig undersøgelse af samme population har det været muligt at evaluere den sundhedsmæssige, psykiske, sociale og økonomiske situation som voksen. Herved er det bl.a. påvist, at en ACE score på 4 som et udtryk for 4 negative barndomsoplevelser, var associeret med en 7 gange øget risiko for alkoholisme, dobbelt risiko for cancer og en 4 gange øget risiko for kronisk lungelidelse i forhold til en person med en ACE score på 0. En ACE score over 6 var associeret med en 30 gange øget risiko for selvmordsforsøg i forhold til en person med en ACE score på 0.

Der er således påvist en stærk korrelation mellem negative oplevelser/traumer i barndommen og negativ påvirkning af den sundhedsmæssige, psykiske, sociale og økonomiske situation som voksen.

Det er inden for de senere år blevet påvist, at børn, der udsættes for fysisk eller psykisk mishandling, misbrug, neglect eller oplevelse af vold i hjemmet, kan udvikle en toksisk stressrespons. Ved stærke, vedvarende eller hyppigt fremkaldte tilfælde af toksisk stress kan ses langvarig/forlænget aktivering af stresshormonsystemet som videre vil kunne påvirke hjernens udvikling og medføre påvirkning af organsystemer med øget risiko for stressrelateret sygdom og påvirket kognitiv udvikling også senere i voksenlivet. Jo mere gennemgribende barnets oplevelser er, jo større er sandsynligheden for udvikling af helbredsproblemer og senere permanent skade. Nyere forskning indikerer dog, at tilknytning af støttende ansvarlige voksne kan forhindre den skadelige langvarige effekt af den toksiske stressrespons. Jo mere gennemgribende barnets oplevelser er, jo større er sandsynligheden for udvikling af helbredsproblemer og senere permanente skader (Johnson et al., 2013; Shonkoff & Garner, 2012).

I Danmark ser børnelæger mange børn, der mistrives som følge af overgreb og omsorgssvigt og andre psykosociale belastninger. Børnene bliver indlagt med psykosomatiske (funktionelle) tilstande som smerter i hoved, mave, skellet, svimmelhed, besvimelser, kvalme, spiseforstyrrelser, fejlnæring, skoleforsømmelser, psykisk fejludvikling, social isolation og forværring af somatisk sygdom pga. manglende medicingivning til behandling. Når belastningen ikke opdages eller afdækkes, risikerer man yderligere sygelighed samt unødvendige undersøgelser og behandlinger. Tallet for denne gruppe er ikke kendt for hele landet, men vi ved, at de bagvedliggende overgreb og omsorgssvigt sjældent identificeres.

Note 6.1

Mens læger, sygeplejersker og andet personale i sundhedssektoren gennem opslag i den elektroniske patientjournal i fornødent omfang kan indhente patientoplysninger i deres egen region, hvis det er nødvendigt i forbindelse med en aktuell behandling af patienten, giver systemet ikke den samme adgang til helbredsoplysninger om patienten, hvis disse er journalført uden for regionen. Sundhedslovens § 42a er altså reelt geografisk begrænset, og oplysninger om patienter andre steder fra vil alene kunne indhentes med hjemmel i sundhedslovens § 41, der tidligere regulerede indhentning og videregivelse såvel i som udenfor regionen. Selvom bestemmelserne dækker de samme oplysninger og begge omhandler en *aktuel behandlingssituation*, er der den væsensforskell, at mens sundhedspersonen efter § 42a selv kan tilgå oplysningen, forudsætter § 41, at oplysningen videregives fra den sundhedsperson/det behandlingssted, der er i besiddelse af oplysningen.

Det fremgår endvidere af § 41, stk. 4, at det er den sundhedsperson, der har oplysningen i sin besiddelse, der skal vurdere, om videregivelsen er berettiget, såfremt patienten har modsat sig videregivelsen. Det er efter § 41, stk. 3 sammenholdt med § 41, stk. 2, nr. 1, ikke et krav, at hverken den indhentende eller videregivende sundhedsperson indhenter et egentligt samtykke fra patienten, hvis videregivelsen er nødvendig som led i et aktuelt behandlingsforløb. Patienten har imidlertid ligesom efter § 42a, stk. 8, ret til at frabede sig videregivelsen og skal informeres om denne ret enten direkte af den pågældende sundhedsperson eller f.eks. ved patientinformationsmateriale i form af skriftlig vejledning. Modsætter patienten sig videregivelsen/indhentelsen, gælder det efter både § 42a, stk. 5 og § 41, stk. 2, nr. 4, at denne alligevel kan ske, hvis det er nødvendigt til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Referencer

- Abel, E.L. (1990). *Fetal alcohol syndrome*. Oradell, New Jersey: Medical Economics.
- Bass C. & Glaser D. (2014). Factitious disorders 1, Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet*, 383(19), 1412-21.
- Bryk, M. & Siegel, P. T. (1997). My Mother Caused My Illness. The Story of a Survivor of Munchausen by Proxy Syndrome. *Pediatrics*, 100(1), 1-7.
- Christensen, E. (1992). *Børn i familier med alkohol- og stofproblemer. Forebyggelse og hygiejne*. Nr. 18. København: Sundhedsstyrelsen.
- Christoffersen, M. N. (2010). *Børnemishandling i hjemmet*. Delrapport 1. SFI.- Det nationale forskningscenter for velfærd. København.
- Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J. & Gliess W.H. (2004). The inter-relatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771-84.
- Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner (2004). *Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001*.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K. & Turner, H.A. (2009). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Flaherty, E.G., Thompson, R., Litrownik, A.J., Theodore, A., English, D.J. (2006). Effect of early childhood adversity on child health. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 1232-38
- Fuemmeler, B.F., Dedert, E., McClernon, F.J. & Beckham, J.C. (2009). Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a U.S. population-based survey of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (4), 329-333.
- Gilbert, R.E., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.
- Gustafsson, P.E., Nilsson, D. & Svedin, C.G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 274-283.
- Helweg-Larsen, K., Schütt, N.M & Larsen, H.B. (2009). *Unges trivsel. År 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Johnson, S.B., Riley A.W., Granger, D. & Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric, practice and advocacy. *Pediatrics*, 131(2), 319-27,
- Jones, K.L.& Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 2, 999-1001.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemueller W. & Silver, H.K. (1962). The Battered-Child Syndrome. *The Journal of the American Medical Association*, 181,17-24.
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Sårbare børn. Børn, forældre og rusmiddelproblemer*. København: Akademisk Forlag.

- Lemoine, P., Harousseau, H., Borteryu, J.P. & Menuet, J.C. (1968). Les Enfants de parents alcooliques: Anomalies observées, a propos de 127 cas. The Children of alcoholic parents: Anomalies observed in 127 cases. *Ouest Medicale* 21, 476–482.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *The Lancet*, 13, 343-345.
- Narang, S. & Clarke, J. (2014). Abusive head trauma: past, present, and future. *Journal of Child Neurology*, 29(12), 1747-56.
- Naughton, A.M., Maquire, S., Mann, M., Lamb, R., Gracias S., Kemp, A.M. (2013). Emotional behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *Jama Pediatrics*, 167, 769-775
- Olofsson, M. (2005). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Roesler, T.A. & Jenny, C. (2009). *Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Shonkoff, J.P., Garner, A.S. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), 231-48.
- Sokol, R.J., Clarren, S.K. (1989). Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcohol clinical experimental Research*, 13, 597-598.
- Sørensen, K. (2011). *Grooming i digitale medier*. København: Red Barnet.
- Thormann, I. (2006). *Medfødte alkoholskader*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Thormann, I., Boesen, E. & Nielsen, K. (1990). *Børn i krise. En efterundersøgelse af børn fra Skodsborg observationshjem*. København: Eget forlag.
- Thormann, I. & Guldborg, C. (2003). *Med hjerte og forstand. De tidlige anbringelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Turner, H., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2010). Polyvictimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 323-30.

KAPITEL 7

Baggrunden for omsorgssvigt og overgreb hos mødre

Birgitte Brun & Åse Wintlev

7.1 Indledning

I det følgende beskrives en række forstyrrelser og disharmoniske tilstande hos mødre. Disse tilstande kan medføre alle grader af belastninger grænsende til livsfare for det lille barn. Det skal understreges, at der hos mødrene er tale om tilstande, som i flere tilfælde vil være af forbigående karakter, selv om de undertiden kan strække sig over en længere periode.

Tilstandene hos mødrene vil ikke i alle tilfælde medføre et egentligt omsorgssvigt af barnet. I mange situationer findes der stærke sociale netværk omkring barnet, eksempelvis i form af en velfungerende far eller bedsteforældre, der kan sørge for barnets sikkerhed og varetage barnets basale behov.

Af hensyn til arten og omfanget af eventuelle sociale indgreb over for omsorgssvigt og overgreb er det formålstjenligt at inddrage årsagerne til omsorgssvigt og overgreb i forskellige typer af forstyrrelser hos mødrene. Hertil kommer Baby Blues, der er en normal reaktion. Det skal understreges, at det i praksis kan være yderst vanskeligt at identificere den gruppe, hvor en mor, som misrøgter sit barn, skal rubriceres. I nogle tilfælde kan der være tale om overlapning mellem grupperne. Desuden kan der specielt være problemer med vanrøgt, hvor mødrene skal placeres i gruppen Münchhausen by Proxy. Denne forstyrrelse er yderst sjælden, men når den forekommer, kan den være fatal for børnene.

Den følgende opdeling er først og fremmest ment som en hjælp til den professionelle, der står med en konkret opgave, hvor baggrunden for et alvorligt omsorgssvigt og overgreb i forhold til et barn skal vurderes. Identifikationen af årsagen til disse forhold er særdeles vigtig, da den skal ligge til grund for de foranstaltninger, der kan være behov for at iværksætte fra samfundets side for at skabe et acceptabelt fysisk, psykisk og socialt miljø for barnet.

Ud over at vurdere og behandle moderens tilstand er det for alle psykiske lidelsers vedkommende også nødvendigt at være opmærksom på og eventuelt gribe ind i forhold til barnets trivsel og udvikling. I kraft af barnets evne til tilpasning er der risiko for, at man overser barnets behov og den belastning, det kan være udsat for. Her er det påkrævet at inddrage fagfolk med erfaring i spæd- og småbørnsudvikling.

Nogle af disse kvinders børn kan fungere tilfredsstillende i den tidlige barndom afhængigt af moderens følelsesmæssige stabilitet i denne periode. Erfarne klinikere ser imidlertid, at der hos børn af mødre med eksempelvis en borderline-problematik kan konstateres tegn på vanskeliggjort regulering af følelser og urotilstande allerede i de første leveuger (se Crandell, 2003). Til forståelse af borderline-problematik se endvidere Jørgensen (2006).

Det lille barn er fuldstændigt afhængigt af den voksne, og moderen kan opleve megen primær behovstilfredsstillelse gennem det lille barn. Problemerne hos mødrene opstår ikke sjældent, når barnet nærmer sig selvstændighedsfasen og stiller nye former for krav, og når det udtrykker trods. Nogle af de normalt til velbegavede kvinder med alvorlige personlighedsforstyrrelser er fuldt ud i stand til at imødekomme de praktiske krav, der stilles til dem som mødre til spædbørn, men de kan have svært ved at rumme barnet følelsesmæssigt.

7.2 Mødre med borderline-personlighedsforstyrrelse

Denne gruppe mødre har problemer i forhold til tæt emotionel kontakt til andre mennesker. De kan have vanskeligt ved at forstå nuancerne i deres medmenneskers personlighed og forholde sig afbalanceret til negative personlighedstræk hos mennesker, de er følelsesmæssigt knyttet til. Samtidig er de meget sårbare over for kritik fra andre, således at de kan opfatte kritik som udtryk for en total manglende accept af deres person. Derfor kan et lille barns afvisning af moderen opleves som en svær udfordring.

Mødre med personlighedsforstyrrelser kan have driftsmæssige problemer på det seksuelle område, hvilket kan betyde, at de involverer sig for tæt med barnet og derfor ikke tager tilstrækkeligt hensyn til dets grænser. Der kan være problemer med såvel fysiske som psykiske grænser. Det er indlysende, at det giver en mor en intens kropslig og sjælelig tilfredsstillelse at imødekomme sit lille barns behov. Problemet hos moderen med en borderline-personlighedsforstyrrelse kan vise sig ved, at hun har svært ved at lade barnets behov frem for egne behov være de styrende for sin adfærd. Hun kan desuden have svært ved at aflæse nuancerne i barnets signaler.

Moderen kan være kendetegnet ved alvorlige personlige identitetsproblemer, periodisk selvskadende adfærd og stemningssvingninger. Hun kan have svært ved at forholde sig til andre menneskers personlighed, idet hun ikke kan

rumme den kompleksitet, der normalt kendetegner et menneskes karakter. Hun kan heller ikke rumme modsætningsfyldte træk i sin egen personlighed. Problemerne i forhold til hendes barn opstår ofte, når barnet udfordrer hende på en måde, der stiller krav til hendes indlevelsesevne og adfærdsmæssige smidighed.

7.3 Baby Blues

Der er her tale om en normal reaktion i form af følelsesmæssig labilitet hos en nybagt mor, hvor hun har let til gråd. Det sker ofte omkring tredjedagen efter fødslen, hvor mælken begynder at løbe til. Nogle mødre oplever gråden som en form for lettelsens gråd efter en veloverstået fødsel. Andre mødre kan beskrive, at de føler sig overvældede af situationen, men ikke sørgmodige. Denne reaktion varer sjældent mere end nogle dage. Den må anses for at være fuldstændig naturlig og normal. Den må ikke forveksles med fødselsdepression. Baby Blues forekommer hos mellem 50 % og 80 % af mødre op til fem dage efter fødslen (First & Tasman, 2004).

7.4 Lette fødselsdepressioner eller normale tilpasningsreaktioner

Når den følelsesmæssige labilitet varer ved, kan der være tale om en lettere depression. Det er naturligt at sætte forstemningen i relation til ændringer i hormonbalancen. Desuden kan de følelsesmæssige reaktioner, der navnlig opstår hos førstegangsfødende, virke uoverskuelige for moderen.

Omkring graviditet og fødsel sker der hos kvinderne markante ændringer fysiologisk, hormonelt og psykologisk. Nogle kvinder oplever stemningsmæssige svingninger, også af negativ eller depressiv karakter, der kan beskrives som fødselsdepression. Det er måske mere brugbart og knap så stigmatiserende at se den proces, der sker i kvinden, og som hun selv og omgivelserne mærker som en tilpasningsproces til moderrollen. Af mange grunde kan denne tilpasning til den nye rolle, hvad enten det er første eller senere barn, være vanskelig, fordi den kalder på nye sider i kvindens personlighed. Kvinden kan opleve angst og utilstrækkelighedsfølelse over for det ansvar, som omsorgen for et lille barn fører med sig. Det er naturligvis også af stor betydning, om kvinden har en mand/kæreste/forældre/nære venner, der er glad for hende og barnet og støtter hende i dagligdagen, eller om hun lever i en situation, hvor hun oplever, at hun står meget alene. Op til 20 % af kvinderne reagerer med let depression (First & Tasman; 2004). Tallet forekommer meget højt og må siges at være behæftet med stor usikkerhed.

I en dansk bog om fødselsdepression (Ammitzbøll et al., 2012) skriver forfatterne da også, at det kun er mellem 10 og 12 % af reaktionerne, der kan betegnes som depressioner. De gør endvidere opmærksom på, at diagnosen fødselsdepression slet ikke findes i det internationale sygdomsklassifikationssystem ICD-10.

7.5 Alvorlige fødselsdepressioner

Ved en alvorlig fødselsdepression er der behov for behandling og støtte til moderen, men ikke nødvendigvis hospitalisindlæggelse, hvis de hjemlige rammer indebærer stabil omsorg for mor og barn. Imidlertid kan der være gradvise overgange fra de lette depressioner til de mere alvorlige. I sjældne, men meget svære tilfælde kan depressionerne få karakter af egentlige fødselspsykoser. En fødselsdepression kan opstå allerede under graviditeten eller i umiddelbar tilslutning til fødslen. Den kan i de alvorlige tilfælde kræve medicinsk behandling.

Når så relativt mange mødre oplever en episode med alvorlig depression inden for de første tre måneder, indebærer det, at depression er den mest hyppige komplikation ved fødsler. Biologiske, psykologiske og sociale studier har ikke peget på en bestemt effektiv behandlingsform.

En nyere omfattende, sammenlignende undersøgelse af fødselsdepression (Yim, 2015) har vist, at biologiske og psykosociale studier foreligger relativt adskilt fra hinanden. Der findes ikke mange undersøgelser, der forener disse to væsentlige faktorer, når fødselsdepression beskrives.

Blandt de stærkeste biologiske risikofaktorer findes genetisk sårbarhed. Blandt psykosociale faktorer, der vejer tungt, er alvorlige belastende livsbegivenheder, visse former for kronisk belastningstilstand, kvaliteten af de følelsesmæssige bånd til nære pårørende og støtte fra partner og mor.

Nyere psykologiske undersøgelser viser, at mænd kan have depressioner i tilslutning til, at de bliver fædre (Madsen, 2012). Selv om der kan ske ændringer i mænds hormonbalance, eksempelvis et fald i testosteronniveauet kort efter fødslen i de situationer, hvor faderen har været tæt følelsesmæssigt involveret i moderens graviditet og fødsel, så er det næppe hormonelle forhold, der kan forklare depressionen. Mændene kan i disse situationer beskrives, at de føler sig overflødige, og de oplever naturligvis, at barnet tager en masse følelsesmæssig energi fra moderen, der samtidig i en periode har mindre overskud og lyst til seksuelt samvær (Ammitzbøll et al., 2016). En systematisk undersøgelse af intervention i forhold til kvinder med efterfødselsstress konkluderer, at psykosocial intervention, hvor man forsøger at lære kvinder at tackle stress-reaktioner er effektive, når det drejer sig om at reducere efterfødselsstress hos kvinder. Forfatterne anbefaler, at denne form for intervention bliver en væsentlig del af støtten til mødre, der nylig har født (Song et al., 2015).

7.6 Fødselspsykoser

En fødselspsykose er en sjælden og meget alvorlig sindslidelse, der adskiller sig fra fødselsdepression, idet kvinden med fødselspsykose har mistet realitetsforankringen og kan handle helt uforudsigeligt. Ved denne tilstand er såvel moderens som barnets liv i fare. Angivelsen af fødselspsykosers hyppighed varierer meget. Litteraturen angiver variationen fra få promille til to procent af fødslerne. Risikoen er størst ved førstegangsfødsler. Kvinder, der har haft en fødselspsykose, har en øget sandsynlighed for at få en depression senere i livet, uafhængigt af eventuelle fødsler. Hvis moderen er hallucineret, er det sandsynligt, at der er tale om en fødselspsykose, der i sjældne tilfælde kan glide over i skizofreni.

Tilstanden er kendetegnet ved hæmning, tristhed, insufficiensfølelse, angst og diffus vrede. Moderen er ikke i stand til at tage vare på barnet. I denne situation anses såvel moderens som barnets liv for at være i fare. Lidelsen opfattes som en overvejende biologisk betinget sygdom. Psykologiske faktorer, herunder den støtte moderen modtager, er naturligvis af væsentlig betydning for forløbet af psykosen. I dag er man opmærksom på, at omstændighederne omkring moderens egen fødsel og tidlige barndom kan være vigtige faktorer at interessere sig for. Moderens egen start på livet har undertiden været vanskelig, idet hendes mor kan have haft svært ved at tage imod hende. Her er der tale om et livsvilkår, man ikke kan ændre på, men det kan være en hjælp for kvinden at se sin egen lidelse i lyset af disse særlige omstændigheder.

I litteraturen skelnes der ikke altid mellem svære fødselsdepressioner og fødselspsykoser.

Eksempel 7.1

I tv-serien *Sommer* fra 2008 erfarer vi, at Sofia sandsynligvis havde en depression måske endda en psykose, da hun fødte sin søn Adam, og måske har det haft betydning for hendes forhold til sønnen gennem hans opvækst. Øjensynligt fik hun ikke nogen hjælp, endsize behandling, da hun havde født Adam. Samtidig erfarer vi, at Sofia selv blev forladt af sin polskfødte mor, der rejste fra sit barn. Man ser således, at en vanskelig start på livet undertiden forplanter sig fra generation til generation.

Det kan være nødvendigt med intensiv hjælp til såvel mor som barn i mange måneder, hvis der er tale om en egentlig fødselspsykose, og det er vigtigt, at moderen ikke er alene med barnet, idet risikoen for, at hun kan ombringe barnet og suicidere, kan være betydelig (vedr. behandling af fødselspsykose se Videbech, 2012).

En tysk undersøgelse af 86 kvinder med fødselspsykose viste, at flertallet af kvinderne blev syge efter første fødsel (75 %). I 63 % af tilfældene drejede det sig om normale fødsler. Fødselspsykosen indtrådte inden for de to første uger efter fødslen i 78 % af tilfældene.

Der forekom depressioner senere i livet hos 64 % af kvinderne. Hyppigheden af fødselsdepression ved senere fødsler var 25 % (Rhode & Marneros, 1993). Således var risikoen for en senere depression langt større end risikoen for en fødselspsykose ved eventuel senere fødsel. En del forskere er af den opfattelse, at fødselspsykoser er tæt relateret til de bipolare affektive sindslidelser, som man tidligere kaldte for maniodepressive sindslidelser. I meget sjældne tilfælde udvikler en fødselspsykose sig til en skizofreni. Fødselspsykoser behandles i dag såvel medikamentelt som psykoterapeutisk.

7.7 Münchhausen by Proxy

Münchhausen by Proxy indebærer, at en forælder påfører sit barn sygdomme/handicap eller fantaserer om sygdomme hos sit barn. Moderen finder på sygdomme, som hun mener har ramt hendes barn. Hun digter en historie om sygdommens symptomer og i mange tilfælde også om dens udviklingshistorie. Hun sætter sig grundigt ind i sygdomme og kan beskrive symptomerne meget detaljeret og overbevisende. Barnet kan blive udsat for smertefulde undersøgelser og behandlinger. Moderens adfærd strækker sig fra overdreven optagethed og bekymring for barnets sundhed til at fantasere om og "opfinde" en alvorlig sygdom, påvirke laboratorieundersøgelsesresultater og aktivt påføre barnet sygdom.

Münchhausen by Proxy ser ud til at forekomme universelt. I langt de fleste sygehistorier er moderen identificeret som krænkeren.

Eksempel 7.2

Fra Tyrkiet foreligger en kasuistik med en ung mor fra Kaukasus bosat i Tyrkiet og gift ind i en muslimsk familie. Moderen blev født i 1972 og gift 15 år gammel. Hun boede med sin mand, børn og svigermor. Svigermor led af diabetes mellitus og havde gennem 20 år været i insulinbehandling. Mellem 1993 og 1996 fik kvinden tre børn. Hendes to første børn døde ved fødslen og en måned gammel mellem 1998 og 2000. Hendes tredjefødte barn døde i 2001. Hun fødte sit syvende barn i 2003, og dette barn døde i 2007. Moderen blev selv behandlet for svimmelhed og besvimelsestilfælde. Det viste sig, at hun sprøjtede både sig selv og børnene med insulin, der tilhørte svigermor. To af børnene døde på hospital på grund af hypoglykæmi-relaterede symptomer. Et af børnene overlevede som mentalt retarderet (Marks, 2009).

På Nordisk Socialpædiatrisk årsmøde i Helsingfors i september 2008 fremkom Carole Jenny (Roesler & Jenny, 2009) med et ændringsforslag til syndromet Münchhausen by Proxy, idet hun talte om medical child abuse, der på dansk er blevet oversat ved medicinsk eller lægelig børnemisbrug. Begrebet illustrerer, at den lægelige undersøgelse og behandling bliver et instrument i overgrebet mod børnene. Med denne betegnelse understreges det, at sundhedspersonale og andre deltager aktivt i unødige udredninger, undersøgelser og behandling og dermed er med til at belaste barnet.

Münchhausen by Proxy (Fischer & Mitchell, 1992; Feldman & Ford, 1994) anses for at være en alvorlig og formentlig relativt sjælden form for psykopatologi. Det må samtidig understreges, at Münchhausen by Proxy ikke er en afgrænset og ensartet form for psykopatologi hos krænkerne.

Børn, der er ofre for Münchhausen by Proxy-adfærd, anslås at have en prævalens fra 0,4 til 2 pr. 100.000, når man ser på børn under 16 år. Man skønner, at der forekommer mindst 600 nye tilfælde om året i USA. Hovedparten af ofrene er under 5 år. Man har fundet en nogenlunde ligelig forekomst af drenge og piger i en undersøgelse, der omfattede 117 børn.

Dødelighed i forhold til Münchhausen by Proxy-adfærd rapporteres at strække sig fra 6-10 %, men kan være så høj som 33 %, hvor der er tale om kvælning eller forgiftning (Bass & Jones, 2011). Dødsfald hos søskende rapporteres i 25 % af tilfældene. Langvarige psykologiske forstyrrelser er almindelige og recidiv forekommer meget hyppigt.

Op til 55 % af børnene har samtidig en egentlig fysisk sygdom. Der bliver således tale om et kompliceret samspil af faktorer (Shaw et al., 2008). Det er vigtigt at være opmærksom på, at en præcist diagnosticeret somatisk sygdom hos et barn ikke udelukker, at dette barn samtidig kan være udsat for sygeliggørelse. Når diagnosen stilles, vil man finde en øget forekomst af sygdom eller død i disse familier.

Rosenberg (1987) fandt, at over 90 % af forældrene eller omsorgspersonerne med Münchhausen by Proxy var kvinder, mødre, sygeplejersker eller plejeforældre. Andre har fundet, at over 75 % af overtrædelserne begås af mødre, men fædre, bedsteforældre og børnepassere har også været involveret i denne adfærdsforstyrrelse. Skønsmæssigt ét ud af ti tilfælde forekommer hos fædre. Man ser dog ikke sjældent en alliance mellem moderen, der er den aktive krænker, og faderen eller samleveren, der tilsyneladende opfatter moderens optagethed af sygdomme hos barnet som udtryk for omsorg og går sammen med hende i kampen mod "systemet", dvs. sundhedsmyndigheder og sociale myndigheder.

Det skal understreges, at det kan være uhyre vanskeligt at afdække lidelsen. Det er børnelæger eller andre læger, der stiller diagnosen. Diagnosen stilles først og fremmest på baggrund af sygdomsbilledet hos barnet, dernæst gennem undersøgelser af samspillet mellem mor og barn (Brun, 1998). Blandt de hyppigst forekommende symptomer hos barnet findes vejrtrækningsproblemer, fordøjelsesproblemer, herunder blødninger fra tarmen og kronisk diarré, blodmangel, feber, hudlidelser, allergiske reaktioner, opsvulmede øjenlåg, symptomer fra blæren, neurologiske symptomer i form af bevidsthedsforstyrrelser, indlæringsproblemer og bevægelsesforstyrrelser (se også kap. 6).

Normale forældre bliver lettede, når lægen afkræfter en eventuel diagnose, og forældrene har forstået, at selv om barnet kan være sløjt, er der ikke grund til alvorlig bekymring. Til forskel herfra bliver moderen med Münchhausen by Proxy ofte aggressiv, beskylder lægen for sjusk og opsøger flere eksperter. Man kan ikke udelukke, at antallet af tilfælde med Münchhausen by Proxy er stigende. Psykosociale forstyrrelser påvirkes af forandringer i samfundet og i familiestrukturen, og der sker store ændringer på begge områder. Desuden bliver der sat større og større fokus på krop og udseende, og vi er i stigende grad optaget af sundhed og sygdom.

7.7.1 Moderens baggrund

Mødrene karakteriseres ikke entydigt i litteraturen. Undertiden opfattes de som karakterafvigere. I andre sammenhænge beskrives de med personlighedsforstyrrelser som histrionisk eller borderline. Yderst sjældent karakteriseres mødrene som psykotiske. Der findes ingen samlet karakteristik af krænkerne, og ingen enkelt faktor, der i sig selv kan forklare lidelsen. Kvinderne har ofte haft belastende opvækstforhold. Den gennemgående opfattelse er, at der kan være tale om et komplekst biologisk og socialt samspil, der kulminerer med udtalte fabulerede sygdomsbeskrivelser eller direkte påføring af sygdom.

Nogle forskere som eksempelvis Schreier (1992) er af den opfattelse, at forælderen har haft et behov for skjult at manipulere med eller bedrage myndigheds personer, inklusive barnets læger. Man ser, at moderen vedvarende opfinder "beviser", hvorved barnet eller børnene kommer til at gennemgå unødige lægeundersøgelser, operationer og andre former for behandling, hvilket ikke i sig selv giver anledning til bekymring eller ængstelse hos moderen. Man oplever i denne sammenhæng ingen empati med barnet.

Det anføres, at moderen har oplevet kærligheds- og opmærksomhedssvigt i sin egen barndom. Man kan forestille

sig, at hun således kæmper for at få noget af den opmærksomhed, hun ikke selv fik som barn. Moderen har således ofte selv lidt overlast i sin barndom. Hun kan være tilbøjelig til at somatisere, dvs. reagere på psykisk pres med kropslige symptomer.

Advarselstegn, der kan pege på lidelsen, er:

- Uforklarlig sygdom gennem længere tid, som får selv erfarne læger til at betegne tilfældet som unikt.
- Usammenhængende symptombeskrivelse fra moderens side.
- Symptomer, der altid opstår, når moderen er alene med barnet.
- Tidligere behandlinger har vist sig nyttesløse.
- "Allergi" over for mange medikamenter og fødemidler.
- Tidligere uforklarlige børnedødsfald i familien.
- Andre familiemedlemmer med alvorlige, men uafklarede symptomer.
- Uoverensstemmelse mellem symptomernes alvor og moderens følelsesmæssige reaktion.

Den typiske krænker ved Münchhausen by Proxy syndromet er næsten altid barnets mor eller anden kvindelig omsorgsperson:

- Hun søger ustandseligt lægehjælp.
- Er utilbøjelig til at lade barnet komme ud af behandling og insisterer i stedet på flere undersøgelser og professionel opmærksomhed på barnet.
- Er ivrig efter at imponere professionelle med sin lægelige viden og sin omsorg for barnet.
- Kræver opmærksomhed og anerkendelse fra lægepersonale. Stiller krav om at specialister skal undersøge barnet.
- Bliver hurtigt involveret i begivenheder, der forgår i hospitalsafdelinger. Dette omfatter personalets privatliv og andre patienters familier.
- Præsenterer fund, der ofte er vage, men historien er specifik.
- Præsenterer en atypisk sygdom.

Yderligere advarselstegn af betydning for vurdering af Münchhausen by Proxy beskrives hos Sanders og Bursch (2002).

- *Sygehistorie*. Et eller flere symptomer, der ikke responderer på behandling.
- *Laboratoriefund*, der ikke er i overensstemmelse med sygehistorien.
- *Symptomer*, der ophører, når mor og barn skilles ad.
- *Sygdomsinteresse hos moderen*. Moderen er overraskende vidende om sygdomme, interesseret i lægelige detaljer og nyder hospitalsomgivelserne, kan lide at fortælle om symptomer til personalet og har ikke sjældent selv arbejdet inden for sundhedssektoren.
- *Forhold til barnet*. Meget opmærksom forælder, der nødtigt forlader sit barn. Overbeskyttende adfærd. Tilsyneladende tilfredshed, når barnet er hospitalsindlagt. Symptomerne forekommer ikke, når forælderen er fraværende.
- *Mors relation til behandler-team på hospital*. Stor ro selv ved orientering om alvorlige sygdomme og komplikationer. Mor kræver yderligere undersøgelser. Moderen involverer flere behandlingsmiljøer – "doctor shopping".
- *Sygehistorie hos familien*. Moderen fortæller om symptomer hos barnet, hun også selv har haft. Moderen beskriver en række dramatiske og urealistiske begivenheder. Anamnesen hos moderen omfatter depression, selvmordsforsøg eller andre traumer. Der forekommer andre tilfælde af sygeliggørelse af et barn i familien.

Der foregår blandt fagfolk en stadig intensiv diskussion om, hvorvidt tilfældene skal klassificeres som udtryk for kriminelle handlinger hos antisocialt personlighedforstyrrede kvinder eller for alvorlig psykopatologi.

Diagnosen Münchhausen by Proxy har været kendt i mere end 30 år, og hvert år publiceres en række kasuistikker. Trods solide videnskabelige publikationer udarbejdet af Roy Meadow og hans kolleger, har Roy Meadow været udsat for meget alvorlige kritiske reaktioner fra stærke kvinder, advokater og dommere, der har ment, at han har været medvirkende til, at uskyldige mødre er blevet fængslet på baggrund af diagnosticeringen af børnemishandling som følge af Münchhausen by Proxy hos moderen. Nogle kvinder har fået ophævet deres fængselsdom, idet man har fundet bevismaterialet for børnemishandling utilstrækkeligt. Konsekvensen heraf er naturligvis, at det er blevet endnu vanskeligere end tidligere at få afdækket problematikken. I USA findes en forening ved navn M.A.M.A. (Mothers Against Munchausen Syndrome by Proxy Allegations), der i mange situationer har vanskeliggjort de professionelle arbejder i disse sager.

Inden for psykiatrien og den kliniske voksenpsykologi har man herhjemme tilsyneladende været uvidende om problemet næsten frem til 1990. Det er også bemærkelsesværdigt, at der er forsket så lidt i emnet i psykoanalytiske kredse.

Udenlandske, videnskabelige artikler om Münchhausen by Proxy bygger på tværfaglig forskningserfaring på området. En søgning fra systemet Medline giver til stadighed ny information om lidelsen, fortrinsvist i form af sygehistorier.

En særlig kompliceret variant af Münchhausen by Proxy ytrer sig ved, at faderen udøver volden mod børnene i et sygeligt samspil med moderen, hvor moderen er vidende om, hvad der sker, og lever i et seksuelt farvet spændingsfelt mellem mand og børn.

7.8 Personlighedsforstyrrelser, der manifesterer sig som sataniske ritualer

Det område, vi nu bevæger os ind på, er kompliceret og kun sparsomt udforsket. Det handler om kvinder/mødre, der alene eller i grupper med andre kvinder eller mænd udfører okkulte ritualer. Under seancerne kan et barn lide forskellige former for overlast. Forestillinger om reinkarnation kan indgå som baggrund for alvorligt legemsbeskadigende handlinger. Der kan i sjældne tilfælde være tale om, at barnet får anbragt nåle under huden med det formål at uddrive onde ånder.

Børnepsykologen Valeri Sinason fra Tavistock Clinic i London har været hovedforfatter til bogen *Satanic Rituals* (1994), der omhandler forskellige former for beskadigelse af børn fra moderens side. Ud over forestillinger om reinkarnation, spådomskunst, astrologi, healing m.m. indgår ritualer med djævluddrivelse. Ikke sjældent er flere kvinder involveret. Nogle kvinder er meget aktive, mens andre forholder sig iagttagende til de forstyrrede forestillinger og handlinger.

I de helt alvorlige tilfælde kan der være tale om fantasier om børneofringer som en form for religiøs handling. Overgangen til det, vi finder i åbenlys psykotisk tænkning, er her ganske glidende. I forbindelse med kvinder, der har udført sataniske ritualer, har man undertiden konstateret, at kvinden tilsyneladende er uden erindring om et ad anden vej dokumenteret hændelsesforløb, og man forestiller sig, at der er tale om en form for personlighedsspaltning med vekslende identitet til følge. Der er imidlertid ikke helt enighed på dette felt, og erfaringerne herhjemme er sparsomme.

7.9 Den skizofrene mor

Skizofreni er en meget alvorlig sindslidelse, der hos nogle skizofrene mødre er kendetegnet ved, at de i kortere eller længere perioder kan være hallucinerede. Sygdommen kan medføre alvorlige brist i den almindelige dømmekraft og vise sig i form af symptomer på forfølgelsesideer og andre former for vrangforestillinger.

Den skizofrene mor kan have meget svært ved at skelne mellem egne behov og sit barns behov; "Hvis mor ikke er sulten, er barnet ikke sultent". Barnet får ikke mad til trods for åbenlyse signaler om sult. "Hvis mor ikke fryser, fryser barnet ikke" (Fra en samtale med Inger Thormann). Moderen har svært ved at nuancere og tilpasse sin kropskontakt til barnets behov. Selvmordsrisikoen er stærkt forøget hos den skizofrene mor, og hun kan i perioder være ude af stand til at tage vare på barnets basale behov.

Skizofreni indebærer alvorlige forstyrrelser i den emotionelle kontakt til andre mennesker, således naturligvis også i forholdet til et barn eller børn. Ud over direkte omsorgssvigt kan der være tale om, at moderen inddrager barnet i sin psykotiske forestillingsverden og dermed skader barnet. I forholdet til de større børn kan det ske, at hun inducerer psykotiske forestillinger i barnet og belaster det med angst og skyldfølelse. En alvorligt syg mor fortalte sine børn, hvorledes Kristi blod drev ned ad væggene.

Der er skizofrene kvinder, som enten har ombragt eller forsøgt at ombringe deres barn. Det har ikke kun drejet sig om små børn. Hos nogle af disse svært syge kvinder synes forestillinger om liv og død at løbe sammen. Det er, som

om disse kvinder heller ikke klart adskiller forestillinger om drab i forhold til barnet fra selvmordstilskyndelser. Som en kvinde, der havde forsøgt at dræbe sit barn, sagde: "Vi ønskede ikke at begå selvmord."

Moderens kærligheds- og omsorgsbehov er blevet forstyrrede. Denne forstyrrelse kan samtidig være forbundet med en alvorlig svækkelse af moderens selvopholdelsesdrift og føre til suicidal adfærd hos hende. Det skal med i overvejelserne, at nogle skizofrene mødre i perioder fungerer godt, og det kan være en stor sorg for dem, at barnet eller børnene er uden for deres varetægt. Dette forhold er et ikke uvæsentligt problem for de implicerede behandlere og de ansvarlige myndigheder. Samarbejdet mellem de forskellige instanser er af afgørende betydning for sagsforløb, der først og fremmest tilgodeser barnets behov, men også tager hensyn til moderens situation.

7.10 Moderen med svære kognitive deficit

Der er i praksis tale om to former for deficit. Den ene form ses hos de psykisk udviklingshæmmede mødre, der også betegnes som mentalt retarderede. Den anden form ses hos mødre, der i deres barndom eller i den tidlige voksenalder har pådraget sig en hjerneskade (eksempelvis som følge af en alvorlig trafikulykke). Her er betegnelsen senhjerneskade. Mødre fra begge grupper kan, hvis de er i nogenlunde psykisk balance, fungere godt i mange sammenhænge, især hvis de krav, de møder, er tilpassede deres evner.

Dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at de kan blive "gode nok" mødre, da pasning af og ansvar for et barn er en kompliceret opgave, der fordrer langt mere, end at moderen lærer en række praktiske forældrefunktioner. Hun skal også blive i stand til at nuancere disse funktioner i takt med barnets udvikling. Mange udviklingshæmmede mødre kan være varme og omsorgsfulde i deres kontakt med barnet, mens de klæder barnet af eller på, eller mens de mader barnet, men de har ikke evnen til at tilpasse deres omsorg til barnets udvikling.

Udviklingshæmmede mødre kan være konkrete og rigide i deres måde at tænke på. De har således svært ved fleksibilitet og nogenlunde hurtigt at indstille opmærksomheden på forskellige forhold (have flere bolde i luften), og de har svært ved at tænke i sammenhænge. Udviklingshæmmede mødre har også svært ved at hjælpe barnet med at udforske verden, lære at strukturere indtryk og sætte grænser for egen udfoldelse.

Der er først og fremmest risiko for vanrøgt fra disse mødres side, men også fysisk skade kan forekomme på grund af deres svigtende evne til at beskytte børnene mod farlige situationer. Enkelte fysiske overgreb er konstateret. Disse former for omsorgssvigt påføres børnene af udviklingshæmmede mødre.

Mødre, der pådrager sig en hjerneskade på grund af sygdom eller ulykke, skal naturligvis undersøges med henblik på en vurdering af deres forældreevne, hvis der er tvivl hos omgivelserne om, at de kan magte opgaven. Det kan være en vanskelig proces, der kræver stor indlevelsesevne og omtanke såvel hos de pårørende som hos de professionelle.

Referencer

- Amnitzbøll, J., Gullestrup, L., Lindved, K., Madsen, S.A., Videbech, P. & Vinter, M. (2012). *Fødselsdepression. Der er hjælp at få*. København: Frydenlund.
- Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: *British Journal of Psychiatry*, 199, 113-118.
- Brun, B. (1998). Münchhausen by Proxy og andre psykisk syge mødre. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 76, 1267-77.
- Crandell, L.E., Patrick, P.H.P. & Hobson, R.P. (2003). Still-face interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-months-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-47.
- Feldman, M.D. & Ford, C.V. (1994). *Patient or pretender. Inside the strange world of factitious disorders*. New York: John Wiley and Sons.
- First, M. & Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR mental disorders. Diagnosis, etiology and treatment*. West Sussex: Wiley and Sons.
- Fisher, G.C. & Mitchell, I. (1992). Munchausen syndrome by proxy (factitious illness by proxy). *Current Opinion of Psychiatry*, 5, 224-7.
- Jørgensen, C.R. (2006). *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser*. København: Akademisk Forlag.
- Madsen, S. A. (2012). Mænds fødselsdepressioner - hvorfor og hvordan opdages og behandles de? I: Amnitzbøll, J., Gullestrup, L., Lindved, K., Madsen, S.A., Videbech, P. & Vinter, M. (2012). *Fødselsdepression. Der er hjælp at få* (pp. 99-112). København: Frydenlund

- Marks, V. (2009). Murder by insulin suspected, purported and proven. A review. *Drug Test Analysis, 1*, 162-176.
- Rhode, A. & Marneros, A. (1993). Postpartum-psychoses: onset and long- term course. *Psychopathology, 26*(3-4), 203-209.
- Roesler, T.A. & Jenny, C. (2009). *Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Rosenberg, D.A. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect, 11*, 547-63.
- Sanders, M.J. & Bursch, B. (2002). Forensic Assessment of Illness Falsification, Munchausen by Proxy, and Factitious Disorder, NOS. *Child Maltreatment, 7*, 112-124.
- Schreier, H. A. (1992). The perversion of mothering: Munchausen Syndrome by Proxy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56*, 421-437.
- Shaw, R.J., Dayal, S., Hartman, J.K. & DeMaso, D.R. (2008). Factitious Disorder by Proxy: Pediatric Condition Falsification. *Harvard Review of Psychiatry, 16*, 215-24.
- Sinason, V. (1994). *Treating survivors of satanist abuse*. London: Routledge.
- Song, J.E., Kim, T. & Ahn J.A. (2015). A systematic review of psychosocial interventions for women with postpartum stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44*(2), 183-192.
- Videbech, P 15. Medicinsk behandling af fødselsdepression og psykose. I: Amnitzbøll, J., Gullestrup, L., Lindved, K., Madsen, S.A., Videbech, P. & Vinter, M. (2012). *Fødselsdepression. Der er hjælp at få* (pp. 197-208). København: Frydenlund.
- Yim, I.S., Tanner Stapleton, I.R., Guardino, C.M., Hahan-Holbrook, J., Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 99-137.

K A P I T E L 8

**Intervention i sager, hvor barnet viser tegn på omsorgssvigt og overgreb.
Hvordan skal man forholde sig til moderen?***Birgitte Brun, Vibeke Hardam Nohns & Åse Wintlev*

Hvordan man forholder sig til en mor, der har skadet sit barn, afhænger af to forhold. Det ene forhold drejer sig om den opgave, man som professionel har fået tildelt i forhold til barnet og problemets art. Det andet forhold drejer sig om moderens personlighed og kvaliteten af den kontakt, man har med moderen.

Man skal først og fremmest have fokus på barnets adfærd og symptomer på, at barnet mistrives eller lider direkte overlast. En pædagog vil naturligt gøre sig nogle overvejelser i forbindelse med den adfærd, hun iagttager hos forældrene, men en undersøgelse der indebærer en analyse af baggrunden for problemerne, kræver samtaler med moderen/forældrene.

I en situation, hvor et børnehavebarn ændrer adfærd og viser symptomer på mistriksel, vil personalets opmærksomhed skærpes. Måske virker barnet mere irriteret og uligevægtigt eller mere stille og tilbagetrukket. Barnet kan fremtræde forsømt, præget af mangelfuld hygiejne og uvasket tøj. Kontakten til barnet kan have forandret sig. Måske har personalet iagttaget, at moderen henter og bringer barnet sjældnere, men i stedet sender den 10-årige storesøster. Der kan være talrige årsager til det ændrede adfærdsmønster og den ændrede trivsel. En meget almindelig årsag er skilsmisse og ny pardannelse hos barnets forældre.

Når personale i institutionen, det være sig dagpleje, vuggestue, børnehave, skole eller SFO, har bemærket problemer, vil man i almindelighed vælge at tage en samtale med forældrene.

Personalet står i disse situationer ofte med svære udfordringer. Personalet skal samtidig med, at de deler deres bekymring med moderen ved samtalen være opmærksomme på at åbne op for starten på et vigtigt samarbejde med moderen og eventuelt bane vejen for at inddrage andre kommunale fagpersoner som sundhedsplejerske, socialrådgiver eller kommunale instanser som PPR.

Når moderen er gjort bekendt med personalets bekymring, kan hun reagere med lettelse over, at hun ikke længere er alene med problemet, men nu møder forståelse og mulighed for at få tilbudt en nødvendig hjælp. Hun kan også reagere med modstand over, at hun er gjort bekendt med en bekymring, som hun ikke deler eller ikke forstår. Moderens karakter og kontaktevne kan vanskeliggøre, at personalet kan gennemføre almindelig god praksis i forældre-samarbejdet og en nødvendig indsats kan blive forsinket. For at imødegå en betydningsfuld forsinkelse i den nødvendige indsats er det tværfaglige samarbejde vigtigt, og personalet kan på denne måde modtage psykologfaglig sparring.

Når det drejer sig om en Münchhausen by Proxy-problematik, fremtræder barnet ofte velpasset med rent tøj og almindelig god personlig hygiejne. Der er ikke tale om, at moderen ikke overkommer at passe barnet. Det, man iagttager, er et betydeligt "sygefravær" hos barnet og måske hyppige tilfælde af "ulykker", hvor barnet er kommet til skade. I institutionen viser barnet tegn på påvirket trivsel og udvikling.

Når sundhedsplejersken oplever, at forholdene i hjemmet ikke er acceptable for et barn, har hun handlemuligheder på basalt tre niveauer. Hun kan vælge at fortsætte sin besøgsrytme som hidtil, om end med skærpet opmærksomhed. Sundhedsplejersken kan desuden intensivere sine besøg, altså komme hyppigere i hjemmet og måske forlænge opholdene samtidig med, at hun gennem samtaler med moderen prøver at finde ud af, om moderen oplever et behov for hjælp, og om der kan skabes en alliance med hende, der fører til en gunstig udvikling. Hvis dette ikke resulterer i forbedrede forhold for barnet, er sundhedsplejersken forpligtet til at foretage underretning til socialforvaltningen. De her opstillede muligheder er desværre i en del situationer af mere teoretisk end praktisk karakter, fordi sundhedsplejersken er stærkt presset på tid og ikke har fuld frihed til at bruge den tid på det enkelte barn, der forekommer vigtig. Hun er dog forpligtet på at foretage underretning, hvis barnet forekommer alvorligt udsat.

Ved besøg i hjemmet vil sundhedsplejersken naturligvis rette sin væsentligste opmærksomhed mod barnet. Hun vil have fokus på mor-barn-interaktionen, og hun vil vurdere trivslen hos barnet og i den forbindelse også moderens kontakt til barnet. En normal mor vil være optaget af sundhedsplejerskens iagttagelser af barnet, og hun vil være modtagelig for gode råd og anvisninger. Hun vil blive naturligt glad og stolt, når sundhedsplejersken giver udtryk for, at barnet er i god trivsel. En forstyrret mor har et adfærdsmønster, der er afvigende herfra. Hun kan forekomme ligeglad, grænsende til det apatiske i forhold til, hvad sundhedsplejersken fortæller. Hun kan være monomant optaget af at tale om sig selv eller emner, der slet ikke vedrører det, der normalt er på dagsordenen for en mor og hendes

sundhedsplejerske.

Den forstyrrede mor kan endvidere komme med ulogiske forklaringer på spørgsmål eller problemformuleringer, eller hun kan komme med usandsynlige forklaringer. Hun kan give kryptiske svar eller svar, der er helt ved siden af det, der spørges om. Hun kan foretage afledningsmanøvrer og prøve at få samtalen ind på et andet spor.

I sager med en Münchhausen by Proxy-problematik vil moderen ofte udfordre bredt blandt de kommunale medarbejdere. Ud over sundhedsplejersken og pædagogen vil flere personer over tid blive involveret. Det kan dreje sig om socialrådgiver, psykolog og talepædagog. Det kan være moderen, som henvender sig direkte til flere og flere eksperter. Hun har måske henvendt sig til socialrådgiver for med baggrund i barnets tilbagevendende sygdomsperioder at bede om økonomisk støtte grundet tabt arbejdsfortjeneste. Hun kan have henvendt sig til PPR-psykolog med bekymring om, at barnet fejler noget psykiatrisk og bedt om psykologundersøgelse med henblik på at få barnet henvist til børnepsykiatrisk udredning.

De kommunale medarbejdere er vant til at være opmærksomme på tidlig opsporing og forebyggelse, men når de fra moderen hører om, at fravær, dårlig trivsel og påvirket udvikling er begrundet med sygdom, undersøgelser og indlæggelser, vil personalets naturlige første reaktioner være forstående medfølelse.

Der kommer i sager med en Münchhausen by Proxy-problematik ikke ét afgørende vendepunkt. Først efter et længere forløb og begyndende registrering af moderens ulogiske og usandsynlige forklaringer kommer en professionel undren, som kan føre til den nødvendige koordinering i det professionelle netværk.

Denne koordinering kan vanskeliggøres af moderens evne til at spille de professionelle ud mod hinanden og efterlade selv erfarne professionelle i en usikkerhed på egen faglighed. Moderen kan have søgt viden og tilegnet sig fagudtryk, som gør hende i stand til at udfordre den professionelle på sjældne sygdomme og tilstande, som hun kan være i stand til i et vist omfang at matche med barnets symptomer, og som hun ønsker vished for, at den professionelle ikke overser, og som hun mener, det er nødvendigt at undersøge for.

Moderen kan med vedholdende ihærdighed henvende sig igen og igen til de forskellige fagpersoner, som kan blive ”slidt op” af sagen, og den skifter til anden medarbejder. Moderen kan også have gennemtruffet skift til anden fagperson, fordi hun har klaget over et samarbejde, som ikke har tilgodeset hendes ønsker om undersøgelse eller støtte til barnet.

Erfaring i det kommunale system viser også, at det er muligt ud fra anvisningerne i denne bogs øvrige kapitler at kvalificere indsatsen i disse svære sager, så barnet hjælpes tidligere i forløbet, og der gives mulighed for at forebygge de sværeste senfølger hos barnet. Tværfagligt samarbejde og koordinering kommunalt, også med den praktiserende læge og sygehusafdelinger er afgørende vigtigt. Til støtte for det professionelle netværksarbejde med at etablere samme plan for den nødvendige indsats kan gruppesupervision til netværket være en nødvendig hjælp.

KAPITEL 9

Koordinering af det professionelle arbejde ved mistanke om overgreb mod børn, herunder Münchhausen by Proxy

Birgitte Brun, Hanne Nødgaard Christensen & Åse Wintlev 9.1, 9.2, 9.3, 9.6, 9.7, 9.8, 9.9

Bente Adolphsen 9.4

Lise Frost, Jim Hansen, Pia Koudahl 9.5

9.1 Indledning

I komplicerede sager er det vigtigt at være opmærksom på, at samarbejdet mellem de forskellige fagfolk og professionelle er af afgørende betydning for et godt resultat, hvad enten der er tale om at sikre fysisk omsorg og behandling, hensigtsmæssige pædagogiske foranstaltninger, politimæssig efterforskning eller eventuel retssag.

Daginstitutionspersonale, sundhedsplejersker, hospitalspersonale, politibetjente og andre offentligt ansatte har skærpet underretningspligt. Dette indebærer, at socialforvaltningen skal underrettes, hvis der, som det hedder i serviceloven, er ”grund til at antage” at et barn er udsat for omsorgssvigt eller overgreb.

Alle professionelt involverede fagfolk skal kende deres muligheder og begrænsninger. Peer-supervision og ERFA-grupper, dvs. erfaringsudveksling mellem kolleger, er af afgørende betydning. Grupperne kan bruges til at styrke de professionelles vurdering og styrke dem i deres indsats, således at børn og familier får den fornødne og relevante hjælp.

Herudover bør den enkelte professionelle være tilknyttet et tværfagligt team, hvor der hele tiden arbejdes på den tværfaglige koordinering. Man skal her arbejde på rolleidentitet og rolledifferentiering. Rolleidentitet drejer sig om, at man kender sine opgaver og udfører dem i forhold til den opgave, man har fået pålagt, og i forhold til sit fag. Rolledifferentiering indebærer, at alle har respekt for de forskellige fagligheder med disses muligheder og begrænsninger.

I den forbindelse er det væsentligt, at der sikres en faglig sammenhæng mellem den kommunale sagsbehandler, der forestår myndighedsarbejde i henhold til servicelovens bestemmelser og de henvisende instanser, der forestår den behandlingsmæssige indsats og den eventuelle efterforskningsmæssige indsats. Når man tager hul på disse vanskelige sager, er samarbejdet og koordineringen mellem den kommunale sagsbehandler, der modtager en underretning, og de læger og andet sundhedspersonale, der oftest ser symptomudviklingen, af vital betydning. Derudover skal dette koordineres med en eventuel strafferetlig efterforskning.

Münchhausen by Proxy er en form for overgreb mod børn og er således omfattet af lovgivningen om børnehuse. Dette indebærer, at socialforvaltningen kan bringe en sag om formodet Münchhausen by Proxy til sagssamråd i det interkommunale børnehus. Med lovgivningen om børnehuse fra 2013 gives mulighed for, at man kan afholde sagssamråd i børnehuse med eller uden forældresamtykke. Det bør tilstræbes at få forældresamtykke, men i nogle tilfælde vil sagens natur gøre det nødvendigt at benytte muligheden for sagssamråd uden samtykke.

9.2 Hvordan skal man som professionel forholde sig til moderen/forældrene?

Pålidelighed og troværdighed er vigtige begreber. De indebærer, at lægen, socialrådgiveren, psykologen, efterforskeren og andre professionelle forsøger at skabe en relation, hvor man taler direkte om problemernes art og karakter, sådan som man ser dem, og hvor man samtidig forsøger at udvise den nødvendige respekt for og hensynstagen til moderen. Mange mødre, der har problemer med at udøve den fornødne omsorg for et barn, har haft en belastet opvækst, og de kan leve under et stort pres.

Man skal være rustet til at modtage en række kaotiske følelser i form af vrede, angst og fortvivlelse uden at blive væltet omkuld. Den professionelle kontakt er kendetegnet ved en balance mellem ro, imødekommenhed og fasthed.

9.3 Samarbejde og koordinering

Betydningen af teamfunktion kan ikke overvurderes. Det er vigtigt, at alle fagpersoner, også de der befinder sig i periferien af systemet, er informeret om problemerne og drages med ind i relevante sammenhænge.

Det er ligeledes vigtigt, at de kommunale myndigheder gør sig klart, at sager, hvor der er mistanke om overgrebs handlinger, kræver en ekspertviden til afklarings- og opklaringsprocessen som få kommunale myndigheder er i besiddelse af. Det drejer sig eksempelvis om grundige psykologiske undersøgelser af børn eller af voksne som en væsentlig hjælp til forståelse af personlighedsdynamikken.

Når de kommunale myndigheder indhenter denne ekspertviden eksternt, er det vigtigt, at man sikrer de udefrakommende eksperter mod forældrenes og andres ”angreb”. Denne sikring kan ske ved, at de kommunale myndigheder kontraktansætter eksperter i henhold til de almindelige ansættelsesbestemmelser. Hermed udfører eksperterne på linje med kommunens øvrige medarbejdere det arbejde, de er pålagt, og kan henvise til dette, hvis der skulle opstå tvistigheder med forældre eller andre.

I nogle sager kan der være mistanke om, at moderen har mishandlet barnet, uden at der er sikre beviser på det. Her er det vigtigt, at afklarings-, opklarings- og behandlingsarbejdet adskilles fuldstændigt fra hinanden. Ideelt set bør behandlingen først begynde, når opklaringen er afsluttet. Barnets sikkerhed skal dog varetages så tidligt som muligt.

Et team, der arbejder med disse svære sager, kan have gavn af en rådgiver, der fungerer som konsulent for teamet og ikke er involveret direkte i kontakten med patient eller klient, heller ikke i kontakten med barnet/børnene. Der bør så vidt muligt være tale om de samme rådgivere og ikke skiftende rådgivere. Professionalisme, kontinuitet og grundigt kendskab til forløbet er vigtigt i sagshåndteringen.

På myndighedsområdet, i strafferetssystemet og i samarbejdet med behandlingssystemet er det vigtigt med en kvalificeret ledelsesmæssig opbakning, hvor den leder, der skal træffe de afgørende beslutninger om eventuelle foranstaltninger eller strafferetlige tiltag, ikke er infiltreret i den malstrøm af modsatrettede følelser, der ofte præger disse sager.

Man kan som undersøger, efterforsker og behandler komme ud i nogle af de samme vanskeligheder, som vi har set ved incestsager, hvor sagsbeskrivelserne bliver dramatiseret bl.a. i pressen, og det saglige fokus nedtones. En beskyttelse mod, at sagerne bliver genstand for sensationslyst er, at hver behandler kender sin opgave og sin begrænsning, og at der hele tiden eksisterer et team omkring sagerne. Der skal således også være enighed om, hvordan man forholder sig til pressen.

9.4 Socialretlige forhold. Den sociale lovgivnings formål, indhold og værdier

Mens det er de generelle tilbud, der skal støtte og hjælpe børn og familier med almene og specifikke pædagogiske, lærings- og sundhedsmæssige behov, er det i serviceloven, at reglerne om støtte til børn med behov for særlig social støtte, findes. Serviceloven bygger på tankerne fra grundloven om, at ”enhver skal sørge for sig og sine”, og at det offentlige kun må - og skal - blande sig i borgernes liv, hvis der er hjemmel til det, altså hvis Folketinget har bestemt det. Lovens hovedbudskab er således først at forebygge, at sociale problemer opstår og understøtte forældrene i selv at klare de problemer, der måtte opstå. I loven findes derfor en lang række muligheder for at hjælpe og støtte det socialt udsatte barn og dets familie, så familien kan få relevant hjælp til dens sociale problemer.

For børn, der udsættes for overgreb i familien, er det imidlertid ikke altid nok, at der findes denne type gode hjælpemuligheder i loven. Disse børn vil have brug for et retligt værn mod de forældre, der udsætter dem for skadelige opvækstvilkår, og der findes således en del regler, som tillader, at der kan træffes afgørelse om foranstaltninger uden samtykke fra forældremyndigheden.

Hvis man skal sikre hjælp til de børn, der udsættes for omsorgssvigt og overgreb fra forældrenes side, og hvor børnenes interesser ikke stemmer overens med forældrenes interesser, er det uhyre vigtigt, at kommunen under hele sagen har blik for denne tosidede opgave: På den ene side og som det overordnede formål at hjælpe og understøtte familien, herunder forældrene og på den anden side gribe ind over for de skadelige opvækstvilkår, som forældrene udsætter barnet for.

Hvis dette skal ske med tilstrækkelig sikkerhed og så tidligt og hurtigt som muligt, skal kommunen under hele sagsgangen være særligt bevidst om forpligtelsen til at beskytte barnet og skal derfor i alle faser af sagen opstille relevante hypoteser og forfølge disse bl.a. gennem relevant sagsoplysning, inddragelse af sagkundskab og samarbejde med andre myndigheder.

Der er forskellige veje at gå, når socialt udsatte børn skal opspores. Kommunen kan styrke sin overordnede tilsynspligt med alle børn i kommunen gennem opkvalificering af frontmedarbejderne, så betydningen af deres opgaver i forhold til opsporing af de socialt udsatte børn tydeliggøres og kvalificeres på forskellig vis. Dette kan bl.a. ske med afsæt i Den Sammenhængende Børnepolitik, som alle kommuner skal vedtage og offentliggøre.

Herudover er det vigtigt, at alle medarbejdere kender til de forskellige muligheder, der findes for udveksling af oplysninger, og her er særligt underretningspligten central, hvis et udsat barn skal have hjælp efter den sociale lovgivning i rette tid. Hvis barnets vanskeligheder på den ene side ikke giver grund til at antage, at der er behov for særlig støtte efter servicelovens regler, men på den anden side ligger uden for, hvad det generelle tilbud selv kan dække, er det tilladt at udveksle oplysninger i et såkaldt § 49a møde i det tidligt forebyggende arbejde, hvis det er nødvendigt

for det forebyggende arbejde med barnet. Der må kun udveksles oplysninger i et møde, som den, der har den ”uløselige” opgave over for barnet, kan indkalde til.

Reglen er ikke en såkaldt ”pligtregel”, hvilket betyder, at det altid er den enkelte medarbejder, institution eller kommune, der afgør, om der skal indkaldes til eller deltages i et § 49a møde. Det betyder, at kommunens socialforvaltning er relativt frit stillet i forhold til denne form for samarbejde, blot den holder sig inden for lovens krav om, at det skal være nødvendigt af hensyn til det forebyggende arbejde med barnet.

Bestemmelsen giver kun lov til, at der holdes ét møde; i undtagelsestilfælde kan der holdes et opfølgingsmøde, hvis der er enkelte løse ender, som ikke kunne nås på mødet. Herefter er det derfor igen de generelle regler om tavshedspligt og værdispring, der gælder for udveksling af oplysninger i denne tidlige fase af identifikationen af barnets vanskeligheder, og det er her helt afgørende, at kommunen er meget klar i sin dokumentation og argumentation for lovligheden af et eventuelt tværfagligt samarbejde.

9.4.1 Servicelovens børneregler

Servicelovens hovedtanke om forebyggelse understøttes af lovens opbygning, således at rådgivning skal stilles til rådighed for alle familier, og en række forebyggende tiltag kan og skal tilbydes og ydes til de børn og familier, hvor kommunen vurderer, at denne type lettere tiltag er nok til at dække barnets behov.

Serviceloven indeholder herudover også regler om støtte til forældre til børn med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. Disse regler bygger på samme tanke om, at det er bedst for barnet, hvis kommunen gennem økonomisk og anden støtte kan hjælpe forældrene til selv at klare vanskelighederne.

I begge typer af sager er det uhyre vigtigt, at kommunen ikke overser det barn, der har behov for at blive beskyttet mod overgreb i familien, idet det bl.a. som beskrevet andetsteds i denne bog ikke er et ukendt fænomen, at forældre, der selv udsætter barnet for overgreb, kan præsentere sig som omsorgsfulde forældre, der vil det bedste for deres børn, og som derfor også selv henvender sig til kommunen for at søge om hjælp.

9.4.2 Oplysning af sagen i kommunen

Som allerede fremført er det af afgørende betydning for barnet, at kommunen ved enhver modtagelse af oplysninger og henvendelser foretager en relevant analyse af, hvad der kunne ligge til grund for barnets vanskeligheder, således at de nødvendige hypoteser kan opstilles og forfølges.

I de tilfælde, hvor oplysningerne indledningsvis peger på, at barnet kan være udsat for overgreb fra forældrene, er det helt afgørende for barnet, at kommunen både sikrer en konkret beskyttelse af barnet og en generel retssikkerhed for såvel barn som familie. Heri ligger, at det kan være nødvendigt at oplyse sagen et stykke af vejen uden inddragelse af forældrene. Dette kan ske gennem indhentning af oplysninger om barnet og forældrene og/eller gennem inddragelse af institutioner, tidligere kommune, sygehus eller andre, der måtte have eksplicit viden om barnet eller familien.

Retssikkerhedsloven indeholder en særlig og meget vidtgående generel regel om, at kommunen har *ret* til at indhente oplysninger til brug for børnesagen, således at den pligt, som kommunen har til at sikre barnet den rette hjælp, understøttes af retten til at oplyse sagen – om nødvendigt uden samtykke. Herudover indeholder serviceloven en specifik regel om, at kommunen kan udveksle oplysninger med politi/anklagemyndighed i sager, hvor der er grund til at antage, at barnet har været ude for overgreb. Denne regel sikrer, at kommunen kan *drøfte* relevante problemstillinger vedr. det mulige overgreb og barnets, forældrenes og den formodede gerningsmands forhold – i modsætning til reglen i retssikkerhedsloven, der giver kommunen *ret til at indhente oplysninger* fra alle relevante myndigheder og instanser.

9.4.3 Undersøgelse efter serviceloven

Når det antages, at barnet kan have behov for støtte efter serviceloven, *skal* kommunen iværksætte en undersøgelse af barnets forhold. I praksis har der vist sig en tendens til at forstå begrebet ”barnets forhold” relativt snævert, men det er af allerstørste betydning, at kommunen i alle sager har øje for, at undersøgelse og beskrivelse af barnets familieforhold ikke kan begrænses til, at man ser på familiens nuværende situation. Det er helt afgørende, at mødrenes og forældrenes historik er afdækket tilstrækkeligt til, at kommunen kan danne sig et overblik over barnets situation, vilkår og samlede behov. Undersøgelsen skal anlægge en helhedsbetragtning, hvor der både ses på problemer og ressourcer, hvor der tales med barnet, hvis dets modenhed og sagens beskaffenhed tillader det, og hvor de fagfolk der allerede har viden om barnet inddrages. Opgaven for kommunen er at undersøge sagen tilstrækkeligt til, at der kan træffes en korrekt afgørelse i forhold til barnets behov for særlig støtte. Kommunen har derfor som allerede beskrevet hjemmel til både med og uden samtykke at indhente alle relevante oplysninger om barnet og barnets forhold. Denne ret til at indhente alle relevante oplysninger begrænser sig imidlertid til de oplysninger, der allerede findes om såvel barn som forældre. Hvis barnet eller forældrene således ønskes undersøgt personligt f.eks. gennem

en psykologisk undersøgelse, forudsætter det som udgangspunkt samtykke/accept fra forældremyndigheden/forældrene. Loven åbner dog mulighed for, at barnet kan undersøges personligt uden samtykke fra forældremyndigheden, hvis det er nødvendigt for at afgøre, om der er ”åbenbar risiko for barnets sundhed og udvikling”. En sådan afgørelse træffes af børn og unge-udvalget.

Hvis der er mistanke eller viden om, at barnet har været udsat for overgreb, skal kommunen benytte børnehuset under undersøgelsen, således at den viden, der er samlet i børnehuset, kan bringes i anvendelse for kommunens undersøgelse. Ved undersøgelsen i børnehuset kan alle de oplysninger, der er relevante for at forstå og få klarhed over barnets situation og behov, udveksles af de fagpersoner og myndigheder, der er tilknyttet børnehuset.

Det er kommunens pligt at afslutte undersøgelsen med en ”begrundet stillingtagen”. Også her er det helt afgørende, at de analyser, vurderinger og begrundelser, der er foretaget under undersøgelsen, fremgår eksplicit og velunderbyggede, og at undersøgelsen har den tilstrækkelige bredde og dybde til, at der kan drages de for barnet relevante konklusioner, idet det er disse konklusioner, der er afgørende, når der skal peges på de nødvendige foranstaltningstyper.

9.4.4 Afvejning af de forskellige hensyn i forhold til serviceloven

Som sagt indeholder serviceloven en række muligheder for at hjælpe det socialt udsatte barn. De betingelser, der er opstillet i de forskellige bestemmelser, afspejler de tidligere nævnte værdier: Beskyttelse af barnet og retssikkerhed for familien. Reglerne opstiller derfor kriterier, der forsøger at afbalancere disse hensyn.

Der skal således mindre til at iværksætte foranstaltninger, som forældrene er enige i, end der skal i de situationer, hvor forældrene ikke samtykker til foranstaltningen. Det kan for alle, der arbejder med barnet eller familien, være frustrerende og uforståeligt, at barnet ikke altid kan få hjælp, hvis der er behov for det, men det er den pris, der må betales for den demokratiske forståelse, der ligger bag Grundlovens og konventionsrettighedernes sikring af, at familien kan ”være i fred for kommunen”, hvis der passes tilstrækkeligt på barnet.

Hvis et socialt udsat barn skal hjælpes, er det derfor utroligt vigtigt, at fagpersoner skærper deres iagttagelser af barnet og med tydelighed både over for forældrene og kommunen argumenterer for og dokumenterer de faglige antagelser og hypoteser, som arbejdet med barnet giver anledning til at foretage.

9.5 Strafferetlige forhold

Politiets opgaver er overordnet at forhindre forbrydelser og ved rimelig formodning om strafbart forhold at foretage efterforskning. Efterforskningen skal tilvejebringe oplysninger til brug for sagen, og den skal klarlægge, om der er begået en kriminel handling.

Det er centralt for politiets efterforskning, at politiet bliver inddraget så tidligt som muligt i forløbet af hensyn til samarbejdet med de involverede samarbejdspartner, af hensyn til sikring af beviserne og afhøringer af de involverede parter. Politiet bør ligeledes foretage de relevante afhøringer og undersøgelser af gerningsstedet så tidligt som muligt i forløbet.

Når politiet modtager en anmeldelse, der rejser mistanke om overgreb mod børn, iværksættes en efterforskning af sagen. De typiske anmeldelser om overgreb mod børn handler om mistanke om vold, grov vold, herunder mishandling, vold med døden til følge, drab samt seksuelle overgreb. Anmeldelser om seksuelle krænkelser kan også handle om it-baserede overgreb på barnet.

Politiets efterforskning vil oftest bestå af afhøringer, eventuelt videoafhøringer, gerningsstedsundersøgelser, sporsikring og indhentning af lægefaglige oplysninger, herunder resultater af retsmedicinske undersøgelser. I sager om overgreb mod børn er der sjældent vidner, og det er derfor essentielt, at politiets afhøringer kan underbygges af tekniske beviser og lægefaglige oplysninger, der kan være med til at dokumentere, at barnet har været udsat for et overgreb.

Når politiets efterforskning er tilendebragt, overdrages sagen til anklagemyndigheden, der foretager en juridisk vurdering. Anklagemyndigheden vurderer, om det er muligt at føre bevis for, at der er begået noget strafbart, hvem der er gerningsmanden, om den formodede gerningsmand havde forsæt til forbrydelsen, og om pågældende var tilregnelig på gerningstidspunktet.

Forsæt inddeles i tre kategorier:

1. Direkte forsæt
2. Sandsynlighedsforsæt
3. Dolus eventualis

Forsæt er det juridiske begreb for, at det var gerningsmandens vilje eller hensigt at begå forbrydelsen (direkte forsæt), eller at han anså det som overvejende sandsynligt, at en følge ville indtræffe, hvis han gennemførte sin handling (sandsynlighedsforsæt). Ved *dolus eventualis* er der tale om, at gerningsmanden har indset og samtidig accepteret en følge af sin handling som mulig, hvis den skulle indtræffe. Definitionens fulde ordlyd fremgår af ordforklaringslisten.

Forbrydelser foretaget af børn under 15 år og af personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige, f.eks. sindssyge eller mentalt retarderede, straffes ikke, jf. straffelovens § 15 og § 16.

Hvis det findes af betydning for straffesagens afgørelse, skal sigtede ifølge retsplejelovens § 809 mentalundersøges. Mentalundersøgelse vil eksempelvis være indiceret, når der er grundlag for at formode, at sigtedes mentale tilstand afviger fra det normale. Derudover bør mentalundersøgelse ske, når overgrebet vedrører drab, drabsforsøg, grovere meningsløs eller særegen form for vold og grovere eller gentagne seksualforbrydelser over for børn.

Hvis den formodede gerningsmand ikke indvilliger i at blive undersøgt, kan retten afsige kendelsen om, at den sigtede skal undersøges under tvang. Mentalundersøgelsen foretages som udgangspunkt ambulant, men kan også ske under indlæggelse, f.eks. hvis pågældende ikke frivilligt medvirker til undersøgelsen, eller hvis den undersøgende læge anbefaler det.

Mentalundersøgelsen afsluttes med en retspsykiatrisk erklæring. I konklusionen tages der stilling til, om den sigtede var utilregnelig og dermed omfattet af straffelovens § 16 eller § 69. Hvis dette er tilfældet, kan der i stedet for straf peges på en egnet foranstaltning. En egnet foranstaltning kan f.eks. være psykiatrisk behandling, afvænningsbehandling eller anbringelse på institution for personer med vidtgående psykiske handicap.

Mentalundersøgelser foretages af retspsykiatere på de retspsykiatriske afdelinger/klinikker. De nærmere retningslinjer om mentalundersøgelser er beskrevet i Rigsadvokat Meddelelse nr. 5/2007.

Vurderes det, at der er tilstrækkelige beviser, rejser anklagemyndigheden tiltale og sender sagen til domstolene. Munder vurderingen ud i, at der ikke kan føres bevis, der kan føre til domfældelse, vil sagen blive afsluttet.

I sager om overgreb mod små børn er det ofte vanskeligt at bevise, hvem der har begået krænkelserne, da barnet ikke selv kan afgive forklaring. Ved sager om overgreb mod større børn vil det centrale bevis være barnets forklaring, der sammenholdt med de retsmedicinske undersøgelser og andre tekniske beviser, kan føre til en dom.

I sager, hvor krænkelserne er begået over en længere periode, kan der i visse tilfælde ske domfældelse for medvirken ved passivitet, således at eksempelvis samleveren også bliver dømt for ikke at have grebet ind over for de krænkelser, som den udøvende gerningsmand har udsat barnet for. Et eksempel herpå er beskrevet i Ugeskrift for Retsvæsen, dom U98.545H, hvor en mor blev fundet skyldig i medvirken til den vold, som hendes samlever havde begået mod hendes barn, idet hun havde ladet volden finde sted, selv om hun var vidende om den og til dels havde overværet den.

9.5.1 Videoafhøring

I sager om overgreb mod børn under 13 år foretager politiet en videoafhøring af barnet. Er der særlige omstændigheder, der vedrører barnets udvikling og psykiske tilstand, kan der også foretages videoafhøring af ældre børn. Der kan ligeledes foretages videoafhøring af børn i alderen 13 år til og med 14 år, såfremt sagen vedrører en overtrædelse af straffelovens bestemmelser om incest eller andre seksualforbrydelser, eller hvis sagen drejer sig om drab eller vold, og barnet eller en af barnets nærmeste er forurettet, og den der er mistænkt, er en af barnets nærmeste. Den nedre aldersgrænse for afhøring af de små børn er flydende og afhængig af deres udvikling. Som hovedregel afhøres børn først efter det fyldte 3 år. Videoafhøringen af barnet søges gennemført hurtigst muligt for at sikre barnets hukkommelse og for at undgå, at andre påvirker barnet.

Den 1. oktober 2013 blev der under Socialministeriet etableret fem børnehuse. Det er her videoafhøringen finder sted. Afhøringen foretages som nævnt af politifolk, der er specialuddannet til at afhøre børn. I et tilstødende lokale overværes videoafhøringen af politiets sagsbehandler, en anklager, en forsvarer for mistænkte og barnets bistandsadvokat. Disse personer vil undervejs få adgang til – via videoafhøreren – at stille spørgsmål til barnet. Videoafhøringen overværes endvidere af en repræsentant fra kommunen, der er til stede for at varetage barnets interesser samt i visse tilfælde tillige en repræsentant fra det pågældende børnehus.

Når straffesagen behandles i retten, vil anklageren afspille videoafhøringen af barnet, og afhøringen benyttes som bevis i sagen, jf. retsplejelovens § 872. Videoafhøringen af barnet træder således i stedet for, at barnet afgiver vidneforklaring i retten. De nærmere retningslinjer om videoafhøring af børn er reguleret i Rigsadvokat Meddelelse 2/2007.

Efterforskning af sager om overgreb mod børn skal hos politiet foretages af efterforskere og anklagere, der har særlig erfaring og ekspertise inden for området. Retter mistanken sig mod medicinsk børnemishandling/ Münchhausen by Proxy bør der hos politiet være særligt fokus på, at sagen efterforskes af politifolk, der har erfaring med særlig komplekse sager og tværsektorielt samarbejde.

9.5.2 Retsmedicinsk undersøgelse

Den retsmedicinske undersøgelse er som udgangspunkt en lægeundersøgelse, hvor det også er muligt at indhente oplysninger om barnets sygehistorie og kendte lidelser, der kan have betydning for tolkning af resultaterne ved undersøgelsen. Lægeundersøgelsen udføres på begæring fra politiet. Undersøgelsen foretages i samarbejde med en børnesygeplejerske eller børnelæge, således at der i samme undersøgelse gennemføres retsmedicinsk undersøgelse og samtidig tages hånd om eventuelle behandlingskrævende tilstande (Thomsen, 2004; Roesler & Jenny, 2009).

Forud for undersøgelsen vil der foreligge oplysninger fra politiet om overgrebets art. Barnet udspørges ikke om overgrebet under undersøgelsen. Al afhøring foretages af politiet, der som nævnt ofte bruger videoafhøring, foretaget af specialuddannede politifolk.

Der udføres en grundig objektiv undersøgelse af barnet. Der undersøges for læsioner og tegn på vold, påført skade og fysiske overgreb. Der kan i den forbindelse udarbejdes billeddokumentation og/eller skitsetegninger. Læsioner beskrives nøje, og hvis det er muligt, kan der opsamles biologiske spor som f.eks. sæd og spyt til senere dna-analyse på Retsgenetisk Afdeling i København. Der kan desuden indsamles prøver af blod, urin og hår til en retskemisk undersøgelse, så det påvises, om der er indtaget eller indgivet medicin eller stoffer.

Undersøgelsen afsluttes med en retsmedicinsk erklæring, der beskriver alle læsioner. Undersøgelsen resumerer, vurderer og konkluderer på fundene. Det sker med særlig vægt på, hvordan eventuelle skader kan være opstået, hvornår overgrebet skønnes at være sket samt farlighed. Erklæringen bruges af politiet i den videre efterforskning og anvendes som bevis under en eventuel retssag.

9.5.3 Case: Gentagne øreproblemer hos 5-årig pige

Sagen, der er beskrevet af Gindesgaard og Møller (2011), drejer sig om en femårig pige, der gennem tre år havde haft utallige kontakter til sygehusets øre-næse-hals afdeling pga. huller i hendes trommehinde. Dette havde ført til mange indlæggelser og 11 operationer i fuld bedøvelse. I perioden var hun blevet set af forskellige læger. Sygdomsforløbet kunne ikke forklares ud fra en lægefaglig vurdering. Efter tre år med uforklarlige symptomer opstod mistanken om, at pigens øreproblemer skyldtes, at der aktivt blev gjort skade på pigens ører.

I sygehusjournalerne blev moderen beskrevet som meget engageret i pigens sygdomsforløb. Moderen var stærkt fokuseret på sygdom og sygeliggjorde datteren på forskellige måder. Om forældrene oplystes det, at de var skilt. Der var delt forældremyndighed over pigen.

Plejepersonalet havde under én af indlæggelserne hørt pigen skrike højlydt nede fra sin stue. De fandt hende forpint, og hun tog sig til det tidligere raske øre. Moderen var på stuen. Pigen fortalte, at moderen havde rensset hendes øre, men det blev dog afvist af moderen. Ved undersøgelse af øret fandt man frisk trommehindelæsion og rifter i øregangen. Sagen blev overdraget til de sociale myndigheder og politianmeldt. Under efterforskningen besluttede man, at moderen alene fik mulighed for overvåget samvær med datteren.

Efter udskrivelsen fra sygehuset forsvandt behovet for smertestillende medicin, og begge ører helede op. Der kunne imidlertid ikke fremføres dokumentation eller bevis for, at beskadigelserne af øret var påført af moderen. I sagen var bevisførelsen vanskelig i forhold til, hvem der påførte skaderne, og derfor kunne der ikke rejses sigtelse og føres en straffesag til evt. domfældelse. Det er vigtigt at pointere, at trods et sådant udfald af politiets efterforskning har andre myndigheder mulighed for at følge barnet og familien tæt af hensyn til barnets tarv.

9.5.4 Case: Koldingsagen

Moderen blev tiltalt for i to tilfælde at have overtrådt straffelovens § 246, forhold af legemsangreb under særdeles skærpente omstændigheder. I perioden 1986-1987 havde hun flere gange fremkaldt kvælningsanfald på sin 1-årige søn (B), hvilket gav enten vejrtrækningsstop, bevidstløshed eller langsom puls. Det sidste tilfælde fandt sted på bopælen og medførte, at sønnen døde.

Moderen blev også tiltalt for to forhold af overtrædelse af straffelovens § 246, forhold af legemsangreb under særdeles skærpente omstændigheder. Under flere måneders indlæggelse i 1988 på Kolding Sygehus og Århus Kommunehospital havde kvinden flere gange fremkaldt kvælningsanfald på sin 1-årige søn (D) ved at presse en plasticpose ned over ansigtet på ham.

Et flertal i Retslægerådet fandt, at moderen mest sandsynligt led af Münchhausen by Proxy og var omfattet af straffelovens § 69 og egnet til straf. Moderen blev fundet skyldig i alle forholdene og blev idømt seks års fængsel.

9.6 Civilretlige forhold

Statsforvaltningen træffer afgørelser om forældremyndighed, bopæl og samvær og kan derfor være en vigtig offentlig instans i det intersektorielle samarbejde. Der findes for nuværende ingen lovgivning eller noget formaliseret samarbejdsforum mellem statsforvaltningen og børnehussamarbejdet, hvilket betyder, at det i praksis kan være svært at få gensidig indsigt i og forståelse for de vurderinger, der træffes i de respektive instanser. I det omfang det er muligt, bør man dog forsøge at inddrage statsforvaltningen i det intersektorielle samarbejde, hvis det har betydning for det samlede forløb for barn og familie.

9.7 Børnehuse og sagssamråd

Når mistanken om medicinsk børnemishandling/Münchhausen by Proxy kommer til socialforvaltningens kendskab, kan det være svært at danne sig overblik over alle facetter i sagen. Selve tilstanden indebærer en del fabulering, unøjagtigheder og overdrivelser, der vanskeliggør de normale arbejdsgange og procedurer. Derfor kan et intersektorielt samråd og drøftelse være hensigtsmæssigt. Socialforvaltningen kan få dette etableret via et sagssamråd i et interkommunalt børnehuse. Børnehuse blev etableret som national arbejds metode efter en ændring i serviceloven i 2013. Forud for dette var der gennemført et regionalt udviklingsprojekt i Region Midtjylland med Center for Børn udsat for Overgreb (CBO-børnecenter), hvor bl.a. metoden med intersektorielt sagssamråd blev udviklet. Børnehuse drives og ledes kommunalt. Faste samarbejdspartnere er sundhedsvæsnet, politi og retsmedicinere.

Sagssamråd i et børnehuse er et intersektorielt møde for professionelle, der har faglige opgaver i forhold til den konkrete overgrebs sag. Formålet med et sagssamråd er at belyse de forskellige sektorerers kendskab til sagen og herudfra gennemføre en koordineret indsats, der tager hensyn til både de socialretlige forhold, de strafferetlige forhold samt psykologisk og medicinsk behandling af barn og familie. De forskellige sektorerers opgaver vejes op i forhold til sikring af barn, udvikling for barn og familie samt eventuelle strafferetlige forhold. Der er internt i de enkelte børnehuse og i samarbejde med Servicestyrelsen udarbejdet flow-charts, vejledninger, arbejds metoder og skabeloner for samarbejde og sagssamråd i børnehuse. Personalet i børnehuse står for indkaldelse og udarbejdelse af et referat af sagssamråd. Disse referater bliver en del af barnets sag i alle de involverede sektorer, og forældrene har aktindsigt heri.

De fem børnehuse i Danmark er organiseret efter nogenlunde ensartede principper og personalet er, foruden ledelse og stabsmedarbejdere, overvejende socialrådgivere og psykologer. Driftskommunerne er Ålborg, Århus, Odense, Næstved og Københavns kommune med satellitter i Herning, Esbjerg og Hillerød. De faste samarbejdspartnere og deltagere i sagssamråd i børnehuse er repræsentanter fra én af landets tolv politikredse, og her som oftest med erfaring inden for personfarlig kriminalitet, de tre retsmedicinske institutter samt hospitalsvæsnets børneafdelinger med højt specialiseret funktion i overgreb og omsorgssvigt. Der er fra flere børnehuse interesse for også at få tilknyttet repræsentanter fra Statsforvaltningen.

Børnehuses indsats i forhold til en overgrebs sag er af afgrænset længde. Ud over sagssamråd kan der gives supplerende vejledning til de kommunale sagsbehandlere på myndighedsområdet, ligesom der kan gives krisesamtaler med barn og familie. Der gives som oftest maksimalt seks-otte samtaler. I sager om medicinsk børnemishandling vil det være hensigtsmæssigt, at sagen ikke afsluttes, før der er taget stilling til både de socialretlige forhold hvad angår beskyttelse af børnene og de strafferetlige forhold.

I løbet af børnehuses første funktionsår (1.oktober 2013 - 1.oktober 2014) er der nationalt kendskab til to sager af alvorlig medicinsk børnemishandling. Ingen af sagerne førte til strafferetlige tiltag. Socialretligt førte den ene sag til, at børnene flyttede fra mor til far, mens børnene i den anden sag blev placeret uden for hjemmet. Det vides ikke, hvilke eventuelle yderligere socialretlige støtteforanstaltninger der blev tilbudt, eller hvilken psykologisk eller psykiatrisk behandling der eventuelt blev tilbudt forældrene.

9.8 Særligt om offentligt strukturelt omsorgssvigt

Det er følelsesmæssigt belastende at arbejde med omsorgssvigtede børn, især hvis de økonomiske ressourcer er små og arbejdsmængden stor. Hvis man ikke arbejder i et trygt miljø, der giver mulighed for at forholde sig til børns såvel som voksnes sorg, angst, håbløshedsfølelse og vrede, er det almindeligt, at professionelle, der har arbejdet mange år med omsorgssvigt og overgreb, bliver tilbøjelige til at ignorere de følelsesmæssige sider af deres arbejde. Det er endda muligt, at de overlevelsese mekanismer, vi benytter, bidrager lige så stærkt til udbrændthed som selve arbejdsmængden.

Man kan således se, at udbrændthed kan medføre, at hjælpeapparatet beskytter sig selv. Dette er en alvorlig sag, idet selvbeskyttelse kan medføre offentligt omsorgssvigt. Tilsyneladende er det oven i købet sådan, at de børn, der udsættes for de mest alvorlige overgreb i hjemmet, også er de børn, der udsættes for de alvorligste omsorgssvigt fra de

professionelles side. Derved kommer vi til at bekræfte barnets oplevelse af, at voksne ikke er til at stole på, og at barnet ikke kan vente hjælp fra de voksnes side.

Klagesager kan let blive en del af hverdagen for de professionelle, der arbejder med overgreb og omsorgssvigt. Forældrene har mange muligheder for at klage. De kan klage til Patientombuddet og Regionerne angående sundhedsvæsnets arbejde. De kan klage til Den Uafhængige Politiklagemyndighed og til disciplinærnævn angående håndtering i det strafferetlige system. De kan klage til rektor på universiteterne over det restmedicinske arbejde, til borgmesteren over socialforvaltningens og de øvrige kommunalt ansattes arbejde. Specifikt i forhold til psykologer kan man klage til Psykolognævnet. Børn har i praksis svært ved selv at klage, specielt små børn. Dermed er der en udfordring i forhold til børns retssikkerhed specielt, når børn og forældre ifølge sagens natur har modsatrettede interesser. Forældre kan med deres klager føre fokus langt væk fra barnets centrale helbredsproblemer. Såfremt der er tale om en strafferetlig sag, vil barnet have en bistandsadvokat, hvad angår det strafferetlige, men ingen formaliseret bisidder i forhold til det socialretlige og indsatsen i sundhedsvæsnets.

Behandling af klagesager kan være langvarig, tidskrævende og belastende for medarbejdere. Det er her vigtigt, at der gives en ledelsesmæssig opbakning, der understøtter medarbejdernes fortsatte fulde arbejdsevne. Det har i forskellige fora været drøftet, om familierådgivere og andre professionelle skal have en øvre grænse for antallet af komplekse psykosocialt belastende sager for at forebygge følelsesmæssig overbelastning og dermed understøtte vedvarende fuld arbejdsevne.

Pressens interesse for disse svære sager kan også være en udfordring. Arbejdspladsens pressehåndtering er derfor vigtig for den enkelte professionelle, der står med den daglige håndtering af sagen og kontakt til barn og familie. Det kan være belastende for den enkelte medarbejder både at skulle håndtere en kompliceret sag og samtidig følge en til tider følelsesladet debat i dagspressen om den konkrete sag.

Det kan derfor kun igen og igen understreges, hvor vigtigt teamfunktion, erfaringsudveksling og supervision er for professionelle for at sikre højt fagligt niveau og personlig styrke til vedholdende at forholde sig aktivt ved tegn på overgreb og omsorgssvigt mod børn.

Referencer

Gindesgaard C.B. & Møller, T.R. (2011). Perforation af trommehinden pga. børnemishandling. *Ugeskrift for Læger* 173(39), 2419-20.

Roesler, T.A. & Jenny, C. (2009). *Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Thomsen, J. L. (red) (2004). *Retsmedicin. Nordisk lærebog*. København: FADL forlag.

Relevante hjemmesider

CBO børnecenter: www.cbo.auh.dk

Børnehuse: www.boernehuse.dk

Justitsministeriet: www.retsinformation.dk

KAPITEL 10

Münchhausen by Proxy problematikken – Supplerende beskrivelse

Birgitte Brun & Åse Wintlev

10.1 Indledning

Som omtalt i kapitel 7, afsnit 7.7, har vi i denne bog valgt at give en mere indgående beskrivelse af Münchhausen by Proxy - problematikken. Årsagen til dette er, at denne sjældne, men alvorlige forstyrrelse ikke er beskrevet udførligt på dansk før 2009, da førsteudgaven af denne bog udkom. Udover nærværende kapitel er beskrivelsen i kapitel 11 suppleret med en gennemgang af Münchhausen by Proxy fra et diagnostisk perspektiv.

Der findes en opdatering af litteraturen i *Child Abuse and Neglect* (Sheridan, 2003) med 451 tilfælde af Münchhausen by Proxy fra 154 medicinske og psykosociale artikler. Konklusionen på denne opdatering er følgende:

- Børnene kan være af begge køn, sædvanligvis 4 år eller yngre.
- Der forløb i gennemsnit 21,8 måneder fra det tidspunkt, hvor symptomerne manifesterede sig, til diagnosen blev stillet.
- 6 % af ofrene var døde, og 7,3 % blev vurderet til at have pådraget sig langvarig eller permanent skade.
- 25 % af ofrenes identificerede søskende var døde.
- 61,3 % af søskende havde sygdomme, der mindede om ofrets, eller sygdommene gav mistanke om Münchhausen by Proxy.

I et mindre antal tilfælde fandt man, at Münchhausen by Proxy forekom samtidig med eller sekundært til andre former for skade.

Vi har fokuseret på moderen under omtalen af psykiske lidelser, fordi de fleste børn er mest afhængige af deres mor. Imidlertid er det indlysende, at fædre med psykiske sygdomme udgør en stor belastning for deres familie. Münchhausen by Proxy-adfærd kan forekomme hos fædre, men betydeligt sjældnere end hos mødre. - En far til fire børn påførte sine børn en række sygdomme, bl.a. gennem forgiftning af børnene. Først da børnene var voksne, kom det frem, at han havde mishandlet dem. Alle fire børn var retarderede. Faderen blev aldrig anklaget for de skader, han havde påført sine børn.

Hvis vi skal resumere nogle karakteristiske træk ved Münchhausen by Proxy-syndromet hos mødre, ser det således ud:

1. Mødrene fabulerer og digter historier til trods for emotionel reservation og aspontanitet.
2. Mødrene er optaget af temaer vedrørende sygdomme, legemsbeskadigelse og død.
3. Der er ingen klar adskillelse mellem nutid, fremtid og fortid i moderens beskrivelse af sig selv og forholdet til barnet.
4. Der er ingen tydelig generationsadskillelse mellem barnet, moderen selv og barnets mormor.
5. Emotionel kontakt etableres på et driftsforstyrret grundlag. Gentagelsestvang med en følelse af at være blevet svigtet og bedraget af autoriteter er karakteristisk.

Erfaringer fra undersøgelser af kvinderne har vist, at moderen har problemer med at lokalisere tid og rum, og man finder tegn på svækket objektkonstans. Dette indebærer, at når barnet har lidt overlast, er det svært for professionelle at få oplysninger fra moderen om tidspunktet for hændelsen, stedet, hvor hændelsen foregik, og hvilke dele af barnets krop der blev involveret.

Griffith (1988) er kommet frem til følgende karakteristika ved moderen:

1. Somatiseringstendens.
2. Personlighedsforstyrrelse med borderlinetræk og histrioniske personlighedstræk.
3. Egocentricitet, manipuleringstilbøjeligheder, tendens til at overreagere emotionelt, ingen sikre tegn på psykose. En form for upålidelighed.

4. Højt niveau af intrafamiliære, ægteskabelige og sygdomsmæssige belastninger. Højt antal livsændringer inden for den seneste tid.

Waller (1983) har beskæftiget sig med håndtering (på engelsk "management") i forbindelse med Münchhausen by Proxy-syndromet.

1. Det er meget vigtigt, at kendskab til dette syndrom kommer ud til så mange professionelle som muligt.
2. Man må så vidt muligt sikre sig en styring af barnets helbredsstatus. Alvorlige risikoområder er:
 - a. Simuleret sygdom hos barnet med unødige hospitalsindlæggelser til følge.
 - b. Fremprovokeret sygdom hos barnet.
 - c. Negligering af reel sygdom.
3. Ingen retlige foranstaltninger skal accepteres uden medvirken af den læge, som har diagnosticeret syndromet.
4. Lægen skal forsøge at opnå samarbejde med alle involverede parter.
5. Det skønnes vigtigt at følge børnene i en meget lang periode.

Waller (1983) har i øvrigt fremhævet, at der er et slående symbiotisk bånd mellem forældre og barn. Der er en karakteristisk og meget overbevisende benægtelse hos forældrene. Myndighederne udviser forståelig skepsis, når de skal gribe ind. Der er en stor dødelighedsrisiko hos de børn, der inddrages.

I 1982 fremlagde Meadow en detaljeret undersøgelsesplan for disse komplicerede sager. Den udgik fra Sct. James University Hospital, Leeds og ser således ud:

1. Barnet skal adskilles fra moderen, for at det kan afklares, om symptomer og tegn forekommer under hendes fravær.
2. Kontroller alle detaljer, der vedrører barnet, familien, moderen og hendes liv. Kontrollen ligger hos praktiserende læge, sundhedsplejerske, personer på de hospitaler, moderen har haft kontakt med og tidligere arbejdsgivere. Vær opmærksom på risikoen for, at moderen giver forkerte oplysninger om opvækstforhold, skolegang eller arbejdsforhold.
3. Kontroller, om moderen har påført sig selv sygdomme. Har hun lidt af symptomer eller tegn, der overføres til barnet?
4. Kontroller den tidsmæssige forbindelse mellem symptomer, tegn og forældrenes nærvær.
5. Hold rede på detaljoplysninger, skriv omhyggeligt ned, hver gang barnet er sygt. Nøje lægelige procedurer ved blodprøvetagning, indsamling af urin og opkast er nødvendige.
6. Kontroller og genkontroller pålideligheden af tegn. Kontroller, at sår ikke kan vaskes af med vand eller sprit, at blodet er blod, og at det er barnets blod.
7. Inddrag psykiatrisk hjælp til mor og barn.

Det har vist sig, at mødre ofte har været involveret i børnepasning ud over pasningen af egne børn, således kan de eksempelvis have arbejdet i børneinstitutioner eller som dagplejemødre. Litteraturen har beskrevet kvinder, der via deres arbejde med børn har påført dem skade. En ung sygeplejerske i England ombragte for flere år siden tre børn og skadede tre andre børn.

I kapitel 9 beskrives lovgrundlaget i Danmark, hvis en sådan informationsudveksling skal kunne gennemføres uden forældrenes tilsagn.

Forældrenes interesse for sygdom og sygdomsadfærd hos barnet skal undersøges.

Der skal foreligge en omfattende lægefaglig og psykiatrisk/psykologisk vurdering af barnet. Det skal overvejes, om der kan være tale om andre former for mishandling. Psykiatrisk/psykologisk vurdering af forælderen skal ligeledes foretages.

10.1.1 Observation

På hospitalet skal der ideelt set være en bestemt sygeplejerske, der observerer barnet for at dokumentere enhver forandring i dets adfærd og symptomer. Alle forskelle mellem personalets observationer og forældres rapportering skal noteres. Alle ændringer i adfærd og symptomer, der sker i forbindelse med forældrenes samkvem med barnet på hospitalet, skal noteres.

10.1.2 Fortolkning

Forudsætningen for fortolkning af undersøgelsesresultater er stor omhu ved rapportering om alle undersøgelsesfund.

10.1.3 Håndtering

Det kan være nødvendigt at have fuldstændig kontrol med, hvad barnet indtager af føde og medicin. Man kan være nødt til at udelukke forældre fra en række undersøgelses- og behandlingssammenhænge. Der skal være regelmæssige personalemøder for at koordinere aktiviteterne inden for det multidisciplinære team. Myndigheder, der varetager barnets tarv, skal inddrages. I tilfælde af mistanke om overlast eller mishandling af et barn, skal konfrontationen med forældrene planlægges nøje.

Når man undersøger kvinderne, er det vigtigt at være opmærksom på følgende:

1. Nummer i søskendeflokken
2. Kønssposition i familien
3. Moderens sociale, arbejdsmæssige og økonomiske situation på tidspunktet for barnets fødsel
4. Moderens historie i forbindelse med tidligere graviditeter
5. Provokeret abort
6. Spontan abort
7. Dødsfald
8. Vuggedød
9. Køn og alder på et mistet barn, hvis der er et sådant. Hvorledes reagerede moderen på traumer i forbindelse med tab af barn, eksempelvis med passivitet, depression og/eller frustration

10.2 Personlighedspsykologiske undersøgelser af mødre med Münchhausen by Proxy

På Sct. Hans Hospitals klinisk-psykologiske afdeling havde vi i en årrække kontakt med personlighedsforstyrrede mødre gennem ambulante psykologiske undersøgelser og via supervision af kolleger, der forskellige steder i landet arbejdede med Münchhausen by Proxy-sager, heriblandt Kirsten Moesgaard, der har undersøgt børn udsat for forskellige former for mishandling (Se Moesgaard & Sardemann, 1996). I praksis drejede det sig om, at man ud fra psykologiske undersøgelser af børn, der blev indlagt på en børneafdeling med somatiske lidelser, som kunne være svære at diagnosticere, udviklede en hypotese om, at moderens kontakt til barnet var forstyrret. Situationen kunne være den, at psykologen eller en læge var blevet opmærksom på, at et lille barn havde en meget lang anamnese med talrige hospitalsindlæggelser og hyppige lægeundersøgelser, uden at det stod fuldstændig klart, at det drejede sig om et særligt svageligt barn eller et barn med en alvorlig, eventuel kronisk sygdom.

En række sager kom fra socialforvaltningen. I alle sager var det en forudsætning for, at vi kunne foretage de psykologiske undersøgelser af kvinderne på Sct. Hans Hospital, at der forelå en direkte lægehenvielse eller i det mindste en lægelig anbefaling af undersøgelsen. Diagnosen Münchhausen by Proxy var i nogle situationer givet, før vi så klienten. I overensstemmelse med det synspunkt, at denne diagnose altid bør stilles af en læge, blev den aldrig anvendt direkte i forbindelse med de personlighedspsykologiske undersøgelser, der heller ikke lagde op til anbefalinger. Birgit Bonnesen foretog en række af disse undersøgelser.

Hyppige symptomer hos børnene har ifølge moderens beretning været vejrtrækningsproblemer og astmalignende symptomer. Der har også været sager, hvor børnene har lidt mærkbar fysisk overlast, og hvor mødrene har været under mistanke for at have forvoldt skaderne, eller det er blevet dokumenteret, at de har påført deres børn lidelser. Samtidig har det været karakteristisk, at moderen helt konsekvent har fralagt sig ansvaret. I de tilfælde, hvor barnet er blevet indlagt flere gange på grund af meget høj feber, kan det vise sig, at feberen falder, så snart barnet kommer på hospitalet, hvilket naturligvis sandsynliggør, at moderens symptombeskrivelse har været udtryk for hendes egne fantasier og fabuleringer.

Den personlighedspsykologiske undersøgelse, der er blevet foretaget på Sct. Hans Hospital, har udelukkende omfattet moderen. I enkelte tilfælde er tillige faderen eller moderens samlever blevet undersøgt. Der har ikke været tale om børnepsykologiske undersøgelser eller egentlige undersøgelser af forældreene, da dette område har ligget uden

for afdelingens kompetence. I nogle sager er det blevet anbefalet at få foretaget selvstændige psykologiske undersøgelser af børnene og/eller egentlige undersøgelser af forældreevnen. Retningslinjer for gennemførelse af personlighedspsykologiske undersøgelser er beskrevet i *Psykologisk undersøgelsesmetodik* (Brun & Knudsen, 2006).

Her følger nogle betragtninger over samarbejdet med de unge kvinder, som det har drejet sig om.

Mødrene har i reglen været under 35 år. Kvinderne deler sig i to grupper. Den ene gruppe omfatter de samarbejdsvillige og tilsyneladende kontaktinteresserede. Disse kvinder har overvejende forholdt sig positivt såvel til interviewssituationen som til de psykologiske test. Nogle har anmodet om opfølgende psykoterapeutiske samtaler, uden at dette ønske har været forbundet med nogen form for erkendelse af et problematisk og for barnet skadeligt adfærdsmønster.

Den anden gruppe kvinder er kendetegnet ved det steniske. De kan være kritiske og meget vedholdende i deres beskrivelse af barnets symptomer og i at give udtryk for, at de føler sig uretfærdigt behandlet. Den sidste gruppe kvinder har haft vanskeligt ved at samarbejde ved undersøgelsen. Holdningen hos dem har været kendetegnet ved det mistroiske og garderede grænsende til det paranoide.

Fælles for kvinderne har været, at de tilsyneladende har haft et meget forstyrret og problematisk forhold til deres egen mor. Der har dog i nogle tilfælde været en alliance mellem barnets mormor og mor på undersøgelsestidspunktet. I moderens beskrivelse af forholdet til børnene og af sig selv som barn har det i nogle tilfælde været vanskeligt at afgøre, om hun talte om sig selv eller om sit barn. Den manglende evne til at differentiere klart mellem generationer og personer er således karakteristisk. Når kvinden har beskrevet sin oplevelse af børnene, eller hvad børnene siger, har hun undertiden talt med en barnlig stemmeføring.

Den emotionelle kontakt mellem den samarbejdsvillige mor og undersøgeren kan indimellem tangere det forførende forstået på den måde, at undersøgeren på en eller anden måde har følt sig fanget ind følelsesmæssigt. Denne særlige psykodynamik er ikke usædvanlig i forholdet mellem kvinden og den professionelle undersøger i disse sager.

Eksempel 10.1

En kvinde udviste en pludselig omsorg for undersøgeren i den situation, hvor psykologen skulle tage afsked med hende. Hun sagde: "Og hav det nu rigtig godt", samtidig med at hun lagde sin hånd på psykologens skulder og så hende dybt ind i øjnene. Psykologens oplevelse var omtrent, som hvis hun havde taget afsked med en datter eller en anden nær pårørende, der havde besøgt hende efter et længere sygeleje. Som undersøger kan man således føle sig både overvældet og overrumplet. Psykologens følelsesmæssige reaktion på kvindens væremåde i denne situation var uforbeholdent positiv. Hun så pludselig sig selv som en, der modtog en naturlig form for omsorg. Først da klienten var gået ud ad døren, kunne hun standse op og sige til sig selv: "Hvad var det egentlig, der skete?"

Kvinderne opleves i almindelighed ikke som manifest psykotiske. Personale, der har passet mødrenes syge børn, har ofte beskrevet mødrene i positive vendinger som hjælpsomme, samarbejdsvillige, omsorgsfulde over for deres i øvrigt velpassede baby eller barn og interesserede i at skabe en god kontakt til personalet.

Uden tvivl er disse emotionelle aspekter i kvindernes kontaktform medvirkende til, at det har været så svært at få afdækket problematikken, som det vitterligt har været i en lang række tilfælde. Det er også forekommet, at personalet har været splittet i to grupper, hvor den ene gruppe oplevede moderen som omsorgsfuld, mens den anden gruppe oplevede hende som forstyrret og med en foruroligende adfærd i forhold til barnet.

Når vi ser på skader, der udøves i forhold til børn, kan alle dele af kroppen være involveret. Skaderne kan omfatte vold eksempelvis i form af slag, kvælningsforsøg og forgiftninger.

Eksempel 10.2

En slående dokumentation af problematikken findes i Joyce Eggintons bog *From Cradle til Grave* (1989). Den indeholder en journalists detaljerede beskrivelse af en periode i en kvindes liv. Kvinden myrdede ni børn. Hun havde selv født de otte, det niende var adopteret. Kvinden kunne komme af sted med at ombringe det ene barn efter det andet, uden at nogen fik alvorlig mistanke og greb ind. Så snart nettet begyndte at strammes om hende, flyttede hun sammen med den tilsyneladende helt naive ægtefælle til en ny stat i USA.

Den omstændighed, at kvinderne på overfladen kan virke normale i kombination med en dybt rodfæstet opfattelse hos os alle i retning af, at kvinder ikke mishandler deres børn, er formentlig medvirkende til, at det har været svært at opfatte kvinderne som alvorligt personlighedsforstyrrede.

Når det ikke har kunnet skjules, at kvinden mishandlede sine børn, har omgivelsernes reaktion til tider været stærk, og så har den forestilling meldt sig, at kvinden burde straffes. Eller som en kvindelig behandler sagde: "Fordi det er en kvinde, skal hun jo ikke behandles mere skånsomt end mænd i vort samfund." I de tilfælde, hvor der anlægges sag mod kvinden, og sagen kommer for retten, opfattes hun ikke sjældent som antisocial. Der udfoldes i disse år ude i verden og herhjemme store bestræbelser på at afgøre, om kvinderne udviser kriminel adfærd på baggrund af en antisocial/dyssocial personlighedsforstyrrelse og dermed er strafegnede, eller om de til trods for, at de ikke forekommer åbenlyst psykotiske, skal opfattes som sindslidende og dermed som behandlingskrævende. En engelsk psykolog og forsker inden for området, Patricia Polledri har udtrykt følgende vurdering:

"At the core of their personalities these women are psychotic" [Inderst inde er der en kerne af noget psykotisk hos disse kvinder; forfatterens oversættelse] (Polledri, 1996 p. 561).

Mødrene benægter næsten altid, at de har skadet deres barn, uanset om de har belastet barnet i lettere eller sværere grad. Dette udelukker imidlertid ikke, at de f.eks. efter en skilsmisse retter bebrejdelser mod barnefaderen og giver udtryk for, at han mishandler barnet gennem seksuelle krænkelse eller andre former for alvorlige belastninger. Det er sandsynligt, at kvinderne, når de har påført barnet skade, kan have vanskeligt ved at huske, hvad der skete i de afgørende øjeblikke. Der synes at være tale om massive fortrængnings- og benægtelsesmekanismer. Måske kan man forestille sig, at der hos i hvert fald nogle af disse kvinder er tale om svingninger i bevidsthedsintensiteten eller måske ligefrem om en dissociativ personlighedsforstyrrelse, men noget sikkert herom ved vi ikke.

En særlig dynamik synes at dreje sig om temaet "at skjule" og "at blive afsløret". Kvinderne foretager overgrebene på en måde, der i almindelighed er skjult for omverdenen, og de benægter deres handling. Der opstår et særligt spændingsfelt omkring kvindens forsøg på at skjule, og omgivelsernes forsøg på at finde og opdage. Det er tænkeligt, at der her er tale om visse paralleller til de spændinger, vi ser hos mennesker med et adfærdsmønster kendetegnet ved kleptomani, hvor risikoen for opdagelse ligeledes er med til at skabe en indre spændingstilstand, der i sig selv kan tænkes at være motiverende for det forstyrrede adfærdsmønster, der her drejer sig om at stjæle ting. Måske rummer spændingstilstanden hos mødre med Münchhausen by Proxy-adfærd blandede følelser og drifter, der både er lystbetonede og angstbetonede og i visse tilfælde sandsynligvis også har en seksuel farvning.

Det kan være meget svært at få kvinden til at tale om ressourcer hos barnet og om samvær med barnet, der skaber glæde hos hende. Selv om man som undersøger forsøger at fastholde hende ved det positive, glider hun hurtigt over i sygdoms- og symptombeskrivelser. I modsætning til mødre i almindelighed kan disse kvinder ikke fortælle en sammenhængende positiv historie om deres barn.

Når moderen bliver konfronteret med det, undersøgeren eller behandleren betragter som alvorlig overlast i forhold til barnet, kan hun vise vrede og fortvivelse og give udtryk for følelser af afmagt. Hun fastholder dog ikke altid disse følelser og kan på overraskende kort tid falde til ro. Det er således erfaringen, at man i en del tilfælde kan konfrontere kvinden med meget belastende materiale og alligevel slutte kontakten med en bevaret samarbejdsvilje hos hende. Dette er dog ikke ensbetydende med, at adfærdsmønstret over for barnet ændres, eller at kvinden er indstillet på at indgå i en egentlig behandlingsalliance, hvor hun erkender, at hun har en alvorlig personlighedsforstyrrelse eller sindslidelse, der er forbundet med et adfærdsmønster, som skader hendes barn og bringer det i fare.

Eksempel 10.3

En kvinde blev undersøgt tre gange på Sct. Hans Hospital. Hun fødte i alt 6 børn, der ét efter ét blev fjernet fra hende som følge af dokumenteret mishandling af børnene. Hun kom på et tidspunkt til en opfølgende samtale efter sidste undersøgelses afslutning, ledsaget af en pædagog sammen med sin to måneder gamle baby, som hun sad og ammede, mens hun talte med undersøgeren. Det var et fredeligt og livsbekræftende syn, således som det jo opleves, når en mor befinder sig godt ved at amme sit barn, der ligger roligt og trygt, intenst optaget af noget af det vigtigste her i livet. Enhver, der var kommet ind, ville have haft svært ved at tro, det var sandt, at denne mor kunne være til stor fare for sit barn og rent faktisk havde mishandlet flere af sine nu større børn. Under samtalen spurgte kvinden, om hun kunne risikere, at undersøgeren igen skrev en udtalelse, der gjorde det svært for hende at få lov at beholde sit barn, hvilket måtte bekræftes, selv om undersøgelsen ikke lægger op til direkte anbefalinger. En normal kvinde ville næppe have været i stand til at opretholde en positiv kontakt til en undersøger på dette grundlag. Da kvinden gik ud ad døren, kastede undersøgeren et blik på drengen, der smilede, hvortil moderen bemærkede: "Det er nu ikke alle, han smiler til." Set i den givne sammenhæng forekommer et sådant udsagn svært forstyrret.

Som det er tilfældet med mennesker, der lider af en hypokonder paranoia eller anden form for paranoia, kredser tanker og fantasierne hos disse kvinder om sygdom og smerter både i relation til dem selv og i relation til barnet.

Eksempel 10.4

En kvinde, der havde udsat sit barn for talrige former for overlast, men ifølge det kendskab, man havde til

hende, aldrig havde været involveret i problemer omkring vuggedød, lod sig interviewe til et skandinavisk dameblad, hvor hun i detaljer beskrev, hvordan hun havde reddet sit barn fra vuggedøden. Der var et stort billede af kvinden og barnet i bladet, der ved en tilfældighed blev læst af hendes sagsbehandler, som genkendte hende.

Ofte opsøger disse kvinder på eget initiativ pressen, og i de tilfælde, hvor de har måttet kæmpe for at få lov at beholde deres barn, ser man ofte, at pressen er overstrømmende i sin beskrivelse af den gode og urimeligt forfulgte og mistænkeliggjorte mor.

I en undersøgelse af en mor med formodet Münchhausen by Proxy-syndrom foregik undersøgelsen, mens hun var gravid. I forbindelse med denne undersøgelse var det tankevækkende, at hun allerede i graviditeten havde stærke fantasier om at føde et handicappet barn. Det er naturligvis normalt at nære bekymring under graviditeten, men fantasier af en så konkret og uhyggelig karakter, som undersøgeren her fik indblik i, er usædvanlige. Hertil kom, at kvinden i de første uger af graviditeten havde udsat sig selv for nogle meget uheldige påvirkninger, der kunne skade fostret. Naturligvis hævdede kvinden, at hun ikke på dette tidspunkt vidste, at hun var gravid, men omgivelserne var skeptiske. Kvinden fortalte, at hun godt ville kunne magte det, hvis barnet blev født med en fysisk skade, men hun ville ikke kunne klare et hjerneskadet barn. I den projektive personlighedstest, Thematic Apperception Test (TAT), hvor klienten præsenteres for billeder af et eller nogle få mennesker i forskellige sociale situationer, gav kvinden udtryk for fantasier om, hvorledes et lille barn kan falde ned på gulvtæppet og dø af indre blødninger. Det TAT-billede, der gav anledning til disse usædvanlige fantasier, er uden åbenlys dramatik. Kvinden fødte senere et fuldstændigt normalt barn.

Det ser ud til, at der kan være mindst tre generationer involveret i sager med en Münchhausen by Proxy-problematik: Moderen, barnet og barnets mormor. Forholdet mellem moderen og dennes mor er i mange sager blevet beskrevet som stærkt forstyrret, og det forekommer sandsynligt, at moderen selv på forskellig vis er blevet svigtet af sin egen mor under opvæksten.

Eksempel 10.5

I London blev der på en kongres i 1993 vist en film med en mormor, der puslede sit barnebarn. Den to måneder gamle baby var blevet bragt ind på hospitalet talrige gange på grund af kvælningsanfald. En sygeplejerske mente at have iagttaget, at anfaldene altid opstod, når mormor var i nærheden. Man filmede mormor og baby med skjult kamera og konstaterede, at mormoderen gentagne gange under puslescenen lagde hånden hen over barnets mund, således at det ikke kunne trække vejret. Hvad har denne mormor mon i sin tid gjort ved barnets mor, der ikke havde været i stand til at beskytte sit barn?

Den viden, som dette lille filmklip har givet os, får os til at se på angstanfald med kvælnings-fornemmelser hos voksne i et nyt perspektiv. Måske findes der hos ganske få voksne med panikangstanfald og kvælningsfornemmelser tidligere ofre for en mor med Münchhausen by Proxy, der forsøgte at kvæle sin baby.

Ved personlighedsundersøgelser af disse kvinder er det vigtigt at optage en udførlig anamnese. Man finder hyppigt somatiseringstendens i kvindernes tidligere liv og spiseproblemer, eventuelt anoreksi, i puberteten. Følgende sygestorie illustrerer dette problemkompleks (Mokowicz & Bjørnholm, 1998):

En kvinde, der havde ernæret sit første barn med flydende kost indtil 2½-årsalderen, fortalte, da hun var gravid med næste barn, at når hun havde født, skulle hun i gang med et afmagringsprojekt for sig selv. Kvinden, der havde været anorektisk i puberteten, fik foretaget en psykologisk undersøgelse. Som det ofte ses i denne type sager, fremkom hun i løbet af undersøgelsen med talrige eksempler på sproglige ejendommeligheder. Kvinden talte således om, at hendes søn led af anoksi, dvs. iltmangel, hvor hun i virkeligheden mente anoreksi.

Ved den opfølgende psykologisamtale deltog den behandlende børnepsykiater. Her sagde kvinden til lægen, at lægen kunne være ganske rolig, for psykologen havde sagt, at hun (moderen) aldrig ville skade sit barn. Psykologen måtte spørge sig selv, om det i dette øjeblik forholdt sig således, at kvinden havde en klar oplevelse af at have hørt en bemærkning, der aldrig var blevet fremsat.

Moderen er i forhold til barnet meget optaget af kropsåbninger som mund, næse, ører, kønsorganer, anus og af barnets ansigtskulør samt dets kropstemperatur. Det ser ud, som om pasning af det syge barn er forbundet med såvel tilfredshed som skyldfølelse hos hende. Man kan udtrykke det på den måde, at når moderen har skadet sit barn, virker det, som om det giver hende en særlig tilfredsstillelse at trøste barnet og vise omsorg, samtidig med at skyldfølelsen og spændingen omkring en risiko for at blive afsløret gør sig gældende.

Det er vigtigt at forsøge at finde frem til, om moderen har gennemgået aborter eller været udsat for børnedødsfald. Man kan dog ikke forvente, at moderen vil give pålidelige oplysninger, og det kan være væsentligt som læge at undersøge tidlige journaloplysninger.

Man har begrænset systematisk viden om barnets far eller moderens samlever. Erfaringer fra et par alvorlige sager har vist, at faderen eller samleveren næsten kan indgå i en symbiose med den forstyrrede mor.

En enkelt far, hvis kone blev undersøgt på Sct. Hans Hospital, sagde: "Hvis min kone virkelig har handlet, som I siger, har jeg kun ét valg: At blive skilt og søge forældremyndigheden over mine børn." Dette ansvarsfulde reaktionsmønster forekommer sjældent.

I forhold til kvinder med Münchhausen by Proxy, der som børn eller helt unge har lidt af Anorexia Nervosa, kan man forvente, at de i tilslutning til denne lidelse har været monomant optaget af mad, spisning og vægtkontrol. Der synes næsten at være tale om en form for narkomani. Der er lighedspunkter i denne fiksering på et forstyrret kropsrelateret tanke- og handlingsmønster, når vi ser på Münchhausen by Proxy.

Der synes som tidligere omtalt at være tale om lighedspunkter mellem Münchhausen by Proxy-adfærd og kleptomani. Hvor risikoen for at blive afsløret som tyv skaber en indre spændingstilstand hos mennesker med kleptomani, finder vi tegn på, at kvinder med Münchhausen by Proxy oplever en lignende spændingstilstand i situationer, hvor der er stor risiko for, at de bliver afsløret i skadende adfærd over for barnet. Det ser ud til, at kvinderne leger skjul med eksperterne, idet det forstyrrede adfærdsmønster intensiveres, når barnet er hospitalsindlagt, og risikoen for at blive afsløret er allerstørst. Disse aspekter er der imidlertid ikke meget fokus på i litteraturen.

Ud over somatiseringstendens i moderens tidligere liv kan man hos nogle kvinder finde kriminalitet, eksempelvis i form af tyveri.

Kvinderne kan have været udsat for traumatiske barndomsoplevelser, hvor de eksempelvis som skilsmissebørn har erfaret, at mor har fortalt far, at barnet var blevet sygt, hvorfor det ikke kunne besøge far. Derefter er barnet blevet indoktrineret i en sygehistorie, som ved senere besøg hos far er blevet fortalt videre, eksempelvis i forbindelse med fars spørgsmål til barnets helbred. Man kan således sige, at barnet er blevet socialiseret til at lyve omkring sygdomme.

Når kvinden som voksen og mor fabulerer omkring sygdomme hos sit barn, handler hun formentlig undertiden i overensstemmelse med sin egen mors handlemønster, og man kan muligvis tale om en form for ubevidst loyalitet fra kvindens side i forholdet til hendes egen mor. Samtidig kan aggressioner over for moderen (barnets mormor), der belastede hende som barn, måske overføres på moderens eget barn, der således bliver offer.

Forestillingen omkring en forskudt aggressionsproblematik, hvor vrede mod moderen rettes mod barnet, er ikke dokumenteret i litteraturen. Den fremsættes tentativt på basis af klinisk erfaring.

Hemmeligheder er et centralt tema i Münchhausen by Proxy-mødrenes adfærd, idet kvinden jo sænker røgslør omkring den skade, hun påfører sit barn. Hemmeligheder og upålidelighed kan samtidig have præget hendes eget opvækstmiljø.

10.3 Den diagnostiske proces i ordets brede betydning

Undersøgeren skal afdække ressourcer hos moderen i form af færdigheder og interesser. Herudover skal man forsøge at afdække karakteren af hendes netværk og se på konfliktområder.

Det er de professionelles opgave at forsøge at identificere karakteristiske mønstre i moderens adfærd og få indblik i hendes personlighedsstruktur. Det skal desuden undersøges, om moderen har en egentlig psykisk lidelse eller sygdom.

Ved de undersøgelser, der blev gennemført på Sct. Hans Hospital af mødre med Münchhausen by Proxy-problematik, kunne vi konstatere, at samtlige kvinder havde en kort skolegang. De var ufaglærte eller havde en kortvarig erhvervsuddannelse. Ingen var i arbejde på undersøgelsestidspunktet. Alle blev anset for at være normalt begavede. Det er et spørgsmål, om kvinder med højere uddannelse og gode socioøkonomiske forhold bedre kan skjule et Münchhausen by Proxy-adfærdsmønster end de svagere stillede kvinder.

I dag har man fokus på, at Münchhausen by Proxy-lignende adfærd ikke kun ytrer sig gennem moderens fantasier omkring fysisk sygdom hos barnet eller egentlig påføring af sygdom. Mødrene kan tillige være optaget af forestillinger om psykiske lidelser hos barnet som eksempelvis OCD, ADHD og Aspergers syndrom. Dette indebærer, at andre specialister end børnelæger og praktiserende læger bliver involveret. Der er således eksempler på, at moderen

får iværksat børnepsykiatriske undersøgelser på et meget spinkelt grundlag, fordi hun insisterer vedholdende og længe på behovet for undersøgelse. Hvis moderens formodning om, at barnet har en bestemt sindslidelse bliver afvist af lægerne, kan hun efter nogen tid komme med forslag om en ny sindslidelse.

Det kan i disse tilfælde være yderst vanskeligt som børnelæge eller børnepsykiater at vurdere præcist, hvad der er på spil. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på de lighedspunkter, man finder mellem somatisk og psykisk påført lidelse hos barnet. I begge tilfælde er der tale om en sygeliggørelse af barnet.

Eksempel 10.6

En mor havde mange fantasier om, at hendes lille dreng på to år led under forskellige former for eksem, uden at lægerne var enige heri. Da drengen var 8 år, var hun overbevist om, at han havde ADHD. Hun fik en henvisning for sit barn til en børnepsykiatrisk afdeling med henblik på undersøgelse herfor. Drengen blev diagnosticeret med en Aspergerlidelse i let grad. Et års tid senere fik hun på ny en henvisning igennem. Denne gang med henblik på, at drengen skulle undersøges for OCD. Hun fik bekræftelse på denne diagnose, men samtidig hjælp til at fokusere på drengens sunde sider. Han var som 10-årig betydeligt overvægtig grundet moderens forkerte ernæring. Med støtte fra bedsteforældrenetværk slap drengen fri af sit vægtproblem. Fire år senere var han uden åbenlyse symptomer på psykisk lidelse.

Eksempel 10.7

I Norge blev en 11-årig dreng for omkring 10 år siden anbragt i familiepleje grundet meget alvorlige tilpasningsproblemer hos sin adoptivfamilie. Han gik i en skole for psykisk udviklingshæmmede, idet han blev vurderet som tungt begavet. Drengens grovmotorik og finmotorik var slet ikke alderssvarende. Adoptivmoderen var veluddannet. Hun var uden arbejde på tidspunktet for drengens anbringelse. Drengen havde et svært synshandicap. Han havde imidlertid ikke modtaget den rigtige hjælp i denne sammenhæng. Drengen havde været igennem talrige specialundersøgelser, hvor man havde beskrevet ham som handicappet i forhold til flere funktioner. I løbet af et halvt år fik plejemoderen hjulpet drengen så meget, at man måtte fratage vurderingen af ham som tungt begavet. Han udviklede en række færdigheder og fik via fornyet øjenundersøgelse sit synshandicap afhjulpet. Ved et møde med en række specialister, hvor plejemoderen deltog som eneste lægmand, erkendte lægerne, at de var blevet ført bag lyset af moderen, og én af lægerne bemærkede, at sagsforløbet viste, hvor vigtigt det er, at ganske almindelige mennesker er med til at vurdere børns funktionsmuligheder.

Det er muligt, at man med den viden, man efterhånden har om kvindernes egen belastede opvækst, skulle fokusere direkte på dette i en interviewsituation og bruge en væsentlig del af undersøgelsestiden på at få kvinderne til at fortælle noget mere om deres egen barndom. Det er ikke nogen helt enkelt opgave, fordi kvinderne jo ofte har en interesse i at fremstille sig selv og deres baggrund som mere harmonisk og normal end svarende til realiteterne på det tidspunkt, hvor de er under mistanke for børnemishandling. Ofte reagerer kvinderne afglidende, når man som undersøger opmuntrer dem til at beskrive centrale forhold under deres egen opvækst.

Herudover kunne man i planlagte interview med læge eller undersøgende psykolog forsøge at få moderen til mere direkte at se på barnets problematik udefra gennem spørgsmål af følgende karakter:

- Dit barn har været udsat for overlast, er det dig, der har ansvar for det?
- Tror du, du ville sige det, hvis du havde udsat dit barn for overlast?
- Hvis svaret er nej. Hvad ville en mor, der havde skadet sit barn, være bange for i en sådan situation?
- Hvis en mor havde skadet sit barn, hvordan tænker du så, man kunne hjælpe hende, så det ikke sker igen.?
- Hvad ville hun have brug for?
- Hvad bekymrer dig mest i forhold til dit barn?
- Hvad glæder dig mest i forhold til dit barn?
- Hvorfor tror du, at hospitalet mener, du har skadet dit barn?
- Hvad skal der til, tror du, for at personalet skal få tillid til, at det ikke er tilfældet?
- Hvad kan du gøre, for at personalet bliver trygt ved dig?
- Når du pusler dit barn (forudsætningen er en baby eller et lille barn) vil du så helst være alene eller sammen med en anden?

- Hvis svaret er sammen med en anden: Hvem vil du helst være sammen med?
- Hvordan skal et personale være, for at du har tillid til det?

Man vil forvente, at svar på disse spørgsmål først og fremmest vil dreje sig om moderens egen situation, således at hun reelt vil fortælle meget lidt, der vedrører barnet og barnets forhold. Hun vil have specielt svært ved at fortælle, hvad der gør hende glad i samværet med barnet.

10.4 Kommunikationsmønstre, der er karakteristiske for mødre med Münchhausen by Proxy

Det er karakteristisk, at moderen kommunikerer på en opmærksomhedsforstyrret måde, hvor fokus flyttes væk fra det væsentlige. Moderen leder samtalen hen på noget andet end det, sagen drejer sig om.

Moderen får autoriteter eller indflydelsesrige instanser til at fremstå som de ansvarlige for alt, hvad der er gået galt, mens hun underkender eller benægter betydningen af egne svigt, manipulationer og påføring af skader på barnet. Man taler om en patologisk, dvs. *sygelig* projektion - der kan eksempelvis være tale om paranoide ideer, dvs. forfølgelsesforestillinger i forhold til "systemet." Moderen retter således ofte meget alvorlig kritik og bebrejdelser mod læger, klager over fejlagnostisering og fejlbehandling af hendes barn. Hun kan desuden give udtryk for en oplevelse af at være personligt forfulgt. Moderen er i overraskende grad fortrolig med lægelige diagnoser og "journal-sprog". Moderens forhold til autoriteter/systemet er ofte kendetegnet ved betydelig vrede.

I dag er det ikke ualmindeligt, at kvinder med en Münchhausen by Proxy-problematik blogger på nettet. En artikel af Brown et al. (2014) omhandler tre kvinder, der bloggede på internettet omkring lidelser, de selv havde påført deres barn. Indholdet viser noget væsentligt om mødrenes fantasier og forestillingsindhold samt de ønsker, de har i retning af at påvirke omgivelserne.

Mødrene fortalte, hvorledes de kontaktede palliative enheder og velgørenhedsorganisationer imod lægers anbefalinger. De søgte efter online gaver til at dække deres børns forskellige behandlingsbehov. Forfatterne mener, at man ad denne vej kan få indblik i omsorgspersonernes selvfrembragte sygdomme hos barnet og i deres motiver.

Sundhedsmyndigheder og politi kan undersøge disse blogs i forhold til børn, der er udsat for fare gennem Münchhausen by Proxy. En sammenligning af indholdet i disse blogs med lægejournaler kan fremme korrekt diagnosticering.

En analyse af bloggingmønstrene viser eksempler på overdrivelser og mistolkning af barnets symptomer. Normale fund ved lægeundersøgelser, der blev videregivet til mødrene, blev ikke omtalt i bloggene. Snarere forholdt det sig således, at lægeligt udelukkede sygdomme blev angivet som tilstedeværende. Mødrene stillede mange spørgsmål om børnenes sygdomme. De videregav aldrig den beroligende form for information, de havde modtaget ved lægekonsultationer.

En sammenfatning af erfaringer fra blogaktiviteten ser således ud:

- Bloggenes forfatter søger sympati omkring sin omsorg for et kronisk sygt barn.
- Bloggene fokuserer på omsorgsgivers vanskeligheder frem for barnets behov.
- Bloggerne dramatiserer beskrivelsen af barnets sygdom og fokuserer samtidig på omsorgspersonens anstrengelser.
- Bloggene indeholder fotografier af barnets behandling.
- Bloggene deler barnets lægeoplysninger offentligt med en bred skare personer i stedet for nære familiemedlemmer.
- Bloggenes indhold er i modstrid med lægelige fund og barnets tilstand.
- Bloggene beskriver sygdomsforløb, der står i kontrast til barnets tilstand.
- Bloggene foreslår udveksling af oplysninger mellem lægeligt vidende omsorgspersoner og lægen, som ifølge omsorgspersonen ikke kan stille diagnosen.

10.5 Karakteristiske træk ved moderens kontaktform med barnet og beskrivelse af barnet

Den viden, man i dag har på området, er baseret på tværfaglige erfaringer og vurderinger. Nedenfor følger en opsummering.

- Moderen kan omtale sig selv, som om hun er barnet, og man bliver som lytter forvirret, idet man ikke ved,

om hun taler om sig selv som barn, eller hun taler om sit barn.

- Moderen taler i mange tilfælde om symptomer og handicap hos barnet, idet hun samtidig beretter om, at hun har lidt under nøjagtig de samme symptomer enten i sin barndom eller senere i livet.
- Moderens kommunikation med barnet kan være kendetegnet ved en form for jævnbyrdighed, hvor moderen taler til barnet, som om det er en voksen, og den naturlige generationsadskillelse, hvor moderen som den voksne tager hensyn til barnet og sikrer sig, at barnet forstår, hvad hun siger, er forsvundet.
- Undertiden kommunikerer moderen, som om barnet er den voksne, mens moderen selv bliver barnet.
- Moderen prøver at belære barnet om konsekvenserne af socialt utilpassede adfærdsmønstre, som også kendetegner hende selv. Hun kan eksempelvis formane barnet til altid at tale sandhed. I modsat fald kan barnet forvente straf eller udelukkelse. Dette kan ske samtidig med, at hun i forbindelse med barnets samkvem med faderen efter en skilsmisse, opfordrer barnet til at lyve eksempelvis omkring sygdom i situationer, hvor mor har forpurret barnets samkvem med faderen.
- Moderen gør overdreven brug af double-bind kommunikation. Double bind-kommunikation betyder, at man er tvetydig i sine meddelelser og giver ét budskab med sine ord og et modsat budskab med sin mimik. Hvis man f.eks. i forhold til et barn siger: "Hvor er jeg glad for at se dig" og samtidig trækker sig kropsligt i kontakten, er der tale om double-bind kommunikation.

10.6 Driftsforstyrrelser af overvejende seksuel karakter hos mænd og kvinder til belysning af Münchhausen by Proxy-adfærd

For at uddybe forståelsen af adfærden hos Münchhausen by Proxy-mødre medtages følgende overvejelser/erfaringer.

På en retspsykiatrisk kongres i London i marts 1993 fremlagde en psykiater og psykoanalytiker nogle foreløbige forskningsresultater vedrørende kvinders identitet og psykopatologi, når den er forstyrret (se Welldon, 1988; Schreier, 1992).

Hos mænd med personlighedsforstyrrelser i form af perversitet rettes driftstilskyndelserne mod objekter i omverdenen. Mandens adfærd er i denne situation kendetegnet ved manglende fleksibilitet, og han har ikke nogen følelsesmæssig relation til objekterne. Ydermere synes det karakteristisk, at mandens forstyrrede adfærd ikke er specielt relateret til stress-situationer, men er mere konstitutionelt funderet.

Kvinders perversioner adskiller sig ifølge Welldon og Schreier fra mændenes ved overvejende at være rettet mod deres egen krop. Selvbeskadigelse, at skære og brænde sig selv, kan indgå i denne sammenhæng. Babyen og det lille barn kan af moderen opleves som en forlængelse af hendes krop. Kvindernes seksuelle forstyrrelser er foranderlige. Kvinderne kan udmærket leve et heteroseksuelt liv, samtidig med at forstyrrelserne udfolder sig over for et eller flere børn.

Ifølge Welldon (1988) er forstyrrelserne i kvinders adfærd mere stressrelaterede, end tilfældet er hos mændene. Hun identificerer Münchhausen by Proxy-adfærd som udtryk for "a perversion of the maternal instinct", dvs. en alvorlig afvigelse i forhold til det normale moderinstinkt.

Eksempel 10.8

I en filmatiseret sygehistorie fra USA blev en far til et forsvundet barn, der senere blev fundet ombragt, afhørt af politiet på et tidspunkt, hvor politiet stadig ledte efter barnet og ingen mistænkte moderen for at have ombragt sit barn. Faderen oplyste over for politiet, at han og hans kone i den seneste tid havde haft bedre sex end nogensinde tidligere. Denne udtalelse fik en af politifolkene til at grave dybere i sagen, og det viste sig, at moderen nogle år tidligere med en anden mand havde været involveret i en lignende sag, hvor et andet af hendes børn også var afgået ved døden under mærkelige omstændigheder. Moderen blev anklaget og dømt for drabet på sit barn, mens faderen gik fri. En politibetjent kom med bemærkningen: "Men vi glemmer ham ikke."

I forhold til barnet har moderen magt og kontrol. Muligvis er der, som vi har talt om samtidig hos mødre med Münchhausen by Proxy tale om en ubevidst identifikation med barnet som offer. Når moderen helliger sig en sygepasserrolle, er det umuligt for hende at have arbejde. Samtidig er den krænkende mor i en magtfuld position i forhold til barnet. I mange andre af livets sammenhænge føler hun sig magtesløs. Muligvis identificerer hun sig ubevidst med sin egen mor som tidligere beskrevet. Hvis der er noget rigtigt i denne hypotese, gentager hun nogle af moderens mønstre, og hermed agerer hun ud fra mors planer og indoktrinering. Man kan tale om en form for delegering fra kvindens mors side. Samtidig tager hun en hævn, der ikke går ud over hendes egen mor, men over hendes

barn. Sygeliggørelsen bremser barnets selvstændiggørelse og frigørelse. Mor blev ikke selv sat fri, så barnet skal heller ikke sættes fri. Der er næppe tale om en bevidst undertrykkelse af barnet som hævnakt, men om et udtryk for stærke ubevidste aggressioner. Nogle forfattere taler om en driftsforstyrrelse. Den omfatter formentlig primær omsorg, aggression og seksualitet i en forvirrende blanding.

Så vidt det kan vurderes, forekommer incestproblematik ikke sjældent i familiehistorien hos kvinder med Münchhausen by Proxy, og det er karakteristisk, at incest overføres fra den ene generation til den næste.

Når man undersøger kvinder med Münchhausen by Proxy er det vigtigt at være opmærksom på følgende:

Mødre, der har været udsat for incest i barndommen, og som har en incestuøs adfærd over for deres egne børn, er ude af stand til at fremme selvstændighedsudviklingen hos deres børn.

Det problem, man er blevet opmærksom på, er, at mødre, der kan være tilbøjelige til at skade og brænde sig selv, ofte føler skyld og har erfaringer fra deres barndom med seksuelle overgreb. I forhold til deres egne børn sker det, at de belaster dem seksuelt. En af vejene til at finde ud af dette kan være at spørge moderen, om der er noget barn, hun nærer nogle underlige fornemmelser eller følelser for. Det vil i disse situationer ofte vise sig at være tilfældet.

10.7 Behandling af moderen med Münchhausen by Proxy

Behandlingen af moderen er stadig en stor udfordring. Familieterapi kan være en mulighed. Forudsætningen herfor er naturligvis, at børnene har en vis alder. Familieterapi har den fordel, at problemerne kommer frem i lyset.

Vi har ikke til dato fundet litteratur, der overbevisende dokumenterer, at mødre kommer fri af problematikken gennem psykoterapi.

I en artikel fra 2008 skriver Klepper og Heringhaus om et uventet positivt resultat i en sag med Münchhausen by Proxy-syndromet. Baggrunden for det positive forløb af den omtalte sag var, at moderen accepterede, at barnet skulle hjemmefra. Hendes samtykke og samarbejde gjorde det muligt for børnelæge og psykiater at yde hjælp og nå frem til et positivt resultat.

Efter en udførlig beskrivelse af diagnosticerings- og behandlingsforløbet i en række Münchhausen by Proxy-sager kunne forfatterne konkludere følgende:

- Det er bedst for børn at blive fjernet fra moderen og anbragt uden for hjemmet for længere tid uden adgang til moderen.
- Børn, der bliver hos deres mor uden yderligere kontrol, kommer til at leve i fare. Det gælder frem for alt for børn under fem år.

Det er vigtigt at tilbyde moderen psykoterapi og anden form for hjælp i disse vanskelige sager. Vi ved endnu alt for lidt om moderens muligheder for at komme fri af Münchhausen by Proxy-problematikken, der kan være dominerende i mange år, mens tiden er kostbar for hendes barn/børn.

En adskillelse af mor og barn kan anbefales, så snart diagnosen Münchhausen by Proxy er stillet. I praksis kan den dog være uhyre vanskelig at gennemføre.

Referencer

Brown, A. N., Gonzalez, G., R., & Wiester, R. T. (2014). Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child. A window on the caretaker's thinking? *Child Abuse & Neglect*, 38, 488-497.

Brun, B & Knudsen, P (2006). *Psykologisk undersøgelsesmetodik. En basisbog*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Egginton J. (1989). *From Cradle to Grave*. London: WH Allen.

Griffith, J. (1988). The family systems of Münchhausen syndrome by proxy. *Family Process*, 27, 423-37.

Klepper, J. & Heringhaus, A. (2008). Expect the unexpected: Favourable outcome in Münchhausen by proxy syndrome. *European Journal of Pediatrics*, 167, 1085-8.

Meadow, R. (1982), Münchhausen syndrome by proxy. *Archives of Diseases in Childhood*, 57, 92-98.

Moesgaard, K. & Sardemann, H. (1996). Forekomst af seksuelt misbrug hos børn henvist til en børneafdeling over en femårs periode. *Ugeskrift for Læger*, 158, 47-51.

- Moskowitz, M. & Bjørnholm, K. (1998). Factitious illness by proxy presenting as anorexia and polydipsia by proxy. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 87, 601-2.
- Polledri, P. (1996). Munchausen syndrome by proxy and perversions of the maternal instinct. *Journal of Forensic Psychiatry*, 7(3), 551-62.
- Schreier, H.A. (1992). The perversion of mothering: Munchausen Syndrome by Proxy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 421-37.
- Sheridan, M.S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-51.
- Waller, D. (1983). Case Report. Obstacles to the Treatment of Munchausen by Proxy Syndrome. *American Academy of Child Psychiatry*, 22(1), 80-85.
- Welldon, E.V. (1988). *Mother, Madonna, Whore*. London: Free Association Books.

KAPITEL 11

Münchhausen by Proxy; en gennemgang af diagnosen*Joan Mogensen***11.1 Indledning**

Da den engelske børnelæge Roy Meadow i 1977 introducerede betegnelsen Münchhausen by Proxy, havde han ladet sig inspirere af navnet på en lidelse, som Asher i 1951 havde beskrevet som Münchhausen. Ved Münchhausen opfinder patienter sygehistorier eller påfører sig selv sygdomssymptomer, som fører til gentagen og unødvendig udredning og behandling. Meadow beskrev i sin artikel to cases, hvor forældre og her især moderen udøvede en lignende adfærd over for deres børn. Der er således tale om en adfærd, hvor Münchhausen forskydes over på en stedfortræder; heraf tilføjelsen by proxy.

Den form for mishandling, der sker som led i Münchhausen by Proxy, har ifølge Meadow en særlig kvalitet, som adskiller den fra andre former for mishandling af ikke-tilfældig karakter. Han hæfter sig ved det regelmæssigt tilbagevendende mønster og det planlagte ved mishandlingen.

Om mødrene i de to cases fremhæver Meadow, at de begge befandt sig som blommen i et æg på hospitalsafdelingen, som i øvrigt i ingen af tilfældene var den første afdeling, de havde haft kontakt med. Børnene blev anvendt som instrument til at skaffe adgang til et beskyttende miljø. Begge mødre havde desuden en historie med forfalskninger af deres egen sygehistorie og behandling, og begge var blevet betegnet som hysterioforme personligheder med tendens til depression.

Meadows artikel opfyldte sit formål, at skærpe opmærksomheden i klinikken over for denne alvorlige form for mishandling og at anspore til at samle praktisk og teoretisk viden om fænomenet. Eksempelvis kan nævnes Rosenbergs artikel fra 1987, som er et review over 117 cases. Hun bestemmer her Münchhausen by Proxy som et syndrom, dvs. et mønster af symptomer og tegn, som kan have forskellige årsager. Hendes definition af Münchhausen by Proxy er som følger:

1. Forældre eller en person i forældres sted forfalsker og/eller producerer sygdom hos barnet.
2. Barnets symptomer præsenteres på en oftest vedholdende måde, som fører til mangfoldige lægelige undersøgelser og behandlinger.
3. Udøveren benægter kendskab til årsagen til barnets sygdom.
4. Akutte sygdomssymptomer og -tegn hos barnet ophører, når barnet adskilles fra udøveren (Rosenberg, 1987, pp. 548f; forfatterens oversættelse).

I en artikel fra 1995 forholder Meadow sig til Rosenbergs definition, som han anser for at være for uspecifik i forhold til at udelukke andre former for mishandling. Eksempelvis vil også forældre, der udsætter deres børn for fysisk mishandling, typisk benægte at have forulempet deres barn.

I samme artikel kommenterer Meadow en uklarhed ved Münchhausen by Proxy. Betegnelsen refererede i starten til en særlig form for børnemishandling. Imidlertid kunne snart konstateres en tendens til at tale om Münchhausen by Proxy som en lidelse hos krænkerne. Meadow præciserer her, at det giver ligeså lidt mening at tale om, at nogen lider af Münchhausen by Proxy som at tale om, at den, der begår seksuelle overgreb, lider af seksuel mishandling.

Den samme uklarhed optræder i forskellige skikkelser også i diagnosesystemerne.

11.2 Præsentation af Münchhausen by Proxy som diagnostisk kategori i diagnosemanualerne (DSM og ICD)

Münchhausen by Proxy finder vej ind i diagnosesystemerne omkring første halvdel af 1990'erne. I det amerikanske diagnosesystem, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fra 1994, DSM IV, foreslås betegnelsen factitious disorder by proxy, idet Münchhausen allerede i tidligere udgaver af DSM blev betegnet som factitious disorder.

Factitious disorder by proxy blev i DSM IV placeret i appendiks B, dvs. som en diagnose der skulle underkastes nærmere undersøgelse, før den kunne accepteres som en diagnostisk kategori til klinisk brug. De foreslåede kriterier lød således:

- A. Intentionel produktion eller foregivne fysiske eller psykologiske tegn og symptomer hos en anden person, der er i individets varetægt.

- B. Motivationen hos krænkeren er at påtage sig en sygerolle ved stedfortræder.
- C. Ydre incitament for adfærden (så som økonomisk gevinst) er fraværende.
- D. Adfærden kan ikke bedre forstås som anden mental lidelse (her efter Lasher og Sheridan, 2004, p. 20; forfatterens oversættelse).

Som det fremgår, er kategorien beregnet for udøveren af Münchhausen by Proxy-adfærd.

Især kriterium B har givet anledning til diskussion. Meadow (1995) finder, at krænkerens motivation, at påtage sig en sygerolle ved stedfortræder, er et nødvendigt diskriminerende kriterium over for tilstande, der kan ligne, men som ikke er Münchhausen by Proxy. Han nævner her blandt flere den overængstelige mor og den paranoide mor, der begge vil insistere på, at deres raske barn er sygt, men denne insistens udspringer ikke af et motiv om at påtage sig en sygerolle igennem deres barn.

Lasher og Sheridan (2004) derimod stiller sig kritiske over for at lade motivation være et diagnostisk kriterium. Deres begrundelser er blandt andre, at det er vanskeligt at afgøre, hvad det vil sige at påtage sig en sygerolle. Derudover begrænses motivationen til at være ét specifikt motiv, hvilket næppe er tilfældet. Endelig kan der være den fare, som man har set ved retssager, at selve mishandlingen forsøges underkendt, hvis det ikke kan påvises, at krænkeren har været drevet af dette bestemte motiv.

Kriterium C finder Lasher og Sheridan (2004) problematisk, idet en diagnostisk afgørelse om der er tale om Münchhausen by Proxy kommer til at hvile på, at der *ikke* forekommer en ydre gevinst. Her er de på linje med Meadow (1995). Der nævnes i begge kilder, at ydre gevinst kan forekomme ved Münchhausen by Proxy; dette sker i øvrigt med henvisning til Rosenbergs review, hvor der i omkring 5-6 % af sagerne kunne konstateres en sådan ydre gevinst (Rosenberg, 1987).

Forskningsdiagnosen i DSM IV fik således en blandet modtagelse. Sheridan (2003) har på baggrund af et litteraturstudium af 451 cases direkte fremhævet Rosenbergs definition fra 1987 som mere brugbar end definitionen i DSM IV.

WHO's international classification of diseases (ICD), som anvendes bl.a. i Europa, blev i Danmark indført i 1994 i den 10. udgave. I ICD 10 optræder Münchhausen by Proxy ikke som en specifik diagnostisk kategori, men som en diagnose inden for mishandlingsområdet og her kun under den uspecifikke kategori for "andre mishandlingssyndromer". Ofret for Münchhausen by Proxy-adfærd tildeles således denne diagnose.

Münchhausen betegnes i ICD 10 "sygdomsefterligning" og har tilføjelsen "helt eller delvist ubevidst". Sygdomsefterligning svarer til factitious disorder. Sygdomsefterligning er placeret under personlighedsforstyrrelser i underafsnittet for "andre forstyrrelser af personlighedsstruktur og adfærd hos voksne" og defineres på følgende måde:

"Patienten frembringer tilbagevendende eller vedvarende symptomer og sygdomstegn, undertiden ved selv-påført skade. Motivationen er uklar og formentlig indre, stræbende mod en sygerolle eller sygdomsadfærd. Der er ofte udtalt forstyrrelse af personlighedsstrukturen og af forholdet til andre mennesker" (ICD10, p. 151).

Denne tilstand skelnes i ICD 10 fra simulation, som på en helt bevidst basis har en rent ydre motivation, at opnå forskellige former for gevinst som f.eks. økonomisk eller social hjælp. Der erindres om denne diskussion i forhold til kriterium C i DSM IV's forskningsdiagnose.

En ekspertgruppe under The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) præsenterede i 1998 resultatet af deres arbejde med Münchhausen by Proxy i forhold til de diagnostiske uklarheder. APSAC-gruppen foreslog at give ofret, og altså typisk barnet diagnosen pediatric condition falsification og at give krænkeren, dvs. typisk moderen diagnosen factitious disorder by proxy (her efter Roesler & Jenny, 2009).

I den seneste udgave af DSM, som kom i 2013 i 5. udgave, er factitious disorder placeret i kapitlet, omfattende somatiske symptomer og relaterede forstyrrelser. Factitious disorder er her igen inddelt i factitious disorder imposed on self og factitious disorder imposed on another, hvor sidstnævnte afløser betegnelsen fra DSM IV, factitious disorder by proxy. I den danske oversættelse betegnes diagnosen, sygdomsefterligning påført en anden.

I DSM-5 er diagnosen blevet accepteret som klinisk diagnose. Nedenfor gengives kriterierne på originalsproget efterfulgt af den autoriserede danske oversættelse i skarp parentes:

- A. Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease in another, associated with identified deception. [Påføring af fysiske eller psykologiske tegn eller symptomer eller frembringelse af skade eller sygdom hos en anden, der er forbundet med en identificeret vildledning].
- B. The individual presents another individual (victim) to others as ill, impaired, or injured. [Personen fremstiller en anden person (offer) som syg, svækket eller skadet].
- C. The deceptive behavior is evident even in the absence of obvious external rewards. [Den vildledende adfærd er indlysende selv i fraværet af klare ydre belønninger]
- D. The behavior is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder. [Adfærden kan ikke bedre forklares ved en anden psykisk lidelse som fx vrangforestillinger eller anden psykotisk lidelse]

Det præciseres, at krænkeren får denne diagnose, mens ofret får en diagnose fra mishandlingsområdet. Det nye i forhold til DSM IV er, at motivationen i form af at påtage sig en sygerolle er fjernet fra kriterierne sammen med fravær af ydre gevinst. Afgørende er den identificerede vildledning (jf. A) eller den vildledende adfærd (jf. C).

Kriterium D, at adfærden ikke bedre kan forklares ved anden mental lidelse, optræder ved enhver diagnostisk kategori. Her har kriteriet imidlertid en lidt usædvanlig specifik karakter, nemlig at der ikke må være tale om anden mental lidelse i form af vrangforestillinger eller anden form for psykose. Formålet med denne specificering er formentlig at udelukke tilstande af psykotisk karakter som basis for denne form for mishandling.

Diagnosen i DSM-5 er mere inkluderende end forskningsdiagnosen i DSM IV, idet genstanden for denne form for mishandling udover at omfatte børn og voksne også kan omfatte kæledyr.

ICD 11 er stadig undervejs. Det er ikke lykkedes os at indhente information om, hvordan Münchhausen by Proxy her vil optræde som diagnostisk kategori.

11.3 Medical child abuse – medicinsk børnemishandling

Roesler og Jennys bog med titlen ”Medical Child Abuse. Beyond Munchausen by proxy” udkom i 2009. Betegnelsen Medical Child Abuse havde Roesler og Jenny introduceret allerede i 1995 på et årsmøde ved foromtalt selskab APSAC. Definitionen lyder således:

“Medicinsk børnemishandling forekommer, når et barn udsættes for unødigt og skadeligt eller potentielt skadeligt lægelig undersøgelse og behandling, tilskyndet af en omsorgsgiver (Roesler & Jenny, 2009, p. 43; forfatterens oversættelse).

Definitionen er et forsøg på at formulere en begrebsmæssig præcis kategori, som samtidig har praktisk værdi. Pædiaterens primære faglige opgave ved disse sager er at identificere denne form for børnemishandling så hurtigt og så effektivt som muligt for at få mishandlingen til at ophøre. Pædiateren behøver ingen viden om krænkerens motivation for at kunne identificere selve mishandlingen. Først i anden række bliver motivationen vigtig at afdække, når det skal vurderes, hvordan barnet bedst kan beskyttes i forhold til krænkeren.

I modsætning til Meadow finder Roesler og Jenny ikke afgørende forskelle mellem denne form for børnemishandling og andre former. Forfatterne fremhæver eksempelvis pædofili, hvor mishandlingen også er planlagt. De fremhæver endvidere fysisk vold, hvor der ofte ses bedrag og benægtelse af sagforhold hos krænkeren. Det eneste træk, der ifølge Roesler og Jenny skarpt adskiller mishandlingen ved Münchhausen by Proxy fra andre former for mishandling, er, at børnelæger inddrages som instrument i mishandlingen af børnene på forældres foranledning. Dette er således baggrunden for betegnelsen medical child abuse. ”Medical” skal her forstås i bred betydning, idet lidelser af psykiatrisk karakter som f.eks. ADHD eller autisme også falder inden for kategorien. I modsætning til DSM-5 begrænses kategorien her til kun at dreje sig om børn.

Med hensyn til krænkeren anfører Roesler og Jenny, at det ikke er lykkedes at afdække en bestemt profil, som adskiller sig fra profilen hos de, der udsætter deres børn for andre former for mishandling. De opponerer således mod overhovedet at betegne Münchhausen by Proxy som et syndrom. Dog medgiver de, at der er en overvægt af somatiseringstilstande hos krænkerne.

11.4 Problemer med Münchhausen by Proxy som diagnose for psykisk lidelse hos krænkeren

Lasher og Sheridan (2004) advarer mod at anvende Münchhausen by Proxy som en diagnose for psykisk lidelse hos krænkeren. Hovedargumentet er, at der ikke er tale om én bestemt psykisk lidelse, men om en vifte af psykiske lidelser. Blandt de dominerende bagvedliggende psykiske lidelser ses som nævnt somatiseringstilstande, herunder factitious disorder, dvs. sygdomsefterligning samt personlighedsforstyrrelser (jf. Bass & Glaser, 2014; Bass & Jones, 2011; Bools et al., 1994).

At anvende Münchhausen by Proxy som diagnose for psykisk lidelse kan desuden, som bl.a. Meadow (1995) og Fisher og Mitchel (1995) er inde på, give anledning til fejlagtigt at tro, at diagnosen kan stilles af en psykiater alene på basis af psykiatrisk udredning.

Münchhausen by Proxy er først og fremmest en pædiatrisk kategori, idet kun pædiatrisk udredning kan afdække, at der er tale om denne særlige form for mishandling. Krænkeren kan således også gennem pædiatrisk udredning få diagnosen sygdomsefterligning påført en anden, eller hvad den tilsvarende danske diagnose kommer til at hedde i ICD-11.

Den nærmere udredning af den bagvedliggende psykopatologi hos krænkeren kan være såvel en psykiatrisk som en psykologisk opgave. Denne opgave vil imidlertid altid hvile på den forudsætning, at mishandlingen er konstateret og udredt i pædiatrisk regi.

Referencer

- Asher, R. (1951). Munchausen's syndrome. *The Lancet*, 10, 339-341.
- Bass, C. & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet*, 383, 1412-21.
- Bass, C. & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *British Journal of Psychiatry*, 199, 113-118.
- Bools, C., Neale, B. & Meadow, R. (1994), Munchausen syndrome by Proxy: A study of Psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 773-788.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (1994), American Psychiatric Association.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (2013), American Psychiatric Association.
- Fisher, G.C. & Mitchell, I. (1995), Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Archives of Diseases in Childhood*, 72(6), 530-534.
- Lasher, L. J. & Sheridan, M.S. (2004), *Munchausen by Proxy. Identification, Intervention, and Case Management*. New York: The Haworth Press, Inc.
- Meadow, R. (1977), Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *The Lancet*, 13, 343-345.
- Meadow, R. (1995), What is and what is not, "Munchausen syndrome by proxy"? *Archives of Diseases in Childhood*, 72(6), 534-538.
- Roesler, T.A. & Jenny, C. (2009). *Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Rosenberg, D.A. (1987), Web of Deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11, 547-563.
- Sheridan, M.S. (2003), The deceit continues: an updated literature review of Munchausen by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451.
- WHO ICD-10 (1994), *Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.

Ordforklaringer

Abstinenser, psykiske og fysiske forstyrrelser som følge af pludseligt afbrudt vanemæssig indtagelse af alkohol eller andre afhængighedsskabende midler. For det nyfødte barn afhænger typen af abstinenser af, hvilket afhængighedsskabende middel moderen har indtaget. Symptomerne kan variere fra uro til kramper og død.

Anamnese, at optage en anamnese betyder at indhente oplysninger om en sygdoms udviklingshistorie. I psykologiske og psykiatriske sammenhænge forsøger man at kortlægge væsentlige sider af et menneskes livshistorie ved at spørge ud om i forvejen definerede emneområder.

Anoreksi, dagligdags betegnelse for den psykiatriske diagnose *Anorexia Nervosa*, dvs. nervøs spisevægring. Lidelsen er defineret ved følgende: Tilsigtet vægttab, fedtfobi, forvrænget kropsopfattelse, ophørte menstruationer (eller for unge forsinket pubertetsudvikling), et vægttab på 15 % under forventet idealvægt eller hos børn manglende vægtøgning.

Apatisk, ligegyldig og uden engagement.

Baby Blues, Baby Blues eller efterfødsel blues (på engelsk Post Partum Blues) er korte episoder med følelsesmæssig labilitet og angstelse samt tendens til gråd, der forekommer hos 50-80 % af alle mødre inden for de første fem dage efter fødslen. Det anses således for at være en fuldstændig normal reaktion (First & Tasman, 2004).

Battered Child Syndrome, mekaniske, ofte multiple læsioner hos småbørn. De er forårsaget af voldelig afstraffelse eller adfærd. Forklares ofte af udøveren som ulykkestilfælde eller forties.

Benægtelsesmekanisme, benægten hører ind under de umodne forsvarsmekanismer og henviser til, at realiteten benægtes, når denne forekommer ubærlig og pinefuld.

Borderline personlighedsforstyrrelse, amerikansk betegnelse for en bestemt type personlighedsforstyrrelse. Borderline personlighedsforstyrrelse forekommer i ICD-10 (WHO's klassifikation af sygdomme) som en undergruppe af den emotionelt ustabile personlighedsforstyrrelse, der også omfatter den impulsive personlighedsforstyrrelse. Den impulsive type er kendetegnet ved uoverlagte handlinger, hvor man handler uden tanke for konsekvenserne. Der er alvorlige problemer med at styre temperament. Borderline personlighedsforstyrrelsen er derudover kendetegnet ved intense og ustabile relationer til andre mennesker, ligesom identitetsfølelsen er usikker.

Diagnostisk/diagnostik, at diagnosticere betyder at træffe afgørelse om en sygdoms art, hvor et individuelt sygdomsbillede sammenlignes med alment beskrevne sygdomsenheder. Diagnoser tjener flere formål, bl.a. at kunne fastlægge behandling og at foretage vurderinger af prognostisk art, dvs. at kunne skønne over sygdomsforløb.

Dissociativ personlighedsforstyrrelse, At dissociere betyder at adskille. Dissociative tilstande eller forstyrrelser dækker over tilstande, der er karakteriseret ved delvist eller fuldstændig tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, sanseoplevelser og beherskelse af legemlig motorik. Dissociative forstyrrelser kan optræde i varierede skikkelser som f.eks. dissociativ amnesi (hukommelsestab), dissociative bevægelsesforstyrrelser, eksempelvis lammelse, og dissociativ trancetilstand. Tidligere benævntes disse tilstande konversionshysteri. Et fællestræk er, at der er tale om symptomer i funktioner, som almindeligvis er under viljens kontrol. En særlig kategori ses ved den sjældne multiple personlighed, hvor et individ rummer adskilte personligheder med særegne erindringer og adfærdsmønstre, der kan veksle, mens der er amnesi (hukommelsestab) for den personlighed, der ikke aktuelt er fremtrædende. Dissociative tilstande menes ofte at være udløst af traumatiske påvirkninger, indre psykiske konflikter eller interpersonelle konflikter.

Dolus eventualis, hos Knud Waaben defineres dolus eventualis således: ”Den, der har set et gerningsmoment eller en følge som en mulighed anses som forsætligt handlende, såfremt han, idet han indså muligheden, psykologisk har forholdt sig godkendende eller accepterende til det mulige for det tilfælde, at det måtte være den faktiske sammenhæng eller blive den faktiske følge”.

Double bind-kommunikation, double bind-kommunikation indebærer, at der gives indbyrdes modstridende budskaber fra samme afsender. Ofte antager double bind-kommunikation form af en modsætning mellem det, der faktisk bliver sagt, og den måde, det siges på, som det manifesterer sig gennem kropssprog, mimik og stemmeføring. Modtageren af double bind-kommunikation bliver herved sat i det uudgæelige dilemma, at han ikke kan forholde sig til den ene del af budskabet uden at komme i konflikt med den anden del. En måde at overvinde denne konflikt på vil ofte være at skubbe den ene del af budskabet ud af bevidstheden.

Egocentricitet, det at se verden ud fra sit eget perspektiv og således være ude af stand til at se en sag fra andre synsvinkler end sin egen.

Fabulere, at fortælle historier, der ikke er forpligtet over for realiteten. Fabulering kan også anvendes om sygelig løgnagtighed. I testresultater fra psykologiske test kan der ses fabulering, når en prøveperson unødigt og vilkårligt digter videre på beskrivelser og associationer.

Fortrængning, fortrængning hører til de modne forsvarsmekanismer og indebærer, at en ide eller følelse enten aldrig når det bevidste lag eller skydes væk herfra. Ifølge Freuds tænkning optræder det fortrængte dog ofte i maske- ret eller symbolsk form i bevidstheden.

Fødselsdepression, fødselsdepression skal skelnes fra fødselspsykose. Der forekommer større sårbarhed hos kvinder, der tidligere har haft alvorlige affektive dvs. stemningsrelaterede psykoser, eksempelvis inden for de bipolare lidelser (tidligere betegnet som mani-depressive). Der er forøget risiko ved senere fødsler, hvis man har haft en alvorlig depression efter en fødsel (First & Tasman, 2004). Med hensyn til risiko for gentagen fødselsdepression giver litteraturen ikke helt overensstemmende oplysninger.

Fødselspsykoser, fødselspsykoser, dvs. alvorlige psykotiske episoder, forekommer hos kvinder ved 0,1-0,2 % af fødslerne. Der er en ubetydelig risiko for tilbagevendende psykotisk episode ved senere fødsler. Det er vigtigt at identificere tilstanden, idet moderens og barnets liv kan være i fare (First & Tasman, 2004).

Histrionisk, betegnelse for bestemte personlighedstræk, der tidligere blev betegnet som hysteriske træk, og som er karakteriseret ved labil emotionalitet, tilbøjelighed til dramatisering, anvendelse af overdrevne følelsesudtryk, let påvirkelighed, egocentricitet, forfængelighed, sårbarhed og vedholdende søgen efter anerkendelse og opmærksomhed. De nævnte træk kan antage en så gennemgribende karakter, at der er tale om en histrionisk personlighedsforstyrrelse.

Hypokonder paranoia, en særlig form for psykotisk, hypokonder tilstand, hvor patienten er overbevist om, at han lider af alvorlig sygdom eller legemlig defekt, som andre, og her især læger undertiden, tillægges ansvaret for. Patienten vil ofte forfølge læger på en vedholdende, kværlantisk måde og ikke sjældent fremlægge minutøse registreringer af symptomer, behandling og andet, som han finder væsentligt for at "dokumentere" fortrædelighederne.

Identifikation, identifikation er en tilstand eller proces, hvorved man lever sig ind i en anden person, således at man i større eller mindre grad overtager en anden persons egenskaber, holdninger og opfattelser.

Identitetsudvikling, den udvikling, hvorved ethvert menneske danner sin identitet, dvs. etablerer stabile, særegne personlighedstræk, der opfattes som typiske for vedkommendes person. En væsentlig del af identiteten er den kønsmæssige identitet. Identitetsbegrebet indgår i forskellige psykologiske teorier med varierede og specifikke definitioner. Her er angivet en generel betydning, som ligger tæt på dagligdagens sprogbrug.

Incest, i snæver forstand henviser incest til seksuel omgang mellem nærtbeslægtede. I bredere forstand henviser incest til seksuelt misbrug af børn fra familiemedlemmers side, uanset biologisk slægtskab.

Instinktiv, at en adfærd er instinktiv vil sige, at den ligger i det genetiske, arvemæssige repertoire. Når en mor eksempelvis drager omsorg for sit barn, sker det således på basis af bestemte genetiske dispositioner. Det skal dog præciseres, at adfærdens genetiske bundethed ikke er eneansvarlig for omsorgen, ligesom der heri ikke ligger en garanti for, at omsorgen uden videre realiseres.

Kleptomani, lystbetonet impulshandling, hvor man stjæler ting, man ikke har brug for. Selve handlingen er en integreret del af ens jeg, mens man kan føle skam og fortrydelse efter handlingen.

Kognitivt deficit, deficit betyder mangel. Når der er kognitivt deficit betyder det, at der er mangler på det forstandsmæssige, intellektuelle område. Ved mental retardering indebærer kognitivt deficit intellektuelle evner, der ligger under normalområdet, mens kognitivt deficit ved eksempelvis senhjerneskader kan dreje sig om forskelligartede problemer med koncentration, hukommelse og overblik, afhængigt af skadens omfang og karakter.

Konstitutionelt, som tilhører en konstitution, dvs. stabile egenskaber ved en person, erhvervede såvel som nedarvede.

Kontaktævne, evnen til at etablere og opretholde kontakt med andre mennesker. Modsvarende kontaktbehov, som anses for et grundlæggende behov hos mennesker og andre sociale væsener.

Maniodepressive sindslidelser, tidligere betegnelse for det spektrum, der i gældende diagnostik betegnes som de affektive sindslidelser.

Objektkonstans, evnen til at kunne forstå, at objekter, dvs. genstande og herunder mennesker, fortsætter med at eksistere, selv om de er uden for synsvidde. Objektkonstans omfatter endvidere evnen til at forstå, at et objekt er det samme, selv om det kan tage sig forskelligt ud afhængigt af den vinkel, det betragtes fra. Barnet erhverver sig i løbet af sin udvikling objektkonstans (eller objektpermanens, som nogle gange bruges synonymt hermed). Dette betyder, at barnet eksempelvis erhverver forståelse for, at mor er den samme og fortsætter med at eksistere, selv om barnet ikke kan se hende, og at hun er den samme, selv om hun kan have forskellige ansigtsudtryk eller på anden måde se forskellig ud. Objektkonstans menes at være fuldt udviklet i barnets tredje leveår.

Personlighedsforstyrrelse, livslangt personlighedsmønster, som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede inden for erkendelse, holdning, følelser, impuls kontrol og interpersonelle forhold med utilpasset, uhensigtsmæssig adfærd, der skaber problemer for personen selv eller for omgivelserne. Der er tale om vedvarende mønstre, som manifesterer sig i barndommen eller i puberteten.

Personlighedsstruktur, henviser til grundlæggende og karakteristiske træk ved en personlighed inden for såvel erkendelse som følelsesliv og adfærd. Under personlighedsstrukturen beskrives ofte typiske forsvarsmekanismer og indre konflikter af betydning for dømmekraften.

Projektion, brugt i snæver betydning refereres her til en umoden forsvarsmekanisme, hvor en person tillægger andre følelser, impulser eller forestillinger, som personen ikke selv kan bære og ikke kan vedkende sig. Projektion ses typisk ved alvorlige psykopatologiske tilstande og ved de alvorlige personlighedsforstyrrelser.

Psykopatologi, læren om psykiske lidelser. Den systematiske undersøgelse af alvorlige sindslidelser og mentale forstyrrelser, af deres natur og årsager.

Psykotisk tænkning, tænkning, der har mistet kontakt til realiteten, og som er særdeles vanskelig at korrigere. Psykotisk tænkning kan i sin struktur antage form af formelle tankeforstyrrelser, hvor der kan ses eksempelvis glidning i ords betydning og sammenblanding af ord og begreber, der kun har lidt eller intet med hinanden at gøre.

Reinkarnation, i østlige religioner, som f.eks. hinduisme og buddhisme, anses sjælen for at kunne vandre. Et dødt menneskes sjæl forlader således legemet for at kunne genfødes i et nyt legeme.

Sataniske ritualer, sataniske ritualer er betegnelsen for rituelt mishandling/tortur. Der er tale om fysisk og seksuelt misbrug af mennesker i en sammenhæng med okkulte eller spirituelle ritualer. Det kan handle om djævluddrivelse eller djævletilbedelse. Sager af denne art opstod i begyndelsen af 1980'erne i USA og spredte sig til andre dele af den vestlige verden. Definitionen på sataniske ritualer har været uklar og emnet som helhed kontroversielt. Et lille antal børn antages at være blevet misbrugt i disse sammenhænge. Et eksempel på et satanisk ritual var en mor, som anbragte nåle i sit barn, der forinden var blevet bedøvet. Nålene skulle drive onde kræfter ud af barnet.

Selvopholdelsesdrift, drift til opretholdelse af egen sikkerhed og overlevelse.

Selvskadende adfærd, en type adfærd, hvor en person bevidst skader sit eget legeme, uden at det er et selvmordsforsøg. Selvskadende adfærd kan antage mange former, hvor "cutting" er meget udbredt, dvs. at skære i sig selv, så det bløder. Der kan også være tale om at rive hår ud, banke hovedet eller andre legemsdele hårdt ind i genstande, eller indtage en overdosis piller. Selvskadende adfærd menes at tjene den funktion at give en psykisk smerte et håndterbart fysisk udtryk. Endvidere menes selvskadende adfærd at udløse kroppens egne smertestillende midler, endorfiner, således at man kan blive afhængig af selvskadende adfærd. Selvskadende adfærd sås tidligere kun ved de alvorlige psykosor og senere ved de alvorlige personlighedsforstyrrelser, mens det i dag er et fænomen, som også er udbredt ved tilstande, der ikke med sikkerhed kan betragtes som psykopatologiske.

Selvudvikling, udvikling af selvet. Især Daniel Stern (1993) har beskrevet udviklingen af selvet i de tidligste perioder i barnets liv. I hans begreber om det gryende selv, kerneselvet, det subjektive selv og det verbale selv beskrives kvaliteter ved barnets subjektive oplevelse af at være et selv, som dette formes gennem udviklingen i relationen til andre mennesker.

Skizofreni, sindslidelse kendetegnet ved alvorlig kontaktforstyrrelse og psykotiske symptomer i form af vrangforestillinger og hyppigt hallucinationer samt angst. Der forekommer tankeforstyrrelser og forstyrrelser i perception, inadækvat eller affladet affekt, men klar bevidsthed. Forløbet kan være kronisk fremadskridende eller episodisk med fuld eller delvis remission, dvs. forsvinden af sygdomssymptomer. Der findes flere former for skizofreni, og området betegnes "det skizofrene spektrum".

Socialiseringsproces, den proces, hvorved individet tilegner sig et samfunds værdier, holdninger og normer som en del af sin egen personlighed.

Somatiseringstendens, tilbøjelighed hos et menneske til i kortere eller længere tid at reagere med legemlige symptomer på psykisk pres. Undertiden kan der være tale om en livslang ubevidst problemløsningsstrategi.

Stenisk, energisk, utrættelig med hensyn til psykisk energi (modsat astenisk).

Stigmatiserende, stigma betyder mærke eller brændemærke. Antipsykiatrien, der i 1970'erne stod i opposition til den traditionelle psykiatri, havde øje for de psykiatriske diagnoser stigmatiserende funktion, dvs. at personer med sådanne diagnoser blev fraskrevet rationalitet i enhver henseende, idet enhver ytring blev tolket i lyset af den lidelse, der blev opfanget i diagnosen.

Symbiotisk, træk ved en relation, hvor der er manglende adskillelse mellem selvet og den anden. Eksempelvis har en mor en symbiotisk relation til sit barn, når hun ikke kan adskille egne behov fra barnets, og når hun lader barnet blive et redskab for sin egen behovstilfredsstillelse.

TAT, Thematic Apperception Test er en projektiv prøve, dvs. en prøve, hvor materialet er konstrueret således, at prøvepersonen inviteres til at lægge egne følelser og tanker ind i materialet, dvs. til at projicere i den brede betydning af ordet. Materialet i TAT er billeder af mennesker i forskellige situationer, hvor opgaven er at fortælle en historie til de enkelte billeder ved at forsøge at leve sig ind i personernes følelser og tanker. Prøven er udviklet af Murray (1938).

Tilknytning, betegnelse for det følelsesmæssige bånd mellem mor/omsorgsperson og barn. Ved 6-7 måneders alderen begynder barnet at udvikle en forkærlighed for moderen som den person, der kan trøste, beskytte og generelt give barnet en fundamental følelse af psykologisk sikkerhed. Tilknytningsteorien er formuleret af John Bowlby (1969).

Tilknytningsmønster, et tilknytningsmønster beskriver kvaliteten af det følelsesmæssige bånd mellem mor og barn. Der skelnes mellem sikker (tryk) og usikker (utryk) tilknytning, hvor den usikre tilknytning igen underinddeles i tre mønstre, nemlig det undgående, det ambivalente og det desorganiserede tilknytningsmønster. Beskrivelserne af de to første usikre tilknytningsmønstre er udarbejdet af Ainsworth (Ainsworth et al, 1978), mens bl.a. Main and Solomon (1986) har tilføjet det desorganiserede tilknytningsmønster. Det klinisk centrale ved tilknytningsteoriene som helhed er, at tilknytningsmønstre er blevet identificeret som betydningsfulde i forhold til at forstå personlighedsdannelsen, når denne må foregå på basis af en usikker tilknytning.

Traumatiseret, at være udsat for traumer medfører en traumatisering, som på det psykiske område dækker en række karakteristiske symptomer som følge af den ydre påvirkning, traumat medfører. Traumatisering ses f.eks. hos torturofre og hos personer, der har været offer for seksuelle overgreb eller anden mishandling.

Værdispringsreglen, reglen er indført med henblik på at sikre, at en myndighed kan videregive fortrolige oplysninger af betydning for en anden myndigheds opgaver, selv om det ud fra en generel fortolkning af tavshedspligtreglerne ikke lovligt ville kunne ske. Folketinget kan ikke i lovene tage højde for alle tænkelige situationer, så med denne regel sikres, at praktikerne, der formodes at vide mest om sit fagområde, i en helt konkret situation har mulighed for at videregive en ellers tavshedspligtsbelagt oplysning. Betingelsen er, at det vurderes, at oplysningen har så stor betydning for den anden myndigheds løsning af sine opgaver, at springet i de værdier man forsøger at tilgodese i den offentlige forvaltning (tavshedspligten på den ene side og en korrekt og kvalificeret løsning af opgaver på den anden side) er så stor, at tavshedspligten må vige for det større gode i den anden sag/opgaveløsning. Forudsætningen for lovlig videregivelse er, at den værdi, der søges tilgodeset ved videregivelsen, klart overstiger værdien i tavshedspligten.

Referencer

Ud over den her angivne litteratur henvises til referencerne til ordforklaringsafsnittet (appendiks 3) i Brun, B. & Knudsen, P. (2006). *Psykologisk undersøgelsesmetodik: En basisbog* (2. udgave). København: Dansk psykologisk Forlag.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waers, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.

- Benjaminsen, S., Glenthøj, B., Bartels, U. & Lindhardt, A. (2004). *Akut Psykiatri – Skadestuepsykiatri*. København: FADL.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Egidius, H. (red.) (2001). *Nyt Psykologisk Leksikon*. København: Hans Reitzels Forlag.
- First, M. & Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR Mental Disorders: Diagnosis, Etiology and Treatment*. West Sussex: Wiley and Sons.
- Hemmingsen, R., Parnas, J., Sørensen, T., Gjerris, A., Bolwig, T.G. & Reisby, N. (red.) (2000). *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard.
- Langsted, L.B. (red.) (2015). *Waaben strafferettens almindelige del*. København: Karnov Group Denmark A/S.
- Madsen, K.B., (red.) (1980). *Psykologisk leksikon* (2. udgave). København: Gyldendal.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a disorganized/disoriented attachment. In: Brazelton, T.B. & Yogman, M.W. (red.). *Affective development in infancy*. Norwood, NJ.: Ablex.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Stern, D. (1993). *Barnets interpersonelle univers*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. (1997). *Moderskabskonstellationen. Et helhedssyn på psykoterapi med forældre og børn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Strömgen, E. (1976). *Psykiatri*. København: Munksgaard.
- WHO. (1996). ICD-10. *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard.