

Når behovet for oppmerksomhet og sympi overgår morsfølelsen: En litteraturgjennomgang av Münchausen syndrome by proxy

Foreldre som med vilje produserer fysiske eller psykiske symptomer hos sine barn, utøver ikke bare en type mishandling med dødelig utfall for barnet, men de involverer også helsepersonell i mishandlingen ved at det gjennomføres unødvendige og ofte smertefulle medisinske undersøkelser.

TEKST

Anne-Kari Torgalsbøen

PUBLISERT 1. april 2008

ABSTRACT:

From Münchausen syndrome by proxy to factitious disorder by proxy: A literature review

Münchausen syndrome by proxy (MSBP) is a severe and difficult to identify form of child abuse characterised by the simulation, aggravation or production of symptoms of illness in a child by an adult. MSBP frequently leads to multiple hospital admissions and is associated with a high mortality and long-term morbidity rate. To protect children from abuse and caretakers from false allegations, a high degree of accuracy of the diagnostic assessment is necessary. Comprehensive knowledge about this form of abuse also helps make an accurate diagnosis. This article describes the characteristic features and development of MSBP. The author discusses different psychological perspectives explaining the perpetrator's motivation as well as the psychopathological origins of abnormal behaviour by proxy. Guidelines are presented that explain how to distinguish medical aspects from psychological aspects of MSBP.

Keywords: Münchausen syndrome by proxy, factitious disorder, child abuse

EMNER

Münchausen syndrome by proxy

MSBP

Kunstig lidelse

Barnemishandling

Uventede dødsfall i spedbarnsalderen representerer en tragedie for foreldrene som rammes. Mens krybbedød utgjorde den altoverveiende andel av plutselig uventede dødsfall i spedbarnsalderen på 1980-tallet (80 %), har den relative andelen av tvilstilfeller – det man kaller gråsome-krybbedød – økt betydelig (1 % i perioden 1984–1989 til 9 % i perioden 1990–2000) (Rettsmedisinsk Institutt, 2004). Med gråsome-krybbedød menes krybbedød der det er uklare forhold i sykehistorien, uklare forhold

ved omstendighetene rundt dødsfallet, eller der det avdekkes skader og sykelige forandringer ved obduksjon. Forholdene anses imidlertid ikke å være tungtveiende nok til å forklare dødsårsaken. Andre dødsfall som skyldes omsorgssvikt og mishandling, har i den samme perioden også vist en klar økning (Rettsmedisinsk Institutt, 2004).

Omtrent 1 % av plutselige uventede dødsfall i spedbarnsalderen blir nå sett i sammenheng med bevisst kvelning, men dette varierer sannsynligvis over tid og mellom populasjoner (Emery et al., 1988; Wolkind, Taylor, Waite, Dalton & Emery, 1993; Levene & Bacon, 2004). Ved obduksjon kan funn av blødninger fra barnets nese og munn indikere at barnet har blitt kvalt. Likeledes kan funn av hemosiderin i lungenes makrofager indikere tidligere kvelningsforsøk. Av og til kan man finne lyserødt skum i nese og svelg. Tilstedeværelse av friskt blod fra munn og nese har blitt hevdet å kunne skyldes kvelning ved tildekking av ansiktet (Meadow, 1995). Slike funn er imidlertid for lite spesifikke til å kunne brukes som bevis i straffesaker. Det samme gjelder funn av blødning i barnets lungealveoler og jernholdige makrofager i lungene. Hos ca. 70 % av krybbedødfrene finnes punktformige blødninger på thymus (brisselet), og ofte også på lungene og på hjertets overflate. Årsaken til disse blødningene er omstridt. Noen hevder at de skyldes kvelning på grunn av en indre sperre i luftveiene (f.eks. på grunn av svekkelse av bakre svelgvegg), mens andre mener de kan skyldes bakterielle toksiner.

Betegnelsen «gentle battering» ble innført i 1982 av Taylor og Emery for å beskrive tilfeller der kvelning ved hjelp av et objekt eller en hånd førte til barnets død (Meadow, 1995). Dette ble bekreftet ved at noen foreldre som hadde mistet barn i krybbedød, i ettertid innrømmet at de hadde kvalt barnet. Ved en henvendelse til avdelingsoverlege dr. med. Jens Grøgaard ved Barneklubben, Ullevål sykehus (2007) har denne informasjonen blitt bekreftet. De har ved flere anledninger opplevd at mødre som har deltatt i sorggrupper ved avdelingen fordi de har mistet et barn, noen år senere forteller et helsepersonell i fortrolighet at de tok livet av barnet. Som rettsoppnevnt sakkyndig har jeg en rekke ganger utredet mødre som har gjort forsøk på å kvele barna sine, for deretter å bringe det til sykehuset fordi barnet har respirasjonsproblemer. Foreldre som påfører barn skader slik at det skal se ut som barnet er sykt, har blitt omtalt som Münchausen syndrome by proxy (MSBP), og kunnskapsgrunnlaget om denne type mishandling har vært økende siden begynnelsen av 1980-tallet. Mer spesifikt dreier det seg om foreldre som produserer fysiske eller psykiske symptomer hos barnet som oppfattes som sykdom. Foreldre som utsetter sine barn for pustestans som kan resultere i kvelning, viser en viljestyrt induisert forstyrrelse som utgjør et mishandlingsspekter der død ved kvelning representerer det alvorlige ytterpunktet.

Hensikten med denne artikkelen er for det første å klargjøre hva som er karakteristisk ved MSBP, slik at psykologer som arbeider som sakkyndige, raskt kan identifisere fenomenet. Deretter drøfter jeg diagnosens validitet og hensiktsmessighet. De rettsikkerhetsmessige implikasjoner av MSBP som en betegnelse på barnemishandling versus en diagnose på psykisk lidelse hos overgriperen vil bli diskutert. Hvordan kan en omsorgsperson utsette sitt barn for slike omfattende plager med risiko for dødelig

utfall? Dette spørsmålet drøftes med utgangspunkt i ulike forklaringsmodeller innenfor psykopatologi og tilknytningsteori.

Historikk

Münchausens syndrom, en psykologisk forstyrrelse der personer fabrikkerer symptomer hos seg selv, og Münchausen syndrom by proxy, der «by proxy» betyr ved stedfortreder, er begge oppkalt etter Baron von Münchausen, som var viden kjent for å fortelle merkelige historier. Navnet ble først brukt i 1951 av dr. Richard Asher for å beskrive selvpåført sykdom. Han oppdaget et iøynefallende samsvar mellom baronens løgnaktige historier og de overdrevne og konstruerte symptomene hos personer med disse forstyrrelsene. Betegnelsene Münchausen syndrome og Münchausen syndrome by proxy (MSBP) ble derfor tatt i bruk som kliniske betegnelser for å beskrive disse induserte og viljestyrte forstyrrelsene.

På 1970-tallet ble MSBP tatt i bruk for å beskrive en potensielt dødelig variant av barnemishandling der foreldrene forgiftet barna sine med ulike medikamenter, noe som ble vurdert som en ikke-aksidentell skade (Rogers et al.,1976). Meadow (1977) utvidet bruksområdet til å inkludere barn som ikke bare ble påført sykdom ved at de fikk medikamenter, men som også av andre ble oppfattet som syke og derfor måtte gjennomgå mange medisinske undersøkelser. Denne type mishandling var vanskelig å oppdage fordi overgriperen fremsto som en tilsynelatende omsorgsfull forelder som aktivt førte leger bak lyset ved å få dem til å behandle barnet for sykdommer som foreldrene selv hadde forårsaket. Som en konsekvens ble barna utsatt for unødvendig lidelse som for noen endte med døden.

Siden den gang har bruken av betegnelsen blitt utvidet fra å beskrive en form for mishandling til også å bli brukt som en diagnose på barnets overgriper (vanligvis barnets mor). Det karakteristiske er at moren overdriver barnets symptomer og går fra lege til lege med alvorlige, men uforklarlige plager. Ifølge Meadow (1995) skal betegnelsen MSBP kun anvendes i situasjoner der omsorgsgivere med vilje forsøker å villedde andre for selv å påta seg rollen som syk «by proxy». Ønsket om å identifisere og beskytte barn mot denne type mishandling, og prosessen med å profilere MSBP-mødre, førte til økt oppmerksomhet for varseltegn på MSBP, og i 1996 hadde ikke mindre enn 100 «røde flagg» blitt identifisert. Mange av disse varseltegnene var selvmotsigende, og en del viste seg også å være vanlige hos mødre som hadde barn med utviklingsforstyrrelser. Dersom mødre fremsto som rolige eller engstelige, sjarmerende eller fiendtlige, fjerne eller overinvolverte, kunne hvilket som helst uttrykk bli beskrevet som karakteristisk for mødre med MSBP (Pankratz, 2006). Flere fagpersoner begynte derfor å ta til orde for at betegnelsen var i ferd med å bli misbrukt, og at foreldres rettsikkerhet kunne være truet.

I en gjennomgang av 200 artikler og bøker innenfor fagområdene medisin, psykiatri, sykepleie, sosialt arbeid og juss publisert i perioden 1966–1999, utført av Rand og Feldman (1999), fant man bare syv tilfeller av feilaktig diagnose. To av disse syv rapportene beskrev dødsfall hos barn. Pankratz (1998,1999) diskuterer også to tilfeller av

feilaktig bruk av diagnosen der mødrene begge hadde psykiske problemer uten at de av den grunn hadde påtatt seg rollen som syk «by proxy». Selv om dokumentasjonen av feilaktig bruk av denne diagnosen kan vise til få tilfeller, får en «overdiagnostisering» av MSBP store rettssikkerhetsmessige konsekvenser for dem det angår. I de tilfellene der foreldre blir arrestert mistenkt for å ha forvoldt barnets død, får disse sakene ofte høy eksponering i media. Slike saker har, og skal ha, interesse i media ikke minst på grunn av de store rettssikkerhetsmessige implikasjoner en feil vurdering kan få for de tiltalte. På den annen side er det også avgjørende for barnets liv at denne type mishandling blir avdekket, og at barnet blir brakt i sikkerhet. I 2005 ble Roy Meadow stilt for retten, beskyldt for å ha satt diagnosen Münchausen Syndrome by proxy på feilaktig grunnlag slik at en rekke kvinner i England ble fratatt sine barn. Dette skapte stor debatt, og General Medical Council (GMC) fant i 2006 Meadow skyldig i «serious professional misconduct», og hans navn ble slettet fra det medisinske registeret. Meadow vant imidlertid fram i Høyesterett overfor anklagen fra GMC. Høyesterett vurderte den disiplinære reaksjonen overfor Meadow som uvanlig streng, og advarte om at dette kunne føre til at fagpersoner ville vegre seg for å stille som ekspertvitner i barnemishandlingssaker. Ifølge Høyesterett gjorde Meadow seg skyldig i å mistolke statistikken over forekomst av Münchausen syndrome by proxy, noe som etter Høyesteretts mening ikke kvalifiserte for alvorlig misbruk av sin stilling (Times Online, 2006).

Utbredelse og typer

Omfanget av denne type mishandling av barn er ikke kartlagt i Norge. Basert på funn i internasjonale undersøkelser er det grunn til å tro at psykologer som arbeider på oppdrag av barnevernet og rettsvesenet, vil støte på denne type barnemishandling i sin praksis. Insidensen av MSBP ble i en to års prospektiv studie fra England og Irland estimert til 0,5/100 000 for barn under 16 år, og minst 2,8/100 000 for barn under 1 år (McClure, Davis & Meadow, 1996). Basert på tallene fra denne undersøkelsen beregnet Schreier (2004) at det i USA vil komme ca. 200 nye tilfeller i året. McClure og medarbeidere (1996) identifiserte 128 tilfeller: 55 av barna ble vurdert som Münchausen syndrome by proxy, 15 hadde blitt forgiftet, og 15 hadde blitt kvalt. 43 barn hadde vært utsatt for mer enn én type mishandling. I en gjennomgang av 450 rapporterte tilfeller i til sammen 154 medisinske og psykososiale tidsskrifter fant man at 6 % av barna døde (Sheridan, 2003). Eldre undersøkelser har imidlertid vist til en dødelighetsrate som har variert fra 9 % til 30 % (Rosenberg, 1987; Schneider et al., 1996). De rapporterte tilfellene er høyst sannsynlig mer dramatiske og alvorlige enn de som ikke blir omtalt i faglitteraturen (Rogers, 2004), eller sagt på en annen måte: dataene lider under «the availability heuristics» (Jenny & Isaac, 2006). Davis og medarbeidere (1998) hevder at i 50 % av de familiene der et barn har blitt kvalt, og i 40 % av de tilfellene der barnet har blitt forsøkt forgiftet, vil det skje mer mishandling, noen med døden til følge. Som det fremgår av den ovennevnte dokumentasjonen, er tallene på dødsfall usikre, men det fremgår at denne type mishandling kan ha dødelig utfall.

Man har også undersøkt i hvilken grad søsken blir utsatt for påført sykdom. I en undersøkelse utført av Gray og Bentovim (1996) hadde 35 % av søsknene tidligere blitt utsatt for en eller annen form for mishandling. Davis og medarbeidere (1998) rapporterte et omfang på 34 av 83 familier der også søsken hadde blitt mishandlet. At søsken har dødd under mistenkelige omstendigheter og i krybbedød, har også blitt rapportert (Schreier & Libow, 1993; Davis et al., 1998).

Det er likeledes godt dokumentert at det fortrinnsvis er mødre som begår denne type overgrep. Schreier og Libow (1993) anslår at i 95 % av tilfellene er det mødre som utfører mishandlingen. I litteraturen fremgår det også at fedre, slektninger og fosterforeldre kan utføre denne type mishandling av barn (Sanders & Bursch, 2002). Meadow (1998) undersøkte 15 fedre som produserte symptomer i barna sine, og fant at seks av disse hadde en somatiseringslidelse. Det er også dokumentert i en studie av Rosenberg (1987) at 10–25 % av mødre som gjør denne type overgrep, produserer symptomer også hos seg selv (Münchausen- syndrom). I de tilfellene der det blir avdekket mishandling av denne typen, vil barnets far vanligvis hevde at han ingenting visste, og nekter å tro det. Han vil komme til å alliere seg med sin kone mot legen og de øvrige involverte fagpersonell. Det er også vanlig at faren fremstår som distansert fra familien, og at han ofte ikke engang er klar over morens hyppige legebesøk med barnet. Denne mangelen på engasjement settes det gjerne lite spørsmålstegn ved før helsepersonell begynner å mistenke at det dreier seg om at foreldrene produserer symptom hos barnet. Parnell og Days (1998) omfattende erfaring med denne type omsorgsvikt har identifisert langvarig og alvorlig, men skjulte ekteskapelige konflikter i disse familiene.

Slik den ovennevnte gjennomgangen av forskningsresultater viser, synes det å være hevet over tvil at MSBP forekommer, men at omfanget er usikkert. I de tilfellene der mishandlingen av barnet dreier seg om direkte fysisk skade, for eksempel kvelning eller forgiftning, er sannsynligheten stor for at barnet før eller senere dør. Apné (midlertidig opphør av åndedrettet) som skyldes kvelning, representerer en liten undergruppe av MSBP, men er, sammen med forgiftningstilfellene, hovedsakelig forbundet med dødelig utfall (McClure et al., 1996; Meadow, 1998; Milroy, 1999). Følgende kasusillustrasjon kan illustrere dette:

Moren fant angivelig sin to måneder gamle datter livløs i sengen der puten dekket barnets munn og nese. Barnets arm lå på puten. Gjenopplivningen var delvis vellykket, og barnet ble brakt til sykehusets intensivavdeling, der hun fikk nødvendig behandling. Barnet døde 18 timer senere, og det ble foretatt en obduksjon som ga indikasjoner på at det hadde vært utsatt for kvelningsforsøk. Men funnene ved obduksjon var i stor grad påvirket av den behandling som barnet hadde fått, og dødsårsaken kunne derfor ikke fastslås med sikkerhet. Moren fikk et nytt barn ni måneder senere. Dette barnet fikk et hjerteovervåkningsapparat installert i hjemmet på grunn av søsterens dødsfall. I løpet av de følgende ni måneder førte uforklarlige anfall av langsom hjerterefrekvens til minst ti innleggelser. To av disse skyldtes livstruende bradykardi og skinndød (asphyxia). Til slutt meldte sykehusets avdelingssjef fra til politiet grunnet tiltagende mistanke om at en ytre blokkering av luftveiene var årsaken til bradykardi- anfallene. Moren, en

sykepleier, ble anklaget for alvorlig fysisk skade med dødelig utgang, og innrømmet i retten å ha blokkert barnets munn og nese, angivelig for å bli oppfattet som en omsorgsfull mor for et alvorlig sykt barn. På dette tidspunktet hadde hun vært i behandling i åtte år grunnet episoder med depresjon og angst. En rettspsykiater vurderte tilstanden til å være forenlig med MSBP der oppmerksomhetssøkende atferd (Meadow, 2000) var fremtredende. Moren ble kun dømt til to års fengsel for å ha forsøkt å kvele det siste barnet, til tross for at det eldste barnet også døde under særlig mistenkelige omstendigheter (Vennemann et al., 2005).

Det er anslått at ett til to barn pr. 100 000 årlig dør på grunn av MSBP, som regel uten at saken blir oppdaget (Malt et al., 2003). En vesentlig grunn til dette er at omsorgsgiveren i kontakten med helsevesenet oftest vil fremstå som spesielt omsorgsfull overfor barnet, samtidig som personene, når de er alene med barnet, fortsetter overgrepene. Det er svært vanskelig for helsepersonell å tenke seg at noen virkelig fremkaller symptomene selv. Derfor tar det også lang tid før mishandlingen blir oppdaget.

MSBP som syndrom og diagnose

Mange forskere har stilt spørsmål ved diagnosens validitet. De har pekt på at foreldrenes involvering i barnets symptomer kan variere mye, fra «klussing» med laboratorieresultater og fabrikkering av symptomer med ulike konsekvenser for ofrene, varierende fra ubehag og unødvendige medisinske prosedyrer til livstruende tilstander og død (Parnell, 1998). For å adressere denne heterogeniteten ved syndromet utarbeidet Rosenberg (1987) følgende fire hovedtrekk som karakteriserte MSBP:

1. Barnets sykdom er simulert og /eller produsert av en forelder/foresatte.
2. Insisterende fremstillinger av barnet for medisinsk undersøkelse eller behandling.
3. Overgriperen benekter å ha noe kjennskap til sykdommens årsaker (før bedraget blir oppdaget).
4. De akutte symptomene avtar når barnet blir atskilt fra overgriperen.

Det er bare to kriterier som adresserer produksjon/induksjon av symptomer, (a) og indirekte (d). De andre kriteriene kan også være til stede hos foreldre som ikke mishandler sine barn, men som søker behandling for uforklarlige symptomer hos barnet.

American Psychiatric Associations (APA) (1994, 2000) utarbeidelse av en alternativ diagnose, viljestyrt induert forstyrrelse («factitious disorder by proxy,» FDBP), bidro ytterligere til å komplisere hvilke trekk som skulle definere syndromet/forstyrrelsen. Den diagnostiske og statistiske manualen for psykiske forstyrrelser (DSM-IV, TR, 2000) definerer viljestyrt induert forstyrrelse på følgende måte:

«A. Intentional production of feigning of physical or psychological signs or symptoms in a person who is under the individual's care.

B. The motivation of the perpetrator's behaviour is to assume the sick role by proxy.

C. External incentives for the behaviour, such as economic gain, avoiding legal responsibility and improving physical well-being, are absent.»

D. The behavior is not better accounted for by another mental disorder» (s.783).

I denne definisjonen inngår en presisering av hva som er overgriperens motivasjon, nemlig å innta rollen som syk by proxy (gjennom en annen). Meadow (1995) anbefalte også å utvide motivasjonen til å innbefatte oppmerksomhetssøkende atferd hos overgriperen. Likeledes understreker Schreier og Libow (1993) den betydningen som relasjonen til medisinsk helsepersonell har for personer med denne forstyrrelsen, og man mente at definisjonen hadde blitt for snever. Ifølge Rogers (2004) mangler både MSBP og FDBP presisjon hva angår hvilke karakteristika som skal definere tilstandene. Det største problemet med definisjonen er imidlertid at diagnosen ikke kan verifiseres uten at man evaluerer morens intensjon og motivasjon. Intensjon har ikke den observerbare kvalitet som er nødvendig for at den skal kunne kvalifisere som et diagnostisk kriterium. Man kan derfor stille spørsmål ved om MSBP kvalifiserer for å være en diagnose. På den annen side vurderer helsepersonell og rettsvesen hensikt, motivasjon og viljeshandlinger svært ofte, og det å vurdere intensjon kan således sees på som en kritisk sosial ferdighet som kommer til nytte både i dagliglivet og i retten. Å anta intensjoner er ganske vanlig blant såkalte ekspertvitner. Det er ikke uvanlig at de konkluderer, uten å ha intervjuet moren, med at hun får en gevinst av å ha omsorg for et sykt barn (Pankratz, 2006).

Det er likeledes en tendens til at sakkyndige vegrer seg mot å gjøre en psykiatrisk/psykologisk vurdering av den angjeldende moren fordi de mener seg ukvalifiserte, og at de ikke har den nødvendige kunnskap om psykopatologispekteret ved overgriperen. En gruppe forskere har derfor endret fokus fra å vurdere overgriperen til å se på de tegnene som barnet presenterer. The American Professional Society on the Abuse by Children (APSAC) anbefaler derfor betegnelsen «Pediatric condition falsification» (PCF), som er diagnosen for barnet, og «factitious disorder by proxy» (FDP) som diagnosen for omsorgsgiveren som skader barnet gjennom å påføre det en «sykdom» (Schreier, 2002). Gjennom denne todelingen vil de sakkyndiges fokus være på de trekk som barnet presenterer, og på barnets behov for beskyttelse, snarere enn på en antatt psykopatologi hos foreldrene eller intensjoner hos disse. Det er selvfølgelig av betydning å være oppmerksom på forfalskning av informasjon, men vanligvis er det ikke slik at uriktig informasjon om et barns helsetilstand skaper en overhengende fare for barnet slik at legen må kontakte barnevernstjenesten. Baseraten av feilaktig informasjon vedrørende barns sykdom er høy i en pediatrik sammenheng, men dette reflekterer ikke nødvendigvis at moren har en ond hensikt. Forfalskning av informasjon kan oppstå på grunnlag av misforståelser eller være et uttrykk for komplekse psykodynamiske behov. Det er klinikerens oppgave å evaluere og redusere denne risikoen.

Hva er overgriperens motivasjon?

For at diagnosen viljestyrt induisert forstyrrelse skal være klinisk relevant, må den gi klinikere en forståelse av hvorfor noen omsorgsgivere utsetter sine sårbare barn for smerte, medisinske komplikasjoner og av og til død. Å forstå motivasjonen er også viktig for å vurdere hvorvidt det er snakk om en straffbar handling, om behandling skal iverksettes, eller hvorvidt barnet skal gjenforenes med sin familie. Spørsmålet om overgriperens motivasjon representerer en sentral kontrovers med hensyn til hvordan denne forstyrrelsen kan forstås. Metodene for å fastsette overgriperens motivasjon er også beheftet med usikkerhet. Intervjuer av «FDBP – tilfeller» synes å ha lite for seg grunnet høy grad av benektelse. De mest vanlige reaksjonene er aktiv avvisning, også der det foreligger solide bevis (Feldman, 1994).

I de tilfellene der barnet dør som følge av mishandlingen, er det relevant å stille spørsmålet om moren hadde til hensikt å drepe barnet, eller om for eksempel puten som hun holdt over barnets nese og munn for å fremkalle pustestans, uheldigvis ble holdt litt for lenge, slik at barnet døde. Day og Parnell (1998) fant på bakgrunn av intervju med mødre som hadde mottatt terapi for mishandling, at noen mødre ønsket å drepe barnet eller fantaserte om barnets død. En mor fantaserte om hva hun skulle ha på seg i begravelsen, hva barnet skulle ha på seg, og hvordan hennes følelser skulle fremstå i forhold til andre i selve begravelseskonteksten. Tre av syv mødre som tilsto å ha forgiftet sine barn, innrømmet også et ønske om å drepe barnet. Tilståelse i slike saker er sjeldne, men i den grad det forekommer, uttrykker mødre følelser av hat, vold og et ønske om å drepe (Sigal et al., 1989). Schreier og Libow (1993) hevder at de fleste mødre er klar over sin atferd, men at de i liten grad er villig til å innrømme den. Hun vet ikke hvorfor hun oppfører seg slik hun gjør, og føler at hun ikke har kontroll over sine handlinger. På grunn av denne manglende innsikten i og erkjennelsen av egne handlinger er det lite sannsynlig at disse mødre frivillig oppsøker behandling. Noen forskere anbefaler derfor at retten må dømme til tvungen behandling, men foreløpig finnes det lite oppmuntrende data om vellykket terapeutisk arbeid med denne type overgrepsmødre. Sannsynligheten for at barna utsettes for nye overgrep mens behandlingen pågår, og etter at den er avsluttet, er derfor stor.

Helsepersonells emosjonelle reaksjoner

En annen vei å gå er å undersøke helsepersonells slutninger vedrørende overgriperens motivasjon for å utføre mishandlingen. Men mange helsepersonell er forutinntatt i sin vurdering av slike tilstander. Ifølge Schreier og Libow (1993) reagerer leger ofte med sterke følelser av benektning og vantro overfor potensielle tilfeller av denne type overgrep. Når det bekreftes, kan helsepersonell oppleve raseri og andre sterke emosjonelle reaksjoner overfor de personene som påfører forsvarsløse barn slik lidelse og skade (Szajnberg et al., 1996). Slike reaksjoner må også sees i sammenheng med erkjennelsen av at en faktisk har blitt manipulert til å bidra til barnets lidelse ved å utsette det for unødvendige og smertefulle medisinske undersøkelser. Helsepersonell er i så henseende fanget i en felle. På den ene siden har de en faglig forpliktelse til å finne ut av hva som er årsaken til barnets plager; på den annen side har de vansker med å

akseptere at denne medisinske gåten ikke lar seg løse fordi symptomene er produsert med vilje.

En endring i forståelsen av moren fra en omsorgsfull person til en overgriper krever at helsepersonell er i stand til å tone ned behandlerrollen og innta rollen som utreder. Dette kan være utfordrende fordi man for eksempel som behandlende lege blir emosjonelt involvert i barnets lidelse på grunn av alle de medisinske undersøkelsene. Legen får derfor for liten avstand til familien. I tillegg kommer de dramatiske erfaringene mange gjør med at foreldrene reagerer med en «rettferdig indignasjon» når de blir konfrontert med legens mistanker om at de selv påfører barna symptomer. Trusler om rettssak, og at foreldrene faktisk sørger for at barnet blir døds syk for å bevise overfor legene at de hadde rett i at barnets helsetilstand var svært dårlig, forekommer relativt ofte. Ved velbegrunnet mistanke om at barnets symptomer er produsert med vilje, er det viktig at legen, i tillegg til å innta rollen som utreder, innhenter informasjon fra andre yrkesgrupper som har vært involvert i behandlingen av barnet. Involveringen av et tverrfaglig team i slike saker er av betydning for å kunne vurdere ulike funksjonsområder og derigjennom imøtegå det tunellsynet som lett kan oppstå når man vurderer mødre gjennom diagnostiske kikk hull. Feilaktig bruk av FDBP-diagnosen kan få fatale følger for familien.

Hvordan identifisere barn i faresonen?

Psykologene Parnell og Day (1998) har utarbeidet retningslinjer for å identifisere barn som blir utsatt for denne type mishandling. De har utarbeidet 18 trekk som er delt inn i tre kategorier:

1. trekk ved barnet som blir utsatt for overgrep
2. trekk ved foreldrene som overgripere
3. trekk ved familien

Disse trekkene (se Tabell 1) kan brukes som en kunnskapsdatabase når en fagperson får mistanke om at det dreier seg om denne forstyrrelsen. Retningslinjene kan også være til hjelp i å vurdere om intervensjon er nødvendig, og for å bekrefte eller avvise diagnosen når all informasjon er samlet og vurdert.

TABELL 1 PARNELL OG DAYS RETNINGSLINJER FOR Å IDENTIFISERE MÜNCHAUSEN-SYNDROM VED STREDFORTREDER (1998)

Trekk ved barnet

1. *Vedvarende eller tilbakevendende sykdom til tross for grundige medisinske undersøkelser. Sykdommen viser et atypisk mønster, selv for erfarne klinikere.*
2. *En «diagnose» som er en ren beskrivelse av symptomene eller diagnose på en ekstremt sjelden sykdom.*

TABELL 1 PARNELL OG DAYS RETNINGSLINJER FOR Å IDENTIFISERE MÜNCHAUSEN-SYNDROM VED STREDFORTREDER (1998)

- Symptomer som ikke responderer på anerkjente behandlingsmetoder. Dette kan bety at behandlingen ikke virker som forventet, men det kan også skyldes at det inntreffer andre*
3. *typer responser som intervensjoner med behandlingens effektivitet: Intravenøse ledninger faller ut, gjentakende infeksjoner knyttet til området for den intravenøse tilførselen eller vedvarende oppkast av medikamenter.*
 4. *Fysiske funn eller laboratoriefunn som ikke er konsistente med den historien som fortelles. Dette kan dreie seg om laboratoriefunn som er uvanlige eller fysiologisk umulige. Eksempler på dette er uforklarlige farmakologiske substanser eller bakterier i barnets blod, urin, avføring eller mave.*
 5. *Fysiske funn og rapporterte symptomer som står i motsetning til barnets generelt friske fremtoning.*
 6. *En temporær sammenheng mellom barnets symptomer og morens nærvær. De rapporterte symptomene oppstår ikke i morens fravær, og behøver heller ikke å ha vært observert av andre enn moren.*
 7. *Barnets sykehistorie kan ikke bekreftes. Foreldrene er ikke i stand til å fremskaffe nok informasjon om tidligere legebesøk slik at en sammenhengende dokumentasjon av barnets sykehistorie kan fremskaffes. Journalen som foreligger, gjenspeiler ikke den type medisinsk behandling som en kunne forvente ut fra foreldrenes fremstilling.*
 8. *Presentasjon av plager som inkluderer blødninger, anfall, bevisstløshet, pustestopp, diaré, oppkast, feber og apati. Disse symptomene er de mest vanlig rapporterte og kan fungere som varselssignaler for å sette diagnosen. Allergi i forhold til mat eller medisiner synes også ofte å være tilknyttede symptomer, men er vanligvis ikke de symptomene man legger mest vekt på.*

Trekk ved overgriper

9. *Motvilje mot å gå fra barnet når det er innlagt på sykehus. Foreldrene viker ikke fra barnets seng eller sørger lite for egne behov. Oftest vil hun/han gi det overgrepne barnet mest oppmerksomhet på bekostning av søsken i den grad at de blir forsømt.*
10. *Utvikler et tett og nært forhold til sykehusets ansatte. Den korte tiden foreldrene er borte fra barnet, brukes til å involvere seg tett med det medisinske personalet, eller til å bli kjent med andre foreldre som har syke barn. Legene blir gjensidig involvert i foreldrene og kan oppleve at grensene mellom lege og pårørende viskes ut. Dette kan ta en form der foreldrene både gir gaver og mye emosjonell støtte til personalet.*

TABELL 1 PARNELL OG DAYS RETNINGSLINJER FOR Å IDENTIFISERE MÜNCHAUSEN-SYNDROM VED STREDFORTREDER (1998)

11. *Utdannings- eller yrkesmessig bakgrunn i medisin eller et ønske om å arbeide innenfor dette feltet.* Moren kan derfor fremstå som kunnskapsrik og behersker godt både den medisinske terminologien og medisinske prosedyrer.

12. *Fremstår uvanlig rolig i tilknytning til problemer som oppstår med barnet.* Til tross for den uttrykte bekymring og opptatthet av barnets «sykdom» fremstår foreldrene som svært rolige og uaffiserte og synes ikke bekymret i akuttsituasjoner. De beroliger og er svært støttende overfor legene selv når de ikke finner ut av hva som feiler barnet. En minoritet av mødrene går til den motsatte ytterlighet og blir svært sinte og devaluerende overfor det medisinske personellet, og forlanger flere medisinske undersøkelser som det ikke er grunnlag for.

13. *Fremviser medisinske problemer som ligner på barnets eller andre uvanlige symptomer.* En betydelig minoritet av disse mødrene fremviser noen eller alle av de trekk som er typiske ved Münchausen syndrom (konversjonslidelse).

14. *Fabrikkering av informasjon om mange aspekter ved foreldrenes liv.* Forfalskningen er ikke bare avgrenset til barnets symptomer eller historie, men kan inkludere aspekter ved morens familie, utdanning, tidligere arbeid, sykdommer og andre historiske data.

Trekk ved familien

15. *Uforklarlig sykdom eller død (for eksempel SIDS) hos et søsken eller annet barn som moren har omsorgen for.* Søsken kan også fremvise de samme, om enn mindre alvorlige former for sykdommer som «overgrepsbarnet» blir utsatt for, og kan også ha hatt uvanlige helseproblemer.

16. *Den ekteskapelige relasjonen er preget av emosjonell fjernhet.* Ektefellen blir ofte beskrevet som fysisk utilgjengelig, uinvolvert og tilsynelatende ikke klar over forfalskningene. Det finnes også tilfeller der overgriperens ekteskapelige relasjon er preget av vold, kontroll og overinvolvering.

17. *Overgriperens biologiske familie er preget av emosjonelt, fysisk og seksuelt misbruk.* Forsømmende, emosjonelt mishandlende familiemiljøer som devaluerer kvinner, er hyppigst beskrevet i litteraturen. Noen har også beskrevet et oppvekstmiljø preget av fysisk og seksuelt misbruk.

18. *Overgriperens familie fremviser et mønster av sykdomsatferd.* Dette kan innbefatte en familiehistorie om uvanlige eller hyppige mindre alvorlige lidelser eller om en familieinteraksjon som responderer med omsorg, oppmerksomhet og andre belønninger på sykdom. Dette er mest vanlig der overgriperen viser symptomer på konversjonslidelse.

Indikatorene som er mest fremtredende, befinner seg i kategorien «trekk ved barnet». Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at ikke alle tilfeller som viser disse trekkene, automatisk vil bli betraktet som viljestyrt produksjon av symptomer, heller vil ikke alle tilfeller demonstrere samtlige trekk. Den endelige diagnosen krever mer enn en enkel opptelling av indikatorer, og må gjøres i samsvar med gjeldende diagnostiske verktøy og diagnostiske kriterier, f.eks. ICD-10 eller DSM-IV.

Hvordan kan mishandlingsatferden forstås?

I en av de første systematiske studiene av denne type mishandling, utført av Bools og medarbeider (1994), fant man at 34 av 47 mødre som mishandlet sine barn gjennom produksjon av symptomer, hadde en somatiseringslidelse. I denne studien definerte man forstyrrelsen som enten en somatoform lidelse eller mild/moderat kunstig («factitious») lidelse i henhold til DSM-IV- kriteriene (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Selvskading, stoff og alkoholmisbruk var også fremtredende hos overgriperne, men det som synes å være mest fremtredende, var tilstedeværelsen av psykopatologi i form av personlighetsforstyrrelser, fortrinnsvis av histrionisk og ustabil type. En nyere studie av 67 mødre viste at 46 % av dem hadde opplevd traumer som barn, og 28 % hadde vært utsatt for voldtekt og mishandling i voksen alder (Adshead & Bluglass, 2005). Videre fant man at 45 % hadde vært mye syke eller blitt skadet som barn, og 24 % rapporterte at et familiemedlem hadde vært alvorlig syk da de var små. 54 % hadde opplevd tap av nær person, enten i voksen alder eller som barn.

Hva angår tidligere behandlingshistorie, viste det seg at 52 % hadde vært i behandling for psykiske vansker, der de mest vanlige diagnosene var somatiseringslidelse og spiseforstyrrelser. Kun fem mødre hadde blitt diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse, men 14 fremsto med personlighetstrekk som kunne sees i sammenheng med personlighetsforstyrrelser, slik som selvskading eller overdoser. På intervju tidspunktet var det imidlertid kun 12 mødre som tilfredsstilte kriteriene for en diagnose. Åtte fikk diagnosen depresjon og fire en diagnose innenfor personlighetsforstyrrelsesspekteret. En undergruppe bestående av 39 personer ble testet med «The Millon Clinical Multiaxial Inventory – III» (MCMI-III) (Millon 1994). Kun 23 % viste skårer som indikerte en personlighetsforstyrrelse, der ustabil personlighetsforstyrrelse var i majoritet. Andre viste klart fremtredende personlighetstrekk der de mest vanlige var tvangspregede, avhengig og histrionisk. 12 av mødrene viste ingen avvikende responser på MCMI.

I andre undersøkelser har man vist at noen få mødre som produserer symptomer hos barna sine, har vært psykotiske (Emery, Chandra & Gilbert-Barness, 1988). Andre kvinner har rapportert en rekke fantasier, tvangstanker og angst knyttet til sine barn. De har vært i tvil om sin egen evne til å ta hånd om barnet, og vært bekymret for om de kunne komme til å skade dem. Annen forskning har også vist at det er en sammenheng mellom postnatal depresjon og SIDS (Scott, 1992; Sanderson et al., 2002).

Som det fremgår av den ovennevnte dokumentasjonen, foreligger det ikke et entydig bilde av den psykopatologiske årsaken til denne type mishandling. Det er heller ikke

funnet evidens for at slike mødre fremstår med en enhetlig personlighetsprofil. En alternativ innfallsvinkel kan derfor være å ta utgangspunkt i empiri som viser at et individs tidlige erfaringer med foreldre ubevisst påvirker omsorgsutløsende atferd, både normal og unormal.

Tilknytningsteori er nyttig for å forstå både normal og unormal omsorgsutløsende atferd hos mødre. Denne gir en teoretisk referanseramme for å forstå atferdssystemene omsorgsmobilisering og omsorgsatferd som opererer mellom foreldre og barn (Bowlby, 1980; George & Solomon, 1996). Et relevant spørsmål med utgangspunkt i tilknytningsteori er om mødre med induisert viljestyrt forstyrrelse har usikre representasjoner av omsorgs- og omsorgsutløsende relasjoner. Er uløst psykologisk smerte og sorg grunnet tidligere sykdom i barndommen eller tap vanlig ved induisert viljestyrt forstyrrelse?

I Adshead og Bluglass' (2005) studie fant man at 85 % av de 67 mødrene som deltok, viste en usikker tilknytning slik det fremkom etter at de hadde vært intervjuet med Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan & Main, 1994). På bakgrunn av intervju om tidlige barndomserfaringer og deres egen historie om hvordan de ble tatt hånd om som barn, fant man evidens for uløste traumer eller tapsreaksjoner. Likeledes ga 27 % av mødrene i studien uvanlig disorganiserte og inkoherente redegjørelser for tilknytningsrelasjoner i sin egen barndom.

Funn fra denne studien indikerer at tilknytningshistorie og tilknytningsrepresentasjon synes å være mer relevant for omsorgskapasiteten for barn enn psykopatologi som sådan.

Videre antyder Adshead og Bluglass (2005) at mødres omsorgs- og omsorgsutløsende atferdssystemer har blitt disorganiserte, som en mulig konsekvens av ubearbeidet sorg etter tap, eller som et aspekt ved en forstyrret personlighet. Generelt er personlighetsforstyrrelser en vanlig diagnose hos foreldre som mishandler sine barn (Famularo, Kinscheff & Fenton, 1992; Dinwiddie & Bucholz, 1993), og særlig hos foreldre med induisert viljestyrt forstyrrelse (Bools et al., 1994). Personlighetsforstyrrelser handler i psykologisk forstand om en forstyrrelse i personens interpersonlige fungering. I disse tilfellene kan en stille spørsmål ved om personlighetsforstyrrelsen begrenser seg til de relasjoner som innbefatter omsorg, akkurat som noen menn kun er voldelige eller mishandler når de inngår i parforhold.

Forskerne hevder at deres hovedfunn viser at mødre med induisert viljestyrt lidelse er mer lik enn ulik en klinisk gruppe, og at det derfor er sannsynlig at de har et behandlingsbehov som ikke er møtt. Dette er relevant for vurdering av fremtidig risiko, fordi mødrene kan bli gravide på nytt. Forskerne konkluderer på følgende måte: «Basert på vår egen kliniske erfaring vet vi at disse kvinnene er personer som trenger å håndtere sitt raseri, sin skam og sin fiendtlighet i forhold til barna sine dersom disse skal kunne være trygge i fremtiden» (Adshead & Bluglass, 2005, s.333, min oversettelse). På den annen side er det godt dokumentert at personlighetsforstyrrelser er stabile og i liten grad endres gjennom behandling (Oldham et al., 2005).

Raseri

I boken «The psychology of female violence: Crimes against the body» peker den britiske rettspsykologen Anna Motz på to årsaker til at man velger å ignorere kvinnelig voldsutøvelse: den omfattende benekting av kvinnelig aggresjon, og idealiseringen av morsrollen (Motz, 2001). Kvinners aggresjon kommer oftest til uttrykk i den private sfære, i motsetning til mannen, som har sin arena for voldsutøvelse på tradisjonelle mannsdominerte områder i samfunnet. Betegnelsen kvinnelig perversjon har blitt brukt for å beskrive en type atferd som i det vesentlige avviker fra kjønns-spesifikke normer for hvordan kvinner kan oppføre seg. En av mange måter denne kvinnelige perversjon kan manifestere seg på, er gjennom viljestyrt indusert forstyrrelse som forstås som et uttrykk for raseri mot barnet som kvinnen oppfatter som en forlengelse av sin egen kropp. Kvinnen kommuniserer sin psykiske smerte og sitt raseri gjennom å påføre barnet vold. Innenfor denne psykoanalytiske forståelsesrammen synes det å dreie seg om et ubearbeidet raseri og et hevnmotiv som gjør mødre til aktive overgripere.

Patologisk løgn og benekting

Forholdet mellom pasient og lege er basert på tillit til at informasjonen som gis om barnet fra foreldre, er pålitelig. De er også opplært til å lytte til mødre og finne årsakene til symptomene som presenteres. Når de står overfor uforklarlige somatiske symptomer, fører dette til en mer rigorøs undersøkelse snarere enn til at man mistror foreldrene.

At mødre kan dikte opp symptomer og sågar kan produsere symptomer hos et i utgangspunktet friskt barn, strider mot hva de fleste vil forvente av foreldre. Derfor møtes både mistanke om og kunnskap om denne type mishandling med samme motstand som da man i 1960-årene begynte å ta inn over seg at barn ble seksuelt misbrukt av nære omsorgspersoner. Det er likeledes også forbundet med mye motstand hos helsepersonell å tenke at en klient faktisk har til hensikt å bedra deg i den forstand at man aktivt føres bak lyset for at klientens behov for oppmerksomhet skal bli ivaretatt. At foreldrene i tillegg skaper et inntrykk av å være svært hengivne og omsorgsfulle foreldre, bidrar til at bedraget i mange år kan pågå uoppdaget. En rekke fagfolk har derfor tatt til orde for å sammenligne denne bedrageriske atferd med den type manipulasjon man ser hos personer med psykopatiske trekk. Felles trekk er at begge grupper fremstår med troverdighet og sjarm, og at deres smiger bidrar til å fange andre i fellen. Det synes også som noen personlighetstyper er spesielt sårbare i forhold til psykopatens affektive stimulering. Ifølge Schreier og Libow (ibid.) er det fagpersoner som benekter sitt narsissistiske engasjement og som samtidig oppfatter seg selv som de gode, altruistiske hjelperne, som er mest i faresonen for å bli trukket inn i mødrenes nett av bedrag.

Fagpersonene kommer derfor i en svært vanskelig posisjon når de oppdager at de ikke kan feste lit til informasjonskilden. Som sakkyndig har man et annet utgangspunkt. Her

er det viktig å vurdere i hvilken grad man kan stole på den informasjon som presenteres, og i hvilken grad den skal tillegges vekt.

I en rekke saker der mødres overgrepssatferd har vært i samsvar med viljestyrt induisert forstyrrelse, har jeg som sakkyndig blitt slått av med hvilken overbevisning overgriperen kan dramatisere og forfalske informasjon; ikke bare om barnet, men også om seg selv og sin familie. Jeg har også erfart at en mor med overbevisning kunne produsere nye sykdomshistorier «på sparket» under intervjuet, noe som skapte stor forvirring i samhandling med helsepersonell. Fenomenet patologisk løgn («pseudologia fantastica»)(Meadow, 2000) kaster lys over det som av mange sakkyndige vurderes som et misforhold mellom mødrenes reaksjoner og alvoret i de angivelig dramatiske symptomene som de hevder å observere hos barna.

I denne type mishandlingssaker inngår løgn som et karakteristisk trekk. Løgnenes funksjon er å vekke oppmerksomhet hos helsepersonell og få dem engasjert i seg. På denne måten får foreldrene tilfredsstilt sin emosjonelle hunger, som synes å henge sammen med store udekkede behov, for eksempel et ulykkelig ekteskap eller utrygghet fra sin egen oppvekst. At de samtidig fremstår som svært bekymret for barna sine og derfor sørger for å få dem medisinsk undersøkt, kan sees på som en maskering av et behov for å skade barnet. I faglitteraturen omtales dette som «addiction to abuse» (Schreier & Libow, 1993), og beskrives som en form for tvang til å skade barnet. Denne tvangspregede tendensen til å skade er, som ved annen type mishandling, ikke erkjent eller bevisst, og blir beskrevet som ubevisst sadistisk i litteratur som beskriver sentrale psykodynamiske trekk ved viljestyrt induisert forstyrrelse (Meadow, 1977; Sigal, Gelkopf & Meadow, 1989). At mishandlingen repeteres og er av langvarig karakter, skiller denne type mishandling fra situasjonsbetinget kontrolltap som kan være forbundet med for eksempel stress hos foreldrene. Mye tyder derfor på at denne tvangsmessige tendensen til å repetere overgrepssatferd tjener som en ventil for foreldrene der de får lettet på en indre emosjonell spenningstilstand.

En annen opprettholdende faktor som har blitt trukket frem, er den forsterkning som mødre får når de gjennom å lure legene får ros og anerkjennelse for sin omsorgsutøvelse samtidig som de mishandler barnet. På mange måter fremstår disse mødrene som en karikatur av morsrollen, noe som kan fungere som en tildekking av en forstyrret tilknytning til barnet. Men de oppnår det de er ute etter, nemlig mye bekreftelse på sine omsorgsfulle og kjærlige sider fra noen de oppfatter som autoriteter. Slik kan de opprettholde en selvoppfatning som gode og kjærlige foreldre. Schreier og Libow (1993) har pekt på at sykehusmiljøet gir mødrene anledning til å overlate sitt barn til medisinsk personell og derigjennom avlaster dem for ansvaret som foreldre. Gjennom sitt syke barn etablerer de et bånd til andre foreldre på sykehuset, og gir dem derved en følelse av å passe inn.

Effekten av intervensjonene

Det foreligger en del litteratur om effekter av intervensjoner overfor mishandlende familier. Jones (1987, 1991) har i en litteraturgjennomgang vist at påførte symptomer

hos barn er en variant av mishandling som er resistent mot behandling. Det tilsier at det er forbundet med stor risiko for barnet å fortsatt bo i familien. Et vesentlig problem i denne sammenhengen er knyttet til den kontinuerlige benektelsen, ikke bare hva angår mishandlingen, men også til andre problemer i familien. Mishandling som reflekterer en sadistisk komponent, slik som påføring av en langsom overlagt smerte, har også blitt funnet å være mer resistent mot behandling. Det er viktig for fagfolk å kunne identifisere familier som ikke vil nyttiggjøre seg behandling. Jones har på bakgrunn av en konsensus i fagmiljøet listet opp følgende karakteristika:

Hva angår faktorer ved foreldrene, inkluderer denne en historie preget av at de selv har blitt utsatt for mishandling, en vedvarende benektelse at egen utøvelse av mishandling, og alvorlig personlighetspatologi (antisosial personlighetsforstyrrelse eller disorganisert personlighet). Mangel på empatiske følelser for barnet er den foreldrekvalitet som i størst grad er forbundet med en dårlig prognose. Slike foreldre er ikke i stand til å se at barnas behov er atskilt fra og annerledes enn deres egne. Aspekter ved mishandlingen i seg selv som synes å være spesielt forbundet med behandlingsresistens, er: «Münchausen syndrom by proxy, ikke-aksidentell forgiftning og alvorlig veksthemning» (Jones, 1987, s. 417). Foreldre som tidligere har vært voldelige og skadet barnet, har større risiko for å repetere volden. Slike farlighetsvurderinger er derfor forbundet med mangel på behandlingsrespons.

Hvordan familien reagerer på intervensjonen, er viktig når man skal vurdere hvorvidt en familie kan profitere på behandling. Der hvor man ikke får i stand en hjelpende relasjon kombinert med en utstrekking holdning, synes resultatet å være mindre positivt. I slike saker synes det altså like viktig å kunne identifisere «behandlingsresistente familier» som å forene barnet med dets familie. Ikke minst er dette avgjørende av hensyn til barnets sikkerhet.

Mange profesjonelle opplever seg som mislykket når foreldrene må oppgi sine barn. Men det er viktig å se dette i en større sammenheng der den uforholdsmessige mengden av tid og krefter som brukes på familier med dårlig prognose, i stedet kan brukes på det store antall familier som faktisk profitterer på intervensjonene. Uansett er barnet den svake part og må beskyttes mot mishandling.

Konklusjon

Helsepersonell som kommer i kontakt med denne type barnemishandling, vil vegre seg mot å erkjenne at det faktisk finnes foreldre som med vilje vil kunne skade og drepe sitt barn. Dette medfører at barn dør som følge av mishandlingen de utsettes for. Det er vanskelig å oppdage og diagnostisere viljestyrt induisert forstyrrelse, og det synes å være konsensus i fagmiljøet på at den beste måten å diagnostisere forstyrrelsen på er å skille barnet fra foreldrene. Det er nødvendig med en økt bevissthet om denne type mishandling, slik at barnet kan bringes i sikkerhet før det kommer i en livstruende situasjon. Altfor ofte dør et barn før barneverntjenesten griper inn og fjerner søsken fra familien. Senest skjedde dette i desember 2006 da en kvinne ble siktet for forsettlig

drap på sin eldste sønn først etter at hun hadde gjort forsøk på forsettlig drap på sin yngste sønn, som var et spedbarn.

Foreløpig er det lite kunnskap om effektiv behandling, men kunnskap om årsaker til viljestyrt indusert forstyrrelse kan bidra til forebyggende arbeid i forhold til mødre som er i faresonen for å utvikle slik mishandlingsatferd. Denne kunnskapen kan også benyttes i risikovurderinger av mødre som har mistet et barn under mistenkelige omstendigheter. I denne artikkelen har jeg introdusert tilknytningsforstyrrelse, personlighetsforstyrrelser, raseri og egne udekkede behov som forklarende elementer, men disse er foreløpig for lite empirisk fundert. Mer forskning er nødvendig for å underbygge perspektivene ytterligere, og for å systematisere kunnskap når det gjelder risikofaktorer.

Anne-Kari Torgalsbøen

Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Postboks 419 Blindern

0317 Oslo

Tlf. 22 84 52 33

Faks 22 84 52 43

E-post a.k.torgalsboen@psykologi.uio.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 4, 2008, side 421-430

TEKST

Anne-Kari Torgalsbøen, professor og spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk institutt, UiO

+ Vis referanser

Referanser

Adshead, G. & Bluglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 328-333.

American Psychiatric Association (1994, 2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth ed. TR., Washington DC.

Berg, B. & Jones, D.P.H. (1999). Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Münchausen by proxy syndrome) *Archives of Disease in Childhood*, 81, 465-472.

Bools, C.N., Neale B. & Meadow, S.R. (1993). Follow-up of victims of fabricated illness (Münchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 69, 625 -630.

Bools, C., Neale, B. & Meadow, R. (1994). Münchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18, 773-788.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol.3. London: Hogarth Press.

Davis, P., McClure, R.J., Rolfe K. et al. (1998). Procedures, placement and risks of further abuse after Münchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation.

Archives of Disease in Childhood, 78, 217-221.

Dinwiddle, S. & Bucholz, K. (1993). Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. *Child Abuse & Neglect*, 17, 465-476.

Emery, J.L., Chandra, S.F., Gilbert- Barnes, E.F. (1988). Finding in child-deaths registered as sudden infant death syndrome (SIDS) in Madison Wisconsin. *Pediatric Pathology*, 8, 171-178.

Famularo, R., Kinscherff, R. & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of abusive mothers: a preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 658-661.

Feldman, M.D. (1994). Denial in Münchausen syndrome by proxy: The consulting psychiatrist's dilemma. 24(2): 121-128.

Firstman, R. & Talan, J. (1998). *The death of innocents*. New York: Bantam.

George, C. Kaplan, N. & Main, M. (1994). *Adult Attachment Interview Protocol* (4th ed.) Berkely, CA: University of California at Berkely, Department of Psychology.

George, C. & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: links between care giving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-216.

Gray, J. & Bentovim, A. (1996). Illness induction syndrome: paper 1-a series of 41 children from 37 families identified at Great Ormond Street Hospital for Children. *Child Abuse & Neglect*, 20, 655-73.

Grøgård, J. (2007). *Muntlig kommunikasjon*.

Jenny C. & Isaac R. (2006). The relation between child death and child maltreatment. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 265-269.

Jones, D. P. (1987). The untreatable family. *Child Abuse & Neglect*, 11, 409-420.

Jones, D. P. (1991). The effectiveness of intervention. I: M. Addock, R. White & A. Hollows (Eds.), *Significant harm: Its management and outcome*, (ss. 61-84). Croydon, UK: Significant Publications.

Levene, S. & Bacon, C. (2004). Sudden unexpected death and covert homicide in infancy. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 443-447.

Malt, U. Retterstøl, N. & Dahl, A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Gyldendal Akademisk.

McClure R., Davis P.M., Meadow S.R. et al. (1996). Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75, 57-61.

Meadow, R. (1977). Münchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343-345.

Meadow, R. (1995). What is and what is not Münchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 72, 534-538.

Meadow, R. (1998). Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 80; 7-14.

Meadow, R. (2000). The dangerousness of parents who have abnormal illness behaviour. *Child Abuse Review*, 19, 62-67.

Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- III*. Minneapolis, MN: Dicandrien.

Milroy, C.M. (1999). Münchausen syndrome by proxy and intra-alveolar haemosiderin. *International Journal of Legal Medicine*, 112, 309-312.

Motz, A. (2001). *The psychology of female violence: crimes against the body*. Taylor & Francis, Andover, Hampshire.

Oldham, J, Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2005). *Textbook of personality disorders*. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, London, England

Pankratz, L. (1998). Patients who deceive: assessment and management of risk in providing health care and financial benefits. Springfield, Illinois: Thomas.

Pankratz, L. (1999). Factitious disorders and factitious disorders by proxy. I: S. Netherton, D. Holmes, C.E. Walker (Eds.), *Child and adolescent psychological disorders: a comprehensive textbook* (ss.304-319). New York: Oxford University Press.

- Pankratz, L. (2006). Persistent problems with the Münchausen Syndrome by Proxy. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34, 90-95.
- Parnell, T. E. & Day, D. (1998). *Münchausen by Proxy Syndrome*. Sage Publications, London.
- Rand, D.C. & Feldman, M.D. (1999). Misdiagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy: A literature review and four new cases. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 94-101.
- Rettsmedisinsk Institutt (2004). Rapport fra Barnedødsårsakprosjektet: Bedre undersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder. Rapport til Riksadvokaten.
- Rogers D. Tripp, J., Bentovim, A., Robinson A., Berry D. & Goulding, R. (1976). Nonaccidental poisoning: An extended syndrome of child abuse. *British Medical Journal*, 1, 793-796.
- Rogers, R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Münchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse & Neglect*, 28, 225-238.
- Rosenberg, D. (1987). Web of deceit: a literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11, 547-563.
- Sanders, M.J. & Bursch, B. (2002). Forensic Assessment of Illness Falsification, Münchausen by Proxy, and Factitious Disorder, NOS. *Child maltreatment*, 7, 112-124.
- Sanderson, C., Hall, D., Cox, J., Carpenter, R. Taylor, E. & Cowden, B. (2002). Is there an association between postnatal depression and cot death? *British Journal of General Practice*, 52, 636-640.
- Schneider, D.J., Perez, A., Knilans, T.E., Daniels, S.R, Bove, K.E. & Bonnell, H. (1996). Clinical and pathological aspects of cardiomyopathy from ipecac administration in Münchausen's syndrome by proxy. *Pediatrics*, 97, 902-906.
- Schreier, H.A. (2002). On the importance of motivation in Münchausen by Proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect*, 26, 537-549.
- Schreier, H.A. (2004.) Error in Münchausen by Proxy Defined. *Pediatrics*, 113, 1851-1852.
- Schreier, H.A. & Libow, J.A. (1993). *Hurting for love*. The Guilford Press, New York.
- Scott, D. (1992). Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 345-358.
- Sheridan, M.S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451.
- Sigal, M., Gelkopf, M. & Meadow, R.S. (1989). Münchausen by proxy syndrome: the triad of abuse, self-abuse and deception. *Comprehensive psychiatry*, 30, 527-533.
- Szajnberg, N.M., Moilanen, I., Kanerva, A. & Tolf, B. (1996). Münchausen syndrome by proxy: Countertransference as a diagnostic tool. *Bulletin of Menninger Clinic*, 60, 219-227.
- Times Online (2006). Sir Roy Meadow will not be struck off after winning appeal. February 17.
- Vennemann B., Bajanowski T., Karger B., Pfeiffer, H., Kohler H. & Brinkmann B. (2005). Suffocation and poisoning - the hard hitting side of Münchausen syndrome by proxy. *International Journal of Legal Medicine*, 119, 98-102.
- Wolkind, S.F, Taylor E.M., Waite, A.J., Dalton, M.F., Emery, J.L. (1993). Recurrence of unexpected infant death. *Acta Paediatrica*, 82, 873-876.