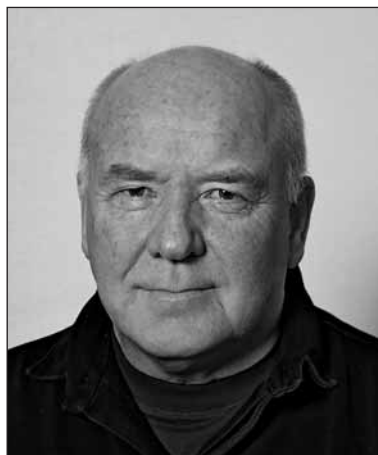


Skadelig omsorg

By Proxy-tilstander og PP-tjenesten

Av JAN KÅRE MOAN



Jan Kåre Moan, er utdannet Cand.Paed. og har arbeidet 20 år som ped.psyk.-rådgiver/leder i PPT. Har vært leder for PPT i Trysil, i Nord-Østerdal og på Gjøvik. Arbeidet som høgskolelektor i Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Sør-Trøndelag. Han driver nå eget konsulentfirma – “Nexus kompetanse” – innen skoleutvikling, konflikthåndtering og pedagogisk-psykologisk rådgivning.

INNLEDNING

I feiringen av gamle Ibsen, hundre år etter hans død, er det kanskje på sin plass å gjenta det enda en gang: “Familien kan være et farlig sted.”

Lille Eyolf, for eksempel, var et av de først beskrevne og mest kjente offer for en familie som på overflaten fremstår som trygg og god å vokse opp i, men som inneholder en skjult og sykeliggjørende problematikk. Det hele ender da også forferdelig galt: I en slags hypnose-liknende tilstand følger lille Eyolf etter rottejomfruen ned til bryggen, hvor han faller uti og drukner.

Når Kjersti Ericsson i 1972 ser Lille Eyolf i lys av de nye familieteoretiske synspunkter som da ble lansert av bl.a. Ferreira, blir dramaet en perfekt illustrasjon av begrepet «familiemyte» – «et gruppeforsvar mot forstyrrelser eller forandringer i forholdet medlemmene imellom» (Ferreira, 1967, s. 187). En myte hvor innholdet er at et medlem er sykt, de andre friske. Sykeligjøringen av lille Eyolf beskyttet familien mot den destruktive konflikten mellom de voksne i familien.

Gjør vi enda et lite hopp fram i tid og anvender Helm Stierlin sin tilnærming og terminologi, kan vi si at lille Eyolf er et barn som både ble offer for de voksnes forsømmelser og for voksnes uløste behov – et *utstøtt* barn, men på samme tid også et *bundet* barn. Det går galt i lille Eyolf sin individuasjons- og separasjonsprosess og det utvikles en såkalt transaksjons-modellforstyrrelse med elementer både av *utstøting*, *binding* og *delegering* (Jfr. Stierlin, 1974). *Utsøtt* fordi han i realiteten ikke blir godtatt av sine foreldre. *Bundet* fordi han blir invadert følelsesmessig og utsatt for krefter som hindrer selvstendighet og løsriving. *Delegert* fordi han blir utrustet med et budskap om å søke ut og oppfylle foreldrenes ubevisste ønsker. Gjennom sin mystiske død, oppfyller lille Eyolf til slutt mandatet sitt – “mission completed”!

I denne artikkelen skal vi se nærmere på et fenomen som kan ses på som en spesiell variant av fenomenet *delegering*, dvs. når det delegerte budskapet har som overordnet hensikt å føre omsorgspersonen i kontakt med en ekspert – koste hva det koste vil! Dette har lenge vært en velkjent problematikk innenfor det medisinske fagområdet. Innholdet i budskapet er da somatisk sykdom eller symptomer som må diagnostiseres og behandles, mens målobjektet for den kontaktsøkende omsorgspersonen er legen som ekspert eller statusperson. Fenomenet er kjent som det såkalte Munchausen by Proxy syndromet (MBPS), hvor omsorgspersonen – ofte med fatale konsekvenser – påfører barnet fysisk sykdom eller lidelse.

Det er mye som tyder på at denne problematikken ikke begrenser seg til det medisinske området. Poenget er, som bl.a. Schreier påpeker, at MBPS framfor alt reflekterer en omsorgspersons behov for å etablere et forhold til innflytelsesrike personer eller eksperter. Det betyr at forskjellige typer av fagpersoner og fag kan bli “målobjekter”: Psykologer, pedagoger, sosialarbeidere, jurister etc. (Schreier, 1996). Selv om innholdet i de angivelige vansken hos barnet er forskjellig, er dynamikken den samme: En foreldreatferd som kan karakteriseres som *outrert hjelpsøkende*, dvs. preget av hyppige kontakter med fagfolk og stor opp-tatthet av tilstander, funksjonssvikt og sykdommer – funksjonssvikt som vanskelig lar seg påvise og verifisere av andre. Barnets mandat blir å leve opp til de symptomer som er forutbestemt av omsorgspersonen. Det er starten på en besværlig reise gjennom hjelpeapparatet, preget av utallige utredninger, tester og undersøkelser.

La det være sagt med en gang: Foreldres interesse og engasjement – ja, bekymring også for den del – er selvsagt et positivt trekk og bør i

utgangspunktet tolkes som at omsorgsansvaret tas på alvor. Det er tross alt – foreldrene som kjenner sitt eget barn best!

Men fra et langt virke i praksisfeltet har vi ved flere tilfeller møtt såkalt oppofrende foreldre som – i sin frenetiske iver etter å få avdekket funksjonssvikt hos barnet sitt – i stedet *påfører* et, i utgangspunktet velfungerende barn, pedagogiske og/eller psykologiske vansker av ulike typer og alvorlighetsgrad.

Det er vår erfaring dette er et altfor lite påaktet fenomen innenfor PP-tjenestens praksisfelt og at det er på høy tid å belyse problematikken, slik den fremstår her.

Vi er fullt på det rene med at dette er svært kontroversielt og lite «stue-reint», og lett kan ses på som et angrep på foreldrenes omsorg og kjennskap til egne barn. Når vi likevel velger å gjøre det, er det av hensynet til den *aller svakeste* parten. Det er verken fagfolkene eller foreldrene. Det er barnet.

BEGREPSBRUK/KLASSIFIKASJON

Betegnelsen “Munchausen by Proxy” omfatter både barnets problemer (symptomer), den voksnes vansker og den situasjonen eller konstellasjonen som forårsaker vanskene.

Dette har virket forvirrende.

Et gjennomgående problem har vært om det skal være klientens eller “offerets” endelige symptombilde eller konstellasjonen som ligger til grunn for symptomene som skal være det bestemmende kriteriet for diagnosen. Etter vår oppfatning omfatter syndromet alle disse aspektene og det er derfor nødvendig å anse de som et hele. Det blir utilstrekkelig å fokusere bare på ett eller to aspekter.

I den amerikanske psykiatriske klassifiseringen, DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), er såkalte “Factitious Disorders” (simulerte eller fabrikkerte tilstander) en avgrenset diagnostisk kategori. (Am. Psych. Ass., 2000). Men her handler det først og fremst om *egen* fabrikering av fysiske og psykiske lissom-symptomer i den hensikt å oppnå sykerollen, og ikke – som ved fenomenet “by Proxy” – å tilfredsstille egne, ikke-erkjente behov gjennom sykeliggjøring av *andre* (barnet). Sistnevnte tilfeller er lagt inn i undergruppen “Factitious Disorder Not Otherwise Specified” (Ikke-spesifiserte uekte/simulerte tilstander).

Factitious Disorder by Proxy utgjør imidlertid en egen kategori i appendix, hvor kriterier er satt opp for videre utredning/forskning med tanke på en eventuell avgrenset diagnostisk kategori i fremtiden (Op.cit. s. 781-783).

Kriteriene er:

- A. At personen med hensikt provoserer fram, eller later som om det foreligger fysiske eller psykologiske symptomer i et annet individ som er avhengig av personens omsorg.
- B. Motivasjonen for sykeliggjørerens (“perpetrator”) atferd er å oppnå sykerollen gjennom den andre (barnet, stedfortrederen).
- C. Ytre insentiver (belønningsfaktorer) for atferden (eks. økonomisk gevinst) er fraværende.
- D. En annen mental lidelse kan ikke gi noen bedre forklaring på personens atferd.

Begrepet Factitious Disorder by Proxy (forkortet “FDP”) synes nå mer og mer å avløse MBPS også i europeisk nomenklatur. Jones og Newbold (2001) fremhever to karakteristika ved FDP :

Foreldrenes forfalskning eller oppdikting av symptomer hos barnet.

Et triangulært samspill mellom foreldre, barn og lege kjennetegnet ved at legen forledes, at barnet skades (direkte eller indirekte) og at dette har sin bakgrunn i et ikke-erkjent behov hos foreldrene.

I WHO`s sykdomsklassifikasjon, ICD-10, finnes ingen egen diagnostisk kategori for by Proxy tilstander. MBPS er her lagt inn under “Viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, enten fysisk eller psykisk (selvpåført lidelse), (World Health Organization, ICD-10, 1999)

Her er MDBP i samme kategori som “doctor shopping”, “hospital-hoppersyndrom” og “omstreifende pasient”.

BY PROXY-FENOMENET INNENFOR DET PEDAGOGISK-PSYKOLOGISKE FAGOMRÅDET

MBPS – eller FDP – skiller seg fra andre former for mishandling eller vanskjøtsel ved det faktum at en tredje part systematisk, uten selv å

være klare over det, involveres i å påføre barnet vansker (Meadow, 1993). Denne tredje parten er til alt overmål en profesjonell yrkesutøver som i utgangspunktet skal hjelpe barnet til å bli kvitt symptomer eller plager. Begrepet “*profesjonell deltaker*” (“professional participant”) har blitt lansert og brukt – ikke bare i forhold til leger – men med referanse til alle typer personell som har en lovhjemlet jobb i forhold til barn, og som uten selv å være klar over det blir “medskyldig” i å påføre barnet skade (Zitelli et al. 1987).

Etter vårt syn – og vår erfaring – er det derfor på tide å belyse dette fenomenet nærmere innen det og pedagogisk- psykologiske praksisfeltet. Dette kan skyldes det enkle faktum at diagnosen eller kategoriseringen ikke har eksistert innen fagområdet.

Vi kjenner ikke til noe rapportert tilfelle som har endt opp med formell konklusjon om FDP eller at det foreligger et “by Proxy-tilfelle”. På bakgrunn av 20 års arbeid i PPT, mener undertegnede å ha vært involvert i mellom fem og ti saker som kvalifiserer til en slik kategorisering. Det er ikke mye. Men konsekvensen for barna i disse sakene er store. Dessuten er faren for underrapportering eller skjulte tilfelle stor, all den tid fenomenet ikke har vært særlig påaktet, og at en heller ikke har hatt noen terminologi å støtte seg på i beskrivelsen av fenomenet. Språk skaper virkelighet!

Derfor blir det viktig å komme fram til en omforent avgrensning og beskrivelse av denne problematikken slik den framstår innen det pedagogisk-psykologiske fagområdet.

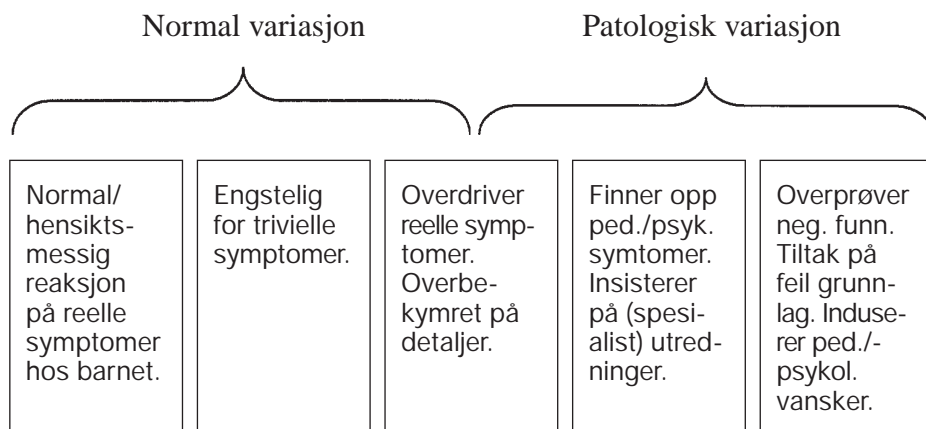
Vi gjør et forsøk:

By Proxy-syndrom, slik vi møter det i PPT, dreier seg om at en omsorgsperson betydelig overdriver, dikter opp eller påfører et barn symptomer eller vansker av psykologisk og/eller pedagogisk art for å tilfredsstillende egne, ikke-erkjente psykologiske behov.

HVA KJENNETEGNER BY PROXY PROBLEMATIKK I PPT-SAMMENHENG?

I den videre framstilling vil vi legge til grunn at den symptominduserende omsorgspersonen oftest er mor. Fra MBPD er det dokumentert at dette er tilfelle i 95% av de påviste sakene. Uten å kunne belegge det statistisk, antar vi at mor også er overrepresentert i de sakene vi støter på i PPT.

Vi vil videre – med henvisning til “tunge” forskere på området – gå ut fra at by Proxy tilstander følger et *kontinuum* fra de lettere tilfellene hvor foreldre overdriver reelle symptomer hos barnet til de alvorlige, hvor omsorgspersonen(e) finner opp symptomer og induserer livstruende tilstander i barnet – som ved klassisk MBPS. (Se figur 1, tilpasset etter Eminson og Poslethwaite, 1992;)



Figur 1: *Kontinuum av hjelp-søkende atferd.*

I virkeligheten vil mye av omsorgspersonens atferd være en blanding av disse kategoriene og variere med situasjon og aktuell mental status.

Det er når atferden mer eller mindre permanent kommer inn under den patologiske variasjonen at vi kan snakke om en by-Proxy konstallasjon.

Førstelinjetjenester som PPT, helsestasjon, privatpraktiserende psykologer mv. er de som i utgangspunktet møter denne problematikken. Men siden disse mødrene er utrolig flinke til å ta seg fram i hjelpe/behandlingsapparatets irrganger, er veien er kort til 2. linje- og spesialisttjenester både innenfor helse (BUP, barneavdelinger ved sykehus) og opplæring (eks. kompetansesentra).

Et eksempel:

En mor oppsøker PPT med sønnen sin, Rune, som er 10 år. Ifølge mor har Rune fag- og konsentrasjonsvansker, og i tillegg betydelige motoriske problemer “pga en traumatisk fødsel“. Hun mener dessuten at han må ha “en hjerneskada som følge av dette”.

Mor er ugift, og Rune har ingen søsken. Far er sammen med Rune en gang pr. måned. Da kommer han hjem til Rune og mor.

I førstesamtale fører mor ordet og uttrykker stor bekymring for sønnen. Gutten selv virker usikker. På direkte henvendelse fra oss til Rune, er det mor som hele tiden svarer. Mor har ingen sperrer for hvordan hun omtaler sønnen i hans nærvær. Hun fremholder at hun har lest mye faglitteratur, og planlegger å utdanne seg innenfor fagfeltet. Etter hvert som samtalen skrider fram dreier fokus mer om mor enn om Rune. Hun prater uavlatelig og streifer så vidt inn på at hun selv hat hatt en vanskelig oppvekst. På våre spørsmål om dette, viker hun imidlertid unna og er mer interessert i å omtale andre fagfolk hun har vært i kontakt med tidligere. Hun uttrykker stor frustrasjon overfor primærhelsetjenesten og fagfolkene her som hun har kontaktet gjentatte ganger. Hun gir uttrykk for at hun nå har store forventninger til at noe vil bli gjort, og at hun er glad for å ha kommet i kontakt med en fagperson hun har stor tiltro til. Mor er videre svært misfornøyd med lærere og skole – både med hensyn til det å se og oppfatte at Rune har problemer, og i deres vilje til å engasjere seg og lytte til hun som mor forteller.

PPT innhenter opplysninger om skolesituasjonen og starter utredning. WISC-R viser prestasjoner som tilsvarer skalerte skårer mellom 9 og 12 på samtlige delprøver bortsett fra "tallhukommelse", hvor han oppnår skåre 7. Skolen rapporterer om en faglig velfungerende gutt, men som i visse situasjoner kan være noe engstelig og usikker. Det virker som han har et dårlig selvbilde, og han er avhengig av stadige tilbakemeldinger og oppmerksomhet, noe som stemmer godt med observasjonene fra testsituasjonen. Motorisk screening foretatt av fysioterapeut avdekker ingen motoriske vansker, men Rune er en del overvektig og har behov for mosjon/trening. Ved innhenting av opplysninger fra skolelegen, bekreftes det at mor gjentatte ganger har konsultert denne med bekymringer for guttens helsetilstand. Ved to tidligere anledninger har han vært henvist til spesialist (pediater og nevrolog) uten at noe galt er funnet. Skolelegen sier rett ut at det etter hans mening er mor som har problemer – ikke gutten. Mht. fødselen, kunne skolelegen avkrefte at denne har vært spesielt vanskelig.

Ved gjennomgang av resultatene med mor, presiserer PPT (undertegnede) at Rune syntes å fungere helt adekvat og at det ikke skulle være grunn til spesiell bekymring – noe mor ikke kan forstå. Hun gir uttrykk for at hun ikke tror på dette, hun er skuffet over vår innsats og faglighet, og at hun ønsker viderehenvisning til BUP – eventuelt kompetansesenter.

Rune er nå 15 år, og forløpet etter at PPT sist var inne i bildet, kan kort oppsummeres slik:

Mange nye undersøkelser ved BUP, kompetansesenter og spesialisthelsetjenester. Mor krever undersøkelser bl.a. med tanke på Asperger syndrom og ADHD. Alle konkluderte med negative funn. Deretter konsultasjoner med

andre privatpraktiserende leger og psykologer. Etter en rundgang i alt som er av hjelpeapparat med utallige utredninger fra forskjellige typer fagfolk (eks. kinesilog og homøopat), ender det hele etter hvert opp med “dyslektiske trekk” og “en mulig ADD”. Diagnosene er “shoppet” på privatmarkedet. P.g.a. “dyslektiske trekk” mottar Rune spesialundervisning i norsk og engelsk.

Parallelt med dette opplever skolen en gutt som blir mer og mer usikker og ribbet for positiv selvfølelse. Rune har høyt fravær og klager hele tiden over “vondter”. Han utvikler store motivasjonsproblemer og etter hvert også emosjonelle vansker (angst og depresjon). De sistnevnte er så vidt alvorlige at Rune nå har reelt behov for psykologisk/psykiatrisk hjelp.

På hvilke kritiske punkter skiller dette eksemplet seg fra en litt spesiell, men likevel “vanlig” mor-sønn relasjon? Hva er det som kvalifiserer til en mistanke om “by-Proxy”?

I identifiseringen av differensialdiagnostiske kriterier for MBPS, deler Parnell og Day disse i tre kategorier, (Parnell, Teresa F. og Day, Deborah O., 1998): Trekk ved barnet (“offeret”), trekk ved omsorgspersonen (her: moren) og trekk ved familien.

Rappaport og Hochstadt har også – ut fra samme kategorisering – listet opp det karakteristiske som antas å heve “suspicion index” for MBPS (Rappaport og Hochstadt, 1993). Vi følger denne kategoriseringen og utdyper med de karakteristika vi har erfart som gjeldende i PPT-praksis.

I tillegg setter vi opp karakteristika for denne problematikken slik den fremstår ut ifra skole-perspektivet (Jfr. Palladino, K.O., 1998). Denne problematikken er lite påaktet av skolen og skolens hjelpeapparat. Vår erfaring er at lærere jevnt over strekker seg svært langt i å ta foreldrenes perspektiv og imøtekomme foreldrenes behov for å ha innflytelse over barnets skolesituasjon. Seg imellom, og på «bakrummet», uttrykker nok lærere både fortvilelse, frustrasjon og aggresjon, men utad jobber de inn til grensen av sykemelding for å leve opp til disse foreldrenes krav. Dette gjelder også for skolelederne. De aller fleste av disse sakene havner på deres bord. Ofte er det snakk om krav til særbehandling eller spesialundervisning som ikke står i samsvar med hvordan eleven reelt fungerer.

Trekk ved barnet

Rapporterte symptomer bekreftes ikke gjennom grundige undersøkelser. Flere utredninger finner ingen problemer/symptomer som skulle

tilsi diagnoser eller særlige vansker. Generell usikkerhet og ytreavhengighet, som er spesielt tydelig når mor er til stede. Hos eldre barn (over ca. 10 år): Tendens til selv å simulere vansker/sykdom ("barnet har blitt sosialisert inn i bedraget", Neale et. al. 1993).

Barnet i skolesammenheng:

Utvikler tegn på (spesial)pedagogiske og/eller psykologiske vansker, (eks. generelle eller spesifikke fagvansker, angst, isolasjon, depresjon, m.v.)

Utvikler tegn på sviktende selvfølelse og mistrivsel

Økende skolefravær uten dette kan tilbakeføres til noen objektiv sykdom.

Trekk ved mor

Tilsynelatende overbeskyttende og totalt opptatt av barnet sitt.

Pågående og verbal.

Ekstremt stor interesse for fagpersoner og eksperter.

Etter hvert like mye opptatt av å framstille seg selv og sitt forhold til andre fagpersoner enn å gå i dialog om eventuelle årsaker til barnets vansker.

Inntar en personlig form for kommunikasjon.

Aggressiv når hun blir presentert divergerende fakta/observasjoner.

Dramatiserende framstilling av barnets problemer. Denne blir særlig tydeliggjort av det store spranget mellom mors framstilling og den virkelighetsbeskrivelse som andre gir av barnet (eks. lærere) og – etter hvert også – de resultater en selv kommer fram til etter utredning.

Vandrer rundt i hjelpeapparatet i søken etter å finne fagfolk som kan bekrefte de angivelige vanskene hos barnet («diagnoseshopping»).

Følger i liten grad opp fagfolkens råd i konkret handling, selv når hun har sagt seg enig i disse.

Forhistorie preget av sosiale og emosjonelle vansker og problemer i forhold til egne foreldre.

Mor i skolesammenheng:

Svært opptatt av sitt eget forhold til lærere, rektorer og andre foreldre.

Generelt misfornøyd med skole og enkeltlærere, dette endrer seg ikke ved *gjentatte* forsøk på å etterkomme mors ønsker – eks. lærerbytter, spesialundervisning, klassebytte, etc.

Gir skolen konsekvent og udiskutabelt skylden for barnets vansker.

Setter seg grundig inn i skolelovgivning, skoleplaner og fagstoff, for så å kunne «ta» skolen/læreren i feil.

Ukritisk med å omtale skole og lærere negativt i barnets påhør.

Dramatiserende i beskrivelsen av enkeltepisoder på skolen (svært ofte episoder som verken lærere eller medelever har registrert) – ofte dras andre barn og foreldre inn i framstillingen.

Bruker *svært* mye tid på korrespondanse, møter og kontakt med lærere, skoleadministrasjon og skolens hjelpeapparat (PPT).

Trekk ved familien:

Ofte alenemødre.

Perifer farsfigur.

Familiehistorie med mye kontakt med hjelpeapparatet.

Familie med manifeste eller latente samhandlingsvansker.

ÅRSAKER TIL BY-PROXY. NOEN FORKLARINGERINGSMODELLER.

Det er mye som tyder på at årsakene til by Proxy-tilstander er svært sammensatte og mangfoldige. Her et svært kortfattet resymé:

Familieperspektivet:

I innledningen ovenfor betraktet vi by Proxy-konstellasjonen ut fra en familieteoretisk vinkling og var inne på begrepet “familiemyte”. Ut fra denne tankegangen er det nærliggende å anta at by Proxy-fenomener i stor utstrekning kan tilskrives et patologisk familiesamspill, hvor det – i anstrengelsen for å bevare familiens likevektsystem – er maktpåliggende å sykeliggjøre et medlem – nærmere bestemt barnet, som det svakeste leddet. I lys av dette kan by proxy-konstellasjonen ses på som en outrert form for patologisk samhandling i familien. Barnet blir symptombærer eller “indexpasient”. Anvender vi Boszormenyi-Nagys tenk-

ning blir barnet et offer for sitt lojalitetsbånd til moren, og det skjer en “strukturell utnyttning” av barnet (Bozormenyi-Nagy, 1973 s. 3-6).

Moren/omsorgspersonen

I forklaringsmodeller av by Proxy konstellasjonen, har det imidlertid vært enda mer vanlig å se isolert på dyaden mor-barn, hvor mor, i forsøk på å avstive egen selvfølelse og dekke egne behov, invaderer barnet emosjonelt og ubevisst bruker det som et hjelpemiddel (“krykke”) til å hankses med egen problematikk.

Welldon har gjennom kasusbeskrivelser fokusert oppmerksomheten på morens mentale helse og mener å ha belegg for at flertallet av disse mødrene har en historie preget av symptomer på misbruk av seg selv (self-abuse): Spiseforstyrrelser, medikamentmisbruk, promiskuitet og selvskading, (Welldon, 2001).

Andre har rettet oppmerksomheten mest mot mors tidlige, ikke-uttrykte traumer i samhandlingen med sine foreldre. Dette kan være tap av foreldre eller tap av foreldres hengivenhet gjennom utsøting eller misbruk. Bach mener at barnet dvs. MBPS- moren, i sin barndom ble utsatt for en “traumatisk desillusjonering”, og at sado-masochistiske objekt-relasjoner “..arise as a defense against and an attempt to repair some traumatic loss.” (Bach, 1991, s. 96).

Disse mødrenes budskap til eksperten (her: legen) blir dermed masochistisk preget: “*Do anything to my infant, but don't leave me.*” (Bach, 1991, s 96). Mor søker mao. å revansjere tidlige traumer ved å oppnå kontroll over hjelperen (legen).

Schreier og Libow påpeker at barnet gjennom dette blir dehumanisert og gjort til et fetisj-objekt: “*The infant, we believe, is dehumanized by the mother and serves as a fetishistic object, which permits her to regulate her disastrously ambivalent relationship with the physician*”, (Schreier, H. A. og Libow, J. A, 1993, s. 97-98). Mors forhold til sin egen far står sentralt i denne tenkningen. Hans manglende evne til å se og verdsette datteren gjør at datteren ikke makter å avslutte primæridentifikasjonen med sin mor. Når datteren seinere selv blir mor, søker hun etter nye sjanser til å oppleve å bli sett og lyttet til. By Proxy-konstellasjonen gir henne nettopp denne muligheten: Den bringer mor i møte med en “powerful figure” som, kanskje for første gang i hennes liv “...is sharing her emotional space, listening to her, valuing her opinion and even valuing her.” (Schreier, H. A. og Libow, J. A, 1993, s.94). Barnet blir på

denne måten adgangsbilletten til å kontrollere en statusperson. Derfor fremstår disse mødrene tilsynelatende omsorgsfulle, men langt fra så opptatt av årsakene til barnets symptomer, som av hjelperen.

I sine kasus-studier konkluderer Schreier og Libow med at “den gode MBPS-moren” “...is a maquerade of mothering that springs from childhood roots that were *quietly* traumatic and include profound absence of recognition of the child who will become a MBPS mother.” (Schreier, H. A. og Libow, J. A., 1993. s.95).

HVORFOR FUNGERER HJELPEAPPARATET DÅRLIG I “BY-PROXY”- SAKER?

Det er vår påstand at hjelpeapparatet fungerer dårlig i disse sakene – både mht. problem-definering og problemoppfølging.

Det er flere grunner til dette:

- 1) I en tid hvor *brukerperspektivet* står sentralt – også i hjelpeapparatet – vil det være forbundet med stor risiko og stort ubehag å trekke i tvil en mors framstilling av barnets problematikk. En skal både ha trygghet og legitimitet for å holde fast ved den faglige definisjonsmakten som behøves for å flytte problemfokus over fra barnet og til moren.
- 2) I motsetning til de unnfallende mødrene, er de vi her taler om, *tilsynelatende svært omsorgsfulle og opptatt av barnets ve og vel*: “*By almost all accounts, these mothers appear totally devoted to their child.*” (Schreier og Libow, 1993 s. 16).

På mange måter er de en befriende motsetning til de unnfallende foreldrene vi ellers møter i hjelpeapparatet. De utvikler raskt et fortrolig “på-fornavn-forhold” til ekspertene. Og disse mødrene skal vi – fagfolkene – anklage for ikke å ta seg av sine barn på en god måte!

Når fagpersonen så kommer fram til en annen problemdefinering enn mor, er det ofte starten på en svært belastende runde preget av personlig angrep og kritikk. Alle som har vært involvert i denne type saker har erfart hvor arbeidsmessig og følelsesmessig krevende de er. Dette stiller store krav til den profesjonelle faglighet og integritet.

Disse mødrene er dessuten svært bevisst på de profesjonelles sårbarheter og forfengelighet, og de har ofte en velutviklet strategi på å spille fagfolk ut mot hverandre. Sakene gjøres fort til et spørsmål om hvem som sitter med definisjonsmakten – mor eller fagpersonen.

I slike tilfeller er det både lett og fristende å abdisere som fagperson og gå ut av rollen som barnets advokat.

- 3) Forskningen har avdekket en rekke nye syndromer og vansker – på det nevropsykologiske område (eks. ADHD, ADD), innen autismespekteret (eks. Asperger syndrom), innen lærevansker (eks. dysleksi, dyskalkuli) osv.

Felles for disse tilstandene/syndromene er at de ikke utgjør noen klar og entydig kategori – sagt i medisinsk terminologi: Diagnose-kriteriene blir vage og subjektivt preget.

På de pedagogisk-psykologiske fagområdene er det mye usikkerhet og uenighet om problemkategorisering, både kvalitativt (hvilken diagnose?) og kvantitativt (hvor store skal utslagene være før vi stiller en diagnose eller anvender en betegnelse?).

Undersøkelser fra USA avdekker store forskjeller i diagnostisk praksis fra stat til stat – alt etter tradisjon, kjønn, sosialøkonomisk status, tilgjengelighet av forskjellig type hjelp og – ikke minst – *foreldrenes pågåenhet*. Data fra disse undersøkelsene indikerte at det var opp til 75 ganger mer sannsynlig for at en vanske ble klassifisert i en gitt kategori i en stat, enn det vil være i en annen stat! (Morsink, Smith-Davis og Thomas, 1990 s. 61).

Det er derfor ikke unaturlig å anta at det er mye lettere for en mor med by Proxy- problematikk å manipulere fagfolkene på våre fagområder enn på det medisinske/somatiske.

- 4) Både i forhold til problemutredning og problemdefinering er det i disse sakene et *særlig behov for tverrfaglig innsats*, som bl.a. involverer sosialfaglig, pedagogisk, psykologisk/psykiatrisk, barnevernfaglig, medisinsk og juridisk kompetanse.

Til tross for mye fokusering på nødvendigheten av tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, har hjelpeapparatet fremdeles en lang vei å gå for å få dette til i praksis.

Mye av “samarbeidet” begrenser seg i praksis til å fordele ansvar og dessverre, i noen tilfelle, å pulverisere ansvar.

KONKLUSJON

Det er, slik vi ser det, et stort behov for at vi utvider perspektivet på Munchausen by Proxy Syndrome, slik vi kjenner det fra det medisinske fagfeltet, til også å omfatte det psykologiske og pedagogiske området.

Selv om konsekvensene av en feildiagnostisering/feilkategorisering av et i utgangspunktet velfungerende barn pga. sykeliggjøring fra en voksen omsorgspersons side, ikke er like dramatiske som vi kjenner dem fra medisinen, kan de negative konsekvensene for barnet som påføres pedagogiske og/eller psykologiske vansker være store: Lav selvfølelse, psykiske lidelser, psykososiale vansker, fagvansker, for å nevne noen.

Det er viktig å være bevisst på at selv om *innholdet* i de oppdiktede eller påførte symptomene kan være av pedagogisk karakter (hvilket de ofte er), står vi i disse tilfellene først og fremst overfor et fenomen som krever *psykologisk fagkompetanse* for å bli endelig identifisert og analysert.

Men det er likevel et stort behov for økt kunnskap om problematikken hos alle som arbeider i 1. linjetjenesten, og den er et godt eksempel på nødvendigheten av at tjenesten sitter inne med tverrfaglig kompetanse.

Den endelige bestemmelsen av en by Proxy – konstallasjon kan selvsagt bare gjøres på et nivå som er tillagt et formelt diagnostisk/kategoriserende ansvar. Innenfor det psykologiske og/eller det pedagogiske hjelpeapparatet vil det i praksis bety 2.linjetjeneste eller spesialisttjenester på området.

For fagfolk i 1. linje vil det i første omgang være et spørsmål om innsikt og forståelse nok til å vekke *mistanke*, noe som er viktig nok i seg selv. Men det vil også være et spørsmål om det er innarbeidet praksis og kompetanse i tjenesten på å jobbe ut fra et perspektiv som inkluderer familiodynamikken og utviklingshistorien (anamnesen) til omsorgspersonen så vel som til barnet.

REFERANSER:

- American Psychiatric Assotiation.(2000). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, ForthEdition, Text Revision. Washington, DC.
- Bach, S. (1991).On sadomasochistic objectrelations. I Fogel, G. I.og Myers, W. A. (ED.) *Perversions and near perversions in clinical practice*. New Heaven: Yale University. Her sitert fra Schreier, H.A.og Libow, J.A.: *Hurting for Love –Munchausen by Proxy Syndrome*, *The Guldford Press, New York 1993*.
- Bozormenyi-Nagy, I., 1974: *Forebyggelse og dynamikk i familierelasjoner*. I Fokus på familien, 3, 1974.
- Eminson, D. M. og Postlethwaite, R. J., 1992 : *Factitious Illness: Recognition and Management*. I Parnell, T.F. og Day, D.O.(Ed.): *Munchausen by Proxy Syndrome – Misunderstood Child Abuse*. Sage Publications Inc., 1998.
- Ericsson, Kjersti, 1972: *Lille Eyolf og familemyten*, Samtiden nr 1.
- Ferreira, Antonio J., 1967: *Psychosis and Family Myth*,

- Jones, D. P. H. og Newbold C., 2001 (Ed.): *Assessment of Abusing Families I: Adshead, G. og Brooke, D., Munchausens Syndrome by Proxy – Current Issues in Assessment, Treatment and Research* (s. 109 -119). Imperial College Press, London.
- Meadow, R. 1993: *False alligations of abuse and Munchausen Syndrome by Proxy*. *Arc. Dis. Child*, 68, 444-447. Sitert fra: Adhead G. og Brooke, D. (Eds.): *Munchausen´s Syndrome by Proxy – Current Issues in Assessment, Treatment and Research*, Imerial College Press, 2001.
- Morsink, Smith-Davis og Thomas, 1990: *Noncategorical special education prigrams: Process and outcomes*. I Wang M. C., Reynolds M. C. og Walberg H. J. (Ed): *Special education – Research and Practice*, Pergamon P ress, 1990.
- Neale B, Bools C, Meadow R, 1991: *Problems in Assessment and Management of Munchausen syndrome by proxy abuse*. *Children and society*, 5, s. 324-333.
- Palladino, K. A. 1998: *The Scool System Perspective*. I Parnell, T. F. og Day, D. O. (Ed.): *Munchausen by Proxy. Syndrome – Misunderstood Child Abuse*, s. 265 – 273). Sage Publications Inc.
- Parnell, T. F. og Day, D. O., (Ed.), 1998: *Munchausen by Proxy Syndrome – Misunderstood Child Abuse*. Sage Publications Inc.
- Rappaport S og Hochstadt, N J, 1993: *Munchausen Syndrome by Proxy: An Intergenerational Perspective of Mental Health Counseling*, 2003,15 s 278-289.
- Schreier H. A., 1996: *Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sheriffs: When is it Munchausen by Proxy?* *Child Abuse Negl.*, 1996, 20: 985 -99. I Adshead G. og Brooke D: *Munchausens Syndrome by Proxy-Current Issues in Assessment, Teatment and Research*, s. 5. Imerial College Press, Singapore, 2001.
- Schreier, H. A. og Libow, J. A., 1993: *Hurting for Love – Munchausen by Proy Syndrome*. The Guildford Press, New York..
- Stierlin, H., 1974: *Separating Parents and Adolescents*, New York, Quadrangle.
- Welldon, E. V., 2001: *The Extraordinary Case of Mrs. H*. I Adshead G. og Brooked: *Munchausen Syndrome by Proxy – Current Issues in Assessment, Treatment and Reaserch*, s. 49- 59. Imerial College Press, Singapore, 2001.
- World Health Organization, 1999: *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, Gyldendal Norsk Forlag A/S, 4.opplag 2002.
- Zitelli B. J, Seltman M. F, Shannon, R. M, 1987: *Munchausen`s syndrome by proxy and its professional participants*. *Am. J Dis. Child* 141, s. 1099-1102.

Jan Kåre Moan

Adr. Lien, 2500 Tynset.

Tlf 958 73 975

E-post: jank-moan@nexus-kompetanse-no