

MÜNCHHAUSEN SYNDROM BY PROXY

Af Joan Mogensen¹ & Birgitte Brun²**1. Indledning**

Ved Münchhausen syndrom by proxy er der ikke tale om, at en person skader sig selv, men skader en anden. Selve betegnelsen henter dog sin inspiration fra en lidelse, hvor der er tale om selvskade, nemlig det såkaldte Münchhausen syndrom (sygdomsefterligning). Ved dette syndrom ses den særlige form for selvskade, hvor en person opsøger læger og præ-senterer opdigtede eller selvpåførte sygdomssymptomer og falske sygehistorier. Personer med Münchhausen syndrom gennemgår lægelig undersøgelse og behandling, ofte på flere hospitaler, hvor de underlægger sig ganske unødvendige og ikke sjældent smertefulde indgreb. Motiverne bag denne adfærd er uklare, men synes relateret til at påtage sig en sygerolle.

Münchhausen syndrom blev beskrevet første gang i en artikel i *The Lancet* i 1951 af den engelske læge Richard Asher, der havde observeret dette mønster hos en i øvrigt uhomogen gruppe af personer med forskellige former for psykopatologi (Asher, 1951). Baron von Münchhausen, hvis rejleskildringer blev nedfældet af Raspe i anden halvdel af 1700-tallet (Raspe, 1941), har lagt navn til dette syndrom på grund af disse skildringers dramatiske og usandfærdige karakter.³

I 1977 udkom den første artikel, hvor Münchhausen syndrom by proxy beskrives:

Some patients consistently produce false stories and fabricate evidence, so causing themselves needless hospital investigations and operations. Here are described parents who, by falsification, caused their children innumerable harmful hospital procedures – a sort of Munchausen syndrome by proxy (Meadow, 1977, p. 343).

1 Cand.psych., privatpraktiserende psykolog, Aarhus

2 Cand.psych., leder af klinisk psykologisk afdeling, Sct. Hans Hospital 1971-2006

3 Den tyske barons navn staves Münchhausen. I engelsksprogede tekster er dette navn forvandlet til Munchausen, dvs. uden "umlaut" og med kun et "h". Dette skyldes formentlig, at Asher fejlagtigt stavede navnet således.

Meadow, forfatter til artiklen og engelsk børnelæge, fremlægger her to cases, hvor han beskriver en form for mishandling, der minder om Münchhausen syndrom, idet læger på samme måde præsenteres for opdigtede symptomer og sygehistorier eller direkte påførte symptomer, ikke hos personen selv, men "by proxy", dvs. hos en stedfortræder. Da læger som udgangspunkt har tillid til forældres redegørelse for deres barns tilstand, forføres de til gennem de lægelige tiltag, herunder også operative indgreb at deltage i mishandlingen af barnet.

Münchhausen syndrom by proxy er således en mishandling med et offer, som typisk er et barn, og en krænker, som typisk er en mor. Artiklen følger denne opdeling. Hovedvægten lægges dog på beskrivelse og forståelse af krænkeren.

Når en belysning af Münchhausen syndrom by proxy kan indgå som et bidrag til at få nuanceret forståelsen af fænomenet selvskade, hænger det sammen med, at langt de fleste mødre har en meget tæt tilknytning til deres små børn, som betyder, at de på et dybere niveau kan have svært ved klart at skelne mellem barnet og sig selv. I den forstand kan en skade på barnet dynamisk set være et udtryk for *selvskade*.

Det ville således være nærliggende at inddrage selvpsykologiens begreb om selvobjekter (Kohut, 1971) såvel som tilknytnings- og mentaliserings-teoriens begreb om det fremmede selv (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) som en teoretisk ramme til at forstå denne dynamiske sammenhæng. Vi har imidlertid i denne artikel vægtet deskriptive og fænomenologiske aspekter ved Münchhausen syndrom by proxy.

2. Mishandlingen

Som det allerede er fremgået, dækker Münchhausen syndrom by proxy et spekter fra at opdigte symptomer, at frembringe symptomer og over til direkte at påføre skade (Meadow, 1977).

- Krænkeren fabulerer og fantaserer omkring sygdomme hos barnet, men påfører ikke direkte barnet skade. Krænkeren kontakter læger, der på baggrund af denne udtrykte bekymring undertiden iværksætter undersøgelser og behandling.
- Krænkeren udfører handlinger, der simulerer sygdom. Eksempelvis blander krænkeren eget blod i barnets fæcesprøve. Herved igangsættes unødige lægeundersøgelser og undertiden indgreb, der er belastende for barnet.
- Krænkeren påfører barnet sygdomme eller handicap og udsætter således barnet for direkte overlast. Skaden fører ofte til hospitalskontakt og lægelige indgreb. I de alvorligste tilfælde kan denne påførte skade resultere i, at barnet dør (Rosenberg, 1987).

I pædiatriske tidsskrifter er der siden 1977 beskrevet en mangfoldighed af cases. Hvad angår de påførte lidelser kan alle dele af kroppen være involveret. Meadow (1982) har bl.a. identificeret blødninger, neurologiske symptomer, febertilfælde, udslæt og inficeret urin. Forsøg på kvælning hører til blandt de for barnet mest farlige former for mishandling. Forgiftninger ses ligeledes. I den ene af Meadows oprindelige to cases døde en lille dreng af saltforgiftning, påført af moderen.

I en dansk artikel gennemgår Koch og Høiby (1988) et sygdomstilfælde med en 7½ år gammel dreng, der havde en alvorlig, kronisk bakteriel ørelidelse. Det var et tæt samarbejde mellem pædiatere og mikrobiologer, der førte til afdækningen af, at der var tale om en påført sygdom. Man iagttog på børneafdelingen et særegent symbiotisk bånd mellem mor og søn. Moderen veg næsten ikke fra drengens side, og hun var mistroisk over for hospitalspersonalet. Hun viste ingen ægte bekymring over drengens sygdom. Drengens tvillingesøster var død i en alder af 7 år med et sygdomsforløb af lignende art, der begyndte, da hun var 4 år gammel.

Også psykiatriske sygdomme ses indgå i de sygdomme, som krænkeren fantaserer om. Her præsenteres symptomer på eksempelvis ADHD eller autisme hos barnet.

2.1. Epidemiologi

Ifølge Roesler og Jenny (2009) er vores epidemiologiske viden om Münchhausen syndrom by proxy begrænset og usikker, dels på grund af manglende stringens i definitionen af fænomenet og dels på grund af metodologiske problemer ved undersøgelserne.

To undersøgelser, nemlig McClure, Davis, Meadow & Sibert (1996) og Denny, Grant & Pinnock (2001) fremhæves dog som metodologisk solide; disse to undersøgelser er hyppigt refereret (jf. f.eks. Lasher & Sheridan, 2004; Bass & Glaser, 2014).

McClure et al. (1996) har fundet en årlig incidens på 0,5 pr. 100.000 børn under 16 år, mens tallet for børn under 1 år er højere, nemlig 2,8 pr. 100.000 børn. Tilfældene drejer sig hovedsagelig om forgiftninger og (nærved) kvælning og altså om alvorlige tilfælde, herunder også dødsfald. Undersøgelsen blev gennemført i England og Irland.

Denny et al. (2001) fandt en årlig incidens på 2 pr. 100.000 for børn under 16 år. Det drejede sig her ligeledes om alvorlige tilfælde, men uden dødsfald. Undersøgelsen blev gennemført i New Zealand.

En italiensk undersøgelse (Ferrara et al., 2013, her efter Bass & Glaser, 2014) angiver en prævalens på 0,53 %. Der var her tale om tilfælde med påførte såvel som opdigtede sygdomssymptomer.

I den lettere ende af spektret for Münchhausen syndrom by proxy findes relativt højere tal. Eksempelvis viste et review af sager med børneallergi,

at Münchhausen syndrom by proxy optrådte i en størrelsesorden med 1 pr. 100 børn (Warner & Hathaway, 1984, her efter Lasher & Sheridan, 2004).

Der synes i litteraturen at være bred enighed om, at Münchhausen syndrom by proxy er underrapporteret (jf. f.eks. Schreier & Libow, 1993; Bass & Glaser, 2014). Nedenstående undersøgelse af Southall et al. (1997), hvis egentlige formål var at demonstrere nytten af skjult videoovervågning, kan belyse dette. I undersøgelsen deltog to engelske hospitaler, hvor man modtog henvisninger med henblik på undersøgelse for åbenlyse livstruende hændelser. En population på 39 børn i alderen 2 – 44 måneder blev undersøgt med henblik på påført sygdom. En kontrolgruppe på 46 børn indgik i undersøgelsen (Southall, Plunkett, Banks, Falkov, & Samuels, 1997).

Blandt de 39 børn afdækkede skjult videoovervågning, at 33 af børnene havde været udsat for overlast. Hos 30 børn drejede det sig om forsøg på kvælning. I 4 tilfælde havde børnene været udsat for gentagne kvælningsforsøg før undersøgelsen, som havde resulteret i permanente neurologiske lidelser, herunder epileptiske anfald på grund af hjerneskade, forårsaget af utilstrækkelig ilttilførsel.

De 39 patienter havde 41 søskende. Blandt disse søskende var 12 døde pludseligt og uventet. Blandt disse dødsfald var 11 blevet identificeret som tilfælde af vuggedød. Overraskende nok indrømmede fire forældre efter undersøgelsen, at de havde kvalt otte af disse børn. Det viste sig endvidere, at en søskende var død pludseligt grundet påført saltforgiftning. Andre former for mishandling blev dokumenteret i læge-, social- og politijournaler hos yderligere 15 søskende. I kontrolgruppen med de 46 børn fandtes 52 søskende, hvoraf 2 var døde.

3. Ofret

Det typiske offer for Münchhausen by proxy-mishandling er et barn, og her især spædbørn og små børn. I sjældne tilfælde kan mishandlingen følge et barn gennem hele opvæksten. Hos Sheridan (2003) er der ud fra en analyse af 451 cases fundet, at ofrene typisk var 4 år eller derunder og i øvrigt af begge køn.

Ofrene kan også være voksne, eksempelvis fysisk svage mennesker, som mishandles af en sygeplejerske eller andet sundhedspersonale. Dyr er også beskrevet som ofre.

I atter andre og sjældne tilfælde kan en far til de mishandlede børn selv være offer for moderens – og altså samleverens – mishandling (Egginton, 1989; Morell & Tilley, 2012).

Det er indlysende, at mishandlingen for ofret har vidtrækkende helbredsmæssige konsekvenser af såvel fysisk som psykisk karakter.

En voksen kvinde, hvis mor udsatte hende for systematisk mishandling i form af sygdomspåføring i barndommen, har skrevet om sine oplevelser.

Disse oplevelser er samtidig suppleret af journaluddrag, der belyser det groteske sygdoms- og behandlingsforløb, kvinden blev udsat for (Bryk & Siegel, 1997).

I en follow-up-undersøgelse af 54 ofre for Münchhausen by proxy-mishandling (Bools, Neale, & Meadow, 1993), der blev foretaget, 1-14 år (med et gennemsnit på 5,6 år) efter at mishandlingen var blevet identificeret, fandt man hos 20 børn problemer af uacceptabelt omfang. Hos 10 af de børn, der boede hos deres biologiske mor, kunne konstateres nyttilkomne skader, og hos 8 af disse børn var der grund til bekymring. Forstyrrelserne omfattede adfærdsproblemer og følelsesmæssige forstyrrelser. Man fandt desuden problemer relateret til skolegang, herunder vanskeligheder med opmærksomhed og koncentration samt fravær.

Det kan for barnet og andre ofre være et spørgsmål om liv eller død at få afdækket denne form for mishandling så hurtigt og så effektivt som muligt.

I litteraturen henvises ofte til en dødelighedsrate ved Münchhausen syndrom by proxy på 9 % på basis af Rosenberg (1987). Roesler og Jenny (2009) er kritiske over for dette tal, idet de påpeger det indlysende forhold, at dødeligheden afhænger af risikoen for at dø ved de sygdomme og symptomer, Münchhausen by proxy-mishandlingen drejer sig om. Dødeligheden ved tilfælde med kvælningsforsøg, vil selvsagt, hvis det går galt, være højere, end hvis der er tale om tilfælde med astmasymptomer, der enten opfindes eller overdrives.

4. Krænkeren

I hovedparten af tilfældene er krænkeren barnets mor. I få tilfælde kan krænkeren være andre kvinder, som eksempelvis sundheds- og plejepersonale, der skal varetage omsorgen for børn. Krænkeren kan i sjældne tilfælde være barnets far. Man kan forestille sig en stigning i antallet af fædre som krænkerere i takt med ændrede kønsrollemønstre, hvor fædre i højere grad end tidligere tager del i omsorgen for barnet, herunder også for det helt lille barn.

4.1. *Diagnosen*⁴

Der har været uklarhed om, hvem der egentlig skal have diagnosen Münchhausen syndrom by proxy, krænkeren eller ofret.

I WHO's internationale sygdomsklassifikation, ICD-10 (1994), optræder Münchhausen syndrom by proxy ikke som en defineret diagnostisk kategori, men er blot nævnt i tilknytning til diagnosen sygdomsefterligning, som svarer til Münchhausen syndrom, og som på engelsk betegnes *factitious disorder*.

4 Det er ikke her hensigten minutløst at gennemgå udviklingen i diagnosekategorien mht. skiftende betegnelser, kriterier og afgrænsninger. Vi foretrækker betegnelsen Münchhausen syndrom by proxy, da denne er relativt alment kendt og fortsat anvendes i vid udstrækning i den videnskabelige litteratur.

der. Münchhausen syndrom by proxy skal ifølge ICD-10 placeres under kategorien for mishandlingsyndromer, dvs. at diagnosen er møntet på barnet.

I DSM-IV (1994), hvor Münchhausen syndrom by proxy betegnes som factitious disorder by proxy, og hvor diagnosen endnu er under overvejelse som officiel klinisk diagnose, er diagnosen forbeholdt krænkeren.

Denne uklarhed førte til nedsættelse af en ekspertgruppe under The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC). Gruppen, der i 1998 præsenterede resultatet af deres arbejde, foreslog den løsning at give barnet diagnosen pediatric condition falsification og at give krænkeren diagnosen factitious disorder by proxy (her efter Roesler & Jenny, 2009).

Denne løsning har dog ikke fundet vej til DSM-5 (2013). Her går diagnosen under betegnelsen factitious disorder imposed on another, dvs. sygdoms-efterligning påført en anden. Denne diagnose er forbeholdt krænkeren, mens ofret får en diagnose inden for mishandlingsområdet.

Når diagnosen således forbeholdes krænkeren, er der en risiko for, at Münchhausen syndrom by proxy opfattes som en psykopatologisk lidelse på linje med andre psykopatologiske lidelser. Lasher og Sheridan (2004) er blandt dem, der har advaret imod dette. Deres væsentligste argument er, at krænkerne ikke lider af én bestemt psykisk lidelse, men kan lide af forskellige psykiske lidelser.

Et yderligere problem ved at anvende Münchhausen syndrom by proxy som diagnose for krænkeren er, som bl.a. Meadow (1995) og Fisher og Mitchell (1995) er inde på, at det kan give anledning til fejlagtigt at tro, at diagnosen kan stilles alene gennem en psykiatrisk undersøgelse af krænkeren.

Uanset at Münchhausen syndrom by proxy eller med den officielle betegnelse fra DSM-5, sygdoms-efterligning påført en anden, er en psykiatrisk diagnose, forbeholdt krænkeren, er det således afgørende, at diagnosen stilles i pædiatrisk regi, hvor børnelæger har kunnet konstatere, at en mor eller anden omsorgsperson har opdigtet eller direkte fremkaldt sygdom hos sit barn. Hvor der er tale om opdigtet psykiatrisk lidelse hos et barn, giver det sig selv, at diagnosen må stilles i børne- eller eventuelt ungdomspsykiatrisk regi.

For at anskueliggøre pointen i ovenstående kan man drage en parallel til seriemordere. "Seriemorder-adfærd" er ikke en psykiatrisk lidelse, men en kriminell handling. Man kan ikke gennem en psykiatrisk udredning afdække, om man sidder over for en seriemorder.

Seriemordere kan desuden lide af forskellige former for psykopatologi, som vil udgøre en forudsætning for at realisere de kriminelle handlinger. Denne underliggende psykopatologi kan afdækkes gennem psykiatrisk udredning. På samme måde vil den underliggende psykopatologi ved Münchhausen syndrom by proxy kunne afdækkes gennem psykiatrisk udredning.

4.2. Psykopatologi og livshistorie

Somatiseringstilstande, herunder sygdomsefterligning, svarende til Münchhausen syndrom i bred betydning udgør en stor del af psykopatologien hos krænkeren (Bools, Neale, & Meadow, 1994).

Det er her interessant, at en del af de mødre, der senere udøver Münchhausen by proxy-mishandling over for deres børn, selv har haft Münchhausen syndrom, før de blev mødre. Man ser også eksempler på, at de stadig har Münchhausen syndrom, efter at de er blevet mødre, og man kan se en vekslen mellem disse to adfærdsformer, hvor mishandlingen skifter mellem at blive rettet mod barnet og mod moderen selv (Rand & Feldman, 2001).

I den underliggende psykopatologi ses desuden personlighedsforstyrrelser. Hos Bools et al. (1994) konstateres personlighedsforstyrrelser i alvorlig grad med borderline og histrionisk personlighedsforstyrrelse som dominerende.

Bools et al.s (1994) undersøgelse er senere blevet fulgt op af Bass og Jones (2011), som over en årrække fra 1996-2009 foretog psykiatriske vurderinger af 28 mødre med Münchhausen syndrom by proxy. Disse vurderinger havde til formål at danne grundlag for retslige afgørelser, f.eks. om der kunne ske en genforening af mor og barn. Undersøgelsen havde adgang til sagsakter fra almen praktiserende læge, skolevæsen, socialforvaltninger, hospitalsvæsen, herunder psykiatriske hospitaler, og retsvæsen.

Forfatterne er selv inde på, at undersøgelsesresultaterne på grund af den særlige selektion kan være biased. De konkluderer dog, at deres resultater efter al sandsynlighed er repræsentative, idet de stemmer overens med resultater fra netop Bools et al. (1994), og ligeledes er en del af resultaterne sammenfaldende med Rosenbergs (1987).

De 28 mødre var i gennemsnit lidt over 31 år. Lidt under halvdelen var gift, og 4 havde været ansat i sundhedssystemet. Hovedparten var enten uden arbejde på undersøgelsestidspunktet, på sygedagpenge eller på anden form for offentlig ydelse på grund af nedsat erhvervsevne. – Dette svarer til danske erfaringer fra psykologiske undersøgelser af disse kvinder, som typisk var uden arbejde på undersøgelsestidspunktet og havde en kort eller ingen uddannelse.

Betegnende for opvæksten for de 28 mødre var, at 24 havde været ude for tab eller adskillelse fra en forælder før 11-årsalderen. Lidt over halvdelen, nemlig 15, havde været udsat for alvorlig mishandling, 11 havde boet i plejefamilie, 3 var vokset op i familier, hvor den ene forælder havde afsonet en fængselsstraf, 12 havde været udsat for seksuelle overgreb, og 7 for alvorlige fysiske overgreb. Over halvdelen, nemlig 17, havde været henvist til børnerådgivning eller ungdomspsykiatri på grund af adfærdsforstyrrelser, selvskade, angst, depression, skoleskulkeri, spiseforstyrrelser, encoprese og følger efter seksuel mishandling. – Det fremgår ikke, hvordan overlap mellem de enkelte lidelser ser ud.

Alle mødre på nær én havde lange journaler hos egen læge, hvor kontakt med sundhedssystemet som helhed var dokumenteret. Hos 20 var der kun sparsom evidens for de fysiske sygdomme. Behandling for epilepsi var sket i 5 tilfælde; i 3 af disse tilfælde var diagnosen dog tvivlsom. Hos 9 mødre var der tegn på kramper af ikke-epileptisk karakter. Astma sås hos 9 mødre, hvoraf 6 var i behandling. I alle 9 tilfælde var diagnosen tvivlsom. I flere af tilfældene var der udskrevet medicin, herunder bl.a. prednisolon til behandling af astma, epilepsimedicin og desuden smertestillende medicin i form af opiater.

Hos 6 mødre fandtes domme for butikstyveri eller anden form for tyveri, 2 havde domme for ildspåsættelse, og 2 havde domme for at chikanere politi.

Hovedparten af mødrene havde været i kontakt med det voksenpsykiatriske behandlingssystem. Her havde 6 været indlagt, 20 havde modtaget ambulans behandling, men havde ikke indgået særlig aktivt i behandlingen eller var udeblevet for opfølgning, 15 var selvskadende, 13 havde en diagnose inden for det depressive spekter, mens 21 havde diagnoser med personlighedsforstyrrelse, hvor de mest udbredte var kombinationer af antisocial, borderline, histrionisk og ængstelig/dependent personlighedsforstyrrelse.

Kriterierne for somatiseringstilstand (efter ICD-10) blev opfyldt hos 16 mødre; de mest udbredte klager var mavesmerter, åndenød og ikke-epileptiske kramper. Hos 13 mødre havde de fysiske klager stået på i over 5 år med en gennemsnitlig varighed på 16,1 år. De 16 mødre var flittige brugere af sundhedssystemet inden for flere specialer, af skadestuer og af ambulance-tjeneste.

Lidt over halvdelen af de 28 mødre, nemlig 18, levede op til diagnosen sygdomsefterligning, som den defineres i ICD-10. I 11 tilfælde var der overlap til somatiseringstilstand, mens 4 var rene tilfælde af sygdomsefterligning. Hos 8 mødre var der både somatiseringstilstand, sygdomsefterligning og selvskade. Hos 5 mødre var der evidens for mindst én falsk graviditet.

Hos 17 mødre var der dokumentation for opdigtede og upålidelige sygehistorier. Hos de fleste startede denne tendens til løgnagtighed tidligt i livet og fortsatte gennem adolescens til voksenlivet som et personlighedstræk. Hos andre var tendensen til løgnagtighed relateret til stressende livsomstændigheder.

Hos ofrene var der i 20 tilfælde tale om opdigtede sygehistorier, og i 13 tilfælde om direkte påføring af skader, herunder forgiftninger. I 7 tilfælde havde ofrene været udsat for begge dele.

4.3. Fænomenologisk beskrivelse af krænkeren

Uagtet at mødre, der udøver Münchhausen by proxy-adfærd, kan have en forskellig underliggende psykopatologi, er der visse karakteristiske træk, som er relativt gennemgående. Det giver sig selv, at disse træk ikke nødvendigvis vil være til stede i ethvert tilfælde.

Følgende beskrivelse er i stor udstrækning baseret på erfaringer fra psykologiske undersøgelser med disse mødre i en dansk kontekst. Der er således tale om kasuistisk viden. Læseren vil finde nogle af disse træk beskrevet i Brun og Wintlev (2009).

4.3.1. Sygdomme

Mødrenes optagethed af sygdomme viser sig i den måde, de taler om sygdomme. Ved psykologiske undersøgelser møder man en fortællelyst, der kan tangere talepres. Mødrene taler veloplagt og lystbetonet om sygdomme, undersøgelser og indgreb. Samtidig er der en påfaldende mangel på bekymring, som står i kontrast til den omstændighed, at deres barn har været igennem megen lidelse.

I forordet til Shreier og Libow (1993) fortæller Meadow, hvordan afdækningen af Münchhausen syndrom by proxy i den ene af hans to første cases blev befordret af den erkendelse, at moderen ikke var særlig bekymret for sin datter. Meadow havde i sit baghoved registreret, at hans egen bekymring som læge over den mislykkede behandling stod i kontrast til moderens manglende bekymring. Han beskriver, hvordan moderen optrådte omsorgsfuldt over for ham, bød ham tage plads i en magelig stol, lavede ham en kop te og roste ham for alle hans anstrengelser. Hun var ham meget taknemlig og bad ham direkte om ikke at bekymre sig så meget.

Det er betegnende, at mødrene ikke bliver lettede, hvis de lægelige undersøgelser finder, at deres barn ikke fejler noget.

Det er karakteristisk, at det er vanskeligt at få mødrene til at beskrive sunde sider ved barnet. Ligeledes er det uhyre svært for dem at fortælle om gode oplevelser, de har haft sammen med deres barn, eller om, hvad der gør dem glade og stolte over deres barn. Beder man moderen give en nuanceret karakteristisk af sit barn, er hun sjældent i stand hertil, og hun glider hurtigt tilbage til sygdomsbeskrivelser.

Paradoksalt nok kan mødrene være tilbøjelige til at overse og negligere reelle sygdomme og skader, der kræver lægetilsyn og behandling af barnet.

Mødrenes fantasier kan vi få adgang til gennem projektive prøver som eksempelvis Thematic Apperception Test (TAT). Et af billederne i denne prøve forestiller en kvinde, der læser højt for en pige, der sidder med en dukke på skødet og et lidt drømmende udtryk. Billedet er uden ydre dramatik. En mor, som på baggrund af Münchhausen syndrom by proxy havde fået fjernet flere spædbørn lige efter fødslen, og som var gravid på undersøgelsestidspunktet, fortalte til dette billede en dyster historie, hvor dukken, som hun så som et barn, faldt ned på gulvet og døde af indre blødninger. Denne mor gav også på anden vis udtryk for stærke fantasier i forhold til det barn, hun ventede. Hun fortalte, at hun sagtens ville kunne klare at få et fysisk handicappet barn, men hvis der var tale om et barn med en hjerneskade, ville hun ikke kunne magte det (Brun & Wintlev, 2009).

4.3.2. Den omsorgsfulde mor

Da Meadow i 1977 beskrev sine iagttagelser, fremhævede han det træk ved mødrene, at de tilsyneladende var omsorgsfulde og engagerede i deres barns lægelige behandlinger.

Mødrene fremtræder fra en umiddelbar betragtning som gode mødre, der ofrer sig for deres syge barn. De får ofte omgivelsernes sympati for den hårde skæbne, at have ét eller flere syge børn, som de tilsidesætter alt for. Børnene fremtræder oftest velplejede og velpassede. Også professionelle kan lade sig føre bag lyset af en fremtræden, som på overfladen kan se normal ud. Eksempelvis opholdt en mor med en Münchenhausen by proxy-problematik sig sammen med sit barn nogle måneder på en institution, hvor et i øvrigt erfarent personale i den afsluttende vurdering skrev en meget positiv udtalelse.

Mødre, der er i tæt kontakt med hospitalspersonale under deres barns indlæggelse, formår ofte at splitte personalet, således at nogle oplever mødrene som omsorgsfulde og gode, mens andre finder adfærdsmønstret forstyrret.

4.3.3. Aggressionsforvaltning

Mange af disse mødre er kendetegnet ved en reserveret og garderet fremtræden. Nogle er åbenlyst vrede, kværulerende og mistroiske. De kæmper en kamp mod "systemet", som de mener behandler dem uretfærdigt. Redegørelserne for denne oplevede uretfærdighed er ofte omstændelige.

Andre mødre er mere samarbejdsvillige og interesseret i kontakt. Ved en psykologisk undersøgelse bad eksempelvis en mor om et samtaleforløb, ikke med henblik på at få hjælp til at ophøre med at skade sit barn, men for kontaktens skyld. Det forekommer i øvrigt mærkværdigt, at en mor kan ønske kontakt med en undersøger, som ender med ved undersøgelsesresultaterne ikke at kunne støtte hende (Brun & Wintlev, 2009).

Uanset hvilken fremtræden der er dominerende, har disse mødre selvsagt alvorlige problemer med aggressionsforvaltningen. Samtidig med at de skader deres børn, passer og plejer de dem omhyggeligt.

Det bør her præciseres, at den følelsesmæssige omsorg ikke er tilstrækkelig. Ligeledes kan den fysiske omsorg være ganske utilstrækkelig eller direkte skadelig; eksempelvis har vi i danske psykologiske undersøgelser set mødre, der sulter deres børn, uanset at de holder dem rene og pæne.

Den tilsyneladende rolige fremtræden hos disse mødre kan føre selv erfarne fagfolk bag lyset, hvilket indebærer, at de ikke får tanken om de voldsomme aggressioner, der udfoldes over for barnet ved mishandlingen.

4.3.4. Upåidelighed

Som redegjort for i forbindelse med afdækning af disse mødres baggrund så vi en generel tendens til løgnagtighed, hovedsageligt som gennemgående personlighedstræk og i mindre grad som tilstandsafhængig adfærd.

Hvor de pågældende sager ender med politimæssig undersøgelse, underkastes disse mødre forhør. Erfaringerne herfra er, at mødre er vanskelige at fastholde i beskrivelsen af hændelsesforløb, at de skifter forklaring og i det hele taget er tilbøjelige til at lægge røgslør ud og til at formulere sig vagt og undvigende.

I psykologiske undersøgelser genkendes disse træk. Eksempelvis ses ved Rorschachprøven, at det samme perciperede emne ofte kan skifte karakter og forvandle sig til et nyt emne. Der kan være tale om, at et emne først blev set som en enkelt person, men undervejs ændres til to personer.

Tilsvarende ses ved TAT, at der skiftes fokus fra centrale dele af et billede til mere perifere dele. Som undersøger kan man undre sig, når et iøjnefaldende træk ved et billede overses, og en perifer detalje trækkes frem som væsentlig.

Når disse træk i klinikken erfaringsmæssigt kan forstås som udtryk for upålidelighed i disse sager, sker dette naturligvis med den forsigtighed, fortolkningen af testresultater altid må omfattes med.

At lyve indebærer intentionalitet. Løgnagtighed forudsætter bevidsthed. Udtrykket patologisk fabulering er lidt mildere i den forstand, at der er tale om upålidelighed, men samtidig om en trang, der forfører den pågældende til at fabulere. Det løber af med vedkommende. – Hvad der faktisk er på spil i disse sager, er et spørgsmål, der ikke er klarhed over. Vi kender problematikken fra diskussionen i forhold til psykopati, der undertiden er kendetegnet ved mytomani. Er en person med denne forstyrrelse klar over, at vedkommende lyver, eller bliver vedkommende selv forført af sine fabuleringer eller løgne?

4.3.5. *Benægtten*

Et karakteristisk træk er, at mødre vedholdende benægter, at de har udført helbredstruende eller direkte livstruende handlinger over for deres børn. Selv i tilfælde, hvor moderen konfronteres med en videofilm, der er optaget uden hendes vidende, og hvor hun kan se sig selv i færd med at skade sit barn, ændrer det ikke nødvendigvis på hendes benægtende adfærd.

Det kan ikke udelukkes, at hun er ude af stand til at komme i kontakt med erindringen omkring hændelsesforløbet, fordi hun ikke har været helt nærværende, da hun udførte handlingen. Der kan således være tale om en form for dissociering. Vi ved det ikke med sikkerhed, og denne hypotese forklarer heller ikke, at disse mødre kan udføre en række forberedende handlinger i forbindelse med den senere påførte skade, eksempelvis lægge en plasticpose i tasken til brug ved kvælningsforsøg.

Igen må vi konstatere, at vi ikke ved, hvor intentionel denne benægtten er, om moderen alene fører omgivelserne bag lyset, eller om hun faktisk også fører sig selv bag lyset. – Vi minder her om tidligere omtalte fund hos Sout-hall et al. (1997), hvor nogle mødre faktisk indrømmede, at de havde dræbt deres barn.

4.3.6. Identifikation med barnet

Når moderen taler om barnet, kan hun tale med en barnlig stemmeføring, så undersøgeren kan blive i tvivl om, hvem der egentlig tales om, barnet eller moderen selv.

Tilsvarende kan man finde en tilbøjelighed hos moderen til at drage tætte paralleller mellem sig selv og barnet. Ofte fortæller moderen om lighedstræk mellem sig selv og barnet: "Jeg var ligesom ham, da jeg var baby." Eller som en mor udtrykte om sin søn: "Han skulle lære, hvad der var Søren's mælk, og hvad der var mors mælk."

Moderens tilbøjelighed til denne tætte identifikation med sit barn, som har symbiotisk karakter, tyder på narcissistiske personlighedstræk.

4.3.7. Forstyrret objektkonstans

Den utilstrækkelige og forstyrrede objektkonstans og de tidvist uhyggelige fantasier kan konstateres bl.a. gennem Rorschachprøven. Eksempelvis beskrev en mor til tavle VI først et skindtæppe og i umiddelbar forlængelse af dette ændrer hun det til et ansigt. Herefter ser hun en ræv. Hun forsøger at medinddrage undersøgeren, der skal bekræfte, at tavlen kan ligne en ræv. Denne ræv ændrer hun dernæst til en bjørn med tilføjelsen: "... der har det skindtæppe, der er flået".

Den associative forbindelse mellem bjørnen og skindtæppet, der er flået, sker hurtigt. Det er almindeligt at se et skindtæppe på tavle VI, men vi bliver vidne til flere forvandlinger, først fra en ræv til en bjørn og dernæst til et skindtæppe igen. Fordi forbindelsen er så kort mellem bjørn og skindtæppe, forekommer udsagnet "der er flået" foruroligende. Det er, som om vi næsten bliver vidne til flåningen, dvs. overgangen fra liv til død.

Efter dette associationsforløb, der forekommer forstyrret, og hvor man som undersøger har svært ved at følge med i det, der sker, skifter kvinden pludselig fokus og betegner tavlen som flot. Hun giver udtryk for, at hun gerne vil have sådan et skindtæppe derhjemme. Her oplever hun tilsyneladende noget, der er rart. Samtidig er det, som om hun umærkeligt har flyttet sig fra noget skræmmende. Til sidst søger hun igen at inddrage undersøgeren nærmere i kontakten ved at spørge, om hun taler for hurtigt. Hun bestræber sig på at opretholde en alliance med undersøgeren. Efter at undersøgeren har været vidne til et forvirrende og foruroligende associationsforløb, bliver hun beroliget og kan opleve, at der bliver taget hensyn til hende. Undersøgeren bliver genstand for en form for omsorg, når den undersøgte spørger, om hun taler for hurtigt.

4.3.8. Bristet logik

Undersøgeren skal være opmærksom på eventuelle sproglige ejendommeligheder, der kan være udtryk for afvigelser i tænkningen i form af bristet logik. De vidner om en skrøbelig realitetstestning, uden at man kan diagnosticere kvinderne som sikkert psykotiske. Illustrerende udsagn fra nogle

kvinder er følgende: “et stænk af kærlighed”, “en mørk fødsel” og “blod, der falder ned”.

En mor, der selv havde lidt af anoreksi som ung, og hvis søn var stærkt afmagret, fordi hun havde sat ham på flydende kost, udtrykte: “Han lider af anoksi” i stedet for anoreksi (Moszkowicz & Bjørnholm, 1998).

4.3.9. Ubevidst ønske om afsløring

Den omstændighed, at kvinderne er tilbøjelige til at intensivere deres skadevoldende adfærd, når barnet er indlagt, og risikoen for at blive opdaget er størst, kunne give en formodning om, at det giver kvinden et kick, at hun er i fare for at blive afsløret. Der synes her at være visse lighedspunkter med den adfærd, der ses ved kleptomani, hvor risikoen for opdagelse ligeledes spiller en væsentlig rolle for adfærdens udfoldelse.

Det er ikke usædvanligt, at kvinderne fremprovokerer mediernes opmærksomhed ved eksempelvis at gå til pressen og fortælle, hvorledes de bliver forfulgt, eller ved at opfinde en historie som i tilfældet, hvor en kvinde kom på forsiden af et svensk ugeblad ved at berette, hvorledes hun havde reddet sit barn fra vuggedøden. Historien havde intet med virkeligheden at gøre. Man ser i dette adfærdsmønster en form for “legen skjul” og måske et ubevidst ønske om afsløring.

4.3.10. Liv og død

Gennem kvindernes beskrivelse af sit barns sygdomme og symptomer får man indblik i en optagethed af vejrtrækning og åndedræt. Lungerne markerer en form for grænse mellem den ydre og den indre verden, fordi vi under vejrtrækning trækker luft ind og ud. Vejrtrækningen er samtidig af helt vital betydning for vores overlevelse. En mor, der udfører kvælningforsøg på sit barn, men standser, inden barnet dør, bremser og hindrer åndedrættet. Hun er i denne situation herre over liv og død.

4.3.11. Kontrol og forstyrret kropsopfattelse

Mødre med Münchhausen syndrom by proxy har som nævnt ofte haft forstyrrelser i kropsopfattelse og kropsfunktioner, før de blev mødre, og de kan have lidt under forskellige psykosomatiske symptomer. Nogle har været selvskadende. Når man taler med mødrene, bliver det åbenbart, at kontrol spiller en vigtig rolle for dem, således som vi kender det fra patienter med anorexia nervosa. Som en af mødrene, der var gravid på tidspunktet for undersøgelsen, udtrykte: “Når jeg har fået mit barn, skal jeg tabe en masse i vægt. Jeg glæder mig til det. Jeg kan godt lide at være optaget af en form for projekt.”

Den intense involvering i et barn, som opleves som sygt af moderen, kan muligvis også karakteriseres som et projekt, undertiden med ubevidste suidale og drabsrelaterede ønsker (Moszkowicz & Bjørnholm, 1988).

4.4. Ætiologiske overvejelser og teorier

Vi kender ikke ætiologien eller ætiologierne bag Münchhausen syndrom by proxy. Der findes en række teorier, hvor få skal berøres i det følgende. Ingen af disse er dog så velunderbyggede, at de overbevisende afdækker årsagen eller årsagerne.

4.4.1. Motiver bag Münchhausen by proxy-adfærd

En gennemgående forklaring på den forstyrrede adfærd, der ses ved Münchhausen syndrom by proxy, er, at moderen ønsker at skabe opmærksomhed om sin person. Hun får sat gang i læger og andet sundhedspersonale, når det drejer sig om at undersøge og behandle hendes barn. Samtidig får hun afløb for en vrede ved at slås med forskellige autoriteter, når de ikke er enige i hendes vurderinger og måske er modvillige over for at iværksætte flere undersøgelser og behandlinger af hendes barn.

I vor tid, hvor blogging anvendes som kommunikationsmiddel, har disse mødre fået en ny kanal, hvor de på samme måde kan skabe opmærksomhed og sympati for deres livssituation og samtidig få afløb for deres vrede. Hos Brown et al. (2014) undersøges blogs fra mødre med en Münchhausen by proxy-adfærd. Her fremgik det, at nogle af disse bloggere havde kontaktet palliative enheder og hjælpeorganisationer for at finde støtte til deres børn. Dette skete uden anbefaling fra deres læger, som i øvrigt i de tilfælde, hvor lægerne kendte til kvinderne, kunne finde grove fejl i den måde, de beskrev deres børns sygdomme og behandling på. Mødrene søgte desuden om online gaver til deres børns sundhed. Gennem blogaktiviteten er det således blevet tydeligt, at nogle kvinder ud over opmærksomhed også søger forskellige former for økonomisk gevinst (Brown, Gonzalez, Wiester, Kelly, & Feldman, 2014).

4.4.2. Perversion af moderinstinktet

Den engelske psykiater og psykoanalytiker Estela Welldon (1988; 2011) har brugt udtrykket "*perversion of the maternal instinct*" i tilknytning til Münchhausen syndrom by proxy. Hermed vil hun understrege, at omsorgen over for et barn, som vi betragter som naturgroet, ikke uden videre vil udfolde sig, men kan perverteres.

Gennem tiderne har mødre ombragt deres spædbørn, fordi de ikke fandt anden udvej, hvis de skulle klare sig i en tilværelse under sult og nød, naturkatastrofer og krige. Der er også set tilfælde af medlidenhedsdrab i den situation, hvor et barn har lidt af en uhelbredelig sygdom eller haft et invaliderende handicap. For ikke så mange generationer siden kunne det i vor kultur være en katastrofe for en kvinde at blive gravid, hvis hun ikke levede i et fast parforhold. Situationen kunne være forbundet med fattigdom, social isolation, ydmygelser og skam.

Alle disse tilfælde forekommer indfølelige. Mødre har haft deres gode grunde til at handle, som de gjorde. Når det drejer sig om at skade sit barn

ved at opdigte eller påføre det sygdomme, er det så langt fra såvel lægmands som professionelles forståelse af et mor-barn-forhold, at vi savner forklaringer. Den gængse forklaring, en søgen efter opmærksomhed, forekommer noget bleg.

Ifølge Welldon er tre generationer involveret i problematikken omkring Münchhausen syndrom by proxy, nemlig moderen, barnet og barnets mormor. Ofte har moderen haft et særdeles kompliceret forhold til sin egen mor. Den vrede, hun udviser over for autoriteter, kan være en gennemspilning og en forskydning af den vrede, hun har oplevet og stadig oplever over for sin mor. Når hun skader barnet, identificerer hun sig muligvis på det ubevidste plan med det lille barn i sig selv. Samtidig med at hun skader barnet, udfolder hun en aggressiv adfærd, der hører hjemme i forholdet til hendes egen mor, hvor somatiseringstendens og tidvis Münchhausen by proxy-adfærd har vist sig hos både mor og mormor. Den krænkende mor kan således selv have været offer for sygdomspåførsel. – Senere undersøgelser har, som vi allerede har set, kunnet bekræftet dette (Welldon, 1988; 2011).

De tre involverede generationer kan illustreres med et eksempel fra en psykologisk undersøgelse af en mor med en Münchhausen by proxy-problematik. Kvinden var kørestolsbruger, uden at man fra lægelig side kunne forklare hendes betydelige bevægelseshæmning. Der var stærk mistanke om, at det var kvindens egen mor, der under hendes opvækst havde påført hende dette handicap. Kvinden havde nu en oplevelse af, at begge hendes børn havde gangforstyrrelser, der fordrede benskiner, og hun var vedholdende i sin påstand om, at hendes børn snart ikke kunne gå mere (Hertz, Skau, & Uldall, 1995).

Derudover var denne mor optaget af det ene barns vandladning. Hun fortalte, at hendes datter undertiden havde en meget spændt blære, og hun måtte derfor trykke på pigens underliv, således at pigens blære kunne komme af med vandet.

Denne case illustrerer også et andet træk, som allerede er omtalt, nemlig tendensen til at skjule handlinger. Moderen listede i undersøgelsesforløbet en pille op fra sin taske, som hun derefter puttede i munden og slugte på en næsten umærkelig måde. Det havde jo været enkelt for hende blot at sige, at hun havde hovedpine eller anden form for smerte og derfor ville tage en pille. Episoden efterlod undersøgeren med det indtryk, at kvinden kunne gennemføre fordægtige handlinger, der udfoldede sig i situationer, hvor det samtidig var let at blive opdaget, og hvor man måtte formode, at kvinden befandt sig i en anspændt sindstilstand.

4.4.3. *Partiel psykose*

Uanset at der er konstateret personlighedsforstyrrelse i den bagvedliggende psykopatologi, er der, som nogle forfattere er inde på, grund til at overveje, om der kan være en mere alvorlig psykopatologi på spil. Eksempelvis mener

Polledri (1996), at der findes en psykotisk kerne i personligheden hos kvinder med Münchhausen syndrom by proxy.

Flere træk hos disse mødre støtter denne antagelse, nemlig den svækkede realitetssans, den bristede logik og den forstyrrede objektkonstans.

Én af de psykotiske tilstande, som er oplagt at lade sig inspirere af, er hypokondri set i en paranoid sammenhæng. Hypokondri er en konstant optagethed af ens eget helbred med selviagttagelse af organer, som opfattes som syge (Rosenfeld, 1984). Bjerg Hansen (1976) fremlægger i sin disputats om hypokonder paranoia (paranoia hypochondriaca) en række sygdomsbilleder, kendetegnet ved patienters vedholdende klager over ejendommelige kropssensationer, som er udtryk for en forstyrret kropsopfattelse. Undertiden ledsages klagerne af intense bestræbelser på at få foretaget operationer eller andre indgreb.

Ifølge Bjerg Hansen er der hos disse patienter tale om en særlig form for psykose, en såkaldt partiel psykose. Dette begreb henviser til, at disse patienter på alle andre områder end dem, der vedrører de barokke hypokondre ideer, har en upåfaldende virkelighedsopfattelse. Disse barokke hypokondre ideer er imidlertid uden for enhver realitetskorrektion og er derfor at opfatte som psykotiske.

På samme måde kunne Münchhausen syndrom by proxy i det mindste i nogle tilfælde være at opfatte som en partiel psykose. Dette forslag er dog yderst tentativt.

Inden for rammerne af Bjerg Hansens psykoanalytiske tankegang er der endvidere det lighedstræk mellem hypokonder paranoia og Münchhausen syndrom by proxy, at patienten ved en klassisk hypokondri løsner dele af sine bånd til den indre verden og i stedet forbinder sig til et ydre objekt, der kan være en del af egen krop. Ved Münchhausen syndrom by proxy kan denne binding ske i forhold til barnet som et ydre objekt.

4.4.4. Münchhausen by proxy-adfærd, opståen og vedligeholdelse

Rand og Feldman (2001) argumenterer for, at Münchhausen by proxy-adfærd tjener det formål at aflade smertefulde affekter. Forfatterne har opstillet en model over denne adfærd, hvor de beskriver tre faktorer, der realiserer et sammenbrud af indre og ydre hæmninger mod krænkende adfærd.

Driften:

Her vurderer forfatterne, at krænkeren har til hensigt at slippe fri fra dysforiske affekter ved at bruge barnet og siden skjule handlingerne. Dysforiske driftstilstande omfatter ifølge forfatterne vrede, angst, frygt, bitterhed, skuffelse, skyld, misundelse, ensomhed, usikkerhed og en følelse af at være utilstrækkelig.

Sammenbrud af indre hæmninger:

Her tænker forfatterne på, at normale mødre bremser sig selv over for udførelsen af skadende handlinger, mens der hos krænkeren er sket en svækkelse af denne indre hæmning, eller den er helt fraværende. Ydermere skriver forfatterne, at moderen er i stand til at depersonalisere barnet, grundet manglende empati eller grundet kræfter, der overskygger følelsesmæssig indlevelse i barnet.

Neutralisering af ydre hæmmende faktorer:

Forfatterne beskriver, at krænkerne ofte vælger fædre, der er sårbare, sådan at de har større mulighed for at manipulere, herunder optræde upålideligt og undgå indblanding.

De tre faktorer forstærker ifølge forfatterne hinanden. Hver gang moderen udfører mishandlingen, forstærkes adfærden, fordi der opstår – med Hulls oprindelige behavioristiske begreb – en “vanestyrke”. Modellen er således også en model for de vedligeholdende faktorer ved Münchhausen by proxy-adfærden.

Rand og Feldman (2001) skriver inden for en adfærdspsykologisk tradition og anser Münchhausen syndrom by proxy som indlært. Denne indlæring kan følge flere stier. Ud fra casestudier peger de bl.a. på tilfælde, hvor mødre med Münchhausen syndrom by proxy selv har haft mødre med Münchhausen syndrom. Det er iagttaget, at mødre med Münchhausen syndrom kan veksle mellem at skade sit barn og skade sig selv; det forholder sig således ikke sådan, at Münchhausen syndrom ophører som adfærdsmønster, når en sådan patient bliver mor og kan lade barnet være stedfortræder.

4.5. *Behandling*

Vores erfaringer og viden om behandling af mødre med Münchhausen syndrom by proxy er sparsom. Der findes os bekendt ingen systematiske undersøgelser over effekten af psykoterapeutisk behandling af Münchhausen syndrom by proxy. Formentlig skyldes det bl.a., at den sjældne forekomst af lidelsen gør det vanskeligt at samle et tilstrækkeligt antal personer til sådanne undersøgelser.

En vigtig forudsætning for, at psykoterapi, herunder også støttende psykoterapi, kan have en effekt i forhold til moderens omsorgsevne, vil være, at hun faktisk erkender sin skyld og står ved, at det er hende, der har påført barnet lidelse, har opdigtet eller overdrevet symptomer. Derudover er en forudsætning, at moderen kan indleve sig i barnet som offer for moderens gerninger, og endelig at hun angrer disse.

På basis af vores aktuelle erfaringer og viden forekommer det overvejende sandsynligt, at disse forudsætninger generelt har vanskelige vilkår. Mødrene er vedholdende i deres benægtelse, de viser sjældent medfølelse med deres børn, uanset at de gerne samtidig vil fremstå som omsorgsfulde mødre. Dog er der i litteraturen eksempler på, at mødre med Münchhausen syndrom by

proxy har erkendt deres skyld og fortryder deres handlinger (jf. f.eks. Rand og Feldman, 2001).

Vores viden om behandling af disse mødre beror hovedsagelig på cases. Hos Sanders (1996) beskrives en mor, der overdriver symptomer og opdigter sygdom hos sit barn. Hos Foto-Özdemir et al. (2013) beskrives en mor, der påfører sit barn sygdomme.

I begge tilfælde var der tale om intensive og langvarige forløb, der involverede et tæt samarbejde mellem behandlende psykoterapeut og læger. Behandlingen blev endvidere givet ikke bare til moderen, men også til faderen og andre relevante familiemedlemmer. Desuden blev der arbejdet specifikt med mor-barn-samspillet. Den positive effekt, der blev opnået i begge disse cases, hviler således på en massiv psykoterapeutisk indsats.

REFERENCER

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. Washington DC: APA.
- 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, 1412-1421.
- Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *British Journal of Psychiatry*, 199, 113-118.
- Bjerg Hansen, E. (1976). *Paranoia Hypochondriaca*. København: Frederiksberg Bogtrykkeri.
- Bools, C.N., Neale, B., & Meadow, R. (1993). Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 69, 625-630.
- Bools, C., Neale, B., & Meadow, R. (1994). Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 773-788.
- Brown, A., Gonzalez, G.R., Wiester, R.T., Kelly, M.C., & Feldman, K.W. (2013). Caretaker blog in caregiver fabricated illness in a child. A window on the caretaker's thinking. *Child Abuse and Neglect*, 38, 487-497.
- Brun, B., & Wintlev, Å. (2009). *Mødre der udsætter deres børn for alvorligt omsorgssvigt*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- 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.
- Denny, S.J., Grant, C.C., & Pinnock, R. (2001). Epidemiology of munchausen by proxy in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 240-243.
- Egginton, J. (1989). *From Cradle to Grave*. London: WH Allen.
- Fisher, G.C., & Mitchell, I. (1995). Is munchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Archives of Diseases in Childhood*, 72(6), 530-534.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Foto-Özdemir, D., Yalçın, S.S., Zeki, A., Yurdakök, K., Özusta, S., Köse, A., ... Karadağ, F. (2013). Munchausen syndrome by proxy presented as recurrent respiratory arrest and thigh abscess: a case study and overview. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 55, 337-343.

- Hertz, S., Skau, K., & Uldall, P. (1995). Münchhausens syndrom i en børnefamilie. *Nordisk Medicin*, 110(3), 102-104.
- Koch, C., & Høiby, N. (1988). Severe child abuse presenting as polymicrobial bacteremia. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 77, 940-943.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Lasher, L.J., & Sheridan, M.S. (2004). *Munchausen by Proxy: Identification, Intervention, and Case Management*. New York: The Haworth Press, Inc.
- McClure, R.J., Davis, P.M., Meadow, S.R., & Sibert, J.R. (1996). Epidemiology of munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75, 57-61.
- Meadow, R. (1977). Munchausen by proxy. The hinterland of child abuse. *The Lancet*, 13, 343-345.
- Meadow, R. (1982). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 57, 92-98.
- Meadow, R. (1995). What is and what is not, "munchausen syndrome by proxy"? *Archives of Diseases in Childhood*, 72(6), 534-538.
- Morrell, B., & Tilley, D.S. (2012). The role of nonperpetrating fathers in munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 328-335.
- Moszkowicz, M., & Bjørnholm, K.I. (1998). Factitious illness by proxy presenting as anorexia and polydipsia by proxy. *Acta Paediatrica*, 87, 601-602.
- Polledri, P. (1996). Munchausen syndrome by proxy and perversions of the maternal instinct. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 7(3), 551-562.
- Rand, D.C., & Feldman, M.D. (2001). An exploratory model for munchausen by proxy abuse. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 113-126.
- Raspe, R.E. (1941). *Münchhausens eventyr*. København: Atheneum Dansk Forlag.
- Roesler, T.A., & Jenny, C. (2009). *Medical Child Abuse. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy*. USA: 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.
- Rosenfeld, D. (1984). Hypochondrias, somatic Delusion and body scheme in psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 65(377), 376-387.
- Sanders, M.J. (1996). Narrativ family treatment of munchausen by proxy: a successful case. *Family, Systems, & Health*, 14, 315-329.
- Sheridan, M.S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of munchausen by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451.
- Schreier, H.A., & Libow, J.A. (1993). *Hurting for Love: Munchausen by Proxy Syndrome*. New York: The Guilford Press.
- Southall, D.P., Plunkett, M.C., Banks, M., Falkov, A.F., & Samuels, M.P. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics*, 100, 735-760.
- Welldon, E.V. (1988). *Mother, Madonna, Whore*. London: Free Association Books.
- Welldon, E.V. (2011). Is munchausen syndrome by proxy another case of female perversion? In E.V. Welldon, *Playing with Dynamite – A Personal Approach to the Psychoanalytic Understanding of Perversions, Violence, and Criminality* (pp. 67-70). London: Karnac Books.
- WHO ICD-10 (1994). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard.