

# Sundhedsmæssige problemer hos adoptivbørn

MPH Merete Laubjerg & speciallæge Birgit H. Petersson

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Medicinsk Kvinde- og Kønforskning

## Resume

Udenlandske undersøgelser viser, at sundhedstilstanden hos internationalt adopterede børn, specielt børn adopteret af eneforældre, er betydelig dårligere end hos andre børn. Danske undersøgelser tyder på lignende problemer. Der er flere årsager, som bl.a. dårlig trivsel i fostertilstanden, lav fødselsvægt, sult, vanrøgt, infektioner og manglende følelsesmæssige bånd mellem mor og barn. Undersøgelserne peger på, at mange, men specielt eneforældre, får overdraget børn med problemer. Dansk forskning mangler, men det er vigtigt at være opmærksom på problematikken, så både børn og adoptanter støttes bedst muligt.

Udenlandske undersøgelser viser, at sundhedstilstanden hos internationalt adopterede børn, specielt børn adopteret af eneforældre, er dårligere end hos børn i biologiske familier. Der er især tale om identitets- og adfærdsproblemer, mest markant hos drenge. Således viser en undersøgelse af 1.265 new zealandske adoptivbørn, at disse i højere grad havde adfærds vanskeligheder, begik ungdomskriminalitet og havde stofmisbrug end børn, der var opvokset i biologiske kernefamilier. Der blev dog fundet færre vanskeligheder end hos børn, som voksede op i familier med en biologisk forælder [1]. En undersøgelse af mere end 11.000 internationalt adopterede børn sammenlignet med 860.000 ikkeadopterede svenske børn, viste, at adoptivbørn havde 2-4 gange så stor risiko for at få alvorlige psykiske problemer som ikkeadopterede børn og oftere begik kriminalitet [2].

Også i en hollandsk undersøgelse konkluderer forfatterne ud fra en undersøgelse af 1.484 internationalt adopterede børn og en matchet kontrolgruppe, at de internationalt adopterede børn løber en større risiko for at få svære psykiske problemer som voksne. Børn i adoptivfamilier med gode socioøkonomiske forhold havde større risiko for at få psykiske problemer end ikkeadopterede fra samme familietyper, hvorimod der ikke var forskel hos børn fra familier med lavere socioøkonomiske forhold [3]. I undersøgelser fra bl.a. Frankrig, USA, Italien og Canada har man fundet lignende forhold [4-6].

I Danmark er der ikke foretaget undersøgelser af adoptivbørns sundhedstilstand sammenlignet med sundhedstilstanden hos børn fra biologiske familier, men to danske undersøgelser indikerer, at adoptivbørnenes sundhedsstatus er modsat proportional med tiden tilbragt på institution før adoptionen, og at flere børn har blivende vanskeligheder [7, 8].

Børn fra eneforældrefamilier har generelt større sygelighed

end børn fra kernefamilier. I en svensk undersøgelse af 65.085 børn med en forælder sammenlignet med 921.257 børn fra kernefamilier fandt man forhøjet risiko for psykiske sygdomme, selvmord og stofmisbrug hos børnene fra eneforældrefamilierne [9].

*Verbulst et al* anfører, at børn adopteret af enlige adoptanter har flere udviklingsproblemer end børn af biologiske eneforældre [10]. Amerikanske undersøgelser peger på, at det tidligere var svært at finde nye forældre til større børn og børn med særlige behov, men efter at det inden for de seneste år er blevet muligt for homoseksuelle og enlige at kunne adoptere, bliver disse børn nu rutinemæssigt tilbudt til disse familietyper [11, 12].

Det traditionelle familiemønster er under ændring, således at antallet af familier med en enkelt voksen er stigende. I 1989 blev det i større omfang muligt for enlige at adoptere i Danmark, i mange år var der kun kvindelige eneadoptanter, men i dag bliver også mandlige godkendt. I 1996 lå godkendelsesprocenten for enlige på 37 og på 91 for par, i 2004 lå godkendelsesprocenten på 93 for såvel par som for enlige [13]. Selvom muligheden for at adoptere som enlig er udvidet, er denne gruppe imidlertid anderledes stillet end andre børnefamilier i Danmark, idet de administrativt er nægtet retten til at modtage det særlige børnetilskud, som staten ellers betaler til enlige forsørgere [14].

Denne artikel belyser tre forhold: 1) om det er forhold hos barnet eller hos forælderen/forældrene, der er årsagen til den øgede sygelighed, 2) om der er følger i form af uafklarede helbredsproblemer og marginalisering på grund af, at langt de fleste børn, der adopteres, er genetisk og fremtoningsmæssigt anderledes end adoptivfamilien, 3) eller om der kan være tale om, at de børn, der indstilles til adoption til velhavende lande, har specielt dårlige helbredsforhold, har følger af tidligt brud med den biologiske mor eller men af ringe omsorg inden bortadoptionen.

## Materiale og metoder

Materialet er hentet på MEDLINE, PsycInfo, Cosmos, Bibliotek.dk og på yahoo.com/fr, google.com/fr. Inklusionskriterier: *international* (eller *intercountry*) *adopt* eller *transracial adoption* kombineret med *biological mother* eller *developing country, health/health-status/-service/-care, physician, specialist, inpatient, depression, suicide* og/eller kombineret med *social network, social support, social recognition, self-esteem, control og stress*. Eksklusionskriterier: Ikkeinternationale adoptioner.

## Resultater

Adoptivbørn i Danmark kommer hovedsagelig fra Kina, Indien, Colombia, Korea, Vietnam, Etiopien, Thailand, Bolivia,

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

**Tabel 1.** Forskelle i det fundne sygdomsmønster hos franske adoptivbørn fra forskellige områder [19].

	Antal tilfælde fra Afrika og Det Indiske Ocean	Antal tilfælde fra Sydøstasien	Antal tilfælde fra Latinamerika og Europa	Samlet antal tilfælde	Andel i procent
Hepatitis B . . . . .	3	7	1	11	16
Syfilis . . . . .	4	0	0	4	6
Tuberkulose . . . . .	3	0	3	6	9
Fnat . . . . .	10	3	3	16	27
Diverse infektioner . . . . .	22	4	4	30	45
Alvorlige følger efter sult . . . . .	17	3	1	21	31
Akut diare . . . . .	10	6	2	18	27
Kronisk diare . . . . .	7	5	3	15	22
Intestinale parasitter . . . . .	19	4	3	26	38
Hepatomegali . . . . .	3	5	1	9	13
Splenomegali . . . . .	1	4	0	5	7
Pubertas præcox . . . . .	0	2	1	3	4
Hæmoglobinopati . . . . .	2	4	0	6	9
Andre sygdomme . . . . .	10	1	1	12	17

Tjekkiet, Hviderusland, Sydafrika og Haiti 15]. I perioden 1998-2004 kom 4.324 børn til Danmark. Holland og USA er andre vigtige aftagerlande af internationale adoptioner. I alt 1.500 vietnamesiske børn adopteredes til Frankrig i 1998, og i perioden 1989-2000 adopteredes 18.846 kinesiske børn til USA [16, 17]. Internationale adoptioner involverer hvert år mere end 40.000 børn mellem 100 lande [18].

Det overordnede sygdomsmønster kan variere i forhold til, hvor barnet kommer fra. **Tabel 1** viser en oversigt over de hyppigste sygdomme, der er udredt i en fransk undersøgelse [19]. Siden 1999 er der ikke i Danmark formidlet adoption af børn, der på forhånd var kendt som raske smittebærere af hepatitis B, men enkelte børn har dog været smittede [20]. Foruden hepatitis B viser undersøgelser høj incidens af *Helicobacter pylori*. Således har *Miller et al* påvist tilstedeværelsen af *H. pylori*-antistoffer hos 31% af et udsnit på 226 børn fra 18 forskellige lande [21].

De fleste adoptivbørn har tilbragt kortere eller længere tid på mere eller mindre velfungerende institutioner i hjemlan-

det. Sundhedsundersøgelser sat i relief til opholdets længde og barnets alder ved adoption viser, at barnets udvikling og sundhed er modsat proportional med tiden tilbragt på institutioner. Der er især tale om infektionsproblemer og neuropsykologiske forstyrrelser, ligesom væksten generelt er negativ belastet. I alt 452 kinesiske børn »mistede« f.eks. en måneds vækst for hver 2,9 måneder på institution, og 56 børn fra det tidligere Sovjetunionen og Østeuropa viste tab svarende til en måneds vægt for hver fem måneder på institution [17, 22].

Tilbagestående motorisk, sproglig og socioemotional udvikling er hyppig. En dansk spørgeskemaundersøgelse omhandler 913 udenlandske adoptivbørn (**Tabel 2**) »hjemtaget« i årene 1992-1995 viste, at de adoptivbørn, der var ældst ved hjemtagelsen, havde flest vanskeligheder senere i livet [7].

Problemer relateret til fejl- og underernæring er hyppigt forekommende, ofte er de startet allerede i fostertilstanden og fortsat undergravet af forhold på institution. Franske undersøgelser af adoptivbørn, som gennem deres første leveår var stærkt fejl- og underernærede viser, at alle børnene havde store vanskeligheder i skolen, og placering i specialskoler og hospitalsindlæggelser blev nødvendige. Fejl- og underernæring gennem det første leveår, hvor der foregår en intens cerebral udvikling, har vist sig at have en voldsom belastende effekt på barnets indlæringsevner [16, 19]. I andre udenlandske undersøgelser anføres det, at 25-40% af børnene var under- og fejlnærede ved ankomsten [23, 24]. Frekvensen af pubertas præcox er høj hos piger adopteret fra Asien, Afrika og Latinamerika [25]. *Teilmann et al* har foretaget en retrospektiv registerbaseret undersøgelse af 247 børn i Danmark, fortrinsvis piger, i perioden 1990-2001, denne undersøgelse bekræfter de udenlandske fund [26]. Adoptivbørn udgør mindre end 1% af befolkningen, men blandt de undersøgte var 16% internationalt adopterede piger. Halvdelen af disse kom fra Indien, hvor man ikke finder, at pigerne tilsvarende kommer i for tidlig i pubertet. Årsager som anderledes kost, men også psykiske belastninger nævnes som mulig forklaring.

**Tabel 2.** Sværhedsgrad af sygdomsmønsteret blandt danske adoptivbørn i forhold til alder ved adoption [7]. (Tabel udarbejdet af forfatterne til [7]).

Alder	Kategori A %	Kategori B %	Kategori C %	Total B + C %
> 3 år (n = 121) . . . . .	51	36	13	49
2-3 år (n = 86) . . . . .	62	26	13	38
1-2 år (n = 129) . . . . .	75	25	0	25
< 1 år (n = 577) . . . . .	89	9	2	11

Kategori A: Forbigående somatiske lidelser og forbigående adfærds- og/eller tilknytningsproblemer.

Kategori B: Blivende, moderate vanskeligheder, dvs. børn med lettere indlærings-, koncentrations- og tilknytningsvanskeligheder. Forsinket sproglig udvikling, epilepsi, let cerebral parese etc. Langt de fleste børn i denne gruppe går i almindelig skole og modtager specialundervisning i en eller anden form.

Kategori C: Børn med svære vanskeligheder, såsom svær cerebral parese, autisme, generel retardering, svær *deficit in attention, motor control and perception* (DAMP). Alle børn i denne kategori går i specialklasse eller specialskole.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

**Geografiske forskelle**

Selv om der er bred enighed om, at det er vigtigt at kende de epidemiologiske forhold i oprindelseslandet for at være bedre rustet til at diagnosticere de symptomer, der kan opstå hos adoptivbørnene, viste en undersøgelse af kinesiske adopterede børn i USA, at der ikke var signifikante forskelle på disse og andre [17]. 75% havde nedsat motorisk udvikling samt kognitive, sproglige og sociale problemer ud over forskellige somatiske lidelser. Der fandtes dog et usædvanligt højt blyindhold hos børnene. Canadiske studier melder også om forhøjet blyindhold og positive markører for stråling hos børn fra Kina, Vietnam, Den Russiske Føderation og Rumænien [27].

En undersøgelse af 200 børn adopteret fra Indien viste, at 38% af børnene var præmature, dårligt ernærede og havde infektioner og anæmi. Børn fra Rumænien har vist sig at være i en ekstraordinær høj risikogruppe. *Johnson & Miller* påviste, at blot 15% af en udvalgt gruppe af de mest velfungerende børn blev vurderet til at være fysisk sunde og veludviklede. 53% havde serologisk evidens af tidligere eller nuværende hepatitis B-infektion. Børnenes højde, vægt og hovedomfang var modsat proportional med tiden tilbragt på børnehjemmene. Kun 10% af de børn, der var ældre end 12 måneder, var normalt udviklede [28]. Dette fund bekræftes af andre, bl.a. en dansk undersøgelse, som viste, at 75% af 146 rumænske børn adopteret hertil i 1990-2000 havde identiske problemer [8]. Halvdelen af forældrene vurderede, at deres børn også fremover ville have behov for støtte fra det offentlige. Ud over de ovenfor nævnte fund ses bl.a. føtalt alkoholsyndrom, hepatitis-virus D og forkert opgivet alder [29].

**Bonding**

*Bonding* er betegnelsen for det bånd, som skabes mellem den biologiske mor og barnet i fostertilværelsen. Gennem dette opbygger barnet tryghed til omgivelserne og herpå bygges barnets selvtilid. Fra det øjeblik barnet tages fra den biologiske mor dannes det »primære sår«, som i litteraturen er sammenlignet med posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Jo tidligere separationen finder sted, desto dybere er såret. Den psykologiske bevidsthed om tabet af moderen medfører belastning i form af depression, utryghed, adfærdsvanskeligheder samt følelsesmæssige og kommunikative forstyrrelser [30-32]. Tilknytning har betydning. *Ali & Lowry* påviste, at 50 nyfødte, som blev tilladt 45 minutters kontakt med deres biologiske mor straks efter fødslen, sammenlignet med matchede kontrolgrupper, som ikke havde fået denne tidlige kontakt, efter seks og 12 ugers forløb græd mindre og var mindre urolige end børnene i kontrolgrupperne, ligesom mødrene havde større opmærksomhed rettet mod børnene [33]. *Miller et al* påviste, at børn, der var anbragt i familiepleje efter beslutning om bortadoption, havde bedre vækst og udvikling end børn, der var anbragt på institution i venteperioden.

**Forbrug af sundhedsvæsenet**

Ikke overraskende viser epidemiologiske undersøgelser, at adoptivbørn er overrepræsenteret, når det gælder forbrug af sundhedsvæsenet. Således viser et repræsentativt udsnit af 3.698 unge i USA, hvoraf 145 var adoptivbørn, at sidstnævnte oftere blev henvist til psykiatrisk behandling end de øvrige, men også at tærsklen for henvisning var lavere, således at de blev henvist for mindre problemer, end de ikkeadopterede [34]. Især drenge med identitetsproblemer var overrepræsenterede. En canadisk undersøgelse af adoptivforældres brug af sundhedsvæsenet viste, at de havde flere sociale og psykologiske resurser at støtte sig til i behandlingssituationen, men var mere tilbøjelige til at betragte fjernelse af den unge som en løsning. Meget tyder desuden på, at adoptivforældre er mere tilbøjelige til at søge medicinsk vejledning, ligesom det er en erfaring, at der hos børnene ses symptomer, der er afhængige af genetiske forhold f.eks. laktoseintolerans, som ofte ikke er kendt af sundhedsvæsenet i modtagerlandet. Forbruget af ydelserne er derfor ikke nødvendigvis en afspejling af en større sygelighed hos barnet, men det ses, at sundhedsvæsenet udviser begrænset kompetence [35].

**Diskussion**

Resultaterne af de sparsomme danske undersøgelser er sammenfaldende med resultaterne af de udenlandske, men dansk forskning inden for området savnes. En adoptionsproces er et forløb sammensat af modsigende interesser. For det adopterede barn er der tale om et dybt og uretfærdigt svigt fra primært den biologiske mors side, uanset årsagen til sviget. For den biologiske mor er der tale om et vedvarende, uforglemmeligt savn, og for de barnløse forældre et ønske om og en vilje til at få et barn for enhver pris [36]. Dette dilemma udelukker ikke, at der oftest opstår stærke bånd mellem adoptivforældre og adoptivbørn, ligesom både adoption og bortadoption, ud over den sociale situation der har gjort bortadoption nødvendig, oftest er vurderet som den mest næstekærlige handling i forhold til barnet. I den internationale opinion er udenlandsk adoption dog basis for blandede følelser, hvilket beror på mange landes tvivl om at placere deres børn i udlandet og bekymring for barnets og de oprindelige forældres interesser [37].

International adoption følger en migrationslinje fra syd mod nord, hvor det tilsyneladende er de rige lande, som dominerer med deres økonomi og kapacitet, som modtager. International adoption er et forholdsvis nyt fænomen, hvor andre civilisationer, for eksempel i Afrika, har en tusindårig tradition med fleksibilitet i interfamilier mobilitet [37]. Tiltag til krav om bibeholdelse af kontakten til den biologiske familie og oprindelseslandet burde med den nuværende viden danne baggrund for ændring af de nugældende regler omkring anonym adoption. Er dette ikke muligt, er det vigtigt for den adopterede at kende baggrunden for separationen fra den biologiske familie. Det er vigtigt at kende til og forstå adop-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

tionsproblematikkens mekanismer, så de kan vendes til styrke frem for svaghed.

Som det fremgår, får mange adoptivbørn markante identitetsproblemer, naturligt nok mest i teenagealderen. Når der er tale om adoption fra en anden kultur forstærkes identitetsproblematikken blandt andet på grund af anderledesheden, men måske især på grund af bruddet i livslinjen. Således har man i en undersøgelse omhandlende kontakt mellem 238 adoptivmødre og barnets biologiske mødre fra før fødslen og til to år efter påvist signifikant bedre attitude fra adoptivmoderen til både barnet og den biologiske mor, når der havde været kontakt [38]. At problematikken kan vendes til styrke illustreres bl.a. ved de foreninger, som adoptivbørn fra andre etniske grupper har dannet. En af disse grupper fra staten New York har udfærdiget en »rettighedserklæring«, hvor kravene udelukket er relateret til etno-socio-kulturelle forhold, afspejlende vanskelighederne med anderledesheden.

Men ud over de psykiske problemer findes der en lang række følger efter fejlernæring, infektioner og anden sygelighed, som kan forstærke de følelsesmæssige problemer, som en adoption kan medføre, ligesom opgaven med at passe barnet kan være større, end adoptanterne kan magte [39].

Efter at familiemønstrene har ændret sig, og mange, ikke mindst veluddannede, vælger at bo alene, har adoptionsmulighederne udviklet sig, så enlige i mange lande kan adoptere [40]. Men en del af de lande, hvorfra adoptivbørnene hentes, har en anden opfattelse af familiemønstrene. Kun få accepterer at bortadoptere børn til ikkekernefamilier, og hvis de gør det, gælder det kun i begrænset omfang og især børn med specielle behov, som f.eks. større børn og børn med handikaps. Hvor ofte dette gør sig gældende, vides ikke, men det kan være en forklaring på den øjensynlig større sygelighed hos børn af eneadoptanter. Selvvalgte enlige forældre har mange resurser, men har, fordi der kun er en indtægt, lavere indkomst end kernefamilier. *Groze* peger på, at et varigt hjem med kun en forælder er godt for børn med specielle problemer, bedre end ophold på institution eller i en plejefamilie og anbefaler derfor, at der fokuseres på udvikling af midler til støtte af permanent placering af børn med særligt behov i utraditionelle adoptionshjem [12].

Undersøgelserne viser, at børn med en forælder generelt er mere sårbare, og at socioøkonomiske forhold har betydning [9]. Dette kan være under ændring, idet der i dag oftere end tidligere finder et velovervejede valg sted, når der er tale om eneforælderskab. Der er derfor ud over generel mere forskning på området brug for prospektive studier til afdækning af disse problemstillinger. Men set i lyset af den foreliggende viden er det helt uforståeligt, at eneadoptanter i Danmark nægtes det særlige børnetilskud til enlige forsørgere. Disse familier har i stedet brug for større støtte.

forskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: B.Petersson@dadlnet.dk

Antaget: 16. februar 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

## Litteratur

1. Fergusson DM, Lynskey M, Horwood LJ. The adolescent outcomes of adoption: a 16-year longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:597-615.
2. Hjern A, Vinnerljung B, Lindblad F. Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *J Epidemiol Commun Health* 2004;58:412-7.
3. Tieman W, van de Ende J, Verhulst FC. Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: an epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2005;162:592-8.
4. Slap G, Goodman E, Huang B. Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics* 2001;108:E30.
5. Narad C, Mason PW. International adoptions: myths and realities. *Pediatr Nurs* 2004;30:483-7.
6. De Monleon J-V, Huet F. De l'utilité de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger. <http://www.meanomadis.com/Content/show-articles.asp?ID=224/sept.2005>.
7. Elgaard V, Primdahl M, Raunskov JU. Undersøgelse af adoptivbørn hjemtaget af AC - 1992 til 1995. Undersøgelse fra 2002. <http://www.a-c.dk/adoption/Om%barnet/helbreds-spoergsmaal/undersoegelser/ACS-us-slut-2004/auug.2005>.
8. Mehlbye J. Adoption af rumænske børn - indsats overfor børn og forældre. Amternes og kommunernes forskningsinstitut. [http://www.akf.dk/dk2005/rumaenske\\_boern.htm/sept.2005](http://www.akf.dk/dk2005/rumaenske_boern.htm/sept.2005).
9. Weitoff GR, Hjern A, Haglund B et al. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population based study. *Lancet* 2003;361:289-95.
10. Verhulst FC, Versluis-den Bieman HO, Balmus NC. Being raised by lesbian parents or in a single-parent family is no risk factor for problem behavior, however being raised as an adopted child is. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:414-8.
11. Nickman SL, Rosenfeld AA, Fine P et al. Children in adoptive families: overview and update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:987-95.
12. Groze V. Adoption and single parents: a review. *Child Welfare* 1991;70:321-32.
13. [www.adoptionsnaevnet.dk/ta/publ/ta.htm/auug.2005](http://www.adoptionsnaevnet.dk/ta/publ/ta.htm/auug.2005).
14. Hovedbestyrelsen v/Marianne Østergaard. Adoption og Samfund i Højesteret om adopteredes rettigheder. *J Adoption & Samfund* 2005;29:14-5.
15. Tal om Adoption. Udenlandske adoptivbørn hjemtaget 1998-2004. <http://www.adoptionsnaevnet.dk/ta/publ/ta.htm/auug.2005>.
16. Choulot JJ. Evaluation de l'état de santé des enfants adoptés à l'étranger. *Archives de Pédiatrie* 1999;6:1130.
17. Miller LC, Hendrie NM. Health of children adopted from China. *Pediatrics* 2000;105:E76.
18. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA* 2005;293:2533-5.
19. Bureau JJ, Maurage C, Brémond M et al. L'enfant adopté d'origine étrangère en France. *Arch Pédiatr* 1999;6:1053-8.
20. Hepatitis (leverbetændelse) og adoptivbørn. Primdahl M. Hepatitis redogørelse. <http://www.a-c.dk/adoption/Om%20barnet/helbreds-spoergsmaal/Hepatitis.htm/sept.2005>.
21. Miller LC, Kelly N, Tannemaat M et al. Serologic prevalence of antibodies to *Helicobacter pylori* in internationally adopted children. *Helicobacter* 2003;8:173-8.
22. Alberts LH, Johnson DE, Hostetter MK et al. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. *JAMA* 1997;278:922-4.
23. Polman HA, Sorgedraeger N, Huisman JS et al. A retrospective study of the health status, nutritional status and growth of interracial adopted children. *Tijdschr Kindergeneesk* 1984;52:3-9.
24. Sonogo M, Garcia Perez J, Pereira Candel. Health problems of foreign adopted children in Spain. *J. Med Clin (Barc)* 2002;119:489-91.
25. De Monléon JV. Surveillance des enfants adoptés de l'étranger: le risque de puberté précoce. 2002. [www.meanomadis.com/content/show-articles.asp?ID=215/sept.2005](http://www.meanomadis.com/content/show-articles.asp?ID=215/sept.2005).
26. Teilmann G, Juul A, Main MK et al. Increased risk of precocious puberty after adoption and immigration to Denmark. *Horm Res* 2002;58(suppl 2):135.
27. Allard S. Adoption Internationale: la santé de l'enfant adopté. *La Presse* 2003, 9 janvier <http://quebecadoption.net/adoption/sante/santegeneral.html/okt.2005>.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

28. Johnson DE, Miller LC, Iverson S et al. The health of children adopted from Romania. *JAMA* 1993;28:269:2084-5.
29. Choulot JJ, Guérin B. Adoption et Hépatite B. *Nice JNI* 2005. [www.infectiologie.com/public/congres/2005/CP/cp11-4-choulot.pdf](http://www.infectiologie.com/public/congres/2005/CP/cp11-4-choulot.pdf) /sept. 2005.
30. Clothier F. The psychology of the adopted child. *Mental Hygiene* 1943;27: 222-6. [www.darkwing.uoregon.edu/okt. 2005](http://www.darkwing.uoregon.edu/okt. 2005).
31. Jacobs W. Known consequences of separating mother and child at birth and implications for further study. A Keynote Adress 1996. [www.angelfire.com/or/originalsw/wendys\\_pres.html](http://www.angelfire.com/or/originalsw/wendys_pres.html) 01 /sept. 2005.
32. Verrier N. The primal wound: Legacy of the adopted child. The effects of separation from the birthmother on adopted children. American Adoption Congress International Convention 1999, April 11-14, Garden Grove, California. [www.geckotech.com/okt. 2005](http://www.geckotech.com/okt. 2005).
33. Ali Z, Lowry M. Early maternal-child contact: effects on later behaviour. *Dev Med Child Neurol* 1981;23:337-45.
34. Miller BC, Fan X, Grotevant HD et al. Adopted adolescents' overrepresentation in mental health counseling: adptees' problems or parents' lower threshold for referral? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39: 1504-11.
35. Cohen NJ, Coyne J, Duvall J. Adopted and biological children in the clinic: family and child characteristics. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:545-62.
36. Mattei JF. Enfants d'ici et d'ailleurs, adoption sans frontière: rapport au Premier Ministre. Paris: La Documentation Française, 1995.
37. De Monléon, Crémillieux C, Perez-Martin S et al. International adoption and cultural background. *Archives de Pédiatrie* 2005;12:721-2.
38. Lee JS, Twaite JA. Open adoption and adoptive mothers: attitudes towards birthmothers, adopted children, and parenting. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67:576-84.
39. McGlone K, Santos L, Kazama L et al. Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare* 2002;81:151-71.
40. Adoption gennem AC Børnehjælp som eneansøger 2005. [www.a-c.dk/adoption/Enlige/Enlige-prosa.htm](http://www.a-c.dk/adoption/Enlige/Enlige-prosa.htm) /sept. 2005.

# Retslægelige undersøgelser af børn udsat for seksuelt overgreb

## Professortiltrædelsesforelæsning

Professor Annie Vesterby Charles

Aarhus Universitet, Retsmedicinsk Institut

»Omsorg for retfærdighed« er af *Henrik Zable*, professor i retsfilosofi, beskrevet i forordet til hans bog af samme navn »den, der arbejder med ret, udøver magt, og denne magtudøvelse er styret af et mål; bestræbelserne for at nå frem til dette mål betegnes som ,omsorg for retfærdighed«.

En retsmediciner arbejder også med ret i teori og praksis: Retsmedicinerens kerneydelse er at afgive udtalelser/erklæringer til retsligt brug baseret på egne og andres iagttagelser; retsmedicineren kan derigennem påvirke rettens afgørelser og kommer derved indirekte til at udøve magt over andre menneskers skæbne.

Erklæringer og udtalelser skal derfor være på et objektivt, højt fagligt og videnskabeligt grundlag, og området og de anvendte metoder skal udvikles; alene derved kan retsmedicineren være med til at drage omsorg for retfærdighed.

For at illustrere dette sættes der i det følgende fokus på værdien af den retsmedicinske undersøgelse i sager om formodet seksuelt overgreb på børn.

Det belyses, hvorledes nyttilkommen undersøgelsesteknik – og dermed ny viden – har ændret grundlaget for den retslægelige vurdering i disse sager.

Der redegøres for, hvorfor den retsmedicinske undersøgelse hverken kan af- eller bekræfte, at et seksuelt overgreb

har fundet sted, at børnenes fortælling er af afgørende betydning, og at den retsmedicinske undersøgelse på trods af dette fortsat er vigtig, men forholder sig neutralt til det fortalte.

### Tidligere undersøgelser af børn mistænkt for at have været udsat for seksuelle overgreb

Seksuelle overgreb kan defineres som følger: ... »når et barn inddrages i seksuelle aktiviteter, som det ikke kan forstå rækkevidden af, udviklingsmæssigt ikke er parat til og derfor ikke kan give tilladelse til og/eller aktiviteter af denne karakter, der overskrider samfundets sociale eller retslige normer«.

De tidligste publikationer i den medicinske litteratur var observationerne fra akutte overgreb på børn [1] efterfulgt af undersøgelser, som også inkluderede børn, der længe inden lægeundersøgelsen havde været udsat for seksuelt overgreb. I sidstnævnte undersøgelser var der en stor del af børnene, som angiveligt havde forandringer efter tidligere formodede overgreb, som stor hymenalåbning og svulne slimhinder efter formodet penetration.

En mangel ved disse tidlige undersøgelser var dog fraværet af kontrolmateriale.

I 1981 blev kolposkopet introduceret som et brugbart redskab ved undersøgelse af formodet seksuelt misbrugte børn, og værdien heraf blev bekræftet af *Woodling & Heger* [3] i 1986. Det bedste efter deres vurdering var, at kolposkopet samtidig gav mulighed for, at man kunne dokumentere de lægelige fund ved fotografisk optagelse. Retten fandt dette vigtigt, og efterhånden blev metoden accepteret som viden-