

Pasientens barn - psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper

PSY
KOL
OGI

Pasientens barn blir ikke ivaretatt innen psykisk helsevern for voksne. Foreldrene ønsker at behandlerne snakker med dem om barna. I etiske prinsippene bør anvendes ut fra et utvidet klientbegrep, som også inkluderer klientens barn.

TEKST

Mai-Britt Grøsfjeld

PUBLISERT 1. november 2004

ABSTRACT:

The patient's child - The psychologist's responsibility? A discussion of ethical guidelines for Nordic psychologists

Parents' psychiatric disorders can have short and long-term effects on their children. Statistics from the national psychiatric health sector in Norway show that most therapists focus on individual treatment, and that they seldom address topics related to parenting. This is not consistent with current psychological knowledge which stresses the importance of parent-child relations, and this approach therefore represents a serious ethical problem. One should ask: Do psychologists have an ethical responsibility for the patient's children? The author would encourage professional debate related to this question and its ethical consequences. This article supports increased ethical responsibility for the care of the patients' children.

Takk til Haldor Øvreeide for veiledning, og Guro Brekke, Johan L. Okkenhaug og Fagetisk råd for engasjement og nyttige innspill.

Innledning

I følge Helsedepartementet lever ca. 15 000 barn under 18 år med en eller to foreldre som får behandling innen psykisk helsevern i Norge. Mer enn 1000 barn opplever årlig at mor eller far blir innlagt for første gang i en sengeavdeling innen psykisk helsevern (Hestemann, Vikan & Husby, 1995). Barn av foreldre med psykiske lidelser har økt risiko for selv å utvikle kognitive, emosjonelle og/eller somatiske vansker (Haavet & Grünfeldt, 1997; Leverton, 2003; Rutter & Quinton, 1984). Dette kan gi barnet vansker på mange ulike arenaer både på kort og lang sikt.

Psykisk helsevern for voksne ivaretar i liten grad pasientenes barn (Håkonsen, 1996; Mevik & Trymbo, 2002; Svendsen, 1994). Et eksempel er at så sent som i 1995 hadde kun én akuttavdeling innen psykisk helsevern rutiner som fanget opp barnas situasjon

(Nilsen, 1995). I et intervju med Dagsavisen vedgår avdelingsdirektør for psykisk helse i Helsedepartementet Thore Rogan, at disse barna er ignorert. Hele helseapparatet bes nå om å prioritere samarbeid, slik at barna fanges opp (Dagsavisen, 22.3.04).

Situasjonen aktualiserer et sentralt spørsmål som foreløpig er uavklart: Har vi i det profesjonelle arbeid innen psykisk helsevern for voksne et fagetisk ansvar for andre enn primærpatienten, og da spesielt for barna? Jeg vil i denne artikkelen vise til noe av den kunnskap som eksisterer om familier med psykisk lidelse, sett opp mot den praksis vi har innen psykisk helsevern, for til slutt å drøfte etiske problemstillinger. Underveis i presentasjonen vil sitater fra Ethiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP, 1998) stå som selvstendige kommentarer.

Psykisk lidelse i et familieperspektiv

«Psykologer jobber ut fra kunnskap basert på forskning og underbygget erfaring» (EPNP, 1998).

Psykiske lidelser rammer sjelden bare én person, men innvirker i høy grad også på de personer som står vedkommende nær. Barna er særlig utsatt hvis en eller begge foreldre har en psykisk lidelse (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002; Rutter & Quinton, 1984). Gjennom tidlig tilknytning utvikler mennesker indre arbeidsmodeller av seg selv, sine relasjoner og samspill. Uansett hvor utilstrekkelige foreldrene er, har foreldre-barn-relasjonen avgjørende betydning (Øvreeide, 2000). Barnet vil etter hvert foretrekke den tilknytning som det kjenner, uavhengig av kvaliteten på relasjonen. Barnet er avhengig av gjenkjennelsen av seg selv og andre i primære relasjoner. Å søke gjenkjennelse er mer overordnet enn å søke anerkjennelse. Av den grunn er barnet avhengig av sine foreldre uansett kvaliteten av omsorgen det får (Hafstad & Øvreeide, 1998).

Når barn har det vanskelig utvikler de ulike overlevelsesstrategier, og vanskene barnet står i kan være mer eller mindre synlige for omgivelsene. Omkostningen for barnets egen utvikling kan uansett være stor (Hansen, 1995). Et eksempel er barn som har en forelder med affektiv lidelse. Disse barna har oftere vansker med generell fungering, økt skyldfølelse, interpersonlige problemer og tilknytningsforstyrrelser enn barn av friske foreldre (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Ut fra studier konkluderer Beardslee et al. (1998) med at barn av foreldre med affektiv lidelse har omlag 40 % risiko for selv å få en alvorlig depresjon innen de er 20 år. Til sammenligning er risikoen mellom 20–25 % i den totale befolkningen.

I følge Rutter og Quinton (1984) er det gjennom de siste 80 årene grundig dokumentert at det er en sammenheng mellom foreldres psykiske lidelse og de vansker barna utvikler. Generasjonsoverføringen av psykisk lidelse kan skyldes: 1) genetisk sårbarhet, 2) i hvilken grad barnet blir involvert i foreldrenes symptomer, 3) indirekte effekter av foreldrenes mentale lidelse, for eksempel mangelfull utviklingstøtte og 4) korrelater til mentale lidelser, for eksempel konflikt mellom familiemedlemmene.

Senere års forskning gir grunnlag for å si at det ikke er foreldres psykiske lidelse i seg selv som er skadelig for barnets utvikling, men i hvilken grad deres atferd er

hensiktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling (Berg-Nielsen et al., 2002). Psykisk lidelse øker risikoen for at det utvikles og opprettholdes uheldig foreldreatferd (Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook, 2001), og et negativt emosjonelt klima mellom foreldrene, og mellom foreldre og barn (Rutter & Quinton, 1984).

Omsorgsansvar for barn er en helt sentral del av de fleste foreldres liv og selvforståelse (Stern, 1997). Måten barna utvikler og klarer seg på vil igjen virke inn på foreldrenes psykiske helse (Maccoby, 2000). Berg-Nielsen et al. (2002) har gjennomført en omfattende litteraturstudie av hva som eksisterer av internasjonal forskning rettet mot vansker med å ivareta adekvat foreldrefungering i familier hvor en eller to foreldre har en psykisk lidelse, og problemer med foreldrefungering når barn har en psykisk lidelse. Foreldre-barn-relasjonen er så tett og gjensidig at det ikke alltid er mulig å vite hvor vanskene starter først, eller hvem som opprettholder vanskene for hvem. Med foreldrefungering menes foreldrenes hverdagsatferd overfor sitt barn, inkludert foreldrenes kognisjon, emosjoner og attribusjoner, holdninger og verdier. Med dysfunksjonell foreldrefungering menes alt foreldregjør, eller lar være å gjøre, som kan ha en uheldig påvirkning på barnet. Hovedfunnet i litteraturstudien til Berg-Nielsen et al. (2002) er at to hoveddimensjoner av dysfunksjonell foreldrefungering oppstår i familier hvor barn eller foreldre har psykopatologi: 1) foreldrene kan bli negative i sitt samspill med barnet og 2) varierende form av ineffektiv oppdragelse kan utvikles. Konsekvensene for barna når de periodevis eller kronisk lever med dysfunksjonelt samspill med sine omsorgspersoner synes i hovedsak ikke å være spesifikk. Barnet kan utvikle ulike grader av både internaliserende og eksternaliserende problematikk.

Også fysisk helse kan påvirkes. Haavet og Grünfeldt (1997) har gjennom litteraturstudier konkludert med at det er en klar sammenheng mellom barn som opplever alvorlige livshendelser eller kroniske vanskeligheter, og risiko for somatisk sykdomsutvikling som eksem, luftveisinfeksjoner, astma og ulcerøs colitt, hjerte- og karsykdommer, leddgikt, fibromyalgi og diabetes.

Kan vi forebygge?

De aller fleste foreldre ønsker det beste for sine barn. Wang og Goldschmidt (1996) intervjuet pasienter med psykiske lidelser om barna deres og forholdet dem imellom. Undersøkelsen konkluderte med at *de fleste foreldre ønsker at behandlere skal snakke med dem om barna*. Foreldrene formidlet at nedsatt foreldrefungering bør være et legitimt symptom ved psykisk lidelse, og at behandlingsapparatet bør tilby adekvat hjelp til hele familien. Denne innstillingen hos pasienter bekreftes også i norske studier (Mevik & Trymbo, 2002) og erfaringer i praksis (Vik, Rabbe & Rirud, 2002).

Forskning viser som nevnt at det først og fremst er uhensiktsmessig foreldreatferd og negativt emosjonelt klima i familien som øker risikoen for skjevutvikling hos barn, og ikke den psykiske lidelse i seg selv (Berg-Nielsen, et al., 2002; Johnson et al, 2001; Rutter & Quinton, 1984). Atferd er mulig å endre, og forskningsresultatene gir grunnlag

for å hevde at veiledning til foreldrene om hverdagslig foreldreatferd er sentralt både i behandlingsøyemed og i et forebyggende perspektiv.

I de senere år er en blitt stadig mer opptatt av faktorer som kan forebygge sykdom og psykisk lidelse. En viktig helsebringende (salutogenese) faktor for voksne og barn er å oppleve sammenheng. Det at situasjonen er forståelig, håndterbar og meningsfull er av stor betydning for å kunne takle påkjenninger og stress, og derigjennom redusere risiko for sykdom (Antonovsky, 1991). Øvreeide (2000) mener at negative korttids- og langtidseffekter av belastninger hos barn ofte er en følge av mangel på informasjon og samforståelse med de nærmeste om egne livserfaringer og opplevelser. Det kan være stor mentalhygienisk gevinst i å snakke med barn og å gi dem relevant informasjon om situasjonen der og da, og så langt som mulig om hva som skal skje videre.

Studier av beskyttende (resiliens) faktorer (Rutter, 1985) peker på betydningen av å ha en nær fortrolig og en trygg stabil emosjonell tilknytning. De av barna som klarer seg bra på tross av vanskene i hjemmet, har som regel hatt en annen voksen å vende seg til når de har hatt behov for det (Werner, 1995). Det kan være den andre forelderen, eller andre viktige voksenpersoner utenfor kjernefamilien. Ut fra dette er det viktig å inkludere andre voksne i samtale med primærpatient og barna. På den måten kan viktige voksne drøfte ulike måter de best kan støtte barna og hverandre på. De forebyggende faktorene er avgjørende for livskvaliteten, og har vist seg å være effektive for å redusere risikoen for utvikling av somatiske sykdommer (Haavet & Grünfeldt, 1997). Den støtte i form av beskyttende faktorer som barnet får, har også vist seg å være av avgjørende betydning for om barn av foreldre med psykisk lidelse selv skal få psykiske problemer eller ikke (Waltrén, 2002).

«Vi andre»

Barn må ha tilgang til utviklingsstøtte fra nære, stabile og kompetente voksne. Foreldrene har i utgangspunktet rettighetene og pliktene overfor barnet, og har også størst påvirkningsmulighet overfor barnets utvikling. Barns totale omsorg i vår kultur gis imidlertid også fra andre. De andre er viktige voksne rundt foreldrene og barnet, og kan gi dem den støtte, veiledning og korrigerende som er nødvendig. Dette kan være barnehagepersonell, lærere, barnevern, fastlege, behandlere, familie og omgangskrets. Behandlerens rolle kan da være sammen med pasienten å vurdere hvordan nettverksstøtte best kan ivaretas.

Omsorgssituasjonen består av barnet, foreldre og «vi andre». Profesjonelle «vi andre» representerer et ledd i det totale vern av barns vekst og utvikling – et uformelt barnevern. Hafstad og Øvreeide (1998) kaller dette for «uttalebarnevernet», til forskjell fra det barnevernet som har myndighet til å gripe inn. Vi i uttalebarnevernet er pliktige gjennom lov til å følge med barnas situasjon og melde fra til det formelle barnevernet ved alvorlige situasjoner. Det er da barnevernet og ikke klinikerens som avgjør om det er nødvendig å foreta en vurdering av foreldrenes omsorgsevne.

Hvordan det totale omsorgsnettverket fungerer, vil direkte påvirke dynamikken mellom foreldre og barn – hvordan omsorgen og den utviklingsstøttende prosessen

foregår (Hafstad & Øvreeide, 1998).

Rutiner og praksis

For å belyse praksis til en videre etisk diskusjon har jeg valgt å legge hovedvekt på å beskrive praksis og rutiner i et distriktpsykiatrisk senter (DPS) i 2001. Dette DPS besto av syv behandlingseenheter som til sammen ga poliklinisk tilbud til pasienter fra fire kommuner. I denne tidsperioden var det 67 ansatte, hvorav 11 var psykologspesialister/psykologer.

De siste årenes registrering av demografiske data viser at 33–35 % av pasientene som starter sin behandling i dette DPS har omsorgsansvar for egne barn. Det betyr at omlag 250 foreldre årlig begynner en poliklinisk behandling her. Rundt 70 % av alle pasientene bor sammen med andre, hvorav 40 % lever i parforhold.

«Ingen av kartleggings-skjemaene hadde et barne- eller pårørendeperspektiv»

Av alle pasientene i 2001 ble ca. en tredel av pasientene diagnostisert med en affektiv lidelse som hoveddiagnose, hvor moderat depressiv episode og tilbakevendende depressive lidelser var de hyppigst gitte diagnoser. I alt 15 % hadde en diagnose med psykoseproblematikk, mens 12 % hadde en personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose.

Ved start og avslutning av behandling registrerer behandler sin vurdering av pasientens psykososiale funksjonsnivå. Til dette brukes Global funksjonsskåring – Splittet versjon, med vurdering av symptomer og funksjonsnivå på en skala fra 0–100 (Karterud, Pedersen, Løvdahl & Friss, 1998). I dette DPS er om lag 80 % av pasientene registrert med lavere GAF-skåre enn 60 både på symptomer og funksjon. En GAF-skåre på 60 betyr i følge manualen at pasienten har klare, moderate vansker med sosial fungering som er merkbare for omgivelsene. De fleste pasientene får en skåre rundt 50, noe som tilsvarer alvorlig funksjonssvikt på minst ett livsområde.

Tabell 1. Registrert aktivitetsform i 2001 ved et distriktpsykiatrisk senter med syv behandlingseenheter og 67 ansatte.

Individualsamtaler	76,8 %
Gruppesamtaler	14,8 %
Familiesamtaler	2,1 %
Parsamtaler	0,3 %
Ansvarsgruppe	0,95 %

Hvilket behandlingstilbud ble denne pasientgruppen tilbudt? Praksisen ved dette DPS fremgår av Tabell 1.

De fleste pasienter mottok en behandling som var løsrevet fra deres familiære nettverk. Ansvarsgrupper som inkluderte personell fra andre instanser, med eller uten pasient, var under 1 %. Familiesamtalene inkluderte sjelden barn, og én enhet sto for det meste av familiesamtalene (enhet for Tidlig intervensjon ved psykose, TIP). De andre seks enhetene hadde i snitt 0,6 % familiesamtaler, eller 0,9 % hvis parsamtalene tas med.

Hvilken praksis eksisterer innen psykisk helsevern når det gjelder å melde bekymring til barnevernet? Statistikk fra barneverntjenesten i de fire kommunene DPS betjener viser at de i 2001 og 2002 til sammen mottok 1298 bekymringsmeldinger. Bare 14 av disse meldingene var fra psykisk helsevern for voksne, dvs. DPS, sengepostene og psykisk helsevern for barn og unge til sammen.

Ved gjennomgang av kartleggingsskjemaene de ulike enhetene brukte, fant jeg ingen som hadde et barne- eller pårørendeperspektiv. I noen av dem ble derimot pasientens forhold til, og opplevelse av, egen mor eller far grundig kartlagt gjennom 2–4 sider med omfattende spørsmål. Videre ble pasientens symptomer grundig gjennomgått. Ett enkelt spørsmål var om pasienten hadde egne barn. Det var ingen oppfølgingsspørsmål til dette.

Temaer i behandlingen

Mennesker med psykiske lidelser har samme fødselsrate som andre (Nilsen, 1995). Det kritiske spørsmålet er: Snakker terapeuten med pasienten om foreldrerollen og barnas situasjon? Selv om man ikke har hatt familiesamtaler, er ikke det ensbetydende med at man ikke har forvisset seg om at pasientens barn er godt ivaretatt av øvrig familie.

Mevik og Trymbo (2002) har i to kvalitative studier undersøkt hvordan praksis er innen psykisk helsevern for voksne. De konkluderte med at det på landsbasis er en sterk tendens til at fagpersonell ikke gjør det relevant at pasienten er en del av en familie, eller at pasienten er forelder. Studiene viste også at barna i høy grad ble glemt og usynliggjort. Pasientene som ble intervjuet innen psykisk helsevern rapporterte:

- De opplevde at fagfolk var passive i forhold til å bringe frem temaer omkring barna, noe som medvirket til at de ikke selv turde å snakke om det.
- De fleste av pasientene strevde med bekymring og skyldfølelse overfor sine barn, og mange rapporterte at de opplevde at terapeuten bagatelliserte disse følelsene.
- Mangelen på formidling av kunnskap til familien fra hjelpeapparatets side forsterket holdningen om å være taus innad i familien. Dette kunne i neste omgang forsterke problemene, særlig for barna.

Statistikk kan bidra til å underbygge funnene til Mevik og Trymbo (2002). Alle behandlere innen psykisk helsevern skal obligatorisk registrere pasientens demografiske data etter at de har startet opp sin behandling. En kategori er om pasienten har omsorgsansvar for egne barn. For alle pasienter innen psykisk helsevern

for voksne nasjonalt, med en behandlingsstart i 2002, var det 25 282 samtaler hvor det ble registrert som ukjent hvorvidt pasienten hadde omsorgsansvar for barn. Statistikk fra Norsk pasientregister over aktivitetsform på landsbasis viser at pasientens pårørende i liten grad blir inkludert i behandlingsprosessen totalt sett (se Tabell 2).

I alt 766 psykologer var ansatt innen det psykiske helsevernet for voksne i 2001, og antallet er økende (Samdata, 2002). De faglige og etiske problemstillinger som oppstår rundt behandling av foreldre med psykisk lidelse gjelder dermed mange av landets psykologer.

Tabell 2. Totalt antall konsultasjoner fordelt på konsultasjonstype for psykisk helsevern for voksne i Norge i 2002.

54.1 Individualsamtaler	242 886	82,39 %
54.2 Parsamtaler	2 052	0,69 %
54.3 Familiesamtaler	4 702	1,59 %
54.4 Gruppesamtaler	39 345	13,33 %
54.5 Ikke kodet	6 010	2,05 %

Fagetiske problemstillinger

«De fagetiske prinsippene regulerer psykologers faglige virksomhet, som er definert som enhver situasjon der psykologen utøver yrkesmessig virksomhet i relasjon til individ, gruppe eller organisasjon» (EPNP, 1998).

Fag, anvendelse av kunnskap og etikk er uløselig knyttet sammen (Øvreeide, 2002). Praksis innen psykisk helsevern for voksne består hovedsakelig av individualsamtaler, og det gis trolig altfor lite rom for drøfting av pasientens dagsaktuelle relasjoner og oppgaver overfor familie og barn. Denne praksisen er ikke i tråd med eksisterende kunnskap om hvordan psykiske lidelser rammer enkeltmennesket og de pårørende, og hva som hjelper i et forebyggende perspektiv.

Situasjonen aktualiserer et prinsipielt viktig spørsmål: Har psykologer et fagetisk ansvar for pasientens barn? Jeg ba Fagetisk råd i Norsk Psykologforening om å ta stilling til spørsmålet. De konkluderte sin diskusjon med at psykologene innen psykisk helsevern for voksne *ikke* har et fagetisk ansvar for primærpatientens barn i henhold til Etske prinsipper for nordiske psykologer, og at det primært er lov om barnevern som regulerer disse forhold. Samtidig oppfordret Fagetisk råd til å føre denne viktige diskusjonen videre. I de etiske prinsippene fremgår det nettopp at «betydningen av sentrale begreper i prinsippene må utvikles i en løpende diskusjon i fagmiljøet» (EPNP, 1998).

I den gjenstående delen av artikkelen vil jeg reflektere rundt spørsmålet om psykologers etiske ansvar for pasientens barn. Jeg vil belyse klientbegrepet og derigjennom psykologens ansvar. Diskusjonen sorteres inn under EPNPs fire grunnleggende prinsipper om respekt, kompetanse, ansvar og integritet.

Medlemmer av Norsk Psykologforening er *bundet* av de etiske prinsippene, og skal regulere sin yrkesutførelse etter dem. EPNP legger dermed avgjørende føringer for psykologens praksis og hvordan ivareta klienten. Hvem som er psykologens klient er definert slik:

«I det følgende refererer uttrykket «klient» til enhver person, gruppe av personer eller organisasjon som psykologen har et profesjonelt forhold til. I visse situasjoner kan klientbegrepet utvides til å gjelde personer som er sekundært berørt, som for eksempel en primærklients familie, en klientgruppes organisatoriske omgivelser eller en organisasjons kunder, pasienter eller interessenter» (EPNP, 1998).

Hvordan skal vi tolke denne definisjonen? Moral og etikk springer ikke direkte ut fra virkeligheten, men begrunnes i etiske formuleringer og påstander. Vi kan derfor ikke dra direkte slutninger fra fakta til moral og etikk – fra et *er* til *bør*. Å tolke de etiske formuleringene krever at vi må se helheten i de etiske prinsippene, og prinsippene må også tolkes i forhold til den aktuelle arbeidssituasjon (Øvreeide, 2002). I EPNP (1998) fremgår det at psykologens ansvar må ses i sammenheng med den profesjonelle relasjonens karakter og oppdragets art. Det understrekes at ulikhet i kunnskap og makt alltid vil påvirke psykologens profesjonelle relasjon til klienter og kolleger. Jo større ulikheten er, desto større er psykologens ansvar.

Respekt

«Psykologen viser respekt for og arbeider for å fremme utviklingen av hvert menneskes rettigheter, verdighet og integritet» (EPNP, 1998).

De Forente Nasjoner (FN) har i sin menneskerettighetserklæring uttalt at barnet er berettiget særskilt omsorg og hjelp. Dette er formulert gjennom FNs konvensjon om barnets rettigheter fra 1989. Konvensjonen, som ble ratifisert av Norge i 1991, sier i artikkel 19:

«1. Partene skal treffe alle nødvendige lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak for å verne barnet mot alle former for fysisk eller mental vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens det er under omsorg hos en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person som har omsorgen for barnet.

2. Slike vernetiltak bør om nødvendig omfatte effektive fremgangsmåter for iverksettelse av sosiale programmer som *yter nødvendig støtte til barnet og til dem*

som har omsorgen for det, så vel som andre former for forebygging, identifikasjon, rapportering, viderehenvisning, undersøkelse og behandling samt oppfølging av tilfeller av barnemishandling som tidligere beskrevet og, om nødvendig, for rettslig oppfølging» (Min utheving).

Denne konvensjonen har et pliktetisk utgangspunkt. I følge Øvreeide (2002) viser pliktetikken til «allmenngyldige forhold som det er menneskets plikt å forholde seg til. Pliktetikken utgangspunkt er at menneskets naturlige forutsetninger og felles skjebne fordrer noe av den enkelte for at det menneskelige fellesskap, den enkeltes rettigheter og menneskeverdet skal kunne opprettholdes» (s. 57). Øvreeide understreker at nettopp psykologisk forskning om nødvendige forutsetninger for barns utvikling har bidratt til utformingen av de etiske kravene i FN-konvensjonen.

Foreldrerollen er en viktig del av de fleste foreldres identitet. Stålsett (2003) hevder at det er personen selv som krenkes når en vesentlig dimensjon ved deres identitet neglisjeres. Å være forelder med omsorgsrett innebærer å ha et grunnleggende og omfattende ansvar for sine barn. Å inkludere respekt for disse forpliktelsene i det etiske hovedprinsippet om respekt for enkeltmennesket, vil kanskje i større grad kunne romme individet i samspill med sine omgivelser, og derved stimulere til en bedre etisk praksis.

«Psykologen viser respekt for individets grunnleggende rettigheter, verdighet og integritet, og tilstreber å unngå at hans/hennes kunnskap anvendes på en måte som krenker, utnytter eller undertrykker individer» (EPNP, 1998).

Kompetanse

«En forutsetning for høy faglig kompetanse er at psykologen er oppmerksom på de fagetiske prinsippene, og integrerer etiske vurderinger i sin profesjonelle praksis» (EPNP, 1998).

Problemstillinger knyttet til foreldre og deres barn er til stede i mange sammenhenger i den praktiske hverdagen innen psykisk helsevern for voksne. Hvordan ivareta disse utfordringene? Et eksempel er fordeling av pasienter innen behandlingsteamet. Sett at en mor som strever med alvorlig depresjon og er blitt henvist til enheten, har ansvar for tre små barn. Vanlig praksis er at de henviste pasientene fordeles til ulike behandlere på et inntaksmøte, hvor behandlerne selv har en mulighet til å si ja eller nei til oppdraget. Hva gjør psykologen som kun driver individualterapi, i forhold til forespørselen om å bli denne pasientens behandler? Sannsynligheten er stor for at psykologen vil bygge sin vurdering på om vedkommende har kapasitet nå eller ikke. Men vil psykologen i dette eksemplet også reflektere rundt de etiske implikasjoner av å gi moren et individuelt orientert behandlingstilbud?

**«Barn er selve «urgjenstand-en»
for etisk ansvar»**

«Ved enhver beslutning om å påta seg eller avvise en oppgave, reflekterer psykologen over mulige etiske dimensjoner ... Psykologen tilstreber bevissthet om sine faglige og menneskelige sterke og svake sider, slik at han/hun realistisk kan vurdere med hvilken kompetanse han/hun påtar seg oppgaver ... Psykologen arbeider i overensstemmelse med vitenskapelige prinsipper og underbygget erfaring og ivaretar en kontinuerlig profesjonell utvikling» (EPNP, 1998).

Ansvar

«Psykologen unngår å gjøre skade og er ansvarlig for sine handlinger» (EPNP, 1998).

Tradisjonell etisk teori var preget av at ansvar for handlinger og dens konsekvenser ble vurdert nært i tid og rom. Med den vitenskapelige og tekniske utvikling har vi fått økte muligheter til å overskue mer av verden og hva fremtiden vil bringe ut fra de valg av handlinger vi tar i dag. Dette setter ansvar i sentrum for en etisk teori som ikke lenger kun kan rettes mot øyeblikkets handlinger, men i tillegg må ta stilling til handlingenes kausale rekkevidde i rom og inn i fremtiden (Jonas, 1979).

Psykologens oppdrag er å bidra til at pasienten på best mulig måte oppnår lindring eller bedring. Ved valg av metode og tilnærming er det avgjørende å ha et bevisst faglig formål som avveies mot mulige negative konsekvenser. Det kan medføre fagetiske problemer om psykologen ikke har et tydelig og legitimt formål med det han/hun metodisk gjør (Hafstad & Øvreeide, 1998).

Psykologens plikt og ansvar gjelder overfor egne handlinger og konsekvensene av dem – ikke overfor pasientens handlinger. I klinisk arbeid vil det være behov for avgrensning og valg av mål for behandlingen. Å skulle forholde seg til alle pasientens relasjoner og oppgaver er en umulighet, men det er mulig å prioritere de mest avhengige og sårbare relasjoner. Barn er i følge Jonas (1979) selve «urgjenstanden» for etisk ansvar.

Ansvar for det «tredje ansikt»

Berg-Nielsen et al. (2002) hevder fra et faglig ståsted at vi må evaluere pasientens foreldreferdigheter og gjøre et estimate av pasientens foreldrekapasitet når vi planlegger behandling. Brekke (2001) hevder at det både ut i fra et etisk og faglig perspektiv er viktig at behandler kontinuerlig vurderer hvorvidt foreldre klarer å ivareta omsorgen for barn og egen terapeutiske utviklingsprosess samtidig. Argumentene er faglig godt fundert, men forutsetter i tillegg at vi har et etisk ansvar overfor pasientens barn.

Øvreeide (personlig meddelelse, august, 2003) forteller at det var mye arbeid og diskusjoner bak klientbegrepet i sin nåværende form i den europeiske metakoden for fagetikk. Det bød imidlertid ikke på problemer å innføre definisjonen i de nordiske psykologers retningslinjer. Øvreeide viser til at klientbegrepet som ble satt inn i de nordiske retningslinjene i 1998, er et viktig steg i retning av å kunne inkludere et «tredje ansikt» inn under psykologens etiske ansvar. Øvreeide (2002) definerer «det tredje

ansikt» som dem som vil ha interesse i – eller kunne bli utsatt for konsekvensene av – psykologens handlinger, uten at de selv er tilstede eller i en posisjon som gjør det mulig å presentere egne interesser og behov på lik linje med andre. Han mener at barn som er avhengig av foreldre med psykisk lidelse, naturlig vil kunne komme inn under psykologens faglige og etiske ansvarsområde. Han understreker at *i et forebyggingsperspektiv er psykologens ansvar forsterket*, og at å bedre menneskers livskvalitet her og nå, er et legitimt etisk mål.

Å la være å handle er en handling i etisk forstand. En ensidig individuell orientering i behandling av foreldre med psykisk lidelse er en intervensjon som kan få konsekvenser behandleren ikke vet omfanget av. Følgende er et hjertesukk fra en av de lokale førskolelærere ansatt i en barnehage. Hun har flere års erfaring med å ha barn av psykisk syke mødre i barnehagen: «Først er det ille når moren fungerer dårlig, og vi synes det er vanskelig å snakke om det. Men noen ganger blir det verre når de begynner i terapi. Da kan de bli mer selvopptatte, og ungen får det bare enda vanskeligere». Dette kan tjene som en påminnelse om at vi som behandlere skal trå varsomt, og ikke glemme at det er viktige relasjoner vi berører. Kanskje vi skader mer enn vi liker å tro?

«Psykologers arbeidsoppgaver innebærer ofte mulighet for dyptgående påvirkning av andre mennesker. Slike yrkesbetingelser stiller store krav til psykologers etiske bevissthet og er grunnen til at psykologene har valgt å formulere fagetiske prinsipper» (EPNP, 1998).

Integritet

«Psykologen søker å fremme integritet innenfor forskning, undervisning og anvendt psykologi ... Han/hun forsøker å synliggjøre og klargjøre sin egen rolle i de ulike sammenhengene der han/hun arbeider» (EPNP, 1998).

Øvreeide (2002) hevder at det hviler etiske forpliktelser på psykologen overfor personer som verken presenterer seg selv, eller får tilstrekkelig hjelp av andre til å representere sine interesser. Han stiller spørsmålsteget ved om det kan være psykologens egne interesser som veier tyngst når han eller hun stenger ute – unnlater å ta inn – det tredje ansikt, fordi det vil gjøre situasjonen mer kompleks og ofte vanskelig og ubehagelig å ta opp.

Enhver faglig handling kan analyseres i forhold til hvilke interesser og behov den søker å dekke. Det er god grunn til å tro at det er andre motiver enn faglig uenighet om barneperspektivet som styrer valg av behandlingstilnærming. I DPS forteller fagpersonell at de opplever å mangle kompetanse i å inkludere familie og særskilt barn. Produksjonskrav og preferanse av teorier og metoder påvirker også valg av tilnæringsmåte.

I tillegg representerer det å inkludere et barneperspektiv vanskelige rolleutfordringer og faglige dilemmaer. Blir en tilstrekkelig bekymret for barnets situasjon, er behandler pliktig å melde fra til barnevernet selv om pasienten motsetter seg det.

I et forebyggingsperspektiv er psykologiens ansvar forsterket. Å la være å handle er en handling i etisk forstand

«Psykologen tilstreber bevissthet om sine egne behov, holdninger og vurderinger og om sin rolle i relasjonen» (EPNP, 1998).

Mevik og Trymbo (2002) fant i sin studie at pasientene opplevde at behandlerne var passive i forhold til å ta opp temaer som omhandlet foreldrerollen og barnas situasjon, og at det førte til at de selv ikke gjorde det. Relasjonen mellom psykologen og klienten vil ofte preges av at psykologen har *merviten* om kunnskap som klienten ønsker, trenger og er avhengig av for å oppnå endring. Det stiller større krav til den ene parten i relasjonen om å se til at handlingene tjener relasjonens formål (Øvreeide, 2002). Når behandler unnlater å ta opp sentrale temaer rundt barna og foreldrefungering, og når pasientens passivitet i forhold til å be om familiesamtale blir det avgjørende for hvilken tilnærming som blir valgt, rører dette ved sentrale punkter i terapeut-pasient-relasjonen. Det hierarkiske og komplementære behandleransvar blir forskjøvet over i en symmetrisk relasjon slik at ansvaret ble fordelt likt, eller over på pasienten. Da er det ikke lenger tatt hensyn til pasientens avhengighet av at behandler har en merviten som han/hun bruker til pasientens beste. Det kan føre til at psykologen misbruker sin makt, ved å unnlate å ta sin posisjon og rolle i relasjonen.

Avslutning

Slik jeg ser det, er det ingen motsetning mellom å gi den voksne behandling og samtidig inkludere samtaler rundt omsorgsrollen og barnas behov. Tvert om kan dette sees som en bedre ivaretagelse av primærpasientens behov og bekymringer for sine nærmeste. I praksis vil et utvidet ansvar kunne innebære å:

- etablere en aktiv og empatisk interesse for foreldreatferd og foreldremestring
- vurdere intervensjoner og den terapeutiske prosessen i forhold til de omsorgsoppgaver og den forelderatferd pasienten har
- kontinuerlig vurdere barnas omsorgssituasjon
- sørge for at barnet og andre pårørende får adekvat informasjon, støtte og hjelp, enten via behandlingsrelasjonen med forelderen eller ved at andre ivaretar disse behovene
- stimulere til dialog med andre viktige voksne rundt barnet som kan gi den støtte som er nødvendig, enten det er familie, omgangskrets, barnehage, skole, helsestasjon, PPT eller barnevern.

På denne måten kan terapeuten hjelpe pasienten med å bryte gjennom skyld, skam og taushet, noe som i seg selv kan bedre barnas og familiens situasjon. Pasienten kan få støtte til å gjenvinne opplevelsen av mestring i forhold til en av livets fundamentale oppgaver, ivaretagelse av den oppvoksende generasjon.

Slik jeg ser det er psykologens arbeidsoppgaver innen psykisk helsevern av en slik art at klientbegrepet i de etiske prinsippene for nordiske psykologer, og dermed psykologens

ansvarsområde, må utvides til eksplisitt også å kunne gjelde andre, og da spesielt pasientens barn. Psykologer har kunnskap om hva som kan bidra til å verne barnets utvikling, slik at barnet i størst mulig grad kan utvikle seg til en livskraftig og sunn voksen. Jeg håper at denne artikkelen kan bidra til debatt omkring disse spørsmålene.

Mai-Britt Grøsfjeld

Psykiatrisk klinikk

Sykehuset i Telemark HF

Ulefossveien 56, 3710 Skien

Tlf 35 00 55 01

E-post may-bgro@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 11, 2004, side 900-906

TEKST

Mai-Britt Grøsfjeld, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset i Telemark HF

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Antonovsky, A. (1991).

. San Fransisco: Jossey-Bass.

Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. 1134-1141.

Berg-Nielsen, S., Vikan, A., & Dahl, A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology. , 529-552.

Brekke, G. (2001).

Borgestadklinikken. Blå Kors Forlag.

Dagsavisen (2004, 22. mars).

. Intervju

med avdelingsdirektør for psykisk helsevern, Thor Rogan.

Etiske prinsipper for nordiske psykologer (1998).
. (jun.-03).

FNs konvensjon for barnets rettigheter (1989). Ratifisert av Norge 8. januar 1991. Barne- og familiedepartementet. (jun.-03).

Hafstad, R., & Øvreide, H. (1998).
Høyskoleforlaget.

. Kristiansand:

Hansen, F. (Red). (1995).

. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hestmann, E., Vikan, A., & Husby, T. (1995). Psykiatriske pasienters barn - hva kan gjøres?
, 2891-2892.

Håkonsen, K. M. (1996).

Hovedopp-gave.

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Haavet, O. R., & Grünfeldt, B. (1997). Er barns livserfaringer av betydning for somatisk sykdomsutvikling?
3644-3647.

- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. , 453-460.
- Jonas, H. (1979). Göteborg:
Bokförlaget Daidalos AB, 1991. Originalens tittel:
. Frankfurt am Main: Insel verlag.
- Karterud, S., Pedersen, G., Løvdahl, H., & Friss, S. (1998).
. Klinikk for psykiatri, Ullevål sykehus.
- Leverton, T. J. (2003). Parental psychiatric illness: the implication for children.
. , 395-402.
- Maccoby, E. E. (2002). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics.
. , 1-27.
- Mevik, K., & Trymbo, B. E. (2002). . Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsen, L. (Red). (1995).
Voksne for Barn og Norges Røde kors. Hefte.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. , 598-611.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children.
. , 853-880.
- Samdata rapport (september, 2002).
http://www.sintef.no/units/unimed/samdata-prosjektet/SAMDATA_psykiatri/2... (aug. -03).
- Stern D. N. (1997).
København: Hans Reitzels Forlag.
- Stålset, G. (2003). Religion og psykologi - et nytt klima. ,
935-936.
- Svendsen, E. (1994). Samarbeid psykiatri - barnevern. , 26-35.
- Vik K., Rabbe, A., & Rirud, G. (2002).
Sluttrapport 9.8.99-31.8.02. Kristiansand.
- Waltrén, E. (2002). De osynliga barnen. , 7-16.
- Wang, A. R., & Goldschmidt, V. V. (1996). Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children,
. 57-61.
- Werner, E. E. (1995). . Stock-holm: Svenske föreningen för Psykisk Hälsovård.
- Øvreeide, H. (2000).
. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Øvreeide, H. (2002). . Kristiansand: Høyskoleforlaget.