
Psykiatriciens barn

REDAKSJONELT

SPURKLAND I

De pårørendes rolle innen psykiatrien har fått økende oppmerksomhet. Det er oftest ektefelle eller foreldre tilmennesker med langvarig alvorlig sinnslidelse som blir oppfattet som pårørende (1). Barna til disse pasientene har vært mindre påaktet, selv om det lenge har vært kjent at barn i familier hvor en av foreldrene er psykisk syk, har økt risiko for å utvikle psykiske vansker (2).

Det er først og fremst psykiske problemer av lengre varighet som direkte eller indirekte kan påvirke familielivet og øke risikoen for skjevutvikling hos barna. Risikoen vil i stor grad være avhengig av hvor gammelt barnet er. Murray (3) har fulgt opp barn født av mødre som har hatt depresjon etter fødsel, og fant ulike typer atferdsforstyrrelser og intellektuelle vansker hos betydelig flere enn man kunne vente i en normalbefolkning. Vanskene var mest uttalt hos guttene. Generelt ser det ut som om sammenhengen mellom foreldrenes psykiatriske symptomer og konsekvensen for barna øker med barnets alder (4).

Risikoen for at barna skal utvikle psykiske problemer, gjelder uansett hva slags psykiatrisk lidelse foreldrene har, men er størst når en av foreldrene har en personlighetsforstyrrelse kombinert med en fiendtlig holdning til barnet, og hvor dette er av lang varighet. Barna kan utvikle ulike psykiske symptomer, både somatiseringstendens, angst, depresjon eller mer utagerende atferd. Rusproblemer hos foreldrene er en tilleggsrisiko. Risikoen øker også hvis begge foreldre er psykiatrisk syke. En godt fungerende ektefelle vil kunne veie opp eller moderere eventuelle skadevirkninger. Flere psykiatriske lidelser har også en genetisk komponent som kan øke barnas sårbarhet og dermed risikoen for sykdom (5).

Voksenpsykiaterne forholder seg først og fremst til den henviste pasienten. I den grad de tar familien med i vurderingen, er det ektefellen de har kontakt med. Barnas situasjon blir sjelden vurdert (6). Dette har nok sammenheng med kapasitetsproblemer innen voksenpsykiatrien, men skyldes nok også at man i den terapeutiske sammenhengen er opptatt av det materialet pasienten selv bringer frem. Da er det ikke alltid barnas problemer kommer i sentrum (7).

Utviklingen av psykiatrien har ført til at behandlingen først og fremst er konsentrert om polikliniske tiltak. Hvis det er aktuelt med innleggelse, gjøres oppholdene så kortvarige som mulig. Dette betyr at familien og det nærmestemiljøet kan få ansvaret for den psykisk syke også når han/hun har svære symptomer. Dette kan medføre at familien får lange perioder med stress og bekymringer. Det kan lett bli en konflikt mellom hensynet til pasienten og hensynet til barna. Det som kan være et gode for den voksne pasienten, *kan* i neste omgang slå negativt ut for barna.

Voksenpsykiatriens kapasitetsproblemer er med på å begrense muligheten til å ta et familieperspektiv. Kortinnleggelsestid vil, hvis man skal ta hensyn til barna, øke behovet for å vurdere pasienten i familiesammenheng og se på vedkommendes omsorgsevne. Dette er en forutsetning for å kunne legge til rette hensiktsmessige tiltak når pasienten skal utskrives. Svikter den voksne evne til å ha omsorg for barnet, er det viktig å se om det er andre voksne i miljøet rundt familien som kan komme inn og være en stabil omsorgsperson. Barne- og ungdomspsykiatrien er for dårlig utbygd de fleste steder i landet, og begrensningen som ligger i liten mulighet til å henvise barna, oppleves nok oftest som en hindring sett fra voksenpsykiatrens side. Imidlertid er det ikke alltid at det er nødvendig at barne- og ungdomspsykiatrien kobles inn. Det kan være helt andre hjelpetiltak som er aktuelle, tiltak som for eksempel barnevernet rår over. Det kan være støttekontakt, barnehageplass eller assistent i klassen.

Taushetsplikten og forholdet mellom terapeut og pasient brukes ofte som begrunnelse for at det er vanskelig å ta hensyn til barna innenfor en voksenpsykiatrisk ramme. Det vil imidlertid bare være i de tilfellene der pasienten selv ikke ønsker at man stiller spørsmål om situasjonen i hjemmet, at det blir problemer. De fleste foreldremed sviktende omsorgsevne har en opplevelse av sin svikt (8). Samtidig er de opptatt av at barna deres skal ha best mulige leveforhold, og ønsker oftest selv å medvirke til at nødvendige tiltak for å bedre forholdene settes i verk. I de tilfeller hvor man ikke får foreldrenes medvirkning, vil lov om leger § 34 a og b likevel pålegge legene en plikt til å orientere barnevernet om forhold som innebærer risiko for barns fysiske eller psykiske utvikling.

I 1992-95 ble det utført en undersøkelse ved Notodden psykiatriske poliklinikk om i hvilken grad medarbeiderne dertok hensyn til at pasientene har barn og vurderte barnas situasjon (9). Undersøkelsen viste at barnas situasjon ialt for liten grad ble tatt opp. Dette førte til at det ble utarbeidet klare rutiner hvor også spørsmål om familien og barna er inkludert. Det ble videre satt i gang regelmessige samarbeidsmøter med barnepsykiatrien i fylket. Kliniske problemer drøftes og samarbeid om familier etableres.

Hvorvidt voksenpsykiaterne skal ta sine pasienters foreldrefunksjon med i totalvurderingen, er sannsynligvis ikke bare et praktisk spørsmål. Det dreier seg kanskje også om at de ikke er vant til å samarbeide med instanser som har ansvar for barn. Det vil være naturlig at de samarbeider med andre instanser, med barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner, den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten, barnevern og sosialtjenesten når det gjelder vurdering av omsorgsevne og igangsetting av nødvendige tiltak. Det er

voksenpsykiatriens oppgave å identifisere og kartleggeproblemet, men den kan ikke ha ansvaret for det videre arbeidet alene. Her kommer særlig barnevernet inn, medkompetanse og økonomiske ressurser for å kunne sette i gang konkrete tiltak.

Samarbeidet med barnpsykiatrien er ofte lite utviklet. Det er heller unntaket enn regelen at det er etablert et regelmessig samarbeid. Slik det nå er, får barnpsykiatrien oftest henvist barna når problemer og psykiske symptomer hos barna er blitt alarmerende. Da kan mulighetene til reell hjelp allerede være redusert. Hvis de som arbeider med devoksne, ville ta disses omsorgsevne med i helhetsvurderingen, kunne man ha mulighet for å sette inn hjelpetiltak førskaden er skjedd, eller i hvert fall mens den er beskjedent. Dette ville virkelig være preventiv psykiatri.

Det er naturlig også å stille spørsmål om man innen barnpsykiatrien henviser foreldre til voksenpsykiatrien. Blirvoksenpsykiatriens kompetanse benyttet? Svaret er ja, men i beskjedent grad. Det blir imidlertid ofte lagt til rettetiltak fra barnpsykiatriens side som har til hensikt å støtte hele familien og dermed gi bedre vilkår for allefamiliemedlemmene, ikke bare for barnet eller ungdommen som er blitt henvist. Allikevel er det nok mange tilfeller hvor det ville være nyttig med voksenpsykiatriens vurdering, ikke minst med tanke på ressurser og begrensninger hos devoksne, slik at man ikke har overdrevne forventninger til hva man kan oppnå i samarbeid med foreldrene.

Den behandlingssituasjon som synes gunstig for ett familiemedlem, kan ha ulemper for de andre. Innenvoksenpsykiatrien har man store muligheter til å drive preventivt arbeid når man anlegger et familieperspektiv på sinebehandlingsopplegg. Konsekvensen av dette bør bli at man henvender seg til barnpsykiatrien eller barnevernet forsamarbeid når man er usikker på pasientens omsorgsevne, slik at forebyggende barnevernstiltak eventuelt kan settes igang. I forbindelse med opptrappingsplanen for psykiatri, Stortingsproposisjon nr. 63 (10), har vi anledning til ikke bare å fylle huller i omsorgssystemet, men også en mulighet til å tenke nytt, etablere nye samarbeidslinjer og prøve ut nye arbeidsmodeller.

Ingrid Spurkland

LITTERATUR

1. Thorsen GRB. Pårørende til psykiatriske pasienter. En ubrukt eller misbrukt ressurs? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2150-1.
2. Rutter M. Children of sick parents: an environmental and psychiatric study. London: Oxford University Press, 1966.
3. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. J Child Psychol Psychiatry 1992; 33: 543-61.
4. Laucht M, Esser G, Schmidt M. Parental mental disorder and early child development. Eur Child Adolesc Psychiatry 1994; 3: 125-37.
5. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorders: effects on children. Psychol Med 1984; 14: 853-80.
6. Hestmann E, Vikan A, Husby T. Psykiatriske pasienters barn - hva bør gjøres? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2891-2.
7. Solheim IJ. Kvar vart det av barna? Ein studie av behandlarane sitt syn på barn og foreldrerolle i voksenpsykiatrien. Hovudoppgåve. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid, Universitetet i Trondheim, 1994.

8. Koppang B, Spurkland I. Barn i fare. Omsorgssvikt i familieperspektiv. Oslo: Tano, 1985.
 9. Svendsen E. Samarbeid psykiatri-barnevern. Norges Barnevern 1994; 71: 26-35.
 10. St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.
-

Publisert: 10. februar 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.