

Kronikk

Legen som pasientens advokat – om lojalitetens grenser

Leger og andre terapeuter inviteres ofte til å være «advokat» for pasienter i familiekonflikter og andre typer konflikter. Denne rollen er vanskelig. Mange konsekvenser er i liten grad erkjent blant behandlere. I rollen som behandler bør empati avgrenses både mot paternalisme og maternalisme. Foreldrefiendtlighetsyndromet er en lite påaktet psykisk skadeeffekt for barn som gjennomlever konflikter i forbindelse med samlivsbrudd. Det er viktig at behandlere avstår fra overidentifiserende demonisering av den ene part i konflikter. Vi etterlyser terapeutisk tenkning basert på dialogisk og systemorientert tilnærming. En aksepterende behandlingstilnærming overfor begge parter kan fremme relasjonskompetanse hos både barn og foreldre.

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Frode Thuen

Seksjon for forebyggende samfunnspsykologi

Vi ønsker å ta utgangspunkt i en beskrivelse av en vanlig type konflikt som leger og psykologer kan bli delaktig i:

En mann søker sin lege flere ganger i forbindelse med depresjon relatert til problemer ved et samlivsbrudd. Han har også kontakt med psykolog. Begge terapeutene aksepterer hans fremstilling og fortolkning

av problemet uten innhenting av komparentopplysninger eller innkalling til parsamtale. Kvinnen har kontakt med annen lege og presenterer liknende problemer. Heller ikke hennes lege innhenter komparentopplysninger eller innkaller til parsamtale. Omsorgsansvaret skal bestemmes i retten. Like før rettsmøtet konsulterer mannen legen med bloduttredelser og skrapemerker i ansiktet. I en legeerklæring, som fremlegges for retten, forstås formuleringene fra mannens lege slik at det er objektivt fastslått at merkene stammer fra kloring og slag fra kvinnen. Psykologen gir i retten støtte til mannens troverdighet og etterrettelighet. Kvinnen karakteriseres i negative vendinger. Mannen tilkjennes hovedomsorgen for barna.

I tiden etter rettsaken kompliseres omsorgsfunksjonene av gjensidig mistenksomhet. Det er fortsatt ingen som tar initiativ til parsamtaler for å ivareta den gjensidige omsorgskompetansen hos foreldrene. Legene og psykologen aksepterer og bidrar i stedet til en gjensidig fiendtlighet der «motparten» beskrives som henholdsvis hysteroid og voldelig med manglende impuls kontroll (kvinnen) og depressiv utnyttelse av offerrollen (mannen).

Slike konflikter er nokså vanlige i de mer enn 1 000 barnefordelingssakene som bringes inn for norske domstoler hvert år. Rollen som pasientens «advokat», som både leger og psykologer ofte påtar seg, kan være problematisk i saker som involverer to eller flere parter som har motstridende interesser. Vi vil med utgangspunkt i konfliktfylte barnefordelingssaker synliggjøre noen sentrale sider ved denne rollen.

Empati i et spenningsfelt

Det ligger i terapeutrollen å vise forståelse for og empati med pasientene. Rollen som lojal advokat følger derfor ofte naturlig dersom situasjonen av en eller annen grunn tilsier at pasienten trenger en som på faglig grunnlag kan fremme hans eller hennes interesser. Det kan for eksempel være aktuelt i forhold til trygdevesen eller forsikringssselskap eller i forbindelse med familievold og seksuelle overgrep mot barn. Uansett situasjon vil det ofte bli forventet fra pasienten og pasientens nettverk at terapeuten støtter pasientens syn. I mange tilfeller vil terapeuten selv føle forpliktelse til å gjøre dette.

Men terapeutens lojalitet kan være et tveegget sverd. Har man bare informasjon fra pasienten, er det svært vanskelig å få et valid og helhetlig inntrykk av saken. Med ensidig informasjon er det lett å trå feil. Ved barnefordelingssaker kan det innebære at man bidrar til en omsorgsløsning som ikke er den beste for barna, til at konfliktnivået mellom partene opprettholdes og forsterkes eller til at en av foreldrene blir marginalisert i forhold til barna.

Rollen som pasientens advokat problematiseres altfor sjelden mellom terapeuter. Behandleren har et ansvar overfor sin pasient, men dette ansvaret betyr ikke å støtte ethvert ønske eller enhver oppfatning fra pasienten. Terapeuten har et selvstendig ansvar for å vurdere saksforholdet og, i de tilfeller der det er nødvendig, formidle dette eller utfordre pasientens oppfatninger med ekte interesse. Terapeuten har også et ansvar både for pasientens nærmiljø og samfunnet som helhet, og rollen som den «enøyde samaritan» er ingen ønskesituasjon (1, 2).

Empati avgrenses i faglitteratur om behandler-klient-relasjonen oftest mot antipati/apati eller paternalisme. Det er sjelden man finner advarsler mot overinvolvering og «besmittelse» (3). Når terapeutens egne uløste emosjonelle og sosiale konflikter eller ideologiske agenda spiller en for fremtredende rolle i behandler-relasjonen, hemmes pasienten i utviklingen av mestringskompetanse. Derfor er det nødvendig i en analyse av denne relasjonen å advare både mot paternalisme og autoritær maktbruk og mot maternalisme og henførende føleri.

Foreldrefiendtlighet og dysfunksjonell erkjennelse

I eksemplet innledningsvis var både legens og psykologens støtte til far klart medvirkende til at han fikk den daglige omsorgen, uten at det nødvendigvis var det beste for barna. Terapeutene hadde uansett ikke tilstrekkelig oversikt over saken til å vurdere hva som faktisk var til barnas beste. De var prisgitt fars oppfatninger og fremstilling.

Ved å gi sin tilslutning, uten reserverasjoner, til deres respektive pasienters versjon av virkeligheten, bidrog begge legene og psykologen til å opprettholde og forsterke motsetningene mellom partene. Det er grunn til å minne om at vedvarende konflikter mel-

lom foreldre etter samlivsbrudd øker risikoen for psykososiale problemer både hos foreldrene og barna (4). Når konfliktene blir intense og langvarige, fører det ofte til at kontakten mellom barna og den av foreldrene de ikke bor sammen med, blir vanskeligjort eller helt brutt.

I de mest konfliktfylte tilfellene dukker det svært ofte opp beskyldninger om ulike former for omsorgssvikt, mishandling eller overgrep mot barna. Dersom det ikke foreligger objektive og sikre funn, og det gjør det sjelden, er det alltid en fare for at slike påstander er mer eller mindre bevisst fabrikkerte. Den kjente amerikanske psykiateren Richard Gardner er den som mest systematisk har studert beskyldninger om overgrep mot barn, og han kan vise til en lang rekke faktorer som vanligvis differensierer mellom ekte og falske overgrep (5).

Ifølge Gardner kan det i konfliktfylte barnefordelingssaker noen ganger oppstå en form for symbiose mellom et barn og en av foreldrene (som oftest mor), hvor de i fellesskap, uten grunnlag i faktiske forhold, utvikler en sterk fiendtlighet mot den andre forelderen. Mer eller mindre paranoide forestillinger om mishandling og overgrep oppstår. Han omtaler denne tilstanden som parental alienation syndrome (6), som kan oversettes til foreldrefiendtlighetssyndrom. Dette har klare likhetstrekk med den psykiatriske tilstanden folie-à-deux, hvor de to nære personer deler de samme vrangforestillinger. Noen ganger kan leger og psykologer som kommer inn i slike saker, ta del i og forsterke de paranoide forestillingene, og følgelig gi grunnlag for en folie-à-trois-tilstand. I slike tilfeller må man kunne betrakte alliansen mellom terapeut og pasient som klart destruktiv.

Også i de tilfeller der slike mekanismer er mindre uttalte, kan helseskade skje. Barn

som opplever skilsmisse i barndommen, utsettes for relasjonsproblemer, depresjon og psykosomatiske problemer oftere enn andre barn når de når puberteten (7). Opplevelsen av skilsmisse kan være en relevant eksposisjonsfaktor. Sannsynligvis er kulturelt formidlete og dysfunksjonelle selverkjennelser fra nære omsorgspersoner preget av ekstern årsaksforklaring og egosentrisme, langt viktigere og relevante faktorer. Terapeuter som ensidig stimulerer til og støtter opp under slik dysfunksjonell erkjennelse, kan etter vårt syn utgjøre en trussel mot folks helse.

Kausalitet eller systemperspektiv

Det er grunn til å minne om at den triadegalskap som er beskrevet, ikke nødvendigvis er et psykiatrisk avvik. Problemet er at den rådende oppfatning i medisinen og i mange psykoterapitradisjoner er kausalitetsorientert. Terapeuten og pasienten utvikler innen denne forståelsesramme en gjensidig oppfatning med en ensidig forståelse av den andre part som årsaksfaktor. Dette bidrar til mistenksomhet og manglende evne til desentreng og ansvar for å forstå den andres perspektiv. Manglende kompetanse hos terapeuter til å håndtere «samtidighet» og «omvendt kausalitet» (intensjonalitet) i biologien og i det sosiale liv er med på å avhumanisere medisinen og psykologien (8, 9).

I familierapitradisjonen skiller man skarpt mellom å bygge allianser og å lage koalisjoner (10). Når familiemedlemmer er ute av stand til å konfrontere hverandre direkte ved emosjonell konflikt og belastning og heller velger triangulering av den part som emosjonene retter seg mot, er dette tegn på destruktive prosesser i familien. Man skaffer seg koalisjonspartnere hvor man snakker om den tredje og ikke med denne personen. En slik løsningsstrategi kan gi trøst og støtte en stakket stund, men fører som regel til et gjensidig «våpenkappløp», der mistenksomheten og syndebukkerkjennelsen bygges opp på begge sider av koalisjonsgrensene. Praktiserende terapeuter, leger som psykologer, inviteres svært ofte inn i slike triangulerende koalisjonsprosesser av pasientene. Det er nødvendig å være klar over dette og iverksette tiltak som kan bidra til alliansebygging med samtlige parter.

Fallgruver og alternativ behandling

Terapeuter må være kjent med mulige fallgruver relatert til familiekonflikter. Det innebærer at vi må være oppmerksomme på begrensningene i den informasjonen som pasienten gir oss, at vi erkjenner at dette er én versjon av de faktiske forhold, og at den annen part trolig vil gi en svært annerledes fremstilling. Det er en fin balansegang mellom å møte pasienten og akseptere dennes opplevelser og fremstilling, og det å forholde seg kritisk og distansert til den samme fremstillingen. Er man for kritisk, vil



Legen kan være med på å bidra til eller forhindre utvikling av foreldrefiendtlighetssyndromet.

Tegning Anne Gitte Hertzberg

pasienten føle seg misforstått eller avvist. Er man for aksepterende, vil pasienten kunne oppleve at vi bekrefter hans eller hennes versjon. Det vil kunne forsterke pasientens oppfatninger, inklusive eventuelle feiloppfatninger. En mulighet er at man tar opp dette med pasienten, og spør om han eller hun har noe imot at man kontakter den andre, eventuelt foreslår en felles konsultasjon. Stiller pasienten seg negativ til dette, bør man ta tak i motforestillingene. De vil i seg selv kunne gi viktig innsikt i saken.

I tråd med dette er det altså av stor verdi å innhente komparentopplysninger der det er mulig. Når det foreligger påstander om overgrep, mishandling eller omsorgssvikt i forhold til mindreårige barn, bør det i mangel av sikker informasjon, rutinemessig innhentes opplysninger fra begge parter samt fra skole, barnehage eller andre instanser som har informasjon om barnet. Bare å legge en av partenes versjon til grunn, eventuelt i kombinasjon med barnets egne beskrivelser, er etter vår oppfatning helt uforsvarlig. Dette gjelder også når barnet selv får komme til orde. Barn gir slett ikke alltid en presis og sannferdig fremstilling av fakta, særlig ikke når foreldrene har store konflikter seg imellom. I vårt eksempel kan følgende tilnærming være en gunstig «alternativ behandling»:

Etter en samtale mellom partenes leger inviteres kvinnen og mannen til felles samtaler alternerende på legenes kontorer. Fokus for samtalenes flyttes fra «hvem har skylden» og «hvem er den beste omsorgsperson» til «hvordan kan vi utvikle vår omsorgsevne i fellesskap til glede for barna». Aktuelle og tidlige konflikter om omsorgsoppgavene blir gjenstand for desentrerende samtaler,

! Fakta

- Rollen som pasientens advokat er vanskelig.
- I situasjoner der pasienten er i en konfliktsituasjon, bør legen skjelve mellom empati og overidentifiserende demonisering av den andre part.
- I familiekonfliktsituasjoner er dette spesielt viktig med tanke på å forebygge psykisk skade hos barna i form av foreldrefiendtlighet.
- Bruk av komparent- og parsamtaler kan være mulige tilnæringsmåter for å bedre partenes evne til konfliktløsning og opprettholdelse av gjensidig oppdrageransvar.

hvor ordstyrer (alternerende mellom legene) har i oppgave å be hver av partene beskrive hvordan de tror at den andre part fortolker konfliktene. Ordstyrer stimulerer også til perspektivskifte ved å invitere dem til å ta hver av barnas perspektiv. I samtalene er de to barna representert med hver sin tomme stol.

*I bestrebelsene på å utvikle alternativ mest-
ringskompetanse sørger ordstyrer for at
begge parter formulerer og forstår den and-
res intensjoner. Å være i stand til å skille
mellom atferd og intensjon viser seg å være
en svært nyttig metode for å bygge tillit mel-
lom omsorgspersonene. Når de gjensidig
forstår og aksepterer hverandres intensjo-
ner, blir det etter hvert lettere for dem
å formulere løsningsstrategier som begge
kan akseptere. Legene passer på å ikke
komme med egne løsningsforslag hvis de
ikke eksplisitt blir bedt om å bidra med slike.
Legene har et autoritativt grep på regien og
hindrer aktivt konfliktfull kommunikasjon
preget av egosentrisme. Etter fire slike sam-
taler viser det seg at konfliktnivået avtar og
begge parter er tilfreds med den hjelp de har
fått.*

Vi etterlyser kompetanse blant behandlere til å iverksette empatisk behandling uten å trå inn i advokatrollen på en besmittende og henførende måte. Terapeuten må kunne akseptere pasientens fremstilling uten ytterligere å intensivere konflikter. Terapeuter bør sørge for at de får konflikter belyst fra mer enn én side før de tar på seg rollen som pasientens advokat. Kausalitet er bare ett forståelsesperspektiv. Samtidighet og intensjonalitet er vel så relevant for å forstå konflikter og vanskeliggjort dialog. Selv om vi er klar over at leger i sin grunnutdanning får liten kompetanse i systemisk terapi, kan de med stor fordel og rimelig letthet skaffe seg kompetanse innen dette feltet (10).

Litteratur

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221–6.
2. Schei E, Norheim OF, Rørtveit G, Lysebo DE, Hjørleifsson S. Legen – den enøydde samaritan? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1207–9.
3. Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
4. Amato PR. The consequences of divorce for adults and children. *J Mar Fam* 2000; 62: 1269–87.
5. Gardner RA. Differentiating between the parental alienation syndrome and bona fide abuse/neglect. *Am J Fam Ther* 1999; 27: 97–107.
6. Gardner RA. The parental alienation syndrome. 2. utg. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, 1998.
7. Breidablik H-J, Meland E. Familieoppløsning i barndom – helse og helseatferd i ungdommen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2331–5.
8. Wold AH, red. The dialogical alternative. Towards a theory of language and mind. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
9. Meland E, Nessa J. Autonomifremmende klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 557–9.
10. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family-oriented primary care. A manual for medical providers. New York, NY: Springer Verlag, 1990.