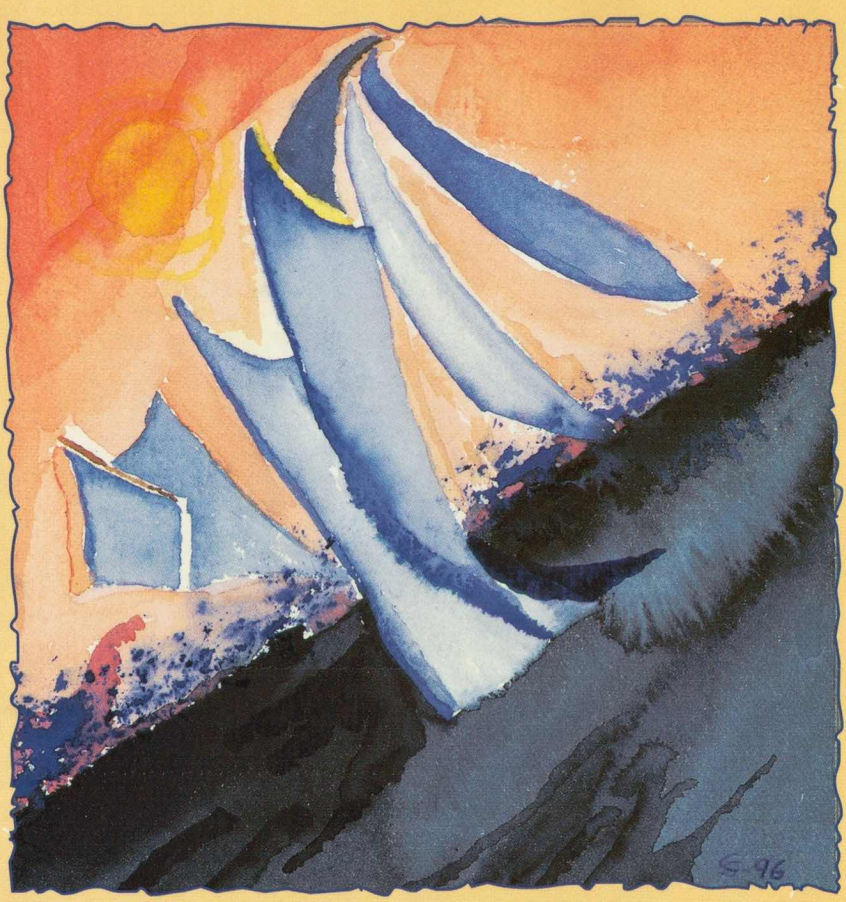
Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2015

National Library of Sweden

Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén
SOU 1997: 8

Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa



Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén
SOU 1997: 8

Ref KB
Occ SOW

Statens offentliga utredningar
1997:8
Socialdepartementet

Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa

Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén
Stockholm 1997

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 10 25

Omslagsbilden är gjord av Claes Sundelin

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1997

ISBN 91-38-20491-6
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut i regeringen den 11 maj 1995 bemyndigade regeringen dåvarande statsrådet Ingela Thalén att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att utreda vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem (S 1995:06). Utredningen skall bl.a. definiera gruppen barn och ungdomar med psykiska problem, redogöra för samhällets kostnader för vård och stöd, redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem samt föreslå åtgärder som bl.a. syftar till att tydliggöra ansvarsområden och förbättra samarbetet. Utredningen skall vidare överväga och föreslå insatser för att förebygga att psykiska problem uppkommer. Kommitténs arbete skall vara slutfört senast 31 december 1997 enligt beslut i regeringen den 6 juni 1996.

Kommittén har antagit namnet Barnpsykiatrikommittén. En kortfattad redogörelse för utredningsuppdraget och arbetet med detta betänkande lämnas i inledningen till betänkandet. Direktiven till utredningen (dir.1995:75) redovisas i bilaga 1.

I arbetet med detta betänkande har deltagit som ordförande barnhälsovårdsöverläkaren Claes Sundelin och som ledamöter habiliteringsöverläkaren Sven-Olov Edvinsson (c), professorn Lars Jacobsson (fp), riksdagsledamoten Margareta Nordenvall-Eckersten (m), kuratorn Mona-Lisa Norrman (v), riksdagsledamoten Christina Pettersson (s) samt landstingsrådet Hans Toll (s).

Som sakkunniga har deltagit departementssekreteraren Agneta Björklund, Socialdepartementet, ämnessakkunniga Lena Holmqvist, Justitiedepartementet, ämnessakkunniga Ingela Håkansson, Inrikesdepartementet, föreningsmedlemmen Anette Larsson, RSMH/RUS (t.o.m. 96-08-16), intressepolitiska handläggaren Anna Jacobsson, RSMH/RUS (fr.o.m. 96-08-16), hälso- och sjukvårdssamordnaren Svante Pettersson, Landstingsförbundet, förbundssekreteraren Anita Sundin, Svenska Kommunförbundet samt medicinalrådet Per Swartling, Socialstyrelsen.

Som experter har deltagit kuratorn Maud Ajax, Sveriges Socionomers Riksförbund, chefsöverläkaren Olav Bengtsson, Sveriges Läkarförbund, utredningschefen Martin Börjeson, Ungdomsstyrelsen, undervisningsrådet Lisbeth Rudemo, Skolverket (t.o.m. 96-07-01), undervisningsrådet Eivor Carlsson, Skolverket (fr.o.m. 96-07-01), psykologen/psykoterapeuten Christina Eriksson, Sveriges Psykologförbund samt socialdirektören Göran Johansson, Föreningen Sveriges Socialchefer (fr.o.m. 96-10-03).

Som huvudsekreterare i kommittén tjänstgör avdelningsdirektören Gun-Marie Pettersson sedan 96-03-01 och som sekreterare docenten Ann-Charlotte Smedler, sedan 96-04-15 på halvtid och sedan 96-09-01 på heltid. Kommitténs assistent på halvtid sedan 96-09-15 är Anita Arnimo. Docenten Dagmar Lagerberg har lämnat visst kunskapsunderlag till kommittén.

I detta betänkande begränsar kommittén sina resonemang till det barn- och ungdomspsykiatriska området. Socialtjänstens roll och ansvar, samarbetsfrågor och samhällets ansvar och möjligheter att förebygga psykiska problem hos barn och ungdomar är några av de områden kommittén avser att återkomma till i sitt huvudbetänkande.

Kommittén får härmed överlämna delbetänkandet (SOU 1997:xx) Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa.

Stockholm januari 1997

Claes Sundelin

Sven-Olov Edvinsson

Lars Jacobsson

Margareta Nordenvall-Eckersten

Mona-Lisa Norrman

Christina Pettersson

Hans Toll

/Gun-Marie Pettersson

Ann-Charlotte Smedler

Innehåll

Förkortningar *9*

Inledning *11*

Sammanfattning *15*

1 Barns och ungdomars psykiska hälsa *17*
1.1 Barn och ungdomar – begreppens innebörd 17
1.2 Hur mår barn och ungdomar i Sverige? 18
1.3 Tecken på psykisk ohälsa 19
1.4 Osäker statistik 20
1.5 Den offentliga debatten 21
1.6 Ökad medvetenhet om förekomsten av problem . 22
1.7 Hur slår nedskärningarna? 23
1.8 Slutsats 24

2 Vilka uttryck tar sig barns och ungdomars psykiska problem? *25*

3 Orsaker till psykisk ohälsa *29*
3.1 Den humanistiska utgångspunkten 30
3.2 Genetiska förklaringar 31
3.3 Kunskap om hjärnan 31
3.4 Erfarenheter tidigt i livet 32
3.5 Nära relationer till andra 33
3.6 Inlärningsteoretiska förklaringar till psykiska problem 33
3.7 Familj och nätverk 34
3.8 Barns relationer till andra barn 35
3.9 Sociologiska perspektiv 36
3.10 En antropologisk utgångspunkt 37
3.11 Flyktingskap 38
3.12 Krisperspektivet 38

3.13 Det epidemiologiska perspektivet 39
3.14 Orsaker – risker och skyddsfaktorer 41

4 En hearing med röster från svensk barnpsykiatri 43
Författarpresentation 44
4.1 Det lilla barnet 46
4.1.1 Tidig anknytning – betydelse för utveckling och hälsa 47
4.1.2 Att arbeta med tidigt samspel – ett kliniskt perspektiv 51
4.2 Hjärnan som bas 58
4.2.1 Neuropsykiatriska förklaringsmodeller 59
4.3 Psykosociala risker – och möjligheter 63
4.3.1 Riskfaktorer och friskfaktorer – psykisk ohälsa under barn- och ungdomsåren . 64
4.3.2 Är tidig riskidentifiering möjlig? 68
4.3.3 Uppföljning av barn med fetalt alkoholsyndrom – hur blev samhällets stöd? .. 72
4.3.4 Separationer – konsekvenser för barnen och samhällets stöd. 77
4.3.5 Att mäta barns livskvalitet 82
4.4 Psykiska problem under uppväxtåren 87
4.4.1 Psykiska problem. Hur manifesteras de i skolan? 88
4.4.2 Depressioner hos barn och ungdomar . 93
4.4.3 Tonåringars utveckling ur psykodynamisk synvinkel 97
4.4.4 Psykoterapeutisk behandling av ätstörningar 100
4.4.5 Anorexi – orsak och behandling 105
4.5 Tradition och förändring 108
4.5.1 Den svenska barn och ungdomspsykiatrins framväxt 108
4.5.2 Ericastiftelsens verksamheter – klinik, utbildning och forskning 117
4.5.3 Ökat tryck inom PBU i Stockholms läns landsting 122
4.6 Avslutande kommentar 127

5 Ökar psykiska problem hos barn och ungdomar? 131
5.1 Olika yrkesgruppers syn på barns psykiska hälsa 132
5.1.1 Samhällsklimatet påverkar 132
5.2 Barn som far illa ökar inom socialtjänsten 133
5.3 Elever med behov av särskilt stöd i skolan 134
5.4 Antalet elever i särskolan har ökat 135
5.5 Ökat tryck på barnpsykiatrin 136
5.5.1 Tyngre problematik och svårare ärenden 136
5.6 Nedskärningarnas betydelse 137
5.6.1 Nedskärningar på basnivå – ökat tryck på specialistnivå – kommunicerande kärl . 138
5.6.2 Några strukturella skäl till ökat tryck på specialistnivå 138
5.7 Våld och övergrepp mot barn och ungdomar ... 139
5.7.1 Misshandel 139
5.7.2 Sexuella övergrepp 139
5.8 Alkohol- och drogvanor 140
5.9 Aktuella undersökningar om barns och ungdomars psykiska hälsa 141
5.9.1 Ljus bild av svenska barns och ungdomars hälsovanor 141
5.9.2 Psykosomatiska besvär ökar, framförallt hos flickor 142
5.10 Slutord 143

6 Mätning av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar 145
6.1 Överväganden och förslag 145
6.2 Bakgrund 145
6.2.1 Vår bedömning 146
6.2.2 Syfte 146
6.2.3 Några överväganden 147
6.2.4 Kostnader 148

Referenser 149

Bilaga

Kommittédirektiv 155

Förkortningar

ADD	Attention Deficit Disorder. Uppmärksamhetsstörning, se också ADHD, DAMP och MBD nedan.
ADHD	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning. Barnet har problem med ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet.
APA	American Psychiatric Association.
BO	Barnombudsmannen.
BRÅ	Brottsförebyggande rådet.
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri.
BVC	Barnavårdscentral, bedriver landstingens allmänna hälsovård för barn i åldrarna 0-6 år.
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
CD	Conduct Disorder. Uppförandestörning, mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler.
DAMP	Dysfunktion i avledbarhet, motorik och perception. Svensk term som i mycket sammanfaller med ADD/ADHD, men även beaktar motoriken och förmågan att tolka sinnesintryck (= perceptionen).
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition. Ett diagnostiskt system för psykiska problem, utarbetat av American Psychiatric Association. DSM-IV har fått stor internationell spridning.
EPC	Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen, Stockholm.
FRN	Forskningsrådsnämnden.
ICD-10	International Classification of Diseases, Tenth Revision. Ett internationellt system för att klassificera sjukdomar. WHO (se nedan) ansvarar för bevakning av medicinsk statistik enligt ICD.
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

MBD	Minimal Brain Dysfunction. Tidigare en vanlig term för problem med uppmärksamhet, motorik och perception av den typ som nu oftast benämns ADD/ADHD eller DAMP (se ovan).
MFR	Medicinska Forskningsrådet.
MVC	Mödravårdscentral, bedriver landstingens allmänna mödrahälsovård.
PBU	Psykiska barn- och ungdomsvården i Stockholms län, samt benämningen för den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården i vissa andra län.
RSMH	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa.
RUS	Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa.
SiS	Statens Insitutionsstyrelse, ansvarar bl.a. för de särskilda ungdomshemmen för tvångsvård med stöd av LVU (se ovan).
SKTF	Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund.
WHO	World Health Organization. Världshälsoorganisationen inom Förenta Nationerna.

Inledning

Barnpsykiatrikommitténs huvudsakliga uppdrag är att

- definiera gruppen barn och ungdomar med psykiska problem. Utifrån denna definition och tidigare kartläggningar skall problemens omfattning och samhällets kostnader för vård och stöd bedömas. Bedömningen av samhällets kostnader skall ställas i relation till nyttan med vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem.
- redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem och hur samarbetet mellan samhällsinstanserna fungerar. Analysen skall göras såväl från den hjälpsökandes perspektiv som från samhällsinstansernas perspektiv.
- överväga och föreslå olika insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem, om de väl uppstått, inte fördjupas och befästs.
- överväga och föreslå olika åtgärder för att förbättra samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och även, i förekommande fall, mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsinstanser. Utredningen bör överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga.
- redogöra för och analysera samt föreslå olika rehabiliteringsåtgärder.

Utredningsarbetet rör barn och ungdomsgrupper med problem av växlande art och svårighetsgrad. Barns och ungdomars viktigaste stöd under uppväxten är föräldrarna och familjen. Psykiska problem kan ha stor betydelse för livsmöjligheterna både nu och i framtiden och samhällets stödinsatser kan vara av avgörande betydelse. Stödet kan ges i basverksamheter, som mödra- och barnhälsovården, skolan och barnomsorgen, eller i specialistfältet, som barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar och kliniker, barn- och ungdomshabiliteringen och/eller socialtjänstens individ- och familjeomsorg. På

vilket sätt samhällets stöd skall utformas så att det på bästa sätt kommer barn, ungdomar och familjer till godo kommer att fokuseras i utredningsarbetet.

Stor tyngd kommer att läggas vid att så klart som möjligt klara ut ansvarsförhållanden och att stimulera samverkan mellan olika verksamheter. Det är oacceptabelt att barn och ungdomar i beråd kommer i kläm på grund av oklara regler och brist på samverkan mellan olika instanser. Särskild uppmärksamhet kommer att ägnas åt barn och ungdomar som idag kan ha svårt att få adekvat hjälp. Bland dessa grupper kan nämnas utagerande ungdomar med psykiska störningar, vissa flykting- och invandrarbarngrupper, barn med funktionshinder och psykiska problem, barn till svårt psykiskt sjuka, barn till missbrukare samt barn och ungdomar som blivit misshandlade eller sexuellt utnyttjade.

Vissa principiella avvägningsfrågor har kommit att diskuteras mycket i kommittén. En fråga gäller avvägningen mellan generella åtgärder som kommer alla barn tillgodo och selektiva insatser riktade till enskilda barn. En annan fråga är balansen mellan förebyggande åtgärder och behovet av insatser till barn och ungdomar som redan är i riskzonen för betydande psykiska problem. Hur skall problemen upptäckas i tid i basverksamheterna? Vilket stöd bör kunna ges i basverksamheter som skola, BVC m.m. och vilka insatser måste åvila specialistfältet? Utredningen kommer att arbeta vidare med dessa frågor och lyckas vi ge svaren kan de få betydelse både för hur viktiga samhällsresurser används och hur kompetenskraven skall formuleras.

Kommittén vill etablera ett folkhälsoperspektiv på psykiska problem hos barn och ungdomar. Samhällets möjligheter och ansvar för att förebygga psykisk ohälsa blir därför en viktig fråga för kommittén att utreda.

Det är viktigt att vårt arbete inte ses isolerat från det engagemang och alla de insatser som idag görs för barn och ungdomar med psykiska problem. Tvärtom är detta grunden för kommitténs arbete. Vår ambition är att de förslag vi skall presentera nästa vinter skall bygga vidare på och understödja detta engagemang och det är i detta perspektiv som delbetänkandet skall ses. Det vi i första hand vill åstadkomma är en vid samhällsdebatt om de frågor kommittén fått i uppdrag att utreda. Vi tror att dessa frågor i själva verket angår alla och envar. Vår förhoppning är således att denna publikation skall stimulera både allmänhet, politiker och professionella att delta med synpunkter.

Delbetänkandets utgångspunkt är en hearing som kommittén anordnade 9-10 september 1996 med företrädare för barnpsykiatrisk praktik och relevant forskning. Samtliga 16 experter som deltog har sammanfattat sina inlägg och ställt dessa till förfogande, vilket varit helt avgörande för tillkomsten av denna skrift. Till denna expertantologi har kommittén lagt avsnitt som avser att ge bakgrund och sammanhang åt experternas redogörelser för specifika problemområden.

Delbetänkandet innehåller *ett konkret förslag*. Bakgrunden till detta förslag är att det inom utredningen blivit allt klarare att den samlade bilden av förekomsten av psykiska problem hos barn är svårtolkad. Allvarliga oklarheter råder också ifråga om utvecklingen över tid i Sverige. Ökar dessa problem? Förändras de? I vilken mån är de psykiska problemen hos barn och ungdomar relaterade till fenomen som arbetslöshet och brist på ekonomiska och/eller kulturella resurser i vissa områden eller hos grupper i befolkningen? Dessa frågor är idag svåra att besvara men skulle kunna belysas på ett meningsfullt sätt nu och i framtiden. Inte minst de snabba förändringar som präglar samhället gör det angeläget att få en bättre överblick över hur barns och ungdomars psykiska hälsa utvecklas. Kommittén har bedömt att dessa frågor är av sådan vikt för beslutsfattare på olika nivåer att Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag av regeringen att utarbeta en modell för systematisk bevakning och analys av barns och ungdomars psykiska hälsa. Kommittén har för avsikt att återkomma till frågan i slutbetänkandet.

Sammanfattning

Med tanke på den stora bredden i kommitténs uppdrag, vill vi poängtera att detta delbetänkande har ett *avsiktligt snävt fokus*. Här redovisas *ett kunskapsunderlag hämtat från den egentliga barn- och ungdomspsykiatrin*, det vill säga samhällets specialistresurs för barn och ungdomar med psykiska problem. Kommittén redogör också kortfattat för sina hittillsvarande diskussioner kring definitionsfrågan, vad som kan tänkas orsaka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar, och problemens omfattning. Slutligen lägger kommittén ett förslag.

I kapitel 1 ges en allmän introduktion och en översiktlig bild av barns och ungdomars psykiska hälsa, så som man kan sammanfatta den utifrån befintliga epidemiologiska undersökningar. Bilden är svårtolkad, inte minst då det gäller förändringen av hälsotillståndet över tid. Orsaken härtill är att man använt sig av varierande undersökningsmetoder, och att man med nya kunskaper kommit att uppmärksamma andra typer av problem. Resultaten från olika undersökningar är därför svåra att jämföra.

Vilka uttryck tar sig psykiska problem? Frågan ställs i kapitel 2, där kommittén kortfattat redogör för sin syn på hur psykiska problem kan definieras utifrån symtom. Symtom kan vara subjektiva, handla om individens egna upplevelser och lidande, eller objektiva, det vill säga vara beteenden och uttryck som omgivningen noterar. Man har identifierat några huvudtyper av symtombilder: inåtriktade problem, utåtriktade dito, koncentrationssvårigheter samt kontaktstörningar. Tendensen att vid psykisk påfrestning reagera på ett visst sätt, är i viss mån en relativt stabil personlig egenskap, även om de egentliga symtomen ser olika ut i olika åldrar.

Kapitel 3 lyfter fram olika perspektiv att beakta då man vill förstå orsaken bakom psykiska problem. En sådan förståelse bygger på en respekt för komplexiteten i människans sätt att fungera och utvecklas. Ärftliga och konstitutionella faktorer, hjärnans utveckling, den tidiga känslomässiga anknytningen, andra tidiga erfarenheter och fortlöpande inlärning, samspelet inom familjen, relationen till

kamrater och andra i omgivningen, den omgivande psykosociala miljön, kultur och samhällsklimat – alla dessa faktorer samspelar i barnets utveckling och kan ha inflytande på det psykiska hälsotillståndet.

Kapitel 4 är en antologi, där 16 experter redogör för relevant forskning och barn- och ungdomspsykiatrisk praktik. Samtliga författare medverkade i en hearing som kommittén ordnade den 9-10 september 1996. Kommittén kommenterar bidragen i form av ingresser till vart och ett av fem huvudområden: det lilla barnet, hjärnan som bas, psykosociala risker och möjligheter, psykiska problem under uppväxtåren, samt tradition och förändring inom barn- och ungdomspsykiatrin. I en avslutande kommentar lyfter kommittén några frågor som detta kunskapunderlag väcker och som vi vill ha med oss i det fortsatta utredningsarbetet.

Kapitel 5 sammanfattar vad rapporter från fältet, besöksstatistik och mer systematiska undersökningar sammantaget säger oss om dagsläget beträffande barns och ungdomars psykiska problem. En hel del skriftligt material bygger på bräckliga faktaunderlag, och speglar i första hand olika yrkesgruppers uppfattning om verkligheten. Mer tillförlitliga undersökningar finns emellertid också, och det samlade intrycket blir att psykiska problem bland barn och ungdomar har ökat något de senaste åren. Ökningen är sannolikt inte jämnt spridd. Istället förefaller det som om barn och ungdomar med psykiska problem är en minoritet, som möjligen växer och/eller far alltmer illa. Kunskapsunderlagen beträffande problemens art, utbredning och utveckling är otillräckliga.

Kapitel 6 tar utgångspunkt i den bristfälliga kunskapen. Kommittén anser att samhället fortlöpande behöver få bättre information om det psykiska hälsotillståndet hos barn och ungdomar, för att kunna möta de faktiska behoven av vård och stöd och för att kunna fördela resurser på bästa sätt. Därför föreslår kommittén att regeringen ger i uppdrag till Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum (EPC) att utarbeta en modell för återkommande mätningar av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i Sverige. Arbetet bör planeras i samråd med Barnpsykiatrikommittén. EPC bör presentera förslag till riktlinjer för framtida bevakning av det psykiska hälsotillståndet hos barn och ungdomar i så god tid att förslagen kan beaktas i Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande.

1 Barns och ungdomars psykiska hälsa

En grundläggande funktion för varje samhälle är att se till att dess barn och ungdomar lever och utvecklas väl. Detta torde gälla oberoende av samhällets kultur och materiella levnadsstandard; förmågan att skapa gynnsamma förhållanden för det uppväxande släktet kan faktiskt ses som en universell samhällelig värdemätare. Ett samhälle där stora grupper av barn och ungdomar far illa, i absoluta eller relativa termer, är ett samhälle i kris.

I vårt land har centrala delar av detta sekels välfärdspolitik varit inriktade på att stödja barnfamiljerna. Det har funnits goda samhällsekonomiska skäl härtill, såväl kortsiktiga som långsiktiga. Det har också varit en uttalad ideologi, omfattad av majoriteten medborgare, att även om det primära ansvaret för omvårdnad och fostran ligger hos föräldrarna så är barnen hela samhällets angelägenhet. Det allmänna barnbidraget liksom mödra- och barnhälsovården är uttryck för ett sådant synsätt. De utgör exempel på generella stödåtgärder kring vilka det har funnits en bred politisk uppslutning. Barnens livskvalitet är sannolikt en känslig barometer på samhälleliga förändringar (Lindström 1994). Detta är ytterligare ett skäl till varför det är viktigt att uppmärksamma barns och ungdomars villkor, och eventuella förändringar som kan drabba alla barn och ungdomar eller främst dem som redan befinner sig i riskzonen.

1.1 Barn och ungdomar – begreppens innebörd

I denna framställning talar vi ibland om "barn och ungdomar", ibland om "ungdomar" och oftast bara om "barn" . Kommittén ser på detta stadium ingen anledning att dra några absoluta åldersgränser. Uppdraget rör i första hand barn och ungdomar under 18 år. Med termen "barn" menas hela gruppen, såvida det inte av samman-

hanget framgår att just en yngre grupp avses. "Ungdomar" används ungefär synonymt med "tonåringar".

Övergången mellan barndom och ungdomstid är flytande och varierar från individ till individ. Den viktigaste skillnaden mellan ett barn- respektive ungdomsperspektiv är att barnets villkor framför allt präglas av relationen till föräldrarna, medan ungdomstiden innebär en frigörelse från dessa relationer. Kamrater och andra i ett vidare socialt nätverk spelar då en viktigare roll. Om man ser till ungdomstiden som en övergångsperiod mellan barndom och vuxenliv, kan man konstatera att denna övergångsperiod i modern tid tenderar att bli mer utdragen (Fornäs 1984, Ungdomsstyrelsen 1996).

I ett senare skede i utredningen kan det bli aktuellt för kommittén att diskutera åldersgränser, exempelvis flexiblare övergångar mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin.

1.2 Hur mår barn och ungdomar i Sverige?

Det finns ingen helt tillfredsställande statistik på hur våra barn och ungdomar egentligen mår. Om man nöjer sig med relativt grova utblickar kan man dock konstatera att svenska barns *kroppsliga hälsa* står sig väl i ett historiskt och internationellt perspektiv. Tillväxt och näringstillstånd är utmärkta, bristtillstånd har praktiskt taget eliminerats. Infektionssjukdomar av epidemisk typ är idag av ringa betydelse för allvarlig och livshotande sjuklighet. Dödligheten i tidig ålder är bland de lägsta i världen. Av dödsorsakerna återstår i större skala endast nyföddhetssjukdomar, olycksfall och tumörsjukdomar. Praktiskt taget alla allvarliga sjukdomar hos barn kommer under behandling i ett tidigt skede. Detta gäller även barn i psykosocialt utsatta miljöer; det finns tecken på att föräldrar i mindre gynnade bostadsområden särskilt ofta vänder sig till barnmedicinen (Elmén 1994).

Den förbättrade barnsjukvården har lett till att barn i allt ökande omfattning överlever exempelvis extrem underburenhet, tumörsjukdomar och allvarliga missbildningar, såsom medfött hjärtfel. Sådana tillstånd kan kräva omfattande medicinska och ibland också fortsatta samhälleliga insatser. Man kan konstatera att långvariga sjukdomar

och handikapp hos barn och ungdomar har fått relativt sett större betydelse inom det barnmedicinska området.

Ett somatiskt ohälsotecken är att allergier hos barn och ungdomar rapporteras öka dramatiskt (Socialstyrelsen 1991). Det finns också tecken på att psykosomatiska problem, av typen huvudvärk, magsmärtor och sömnsvårigheter, ökar något (Marklund 1996). Vidare rapporteras att pojkar i tonåren har något sämre allmänhälsa idag jämfört med vad fallet var för något decennium sedan (Pliktverket 1996).

1.3 Tecken på psykisk ohälsa

Denna kommittés uppdrag rör barns och ungdomars psykiska hälsa, eller snarare det omvända, deras *psykiska problem*. I takt med att den kroppsliga hälsan förbättrats har man i hela västvärlden alltmer uppmärksammat faktorer som hotar barns och ungdomars mentala hälsa och socialisation. Inlärningssvårigheter, beteendeproblem och psykosociala svårigheter har gradvis kommit att få en framskjuten plats i hälsodiskussionen.

Problem av denna typ har internationellt kallats "the new morbidity", eller på svenska "den nya sjukligheten" (Hagerty m.fl 1975). Det råder delade meningar om termen är lyckad eller ej, det vill säga om problem av så påtagligt psykosocial natur överhuvudtaget bör beskrivas i sjukdomstermer. Man kan också ifrågasätta om det verkligen rör sig om en "ny" sjuklighet, eller om det handlar om problem som alltid funnits men som blir mer märkbara i ett samhälle där de grundläggande, kroppsliga hälsofrågorna lösts. Vilket fallet än är, kan man anta att problem av denna typ blir mera synliga då samhället ställer ökade krav på medborgarnas förmåga att tillägna sig skolfärdigheter, att tillgodogöra sig abstrakt information och att fungera autonomt. Termen "den nya sjukligheten" är i alla händelser intressant, eftersom den markerar att vi i vårt land liksom annorstädes alltmer fått anledning att uppmärksamma andra ohälsoproblem än de traditionellt kroppsliga sjukdomarna.

1.4 Osäker statistik

Om statistiken är ofullständig då det gäller den kroppsliga ohälsan, är den än mer osäker då man talar om den psykiska. Definitionsfrågorna och gränsdragningsproblemen är betydligt svårare än inom det somatiska området. Under de senaste 40 åren har ett litet antal epidemiologiska undersökningar fokuserat förekomsten av psykiska problem bland svenska barn och ungdomar. Sammanfattningsvis visar dessa en hög frekvens av psykiska problem av sådan art och grad att barnen själva och/eller deras omgivning lider härav. Mellan 10 och 25% av de undersökta barnen rapporterades ha såpass avvikande beteenden, inlärningsproblem, psykosomatiska symtom och/eller emotionella störningar att de skulle behöva särskilt stöd eller behandling (Johnsson & Kälvesten 1964, Burman & Nylander 1969, Kornfält 1981, Cederblad & Höök 1986). Allt tyder på att det finns starka kopplingar mellan problem som uppträder på låg- och mellanstadiet och senare psykiatrisk, social och kriminell problematik (Stattin & Magnusson 1989, af Klintberg m.fl. 1993, Lagerberg m.fl. 1994, Stattin 1996).

Från dessa studier går det emellertid inte att dra några slutsatser om och i så fall hur svenska barns och ungdomars psykiska hälsa har förbättrats eller försämrats över de senaste 40 åren. Forskarna har haft delvis skilda frågeställningar och riktat in sig på olika typer av problem, åldersgrupper och populationer. Man har också samlat data med vitt skilda metoder. Samtliga studier har visat på höga problemfrekvenser. Var och en av dem har i sin tid mottagits som något av en larmsignal. På grund av olikheterna studierna emellan har de emellertid inte kunnat användas för jämförelser över tid.

I ett omfattande longitudinellt projekt görs för närvarande en jämförelse mellan dagens (1996) 15-åringar i en medelstor stad och motsvarande åldersgrupp 1970, avseende en rad psykiska och sociala variabler. Man fokuserar på normalutvecklingen och är alltså inte i första hand intresserad av psykiatriska indikatorer. Likväl ger materialet också sådan information, eftersom man fångar upp individuella avvikelser i beteende och upplevelser. Eftersom man använt sig av samma mätmetoder 1970 och 1996, ger materialet en unik möjlighet att studera om och i så fall hur 15-åringars psykiska hälsa förändrats över en generation. Dataanalyserna har endast påbörjats, men tyder hittills på att förändringarna är måttliga. Genomsnittligt har ungdomarna ungefär samma psykiska hälsoläge som tidigare, men gruppen med psykiska problem och utagerande

beteende tycks ha ökat något. Framförallt tycks fler flickor ha psykiska problem jämfört med vad som var fallet för 15-åringarna 1970 (Håkan Stattin, Stockholms universitet och Högskolan i Örebro, personlig kommunikation 1996). Liknande mönster tycks finnas bland de något äldre tonåringarna, enligt Ungdomsstyrelsens undersökning bland 16-25 åringar (Ungdomsstyrelsen 1996).

1.5 Den offentliga debatten

På senare tid har i den offentliga debatten allt oftare hörts röster om att våra barns och ungdomars välbefinnande och psykiska hälsa skulle ha försämrats under 1990-talet. Barnombudsmannen hävdar med bestämdhet att så är fallet (BO 1996). Flera hävdar också att skillnaden är stor mellan dem som har det bra och dem som har det dåligt. De som inte har det bra har det ofta riktigt dåligt (Rädda Barnen 1996). En särskild debatt om barnens situation hölls i riksdagen i våras (17 april 1996) och barn- och ungdomsfrågornas politiska aktualitet speglas även i årets riksdagsmotioner. Samtliga partier motionerar om särskilda åtgärder för barn som far illa, och en flerpartimotion föreslår att en parlamentarisk utredning om barn som misshandlas, vanvårdas eller utsätts för övergrepp tillsätts. Flera ytterligare motioner rör skydd och behandling av barn som utsätts för sexuella övergrepp. Utagerande ungdomar föranleder flera motioner om prevention, tidiginsatser, mobilisering av familj och nätverk och metodutveckling inom tvångsvården (vård med stöd av lagen 1990:52 med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU).

Den politiska debatten är i hög grad influerad av de larmrapporter som gör gällande att barns och ungdomars psykiska hälsa skulle ha försämrats märkbart de senaste tre-fyra åren. Rapporterna kommer från olika håll, och bygger huvudsakligen på vårdstatistik och olika personalenkäter. I kapitel 5 redovisas de närmare. Här skall endast nämnas att de sammantaget ger en ganska vag och svårtolkad bild av det psykiska hälsoläget. De ger inte underlag för bestämda uttalanden om utvecklingstrender, men antyder var för sig att de psykiska problemen hos barn och ungdomar ökar.

Sannolikt finns det en mångfald psykiska "hälsolägen" bland barn och ungdomar. Pliktverkets statistik ger vid handen att skillnaderna mellan olika grupper av ungdomar är större idag än för 10 år sedan (Pliktverket 1996), och pågående longitudinell forskning pekar i

samma riktning. Dessutom förefaller det finnas märkbara regionala skillnader (Stattin 1996, personlig kommunikation). Bland barn och ungdomar som kan tänkas ha det särskilt besvärligt idag återfinns de som direkt eller indirekt drabbas av arbetslösheten. Vissa föräldrar sviktar i sin föräldrafunktion till följd av den sociala och ekonomiska press som arbetslösheten innebär för dem. (Detta hindrar naturligtvis inte att andra föräldrar förmår använda den ofrivilliga ledigheten på ett sätt som gynnar barnen och familjen.) Ungdomar kan känna stark oro och brista i framtidstro inför den hårda konkurrensen om jobb och utbildningsplatser; man upplever att loppet är förlorat innan det ens har påbörjats. Barn och ungdomar som kommit till Sverige som flyktingar och med egna krigsupplevelser är en annan grupp som tenderar ha sämre psykisk hälsa än genomsnittet (Ungdomsstyrelsen 1996). Detta är en grupp som är större idag än på 1980-talet. Invandrarungdomar har en högre förekomst av allvarliga sociala problem, som missbruk och kriminalitet, vilket visar sig i att de är klart överrepresenterade på särskilda ungdomshem för vård enligt 12 § LVU (Bergström & Sarnecki 1996). Sedan länge vet man att barn till psykiskt sjuka och barn till missbrukare har en utsatt situation. Det finns ingen statistik på att dessa grupper skulle ha ökat, men man kan inte utesluta att det tilltagande alkoholmissbruket bland kvinnor utgör en särskild psykisk hälsorisk för barnen. Ytterligare en grupp att uppmärksamma är ungdomar med skolsvårigheter och dålig studiemotivation. Den offentliga diskussionen tyder på att denna grupp har särskilt svårt att finna sig tillrätta i den nya gymnasieskolan.

1.6 Ökad medvetenhet om förekomsten av problem

Under de senaste decennierna har vi bevittnat en stark kunskapsutveckling inom utvecklingspsykologi och barn- och ungdomspsykiatri. En del av de rapporterade "ökningarna" av psykiska problem kan möjligen tillskrivas den skärpta uppmärksamhet och medvetenhet som följer med ökad kunskap. Vissa problem kan ha varit lika vanliga förr, men vi har inte sett dem lika tydligt.

Ett talande exempel härpå är problem med uppmärksamhet och koncentration av den typ som kan ligga till grund för diagnosen

ADHD eller DAMP (Attention Deficit Hyperactivity Disorder eller Dysfunktion i Avledbarhet, Motorik och Perception; se Hellström 1995). Från att tidigare ha ägnat dessa problem alltför liten uppmärksamhet, med åtföljande svårigheter för barn och föräldrar att få adekvat vård och stöd, anser man idag att drygt 5% av alla barn har ADHD/DAMP, en femtedel av dessa i svår form. Inom barnpsykiatrin, barnhabiliteringen och skolan möter man inte överraskande ett ökat tryck från barn och föräldrar som brottas med dessa problem.

Ett annat exempel är förekomsten av sexuella övergrepp på barn och ungdomar. Detta har länge varit ett tabubelagt område. I takt med en ökad öppenhet och kunskapsutveckling framkommer fler fall. Antalet fällande domar för sexualbrott mot minderårig har ökat med 60% under den senaste 10-årsperioden (Lindblad & Gumpert 1996). I Linköping, där man utvecklat en specialenhet för sexuella övergrepp inom BUP-kliniken, har man noterat en motsvarande ärendetillströmning (Svedin 1996). Detta är ett exempel på att en synbarlig "ökning" av problemen ibland kan förklaras av att förbättrade kunskaper kastar ljus över ett tidigare mörkertal.

1.7 Hur slår nedskärningarna?

Det är oklart hur de ekonomiska åtstramningarna påverkat olika grupper av barn. Det finns en berättigad oro för att det är de ekonomiskt svaga och socialt utsatta som drabbas hårdast, då barnhälsovård, barnomsorg, skola och fritidsverksamheter minskar i servicenivå och omfattning. Om en generell verksamhet, exempelvis barnomsorgen, inte fungerar bra för den stora majoriteten barn, finns allmänt sett en risk för att fler barn kommer att behöva särskilt stöd. Resurserna för dessa barn tas som regel från de medel som anvisats hela barnomsorgen – med risk för att den generella verksamheten ytterligare försämras och ännu fler barn behöver särskilt stöd. Man riskerar hamna i en ond cirkel.

Det tycks finnas en politisk vilja att motverka sådana effekter genom att särskilt värna om de generella stödåtgärderna där de anses behövas mest, det vill säga i boendeområden med låg medelinkomst, hög arbetslöshet och stor andel invandrare och andra nyinflyttade. (Storstadskommittén 1996, Socialförvaltningen i Malmö 1996, Huddinge kommun 1996). Huruvida man därmed lyckats motverka ytterligare utsatthet är ovisst. Än svårare är att bedöma i vilken

utsträckning det minskade generella stödet skapat nya utsatta grupper. Vi saknar med andra ord en heltäckande bild av hur prioriteringarna gjorts, vilka konsekvenser det fått för det generella stödet till barn och ungdomar i olika områden, och hur detta i slutändan påverkat det psykiska hälsoläget.

1.8 Slutsats

Denna kommitté har till uppgift att utreda samhällets stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Av det ovan sagda framgår med all önskvärd tydlighet att vi besitter en svårtolkad mångfald av bilder av svenska barns och ungdomars psykiska hälsa. Utredningen befinner sig fortfarande i ett relativt tidigt skede. Vi presenterar härmed ett kunskapsunderlag som kommittén bär med sig i det fortsatta arbetet. I de följande kapitlen redogör vi mycket kortfattat för kommitténs syn på hur psykiska problem definieras (kap. 2) och hur de orsakas (kap. 3). I ett omfattande kapitel (4), som är att betrakta som en antologi, presenteras aktuell och barnpsykiatriskt relevant kunskap av 16 företrädare för forskning och praktik. Avslutningsvis återupptar vi diskussionen om de rapporterade ökningarna av psykiska problem (kap. 5). Efter denna analys blir vår slutsats att samhället bör ta ansvar för en bättre bevakning av det psykiska hälsoläget hos våra barn och ungdomar (kap 6).

2 Vilka uttryck tar sig barns och ungdomars psykiska problem?

Ett barn som inte mår bra psykiskt, kan ge uttryck för detta på många olika sätt. Vilka signaler som barnet använder sig av beror delvis på åldern. Små barn uttrycker sig framförallt med kroppen, om något inte är bra reagerar det i första hand med skrikighet och oro. Om ett litet barn inte får sina behov, inklusive behoven av närhet och kontakt, tillgodosedda kan det bli överaktivt eller svara med passivitet och undvikande. Här är barn sinsemellan olika, och man ser redan från början att barn har olika personlighet och olika sätt att förhålla sig vid påfrestningar. Psykiska problem hos små barn kan visa sig i kroppsliga symtom, exempelvis uppfödnings- och sömnproblem.

Det litet äldre barnet uttrycker sig också med kroppen, men kan dessutom använda sig av symboler och av det talade språket. Därmed blir kommunikationen med omgivningen mera allsidig och nyanserad. Det gäller också de personliga uttrycken, kring hur man känner sig och mår. Från ett par års ålder ser man tydligt hur barns olika personlighet formar hur de hanterar påfrestningar. En del barn agerar ut sin oro, de blir stökiga och svårhanterliga för föräldrar och i en barngrupp. Andra barn vänder bekymren inåt, de blir istället tysta och ängsliga och märks ofta mindre för omgivningen.

Genom hela barndomen, ungdomstiden och upp i vuxen ålder ser man dessa skilda reaktionsmönster. Man kan tala om dem som två huvudtyper av psykiska problem

- *inåtriktade problem*
  ängslan, oro, nedstämdhet, tillbakadragenhet, somatiska klagomål
- *utåtriktade beteenden*
  dålig självkontroll, aggressivitet, normbrytande beteende.

Ett tredje allmänt problem är *koncentrationsstörningar*, som kan finnas jämsides med såväl inåtvända som utåtriktade reaktioner.

Den personliga benägenheten att rikta oron antingen huvudsakligen inåt eller huvudsakligen utåt består ofta från koltålder och upp i vuxen ålder. Det finns också en könsskillnad i hur problemen vanligen yttrar sig. Bland förskolebarn är det de "bråkiga pojkarna" som märks mest, både för att dessa utgör en ganska stor problemgrupp och för att de genom sitt sätt att uttrycka sig pockar på uppmärksamhet. Flickor visar oftare sina psykiska problem med "tysta" symtom, exempelvis genom att dra sig tillbaka. Självklart finns det bland förskolebarn också "bråkiga flickor", och enligt vissa utsagor är de en växande minoritet som förtjänar särskild uppmärksamhet. De tysta och ängsliga pojkarna finns givetvis också, men är färre än de som gör sina bekymmer hörda. Bland barn i förskoleålder som är aktuella på barnpsykiatriska mottagningar är mer än två tredjedelar pojkar (Eresund 1996, Carlberg 1984). Mönstret blir ett annat då vi närmar oss puberteten. Flickorna med psykiska svårigheter ökar i antal, och inte så få av dem riktar sina problem utåt.

Vuxenvärlden står ofta handfallen inför just utagerande tonåringar. Dessa ungdomar söker upp det utmanande och farliga, och många riskerar fastna i missbruk och kriminalitet. Gränsen mellan den normala tonårsrevolten och beteenden som leder till långsiktig psykosocial problematik är något flytande. Flertalet av de ungdomar som är uttalat utagerande och som är aktuella för vård med stöd av LVU har dock tydliga psykiska problem (SIS-rapport 1996).

Även bland tonåringar som reagerar med inåtvända problem finns en flytande gräns mellan det åldersnormala och en mer allvarlig problematik. Tonåringen befinner sig i en övergångsfas, då invanda mönster och den egna identiteten måste utvecklas och sättas på nya prov. Om den psykiska oron vänds inåt kan det leda till ängslan och nedstämdhet, som i mer uttalad form övergår i egentlig depression. Det finns en risk att deprimerade tonåringar tar sitt liv, vilket är synnerligen ovanligt bland yngre barn (FRN-rapport 1995:4).

Koncentrationssvårigheter är ett allmänt observandum, och innebär alltid att barnet inte har full tillgång till sina resurser. Svårigheterna kan vara betingade av barnets konstitution och neurologiska omognad. De kan också vara sekundära, det vill säga vara en följd av andra psykiska problem. Ett nedstämt barn, precis som en nedstämd vuxen, har svårt att koncentrera sig. Detsamma gäller då barnet är uppvarvat och aggressivt. Barnet kan vara upptaget av funderingar och oro kring familjebekymmer eller kamratproblem. Koncentrationssvårigheter kan alltså ha en rad olika bakgrunder, och är ett allmänt tecken på att barnet inte mår alldeles bra.

Ett tecken på psykiska problem av mer allvarlig art är om barnet eller den unge har problem i kontakten med andra. Med detta menar man något annat och mer genomgripande än kamratproblem. Vid en *kontaktstörning* har individen en grundläggande svårighet att relatera till andra, att ömsesidigt ge och ta och att förstå hur andra tänker och känner. Denna förmåga grundläggs mycket tidigt, i den känslomässiga anknytningen mellan förälder och barn (se Bohlin nedan). Sannolikt kan det finnas olika och komplexa bakgrunder till anknytnings- och kontaktsvårigheter. Moderns förmåga att möta och svara på barnets behov, den allmänna psykosociala situationen och barnets biologiska förutsättningar tycks vara av betydelse (se Lundequist nedan, Gillberg 1990). En stabil anknytning och en fortsatt god utveckling av barnets förmåga till kontakt, till ömsesidigt samspel och empati, utgör en stabil grund för psykisk hälsa. Om ett barn har psykiska problem är prognosen gynnsam om anknytningen och kontaktförmågan är god. Finns det däremot kontaktsvårigheter med i bilden, innebär det nästan definitionsmässigt att problemen är mer djupgående, eller i vart fall svårare att komma tillrätta med.

Barns och ungdomars psykiska problem märks på olika sätt för omgivningen. Det som omgivningen kan observera brukar kallas *objektiva symtom.* För utåtriktade problem är de objektiva symtomen tydliga. Ett barn som har svårt att behärska sina aggressiva impulser märks tydligt i skolklassen och uppfattas kanske som en "bråkmakare". Barnet med inåtvända problem skickar mycket subtilare signaler till omvärlden. De objektiva symtomen finns, exempelvis i form av kroppsliga besvär, men är lågmälda och förbises ofta. Med *subjektiva symtom* menar man barnets egna upplevelser av psykisk smärta. Exempel på detta är allmän oro, olust, nedstämdhet, känslor av övergivenhet och utanförskap, av överväldigande ilska, av förvirring inför en svårbegriplig omgivning. Vare sig barnet är utagerande eller inåtvänt, är de subjektiva upplevelserna helt centrala.

Att vi i detta avsnitt talar om "barnets problem" innebär inte att vi vill se barnet eller den unge som fristående från omgivningen. Ett barn är en del av ett familjesystem, och barnets symtom är kanske i själva verket familjens. Miljön på dagis, i skolan och i bostadsområdet kanske är sådan att ett barns symtom kan ses som en frisk reaktion på en ogynnsam situation. För att förstå de psykiska problemens bakgrund måste man omfatta en helhetssyn. Det är också en förutsättning för att ge adekvat stöd.

3 Orsaker till psykisk ohälsa

Vad är det som gör att ett barn har god psykisk hälsa eller, omvänt, har psykiska problem?

Att tala om orsaker till hälsa och ohälsa är egentligen att tala om individens hela utveckling. För att förstå individuell utveckling krävs ett helhetstänkande. Sysslar man med frågan som forskare behövs en i sann mening tvärvetenskaplig ansats. Forskare inom humaniora, socialantropologi, psykologi, sociologi, genetik, biologi, biokemi, neurobiologi, pediatrik, lingvistik och psykiatri – alla har de viktiga bidrag att ge till förståelsen av mänsklig utveckling. En sådan förståelse bygger på att vi ser till barnets hela sätt att fungera och utvecklas – biologiskt, som social aktör, som reflekterande subjekt.

Man har alltmer frångått att tänka kring mänsklig utveckling i enkla orsak-verkan samband. Istället tänker man sig att många olika "orsaker" samspelar med varandra, och att de dessutom påverkar varandra ömsesidigt. En viss genetisk kod *orsakar* inte utagerande beteende, lika lite som en viss barndomsupplevelse gör det. Det är en annan sak att det kan finnas ärftliga faktorer som ökar sannolikheten för att en tonåring skall reagera med stökighet, och att en stark barndomsupplevelse kan ha avgörande betydelse för vilken väg utvecklingen tar. Föreställningen om den enda orsaken, om enkel kausalitet, har ersatts av ett *systemtänkande*.

Skeenden kan vara lagbundna men likväl omöjliga att förutse; detta har vi lärt oss från bland annat meteorologin. Fjärilens fladder på Himmelska fridens torg kan sätta igång en luftrörelse och process som leder fram till en orkan. Det betyder inte att fjärilar i allmänhet genererar orkaner. Komplexa händelsekedjor går inte att förutse, men kan med ökad kunskap förstås allt bättre. Det gäller också mänsklig utveckling. Vi lär oss mer och mer om "lagbundenheterna", de kritiska faktorerna i barns utveckling, som leder framåt, skyddar eller utgör risker för den psykiska hälsan. Olika synsätt och kunskapsområden har viktiga bidrag att ge. Vi skall nedan sammanfatta några viktiga perspektiv.

3.1 Den humanistiska utgångspunkten

Ett humanistiskt synsätt placerar människan och det mänskliga livets självändamål i centrum. Utan självändamål – som exempelvis glädje, kärlek, kunskap, insikt, personlig tillväxt, hälsa – finns inga andra värden. Uttryckt annorlunda kan man säga att självändamål är tillstånd hos den enskilda individen eller förhållanden människor emellan, tillstånd och förhållanden som är eftersträvansvärda i sig. De humanistiska idealen får stöd av den empiriska vetenskapen. Människor som upplever att tillvaron går att överblicka och är meningsfullt sammanhängande mår psykiskt väl, visar forskningen (Antonovsky 1991).

Psykiskt lidande, svår ångest och smärta är också tillstånd hos individer. Sådana negativa tillstånd är helt eller delvis oförenliga med att förverkliga viktiga självändamål. En uppgift för denna kommitté är att identifiera och minimera orsaker till och förutsättningar för psykiskt lidande hos barn och ungdomar. Att motverka "det onda livet" kan anses vara ett samhällsansvar (Sundelin & Lagerberg 1990).

Ett humanistiskt perspektiv ligger till grund för den etiska reflektion och genomlysning som behövs då man skall göra prioriteringar i vården. Prioriteringar är nödvändiga inom alla samhällssektorer, så också då man diskuterar stödet och vården till barn och ungdomar med psykiska problem. Vissa prioriteringar kan vara relativt enkla att göra. En riskfaktor som är vanlig och dessutom ofta medför svåra konsekvenser är viktigare att göra något åt än en ovanlig med mindre konsekvenser. Likaså är en billig åtgärd att föredra framför en dyrare, om effekterna är någorlunda likvärdiga. Andra konsekvensanalyser är mer problematiska. Hur gör man om det är en ovanlig riskfaktor som för den drabbade innebär djupgående och negativa konsekvenser, som ställs mot en vanligt förekommande riskfaktor som har bara måttligt negativa följdverkningar? Ett ställningstagande måste då bygga på värderingar, som bör lyftas fram och diskuteras. Detta kräver ett humanistiskt perspektiv.

3.2 Genetiska förklaringar

Den genetiska kunskapen har växt lavinartat det sista decenniet. Alltfler genetiska koder har knäckts och man har kunnat visa att ett stort antal sjukdomar och ohälsotillstånd har en ärftlig bakgrund. I allmänhet har man redan känt till ärftligheten som sådan. Sedan länge har man studerat den familjära förekomsten av olika egenskaper, inklusive sjukdom, och då märkt att vissa sjukdomar är betydligt vanligare i vissa släkter än i andra. Genom adoptionsstudier, då man särskilt intresserat sig för helsyskon och tvillingar som växt upp i helt olika miljöer, har man för vissa sjukdomar fått stöd för tolkningen att det rör sig om genetisk och inte enbart social ärftlighet. Exempelvis finns det en tydlig så kallad heritabilitet för djup depression. Att det finns en heritabilitet innebär inte att vi ärver depressiva drag som vi ärver blåögdhet. Då det gäller komplexa, mänskliga egenskaper är det överhuvudtaget inte fruktbart att ställa den eviga frågan: rör det sig om arv eller miljö? Det vi ser är ett resultat av arv *och* miljö, eftersom *genetiska faktorer kommer till uttryck i samspel med miljön.*

Med den moderna genetiken har man på ett tydligare sätt kunnat påvisa ärftlighet. För flertalet sjukdomar rör det sig om en genetiskt bestämd sårbarhet, eller "vulnerabilitet", att utveckla sjukdomen. Om en bärare av ett sjukdomsanlag blir sjuk eller ej bestäms av hur hans liv och hälsa i övrigt utvecklar sig, vilka inre och yttre påfrestningar han utsätts för och vilka goda egenskaper och faktorer som skyddar honom.

Då det gäller psykiska problem tycks de flesta idag omfatta synen att det kan finnas en nedärvd sårbarhet, som bidragit till problemens uppkomst men som i sig är en helt otillräcklig förklaring.

3.3 Kunskap om hjärnan

Hjärnan är kroppens mest komplexa organ. Ju mer vi lär om hjärnan, desto tydligare blir det att hjärnan fungerar som ett dynamiskt system, med en överväldigande kapacitet och förmåga till anpassning. Detta är möjligt då hjärnan består av många miljarder nervceller som är hopkopplade till nätverk. Nervcellerna har specialiserade

funktioner, men i synnerhet tidigt i livet är de också mycket plastiska. Till skillnad från övriga vävnader, förnyas inte nervcellerna under livet. De nervceller vi har idag har funnits med sedan någon gång före vår födelse. Det är därför vi kan lagra erfarenheter, det är därför vi minns och inte behöver lära in färdigheter på nytt med jämna mellanrum. Det innebär emellertid också att det hjärnan en gång åsamkats finns kvar resten av livet. Därför bör hjärnan skyddas från skadefaktorer, som exempelvis infektioner, gifter och mekanisk åverkan. Kanske är det rentav rimligt att se tidiga svåra upplevelser, som ett slags psykologisk hjärnskada?

I alla händelser är man idag överens om att hjärnan utgör den fysiska basen för alla psykiska processer, också de som innebär psykiska problem. Detta skall inte förstås som att individens hjärna skulle vara orsaken till de psykiska problemen. Även då dessa uppstått ur känslomässiga och psykosociala påfrestningar, fungerar hjärnan som upplevelsernas fysiska bas. Denna bas kan vara mer eller mindre robust, och det är korrekt att påstå att allt som skadar hjärnan ökar risken för psykiska problem. Problembilder som har ett tydligt samband med hjärnfunktionen beskrivs av Christopher Gillberg i kapitel 4.

3.4 Erfarenheter tidigt i livet

Hjärnan är en bas, men en föränderlig sådan. För att hjärnan skall utvecklas optimalt behöver den vara aktiv och stimuleras, det vill säga nås av impulser från omvärlden, via synen, hörseln och övriga sinnen. Nervcellernas tillväxt och inbördes organisation styrs i hög grad av stimulans. Hjärnans utveckling sker alltså i samspel med den omvärld som barnet kommunicerar med.

De tidiga upplevelsernas betydelse har framhållits av många tongivande teoretiker. Sigmund Freud banade vägen, då han utvecklade sina tankar om hur barndomens drivkrafter och känslomässiga konflikter formar den vuxna personligheten. Freuds teorier har förvisso förkastats av många och modifierats starkt även av hans efterföljare, men han har likväl i högsta grad kommit att forma synen på det mänskliga psyket och på psykiska problem. Förutom att han underströk barndomens och de tidiga relationernas betydelse, lyfte han fram de omedvetna drivkrafter som kan ligga bakom mänskligt beteende. Han visade därmed att psykisk sjukdom kan

vara begriplig som ett sätt för individen att skydda sig mot svåra, tidiga upplevelser och psykisk smärta

På senare tid har man skapat nya metoder och begrepp för att bättre förstå de tidiga upplevelsernas betydelse. Den tidiga anknytningen mellan förälder och barn har visat sig ha stor betydelse för den fortsatta utvecklingen, liksom för den psykiska hälsan (Bowlby 1994). I denna rapport finns två bidrag som visar på kunskapsutvecklingen om tidig anknytning. Gunilla Bohlin redogör för forskningsbasen, medan Barbro Lundeqvist beskriver kliniska tillämpningar.

3.5 Nära relationer till andra

Utan att förkasta Freud har modernare psykodynamiska tänkare (Sullivan, Mahler, Winnicott) intresserat sig framför allt för hur relationerna till andra upprättas och utvecklas. Den så kallade objektrelationsteorin lägger en större betydelse vid individen som social varelse. Relationer till andra, till föräldrar, syskon och kamrater, är enligt detta synsätt avgörande för barnets utveckling och psykiska hälsa.

Detta tänkande har betryggande forskningsstöd. Redan spädbarnet strävar aktivt efter social kontakt (Stern 1991). Hos lite äldre barn ser man att förmågan att skapa varaktiga och ömsesidiga relationer är förenade med motståndskraft mot psykiska påfrestningar (Werner 1992, Cederblad 1996). Att skapa kontakt, att ge och ta i samspel med andra, att förstå hur andra tänker och själv förmedla sina önskningar kan vara nära nog livsavgörande. Detta förhållande visar sig också i att kontaktstörningar är ett allmänt observandum och i det närmaste synonymt med att barnet har psykiska problem.

3.6 Inlärningsteoretiska förklaringar till psykiska problem

Mot den psykodynamiska synen på psykiska problem står det inlärningsteoretiska, eller beteendeterapuetiska, perspektivet. Enligt ett strikt sådant tänkande har psykiska problem sitt ursprung i

tidigare inlärning, i betingning. En irrationell rädsla, som vid exempelvis en spindelfobi, är resultatet av en felinlärning. Barnet har kommit att associera spindeln med något obehagligt, och reagerar därför med rädsla trots att spindeln är i objektiv mening ofarlig.

På senare år har forskare konstaterat att betingningen sker olika lätt vid olika typer av stimuli. Flertalet av oss kan ganska snabbt utveckla en ormfobi, det krävs bara en måttligt obehaglig upplevelse i samband med att vi ser en orm, för att vi senare skall känna stark rädsla inför ormar (Öhman 1994). Man räknar med att det finns nedärvda dispositioner, och att det åtminstone tidigare funnits ett överlevnadsvärde i att vara alert mot spindlar och ormar.

Sedan 1970-talet har inlärningsteoretiska perspektiv vidgats mot att innefatta kognitionen, det vill säga vårt tänkande. Tvångstankar, inre monologer av självnedvärdering och depressiva tankar är exempel på psykiska problem som alltså kan ses som inlärda, inre beteenden. En inlärningsteoretisk förklaringsmodell innebär att man i sin hand har tekniker som korrigerar "felinlärningen". Dessa beteende-terapeutiska och kognitiva metoder är många gånger effektiva, och innebär en stor hjälp för den som drabbats (Öst 1987, Perris 1996). Om de egentliga orsakerna till problemen undanröjts eller ej är en öppen, och möjligen ointressant, fråga. Per Södersten redogör för hur man genom en operant betingning kan komma tillrätta med ätstörningar av anorexityp, medan David Clinton och Anne-Liis von Knorring pekar på dessa tekniker som ett inslag i en bredare behandlingsarsenal (se kapitel 4).

3.7 Familj och nätverk

Familjen är barnets viktigaste miljö. Föräldrarnas känslomässiga närvaro och lyhördhet för barnets behov är naturligtvis av central betydelse. Barnet behöver uppleva att omgivningen är förutsägbar och att det finns en trygg bas från vilken barnet sedan kan utforska världen i sin egen takt. Från den ursprungliga relationen till vanligtvis mamman vidgar barnet sin intressesfär mot båda föräldrarna och omvärlden. Under de första levnadsåren utvecklar barnet så en medvetenhet om att vara en egen person, en individ i relation till andra individer, inklusive eventuella syskon. En familj

som är någorlunda stabil och som ser och bekräftar barnet som egen person är en god förutsättning för psykisk hälsa.

Även om ett litet barn kanske verkar stå utanför saken, kan det reagera högst märkbart på en konflikt i familjen. Det kan bli ängsligt och nedstämt, oroligt och aggressivt eller reagera med framförallt kroppsliga symtom. I en familj påverkar man varandra ömsesidigt, man utgör ett system av individer med inbördes relationer. Familjeterapeutiska metoder bygger på ett systemtänkande och också på en grundläggande tilltro till familjens inneboende resurser (Satir 1973, Minuchin 1978, 1995, Cederblad 1995 m.fl.).

Under 1980-talet vidgade man perspektivet ytterligare, och började arbeta inte bara med familjer utan med hela nätverk. Ett nätverk kan bestå av familj, släkt, grannar och vänner, av dagispersonal och engagerade lärare, av få eller många individer, relationerna kan vara djupa eller ytliga. Ett obefintligt eller skört nätverk eller ett nätverk där de vuxna drar åt olika håll kan vara en riskfaktor för barns psykiska hälsa. Efarenheter i dag visar att stödet till barn och ungdomar ofta är fragmenterat och att samordningen mellan olika instanser är bristfällig (ex. Sundell & Colbiörnsen 1996).

3.8 Barns relationer till andra barn

Barn behöver andra barn, för lek och samvaro, för att spegla sig själva och för att definiera sig som en individ utanför familjen. Goda kamratrelationer är inte bara ett behov utan också ett hälsotecken. Det finns ett samband med problematiska kamratrelationer och problem som skolk, psykisk ohälsa och kriminalitet (Selman 1980). Kamratproblem är också en vanlig orsak till att man söker psykisk rådgivning (Dunn & McGuire 1992, Carlberg 1985).

Är det så att goda kamratrelationer är en förutsättning för god psykisk hälsa hos barn? Eller är det istället så, som vissa hävdat, att de bristfälliga kamratkontakterna är ett uttryck för en psykisk störning som också visar sig på andra sätt? Troligen är orsakssambanden inte enkelriktade. Goda kamratrelationer kan ge skydd, medan brister i kamratkontakterna blir en extra belastning för ett redan sårbart barn (Dishion 1990, Smedler 1996).

Mobbning bland barn är ett stort psykiskt hälsoproblem. Alla barn kommer i kontakt med det, och det är något som mer eller mindre uttalat påverkar deras vardag (Olweus 1991). Barn som varit utsatta

för mobbning utgör en högriskgrupp för allvarliga psykiska problem. I Barnombudsmannens nyligen genomförda undersökning rapporterar 13-åringar att vuxenvärlden sviker de mobbade barnen (BO 1996).

3.9 Sociologiska perspektiv

Individens utveckling och hälsa påverkas förstås också av omgivningen i vidare mening. Den internationella forskningen visar att psykiska problem hos barn och ungdomar har ett påtagligt samband med samhällsförhållandena, och att storstadsmiljöer innebär en ökad risk för psykiska problem (Rutter1973, Gillberg 1990). Ekonomiska problem, låg boendestandard och instabila familjeförhållanden ökar risken för beteendestörningar och psykiska problem (National Child Development Study). Socioekonomisk tillhörighet, i klartext klassskillnader, hör till det som entydigt tycks höra samman med psykiska problem, även i Sverige (Hagqvist & Starrin 1995). Inom vårt land tycks det finnas regionala variationer i psykisk hälsa bland ungdomar (Stattin 1996, personlig kommunikation), skillnader som rimligen bör förstås ur ett sociologiskt perspektiv.

Barnahälsovårdsöverläkaren Sven Bremberg (Läkartidningen 1996) har nyligen visat att 4-åringar i mindre gynnade bostadsområden hade sämre resultat på BVC:s kognitiva screeningtest, än barnen i de socioekonomiskt starkare områdena. Med reservation för begränsningar i mätmetoden och för att vi inte vet något generellt om barnens psykiska utveckling och hälsa, är studien ett exempel på hur makrosociala faktorer kan påverka barn. – Till makrosociala faktorer som kan ha betydelse för hälsoutvecklingen hör samhällets sätt att ge stöd till barn och ungdomar inom barnomsorg, skola och barnhälsovård.

Vart man vänder sig om man har psykiska problem, samt på vilka grunder och i vilket skede man söker hjälp, tycks i viss utsträckning sammanhänga med socialgrupp. Vid lättare psykiska problem ses en svag tendens att det är barn från bättre situerade familjer som kommer till den öppna barnpsykiatrin (Socialstyrelsen 1980:2, Landstinget i Östergötland 1996). Även ekonomiskt svagare och i samhället mindre etablerade grupper hittar till barnpsykiatrin (Landstingsförbundet 1994), men vägen kanske genomsnittligt är något längre. De barn och ungdomar som har sämst chans att få stöd

av barnpsykiatrin är den grupp som kommer från socialt mycket svaga förhållanden. För dessa barn och ungdomar får Socialtjänsten många gånger bära hela åtgärdsansvaret (SIS rapport 1996).

I kapitel 5 redovisas att vi under 1990-talet upplevt ett ökat tryck på barnpsykiatrin. Det råder delade meningar om detta är ett tecken på att barn i allmänhet mår psykiskt sämre, eller enbart en konsekvens av att skyddsnäten i skola och barnhälsovård försämrats och att man därför måste söka sig till specialistresursen. Många som arbetar direkt med barn och ungdomar tycker att deras psykiska hälsotillstånd verkligen har försämrats. Man tycker sig se sociologiska förklaringar härtill, i ökad arbetslöshet och ekonomisk utsatthet, med pressade föräldrar och sänkt framtidstro hos de unga.

3.10 En antropologisk utgångspunkt

Psykiska problem kan uttryckas och beskrivas på många olika sätt. Hur de uttrycks och uppfattas är i hög grad beroende av sammanhanget. Vad som i en situation ter sig helt bisarrt kan i en annan vara ett kulturellt adekvat sätt att uttrycka sig. Mot denna bakgrund är det ganska naturligt att psykisk sjukdom och psykiatrin blivit föremål för en delvis ideologisk diskussion.

Antropologer ägnar sig åt studiet av kulturer och samhällen. De lägger tonvikten vid hur något uppfattas och tolkas i sitt kulturella och sociala sammanhang. Genom antropologin har vi blivit varse att psykiska problem uppfattas olika i olika kulturer. Psykiatrin och den kliniska psykologin är därför inga exakta vetenskaper. Symtom måste förstås i sitt kulturella sammanhang, det är först så de kan tolkas.

Antropologerna har gjort oss uppmärksamma på faran med att tolka mänskligt beteende enbart från den egna etniska utsiktspunkten. Medvetenheten om det kulturrelativa har stor klinisk-praktisk betydelse. I allt ökande omfattning möter man inom barnpsykiatri och socialtjänst människor från andra kulturer. Man måste ha i åtanke att ett "symtom" i vår kultur kan tänkas signalera något ganska annorlunda i den miljö som barnet och familjen kommer ifrån. Omvänt kan familjen oroas av något som vi betraktar som normalt. De symboliska uttrycken för känslor och föreställningar varierar också mellan kulturer. Detta är viktigt att veta då man exempelvis tolkar ett barns lek och sätt att relatera (Hallunda PBU

1996). Detta skall inte missförstås så att psykiska problem helt och hållet skulle vara kulturella konstruktioner. Krosskulturella studier visar tvärtom att många av de allvarligare psykiska störningarna har ungefär samma förekomst i vitt skilda kulturer och länder. Ett exempel är schizofreni, som allmänt rapporteras förekomma i ungefär 1% av befolkningen (Ottosson 1995). Symtomen är likartade mellan kulturer, men deras symboliska innehåll och hur de mottas av omgivningen varierar påtagligt.

3.11 Flyktingskap

Ovan har vi talat om betydelsen av nätverk, samhälleliga förhållanden och det kulturella sammanhanget. Allt detta är faktorer som påverkar den psykiska hälsan och som vid negativa förhållanden inrymmer risker. Utan att gå närmre in på problematiken skall här bara nämnas att flyktingskap självklart utgör en allvarlig psykisk hälsorisk, också för barnen. Definitionsmässigt förändras det kulturella och sociala sammanhanget, vilket i sig kan innebära en påfrestning. För barn och ungdomar blir riskerna för allvarlig psykisk ohälsa störst om familjen splittras och det närmsta nätverket försvinner. Finns det ytterligare trauman, som direkta krigsupplevelser, ökar sannolikheten för allvarliga stressyndrom och andra störningar (Ungdomsstyrelsen 1996).

3.12 Krisperspektivet

Det grekiska ordet "kris" betyder vändpunkt. Det behöver inte innebära något enbart negativt. En kris kan efter en period av stegrad belastning och lidande utmynna i en förändrad men på sikt mera gynnsam situation. Utan att utesluta krisens möjligheter till växt och utveckling, kan man se den som en reaktion då individens tidigare erfarenheter och invanda förhållningssätt inte är tillräckliga för att förstå och bemästra den aktuella livssituationen. Påfrestningarna har blivit alltför stora. Påfrestningar kan vara sådant som vi identifierar som allmänna riskfaktorer – separationer, familjeproblem, kamratsvårigheter, allvarlig sjukdom – men har också en rent subjektiv

dimension. Händelserna måste sättas i relation till individens egen värdering av dem, till vilka stödsystem som finns runtomkring och till den egna förmågan att hantera stress och ångest.

Krisen är alltså inte en "orsak" till psykisk ohälsa, utan en reaktion på att många "orsaker" eller potentiella riskfaktorer hopat sig. Om dessa finns kvar kan den akuta krisen glida över i ett mer långvarigt ohälsotillstånd.

Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa (RUS) vill generellt betrakta psykisk ohälsa som en krisreaktion (RUS 1996).

3.13 Det epidemiologiska perspektivet

Inom epidemiologin studerar man sjukdomarnas utbredning, orsaker och förlopp. Epidemiologin är lika gammal som den kliniska medicinen. Redan Hippokrates, som levde och verkade omkring 400 f Kr, betonade i sin "Om luft, vatten och boningsort" att man skall överväga omgivningsfaktorer och livsstil som förklaring till sjukdom.

I epidemiologiska studier undersöker man om det går att finna speciella mönster i befolkningen, om det är människor i vissa åldrar och med speciell demografisk tillhörighet som drabbas och om det går att identifiera hög- och lågriskgrupper. Man studerar också utvecklingen över tid. Epidemiologin har lämnat mycket viktiga bidrag till kunskapsutvecklingen, också då det gäller de samhälleliga orsakerna till psykisk ohälsa. Epidemiologisk forskning har tidigt visat att man måste räkna med "multifaktoriella samband", det vill säga flera orsaker som samverkar och ger upphov till en viss sjukdom. Då man idag tänker i systemteoretiska termer, lutar man sig delvis mot epidemiologisk empiri.

Enligt epidemiologiskt synsätt kan orsaker vara 1. nödvändiga, men inte tillräckliga, 2. tillräckliga, men inte nödvändiga, eller 3. nödvändiga *och* tillräckliga för att ett ohälsotillstånd skall uppstå. Detta tänkande är utvecklat inom den somatiska området, och är inte lika användbart då man talar om psykisk ohälsa. För enstaka psykiska ohälsotillstånd kan man identifiera *nödvändiga* faktorer. Tillgång på alkohol är en *nödvändig men otillräcklig* förutsättning för att utveckla alkoholberoende. Ärftlig sårbarhet, personlighetsfaktorer, stress och psykosocial miljö spelar också in. Då man söker *tillräckliga men inte nödvändiga* förutsättningar för psykisk ohälsa

behöver man tänja begreppen en aning. Man kan något förenklat säga att separation från en känslomässigt viktig person är en tillräcklig grund för att utveckla en djup depression – men man kan bli deprimerad också av andra orsaker. Den tredje typen av orsak, den som är både *nödvändig och tillräcklig*, är mycket ovanlig. Ett exempel torde ändå den neurologiska sjukdomen Huntingtons syndrom vara. En bärare av det kritiska anlaget utvecklar nästan alltid sjukdomen, om han eller hon inte dör i förtid av andra skäl. Insikten att det är mycket ovanligt med orsaker som är både nödvändiga och tillräckliga, och att det överhuvudtaget knappast går att identifiera enstaka orsaker till psykisk ohälsa, ligger till grund för det multifaktoriella tänkandet, och för begreppet sårbarhet.

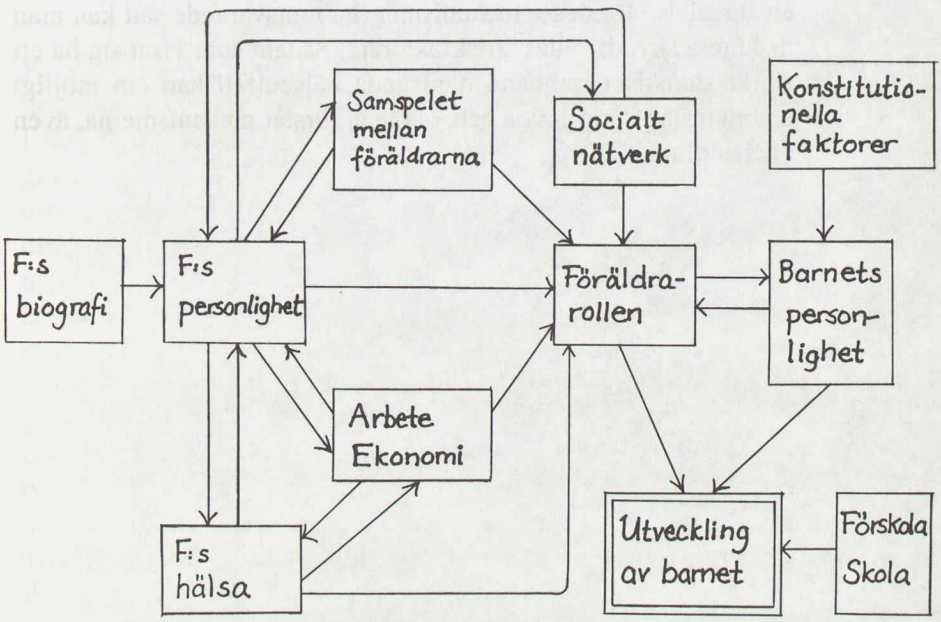
Inom epidemiologin arbetar man även med att kartlägga hur olika orsaker samverkar med varandra. Är den genetiskt betingade sårbarheten stor, behövs mindre av yttre riskfaktorer för att ohälsotillståndet skall utvecklas. Man kan återgå till exemplet depression. Finns en stark nedärvd benägenhet, kan det räcka med ett oönskat uppbrott för att man skall hamna i djup depression. Är den ärftliga benägenheten svag, kan förlust av en älskad förälder i en känslig ålder och en senare upplevelse av att vara oönskad på arbetsmarknaden vara ett "orsaksfält" bakom depression.

Den epidemiologiska traditionens styrka ligger bland annat i att identifiera faktorer på strukturell nivå, och att peka på risker av socioekonomisk, demografisk och miljömässig karaktär. Vi kan avläsa att människor i vissa bostadsområden har en hög sjuklighet, vi tvingas inse att det finns ett samband mellan ungdomsarbetslöshet och våldsbrott, vi kan blir varse att barn i vissa problemområden tenderar att släpa efter i kunskapsutvecklingen. Det kan låta som idel eländesbeskrivningar, men har en mycket positiv sida; orsaksfaktorer på samhällelig nivå är möjliga att påverka genom politiska beslut. Den epidemiologiska ansatsen är därför av stort intresse ur kommitténs synpunkt.

En sammanfattning av olika faktorer av betydelse för utvecklingen och hälsotillståndet under barnaåren ges i figur 3.1. Modellen har starkast anknytning till barnets tidiga levnadsår och gör inte anspråk på att vara komplett. För att belysa betingelserna för äldre barns och ungdomars utveckling skulle bilden behöva ändras och utvidgas. – De mest näraliggande faktorerna är barnets egna biologiska förutsättningar och personlighetsdrag, föräldrarnas möjligheter att fungera i föräldrarollen samt funktionen hos de institutioner som har ett ansvar för barns vardagstillvaro (barnomsorg, skola). Föräldrar-

nas möjlighet att fungera i sin föräldraroll är i sin tur beroende av personlig mognad, fysisk och psykisk hälsa, samspelet i familjen, arbete, ekonomi och socialt nätverk.

Figur 3.1 Hälsoutvecklingen under barnaåren



3.14 Orsaker – risker och skyddsfaktorer

I det ovanstående har vi ibland talat om "risker" och andra gånger om "orsaker". En riskfaktor är en egenskap hos individen eller omgivningen som är statistiskt förknippad med ett sämre hälsoutfall. Att växa upp i ett bostadsområde med stora sociala problem innebär psykiska hälsorisker, det vill säga man vet att en mer än genomsnittligt stor andel barn och ungdomar kommer utveckla psykiska problem. De egentliga orsaksmekanismerna är därmed inte kända. Utifrån ett enkelt statistiskt samband vet man ingenting om exakt vilka egenskaper inom barnet, hos familjen och den vidare sociala miljön som har varit avgörande, och hur de har samspelat för uppkomsten av det psykiska hälsoläget.

I litteraturen talar man ibland om risker som vore de orsaker. Terminologin är något flytande, så också i denna framställning.

Att identifiera riskfaktorer är en viktig förutsättning för förebyggande arbete. De kan visa vägen för vad man bör satsa på som allmänna stödåtgärder och som riktad prevention. Med utgångspunkt i riskfaktorer kan man i bästa fall också spåra de egentliga orsaksmekanismerna. Professionell intervention och behandling bygger på en förståelse för dessa mekanismer. På motsvarande sätt kan man diskutera skydds- eller "friskfaktorer". Sådant som visat sig ha ett starkt statistiskt samband med goda hälsoutfall kan om möjligt utgöra inslag i prevention och, om man förstår mekanismerna, även i behandling.

4 En hearing med röster från svensk barnpsykiatri

Kommittén skall utreda samhällets stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Barn- och ungdomspsykiatrin är i detta sammanhang en specialistresurs. Här finns den mest djupgående kunskapen om barns och ungdomars psykiska problem, och om familjesamspel samt den mest kvalificerade behandlingsmetodiken. Andra samhällsinstanser, som socialtjänst och skola, arbetar med problemen på en konkretare nivå. Inom sådana verksamheter bedrivs förvisso också kvalificerat arbete med barn och ungdomar med psykiska problem, men med andra mål och resurser.

På ett tidigt skede i utredningsarbetet ville kommittén skaffa sig en gemensam kunskapsgrund om svensk barn- och ungdomspsykiatri. Därför inbjöds 16 företrädare för forskning och praktik till en tvådagars hearing. Då man kallar till en hearing gör man med nödvändighet ett urval bland många tänkbara specialister. Vid denna hearing hade de medverkande bjudits in med tanken att hearingen skulle presentera

- svensk barn- och ungdomspsykiatrisk tradition
- en representativ bredd i synsätt
- exempel på aktuell forskning
- exempel på beprövad erfarenhet och kliniskt utvecklingsarbete.

Hearingen blev innehållsrik och informativ. För att hålla kvar den stora kunskapsmängd som kom kommittén till del har vi velat göra en dokumentation. Detta har varit möjligt genom att föredragshållarna generöst har ställt upp på vår anmodan att också lämna ett skriftligt bidrag. De 16 föredragen utgör kärnan i denna rapport. Bidragen har i viss utsträckning redigerats av kommittésekretariatet, men föredragshållarna står för innehållet i sina respektive avsnitt, så som det presenteras här.

Föredragen har sammanförts under fem huvudrubriker: det lilla barnet, hjärnan som bas, psykosociala risker och möjligheter,

psykiska problem under uppväxtåren, tradition och förändring inom barnpsykiatrin.

Författarpresentation

Marita Aronson är leg psykolog och fil dr och arbetar vid Barnkliniken på Östra Sjukhuset i Göteborg. Hon deltar bl.a. i forskningsprojektet kring alkohol och andra drogers fosterskadande effekt på barn.

Siv Boalt-Boëthius är rektor och direktor för Ericastiftelsen, barnpsykoterapuet och psykoanalytiker samt adjungerad professor vid Pedagogiska institutionen vid Stockholms universitet. Som forskningsansvarig vid Ericastiftelsen har hon verkat för en ökad teori- och metodutveckling inom det barn- och ungdomskliniska området.

Gunilla Bohlin är leg psykolog och biträdande professor vid Institutionen för psykologi vid Uppsala universitet. Hennes forskning rör utvecklingspsykologiska frågeställningar med betoning på sociala och emotionella aspekter och med beaktande av såväl problem som kompetenser i barnets socio-emotionella fungerande.

Margareta Carlberg är fil dr i psykologi samt leg psykolog och psykoterapeut. Hon är sedan 1960-talet verksam inom PBU i Stockholms läns landsting på haltvid, f.n. med utvärdering och verksamhetsutveckling. Speciella intresseområden är spädbarnsutveckling, arbete med familjer med svag motivation att söka hjälp samt indirekt klientarbete (handledning, konsultation).

Marianne Cederblad är professor vid avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet. Avdelningens forskning omfattar framförallt studier av familjerelationer vid olika typer av psykiska störningar samt effekten av familjeterapi. Ett särskilt forskningsområde behandlar salutogena faktorer, dvs. faktorer som skyddar mot psykisk ohälsa.

David N. Clinton är leg psykolog och psykoterapeut samt fil dr. Han arbetar för närvarande vid Kunskapscentrum för ätstörningar, Huddinge sjukhus, som projektsamordnare för en svensk multicenterstudie kring behandling av ätstörningar (SUSFA), som pågår vid 18 specialenheter för ätstörningar runt om i landet.

Christopher Gillberg är professor i barn- och ungdomspsykiatri och chefsöverläkare vid Barnneuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. Christopher Gillberg har publicerat cirka 350 vetenskaplig arbeten inom det barn- och ungdomspsykiatriska området och därtill 10 böcker, varav flera läroböcker.

Anne-Liis von Knorring är professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Uppsala universitet och verksam som överläkare och biträdande klinikchef vid Akademiska Sjukhusets BUP-klinik. Hon har i sin forskning särskilt intresserat sig för affektiva störningar, på senare år med fokus på depressioner och suicidproblematik hos barn och ungdomar. Medlem av den svenska PTD-kommittén (Prevention and Treatment of Depression).

Bengt Lindström, med dr och fil dr, är barnläkare och universitetslektor i folkhälsovetenskap med inriktning på barn, familj och samhälle vid Nordiska Hälsovårdshögskolan. Specialområden: barn som indikator på samhällsutveckling, livskvalitet, hälsofrämjande. Disputerat på ämnet barns livskvalitet i en nordisk jämförelse innefattande 15 000 barn och deras familjer samt 3 000 barnfamiljer med handikappade barn.

Barbro Lundequist är barnpsykiater och psykoterapeut och har mer än 20 års erfarenhet av arbete med små och späda barn på sjukhus. Hon är verksam vid Barn- och ungdomspsykiatriskt centrum syd i Stockholm och tjänstgör som överläkare i det barnpsykiatriska teamet på Sachsska barnsjukhuset. Barbro Lundequist arbetar också inom Rädda Barnens verksamhet för barn som är traumatiserade av krigsupplevelser.

Per-Anders Rydelius är professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Karolinska institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa och överläkare vid Norra barn- och ungdomspsykiatriska sektorn, enheten vid KS Barncentrum, St Görans sjukhus, Stockholm. Han har varit verksam som konsultläkare inom barnsjukvård, socialtjänst, skola, omsorgsverksamhet och vid §12-hemmet Hammargården.

Ann-Margret Rydell är leg psykolog, fil dr och universitetslektor vid Institutionen för Psykologi vid Uppsala universitet. Hon har tidigare arbetat bl.a. som psykolog inom grundskolan. Hennes forskning rör barns socioemotionella utveckling, med tyngdpunkt

på barn i skolåldrarna, och handlar om problem, kompetenser och barns kamratrelationer.

Carl-Göran Svedin är docent vid avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri vid Hälsouniversitetet i Linköping, överläkare vid BUP-Elefanten, Universitetssjukhset i Linköping och Barn- och Familjepsykologiskt centrum i Åtvidaberg. Hans forskning har i huvudsak varit inriktad mot den sociala barn- och ungdomspsykiatrin och gällt studier av skoldaghemslever, barn och skilsmässa samt barn som utsatts för misshandel och sexuella övergrepp.

Gunilla Sydsjö är med dr och verksam som klinisk beteendevetare vid institutionen för obstetrik och gynekologi vid Universitetetssjukhuset i Linköping. Sedan början av 1980-talet arbetar hon kliniskt och i forskning med psykosociala frågeställningar av betydelse för gravida kvinnor.

Per Södersten är docent i neuroendokrinologi och chef för sektionen för tillämpad neuroendokrinologi vid Karolinska institutet. Hans pågående forskning är inriktad på att belysa anorexins verkningsmekanismer. Den kliniska verkamheten bedrivs vid Anorexicentrum, Huddinge sjukhus, där Cecilia Bergh är verksamhetschef.

Björn Wrangsjö är barn- och ungdomspsykiater, med dr och psykoanalytiker med påbyggnadsutbildningar inom bland annat familjeterapi, barn- och ungdomspsykoterapi, kroppsorienterad psykoterapi och musikterapi. Han förestår Institutet för utbildning i barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting som, i samarbete med PBU:s utbildningsenhet, bland annat genomfört landets första påbyggandsutbildning i ungdomspsykoterapi (60p).

4.1 Det lilla barnet

Spädbarnsperioden har på senare år varit föremål för mycket omfattande forskning, med varierande metodik. Videoinspelningar har använts flitigt och har gjort det möjligt att detaljstudera händelseförlopp. Med sådan metodik har man kunnat följa hur spädbarnet tar in och reagerar på omvärlden, och hur samspelet mellan förälder och barn ser ut.

Idag vet vi att det nyfödda barnet sannerligen inte är ett oskrivet blad. Vi vet att det inte heller är en passiv mottagare av sinnesintryck, något som "experter" med framgång hävdade så sent som för 20 år sedan. Istället ser vi att spädbarnet är synnerligen aktivt. Det tar aktivt in sinnesintryck, och är särskilt intresserat av sådant som innebär social kontakt. Ett ansikte är mer spännande än en tavla, en röst är intressantare än andra ljud, mammas doft är omedelbart tilltalande – listan kan göras lång. Vi vet också att barn redan vid födseln har igenkännliga särdrag; de skiljer sig åt vad gäller aktivitetsnivå och i hur känsliga de är för ljud och beröring. Redan från början finns alltså något som skulle kunna kallas "personlighet".

Barnet är således inte alldeles oformat då det ser dagens ljus, men det är i det kontinuerliga mötet med en omgivning som svarar på dess signaler och behov som det fortsätter att utvecklas. Också detta visar den nya kunskapen om de riktigt små barnen. Synen på de första årens betydelse har därmed modifierats betydligt. Vi vet väsentligen mer än tidigare, såväl om de riktigt små barnens "färdighet" som om deras formbarhet.

I detta avsnitt får vi möta två representanter för denna nya kunskap. Gunilla Bohlin redogör för sin egen och andras forskning kring "tidig anknytning", det vill säga hur den känslomässiga bindningen mellan mor och barn utvecklas och vad den betyder för fortsatt psykisk mognad och hälsa. Barbro Lundeqvist ger oss inblickar i hur denna kunskap kan användas i kliniskt arbete, och hur man genom att arbeta med anknytningen kan hjälpa känsliga barn och deras föräldrar redan i ett tidigt skede. Hon hävdar att mycket kan vändas rätt till förhållandevis små kostnader, och önskar en ökad satsning och en tydligare vårdkedja för de riktigt små barnen.

4.1.1 Tidig anknytning – betydelse för utveckling och hälsa

Gunilla Bohlin

Behovet av en nära och unik relation till en vuxen, en föräldrafigur, är lika fundamentalt som behoven av mat, sömn och värme. Detta var en slutsats som den brittiske barnpsykiatern John Bowlby gjorde bl.a. utifrån sina studier av föräldralösa barn på barnhem.

Bowlby tog sin utgångspunkt i evolutionsbiologi och postulerade att människoarten genom det naturliga urvalet kommit att formas så

att barnet både har behov av och aktivt bidrar till att skapa och vidmakthålla fysisk närhet till en eller ett par personer. Överlevnadsvärdet i detta har varit att människobarnet med sin långsamma utveckling på så sätt fått skydd mot de olika slag av faror, som hotat oss under den långa tid av människans historia då vi levde som samlare och jägare på stäpper och savanner. Det naturliga urvalet har "försett" redan den lilla barnet med en uppsättning signaler, som tillkallar vårdare och också håller den kvar. På motsvarande sätt är vi som vuxna biologiskt så utrustade att vi är benägna att svara på dessa signaler. Spädbarnets repertoar är t.ex. skrik/gråt, leende, joller. Gråten tillkallar vårdare – för oss vuxna är gråten något aversivt, något vi vill få slut på – och vår första impuls är att lyfta upp barnet, att ge kroppskontakt. Leenden och joller upplever vi positivt, vi är benägna att le tillbaka, att dröja kvar i interaktion. När barnet blir lite äldre och motoriken har utvecklats mer kan det självt kontrollera mer av närheten, det kan krypa fram, sträcka armarna, hålla fast, klänga. Den fysiska närheten, kroppskontakten har vi enligt detta synsätt blivit biologiskt förberedda att uppleva som trygghet.

Strävan efter närhet står i växelverkan med ett annat grundläggade behov, nämligen behovet att utforska och lära om omgivningen– något som vi enligt Bowlby också utrustats med därför att det gynnat artens överlevnad. Relationen mellan anknytning och explorering brukar ibland beskrivas som en gungbräda: när situationen är välkänd för barnet överväger nyfikenheten och lusten att utforska, men om något nytt, potentiellt farligt inträffar – t.ex. ett plötsligt ljud, eller ett djur som närmar sig, överväger anknytningssystemet och barnet söker närhet.

Dessa tankar har varit utgångspunkt för en stor mängd forskning över hela världen. En första slutsats man kunnat dra var att det är endast under mycket extrema förhållanden som barn inte knyter an till en vårdare – att anknytningsrelationen så att säga saknas eller är för svag. Om det finns en person i barnets närhet, som inte byts ut utan finns där kontinuerligt, utvecklas en anknytningsrelation, oavsett hur denne person fungerar gentemot barnet. Det är t.ex. klart att barn knyter an även till föräldrar som utsätter dem för misshandel. För att beskriva de olikheter som ändå finns i anknytningsrelationen mellan barn och föräldrar har man i stället använt begreppet anknytningsmönster.

Trygg och otrygg anknytning

I forskningssammanhang har begreppet anknytningsmönster (eller anknytningskvalitet) visat sig vara mycket fruktbart. En standardiserad metod för barn i åldern 1-2 år har utvecklats och används nu av forskare i olika länder, vilket gör resultaten från olika studier jämförbara. Den viktigaste skiljelinjen vad gäller anknytningsmönster går mellan vad man kallar trygg och otrygg anknytning, där trygg anknytning betecknar en relation där barnet kan använda vårdaren som en trygghetsbas. Bland otryggt anknutna barn finns det några olika typer, bl.a. de som inte visar någon strävan att upprätthålla kontakten, dels de som inte släpper taget för att återgå till utforskandet när det blivit lugnade och tröstade. Det har visat sig att andelen tryggt anknutna barn i normalgrupper i olika länder utgör 60-70%.

Forskningen kring tidig anknytning har i huvudsak rört två frågor: Vilka är orsakerna till att olika barn utvecklar olika anknytningskvalitet – att en del blir tryggt och andra otryggt anknutna? Och vilken betydelse för den fortsatta utvecklingen har det att den tidiga relationen formats till en trygg respektive otrygg anknytning? Vad gäller frågan om hur relationen formas har man kunnat ge stöd åt tanken att det avgörande är vårdarens sätt att besvara barnets signaler – att uppfatta, tolka och någorlunda konsekvent svara både vad gäller tröst och kroppskontakt och vad gäller socialt samspel. En fråga man ställt sig är om också barnets tidiga egenskaper, t.ex. hur lättstressat och irritabelt barnet är, bidrar till om relationen utvecklas till en trygg eller otrygg relation. En holländsk studie har här bidragit med viktig kunskap genom att dels visa att det var större risk för irritabla barn att utveckla en otrygg relation, dels att detta berodde på att mödrarnas beteende påverkades av barnens krävande sätt – de kom att ignorera en hel del av barnens signaler och detta var mer relaterat till deras egen känsla av ork än av vad barnet signalerade. Studien visade också att genom intervention, där mödrarna gjordes uppmärksamma på, och fick hjälp att tolka, sitt barns signaler kunde processen mot otrygg anknytning vändas.

Konsekvenser av otrygg anknytning

Redan utifrån fördelningen av trygg och otrygg anknytning i nomalgrupper, där ca 1/3 bedöms vara otryggt anknutna, måste man

dra slutsatsen att en otrygg anknytning i sig inte är något patologiskt, eller något som med nödvändighet leder till senare problem. Den relevanta frågan gäller om, och för vad, en otrygg anknytning kan sägas vara en riskfaktor. En rad studier i olika länder har visat att det är rimligt att betrakta otrygg anknytning som en riskfaktor för senare utveckling av problem vad gäller socialt och emotionellt fungerande. Utifrån Bowlbys teoretiska tänkande har man antagit att den tidiga anknytningsrelationen lägger grunden för den bild man har av sig själv i relation till andra (som delvis är omedveten) och att denna bild, eller mentala schema, styr ens relationer till andra människor. Stöd för detta har vi från studier i USA, Tyskland, Israel och också från våra egna resultat på svenska barn. För barn som utvecklar en tidig otrygg relation tycks risken för problem i kamratrelationer öka. Detta har studerats på förskolebarn och barn i skolåldern och vi väntar på att se resultatet från longitudinella studier där man följt barnen upp i tonåren och vuxenålder, då partnerrelationer blir en viktig del av det sociala och emotionella fungerandet.

Risk för psykiska problem

I förskoleåldern är det större risk för otryggt anknutna barn att vara tillbakadragna, gnälliga, söka stöd hos vuxna, dvs. visa vad vi kallar låg social kompetens. I vår egen studie där vi följt barn upp i skolålder har vi fått likartade resultat. De barn som i ett-årsåldern bedömts som otryggt anknutna är nu i lågstadieåldern i större utsträckning än tryggt anknutna barn, tillbakadragna, mindre populära och enligt egna bedömningar också socialt ängsliga. Denna typ av beteendemönster är i sig en riskfaktor för en utveckling mot inåtriktade psykiska problem av typen nedstämdhet, ängslan, depression, ångest. Likaså finns det forskningsstöd för att otrygg anknytning ökar risken även för utåtriktade problembilder, som aggressivitet, stökighet och olydnad. Men resultaten tyder också på att i det senare fallet är risken förbunden med en viss typ av otrygg anknytningsrelation. Vi är här inte säkra på svaren ännu, men mycket tyder på att det är speciell riskabelt när anknytningspersonen, föräldern, representerar inte bara trygghet och skydd, utan också fara. I barnets beteende syns detta på så sätt att när barnet söker närhet visar det också tecken på rädsla eller förvirring. Detta mönster är mycket riktigt överrepresenterat i t.ex. misshandelsfamiljer och familjer med psykopatologi hos föräldrarna.

Kunskapsläget i dag vad gäller betydelsen av tidig anknytningsrelation kan alltså sammanfattas som att en otrygg anknytning, som har sitt ursprung i förälderns oförmåga att adekvat svara på barnets signaler och samspelsinviter, innebär en risk för senare problem i relationer till kamrater och vuxna. I dessa studier har man oftast studerat relationen till mamman, men det finns även resultat från ett par studier som visar att relationen till båda föräldrarna spelar roll. En otrygg relation till både mamman och pappan förefaller naturligt nog vara det som innebär störst risk.

Att ändra samspelsmönster

Några andra resultat som är värda att peka på är att det finns studier som tyder på att otrygg anknytning har en tendens att "gå i arv" – barn till mödrar, som utifrån en speciellt utformad intervju befunnits vara otryggt anknutna i relation till sina egna föräldrar, har i flera studier visat sig ha en överrepresentation av otrygg anknytning. Slutligen har flera studier visat att anknytningsmönstret inte är en gång för alla givet, utan att det finns möjlighet till förändring. Med förändrat samspelsmönster tycks också arten av anknytningsrelationen kunna förändras.

Referens

Colin VL. (1996) *Human Attachment*. New York: McGraw Hill

4.1.2 Att arbeta med tidigt samspel – ett kliniskt perspektiv

Barbro Lundequist

Ungefär hälften av alla barn som vårdas i sluten barnmedicinsk vård i Sverige är under ett år. Spädbarn är ömtåliga rent medicinskt sett, men de reagerar också med kroppsliga symtom när de är frustrerade och otillfredsställda. Därför blir det mycket angeläget med ett nära samarbete mellan barnmedicin och barnpsykiatri just när det gäller de minsta barnen. Många familjer får bra hjälp inom barnhälsovården, men vissa behöver mer intensiva insatser.

Min arbetsplats, Sachsska barnsjukhuset i Stockholm, har ett av Sveriges största upptagningsområden; cirka 110 000 barn och ungdomar med närmare 7 000 nyfödda varje år. Jag innehar en av fem tjänster inom det barnpsykiatriska konsultations- och behandlingsteam, som finns på sjukhuset.

Basen för mitt arbete är klinikens dagavdelning. En vanlig barnmedicinsk dagavdelning med en daglig genomströmning av ett 20-tal barn och deras familjer. På avdelningen görs all medicinsk utredning och behandling som går att göra inom dagvård. Där finns barn med oklara medicinska tillstånd, diabetesbarn, allergibarn, barn med blodsjukdomar etc.

På avdelningen har sedan 10 år avdelats resurser för späda och små barn, med framförallt uppfödningsproblem, och deras familjer. En dagavdelning har en liten personalgrupp som finns där varje dag. Varje familj får möjlighet till kontinuerliga kontakter med sin sköterska och sin doktor, och vi i barnpsykteamet deltar i konferenser och handleder personalen. Vår närvaro på avdelningen ger rika möjligheter till ständiga informella kontakter. Överföringar till oss blir enkla och odramatiska och det är faktiskt sällan som familjer avböjer.

Vårt synsätt

Barnet och familjen är en enhet som har en intensiv ömsesidig påverkan på varandra redan innan födelsen. Det nyfödda barnet söker redan på förlossningsbordet en relation. Lämnas barnet för sig själv på mammas mage efter förlossningen har det en förmåga att själv ta sig fram till bröstet. På samma sätt har mamman – föräldrarna en stark drivkraft att få kontakt och att ta hand om barnet. En drivkraft att lyckas som förälder – att få barnet att överleva, växa och frodas och att få en känslomässig anknytning. Alla problem och svårigheter som uppstår med barnet kommer därför att kännas som misslyckande och medföra att föräldrarnas självkänsla påverkas negativt.

Hur mötet mellan föräldrar och barn blir och hur föräldrarna lyckas omsätta sina goda önskningar för barnet i praktisk handling, beror på många olika sinsemellan samverkande faktorer – hos barnet, hos mamman, hos pappan, i deras relation och i familjens omgivning. Det finns inga enkla samband. I kliniskt arbete måste man ha alla faktorerna i åtanke – hålla alla bollarna i luften samtidigt.

Olikheter hos nyfödda barn

Barn är mycket olika varandra redan från början. Vissa barn är ömtåliga och behöver mer av sina föräldrar. När man tittar på beteendet hos tre dagar gamla, friska och fullgångna barn ser man tydliga skillnader i

- hur ofta och hur länge barnet skriker
- graden av tröstbarhet
- kroppslig följsamhet
- sugbehov
- aktivitetsnivå
- känslighet för sinnesintryck (ljud, ljus, beröring)
- regelbundenhet och rytm.

Det handlar om olikheter i beteende, reaktionssätt och mognadsmönster. Vissa barn är svåra att tolka och svåra att tillfredsställa och ställer så stora krav på sina föräldrar att de, skämtsamt uttryckt, egentligen skulle ha med sig en bruksanvisning. Det kan handla om "normalvariationer" hos i övrigt friska barn, om sjukdom eller neurologisk omognad. Det kan vara barn som är mycket för tidigt födda, som har svårt att reglera sin jämvikt och aktivitet, eller barn som varit utsatta för tidiga svåra upplevelser. Det kan också vara barn vars behov inte tillfredsställts från början. Alla dessa speciella barn är enligt vår erfarenhet överrepresenterade i kliniskt arbete med "symtombärande" barn.

Ömtåligheten innebär inte att det handlar om stationära egenskaper. Istället är det riskfaktorer, reaktionsmönster, där föräldrarnas förståelse och anpassning till barnets svårigheter blir avgörande för framtiden (Greenspan). När svårigheterna är stora behöver föräldrarna hjälp att se och förstå och hitta sätt att hjälpa barnet. Framför allt behöver de få en förståelse för att svårigheterna ligger hos barnet och inte hos dem – vilket ofta förmedlas genom många gånger taktlösa goda råd från omgivningen.

Faktorer hos mamman

Förenklat uttryckt kan man dela upp de faktorer som påverkar mammans förmåga att möta sitt barn i tre olika nivåer: hennes grundläggande personlighet, hennes aktuella situation som nybliven mamma och, inte minst, det gensvar hon får från barnet.

I den aktuella situationen är relationen till pappan självklart viktig, liksom om det finns ett nätverk som kan bistå med känslomässigt och praktiskt stöd och avlastning. Även de professionella insatserna, på BB och BVC, är viktiga för att mamman ska uppleva att hon får stöd och bekräftelse.

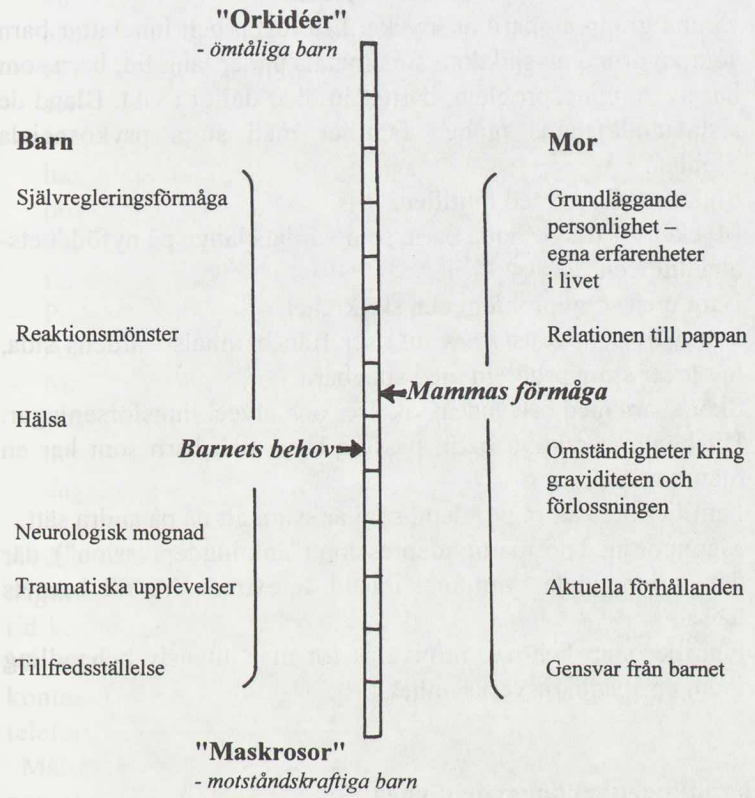
Omständigheterna kring graviditet och förlossning spelar stor roll för hur den nyblivna mamman mår och finner sig tillrätta. Graviditeten är ju inte bara till för att skapa ett barn utan också att skapa en mamma. Den känslomässiga förberedelsen under graviditeten är dokumenterat viktig för anknytningen till barnet. Svåra livshändelser under pågående graviditet kan störa mammans förberedelse och försvåra mötet med barnet (Berg Brodén, Brazelton m.fl.). En svår förlossning och en problemfylld graviditet kan innebära att barnets och moderns hälsa, rentav liv, stått på spel. Sådana erfarenheter kräver en känslomässig bearbetning för att inte störa relationen till barnet. Enligt nya studier löper mammor som genomgått svåra förlossningar risk att utveckla posttraumatiskt stress-syndrom, vilket allvarligt sänker förmågan till känslomässig närvaro med barnet.

Det gensvar mamman får från sitt barn har mycket stor betydelse för hennes självkänsla i mammarollen. Verkar barnet nöjt med det hon gör? Nyblivna mammor är sårbara och känslor av skuld och misslyckande kan snabbt låsa sensitivitet, kreativitet och all övrig förmåga. När man frågar mammor till tre månader gamla barn vad de uppskattar mest hos sina barn, svarar mer än tre fjärdedelar "leendet", som ju är en bekräftelse på att barnet är nöjt.

Mor och barn i samspel

Nedanstående mycket förenklade modell sammanfattar olika faktorer som påverkar spädbarnet och mamman. Modellen visar att orsakerna till problem kan vara många och att onda cirklar lätt bildas under denna för både barnet och modern så sårbara period. Den uttrycker barnets behov och mammas förmåga att möta dem, i hypotetiska skalsteg.

Det finns "orkidébarn", barn som är ömtåliga och kräver mycket av sina föräldrar. Det finns också "maskrosbarn", som har stor anpassningsförmåga och egen växtkraft och som kan "uppfostra" även mycket oerfarna personer till goda föräldrar på kort tid.



För att relationen skall fungera väl måste mammas förmåga vara minst lika stor som barnets behov. Hon måste kunna tillfredsställa barnets sammanvägda behov. Om så inte sker blir barnet otillfredsställt och än mer krävande och mamma olycklig och låst i sitt omhändertagande. Den onda cirkeln är svår att komma till rätta med. Ju tidigare insatserna görs desto lättare blir det att bryta mönstret.

Grupper av barn och familjer som vi arbetar med

De barn och familjer vi arbetar med har mycket varierande problem, som kan sammanfattas i åtta huvudtyper.

1. Barn 0-3 år med uppfödningsproblem.
   Denna grupp av barn är mycket heterogen och innefattar barn som på grund av sjukdom sondmatats under lång tid, barn som har avvänjningsproblem, barn som ökar dåligt i vikt. Bland de sistnämnda finns många familjer med stora psykosociala problem.
2. Sjuka spädbarn med familjer i kris.
3. Mycket för tidigt födda barn, som vårdats länge på nyföddhetsavdelningen.
4. Barn med sömnproblem och skrikighet.
   Familjer, som trots stora insatser från barnhälsovårdens sida, upplever stora problem med sina barn.
5. Sköra barn med beteendeavvikelser och utvecklingsförseningar.
   Hit hör hyperaktiva barn, passiva barn, och barn som har en ojämn utveckling.
6. Familjer med stora problem, som är svåra att nå på andra sätt.
7. Mammor med postpartumdepression ("amningdepression"), där det dominerande symtomet ibland är extrem oro för barnets hälsa.
8. Familjer som behöver motiveras för mer intensiv behandling inom en spädbarnsverksamhet.

Behandlingen på dagavdelningen

Behandlingen bygger på medvetenhet om föräldrarnas goda önskningar och den förlamande effekten av överdriven oro och skuld som väcks hos alla föräldrar när problem uppstår. Vid utvärdering av tidig mor – barn behandling har det visat sig att de metoder som fungerar bra, är de som lyfter fram föräldrarnas unika betydelse för sitt eget barn och syftar till att stärka deras självförtroende som föräldrar (Stern 1996 m.fl.).

Utifrån den multifaktoriella modellen innehåller vår behandling många olika sorters interventioner. Det gäller att försöka hålla alla bollarna i luften. Behandlingen skräddarsys i varje enskilt fall och innehåller oftast många av nedanstående inslag.

- Den medicinska tryggheten och de personliga kontakterna med läkare och sköterskor avlastar oro hos föräldrarna.
- Psykoterapeutisk föräldrarådgivning innebär att man utgår från det unika barnet och från de unika föräldrarnas förutsättningar. Man ställer sina kunskaper till föräldrarnas förfogande och blir ett bollplank, en diskussionspartner i stället för en expert som alltid vet rätt.
- Kristerapi. Vid svår sjukdom hos barnet och andra svåra händelser i familjen.
- Mor-barn terapi. När man arbetar här-och-nu med det som händer når man även familjer som har svårt att beskriva sina problem och bearbeta dem med ord.
- Parterapi. När föräldrarna behöver hjälp med att bygga upp en fungerande föräldrarelation.
- Praktisk hjälp, som kontakt med myndigheter, intyg etc.
- Antidepressiv medicinering.
- Motiveringssamtal. När familjens problem är så svåra att ytterligare hjälp erfordras. Det kan gälla kontakt med sociala myndigheter, föräldra-barnbehandling inom barnpsykiatrisk dagverksamhet eller familjebehandling på institution.

Avdelningen har kontakt med familjerna från ett par veckor till några månader. I något enstaka, allvarligt fall längre. Under denna tid kommer mor och barn och ibland även far till avdelningen, i början ett par gånger i veckan, sedan glesas kontakten ut. När kontakten med personalen är etablerad, kan mycket klaras av per telefon.

Målsättningen är inte en genomgripande bearbetning av föräldrarnas alla eventuella svårigheter. Det handlar mer om att stärka anknytningen mellan föräldrar och barn, att frigöra föräldrarnas resurser och kreativitet, öka deras förståelse för just det barn de har fått och att öka deras kompetens och självkänsla som föräldrar. Det är behandling som överensstämmer med den engelske barnpsykiatern Michael Rutters idé om att det bästa sättet att förebygga senare psykisk ohälsa är att ge barn bättre föräldrar.

Vi ser på detta sätt mer än ett hundratal barn och familjer per år. Under årens lopp har vi blivit medvetna om att det saknas resurser för de minsta barnen. Vi skulle önska oss en tydligare vårdkedja, ett bättre samarbete mellan de många olika instanser som har hand om spädbarnsfamiljer och ett större utbud av dagbehandlingsenheter för

föräldrar och barn – inte bara spädbarn utan även koltbarn dvs. barn upp till 4 år.

Anmärkning: I vårt sjukvårdsområde kommer det i höst att starta en samarbetsgrupp för dessa frågor med representanter från kvinnoklinik, mödra- och barnhälsovård med anknuten psykologverksamhet, barnmedicin, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, socialtjänst och barnomsorg (Rapport från samverkansgrupp inom SSO).

Referenser

Berg Brodén M. (1989) *Mor och barn i ingenmansland. Intervention under spädbarnsperioden*. Almqvist & Wiksell.

Fonagy P. (1996) Evaluation and follow-up of early intervention. Föredrag, *Sixth World Congress of World Association of Infant Mental Health*, Tampere (Stencil).

Korner A F. (1973) Individual differences at birth. Implications for early experience and later development. I Westman J C. (red.) *Individual differences in children*. Wiley-Interscience.

Rutter M. (1992) Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance. *Pediatrics* 70 (6).

Stern D. (1996) *Moderskapskonstellationen. En integrerad syn på psykoterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

4.2 Hjärnan som bas

Att det finns en neurologisk bas för vårt fungerande kan tyckas självklart. Ändå har många som arbetar med barns och ungdomars psykiska problem gärna velat bortse från biologiska orsaksfaktorer. Det är välmotiverat att enbart fokusera på de känslomässiga och sociala faktorerna, om man därmed ger barnet adekvat hjälp och stöd. Andra gånger är det emellertid fruktbart eller rentav nödvändigt att beakta barnets neurologiska funktion. Det behöver inte röra sig om antingen-eller. Barbro Lundequist påvisar att det är fullt möjligt att beakta barnets neurologiskt grundade särdrag, i en behandling som ändå är inriktad på känslomässig anknytning och socialt samspel.

På senare år har det skett en stor kunskapsutveckling i skärningspunkten mellan barnneurologi och -psykiatri. Kunskapen om hjärnan har utvecklats snabbt och på bred front, också i tvärvetenskapliga projekt där man undersöker relationerna mellan hjärnans funktion och vårt beteende. Med nya, sofistikerade diagnostiska tekniker vet man alltmer om hur skador, störningar eller variationer i hjärnans funktion kan bidra till olika typer av utvecklingsavvikelser och psykiska problem. Barn med neurologiska funktionsstörningar har alltså en påtagligt ökad sårbarhet.

Christopher Gillberg är en internationellt framstående företrädare för den moderna barnneuropsykiatrin. I följande inlägg redogör han för vilka typer av psykiska problem som kan sägas vara neuropsykiatriska, det vill säga ha samband med störningar och variationer i hjärnans funktion. Gillberg hävdar att man kan räkna med att så många som hälften av alla de barn och ungdomar som någon gång är i kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin, har en neuropsykiatrisk problematik.

4.2.1 Neuropsykiatriska förklaringsmodeller

Christopher Gillberg

Barnneuropsykiatri är den gren av barn- och ungdomspsykiatrin som särskilt uppmärksammar den grupp av psykiska problem med debut i barn- och ungdomsåren som har orsakssamband – direkt eller indirekt – med skador, störningar och variationer i hjärnans funktioner. I så måtto har barnneuropsykiatri naturligtvis funnits från begynnelsen av barn- och ungdomspsykiatrins historia, men har fått status av "grenspecialitet" inom disciplinen först under de senaste åren. Detta sammanhänger med den lavinartade utvecklingen inom hjärnforskningen, genetiken och epidemiologin.

Metoder för att studera barn och ungdomars utveckling, beteende och anpassning har vuxit fram parallellt med en revolution inom sådana grenar av teknisk och medicinsk forskning som gömmer sig bakom ord som "neurokemi", "neurofysiologi" och "neuroradiologi" å den ena sidan och den s.k. "nya genetiken" å den andra sidan. Det är idag möjligt att, utan stora ingrepp hos det levande barnet, studera t.ex. hjärnans utseende, både strukturellt – anatomiskt – och funktionellt, med metoder som magnetkamera (hjärnanatomi), PET-scan (hjärnans ämnesomsättning) och SPECT (hjärnans blodflöde). Med

nya, genetiska metoder kan man undersöka barnets arvsmassa (nästan) in i minsta detalj. Tvilling- och adoptionsstudier liksom syskon- och kusinstudier har bidragit till en kunskapsutveckling som få trodde var möjlig för tio år sedan.

Hur många barn talar vi om?

Statistiken säger att 12-25% av svenska barn kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin någon gång under uppväxten. Av dessa har ungefär hälften en neuropsykiatrisk problematik. De vanligaste neuropsykiatriska diagnosgrupperna framgår av tabell 1.

Pojkar drabbas oftare av neuropsykiatriska problem än vad flickor gör. Flickor har dock troligen en högre problemfrekvens än vad som är känt idag: pojkar är – som grupp – mera stökiga och mera aggressiva än flickor. Deras problem uppmärksammas därför snabbare. Å andra sidan kan det finnas en överdriven diagnostik av neuropsykiatrisk problematik bland pojkar, delvis på grund av stökigheten men också därför att pojkar mognar senare än flickor i nästan alla avseenden. I framtiden borde – när det gäller diagnos av neuropsykiatriska problem – pojkar jämföras med pojkar och flickor med flickor.

Neuropsykiatriska diagnoser

Barn med DAMP (dålig funktion ifråga om aktivitetskontroll, motorikkontroll och perception) utgör 7% av alla skolbarn och majoriteten av dessa kommer att få så allvarliga psykiska och sociala anpassningsproblem att BUP-konsultation blir aktuell. Många barn med DAMP utvecklar depression eller social beteendestörning. Tidig diagnos, information, råd och stöd, och – inte minst – attitydförändring hos lärare, föräldrar, kamrater och syskon kan medföra dramatiskt förbättrade förhållanden för många. Majoriteten av barn med DAMP har läs- och skrivsvårigheter. Med anpassad pedagogik kan mycket positivt åstadkommas också i detta avseende. Medicinering och psykoterapi kan vara motiverad i svåra fall.

Tics, dvs. ryckningar i vissa muskelgrupper, är vanligt förekommande. Vid Tourettes syndrom har barnet en kombination av sådana tics och vokala tics, det vill säga tvångsmässigt utstötta ljud, läten eller ord. Barn med Tourettes syndrom blir ofta missförstådda som

"elaka", "extremt ouppfostrade" eller "oförskämda" på grund av en inte sällan associerad problematik, nämligen det tvångsmässiga utstötandet av fula ord och en bristande impulskontroll. Medicinering kan vara motiverad i svåra fall.

Barn med mental retardation (begåvningshandikapp) är flera än vad vi i Sverige utgått ifrån under den senaste 20-årsperioden. Liksom i fallet med DAMP är risken för depression och social missanpassning stor om funktionshindret inte uppmärksammas och kraven anpassas till en rimlig nivå.

Epilepsi medför hög risk för allvarliga psykiska problem, särskilt om det också föreligger ett (lindrigt eller svårt) begåvningshandikapp. Barn med CP och andra neurologiska tillstånd löper också kraftigt ökad risk att utveckla psykiska problem. En väl anpassad medicinering (fr.a. mot epilepsi) kan vara mycket betydelsefull inom denna grupp.

Tvångstillstånd med t.ex. tvättvång kan medföra mycket allvarlig funktionsnedsättning. Tvångstillstånd tillhör de relativt få barnneuropsykiatriska problem som i allmänhet (åtminstone under en tid) kräver medicinering.

Autismspektrumstörningar, inklusive autism och det s.k. Aspergers syndrom, leder ofta till livslånga mycket svåra handikapptillstånd med kraftig begränsning av social interaktion och kommunikation. Diagnos, behandling av associerade medicinska sjukdomar (som finns hos var fjärde person med autism) och anpassad specialpedagogik kan medföra kraftigt förbättrad livskvalitet för majoriteten.

Psykoser med debut i barndomen är mycket sällsynta medan psykotiska sjukdomar med tonårsdebut (schizofreni, manodepressivitet bl.a.) inte är helt ovanliga. De kräver utredning, diagnos, medicinering, psykoterapi och social rehabilitering på ett bättre strukturerat sätt än vad som idag ofta är fallet. Ett utökat samarbete mellan barn- och vuxenpsykiatrin måste till om den idag mycket dåliga prognosen skall kunna förbättras.

Ett folkhälsoproblem

Neuropsykiatriska problem är så vanliga och risken för psykisk felutveckling och social missanpassning så stor att man kan tala om ett folkhälsoproblem. Särskilt gäller detta den stora gruppen som har DAMP. Att uppmärksamma svårigheterna, ställa diagnos och informera (muntligt och skriftligt), att anpassa krav, bemötande och

pedagogik är hörnstenarna i alla åtgärdsprogram på detta område. Diagnosen i sig kan, rätt använd, innebära "behandling" eller början till en positiv habilitering. Ibland krävs långtidsuppföljning och intensiva behandlingsinsatser, både med medicin och psykoterapi.

Samhällsinstitutioner för hälsovård till barn och ungdomar – barnhälsovård och fr.a. skolhälsovård – måste i framtiden höja sin kompetens och få tillräckligt med resurser på det barnneuropsykiatriska området. Detta kräver medverkan av neuropsykiatriskt kunnig psykiater och neuropsykologiskt utbildad psykolog. Skolhälsovården måste kunna screena, ställa diagnos och utreda behandlingsbehoven för fler än hälften av alla barn och ungdomar med neuropsykiatriska problem. Åtgärdsprogram måste kunna utarbetas inom skolhälsovården och implementeras direkt i skolan. Barn- och ungdomspsykiatrin bör ta hand om de svåraste fallen (de med svår DAMP, svåra fall av Tourettes syndrom och tvångstillstånd, alla med epilepsi/CP och svåra psykiska problem samt alla med autism). Ett nära samarbete måste finnas mellan hälsovården och sjukvården i detta avseende. Med en sådan organisation tar man bäst tillvara de, trots allt, begränsade utrednings- och behandlingsresurser som står till buds.

En förutsättning för optimal hjälp till alla de många barnen och ungdomarna med neuropsykiatriska problem är också att förskollärare och lärare i sin grund- och vidareutbildning får kunskap om barns normala utveckling och neuropsykiatriska problem.

Tabell 1. Prevalens barnneuropsykiatri

Diagnos	% av alla 7-16-åringar	% av alla 7-16-åringar som söker BUP p.g.a. detta problem
DAMP/Dyslexi	7-8%	4-5%
Tourettes syndrom/svåra tics	5%	1%
Begåvningshandikapp (IQ<70) med svåra psykiska problem	1%	1%
Epilepsi/CP och andra neurologiska tillstånd med svåra psykiska problem	1%	0,5-1%
Tvångssyndrom	1%	0,5%
Autismspektrumstörningar	0,5%	0,5%
Psykoser	0,5%	0,5%

Referens

Gillberg C. (1995) *Clincal Child Neuropsychiatry.* Cambridge and New York: Cambridge University Press.
(Nominerad till Medical Book Prize 1996 av The Medical Writers' Group of The Society of Authors, Royal Society of Medicine.)

4.3 Psykosociala risker – och möjligheter

De föregående avsnitten behandlade konstitutionella faktorers och de tidiga erfarenheternas betydelse för barnets utveckling och hälsa. Barnet utvecklas i samspel, inte bara med vårdnadshavarna och den övriga familjen, utan också med den psykosociala omgivningen i vidare mening. Det är i denna totala miljö som eventuella psykiska problem manifesteras, befästs eller läker under utvecklingens gång.

Forskningen har tydligt visat på samband mellan faktorer på samhällsnivå och psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Bland annat har storstadsmiljö och ekonomisk stress visat sig utgöra markanta hälsorisker.

I detta avsnitt presenteras barnpsykiatrisk forskning och kliniskt arbete inriktat på samhällets stöd till psykosocialt mindre gynnade barn och familjer. Inte minst i arbetet med dessa grupper utgör tvärvetenskaplighet och helhetssyn en självklar plattform för behandling. Gunilla Sydsjö konstaterar att man inom mödrahälsovården har goda möjligheter att identifiera de kvinnor som kan få svårigheter att leva upp till föräldraskapets krav, och att man sannolikt skulle kunna nå långt genom en ökad satsning på tidiga, förebyggande insatser. Marita Aronson redovisar en longitudinell studie av alkoholmissbrukande mödrar och deras barn, och diskuterar samhällets stödinsatser. Carl-Göran Svedin riktar ljuset på den stora grupp barn som upplever föräldrarnas skilsmässa, vad det innebär psykologiskt och hur samhällets stöd ter sig. Avsnittet inleds och avslutas med två bidrag som på olika sätt tar fasta på det positiva och växtkraftiga hos individerna och i omgivningen. Marianne Cederblad inleder med en presentation av faktorer som kan ge motståndskraft mot psykosociala påfrestningar, och beskriver vidare hur man kan utnyttja nätverket kring familjen i ett socialpsykiatriskt behandlingsarbete. Som avslutning diskuterar Bengt Lindström barns livskvalitet, och hur denna kan definieras utifrån individuella, psykosociala och samhälleliga förhållanden.

4.3.1 Riskfaktorer och friskfaktorer – psykisk ohälsa under barn- och ungdomsåren

Marianne Cederblad

Barn- och ungdomspsykiatrin arbetar med en biopsykosocial modell för hur olika faktorer samverkar för att skapa psykisk hälsa eller ohälsa hos barnet. Det finns mycket forskning om olika riskfaktorer för psykisk felutveckling. I dessa studier brukar man dels kartlägga kroniska påfrestningar, dels anhopningar av akuta påfrestningar.

Till kroniska påfrestningar hör att barnet växer upp i en familj med dåliga ekonomiska resurser, mycket ofta kombinerat med att man har en dålig bostad i ett bostadsområde som präglas av en hög frekvens av psykosociala problem. En orsak till detta kan vara att

föräldrarna har dålig utbildning eller är långvarigt eller upprepat arbetslösa. Kronisk kroppslig sjukdom, kronisk psykisk sjukdom samt missbruk av alkohol och narkotika hos föräldrar är andra kroniska stressfaktorer som studerats. Långvariga konfliktfyllda relationer i familjen kan också ses som kroniska riksfaktorer. Alla dessa faktorer kan försvåra föräldrarnas grundläggande uppgifter som föräldrar, nämligen att ge vägledning, omvårdnad och gränssättning till barnen. I familjer med hög grad av kroniska påfrestningar är ofta omvårdnaden bristfällig, gränssättningen är ofta diffus och lynnig och barnen är dåligt övervakade beträffande val av kamrater och val av platser att tillbringa sin fritid på. Det blir också ofta dåligt stöd och övervakning av läxläsning och skolnärvaro.

Till akuta stressfaktorer räknas livshändelser som drabbar familjen. Hit hör plötslig sjukdom eller dödsfall hos nära familjemedlemmar, att man får ett nytt syskon eller att ett syskon flyttar hemifrån, och att någon av föräldrarnas arbetsförhållanden ändras drastiskt. Hit hör också skilsmässa, att det flyttar in en styvförälder, eller att familjen flyttar – vilket oftast innebär byte av daghem och skola.

Både då det gäller kroniska och akuta påfrestningar spelar anhopning av påfrestningar stor roll. Man har funnit att någon enstaka stressfaktor i allmänhet inte spelar någon roll för den psykiska hälsan hos barn och ungdomar, medan risken för beteendestörningar hos barnet ökar kraftigt då antalet påfrestningar ökar.

Sårbarhet hos barnet

Barnets egen sårbarhet har också betydelse som riskfaktor. Hit räknas begåvningshandikapp samt vissa temperamentsfaktorer. Man vet t.ex. att de barn som ständigt söker nya upplevelser och sensationer, särskilt de som också är obenägna att undvika fara, lätt utvecklar asociala beteenden i tonåren. Hög aggressionsnivå hos barnet är också en läggning som innebär risk, och som ofta leder till störningar i föräldra-barn relationen. Dålig förmåga till koncentration, låg uthållighet samt motorisk hyperaktivitet är beteenden som lätt leder till relationsstörningar i hem och skola. De flesta psykiska sjukdomar har en delvis genetisk bakgrund t.ex. autism, Aspergers syndrom, vissa typer av depression, tvångstillstånd och psykoser. Barn med disposition för dessa tillstånd är speciellt sårbara för stress i omgivningen.

Friskfaktorer

Framförallt under 1990-talet har man alltmer intresserat sig för kompensatoriska faktorer, s.k. friskfaktorer. Flera studier har gjorts på barn, som växt upp med hög grad av de tidigare nämnda riskfaktorerna, men som mot alla odds klarat sig bra i livet och inte visat tecken på psykisk ohälsa. Sådana barn har kommit att kallas maskrosbarn. Studierna har omfattat exempelvis barn till psykotiska föräldrar, barn som växt upp i amerikansk storstadsslum och barn som på annat sätt har levt med en anhopning av riskfaktorer. Ett exempel på den sistnämnda typen av undersökning är en uppföljning av barn från Lundby-studien i södra Sverige, vilka följts till övre medelåldern.

I dessa studier återkommer vissa individuella faktorer som ökar stressmotståndskraften hos barn och ungdomar. Intelligens och kreativitet, en hög aktivitets- och energinivå, god förmåga att skapa sociala relationer samt förmåga till empati är några sådana personlighetsdrag. Självständighet, förmåga att ta hand om sig själv och en känsla av att själv styra sitt liv är också viktiga personliga läggningar. Optimism, förmåga till problemlösning samt god impulskontroll utmärker också dessa "överlevare".

Bland omgivningsfaktorer finns dels vissa *förhållanden i familjen*, såsom att barnet fått mycket uppmärksamhet under spädbarnsåret, att det finns en positiv relation mellan åtminstone ena föräldern och barnet samt att man har klara regler och en klar struktur i familjen. Delade värderingar i familjen är också viktiga. Att relationerna i familjen präglas av ömsesidigt stöd och respekt för individuella skillnader har också visat sig viktigt, liksom att man har förmåga att tala med varandra och att lösa problem på ett konstruktivt och flexibelt sätt. Förutom familjen spelar *det sociala nätverket* stor roll. De stressmotståndiga barnen har ofta haft positiva relationer till syskon och mor- och farföräldrar, som deltagit i vården. Det har funnits släkt och grannar tillgängliga för känslomässigt stöd. Barnet har också haft nära vänskapsrelationer. Att själv ha kunnat hjälpa till, t.ex. genom att ta hand om yngre småsyskon, har visat sig positivt för självkänslan. På liknande sätt som för riskfaktorerna tycks anatalet kompensatoriska faktorer adderas till varandra, så att chanserna att bibehålla den psykiska hälsan i en högrisksituation ökar ju fler friskfaktorer som finns samtidigt i barnets miljö.

Sammanhang i tillvaron

I den svenska studien visade sig begreppet "känslan av sammanhang" ha den största betydelsen av samtliga undersökta friskfaktorer. Detta är en livshållning, som utmärks av en förmåga till flexibel problemlösning och förmåga att uppbåda stöd från det sociala nätverket. Individen har en känsla av meningsfullhet och sammanhang i sin tillvaro. Det ger honom/henne en tilltro till livet och hopp om att problem går att lösa. Förutom detta begrepp var känslan av att själv styra sitt öde den viktigaste individuella friskfaktorn.

Förebyggande arbete och behandling

De här forskningsresultaten har hittills omsatts i praktiskt, kliniskt arbete genom att man försöker *identifiera riskbarn* för psykisk ohälsa så tidigt som möjligt i livet, helst redan i förskoleåldern. Man har också påbörjat försök att utnyttja dessa kunskaper i psykoterapeutiskt arbete och i *miljöterapi* med ungdomar, som redan misslyckats i sin sociala anpassning och som uppvisar kriminalitet och begynnande missbruk. Dessa studier är ännu inte färdiga. Man arbetar med *individualterapi*, där man strävar efter att bygga upp självkänslan och utveckla förmågan att hantera stress ("coping"). Man kan också arbeta med *familjeterapi,* där man försöker öka föräldrarnas förmåga till omvårdnad och gränssättning samt förändra samspelet i familjen till att bli mer stödjande med öppen kommunikation och flexibla problemlösningsmetoder. Det kan också innebära *nätverksterapi*, där man försöker hitta stöd och närhet för familjemedlemmar som komplettering till eller ersättning för brister i familjen, som man inte kommer tillrätta med inom denna.

Referenser

Antonovsky A. (1995) *Hälsans mysterium.* Stockholm: Natur & Kultur.

Cederblad M. (1995) Barnfamiljer i Sverige. I: K. Hansson & J. Sundelin *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv.* Lund: Studentlitteratur.

Cederblad M. (1996) *Barn- och ungdomspsykiatri.* (Uppl.5) Stockholm: Liber.

Cederblad M. (1996) Fifty years of epidemiologic studies in child and adolescent psychiatry in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, Suppl. 36, 55-66.

Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K. (1994) Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 1-11.

4.3.2 Är tidig riskidentifiering möjlig?

Gunilla Sydsjö

Under de senaste årtiondena har svenska barns fysiska hälsa ständigt förbättrats. Vi har i dag världens lägsta barnadödlighet. Våra barns grundläggande behov för fysisk överlevnad är väl tillgodosedda. Vad som blivit tydligare, i takt med en förbättrad somatisk hälsovård inom barn- och mödrahälsovård, är dock problem av psykosocial karaktär. Många barn föds in i en ogynnsam livssituation på grund av att deras föräldrar har problem som hämmar deras förmåga att på ett tillfredsställande sätt svara upp mot sina barns behov av omvårdnad.

De psykosociala riskfaktorer som förekommer hos gravida kvinnor är ofta inte graviditetsspecifika utan av mera generell natur. Detta innebär att den psykosociala problematiken inte är särskilt lätt att påverka under den mycket begränsade tid som graviditeten trots allt utgör. Barnmorskor och barnhälsovårdspersonal noterar problematiken men upplever att de varken har tid eller kompetens att ge det stöd och den hjälp som skulle behövas, och att det inte heller finns möjlighet att remittera mammorna vidare.

En studie inom mödrahälsovården

För att undersöka om tidig identifikation av psykosocial problematik under graviditeten var möjlig, startades 1983 en studie vid institutionen för obstetrik/gynekologi vid Linköpings universitet. Syftet med undersökningen var:

att inom ramen för den ordinarie mödravårdsverksamheten fastställa hur många gravida kvinnor i Linköpings kommun som under ett år uppvisade ett eller flera psykosociala "riskkarakteristika" av förmodad betydelse för graviditets- och förlossningsförlopp samt barnets utveckling

att fastställa på vilket sätt och när under graviditeten dessa kvinnor uppmärksammades inom mödrahälsovården

att under en observationsperiod från graviditeten till dess att barnet blir 8 år studera och jämföra en psykosocial riskgrupp med en referensgrupp med avseende på

- moderns sociala situation
- moderns fysiska och psykiska hälsa
- barnets fysiska och psykiska hälsa
- vissa aspekter på moder-barn relationens utveckling, samt moderns och barnets medicinska och sociala vårdbehov.

Under en inskolningstid på sex månader ombads alla barnmorskor vid undersökningskommunens sju mödravårdscentraler att notera alla kvinnor som signalerade något av följande psykosociala problem: missbruk, psykisk insufficiens eller andra, för graviditet och förväntat föräldraskap ogynnsamma, sociala omständigheter.

Missbruksproblem

Drogmissbruk är ett svårdefinierat medicinskt och socialt problem. I denna studie noterades missbruk, om det rapporterades av patienten själv, ansvarig barnmorska eller annan vårdinstans eller myndighet. Med missbruk avsågs då att kvinnans bruk av droger (alkohol, thinner, narkotika) medfört påtagliga fysiska, psykiska och/eller sociala men, dvs. lett till observerbara negativa konsekvenser av ej tillfällig natur.

Psykisk insufficiens

I denna grupp ingick t.ex. kvinnor som under den nuvarande graviditeten eller inom en femårsperiod innan graviditetens början vårdats för psykisk sjukdom. Exempel på sjukdomstillstånd som inkluderats är av läkare diagnostiserad djup depression, schizofreni

och allvarlig ångestneuros. Även psykisk insufficiens som inte hade krävt speciell psykiatrisk vård bedömdes vara av intresse att studera. Kvinnor tillhörande den senare kategorin har ofta symtom som yttrar sig i form av överdriven trötthet, ospecifika smärtor, psykisk irritabilitet och känslor av otillräcklighet. – Som psykisk insufficiens räknades även förståndshandikapp.

Ogynnsamma sociala omständigheter

Graviditet och förväntat föräldraskap ställer särskilda krav på den sociala situationen. Den blivande mamman ska inte bara klara av havandeskap och förlossning, utan också att möta, vårda och samspela med sitt barn. Den omgivande sociala situationen måste vara stabil nog för att ge kvinnan stöd och trygghet i dessa uppgifter.

Avsaknad av barnafader eller annan man som är beredd att överta fadersansvaret bedömdes därför som en mindre gynnsam social situation. Kvinnor med tre eller flera olika barnafäder respektive kvinnor med sex eller flera barn bedömdes också vara av särskilt intresse att studera. Likaså ansågs kvinnor som av samhället eller av sig själva tidigare bedömts som oförmögna att vårda egna barn vara en riskgrupp inför en ny graviditet. Långvarig arbetslöshet eller sjukpensionering i fertil ålder bedömdes likaså utgöra en psykosocial risk för moder och barn. Tonårsgraviditeter, slutligen, bedömdes tillhöra gruppen ogynnsamma psykosociala omständigheter.

Referensgrupp

För att möjliggöra jämförelse utvaldes en grupp kvinnor som inte uppfyllde något av ovannämnda kriterier och som skrevs in på mödravårdscentralen närmast efter en kvinna med psykosocial problematik. Referensgruppen studerades med exakt samma metoder och över samma tidsintervall som den psykosociala riskgruppen.

Resultaten i korthet

Vi fann att psykosocial problematik enligt vår definition – missbruk, psykisk insufficiens och ogynnsamma sociala omständigheter – förelåg i 5% av samtliga graviditeter. Problemets omfattning är sålunda väl jämförbar med t.ex. den somatiska komplikationen

havandeskapsförgiftning, som uppträder hos 3-4% av samtliga gravida kvinnor. Förekomsten av olika typer av psykosociala problem framgår av Tabell 2.

Sannolikheten för att finna och verifiera förekomst av psykosocial problematik i en gravid totalpopulation är enligt våra erfarenheter goda därför att

- majoriteten av alla gravida kvinnor i Sverige går till MVC
- gravida kvinnor i allmänhet uppsöker MVC i graviditetsvecka 9, dvs. tidigt i graviditeten
- kvinnor med psykosociala problem uppsöker MVC tämligen tidigt, nämligen i genomsnitt i graviditetsvecka 10
- över hälften (69%) av kvinnor med psykosociala problem i anamnesen berättar själva för barnmorskan om dessa och om sin situation.

Tabell 2. Typer av psykosociala problem hos 78 gravida kvinnor ingående i undersökningsgruppen 1983*

Missbruksproblem (n=16)	Antal
Alkoholmissbruk hos den gravida kvinnan	7
Narkotikamissbruk -"-	4
Sniffning -"-	1
Alkoholmissbruk hos barnafadern	11
Narkotikamissbruk -"-	3
Sniffning -"-	1
Psykisk ohälsa hos den gravida kvinnan (n=18)	
Psykisk sjukdom, vårdad på psyk klin	8
Förtecknad inom omsorgsförvaltningen	8
Psykisk insufficiens under graviditeten	4
Udda personlighet	1
Speciella sociala omständigheter (n=54)	
≤17 år vid graviditetens början	10
Ensamstående förälder	37
≥3 olika barnafäder	2
≥6 barn	2
Sjukpensionerad	1
Av samhället omhändertagna egna tidigare barn	8
Arbetslöshet 1 år (båda parter)	1
Dömd för allvarligt brott enligt brottsbalken	1

* Varje kvinna kan uppfylla mer än ett kriterium I genomsnitt uppvisade varje kvinna 1.4 av de uppställda kriterierna.

Psykosocial risk och långsiktig utveckling

I samband med födelsen är barnen i den psykosociala riskgruppen väl jämförbara med referensgruppen barn, enligt standardiserade mått på hälsa och välbefinnande. Senare uppvisar dock barnen med psykosocial risk en försämrad somatisk hälsoutveckling, och vid 4 års ålder en något lägre psykomotorisk utvecklingsnivå. Vid 8 års ålder fann vi att barnen till kvinnor som identifierades som psykosociala riskmödrar, var fysiskt friska men hade beteendestörningar i högre utsträckning än referensgruppens barn. I 1/4 av de psykosociala riskfamiljerna hade socialtjänsten föranletts att ingripa för att skydda barnen mot misshandel och vanvård. Mödrarnas fysiska och psykiska hälsa var sämre jämfört med referensgruppens mödrar.

Utvecklingsprognosen för barn som föds av kvinnor med de av oss redan i början av graviditeten identifierade psykosociala riskfaktorerna förefaller vara signifikant sämre jämfört med en referensgrupp. Enligt vår erfarenhet är det inte svårt att identifiera psykosocial risk. Det är därför mycket angeläget att hitta de blivande mödrar som genom särskild uppmärksamhet skulle kunna stödjas och påverkas så att prognosen för barnens utveckling förbättras.

Referenser

Sydsjö G. (1992) Prevalence and significance of social and psychological risk factors during pregnancy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1992, 8, Suppl.1.

Sydsjö G. (1992) *Psychological risk-pregnancies and their outcome*. Dissertation. Linköping University.

Sydsjö G, Wadsby M, Svedin CG. (1995) *Barn till psykosociala riskmödrar. Från mödrarnas graviditet till när barnen är 8 år*. Stockholm: Rädda Barnen.

4.3.3 Uppföljning av barn med fetalt alkoholsyndrom – hur blev samhällets stöd?

Marita Aronson

Alkoholens fosterskadande effekt uppmärksammades vetenskapligt under slutet av 1960- och början av 1970-talet, och har verifierats i

åtskilliga forskningsartiklar från hela världen. Från Göteborg rapporterade vår forskningsgrupp under 1970- och 1980-talen om konsekvenserna av alkohol för det växande fostret och barnet.

I en prospektiv undersökning har 26 barn följts med medicinska och psykologiska undersökningar upp genom åren. En uppföljningsstudie har gjorts då barnen var 12-14 år. Mödrarnas alkoholkonsumtion, som före graviditeten låg på missbruksnivå, kartlades under graviditeten. Ett massivt stödprogram sattes in, och barnens utveckling följdes under förskoleåren. Våra undersökningar visade att barn födda av mödrar som kunde sluta sitt alkoholmissbruk före graviditetsvecka 12 hade en normal tillväxt och mental utveckling. Barn födda till mödrar som hade en hög alkoholkonsumtion under hela graviditeten hade däremot låg födelsevikt och var försenade i sin mentala utveckling. Denna skadebild kallas fetalt alkoholsyndrom (av fetus=foster).

Uppföljningsstudien

En uppföljning har gjorts av de 26 barnen och deras 25 mödrar när barnen var 12-14 år gamla. Uppgifterna om kvinnorna har hämtats i kvinnornas socialakter. Materialet har kompletterats med information som samlats in av forskningsgruppen.

Barnen har indelats i fyra grupper med avseende på mammans alkoholkonsumtion under graviditeten.

Grupp 1: Barn vars mödrar slutade sitt missbruk under graviditetsvecka 5-12.

Grupp 2: Barn vars mödrar slutade missbruket ungefär mitt i graviditeten vecka 20-25.

Grupp 3: Barn vars mödrar drack kunder hela graviditeten, även om en viss minskning skedde efter det att behandling satts in.

Grupp 4: Barn som upptäcktes efter förlossningen på grund av att de visade tecken på fetalt alkoholsyndrom. Samtliga mammor i denna grupp hade alkoholkonsumtion på missbruksnivå under hela graviditeten.

Mödrarnas ålder vid barnets födelse var i genomsnitt: grupp 1: 21,8 år, grupp 2: 29,9 år, grupp 3: 28,5 år och grupp 4: 29,2 år. Tre av mammorna är döda.

Vilken typ av stöd har mödrarna fått?

Informationen är fullständig bara för 19 av de 25 mödrarna, men det framgår att en mängd olika insatser har prövats. Samtliga 19 har haft ekonomiskt bistånd från samhället. Socialsekreterare har kontinuerligt haft kontakt och bistått 13 kvinnor. Hembesök, samtalskontakter och praktisk hjälp har erbjudits. Fem kvinnor har regelbundet haft hjälp av hemma-hos-terapeut. Åtta kvinnor har haft tillgång till kontakt- eller stödfamilj. Barnen har i de flesta fall haft barnomsorgssplats och mödrarna har erbjudits avlastning, feriehemsplacering etc. En vanlig åtgärd har varit att skaffa lämplig bostad. Övriga åtgärder som riktas mot missbruket har till övervägande del varit psykiatrisk behandling.

Hur har det gått för mödrarna?

Trots omfattande stödåtgärder har nio kvinnor fortfarande ett pågående känt missbruk. De kvinnor som kunnat avbryta ett pågående missbruk i början av graviditeten har också kunnat förändra sin sociala situation. De har kommit från missbruksmiljön och fungerar socialt som förälder till sitt barn. En engagerad behandlingsassistent som givit ett kontinuerligt stöd, har varit en förutsättning.

Fyra kvinnor har förtidspension på grund av missbruket eller psykisk sjukdom. Alla har fått pröva beredskapsarbeten, praktikplatser eller yrkesinriktade insatser, men bara två av de yngre har satsat på en yrkesutbildning. De är nu inne på arbetsmarknaden och klarar sin ekonomi.

Hur har det gått för barnen?

Barnen har följts upp då de var 12-14 år. Två barn har flyttat utomlands och har inte kunnat undersökas. Tjugotvå av de resterande 24 barnen har undersökts med ett speciellt testbatteri. Uppgifter om övriga två har inhämtats via skolan. Intervjuer har gjorts med biologiska föräldrar, fosterföräldrar samt lärare.

Av de 24 barnen gick sju i normalklass, elva hade någon form av stöd i skolsituationen, sex gick i särskola. Av barnen med skolsvårigheter har flera speciallärarresurs i matematik och svenska samt hjälp av elevassistent. Utvecklingsbedömningarna med användande

av bl.a. ett intelligenstest (Wechsler Intelligence Scale for Children – WISC) visar att ju längre mödrarna missbrukat under graviditeten, desto lägre låg barnens testresultat. Lägst resultat har barnen vars mödrar missbrukat hela graviditeten (grupp 3 och 4, se ovan). Dessa barn har störst svårigheter med praktiskt-logiskt tänkande, med aritmetiska uppgifter och med minne. Barn i grupp 2 har främst svårigheter vad gäller minne. Av lärarintervjuerna framgick att barnen har problem framförallt i matematik och svenska. De är okoncentrerade och uppvisar bristande uthållighet. Det är lättare för dessa barn att ta instruktion i liten grupp än i den stora klassen.

När studien gjordes bodde 16 av de 24 barnen i familjehem. Övriga bodde i sina biologiska hem. Elva barn omhändertogs före 1 ½ års ålder (samtliga hade mödrar som missbrukat under hela graviditeten) medan fem omhändertogs senare. Flera av barnen har haft en uppväxtmiljö, som varit olämplig för små barn – mycket alkoholmissbruk, olika fadersgestalter och en mor som på grund av egna bekymmer har haft svårigheter att ge sitt barn den trygghet det behöver.

Av föräldraintervjuerna framgick att det största bekymret var barnets impulsivitet och aggressionsutbrott. Barnen har svårt att se konsekvenserna av sitt handlande och kräver mer tillsyn än normala barn.

Vad drar vi för slutsatser?

Slutsatsen är att skadan av alkohol under fosterstadiet kvarstår, då barnen är 12-14 år. Att flertalet av barnen placerats i familjehem under uppväxtåren har inte helt kunnat kompensera konsekvenserna av att barnet exponerats för alkohol som foster. En uppföljningsstudie i Seattle i USA (Ann Steissguth) på över 400 personer med fetalt alkoholsyndrom visade att de barn, som fått diagnosen före 6 år ålder klarade sig bättre. De barn som hade hela skadesyndromet med såväl tillväxthämning, missbildningar samt mental retardation hade fått ett bättre stöd av samhället än de som bara hade delar av syndromet. Bland dessa ungdomar fanns en hög frekvens av skolk och skolflykt, eget missbruk och kriminalitet.

Tidiga insatser och prevention

Trots att en tidig placering i familjehem inte tycks kunna eliminera skadeeffekterna av alkoholexponering under fosterstadiet så kan vi se en viss positiv påverkan på barnens utveckling, dock ej upp till normalnivå. Beteendemässigt bedömer vi att barnen i ett familjehem också kan få en bättre förståelse för sina svårigheter. Om den biologiska modern, trots omfattande stöd och hjälp, fortfarande missbrukar alkohol och har egna psykiska bekymmer blir vår bedömning att en familjehemsplacering är det bästa för barnet. Däremot är kontakten med de biologiska föräldrarna mycket viktig för barnets identitet och utveckling.

Enligt våra erfarenheter är det viktigt att i samråd med modern (och fadern) diskutera fram en lösning, som är det bästa för barn och föräldrar på både kort och lång sikt. I våra studier har vi sett åtskilliga exempel på hur barn har farit illa på grund av att en tydlig och realistisk handlingsplan saknats. Trots kostsamma och omfattande åtgärder från samhällets sida har dessa inte skett utifrån barnet perspektiv. Barnen och samhället har istället fått betala ett högt pris för långsam eller felaktig handläggning. Av resultaten framgår att stöd bör sättas in tidigt under graviditeten för att ge en god prognos för barnet. Ett personligt överlämnande från mödravård till barnhälsovård och distriktsvård med moderns godkännande är enligt vår erfarenhet det bästa sättet att få kontinuitet och motivation i stödarbetet med barn och föräldrar.

Samarbete mellan mödravård, barnhälsovård, socialtjänst, barnmedicin samt distriktsvård är en förutsättning för att minska dessa barns skador både under graviditeten och efter förlossning. Då alkoholkonsumtionen bland unga flickor ökar, ökar också risken för att fler foster och barn blir utsatta för alkoholens skadande effekter. Därför är ett fortsatt arbete att identifiera missbruksproblem hos blivande mödrar ytterst angeläget.

Referenser

Aronsson M. & Olegård R. (1987) Children of alcoholic mothers. *Pediatrician*, 14, 57-61.

Aronsson M & Hagberg B. (1993) Hur har det gått för de alkoholskadade barnen? *Läkartidningen*, 90.

Steissguth A. P. m.fl. (1991) Fetal Alcohol Syndrome in adolescents and adults. *Journal of American Medical Association,* 265, 1961-68.

Anmärkning: Forskningen har kunnat genomföras tack vare finansiellt stöd från Förstamajblommans Riksförbund, Socialdepartementet samt Per och Manid Molins fond.

4.3.4 Separationer – konsekvenser för barnen och samhällets stöd

Carl-Göran Svedin

Familjen och föräldrars betydelse

Att familjen och föräldrarna har en stor betydelse för barns utveckling anses självklart. Likväl väcks frågan förvånande ofta i samband med föräldrars skilsmässa; hur viktigt är det för barnet att ha kontakt med mamma, med pappa?

Utvecklingspsykologiska teorier framhåller starkt föräldrarnas betydelse. I interaktionen med de tidiga vårdnadshavarna skapas en känsla av identitet och att vara en person av betydelse och värd att älska. Genom uppväxtens olika utvecklingsfaser och utvecklingskriser är barnet beroende av föräldrarnas förmåga att möta och handskas med det. I ett positivt samspel utvecklas under de fem första levnadsåren en bestående känsla av trygghet, autonomi och könstillhörighet.

Barn är alltid en biologisk, psykologisk och social produkt av båda sina föräldrar. Utseende, personlighet, intressen osv. kommer i olika utsträckning att påminna om ursprunget. I triaden mamma/pappa/barn får barnet viktiga kunskaper och erfarenheter att bygga sin egen utveckling på. Det gäller för barnets alla utvecklingsstadier och berör områden som närhet, ömhet och avstånd, tillit och misstro, beroende och självständighet, inåtvändhet och utåtriktning, förmåga att tala om och visa känslor, inlevelse och medkänsla, aggressivitet och frigörelse, normer och regler, solidaritet med andra, manligt och kvinnligt m.m. Barnet upplever också detta både i direkt relation med mamma respektive pappa och som åskådare till mammans och pappans relation. Hur gör en kvinna, hur gör en man, och hur förhåller man sig till varandra i en nära relation?

Föräldrarna kommer under olika perioder i barnets utveckling att stå barnet olika nära och representera olika behov. T.ex. så är närheten till modern mycket viktig under det första levnadsåret medan behoven av både mamma och pappa är mycket viktig i 3-5 årsåldern (den oidipala utvecklingsperioden) och närheten till föräldern av samma kön under skolåren.

Föräldrarnas förmåga att harmoniera, komplettera varandra och samarbeta i vårdnad och fostran har stor betydelse för om barnet går en positiv utveckling till mötes. Barn vars föräldrar skiljer sig riskerar att ha fått uppleva äktenskaplig disharmoni och bristande föräldrafunktioner såväl före, under som efter skilsmässan. Skilsmässan upplevs vanligtvis av barnet som ett trauma och en förlust. Den kan emellertid också innebära en möjlighet till en lugnare uppväxt, om föräldrarna kan tona ned sina inbördes stridigheter och fortsätta som bättre föräldrar, då de sagt upp sitt make/maka- avtal.

Barn vars föräldrar skilt sig har fortfarande behov av båda sina föräldrar för sin fortsatta utveckling.

Föräldraförlust

Ett barns förlust av föräldrar kan ske antingen genom dödsfall eller skilsmässa. I förhållande till skilsmässa är det relativt ovanligt att en förälder dör under barnets uppväxt. Både likheter och skillnader finns. Likheterna består framför allt i det trauma och den psykosociala stress som barnet utsätts för. Detta trauma har barn olika individuella förutsättningar att bearbeta. Likaså har nära relationer, socialt nätverk och andra betingelser runt ett barn betydelse för vilka konsekvenser en separation får.

Skillnaden ligger framförallt i att då en förälder dör, utgör det en definitiv och oåterkallelig händelse som kan ge en möjlighet till krisbearbetning och nyorientering. En skilsmässa kan däremot innebära ett "ständigt" pågående trauma. Att mista en förälder genom skilsmässa, oavsett orsaken till att kontakten bryts, kan för barnet innebära en ständig källa till frustration, en känsla av att vara oälskad och bortvald. Då föräldern fortfarande finns, och som barnet upplever det, inte bryr sig, får barnet svårt att sörja och uppnå någon bearbetning. Följden kan bli bitterhet och dålig självkänsla.

Samtliga större skilsmässostudier betonar vikten av ett konfliktfritt och välfungerande regelbundet umgänge med den icke hemma-

boende föräldern för barnets psykiska hälsa och anpassning efter skilsmässan.

Hur många barn gäller det?

I Sverige upplever varje år 20-25 000 (ungefär 3%) svenska barn sina föräldrars separation. Vid 17 års ålder har ungefär 33% av alla svenska barn denna erfarenhet. Inom barn- och ungdomspsykiatrin och inom socialtjänstens institutionsvård kommer ända upp till 60% av barnen från splittrade hem. Risken för separation är tre gånger så stor mellan sammanboende föräldrar som mellan juridiskt gifta par. Man räknar med att ungefär en fjärdedel av samtliga skilsmässobarn helt mister kontakten eller har en mycket dålig kontakt med den icke hemmaboende föräldern. Denna siffra är betydligt högre bland barn med psykosociala problem.

Psykosociala konsekvenser av skilsmässa

Enligt äldre forskning skulle skilsmässobarn löpa högre risk att bli kriminella, få en osäker könsidentitet, bli homosexuella, få brister i sin personlighetsutveckling, få en dålig social anpassning, utveckla låg självuppfattning och uppvisa psykopatologiska reaktioner. Man försökte förklara verkan på barnet med svårigheterna att vara enförsörjarfamilj, faderns frånvaro, brist på stödjande hemklimat, moderns ångest och/eller depression, omgifte/styvföräldraskap, familjekonflikter, inkonsekvent beteende hos föräldrarna. Dessa studier genomfördes dock i ett samhälle där skilsmässor inte var så allmänt förekommande, och istället för representativa urval undersökte man ofta kliniska grupper, det vill säga barn som sökte hjälp för olika problem.

Senare studier har visat på att det är svårt att säkert veta om det är omständigheterna före, under eller efter skilsmässan som skapar psykisk ohälsa hos barnen. Mycket tyder på att det inte är skilsmässan som sådan. Man har påvisat att det handlar om korttids- och långtidseffekter på barnens psykiska hälsa och anpassning. De flesta barn reagerar på föräldrarnas skilsmässa med kris. Beroende på barnets ålder och mognad, kön samt personlighet kommer denna att se olika ut. Vanliga reaktionsmönster är ilska, irritabilitet, olydnad, ökat föräldraberoende, nedstämdhet och hämning. Efter en tid

minskar dessa besvär och barnen anpassar sig väl till den nya situationen.

I de svenska studier som finns på området noterar Öberg & Öberg att skilsmässobarn generellt sett inte löper större risk att få psykiska skador än barn som lever i intakta familjer. Köhler redovisar att skilsmässobarn inte blir mer neurotiska eller asociala än barn som är uppväxta i intakta familjer, men att en skilsmässa inte undgår att påverka barnen. Spigelman & Spigelman konstaterade att föräldrars skilsmässa kan innebära en ökad risk för negativ personlighetsutveckling. Ytterligare en studie av Gähler har visat att den psykiska hälsan hos dem som vuxit upp i ett skilsmässohem inte nämnvärt påverkats, utan avgörande tycks i stället vara om det förekommit konflikter i uppväxtfamiljen, något som även tidigare internationella forskare påpekat.

I en studie av en ettårspopulation skilsmässor vid Linköpings Tingsrätt visade Wadsby & Svedin att skilsmässobarn reagerar på skilsmässan, men inte har mer psykiska problem än andra barn. Två år efter skilsmässan mår barnen som andra svenska barn med ett undantag: pojkar som var yngre än fem år vid skilsmässan hade ökat sina symtom. Ytterligare riskgrupper var barn vars föräldrar hade ett missbruk eller egna psykiska besvär, barn som upplevt en mycket uppslitande skilsmässa och invandrarbarn. Vidare betonades vikten av ett regelbundet umgänge samt att barnen behövde prata upprepade gånger med föräldrarna om känslor och funderingar kring skilsmässan.

Samhällets stöd

Barn som upplever föräldrars skilsmässa hamnar i en kris och behöver som vid andra kriser få bearbeta denna, helst tillsammans med sina föräldrar och om inte detta fungerar, med någon utomstående. Skolhälsovårdens roll borde här utredas, och kanske skulle gruppsamtal med barn till skilda föräldrar kunna vara en modell.

I Sverige är det nu regel att föräldrarna tilldöms gemensam vårdnad. Alla kommuner har idag skyldighet att erbjuda föräldrarna samarbetssamtal i samband med skilsmässan men det är inte obligatoriskt att utnyttja den möjligheten, vilket det däremot är i Norge. Enligt min mening bör vi införa en liknande modell som i Norge, med den skillnaden att samtalen inriktas på barnens behov

i samband med en skilsmässa, s.k. barnpedagogiska konsultationssamtal.

Svenska barn klarar en skilsmässa väl. Sannolikt förklaras detta av att vi i Sverige har ett välutvecklat försäkringstekniskt och socialt skyddsnät. En hög hög andel kvinnor förvärvsarbetar, understöds med bidragsförskott, bostadsbidrag och får förtur till barnomsorg m.m. Det är således ur ett barnperspektiv viktigt att detta skyddsnät för barnfamiljerna inte urholkas ytterligare.

Barnpsykiatrins roll då det gäller barn och separationer

En hel del av de barn och ungdomar som barn- och ungdomspsykiatrin kommer i kontakt med oroas av att föräldrarna ska skiljas (separationsångest, skolvägran m.m.), medan en annan stor grupp kommer från splittrade hem och har problem med att få ett fungerande umgänge med den frånvarande föräldern. Ett familjesynsätt där barnens behov sätts i centrum måste prioriteras, och man bör undvika att se barnets eventuella symtom som ett uttryck för hans eller hennes indviduella problem.

För att leda barnpedagogiska konsultationssamtal krävs gedigen barnpsykologisk kunskap. Ansvaret för att tillhandahålla dessa kan både vara primärkommunalt eller landstingskommunalt. Barn- och ungdomspsykiatrin kan, om de inte själva genomför samtalen, erbjuda handledning och fortbildning.

Barn- och ungdomspsykiatrin ombeds ofta göra utredningar beträffande vårdnad och umgänge. Sådana bör i första hand göras då barnet har psykosociala och/eller psykiatriska problem, eller har handikapp som ställer över genomsnittliga krav på föräldrarna. Utredningar där föräldrarna har stora psykosociala och/eller psykiatriska problem bör bedömas av allmänpsykiatrin i samarbete med barn- och ungdomspsykiatrin medan de flesta övriga ärenden enbart bör handläggas av kommunernas familjerättssektioner.

Referenser

Gähler M. (1994) Svensk familjeupplösning och några av dess konsekvenser. I: Fritzell J. & Lundberg O. (red.) *Vardagens villkor*. Stockholm: Brombergs.

Köhler EM. (1988) *Hur mycket ska egentligen ett barn behöva tåla?* Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Spigelman A. & Speigelman G. (1991) *Effects of parental divorce on children's personality development.* Akademisk avhandling. Lund: Lunds Universitet.

Wadsby M. (1993) *Children of divorce and their parents.* Akademisk avhandling. Linköping: Hälsouniversitetet.

Öberg G. & Öberg B. (1985) *Den delade familjen.* Pedagogiska institutionen. Rapport nr 26. Stockholms universitet.

4.3.5 Att mäta barns livskvalitet

Bengt Lindström

Livskvalitetsforskning är en ung disciplin som har potential till ett flertal utvecklingsinriktningar. Medan hälsoforskningen av tradition har varit starkt bunden till medicinsk sjukdomsforskning, bör livskvalitetsforskning ha en tvärdisciplinär karaktär och i första hand inrikta sig på människans resurser.

Livet består av ett oändligt antal olika egenskaper eller kvaliteter och begreppet livskvalitet skall väga ihop och värdera livets alla kvaliteter på individ, grupp eller samhällsnivå. Hälsa utgör en av dessa kvaliteter, sjukdom en annan. Varje människa lägger olika vikt vid de enskilda kvaliteterna och betydelsen av dessa varierar såväl mellan människor som inom den enskilda individen beroende på människans situation, erfarenhet och utveckling.

För att få svar på frågan om vad som är det centrala i en människas liv blir man tvungen som utomstående att fråga vad som är viktigast i tillvaron. Tolkningen av svaret kräver kunskap om individens utveckling och livserfarenhet. Som exempel kan jag nämna att då jag första gången gick ut och frågade barn omkring livskvalitet fick jag av en sjuårig pojke svaret: "Det viktigaste i livet är att vara tillsammans och att inte ha ont i ryggen". Som sjuåring tänkte han konkret här och nu kring sina dagsaktuella frågor. Hans föräldrar hade nyligen skilt sig och hans lärare var sjukskriven på grund av ryggskott! Svaret visar att det kommer att vara en utmaning för forskningen att rätt beakta individens subjektiva värderingar av livets kvaliteter.

Att närma sig begreppet livskvalitet

Det finns naturligtvis flera sätt att närma sig begreppet livskvalitet vetenskapligt men skall man vara sann emot begreppets egentliga innebörd, bör tyngdpunkten läggas vid dess *positiva resursperspektiv* i kontrast till det klassiska vetenskapliga tillnärmelsesättet att beskriva problem och elände. Då kan livskvalitetsforskningen bli ett tillskott till medicinsk, psykologisk och social forskning och komplettera dessa discipliners problemorientering. Inom barnpsykiatrin kan livskvalitetsforskningen således visa på barnets och familjens styrka och utvecklingsmöjligheter.

Livskvalitet som forskningsbegrepp

Trots att begreppet livskvalitet för de flesta människor representerar något positivt, har man inom vetenskapen främst tagit upp begreppet i diskussioner kring *brister* på livskvalitet. Ofta undviker man att definiera begreppet för att det är så svårt. "Kvalitet" står för egenskaper i allmänhet eller egenskaper vi kan uppleva med våra sinnen. Men "liv" är betydligt svårare att definiera. I sin mest reducerade form kan livet beskrivas som "en serie fysiologiska händelser mellan födelse och död". Men livet är mycket mera. John Lennons sångtext "Life is what happens to you while you´re busy making other plans" rymmer en viss sanning. Alla egenskaper som skiljer liv från ickeliv utgör på sätt och vis livets kvaliteter, men det duger inte som definition. Vad man egentligen vill komma åt är en helhetsvärdering av tillvaron och de kvaliteter som upplevs som livsviktigast för individen, gruppen eller samhället.

Ett sätt att närma sig livskvalitetsbegreppet är att se hur man inom olika vetenskapliga traditioner har beskrivit "det goda livet". I västvärlden bär vi myten om paradiset som det goda livet inom oss. Paradiset innehåller det eviga och skyddade livet i harmoni utan yttre utmaningar, en statisk, evig och icke reproduktiv tillvaro som knappast är verklig eller särskilt upphetsande. Ändå tillhör paradismyten vår kulturtradition och påverkar vårt tänkande. Vår västerländska filosofiska tradition förtränger myterna och hyllar i stället rationaliteten och logiken. Platon talade om den "skyddade tillvaron" och framhöll sanningen som det högsta livsvärdet, medan Aristoteles såg utmaningen och livsengagemanget som dess viktigaste komponenter. Han beskrev även ett särskilt tillstånd "eudaimon",

som en helhetsupplevelse av ett lyckligt liv. Inom våra moderna vetenskaper är det främst sociologer och psykologer som beskrivit livskvalitet men även discipliner som ekonomi och medicin har visat ett ökat intresse och flera komplicerade index har utarbetats.

I den sociologiska traditionen handlar det goda livet om att tillfredställa sina icke materiella behov såväl objektivt som subjektivt. Sociologin talar även om att människans verklighet finns i det goda sociala relationerna, vilket gör att livskvaliteten är kontextuell. Det handlar inte bara om en individuell människa, ingen människa är en ö, utan om människan i sitt sammanhang. Ungdomens livsvillkor relaterar till samhället i stort.

Inom psykologin finns ansatser till att beskriva förutsättningarna för en god mental hälsa eller "inre livskvalitet". Grundkomponenterna är att vara aktiv, att ha självkänsla, att ha goda sociala relationer och en grundstämning av glädje (observera att glädje är bestående till skillnad från den tillfälliga lyckan). Den inre livskvaliteten har även relaterats till människans yttre förhållanden som arbete, bostad och ekonomi. Om dessa förhållanden kopplas till samhället i stort (dess värderingar av ungdom, demokrati, fördelning av resurser, miljö) får vi en helhetsstruktur med fyra livssfärer: samhället, de yttre förhållandena, de mellanmänskliga förhållandena och de personliga. Det är i denna struktur vi kan diskutera förutsättningarna för livskvalitet samt de mekanismer som kan skapa en god livskvalitet (se fig. 4.1 nedan).

Livskvalitet och hälsa

En forskningstradition som har vuxit fram inom hälsovetenskapen är studier av individers och gruppers motståndskraft, s.k. härdighet (eng. resilience), där man har försökt att skilja ut vad som är viktigast för växt i olika ålderssnitt. En annan användbar modell har utvecklats inom medicinsk sociologi i studier av hälsofrämjande mekanismer, s.k. salutogena faktorer. Man talar om människans övergripande förmåga att orientera sig i tillvaron eller människans "känsla för sammanhang", dvs. förmågan att förstå sin tillvaro, att kunna bemästra den och att se det meningsfulla i livet. Detta är egenskaper som utvecklas främst under barn- och ungdomstiden. Den här typen av studier ger oss en fingervisning om nya dynamiska perspektiv samt om vilka mekanismer som kan vara intressanta då vi försöker att skapa oss en god livskvalitet.

Ytterst handlar det om vad människan själv ser som viktigast i sin existens och att relatera det till närstående och till samhället i stort. Vill man närma sig ungdomar bör således deras egen uppfattning om livskvalitet vara central.

Jakten på det goda livet

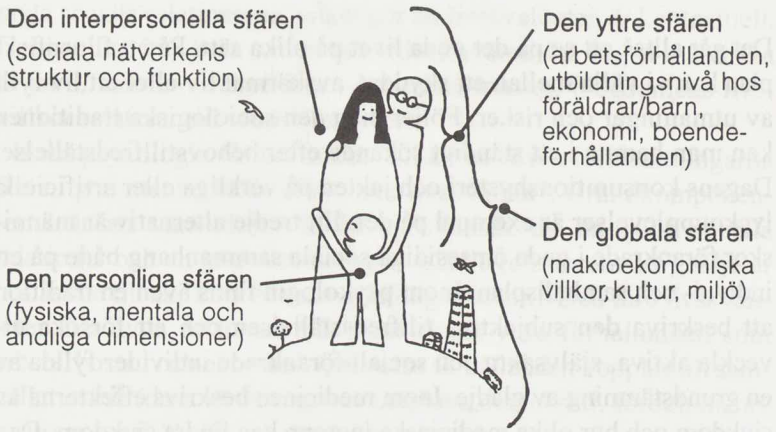
Det går alltså att se på det goda livet på olika sätt. På ett filosofiskt plan kan vi välja mellan ett skyddat, avskärmat liv eller ett liv fyllt av utmaningar och risker. Följer man den sociologiska traditionen kan man hamna i ett ständigt sökande efter behovstillfredställelse. Dagens konsumtionshysteri och jakten på verkliga eller artificiella lyckoupplevelser är exempel på det. Ett tredje alternativ är människor förankrade i goda ömsesidiga sociala sammanhang både på ett individ- och samhällsplan. Inom psykologin finns även en tradition att beskriva den subjektiva tillfredsställelsen och att försöka utveckla aktiva, självsäkra och socialt förankrade individer fyllda av en grundstämning av glädje. Inom medicinen beskrivs effekterna av sjukdom och hur olika medicinska ingrepp kan lindra sjukdom. Den folkhälsovetenskapliga traditionen har utvecklat ett synsätt som är förankrat i mänskliga rättigheter, med jämlika förutsättningar för alla i samhället. Hälsan är en rättighet. Detta kan stärkas av demokratiska deltagarstyrda verksamheter, där man mobiliserar människors resurser och utvecklar framgångsrika levnadssätt. Allt detta går att överföra till livets olika sfärer, med målsättningen att de tänkta "salutogena" mekanismerna och strategierna ska verka i riktning mot en god helhet, dvs. livskvalitet.

Strukturen på barns och ungdomars livskvalitet i makroperspektiv

Den modell som utvecklats på Nordiska Hälsovårdshögskolan för studien av barns och ungdomars livskvalitet indelar livet i fyra olika sfärer: 1. Den Personliga Sfären som innefattar individens fysiska, mentala och spirituella dimensioner. 2. Den Interpersonella Sfären som innefattar de sociala nätverkens funktion och struktur dvs. familj, släktingar, vänner, intima relationer och relation till samhället. 3. Den Yttre Sfären som beskriver socioekonomiska villkor i princip arbetsförhållande, villkor, utbildningsnivå hos föräldrar/barn,

ekonomi och boendeförhållanden. 4. Den Globala eller Samhälleliga Sfären som beskriver makroekonomiska villkor och fördelning, miljö, kultur, lagstiftning (t.ex. barnkonventionen) i relation till målgruppen (här barn och ungdom).

Fig 4.1 Förutsättningar för livskvalitet



Den här modellen talar för att barn och ungdomars livskvalitet skall ses kontextuellt, dvs. i relation till barnets sociala förhållanden och samhällsförhållanden. Vill man mäta barns och ungdomars livskvalitet kan man för varje enskild parameter lägga in faktorer som gynnar utveckling, dvs. ta fasta på skyddsfaktorer eller hälsofrämjande faktorer. En sådan modell mäter vilka förutsättningar det finns för ett barns livskvalitet. På basis av den kan man arbeta fram strategier för befrämjandet av barns livskvalitet.

En undersökning av barns livskvalitet

I den nordiska studie som gjordes vid Nordiska Hälsovårdshögskolan och riktade sig till 15 000 barn i åldern 2-18 år samt 3 000 barn med definierade kroniska sjukdomar visade det sig att bland nordiska barn så hade svenska, norska och danska barn nästan lika hög livskvalitet medan finska och isländska hade något lägre. Vad som ytterligare var glädjande var att barn med svåra kroniska sjukdomar hade i det närmaste samma förutsättningar för ett gott liv. Detta är ett gott betyg för välfärdssamhället som inte har kunnat

påvisas annorstädes. En uppföljningsstudie genomförs just nu (1996). Modellen har rönt stort intresse i USA samt Kanada. Det nästa steget i utvecklingen är att närma sig frågan kvalitativt, dvs. att genom barnens egna svar forma de teman som beskriver vad som är viktigast i livet i deras eget perspektiv. Utvecklingen av den modellen pågår vid Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Referenser

Lindström B. (1994) *The Essence of Existence*. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg, rapport 3.

Lindström B. (1996) Jakten på det goda livet. *Ungdomstid* 1-2, Ungdomsstyrelsen, Stockholm.

Raphael D. (1996) Determinants of health in North American adolescents: Evolving definitions, recent findings and proposed research agenda. *Journal of Adolescent Health*, 16, 6-19.

4.4 Psykiska problem under uppväxtåren

Barnet växer, utvecklar färdigheter, blir mer självständigt och ställs inför nya utmaningar. Kraven blir större liksom uttrycksmöjligheterna, problemen kommuniceras på nya sätt. Om det lilla barnet uttrycker sin otrivsel och psykiska smärta framförallt med kroppen, reagerar det äldre barnet på ett mer flerskiktat sätt. Grundläggande reaktionsmönster fortfar emellertid att prägla barnets och den unges sätt att uttrycka sig. I detta avsnitt ges exempel på hur psykiska problem under uppväxtåren kan gestalta sig. Ann-Margret Rydell inleder med att redogöra för tre huvudtyper av problem – inåtriktade och utåtriktade problem samt koncentrationssvårigheter – och vad dessa kan innebära för barnets sätt att fungera i skolan.

Ju äldre barnet är, desto större likhet råder mellan dess symtom på psykiska problem och hur de uttrycks hos en vuxen. Anne-Liis von Knorring redogör för depressioner hos barn och tonåringar, och konstaterar att de kan vara svårupptäckta hos de yngre barnen, men sammanfaller alltmer med den bild som gäller för vuxna. Även Björn Wrangsjö nämner depressivitet som något som är vanligt i tonåren, men tar fasta på den normalpsykologiska aspekten, och diskuterar depressivitet som ett uttryck för en utvecklingskris. Om

Anne-Liis von Knorring och Björn Wrangsjö har delvis skilda utgångspunkter i sina framställningar, är deras synsätt ändå inte oförenliga. Däremot utgör de två bidragen kring ätstörningar exempel på helt skilda skolbildningar. David Clinton är psykodynamiskt orienterad och framhåller ett multifaktoriellt tänkande kring ätstörningar. Han diskuterar de psykoterapeutiska möjligheterna och betydelsen av individuell behandlingsplanering. Per Södersten arbetar istället efter en rent biologisk förklaringsmodell och med att förändra ätbeteende och aktivitetsmönster hos anorektiker.

4.4.1 Psykiska problem. Hur manifesteras de i skolan?

Ann-Margret Rydell

Under de senaste decennierna har man i ett stort antal internationella studier identifierat tre huvudtyper av psykiska/beteendemässiga problem hos barn i skolåldrarna, som skiljer sig åt i kärnsymtom och associerade drag.

Den första gruppen kallas *utåtriktade problem* vilket är en paraplybeteckning för ett spektrum av mer eller mindre utmanande beteenden hos barnet: aggressivitet, ovilja att följa regler och normer, förstörelse och asocialitet. Om barnet får en psykiatrisk diagnos blir det ofta uppförandestörning, eller Conduct Disorder (CD) enligt det internationella systemet för diagnoser (DSM-IV). Den andra gruppen kan benämnas *uppmärksamhetsstörningar*. Den psykiatriska diagnos som används skiftar. Internationellt talar man om Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), i Sverige används fortfarande benämningen DAMP (Dysfunktion i Avledbarhet, Motorik och Perception). Utmärkande är barnets svårigheter med uppmärksamhet, att reglera den egna aktivitetsnivån och att kontrollera impulser. Den tredje kategorin benämns *inåtriktade problem*. Som namnet antyder berör sådana problem mer direkt barnets inre upplevelser. Omgivningen märker av problemen i det att barnet blir tillbakadraget och ängsligt.

Även om detta är tre urskiljbara kategorier av problem så förekommer en avsevärd överlappning. Ungefär en tredjedel av ADHD-barnen uppfyller kriterier för CD, och det finns en ganska stor grupp barn som är såväl aggressiva som nedstämda och ängsliga.

Genom olika forskningsansatser har man samlat en omfattande kunskapsmassa om de här problemen. Kliniska grupper har studerats, man har kartlagt förekomsten av problem bland "normalbarn", i exempelvis en hel årskull, och man har följt olika grupper av barn över tid. Informationen har samlats med skiftande metoder. Man har använt sig av barnens egna utsagor, av skattningar från föräldrar, lärare och professionella bedömare, av observationsstudier och av experiment.

Alla är skolbarn

En sak barnen har gemensamt, är att de går i skolan under många år. Skolan är samhällets socialisationsinstrument nummer ett, och det är ingen överdrift att säga att skolgången är av stor, ibland avgörande, betydelse för hur vuxenlivet gestaltar sig. Några betydelsefulla livsområden som formas i skolan kan urskiljas. Primärt är att barnet ska tillägna sig *kunskaper och färdigheter*, men den träning som ges i *socialt samspel* med vuxna utanför familjen, och i synnerhet med andra barn, är av lika stor betydelse. Under skolåren formas också i stor utsträckning *självbilden*, den uppfattning man har om sina egna förmågor och kvalitéer, och positiva eller negativa känslor inför den egna personen.

Självklart manifesteras de psykiska/beteendemässiga problemen också i skolan. Vad beträffar barn med CD och barn med ADHD/DAMP, så är problemen mycket märkbara. Det är snarast så att barn med dessa drag utgör skolans främsta problembarn, och för barnen själva blir skolgången mycket snart ett stort bekymmer. Om man ser på vad som utmärker barnen är det inte svårt att förstå varför.

Skolsituationen för barn med uppförandestörning (CD)

Kärnsymptomen i CD utgörs av aggressivitet, allvarliga regelbrott och asociala beteenden. Barnet hamnar i bråk och slagsmål; det kommer inte i tid, lyder inte tillsägelser, är högljutt och förstör saker; barnet knycker, narras och skolkar. Ofta visar dessa barn prov på dålig förmåga att förstå andras känslor, och mycket litet av det som kallas prosociala beteenden (hjälpsamhet, generositet, vänlighet). De har svårt att stå ut med monotoni och dras till det som är

spännande och gärna lite farligt. Dessutom finns ofta en benägenhet att se onda avsikter hos andra människor, även där sådana inte finns. Barn med denna framtoning underpresterar, dvs. tillägnar sig mindre i form av kunskaper och färdigheter än deras begåvningsmässiga resurser skulle kunna ge dem. Relationer till lärare är fyllda av bråk, tjat, kanske ömsesidig motvilja, och barnen är dåligt integrerade i kamratgruppen.

Barns kamratrelationer och ställning i kamratgruppen är ett livaktigt område inom utvecklingspsykologisk forskning, och man har i många studier identifierat en grupp barn som jämnåriga inte vill vara tillsammans med. Ett mycket stabilt fynd är att barn med CD-symtom utgör den största delen av de avvisade barnen. Beträffande självbilden är fynden inte entydiga. En del av CD-barnen känner sig missnöjda med sig själva och sina sociala kontakter, medan andra tvärtom tycks ha en orealistisk hög självuppfattning. Risken för onda cirklar som förstärker mönstret och i sin tur leder till mer konflikter och svårigheter är uppenbar. De behov dessa barn främst har, är att få hjälp med att bemästra sin aggressivitet, att avläsa sociala signaler adekvat, att sätta sig in i hur andra tänker, och att se meningen med att bete sig hyggligt mot andra.

Skolsituationen för barn med ADHD/DAMP

ADHD/DAMP-barnen utmärks främst av uppmärksamhetsbrister, hyperaktivitet och impulsivitet. Barnen har svårt att starta, genomföra och avsluta såväl arbetsuppgifter som lekar och samtal, de rör sig och pratar oupphörligt, och de kan inte hejda sig när någonting i omgivningen eller de egna infallen påkallar handling. Ofta åtföljs detta av humörväxlingar, svårigheter att följa regler och ojämnhet i prestationer. Många har specifika inlärningssvårigheter som t.ex. dyslexi, och en del har en något låg begåvning. I skolan hämmas kunskapsutvecklingen, delvis beroende på svårigheter att förstå och utföra uppgifter, men också på grund av svårigheter att planera och styra sitt arbete, och att orka slutföra uppgifter. Relationerna till vuxna och andra barn löper risk att bli ungefär som för CD-barnen. Även barn med ADHD/DAMP hamnar lätt i onda cirklar av konflikter, och riskerar att bli avvisade av kamraterna. Självbilden för ADHD/DAMP-barnen sjunker ofta starkt efter skolstarten, och en känsla av att inte duga infinner sig. Eftersom den egna inre strukturen brister, har barnet behov av en tydlig struktur i vardagen, av

anpassad undervisning, och av hjälp att bemästra impulser, styra sig själv, och förstå andra.

Skolsituationen för barn med inåtriktade problem

Den mer vardagliga varianten av de inåtriktade problemen utgörs av tillbakadragenhet och ängslan, och de psykiatriska yttringarna av depressioner och ångesttillstånd. Dessa barn är inte lika synliga i skolan som barn med CD och ADHD/DAMP, men svårigheterna får konsekvenser, främst vad gäller kamratkontakter och självbild. Även tillbakadragenhet är en faktor som gör barn mindre attraktiva som vänner – en undergrupp av de avvisade barnen utgörs av utpräglat tillbakadragna barn. Inverkan på självbilden är relativt klar i form av ensamhetskänslor och liten tillfredsställelse med den sociala situationen. Det finns ingen redovisad forskning kring tillbakadragna barns inlärning och kunskapsutveckling. Det förefaller emellertid troligt att ett tillbakadraget och ängsligt barn har svårt att göra sig hörd och att visa vad hon eller han kan, och därför kanske också presterar mindre. Dessa barn behöver främst hjälp med att lära sig att ta och besvara sociala initiativ, att bemästra sin ängslan i sociala sammanhang och prestationskrävande situationer, och att visa upp vad man kan.

Hur blir det på sikt?

Problemen kan självklart påverka barnets utveckling på lång sikt. Beträffande inåtriktade problem vet man inte så mycket, eftersom långsiktiga studier är få, men det finns modeller för en utvecklingsväg från tillbakadragenhet och ängslan i barndomen, via isolering i kamratgruppen och en negativ självbild, till depression och allvarliga ensamhetsproblem längre fram. För barn med CD och ADHD/DAMP är kunskapen större, och bilden är tämligen allvarlig. Aggressivitet som personlighetsdrag är relativt stabilt från 10-års åldern, ungefär lika stabilt som intelligens. Vi vet också att en dryg femtedel av alla barn som har problem av CD-typ utvecklar kriminalitet och asocialitet i ung vuxenålder. I retrospektiva studier, där man tittat på bakgrunden hos unga våldsbrottslingar, är det så pass många som 70-90% som har en tidigare historia av CD. För de allra flesta av dessa förekommer skolmisslyckanden i form av tidigt

avslutad skolgång, placering i speciella skolformer och dåliga betyg som en del i karriären. Beträffande ADHD har man numera konstaterat att detta tillstånd inte växer bort. Minst 70% av de barn som i 8-årsåldern fick en ADHD-diagnos uppvisade samma bild i tonåren, drygt hälften av dessa barn har skolsvårigheter och skolmisslyckanden som tonåringar, och en fjärdedel, i synnerhet de som även har det aggressiva/asociala mönstret, har utvecklat kriminalitet och/eller missbruksproblem.

Det tycks också som om riskerna samverkar och förstärker varandra. I svenska studier, bland andra, har man visat att av dem som i 10-13-årsåldern *samtidigt* var aggressiva, hade uppmärksamhetsproblem, underpresterade i skolan och hade dåliga relationer till kamrater, var hälften gravt asociala i 20-årsåldern. Den ogynnsamma utvecklingen började för många i tidig ålder, och det står klart att skolan i många fall inte hade lyckats vända utvecklingen rätt. För 25-50% av barnen med en sammansatt, utagerande problembild tycks livet i skolan, med vuxna och med kamrater, snarast ha cementerat en utveckling som lett till en svår situation vid början av vuxenlivet.

Referenser

Asher AR. & Coie JD. (1990) *Peer rejection in childhood.* Cambridge: Cambridge University Press.

Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS. & Smallish L. (1990) The adolescent outcome of hyperactive children diagnoses by research criteria. I: An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 546-557.

Garber J, Quiggle NL, Panak W. & Didge KA. (1991) Aggression and depression in children: comorbidity, specificity, and social cognitive processing. I: Cichetti D. & Toth SL. (Ed) *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction. Rochester Symposium on Developmental Psychology, Vol 2,* 225-264. NJ: Lawrence Erlbaum Publ.

Loeber R. (1990) Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review, 10.* 1-41.

Rubin KH, Hymel S, Mills RSL. & Rose-Krasnor L. (1991) Conceptualizing different developmental pathways to and from social isolation in childhood. I: Cichetti D. & Toth SL. (Ed) *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction. Rochester Symposium on Developmental Psychology, Vol 2,* 91-122. NJ: Lawrence Erlbaum Publ.

4.4.2 Depressioner hos barn och ungdomar

Anne-Liis von Knorring

Depressioner hos barn och ungdomar tycks vara vanligare än man tidigare har trott. Det är emellertid lätt att förbise deras depressionssymtom. Därför är det inte ovanligt att föräldrar är helt ovetande om att deras barn är nedstämt. Övergående och korta perioder av nedstämdhet upplever både barn och vuxna då och då, och det är viktigt att skilja sådana skiftningar i stämningsläget från egentliga depressionstillstånd.

Före skolåldern finns inte klara tidsbegrepp och därmed kan det vara svårt att få en uppfattning om hur konstant barnets känsla av nedstämdhet är. Dock kan man från cirka sju års ålder genom intervjuer med barnet och i vissa fall med kompletteringar från vuxna i omgivningen få fram relativt säker information.

Förekomst

Man kan se depressioner hos barn från cirka ett halvt års ålder. Bland skolbarn före puberteten räknar man med att 0,5-2% lider av depression, och att könsfördelningen är lika eller möjligen med en övervikt för pojkar. Efter puberteten stiger andelen drabbade flickor markant. I Sverige har förekomsten av egentlig depression hos tonåringar angivits till 3-4%, vilket troligen är en underskattning. Under senare decennier tycks antalet deprimerade ungdomar ha ökat i jämförelse med tiden omkring och efter andra världskriget.

Hur yttrar sig depression?

Kliniska depressionstillstånd kallas i modern terminologi för *egentlig depression*. En svårare form av denna brukar benämnas *melankoli*. Senare tids forskning har visat att det är meningsfullt att använda sig av samma diagnostiska kriterier på depression för barn som för vuxna. Vid egentlig depression är tillståndet så omfattande att olika symtom förekommer under större delen av dagen och att barnets funktion i skolan, med familjen eller med kamrater påtagligt har försämrats. För att ställa diagnosen depression krävs att minst fem av nedanstående symtom förekommer samtidigt:

1. *Nedstämdhet* eller *irritation*. Många gånger förekommer de omväxlande under samma episod. Irritation är ytterst vanligt hos deprimerade gymnasieungdomar.
2. *Anhedoni*, dvs. avsaknad av lust och initiativ. Detta förekommer hos nästan alla.
3. *Låg självkänsla* och *skuldkänslor*.
4. *Koncentrationssvårigheter*. Ofta har lärarna märkt att prestationerna i skolarbetet har försämrats.
5. *Trötthet* och *minskad psykisk energi* är mycket vanligt förekommande vid depression. Ungdomar klagar oftare över trötthet än barn som ännu inte nått puberteten.
6. *Psykomotorisk hämning*, dvs. en långsamhet och tröghet i rörelserna rapporteras i drygt hälften av alla fall. *Agitation*, eller rastlöshet, rapporteras framför allt hos de yngre barnen. Inte sällan förekommer agitation och hämning om vartannat hos samma individ.
7. *Sömnproblem*, som för barn och ungdomar oftast yttrar sig i att det är svårt att somna på kvällen.
8. *Aptitpåverkan* med antingen minskad eller ökad aptit. Viktnedgång eller viktuppgång kan vara en effekt av detta.
9. *Dödstankar* och *självmordstankar* förekommer hos cirka 2/3 av dem som har egentliga depressioner. Sådana tankar är lika vanliga före som efter puberteten. Däremot gör fler tonåringar suicidförsök och metoderna är potentiellt farligare än de som används av de yngre barnen.

Andra symtom på depression

Ovanstående symtom är specifika för depression. Deprimerade barn och ungdomar har också mer ospecifika symtom, som många gånger kan vara mer framträdande. Smärtor och kroppsliga klagomål förekommer hos så gott som alla förskolebarn med depression. Pojkar blir oftare än flickor bråkiga och stökiga. Barn med dålig självkänsla har en tendens att inte våga göra saker på egen hand. De blir mer klängiga och kan visa tecken på *separationsångest*. Med detta menas att barnet har en onormal rädsla för att skiljas från sina närstående. Andra former av ängslan och *ångest* kan också förekomma. Ibland kan ångesten komma panikartat och plötsligt utan föregående varning. Även *fobier* (irrationell rädsla) av olika slag kan förekomma. Djurfobier är vanligt hos yngre skolbarn.

Varför blir man deprimerad?

Genetiska faktorer tycks ha betydelse för uppkomsten av depression hos barn, ungdomar och vuxna. Stresshormonet kortisol är förhöjt vid svårare fall hos både vuxna, barn och ungdomar. Psykosociala faktorer tycks väga tyngre ju yngre barnet är.

Det finns likheter mellan djup sorg och egentlig depression/melankoli. Förluster av närstående är vanligare hos deprimerade barn, ungdomar och vuxna än hos andra. Barn med svårigheter vad gäller uppmärksamhet, motorik och perception löper en större risk för att utveckla depression. Ett barns självkänsla grundas i viss mån på dess upplevelser av sin motorik och perception. Om dessa funktioner störs under utvecklingen ger det barnet svårigheter att uppfatta, lära in och att prestera. Depression kan då uppkomma som en brist på positiv självkänsla. Även barn med andra handikapp, som exempelvis dyslexi, har en ökad risk att bli deprimerade. Detsamma gäller barn med kroniska sjukdomar. Om personer i barnets omgivning inte stöder och uppmuntrar barnet eller om denna uppmuntran minskar kan också depression uppstå. Andra faktorer, som har betydelse är barnets förmåga att hantera stress. Tidigare negativa upplevelser av och förväntningar på att inte ha möjlighet att påverka sina liv leder till känslor av hjälplöshet. Detta leder i sin tur till passivitet, försämrad social förmåga, hopplöshet och andra tecken på depression.

Behandling av depressioner hos barn och ungdomar

Vid behandlingen är det av stor vikt att engagera föräldrarna, för information och för att det ger möjligheter till att barnets situation kan förändras. Det deprimerade barnet behöver mycket ömhet och trygghet, vilket i längden kan vara svårt eftersom deprimerade har sämre förmåga att ta emot positiva kommentarer och känslor. Om det förekommer konflikter mellan föräldrarna, exempelvis i uppfostringsfrågor, dras barnet in i denna konflikt. Här kan familjeterapeutiska behandlingsmetoder vara till hjälp. Individuell psykoterapi har visat sig effektiv i behandlingen av tonåringar. Både kognitiv terapi och interpersonell terapi (ITP) givet under en begränsad period ger positiva effekter. Samarbete med skolan är av värde för att eventuellt avlasta barnet arbetsbördan tillfälligt och för att träna hur man kan gå tillväga för att förbättra kamratrelationerna. I svårare fall kan farmakabehandling bli aktuell. Inför en sådan behandling krävs att både barnet och föräldrarna informeras ytterligt noggrant.

Man bör räkna med att barnet kan få en ny depressionsperiod. Risken för att få ett återfall inom 5-8 år är 75-100%. Fram till tidiga vuxenår riskerar 2/5 ha gjort ett eller flera suicidförsök. Minst 10% kommer att lida av kronisk depression. Risken för att depressionen är första episoden i en bipolär (manodepressiv) sjukdom har angivits vara 20-30%.

Referenser

von Knorring A-L. (1996) Depressioner hos barn och ungdomar. *Nordisk Medicin*, 111, 271-274.

von Knorring A-L. (1995) Depressioner och suicidalt beteende hos ungdomar. I: Beskow J. (red.) *Rätt till liv – lust till liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar*. Stockholm: FRN.

Reynolds W M. & Johnston H F. (1994) *Handbook of depression in children and adolescents.* London: Plenum Press.

4.4.3 Tonåringars utveckling ur psykodynamisk synvinkel

Björn Wrangsjö

Tonårstiden betraktas ofta som en stormig utvecklingsperiod – och med all rätt. Den innebär alltid en kraftig inre omställning och påfrestning, oavsett om tonåringens självständighetsutveckling går via ett för omvärlden provocerande beteende eller ej.

Den unge ska gradvis lämna Barndomslandet och bli självständig, en tillvaro som vederbörande inte vet något om. Man måste stå på egna ben, och det finns ännu inget facit eller någon erfarenhet som kan vara till ledning. Föräldrarna kan fortfarande vara ett stöd men de reduceras från att ha varit barndomens mäktiga beskyddare till att bli vanligare, om ännu inte helt vanliga, människor med sina begränsningar.

I sin frigörelse och självständighetsprocess reagerar många tonåringar med avståndstagande till föräldrar, och mer eller mindre kraftig nedvärdering av dessa. Till bilden hör kraftiga humörsvängningar, och en pendling mellan ett barnsligt beroende och ett kavat "jag klarar mig själv i alla väder"-beteende. Det är dock inte sagt att alla tonåringar reagerar på detta sätt. Utvecklingen kan också gå via gradvisa gränsmarkeringar vad gäller integritet och övertagande av beslut för det egna livet från tonåringens sida, med motsvarande respekt för tonåringens integritet från föräldrarnas håll.

Detta är inte okomplicerat. Samtidigt som tonåringen har sina utvecklingsproblem att kämpa med vad gäller fysisk mognad, kroppsliga förändringar, sexualitet m.m. är andra medlemmar av familj och nätverk inne i sina utvecklingsfaser. Föräldrar i medelåldern har sina yrken/karriärer att förhålla sig till, de egna kroppsliga förändringarna som gradvis men entydigt påvisar att de inte är unga längre, relationer till egna åldrande föräldrar som kan behöva mer hjälp, samt inte minst de påfrestningar på parrelationen som perspektivet att snart bli ensamma med 'det tomma boet' innebär.

Strävan efter självständighet

De inre normer och rättesnören som dugt bra åt ett barn har för en tonåring alltför stark "smak" av att vara föräldrar till lags – ett avgörande hinder för att bli och känna sig självständig och våga tro

på en framtid. Tonårsutvecklingen har kallats en andra separations- och individuationsperiod. Den första perioden föreligger i 2-3 års ålder. Har denna tidiga period av självständighetsutveckling varit mindre lyckad kommer den unge å ena sidan att få en ny chans i tonåren, å andra sidan att ta med sig barndomens ofullgångna lösningar på självständighetssträvan in i tonårstiden. Föräldrarna blir ånyo föremål för gamla barnsliga auktoritära föreställningar och uppfattas som störande och alltför styrande. Ändå förblir de en källa till stöd.

"Jag behöver inte dig"

Det är alltid en stor påfrestning på självkänslan att känna sig beroende, särskilt om detta beroende får färg av ett beroende som avspeglar småbarnstidens olösta problem. Detta är problematiskt för tonåringen vars självkänsla bygger på förmågan att känna sig självständig. Tonåringar handskas gärna med denna situation genom att nedvärdera sina föräldrar och ta avstånd från deras regler och normer. Det som inte är värt så mycket är inte mycket att sakna, beroendet känns mindre och självkänslan känns starkare.

Det tycks finnas en stor risk att föräldrar missuppfattar tonåringens avvisande och nedvärderande, att man tar till sig budskapet att "jag behöver inte dig". I uppgivenheten vänder man dem ryggen. Detta upplever tonåringen som ett svek. Egentligen är det så att ju mer avvisande de är desto mer brottas de med ett olöst beroende – ett beroende som de hellre skulle dö än att erkänna då det går stick i stäv med deras självständighetssträvanden. Förälderns svek blir som en kniv i hjärtat, men tonåringen försöker hålla god min.

Att pröva nya normer – och vädra de gamla

Under en period får gängets och jämnårigas normer och regler vara vikarierande rättesnören för beteenden, handlingar, åsikter och beslut. När tonåringen övergår från familjenormer till gäng/gruppnormer, blir många föräldrar oroliga. Tonåringen prövar i sitt identitetssökande många beteenden och roller. Efter en tids "utprovning" visar det sig att dessa inte stämmer med tonåringens egen person, och han eller hon lämnar då automatiskt detta fält. Om tonåringen får för lite bekräftelse på sina goda sidor och positiva försök, men

desto starkare reaktioner på andra sidor, t.ex. drog/alkohol prövande, asocialitet m.m. finns en risk att det negativa beteendet blir befäst. Utskällningen från föräldern får tonåringen att känna sig mer levande och verklig än i den tystnad i relation till föräldern som kanske råder då tonåringen 'sköter sig'. Naturligtvis har föräldrar anledning att reagera på negativt beteende, men ofta är det effektivare med måttliga markeringar i dessa avseenden och istället starkare bekräftelser på tonåringens goda sidor och positiva försök.

Både beprövad erfarenhet och forskning tyder på att tonåringar tar in vad föräldrar säger och bevarar det, även om de inte *just då* rättar sig efter vad föräldern säger. Det tycks också som om de upp i 20-årsåldern, när de har 'vädrat ut' känslan av föräldraberoende i sitt inre normsystem, i stor utsträckning återgår till att fungera efter de gamla normer som styrde dem före tonårstiden, men nu med en upplevelse av att dessa är deras egna personliga.

Sorg över det man förlorat

Tonåringarna lämnar Barndomslandet och Barndomens föräldrar, både för att bli mer självständiga och för att på sikt kunna upprätta djupa kärleksförbindelser utanför familjen. Denna utveckling kan inte komma till stånd utan en inre sorgeprocess som tidvis präglar tonåringens stämningsläge och beteende, antingen så att de verkar och upplever sig som nedstämda eller så att det döljs bakom förnekanden, rastlös aktivitet eller andra försvar.

Tonåringens bidrag

Om föräldrarna är flexibla utan att bara vara släpphänta, och om man bemödar sig om att bevara en grundrelation genom tonårstidens prövningar, förbättras ofta relationen så småningom. Det är dock väsentligt att alla tonåringars protester inte behandlas som övergående auktoritetsproblem. Många tonåringar har en för vuxenvärlden obehaglig skarp blick för såväl sina föräldrars som andra vuxnas tillkortakommanden, både på individuell och samhällelig nivå. Denna kritik måste respekteras och tas tillvara. Den utgör tonåringens bidrag till vuxenvärldens självprövning och vidareutveckling såväl individuellt som kulturellt och samhälleligt.

Referenser

Kaplan L. (1987) *Farväl till barndomen.* Stockholm. Natur och Kultur.

Ziehe T. (1986) *Ny ungdom. Om ovanliga läroprocesser.* Stockholm. Norstedts.

Wrangsjö B. (1995) *Tampas med tonåringar.* Stockholm. Natur och Kultur.

4.4.4 Psykoterapeutisk behandling av ätstörningar

David Clinton

Uttrycket "ätstörningar" är relativt nytt i det svenska språket, medan den motsvarande engelska termen "eating disorders" har funnits något längre. "Ätstörningar" syftar på ätbeteende som leder till allvarliga problem med fysisk hälsa och/eller psykosocialt fungerande. Specifika ätstörningar är huvudsakligen anorexia nervosa och bulimia nervosa.

Kriterierna för *anorexia nervosa* betonar oförmåga att hålla kroppsvikten över nedre normalgränsen, stark rädsla för att gå upp i vikt, störd kroppsuppfattning, och mensbortfall bland kvinnor. Kriterier för *bulimia nervosa* betonar återkommande episoder av hetsätning, brist på kontroll över ätande, kompensationsbeteende för att förhindra viktuppgång (som t.ex. kräkning, användning av laxermedel och intensivt motionerande) samt en benägenhet att värdera sig själv uteslutande i termer av vikt och kroppsform. Personer som visar flera men inte alla nödvändiga tecken för att erhålla en anorexi- eller bulimidiagnos sägs ha en *atypisk ätstörning.*

Förutom de diagnostiska kännetecknen är ätstörninar ofta förknippade med andra psykiska problem, som t.ex. depression och känslor av ineffektivitet, självmordsförsök, tvångsmässighet, missbruk, isolering och ett omfattande personligt lidande.

Epidemiologi

Ätstörningar är ofta långvariga, och patienterna kan ofta ha brottats själva med sina problem i flera år innan de söker hjälp. Dödligheten tycks vara hög. Uppföljningsstudier av anorexia nervosa har visat en

dödlighet mellan 1-18%. Dödsfall på grund av svält är relativt ovanligt idag men självmord kan vara en stor risk bland både anorektiker och bulimiker.

Förekomsten av ätstörningar förefaller att öka. Enligt American Psychiatric Associations (APA) konsensusuttalande från 1993 drabbas ca 1-4% av alla tonårsflickor och unga kvinnor. Bland män, invandrare, äldre kvinnor och barn som inte har uppnått puberteten är ätstörningar mindre vanliga, men forskningen tyder på att de ökar. Anorexia nervosa tycks vara vanligare bland tonårsflickor, medan bulimia nervosa är vanligare bland unga kvinnor. Minst en tredjedel av de patienter som söker hjälp har en atypisk ätstörning.

Många patienter tycks leva i ett spektrum av ätstörningar där de pendlar mellan olika diagnoser. Över hälften av de patienter som söker hjälp för atypiska ätstörningar och bulimia nervosa har tidigare uppfyllt kriterier för anorexia nervosa. Cirka hälften av alla anorexia nervosa patienter utvecklar bulimiska symtom, och många patienter som är först huvudsakligen bulimiska utvecklar anorektiska symtom senare.

Det multifaktoriella synsättet

Trots många diagnostiska likheter finns det också en mångfald slående olikheter mellan patienter med ätstörningar. Många forskare har betonat att dessa patienter utgör en mycket heterogen grupp individer. Patienterna varierar inte enbart i termer av sin sjukdomsbild, utan kan också ha mycket olika bakgrund och psykosocialt fungerande samt helt olika sorts personlighet.

Det faktum att ätstörda patienter är så olika har betydelse för vår förståelse av såväl uppkomstmekanismer som behandling. Många framstående experter inom området har betonat nödvändigheten av ett multifaktoriellt synsätt beträffande ätstörningar. Uppkomsten av anorexia nervosa och bulimia nervosa har förmodligen att göra med ett samspel av olika faktorer som berör ärftlighet, fysiologiska faktorer, familjestruktur, personlighet samt kulturella och sociala faktorer. Medicinska Forskningsrådet (MFR) slog 1993 fast att man för att förstå hur anorexia nervosa uppkommer måste använda sig av ett multifaktoriellt och tvärvetenskapligt synsätt. Bantning räcker inte som förklaring, eftersom så många tonåringar bantar utan att utveckla anorexia nervosa.

Olika behandlingsstrategier

Bara när vi inser att ätstörningar drabbar en mycket heterogen grupp av individer, samt att dessa problem handlar om ett komplext samspel av olika faktorer, kan vi gå vidare till en vettig diskussion om behandling. Detta har slagits fast t.ex. i MFR:s konsensusuttalande om anorexia nervosa: "Trots en likartad sjukdomsbild föreligger stor variation när det gäller orsaksfaktorer, utvecklingsfas, sjukdomsgrad och social situation. Detta nödvändiggör individualiserad behandling. Olika behandlingsmetoder kan användas." Det är av grundläggande betydelse att behandlaren har gedigna kunskaper om ätstörningar och kan utveckla en god och slitstark relation till patienten, är något som framhålls av såväl MFR som APA.

Psykoterapeutiska metoder

Flera framgångsrika psykoterapeutiska behandlingsmetoder har utvecklats för behandling av ätstörningar. Familjeterapi, gruppterapi, kognitiv-beteendeterapi, psykodynamisk psykoterapi och psykoanalys har alla visat sig vara effektiva på olika sätt. Ingen av dessa metoder har emellertid kunnat bevisats vara överlägsen någon annan. Detta beror sannolikt på att patienter med ätstörningar är just en heterogen grupp med olika hjälpbehov.

Individuell behandlingsplanering

APA betonar att psykoterapi bör skräddarsys för att möta den enskilda patientens behov. Varje psykoterapeutisk behandlingsmetod har sina särskilda styrkor som kan vara lämpliga för vissa patienter under vissa faser av hans/hennes sjukdom. Vilken form av psykoterapi som blir lämpligast kommer att bero på bl.a. patientens utvecklingsnivå och personlighet samt behandlingens målsättningar. Familjeterapi kan erbjuda ett sätt att reda ut intrasslade relationer i patientens ursprungsfamilj. Gruppterapi kan innebära en möjlighet att skapa insikt och prova problemlösningar tillsammans med andra människor som lider av liknande problem. Kognitiv-beteendeterapi kan stimulera utveckling av nya och mer adaptiva problemlösningar. Psykodynamisk psykoterapi och psykoanalys kan erbjuda unika

möjligheter att bearbeta bakomliggande konflikter och därmed lägga en grund för långsiktigt tillfrisknade.

Behandling vid anorexia nervosa

Syften med behandling av anorexia nervosa är ofta att först hjälpa personen ur svältens grepp och få till stånd en näringsmässig rehabilitering. Detta kan ske inom ramarna för både sluten- och öppenvård. Mer långsiktiga målsättningar är att behandla olika psykologiska, familjemässiga, och sociala aspekter för att förhindra återfall. Väsentliga behandlingsmål är då t.ex att förbättra problem förknippade med känslor, relationer, personlighet och socialt fungerande. Individuell behandlingsplanering är väsentlig.

APA betonar att empati, pedagogiska inslag i behandling, insikt och problemlösning är psykoterapeutiska komponenter som bör finnas i behandlingen så tidigt som möjligt. Eftersom anorektiker brottas med svårföränderliga problem kan den psykoterapeutiska behandlingen behövas för minst ett år och ofta flera år. Psykoterapi kan ges i grupp eller indviduellt, och också kombinationer av olika psykoterapeutiska behandlingsmetoder kan användas. Enligt MFR är familjeterapi sannolikt den bästa behandlingen för yngre patienter medan individuellt utformad psykoterapi tycks vara mest verksam hos äldre. APA understryker att det kan vara nödvändigt att konsultera andra specialiteter. Behandlingen kan kräva inläggning vid flera tillfällen, olika former av mellanvård, medicinering och olika sociala interventioner.

Behandling vid bulimia nervosa

Patienter med bulimia nervosa är sällan i behov av sluten vård, såvida inte tillståndet kompliceras av laxermedelsmissbruk, missbruk av alkohol och droger, självmordsrisk, och mer allvarliga psykiska störningar. Patienterna kan ofta uppnå betydande symtomförbättring med hjälp av korttidspsykoterapi, i grupp eller individuellt. Kostrådgivning och kognitiv-beteendeterapi kan ofta leda till symtomförbättringar inom 2 till 4 månader. Psykodynamisk och interpersonell psykoterapi samt psykoanalys kan hjälpa patienterna att lösa konflikter som bidrar till deras symtom och därmed förbättra långsiktiga utsikter.

På grund av de ofta omfattande psykiska problem som medföljer bulimia nervosa (t.ex. självmordsrisk, missbruk, svår ångest, m.m.) kan många bulimiker uppnå mer permanent förändring genom fortsatt psykoterapi eller psykoanalys enligt APA. Detta kan motarbeta återfall och hjälpa med bearbetning av underliggande problem som blir allt mer synliga ju mer patientens bulimiska symtom börjar försvinna. I detta sammanhang kan det vara viktigt för psykoterapi att fokusera på t.ex. identitetsutveckling, svårigheter med sexuella och aggressiva känslor, och könsroller. Långvarig psykoterapeutisk behandling kan vara nödvändig för bulimiker som samtidigt har problem med anorexia nervosa eller allvarliga personlighetsmässiga problem. I likhet med anorexia nervosa är familjeterapi ett bra alternativ när det handlar om tonåringar som fortfarande bor hemma med sina föräldrar, patienter med pågående familjekonflikter eller gifta/samboende patienter med svårigheter i förhållande till en partner.

Uppgifter inför framtiden

Enligt min egen uppfattning finns det flera angelägna uppgifter för framtiden vad gäller behandling av anorexi och bulimi. Trots det ökade intresset för ätstörningar är våra kunskaper kring dessa problem fortfarande bristfälliga. Framförallt är det viktigt att börja undersöka frågan om vilken sorts behandling som passar för vem. Genom bättre kunskaper om vilka behandlingsinslag som kan vara till hjälp för specifika patientsubgrupper blir det lättare att planera effektiv behandling. I detta syfte blir det viktigt att kunna studera större grupper av ätstörda patienter från flera behandlingscentra för att kunna omfatta den stora heterogeniteten som präglar ätstörningar.

Nya rön måste förmedlas vidare till verksamma kliniker runt om i landet. Samtidigt är det väsentligt att utöka behandlingsresurserna för ätstörningar. Detta kan ske genom utveckling av specialistvård och/eller spridning av specialkunskaper och erfarenheter. Eftersom ätstörningar ofta är långvariga och oftast drabbar unga personer är det angeläget att åldersgränser inom sjukvården är flexibla. Övergånger mellan barn- och ungdomspsykiatri å ena sidan och vuxenpsykiatri å andra sidan bör vara så smidiga och så flexibla som möjligt.

Referenser

American Psychiatric Association, APA. (1993) Practice guidelines for eating disorders, *Am J Psychiatry*, 150, 207-228.

Brownell KD. & Fairbur, CG. (1995) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, New York, The Guilford Press.

Clinton DN. (1994) *Eating disorders. Diagnosis and treatment.* Doktorsavhandling, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Folkhälsoinstitutet & Socialstyrelsen. (1993) Ett liv av vikt: Regeringsuppdrag om anorexi/bulimi.

Medicinska forskningsrådet, MFR. (1993) Konsensusuttalande: Behandling av anorexia nervosa (självsvält). Stockholm: Spri förlag.

4.4.5 Anorexi – orsak och behandling

Per Södersten

Anorexi, på svenska självsvält, beskrevs för över tusen år sedan. Redan då påpekades det som utmärker självsvältande flickor (färre än 5% är pojkar): utmärglingen som följer svälten och den höga fysiska aktiviteten. Det noterades också för flera hundra år sedan att orsaken är att någon har uppmanat den drabbade att minska sitt matintag, dvs. att banta. Skälen till att man skall banta har varierat från tid till annan. Nu är det vanligt att t.ex. en tränare säger till en idrottare att banta för att nå bättre resultat.

Tidig behandling av anorexia nervosa

År 1874 gav den engelske kirurgen William Gull självsvälten dess internationellt använda namn: anorexia nervosa. Gull hade då avvisat namnen anorexia hysterica och apepsia hysterica. Anledningen var att hysteri ansågs vara en kvinnlig åkomma som ursprungligen troddes bero på förändringar i livmodern (grekiska 'hystera'), och anorexi kan även drabba pojkar. Apepsi var inte heller en giltig term, eftersom man inte fann något fel på magen. Gull ville med det nya namnet anorexia nervosa antyda att han ansåg att hjärnan är inblandad. Han avsåg inget annat med namnet.

Gull sa att anorexia kännetecknas av utmärgling, hög fysisk aktivitet och låg kroppstemperatur. Han sa också att det var svårt att kontrollera den fysiska aktiviteten som patienten, trots utmärglingen, upplever som belönande. Med denna utgångspunkt behandlade Gull med relativ framgång sina patienter. Tre patienter tillfrisknade på 1,4 och 4 år, och ytterligare en på 4 månader.

Dagens situation

Nu 122 år senare är anorektiska patienters situation sämre. De kan, med utgångspunkt från publicerade rapporter inte räkna med en större än 50% chans att bli friska på 10 år, många förblir kroniskt sjuka och en skrämmande hög andel dör. Man räknar med en dödlighet på 7-15%, 10-20 år efter det att sjukdomen debuterat. Detta är en mycket dyster situation för de 14-19 år gamla flickor (1% av varje åldersgrupp) som drabbas av denna, den tredje vanligaste sjukdomen i dessa åldrar.

Behandling vid Anorexicentrum

Vi har vid Anorexicentrum på Huddinge sjukhus, återknutit till Gulls syn och behandlar det avvikande ätbeteendet, som följer svälten, den höga fysiska aktiviteten och den låga kroppstemperaturen. I denna behandlingsmodell ses anorexi som resultatet av bantning och fysisk aktivitet. Dessa faktorer påverkar de mekanismer i hjärnan som kontrollerar belöning. Det är med andra ord belönande att banta och röra sig. Samma faktorer aktiverar hjärnans mekanismer för inlärning. Man lär sig alltså vad som är belönande. Det anorektiska beteendet kommer därför att vidmakthållas av betingning och kommer allteftersom att accentueras så att det slutligen vidmakthålls för att undvika obehag. Sålunda kan en självsvältande flicka säga att hon måste springa för att dämpa sin ångest. Ångesten är följden av svälten, inte tvärt om. Låge en psykisk faktor, exempelvis ångest, till grund för svälten vore man tvungen utgå från att psykiska problem är 15-20 gånger vanligare bland idrottare än bland andra, då anorexi är 15- 20 gånger vanligare bland idrottare. Detta antagande är absurt.

Behandlingen sker med hjälp av datorer som patienterna använder för att träna sitt ätbeteende, med aktivitetsmätare som gör det

möjligt att dämpa aktiviteten när den är som högst och i värmerum där patienterna vilar. – Patienten äter från en tallrik som står på en våg kopplad till en dator. Datorn registrerar tallrikens viktminskning. Med jämna mellanrum visas på skärmen en skala för mättnadskänsla, från 0 till 10, och patienten skattar sin mättnad genom att trycka på en musknapp. Datorn lagrar mättnadsskattningarna. På så sätt får man en ätkurva och en mättnadskurva. Det är lätt att skilja ett anorektiskt från ett normalt ätbeteende; det anorektiska ätbeteendet är långsamt och mättnadsutvecklingen snabb. För varje patient konstrueras sedan kurvor som lutar mer för ätbeteende och mindre för mättnad. Kurvorna visas för patienten som tränas att anpassa sitt beteende efter dessa nya kurvor. Detta är möjligt ty patienten ser sitt eget ätbeteende och sin egen mättnad på skärmen under en pågående måltid och kan därför följa sina träningskurvor.

Våra behandlingsresultat

Hittills har 28 patienter behandlats och blivit friska på i genomsnitt 7 månader. Några har följts upp, 8 har varit friska i ett år och två har varit friska i 2 år. En av de svårast sjuka har inte bara blivit frisk utan kunnat återgå till en riskmiljö: elitidrotten. Hon har nyligen kvalificerat sig som medlem i juniorlandslaget i sin idrottsgren.

Då behandlingsresultaten blivit kända, inte minst genom uppmärksamhet i pressen och TV, har intresset bland patienter ökat så att nu 135 patienter står i kö för behandling. De gynnsamma behandlingsresultaten vid Anorexicentrum ses som effekten av att man där utgår från vad som är känt om sjukdomen.

Referenser

Bergh C. & Södersten P. (1996) Anorexia, self-starvation and the reward of stress, *Nature Med*, 1996, 2:21-22.

Berg C, Eklund S, Eriksson M, Lindberg G. & Södersten P. (1996) A new treatment of anorexia nervosa, *Lancet,* 348, 611-12

Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). (1874) *Trans Clin Soc*, 7:22-28, London.

4.5 Tradition och förändring

Detta avslutande avsnitt innehåller tre inlägg från barn- och ungdomspykiatriska verksamheter. P-A Rydelius ger en historisk översikt över hur synen på barns behov och samhällets ansvar för och arbete med barn har förändrats under 1900-talet. Han påminner om att samhällets omsorg om barnen har vilat på pedagogiska, medicinska, sociala och psykiatrisk/psykologiska insatser, och att det skedde en stor kunskaps- och verksamhetsutveckling fram till 1950. Skolan, barnhälsovården, den särskilda barn- och ungdomsvården inom kommunerna och den barn- och ungdomspsykiatriska vården utvecklades under denna tid. P-A Rydelius varnar för att vi under de senaste decennierna förvaltat detta arv illa, och att den tvärvetenskapliga, specifika barnkunskapen gradvis urholkats.

Siv Boalt Boëthius beskriver verksamheten vid Ericastiftelsen i Stockholm, där man sedan 1930-talet bedrivit psykodynamiskt inriktat behandlingsarbete med barn och ungdomar. Ericastiftelsen är också en utbildningsinstitution, och har därigenom spelat en framträdande roll för barn- och ungdomspsykiatrin i hela landet.

Margareta Carlberg avslutar med att redovisa aktuella uppgifter om arbetet inom den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) i Stockholms Läns Landsting. Liksom i övriga landet har man noterat ett kraftigt ökat besökstryck. Margareta Carlberg redovisar hur man ser på det ändrade sökmönstret – och hur man försöker utveckla sitt arbetssätt för att möta nya behov.

4.5.1 Den svenska barn- och ungdomspsykiatrins framväxt

Per-Arne Rydelius

För att stödja barn har samhället tillskapat ett stort utbud av preventiva program och andra åtgärder vars syfte är att ge dem möjlighet till en optimal utveckling. Det finns emellertid mycket som talar för att samhället under 1900-talets slut tappat kunskaper som samlats under ett helt sekel och nu är tillbaka vid en situation som förelåg vid seklets början. Av den anledningen är det nödvändigt att ge följande bakgrund.

1900-talet – Barnets århundrade

Nittonhundratalet började med Ellen Keys kraftfulla appell att göra det nya seklet till "Barnets århundrade". I Sverige växte det fram visioner och idéer om åtgärdsprogram för att utveckla och förbättra samhället med barnens bästa för ögonen. Diskussionen om "vanart", den tidens ungdomsbrottslighet stod i förgrunden.

Isak Jundell, professor i barnaålderns sjukdomar, skrev vid Barnens Dags-firandet 1915 pamfletten "Brustna sinnen", där han gick till storms mot dåtidens brist på kunskap om barnens psykiska utveckling och hälsa. Han menade att brottsligt beteende och vanart hos barn bl.a. var följden av de vuxnas oförstånd och deras auktoritära, hårda och kravfyllda uppfostran.

Ur Ellen Keys och Isak Jundells visioner växte det fram en intellektuell debatt, som i sin tur gav upphov till *fyra viktiga samhälleliga grundprinciper för en god omsorg om barnen*. De innefattade pedagogiska, medicinska, sociala och psykiatriska/psykologiska insatser. Genom dessa grundprinciper skulle också barns risk att utveckla kriminalitet kunna påverkas och kanske t.o.m. förebyggas.

De fyra grundprinciperna och uppbyggnadsperioden 1920-1950

Den första grundprincipen avsåg *skolans inre arbete*. Pedagogiska principer skulle kombineras med kunskaper om psykisk hälsovård. Det förändringsarbete som kom influerades av de läkepedagogiska idéerna från Centraleuropa. Syftet var att hjälpa barn som hade svårigheter med inlärning och skolanpassning genom speciella pedagogiska tekniker, anpassade efter barnens förutsättningar. Den differentierade skolan växte fram och olika typer av speciell kunskap utvecklades för att känna igen och hjälpa barn med inlärningssvårigheter, eller barn med s.k. specifika skolhandikapp som t.ex. dyslexi – "ordblindhet". Dessutom utvecklades en psykisk elevhälsovård då man förstod att skolan som "arbetsmiljö" kunde framkalla psykiska symtom hos barn om miljön och kraven inte svarade mot barnens förutsättningar.

Den andra grundprincipen innebar *en välutbyggd barnhälsovård*. Successivt växte barnavårdscentralerna fram, där specialutbildade läkare och sjuksköterskor kunde hjälpa föräldrar och barn under

småbarns- och förskoleåren fram till skolstarten. Barnvårdscentralerna skulle också kunna arbeta med psykosocial profylax.

Den tredje grundprincipen gällde *en särskild social barn- och ungdomsvård*. Genom 1924 års barnavårdslag "tvingades" varje kommun att införa en barnavårdsnämnd som skulle arbeta med "barnens bästa för ögonen" och bestå av politiskt valda personer med specialutbildade socialsekreterare till sin hjälp. Särskilda program skulle utvecklas för att motverka "vanart". Om stöd och hjälpåtgärder ej räckte skulle barnen garanteras en ny uppväxtmiljö.

Den fjärde grundprincipen avsåg satsningen på *den psykiska barn- och ungdomsvården*. Genom riksdagsbeslut 1944 och 1957 bestämdes att det skulle byggas ut en rikstäckande barn- och ungdomspsykiatrisk vård med barnpsykiatriska mottagningar, slutenvårdsplatser på sjukhus och behandlingshem. Genom denna organisation skulle ytterligare kunskaper och behandlingsmetoder kunna framkomma för att motverka kriminalitet. Verksamheten fanns utbyggd först under början av 1970-talet.

Förändringsdiskussionen och nedrustningen 1960-1995

Det kom att ta lång tid, mer än 50 år, innan samhället nästan hade förverkligat sina fyra grundprinciper och arbetet enligt dessa kunde börja. Samtidigt förändrades samhällsdiskussionen och de fyra grundprinciperna började ses som omoderna och förlegade.

Den första förändringsdiskussionen gällde skolans arbete. Den läkepedagogiska tanken att anpassa skolan till barnen skulle ändras under inflytande från resultaten av modernare pedagogisk och psykologisk forskning. Man hade vid långtidsuppföljningar sett att barn "mognade ikapp", och därför ansågs särskild pedagogik för skolomogenhet, dyslexi och inlärningsproblem som omodern och felaktig. Detta synsätt förstärktes av "stämplingsteorin", som sade att barn med svårigheter kunde "stämplas" om de blev utpekade. En ny skola där alla barn fick möta samma krav infördes. Tanken var att de sent mognande barnen och de personlighetshandikappade barnen skulle vinna på att de tidigt utvecklade barnen "drog dem med sig". – Medan den äldre skolformen var bra för barn med svårigheter av olika slag, så var den nya skolan utmärkt för välanpassade barn med goda förutsättningar.

Förändringsdiskussionen om barnavårdscentralernas arbete kom senare. Grundprincipen om en aktiv barnhälsovård fick råda till

slutet av 1980-talet. Då ansågs det inte längre viktigt med specialutbildade sjuksköterskor och läkare för att förstå barns hälsa och utveckling. Husläkare, allmänläkare och andra ansågs också kunna sköta barnhälsovården. Enligt min uppfattning är det viktigt att ta vara på de möjligheter som ännu finns att vidareutveckla barnavårdscentralernas tradition och verksamhet, och att särskilt ta tillvara initiativen att förbättra det preventiva arbete med psykisk ohälsa, som utvecklats under 1900-talet.

Den tredje grundprincipen om en välfungerande social barn- och ungdomsvård utsattes från 1960-talet och framåt för en våldsam kritik och debatt. Barnavårdslagen ansågs helt föråldrad och synpunkter framfördes att den förhindrade ett framgångsrikt behandlingsarbete. Ett nytt synsätt på socialt behandlingsarbete utvecklades i och med den nya socialtjänstlagen 1981, då de gamla barnavårdsnämnderna togs bort. Ingen tänkte på att flera decenniers samlade kunskaper om möjligheterna att förebygga kriminalitetsutveckling hos barn då också försvann. Från 1981 gick det bara några få år innan samtliga kunskaper var borta. Sedan kom snabbt den s k värstingdebatten och nu på 1990-talet våldsdiskussionen.

Även när det gällde den fjärde grundprincipen om psykisk barn- och hälsovård skedde från 1950-talet och framåt en stor förändring. Från början byggdes den psykiska barn- och ungdomsvården upp med ett tvärvetenskapligt perspektiv, där läkaren, psykologen, socialarbetaren och läraren skulle samarbeta i det barnpsykiatriska teamet. Tanken var att ett tvärvetenskapligt synsätt skulle råda och genom att kunskaper från flera olika håll kombinerades skulle barnets bästa tillgodoses. Genom den framväxande psykodynamiska diskussionen ändrades dessa tankegångar. Ett psykodynamiskt synsätt prioriterades, där yrkesrollerna och specialkunnandet i de barnpsykiatriska teamen successivt kom i andra hand. På många håll stannade också forskningen upp. I detta avseende finns det dock anledning att känna viss stolthet över den longitudinella prospektiva forskning som sker inom många svenska vetenskapliga discipliner.

Några synpunkter på utvecklingen från 1950-1995

Mot bakgrund av att vi under de senaste 20 åren glömt/tappat bort värdefulla kunskaper om barn och ungdomar, är det kanske inte underligt att vi nu på 1990-talet diskuterar asocialitet, våld och kriminalitet i dessa grupper på liknande sätt som skedde innan

"Barnets århundrade" startade för snart 100 år sedan. Viktigt idag är att nyansera debatten och att inom skolan återinföra kunskaperna i specialpedagogik samt hur man skall samarbeta mellan skolans pedagogiska värld och elevhälsovården. Viktigt är också att återupprätta de kunskaper som var bra inom socialtjänstens sociala barn- och ungdomsvård, och att motverka den onödiga polariseringen mellan de medicinska, sociala, psykologiska och pedagogiska kunskapsområdena.

Det barn- och ungdomspsykiatriska kunskapsområdet

Behovet av ett särskilt kunskapsområde om barnens och ungdomarnas psykiatriska symptom, beteenderubbningar och sociala problem började växa fram i Sverige vid sekelskiftet 1800-1900-talet. Stockholm har haft en framträdande roll, och behovet uttrycktes här ungefär samtidigt från flera håll: från barnsjukvården, skolan, vuxenpsykiatrin och socialtjänsten.

Inom barnsjukvården observerades tidigt under 1800-talets senare hälft att barn också kunde ha nervösa och "själsliga" sjukdomar. Sverige var det första land i världen som inrättade särskilda professurer om barnaålderns sjukdomar. Isaac Jundell var verksam i Stockholm som professor i pediatrik vid Karolinska Institutet och överläkare på Norrtulls barnsjukhus. Han pläderade redan under första världskriget för att det skulle inrättas "medicinskt-pedagogiska" avdelningar för att man skulle kunna utreda, hjälpa och behandla barn med beteenderubbningar och andra nervösa problem. Samhället var emellertid inte redo att "inrätta barnpsykiatrin" vid det tillfället. Isaac Jundell var dock handlingskraftig och öppnade med hjälp av insamlade fondmedel på egen hand en Barnpsykiatrisk Rådgivningsbyrå på Norrtulls Barnsjukhus under 1920-talet. En kvinnlig lärare och läkare verksam i Stockholm, Alice Hellström, var också engagerad i behandlingsfrågan och öppnade på eget initiativ Mellansjö skolhem redan 1928.

I den obligatoriska folkskolan observerade man under de första 70 åren 1842-1910 att många barn hade inlärningssvårigheter och andra skolproblem. För att hjälpa och stödja dessa barn införde Stockholms skolförvaltning redan vid tiden för första världskriget en liten "barnpsykiatrisk rådgivningsbyrå". Pionjärer var två kvinnliga läkare, Julia von Schneider och Alfhild Tamm, som redan på 1920-talet intresserade sig för bl.a. ordblindhet och hur detta skulle ut-

redas och behandlas. Ur intresset för "skolproblemen" växte det successivt fram en "psykisk" *elevhälsovård,* som komplement till den kroppsliga skolhälsovården. Än idag har Stockholms kommun särskilda tjänster för skolpsykiatri. Intresset från det pedagogiska hållet för barnens psykiska och sociala hälsa kan också exemplifieras med läraren Hanna Bratts initiativ att starta Ericastiftelsen.

Inom vuxenpsykiatrin och på de gamla mentalsjukhusen, "asylerna", tog man vid seklets början hand om de allra mest psykiskt avvikande barnen och ungdomarna. Psykiatriprofessorerna menade redan då, att det behövdes särskilda kunskaper för att förstå psykiatriska problem hos barn. Särskilt intresserade var de av sådana faktorer som kunde förutspå kommande svår psykisk sjukdom, som schizofreni och manodepressiv sjukdom. Efter första världskriget spreds en våg över hela världen om åtgärder för en förbättrad "psykisk hälsa" i befolkningarna, och i vårt land tillkom Svenska Föreningen för Psykisk Hälsovård.

Intresset för barn- och ungdomspsykiatriska frågor gjorde också att några av de första barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna kom att påbörja sin verksamhet på de psykiatriska klinikerna vid universiteten i Lund och Uppsala under 1940-talet. Det vetenskapliga arbetet vid dessa enheter präglades av 1940- och 1950-talets "neuropsykiatriska" teorier. De två klinikerna finns kvar än idag som BUP i Uppsala och BUP i Lund.

Inom socialvården kom Barnavårdslagen 1924, som innebar att kommunerna fick skyldighet att bygga upp en social barn- och ungdomsvård. I Stockholm uppkom också intresset att komplettera den sociala barn- och ungdomsvården med en *p*sykisk *b*arn- och *u*ngdomsvård – *PBU.* Detta innebar att barnavårdsnämnden i Stockholm inrättade särskilda rådgivningsbyråer, PBU-centralerna, redan i början av 1930-talet. PBU kvarstod inom barnavårdsnämnden fram till 1971 när Stockholms Stad och Stockholms läns landsting slog ihop verksamheten och storlandstinget bildades.

Den barn- och ungdomspsykiatriska vårdorganisationen

Den barn- och ungdomspsykiatriska vårdorganisationen har särskilt tillskapats, som en hälso- och sjukvårdsorganisation, enligt riksdagsbeslut (föregånget av SOU 1944:30 och 1957:40). I varje landstingsområde byggdes det från 1950-talet ut en sammanhållen klinisk verksamhet med öppen- och slutenvård samt med tillgång

till behandlingshem av tre typer. Dessa skulle kunna hjälpa och stödja barn och ungdomar med nervösa problem, asociala problem respektive psykotiska tillstånd. Särskilda mentalsjukhus för barn (med regionansvar) skulle också inrättas och finnas på fem platser i Sverige.

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten kan sägas ha såväl "egna" specifika ansvarsområden att arbeta med som uppgiften att samverka med andra barn- och ungdomsverksamheter, inklusive samhällsorgan eller frivilligorganisationer som hjälper föräldrar och familjer.

Professurer i ämnet barn- och ungdomspsykiatri inrättades 1958 i Stockholm, 1963 i Uppsala och 1965 i Umeå. Under 1980-talet har det tillkommit två icke-ordinarie professurer i Lund och i Göteborg. Ett 30-tal avhandlingar har försvarats sedan 1958. I Sverige är barn- och ungdomspsykiatrin en "egen" medicinsk specialitet, och inom EU är den en av de 15 specialiteter som finns representerade i samtliga medlemsländer.

Omvårdnad av asociala barn

När det gäller behandling och omvårdnad av asociala barn och ungdomar byggdes det i Sverige upp en särskild ungdomsvårds-skoleorganisation. Denna, som var statlig, var också en rikstäckande organisation med central intagning. I samband med införandet av socialtjänstlagen 1981 överfördes ansvaret för denna vårdform till landstingen. Vården skulle också tillgodose den tvångsvård och inlåsning som de gamla ungdomsvårdsskolorna erbjöd. Enligt den nya lagstiftningen skulle detta ske enligt §12 i LVU, och begreppet "§12-hem" uppstod. Från 1994 har de aktuella §12-hemmen på nytt överförts till en statlig organsiation, Statens institutionsstyrelse (SiS).

Kunskaperna inom barn- och ungdomspsykiatrin

Redan under 1930-talet uppstod tanken om det barnpsykiatriska "teamet". Kring varje barn i öppen vård skulle kuratorn, psykologen och läkaren i samarbete med lärarna garantera att det gjordes en heltäckande utredning och bedömning så att medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala frågeställningar sammanvägdes inför

behandlingsplaneringen. I slutenvården tillkom sedan sjuksköterskor och mentalvårdare och på många ställen även andra befattningshavare med kunskaper om barn.

Viktigt att förstå är *att kunskaperna inom barnpsykiatrin har erhållits på flera sätt.* Man kan se några olika vetenskapsteoretiska "perioder", med skilda förklaringsmodeller för barns psykiska problem. Först kom en läkepedagogisk period följd av en "ärftlighetsperiod" under 1930-talet, en "neuropsykiatrisk" period under 1940- och 1950-talet och slutligen den psykodynamiska epoken fram till idag.

Barn- och ungdomspsykiatri är tvärvetenskapligt till sin karaktär. I teamet arbetar företrädare för de socialkurativa, psykologiska/pedagogiska och medicinska kunskapsområdena. Den breda kompetensen innebär också att barn- och ungdomspsykiatrin kan ha många och olikartade arbetsuppgifter.

Uppgiften att utreda och diagnosticera

Genom det tvärvetenskapliga barnpsykiatriska teamet finns förutsättningarna för att genomföra en allsidig utredning. Som framgått ovan leder denna till en diagnos (som betyder "att genom kunskap rätt förstå"), vilken i sin tur är multifaktoriell och avser pediatriska/psykiatriska, psykologiska, pedagogiska och sociala aspekter. Vanligen kräver en framgångsrik behandling att samtliga dessa aspekter blivit beaktade i behandlingsplaneringen.

Uppgiften att behandla

Barn- och ungdomspsykiatrin kan sägas ha ett särskilt eget ansvar att omhänderta och behandla de barn och ungdomar som kräver psykiatrisk behandling och att utveckla sådana behandlingsformer. Hit räknas sådana psykiatriska sjukdomstillstånd som schizofreni, manodepressiv sjukdom, psykogena psykoser etc och som uppstår under barna- och ungdomsåren.

Barn- och ungdomspsykiatrin har också ett särskilt ansvar för de barn och ungdomar som behöver och kan tillgodogöra sig psykoterapeutisk behandling. När det gäller pedagogiska problem och social missanpassning förfogar inte barn- och ungdomspsykiatrin över några behandlingsformer som kan hjälpa dessa barn. I dessa fall

har barn- och ungdomspsykiatrin istället ansvar för att delta i utredning och behandlingsplanering.

Uppgiften att utreda och delta i behandlingsplanering

En viktig uppgift är att medverka vid utredning och behandlingsplanering för barn med olika typer av handikapp och problem. Genom ämnets tvärvetenskapliga karaktär kan det aktuella barnets svårigheter belysas multifaktoriellt och en behandling planeras där barnets olika behov kan bli tillgodosedda. När det gäller de psykiskt störda barn och ungdomar, där allvarlig social missanpassning föreligger, är denna utredningsuppgift utomordentligt viktig och angelägen. För dessa barn är det nödvändigt att behandlingsformer som vilar på miljöterapeutisk grund och/eller pedagogisk grund utvecklas.

Uppgiften att utveckla samarbetsformer

Som en sidoeffekt av "utredningsuppgiften" sker på ett naturligt sätt också utvecklandet av samarbetsformer mellan barnpsykiatrin, socialtjänsten, barnomsorgen, skolan, barnsjukvården och den övriga sjukvården. En "spin off"-effekt kan innebära att också preventiva program kan komma att utvecklas för utsatta barn och ungdomar. Framför allt gäller detta "barn som far illa", barn som på grund av sitt beteende inte kan anpassa sig i grupp och barn till psykiskt sjuka, missbrukande och asociala föräldrar.

Särskilt stort behov av samarbetsformer föreligger i följande avseenden:

- Med allmänpsykiatrin för de patientgrupper som insjuknat med psykiska sjukdomar under tonåren och som behöver kontinuitet i vården även efter att de nått myndighetsåldern.
- Med allmänpsykiatrin kring gruppen barn till psykiskt sjuka vuxna.
- Med allmänpsykiatrin, missbrukarvården och socialtjänsten kring gruppen barn till missbrukande föräldrar.

- Med barnomsorgen och socialtjänsten kring barn som p.g.a. sitt beteende inte kan anpassa sig i grupp i barnomsorgen. Särskilt gäller detta tidigt utagerande barn.
- Med skolan och socialtjänsten kring barn som på grund av sitt beteende inte fungerar i skolan.
- Med omsorgsverksamheten och skolan kring mentalt retarderade barn och barn med specifika inlärningsproblem.
- Med socialtjänsten kring "barn som far illa".
- Med habiliteringen och barnsjukvården kring kroniskt sjuka barn och barn med handikapp.

Referenser

Jundell I. (1915) Brustna Sinnen. *Barnens Dagblad*, Stockholm.

Nycander G. (1950) *Personlighetsutveckling på avvägar.* Karolinska institutet, Stockholm: Tidens förlag.

Qvarsell R. (1985) *Från vanart till psykopati.* Lychnos, Lärdomshistoriska Samfundets årsbok, Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Rydelius P-A. (1996) Skolans betydelse för asocialitetsutvecklingen. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem*, Statens Institutionsstyrelse (SiS), Stockholm : Liber.

Tamm A. (1926) Medfödd ordblindhet och därmed besläktade rubbningar hos barn. Tidskrift för barnavård och ungdomsskydd. Årg 1; No 4, Stockholm: Svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundet.

4.5.2 Ericastiftelsens verksamheter – klinik, utbildning och forskning

Siv Boalt Boëthius

Ericastiftelsen är en enskild högskola som arbetar med utbildning, klinisk verksamhet och forskning utifrån en psykodynamisk teoribildning. Det är en institution med lång tradition inom det barn- och ungdomskliniska området och vi har ett väl utvecklat kontaktnät med liknande institutioner utomlands.

Institutionen grundades 1934 av en pensionerad lärarinna, Hanna Bratt, i samarbete med läkaren och psykoanalytikern Gunnar

Nycander. År 1952 slöts ett avtal med Stockholms stad som anslog medel för behandlingsverksamheten, och i anslutning till detta slöts även ett avtal med staten som avsåg utbildningsverksamheten. Sedan 1993 har vi som enskild högskola examensrätt och vår mest omfattande utbildning leder fram till en yrkesexamen – psykoterapeutexamen. Från och med i år har Ericastiftelsen också ett avtal med Stockholms universitet genom att direktorn har fått en adjungerad professur vid Pedagogiska institutionen.

Ericastiftelsens organisation

Ericastiftelsens styrelse består till största delen av representanter från staten och Stockholms läns landsting. Ordföranden, Ingemar Mundebo, är utsedd av Utbildningsdepartementet. Som direktor och rektor är jag verksamhetsansvarig och har även ansvaret för utbildningen och forskningen. Överläkare Magnus Kihlbom är ansvarig för den kliniska verksamheten. Utöver oss finns ytterligare en överläkare, nio psykologer och fyra kuratorer (6,65 heltidsbefattningar). Samtliga som deltar i den kliniska verksamheten deltar också i undervisningen. Alla är legitimerade psykoterapeuter och flertalet har också handledarkompetens. I förskolan arbetar två speciallärare och två förskollärare. Därtill kommer administrativ personal. Personalgruppen är till sin sammansättning påfallande stabil.

Ericastiftelsens verksamheter sammanfattas i Tabell 3, och den kliniska delen beskrivs närmare nedan.

Utbildningsverksamheten

Vid Ericastiftelsen har vi drygt 15 utbildningar, varav fem är mer omfattande, dvs. 1-3 års studier på halv- eller 3/4-tid. Vår huvudutbildning är den treåriga utbildningen i barn- och ungdomspsykoterapi som leder till psykoterapeutexamen och Socialstyrelsens legitimation som psykoterapeut. Den tar emot studerande från hela Sverige. Konkurrensen om platserna är stor. Flertalet kursdeltagare arbetar inom den öppna psykiska barn och ungdomsvården respektive BUP-mottagningar och kliniker över hela landet, vilket innebär att vi har en kontinuerlig kontakt med flertalet barn- och ungdomspsykiatriska institutioner i Sverige. På motsvarande sätt har vi även

kontakt med skolan och förskolan genom våra lärar- och förskolelärarutbildningar.

Den kliniska verksamheten

Ericastiftelsens kliniska verksamhet består av en poliklinisk barnpsykiatrisk mottagning, med anknuten specialförskola, för familjer bosatta i Stockholms län. Verksamheten bedrivs på likartat sätt som landstingens psykiska barn- och ungdomsvård, men modifierad av inriktningen på individuell psykoterapi och diagnostik och den nödvändiga integreringen med vår utbildning på specialistnivå. Ericastiftelsen skiljer sig från PBU och BUP genom att vi inte har sjukvårdsansvar och genom att vara en specialresurs för Stockholms läns landsting när det gäller psykoterapi. Vi tar emot de familjer från hela landstinget, som vi bedömer vi kan hjälpa allra bäst. Framför allt kan vi satsa på längre, mer djupgående psykoterapier, något som är svårt att göra inom ramen för vanlig barnpsykiatrisk verksamhet. I grova drag kan behandlingsverksamheten delas upp i tre delar

- psykoterapi med barn och parallell föräldrakontakt
- psykoterapi med tonåringar, som oftast söker själva
- specialförskola för barn med tidiga kontaktstörningar.

Vi tar årligen emot ca 300 telefonanmälningar, varav ca 20% så småningom blir patienter. Patienternas ålder varierar från 2-3 upp till 18-19 år. Vi prioriterar förskolebarn och tonåringar från ca 16 år, men åldersfördelningen är ändå jämn beroende på väntetider och att barnen går i terapi i flera år. Varje år påbörjar vi mellan 50 och 60 nya ärenden och avslutar ungefär lika många. Sammanlagt arbetar vi årligen med uppemot 200 aktuella fall. Störningarna är i många fall djupgående (psykos- och borderlinediagnoser).

Den inledande kontakten

Föräldrar, och ibland tonåringar, söker själva per telefon och talar då direkt med en erfaren socionom eller psykolog. Samtalen blir ofta långa och har karaktär av konsultation i miniformat. Telefonanmälan av personal från andra institutioner utformas inte sällan som en

konsultation om lämplig diagnostik och terapeutisk handläggning i det enskilda fallet.

Föräldrarna kommer vanligen tillsammans utan barnet till ett eller ett par första samtal inom ett par veckor efter telefonanmälan. Man avgör då vad som är den lämpligaste fortsättningen och vilka möjligheter vi har att ge god hjälp i ärendet.

Den fortsatta kontakten

Vanligen görs en diagnostisk utredning, som leder till en långsiktig psykoterapi. Ibland utformas hjälpen som kortare stödkontakt eller konsultation med eller utan utredning eller med eller utan psykoterapi för barnet.

Väntetider av varierande längd kan förekomma. Samtalen med föräldrarna under och efter utredning innebär ofta ett omfattande arbete med rådgivning eller stödjande kontakt under kortare eller längre tid. När det gäller tonåringar går som regel första besök, utredning och efterföljande terapi i ett. Deras hjälpbehov är ofta sådant att de med minsta dröjsmål bör få komma till en utredare/terapeut som är beredd att stå för den fortsatta terapin.

Utredningar av barn

Utredning görs med ungefär fyra observationer under ca en månad av barnet hos en psykolog, som använder både språkliga och icke-språkliga metoder (bl.a. begåvningstest, teckningar, "Ericametoden" för observation av barnets lek i sandlådan). Samtidigt har föräldrarna samtal med en annan utredare. Denna modell modifieras vid behov, ev kan det vara lämpligt att träffa barn och föräldrar tillsammans, kanske med syskon eller ha en inledande kontakt med enbart föräldrarna. Utredningen avslutas efter behandlingskonferens med ett samtal med föräldrarna, med eller utan barnet. De tar då ställning till förslag om fortsatt hjälp.

Psykoterapi med barn och ungdomar

Största delen av arbetet utgörs av långa psykoterapier med barn och tonåringar. Tonårsterapierna brukar utgöra en dryg tredjedel. Regel-

bundna långtidskontakter med enbart föräldrar förekommer också. Föräldrasamtalens art varierar från informerande och rådgivande samtal till stödjande eller bearbetande psykoterapi som kan rikta sig till paret eller en enskild förälder.

Specialförskolans verksamhet

Förskolan består av två behandlingsgrupper med fyra barn i varje. Vardera gruppen leds av en speciallärare och en förskolelärare på en ettårig utbildningstjänst. Förutom gruppbehandling i minst två år får barnen individualterapi två gånger per vecka. Föräldrarna har en egen samtalskontakt. Tonvikt läggs också på samarbetet mellan förskolan och de olika behandlarna. Den terapeutiska kontakten fortsätter ofta flera år efter de två åren i specialförskola, med kontakt med lärare i t.ex. samverkansklass.

Referenser

Boalt Boëthius S, Kihlbom M. & Orrenius AM. (1994) Psykoterapi med barn då, nu och sedan. Några medarbetares reflektioner. Ericastiftelsen 1934-94. *Ericastiftelsen*, rapport nr 5.

Boalt Boëthius S. & Berggren G. (1996) Erfarenheter av utarbetandet av en kunskapsöversikt om forskning om barn och ungdomspsykoterapi. Seminariepresentation, Forum för kunskapsvård och forskningsinformation.

Kihlbom M. (1988) En barn- och ungdomspsykatrisk angelägenhet: Ge utrymme för individualterapin! *Psykisk Hälsa,* nr 1, 35-39.

Tabell 3. Ericastiftelsens verksamheter

Utbildning	**Klinisk verksamhet**
Psykoterapi med barn och ungdomar 3 år	Psykoterapi med barn med parallell föräldrakontakt
Handledar- och lärarutbildning 2 år	Psykoterapi med ungdomar
Psykodiagnostik med barn 3 terminer	Specialförskola * Individualterapi barn * Föräldrakontakt * Förskolegrupp
Personlighetsdiagnostik Rorschach 2 år	**Forskning**
Förskollärarutbildning 1 år heltid	Vändpunkter i barnpsykoterapi
Ett 10-tal kortare utbildningar för psykologer, läkare, socionomer samt även andra kategorier som behandlings-assistenter och sjukvårdspersonal	Psykoterapi med barn med grava kontaktsvårigheter
	Forskningsöversikt över barnterapi
	Analys av intagningskriterier
	Uppföljning av avslutade terapier 90-95
	Uppföljning av barn inskrivna vid förskolan, genom föräldraintervjuer

4.5.3 Ökat tryck inom PBU i Stockholms läns landsting

Margareta Carlberg

PBU i Stockholms läns landsting – en översikt

Den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) har funnits i Stockholm sedan början av 1930-talet, då de första rådgivningsbyråerna inrättades. Sedan 1971 bedrivs de i Stockholms läns

landsting regi. Här finns nu 28 öppna mottagningar för barn och ungdomar mellan 0-20 år samt deras föräldrar. I princip bygger PBU-verksamheten på frivilligt hjälpsökande från familjernas sida. Ett undantag från detta är när socialförvaltning eller domstol begär barnpsykiatrisk utredning. Sådana ärenden utgör dock mindre än 5% av samtliga.

Inom PBU finns även en psykologverksamhet vid mödra- och barnhälsovården med uppgift att bedriva förebyggande arbete. De insatser som görs vid psykologverksamheten kommer inte att beröras närmare nedan; fokus läggs helt på verksamheten vid de öppna mottagningarna.

När det gäller personalen inom PBU kan sägas att anställningstiderna är långa, medelåldern är hög, utbildningsnivån likaså. Kunskapstraderingen är stark.

Vid mottagningarna gjorde 13 000 familjer 226 000 besök under år 1995. Hälften av familjerna gjorde högst 4 besök. I särklass vanligaste insats var rådgivande/stödjande samtal, vilket markerats för 60% av familjerna. Trettio procent fick familjeterapi; tonårsterapier gavs till 10%, barnterapi till 5%. Cirka 12% erbjöds behandling, men avböjde och 7-8% avbröt behandlingarna. Samverkan med andra samhällsorgan förekom för omkring en tredjedel av familjerna.

Ökad tillströmning

Under den senaste femårsperioden har det skett en ökning i tillströmningen till PBU med 63%. Vad beror då denna på? Ingen vet säkert, men följande faktorer är med största sannolikhet betydelsefulla.

Förluster av resurser i kommunerna spelar stor roll. Skolans elevvård har skurits ned kraftigt, skol- och förskolepersonal har svårt att få extra resurser för barn med inlärningssvårigheter och/eller emotionella problem. Socialtjänsten kan inte i tillräcklig utsträckning ge den hjälp som behövs. I förtvivlan över bristande resurser, görs försök från socialtjänstens sida att få barnpsykiatrisk hjälp för barnen, även när det gäller fall som inte primärt är barnpsykiatriska. Man kan dock fråga sig om det är rimligt att barn som främst behöver pedagogiskt och socialt stöd blir barnpsykiatriska patienter.

Svagare konjunkturer har lett till ökad arbetslöshet och utslagning, något som påverkar både föräldrar och barn. Barn är oerhört

känsliga för hur föräldrar mår. Man har oro för framtiden och känner sig otrygg. Denna oro har sannolikt också bidragit till en ökad tillströmning.

Vissa långsiktiga förändringar i barnens levnadsvillkor spelar sannolikt också roll. En liten del av ökningen i antalet ärenden har rent administrativa grunder, eftersom reglerna kring journalhantering har skärpts.

Problembilder

Det saknas belägg för att det skulle vara de lindriga problemen som ökar. På mottagningarna har man snarast motsatt intryck. Barnpsykiatriska problembilder skiftar kraftigt sinsemellan i hur vanliga de är. En del diagnoser utgörs av mycket sällsynta tillstånd som räknas i promille, medan andra kanske föreligger för 20-30% av de barn som söker hjälp hos PBU.

Om man utgår från det diagnostiska systemet DSM-IV är de vanligaste diagnoserna/symtomen följande, i frekvensordning

- ångeststörningar
- störande beteende
- störning av sinnesstämning
- koncentrations- /uppmärksamhetsstörning.

Störning av sinnesstämning, ofta depression, har markerats oftare nu än tidigare, och kan således vara ett problem som ökar.

Psykosociala stressfaktorer, som enligt DSM-IV markeras på axel IV, förekommer rikligt. Oftast uppges relationsproblem. Vi noterar ökande siffror på missbruk och psykiska problem i familjen. Misshandel respektive sexuella övergrepp inom familjen är noterat för ca 5-6% vardera av dem som söker. Socialförvaltningen har begärt utredningen p.g.a. oro för bristande omvårdnad för ca 4%.

Enligt PBU:s interna statistik har 75% av besökarna sökt hjälp utifrån egna behov. Denna siffra ska jämföras med familjens egen beskrivning i en enkät som vi gjorde 1996. I denna uppger endast 35% av besökarna att initiativet till hjälpsökandet låg helt inom familjen.

Långsiktiga förändringar

Familjesituationen för PBU-besökarna har ändrats. De barn som kommer under barnpsykiatrisk vård bor i allt mindre utsträckning med båda sina biologiska föräldrar. För 40 år sedan var 77% av barnens föräldrar gifta eller samboende; idag har 35% av de barn som kommer till PBU samboende biologiska föräldrar. Kontakten med den frånvarande föräldern är gles eller obefintlig för 60% av dem som bor med endast en biologisk förälder. Siffrorna ger bara en antydan och säger ganska lite. Vi vet att många familjer har vårdnads- och umgängesproblem som är svåra att hantera. För barnen innebär situationen sorg och saknad. Sådant kan ligga bakom många allvarliga symtom, som exempelvis suicidförsök och uttalad bråkighet.

Andelen flickor har ökat bland dem som söker hos PBU. I äldre barnpsykiatriska material dominerar pojkarna (65%). I dag söker man hjälp för lika många flickor som pojkar. Pojkarna kommer vid yngre åldrar, toppen ligger vid 7-10 år. Flickorna fördelar sig jämnare, med en mindre topp under tonårsperioden.

Allt större andel av familjerna som kommer till PBU har mer än ett barn. PBU-familjerna har alltid tenderat vara stora familjer. För tjugo år sedan hade 80% av barnen syskon. Idag är det 88-90%.

Korta kontakter

För tjugo år sedan var medianvärdet för antal besök 5,8 – en siffra som då stämde mycket väl med internationella undersökningar. Idag är medianvärdet 4 besök. Andelen återanmälningar ökar. Denna andel var 13% för tjugo år sedan och är 26% idag. Cirka hälften av familjerna söker hjälp för samma problem igen. Detta ska inte tolkas som att PBU misslyckats. Korttidsinsatserna har ökat, och man räknar med att familjer kan behöva förnyad kontakt. En kortare kontakt kan också vara en del i ett medvetet, långsiktigt motivationsarbete hos familjer som ännu inte är beredda att söka hjälp på allvar.

Brukarnas syn på PBU

I en kvalitetsuppföljning som genomförts 1996 fick föräldrar samt barn som fyllt 13 år fylla i en enkät anonymt. Inledningsvis fick de uppge vad de söker hjälp för. Familjernas beskrivning av problemen gick att sammanfatta i ett antal huvudsakliga kategorier

- problem i skolan
- intrapsykiska problem
- föräldraproblem
- relationsproblem inom familjen
- utåtriktade symtom
- utsatthet
- remiss/vet ej/oklart.

I övrigt kan utfallet på kvalitetsundersökningen sammanfattas

- över 90% av de tillfrågade besvarade enkäten
- föräldrarna var nöjda; tonåringarna var mer kritiska
- hälften av enkätbesvararna var mammor
- i 2/3 av fallen hade mammorna initierat kontakten med PBU
- ju fler besök man gjort, desto mer positiv var man
- ju fler besök, desto högre markering på upplevd nytta med insatsen.

Vad var då sämst med PBU? Tonåringarna var oftast missnöjda med tider och lokaler; mammorna var sällan missnöjda med detta. Allvarligast var kritiken mot bemötande, kunnighet och/eller metoder; något som angavs av 7-8% av dem som svarade. *Vad var till särskilt stor hjälp?* Man uppskattade att ha blivit förstådd, tagen på allvar och att någon hade lyssnat. En PBU-kontakt fyller för många en "hållande" funktion (containing): "tanken på att ni finns gör att jag orkar".

Med sikte på framtiden

Det ökade ärendetrycket gör det extra angeläget att utveckla PBU:s arbetssätt. Här ska bara nämnas några områden där det pågår utvecklingsarbete.

- Det finns en allvarlig oro för personalens arbetssituation. Ledningen har satsat på arbetsmiljöenkäter, med uppföljande insatser.
- Metodutveckling av korttidsinsatser pågår.
- En satsning på tidigt insatta åtgärder är t.ex. arbetet med mor-barn-relationen i spädbarnsverksamheterna.
- Ett särskilt pojekt har startats kring "bråkiga pojkar". Dessa utgör 25% av dem som kommer till PBU. Hur skickliga är vi på att bedöma problemen hos dessa pojkar? Vilka behandlingar kan familjerna använda sig av? Hur ska vi få dessa föräldrar att tacka ja till behandlingsförslag?
- Invandrarungdomarnas situation måste uppmärksammas, speciellt i krisområden. Går det att arbeta förebyggande med dessa?

Referenser

Carlberg M. (1991) *Vad tyckte familjerna om den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU)?* Kvalitetsbedömning av arbetet vid en PBU-mottagning i Stockholms läns landsting, SLL, ON, 17 (fax 08/675 84 71).

Crafoord C. (1986) *En bok om borderline.* Stockholm: Natur & Kultur, 53-66.

Stern D. (1996) *Moderskonstellationen. En integrerad syn på psykoterapi med föräldrar och små barn.* Stockholm: Natur & Kultur, 54-62.

Årsberättelse för PBU-verksamheten i Stockholms läns landsting 1996. SLL, ON (fax 08/675 84 71).

4.6 Avslutande kommentar

Kommitténs hearing med barn- och ungdomspsykiatriska företrädare var informativ och väckte många tankar och frågor, nya likaväl som de ständigt återkommande. Nedan följer några exempel på problemställningar värda en djupare penetrering i det fortsatta arbetet.

– *Kunskapen om det lilla barnet och tidigt samspel* har utvecklats starkt på senare år, vilket också lett till nya behandlingsmetoder. Spädbarnspsykiatri, där man arbetar med att stärka anknytningen

och den fortsatta relationen mellan barn och förälder, kräver en förståelse och respekt för barns indviduella olikheter, också de biologiska, likaväl som en kunskap om samspelets känslomässiga förutsättningar och dynamik. Man måste omfatta att *integrerat synsätt* och en förmåga att "hålla alla bollarna i luften" (se Lundequist). De nya kunskaperna *skapar nya förutsättningar för tidiga insatser* (se Bohlin, Lundequist). Mycket tyder på att man kan förbättra för barn och föräldrar så att senare problem och kostnader minimeras.

– *Tidig identifikation av riskbarn* kan möjliggöra tidiga, sekundärpreventiva insatser. I många fall kan mödrahälsovården identifiera de mödrar som kommer få svårt att leva upp till föräldraskapets krav (se Sydsjö). I synnerhet vid allvarlig psykosocial problematik, såsom tungt missbruk hos modern, är det viktigt att så tidigt som möjligt *planera för barnet* (se Aronson). Arbetet med att tidigt nå de barn som behöver extra stöd och vård måste ske med respekt för familjers och individers integritet.

– *Barnneuropsykiatrin* har, i likhet med kunskapen om tidigt samspel, gått mycket snabbt framåt. Idag är det allmänt accepterat att störningar och variationer i hjärnans funktion kan utgöra avgörande eller bidragande orsaker till psykiska problem hos barn och ungdomar. Att i sådana fall rätt förstå problemens neuropsykiatriska bas, det vill säga ställa en riktig diagnos, kan i sig innebära en första "behandling". Situationen för barnet kan förbättras avsevärt genom adekvat information om diagnosens innebörd, samt rådgivning om anpassning av krav, bemötande och pedagogik (se Gillberg). Många skolbarn med neuropsykiatriska problem, framförallt de som har uppmärksamhetsstörningar och/eller är hyperaktiva, behöver få hjälp med en tydlig struktur i vardagen (se Rydell). Man kan fundera över om skolan idag besitter den specialpedagogiska kompetens som krävs för att skapa en optimal skolsituation för dessa barn och ungdomar (se Rydelius). – Det är en stor utmaning för barn- och ungdomspykiatrin att integrera en barnneuropsykiatrisk förståelse av barnets problem, med en likaledes god förståelse för känslomässiga och sociala faktorers inflytande och dynamik. Är den specialisering som vi idag ser på neuropsykiatriska respektive mer allmänt barn- och ungdomspsykiatriska team optimal? Skulle en del lättare barnneuropsykiatriska problem idealt kunna omhändertas inom förskolans och skolans ordinarie hälso- och elevvård?

– *Samarbetet med andra vårdgivare* aktualiseras, trots att denna hearing med avsikt koncentrerats på den egentliga barn- och ungdomspsykiatrin. Barn och även ungdomar uttrycker ofta sina psykiska problem med kroppsliga symtom (se Lundequist, von Knorring). Ett nära samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatrin och pediatriken kan därför i många fall vara en förutsättning för upptäckt och adekvat vård. Mödrahälsovården har kontakt med nära nog alla gravida kvinnor, och man har ofta god kompetens att identifiera psykosociala riskfaktorer hos de enskilda mödrarna (se Sydsjö, Aronson). Möjligheterna för barnmorskorna att själva ge adekvat stöd är emellertid begränsade och ofta finns det inga naturliga vägar för vidare remittering.

– *Arbete med föräldrar* utgör förmodligen den vanligaste behandlingsinsatsen inom den öppna barn- och ungdomspsykiatrin. De flesta sökande behandlas med ett fåtal föräldrasamtal (se Carlberg). En speciell form av föräldrasamtal är det *"barnpedagogiska konsultationssamtalet"*, inriktat på barnens behov i samband med en skilsmässa, som Svedin föreslår som obligatoriskt inslag då föräldrar skiljer sig.

– *"Friskfaktorer"* har kommit alltmer i förgrunden, inte bara i forskningen kring psykisk hälsa och livskvalitet, utan också i behandlingsdiskussioner. Känslan av sammanhang och att ha någon vuxen att ty sig till och att lita på anses vara avgörande "friskfaktorer" för barn och ungdomar. Dessa insikter har skapat ett förnyat intresse för socialpsykiatriska behandlingsmodeller, inklusive *nätverksterapi*, där man eftersträvar att stärka befintliga eller potentiella "friskfaktorer" i barnets eller den unges omgivning. Sådana arbetsmodeller kräver också fungerande samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och olika kommunala verksamheter som barnomsorgen, skolan och socialtjänstens individ och familjeomsorg (se Cederblad). Som i all behandling som engagerar flera olika verksamheter behöver man klargöra hur man fördelar ansvar och kostnader.

– *Tonårstiden* karakteriseras av flytande gränser mellan tonåringars normala "växtvärk", med känslor av osäkerhet, vilsenhet och ångest, och det som är att betrakta som ungdomspykiatriska tillstånd (se Wrangsjö). Det är angeläget att de ungdomar som lider av egentlig depression får adekvat diagnos och behandling,

eftersom det kan föreligga självmordsrisk och problemet oftast återkommer (se von Knorring). Bland tonårsflickor är ätstörnigar vanliga, och också här ser man att problemen kan ha varierande svårighetsgrad och kräva olika behandlingsinsatser (se Clinton, Södersten). Man bör bl.a. diskutera hur *åldersgränser och övergångar mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri kan göras mer flexibla* (se Clinton).

– *De socialt utagerande tonåringarna får sällan adekvat psykiatrisk vård*, och för det mesta kommer de överhuvudtaget inte till barn- och ungdomspsykiatrin (se Rydelius). Samarbetet mellan psykiatrin och s.k. §12-hem (LVU) är i allmänhet dåligt upparbetat. Kommittén bör utreda hur detta kan förbättras.

5 Ökar psykiska problem hos barn och ungdomar?

Patientantalet vid landets barn- och ungdomspsykiatriska kliniker och öppenvårdsmottagningar rapporteras ha ökat med i snitt 30% mellan åren 1992 och 1994 med stora lokala variationer. För kommittén är det viktigt att närmare studera och analysera orsakerna till denna ökande tillströmning av patienter. Frågan är om barns och ungdomars psykiska hälsa försämrats eller om ökningarna inom BUP/PBU beror på andra faktorer. För att besvara frågan får vi försöka tyda en mångfald bilder, som presenteras i offentlig statistik, enkäter och intervjuundersökningar samt mer systematisk forskning. Uppgifterna är mycket varierande, ofta bristfälliga och ibland motsägelsefulla. Kunskapsläget är alltså oklart men sammantaget finns en farhåga att barn och ungdomar idag mår sämre och att deras problem blivit svårare.

Till en del kan ökningen inom BUP/PBU troligen förklaras av omstruktureringar och nedskärningar i andra samhällssektorer. Ökat tryck inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg i kombination med nedskärningar av vissa verksamheter inom skola och barnomsorg leder till att barn och ungdomar inte får det stöd de behöver i basverksamheterna. En ökning i tillströmningen från de breda basverksamheterna märks snabbt inom BUP/PBU som är en förhållandevis liten verksamhet. Det ökade trycket på olika vårdinstanser kan också bero på en sänkt tolerans hos föräldrar, dvs. en förändring i perceptionen hos föräldrar när olika omständigheter i samhället leder till ökad stress i familjen, liksom ökad stress hos lärare och annan personal i basverksamheter kan leda till större antal hänvisningar till BUP/PBU.

I ett samhällsperspektiv kan vi befara att det i planeringen ofta saknas en samverkan gällande totala insatser, dvs. konsekvensanalyserna vid nedskärningar och omstruktureringar begränsas till att gälla det egna ekonomiska ansvarsområdet.

5.1 Olika yrkesgruppers syn på barns psykiska hälsa

De slutsatser om barns och ungdomars villkor, om barns och ungdomars psykiska hälsa och om orsakerna till problemens ökning som redovisas nedan bygger, med några undantag, på resultat från enkätundersökningar där man vänt sig till personal av olika kategorier. Slutsatserna bygger därför i första hand på olika yrkesgruppers uppfattning. Det finns här en risk att man upprepar vad man hört andra säga utan att egentligen ha belägg för det. Det faktum att de som tillfrågats är personal som dagligen kommer i kontakt med de barn och ungdomar det är frågan om samt att uppgifterna från olika undersökningar är mycket samstämmiga ger, trots en viss reservation, trovärdighet åt uttalandena.

Det finns en klar oro i samhället bland dem som arbetar med barn och ungdomar. Redan 1993 angav hälften av sjuksköterskorna vid barnavårdscentralerna i landet att barnens psykiska hälsa försämrats under de senaste två åren. Arbetslöshet, stressade/splittrade föräldrar angavs som orsak. Var femte sjuksköterska angav neddragningar inom barnomsorgen som en anledning till försämringar i barns psykiska hälsa (Socialstyrelsen 1994).

Socialsekreterare, fritidsgårdsföreståndare och skolkuratorer konstaterar att klyftorna i samhället ökat under senaste åren och att detta tydligt märks bland barn och ungdomar, som ofta mår dåligt och saknar framtidstro. Orsaker som även av dessa yrkesgrupper ges stor betydelse i sammanhangen är samhällsklimatet, arbetslösheten och de kommunala nedskärningarna (SKTF 1996:5).

5.1.1 Samhällsklimatet påverkar

Förändringar i samhällsklimatet kan påverka den psykiska hälsan hos barn och ungdomar. De tillfrågade i SKTF:s undersökning har bl.a. tagit upp att barn och ungdomar oroar sig för föräldrarnas arbetslöshet och för den sämre ekonomi som följer på den, vilket även får stöd av vissa andra undersökningar (bl.a. Hagqvist, Starrin 1995). Barnen oroar sig också för den egna framtiden. Många av barnen/ungdomarna har svårigheter i skolan och inser samtidigt att dåliga betyg ger ännu sämre möjligheter till arbete. Att ungdomar påverkas av massmedia och underhållningsprogram där det propa-

geras för en hård miljö med våld och droger kan också bidra till psykiska problem, liksom att många föräldrar har det så jobbigt själva att de inte orkar vara föräldrar (SKTF 1996:5).

Samhällsklimatet betyder mycket för invandrarbarnen. Den dubbla kulturtillhörigheten, de kulturmotsättningar som finns i samhället och risken för barnen att hamna i kläm mellan olika kulturer tas av socialsekreterare, fritidsgårdsföreståndare och skolkuratorer upp som en orsak till att barnen mår dåligt (SKTF 1996:5).

5.2 Barn som far illa ökar inom socialtjänsten

Efterfrågan på insatser från socialtjänstens individ- och familjeomsorg har ökat under 1990-talet. Orsaker härtill är enligt Socialstyrelsen lågkonjunktur med stigande arbetslöshet samt nedskärningar inom andra sektorer. Ökad utsatthet bland barn och ungdomar har påvisats framför allt i vissa storstadsområden (Socialstyrelsen 1994).

Besparingar och omstruktureringar har gjorts samtidigt som arbetslösheten ökat och hushållens ekonomi försämrats. I det sammanhanget får ett minskat utbud inom barn- och ungdomsverksamheterna, sänkt kvalitet och/eller höjda avgifter stor betydelse framför allt för barn/ungdomar till låginkomsttagare, flerbarnsfamiljer och ensamstående föräldrar, dvs. grupper som har små ekonomiska marginaler att kompensera sina barn med. Socialstyrelsen bedömde i sin rapport om barns förhållanden i förändringstider, att det behövdes ökad observans framför allt i storstadsregionernas resurssvaga områden (Socialstyrelsen 1994).

Den ökade tillströmningen till Socialtjänstens individ- och familjeomsorg kan alltså sägas spegla dels barnfamiljers mer pressade livssituation till följd av arbetslöshet och försämrad ekonomi, dels de kommunala nedskärningarna i bl.a. barnomsorg och skola.

Inga större förändringar har dock skett mellan 1994 och 1995 med avseende på antal barn med olika insatser inom socialtjänsten enligt Socialstyrelsens senaste statistik (Socialstyrelsen 1996).

5.3 Elever med behov av särskilt stöd i skolan

I projektet "Elever med behov av särskilt stöd" har Skolverket i olika delprojekt utrett och försökt ge en bild av bl.a. vilka kunskaper som finns om situationen för elever med behov av särskilt stöd. (Man har inte definierat begreppet elever med behov av särskilt stöd). Frågorna har handlat om hur kommunerna har tagit ansvar för att hjälpa och stödja elever som har skolsvårigheter. En studie av kommunernas egna utvärderingar 1995 visar på följande resultat:

- Elever med läs- och skrivsvårigheter är en stor grupp med behov av särskilt stöd.
- Skolorna upplever problem att hjälpa elever med stora koncentrationssvårigheter (MBD/DAMP ingår i denna grupp). Flera signaler tyder på att denna grupp ökat.
- Elever med mycket speciella problem, det gäller såväl beteendeproblem som inlärningsproblem, har ökat markant.

I projekt som studerat resurser till elever med behov av särskilt stöd uppges att genomförda besparingar berör såväl elever i allmänhet som elever med behov av särskilt stöd. Framför allt har besparingarna påverkat klasstorleken, grupptimmarna och specialundervisningen. Det har gjorts större besparingar i grundskolans lägre årskurser (åk 1-6) än i de högre (åk 7-9). Färre elever ges särskilt stöd.

I den sammanfattande rapporten från projekten konstateras att neddragningar av skolhälsovård (läkare/sjuksköterskor) och elevvårdspersonal (kuratorer och psykologer) har skett. Diskussionen kan dock, hävdar man från Svenska Kommunförbundets sida, bli skev då många kommuner flyttat resurser från skolhälsovården till gemensamma resurscentra, vilket inte alltid syns i statistiken. Ett resurscentrum kan vara en egen resultatenhet där personalen består av skolpsykolog, kurator, syo-konsulent, talpedagog, skolsköterska och specialpedagog. Verksamheten vänder sig ofta både till skolor och barnomsorg. I vissa kommuner fungerar dessa centra så att skolor och barnomsorg köper tjänster, i andra fall ingår centret i skolans och barnomsorgens budget. Enligt uppgifter från Svenska Kommunförbundet (1996) finns det nu över 40 kommuner i landet som prövar nya idéer och metoder inom någon form av resurscentrum för skola och barnomsorg.

Enligt en attitydundersökning som Skolverket gjort, *Attityder i skolan – Skolundersökning 1993/94*, vänder sig eleverna gärna till elevvårdspersonal med olika slags problem. Frågan är om ett resurscentrum kan fylla den funktionen. Det är förmodligen för tidigt att uttala sig om det.

Sammanfattningsvis redovisas alltså från Skolverket att antalet elever med behov av särskilt stöd i skolan ökat under de senaste åren samtidigt som kommunerna på olika sätt försöker spara på skolan. De svårigheter som särskilt nämns är bristande stöd till elever med läs- och skrivsvårigheter samt till okoncentrerade och utagerande elever.

5.4 Antalet elever i särskolan har ökat

Särskolan är till för barn med utvecklingsstörning eller autism. Den obligatoriska särskolan består av grundsärskola och träningsskola. Den innebär nio års skolplikt för alla barn och ungdomar mellan 7 och 16 år. Därutöver har eleverna rätt till ett tionde, frivilligt skolår för att komplettera utbildningen. I grundsärskolan går elever med lindrig utvecklingsstörning. Eleverna undervisas i samma ämnen som grundskolans elever. Ämnenas innehåll och omfattning anpassas till varje elevs förutsättningar. I träningsskolan går elever med handikapp som gör att de inte kan tillgodogöra sig undervisning i grundsärskolan. Alla elever som fullgjort sin skolplikt i den obligatoriska särskolan skall erbjudas fortsatt fyraårig utbildning i gymnasiesärskolan.

Under de senaste fem åren har antalet elever i särskolan ökat med 15%. Under samma tid har antalet elever i grundskolan ökat med bara 7%. Cirka 13 500 barn går i särskola. Därav ca 9 500 i den obligatoriska särskolan (grundsärskola och träningsskola) samt ca 3 800 i gymnasiesärskola (Skolverket 1996).

En bärande princip i svensk handikappolitik är att handikappade skall integreras i möjligaste mån. De slutsatser som många, däribland Handikappombudsmannen (Dnr 415 och 751/96), drar utifrån Skolverkets undersökningar och statistik är att skolor vill skriva in barn i särskolan därför att man inte har resurser att stödja barnen i den vanliga undervisningen. Mycket tyder också på att det skrivs in fler elever med lindrig utvecklingsstörning i särskolan idag än tidigare.

5.5 Ökat tryck på barnpsykiatrin

Enligt statistiska och andra undersökningar har patientantalet vid landets barn- och ungdomspsykiatriska kliniker och öppenvårdsmottagningar ökat med i snitt 30%. Stora lokala variationer rapporteras dock. Tyngden av problemen rapporteras också öka samtidigt som sparkrav lett till nedskärningar i verksamheterna. Belastningen har därför ökat markant både vid sjukhuskliniker och öppenvårdsmottagningar. Det är en slutsats som Landstingsförbundet drar efter en enkätundersökning riktad till barn och ungdomspsykiatrin i landet 1992 och 1993. Samma undersökning visar att det är fler flickor än pojkar som söker hjälp, framför allt vid de öppna mottagningarna. Flickorna är också betydligt fler i de högre ungdomsåldrarna 15-19 år medan pojkarna är betydligt fler i de yngre ungdomsåren 10-14 år. Invandrar- och flyktingbarnens andel har ökat både inom sluten- och öppenvården.

En ökning av vissa sökorsaker redovisas från både kliniker och öppenvården. Bland mottagningarnas vanligaste förekommande diagnoser/symtom ligger relationsproblem eller familjeproblem högst. Därefter följer utagerande, oro, ångest, suicidrisk, ätstörningar samt sexuella övergrepp och misshandel (Landstingsförbundet 1994).

SKTF har gjort en undersökning om den barnpsykiatriska vården i dagens Sverige. En enkät har skickats ut till alla barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (BUP) och till de öppna psykiska barn- och ungdomsmottagningarna (PBU) med förfrågan om antalet ärenden, orsakerna till att barnen söker hjälp och hur ärendena har förändrats under de senaste tre åren. I enkäten frågades om förändringar i verksamheterna mellan åren 1992-1994. Mottagningarna rapporterar att antalet ärenden ökat mycket kraftigt och att ärendena blivit mycket tyngre och svårare. Förändringarna började redan 1992 (SKTF 1995:8).

5.5.1 Tyngre problematik och svårare ärenden

"Barn som idag kommer till BUP är offer för familjevåld och har mycket tidigt blivit känslomässigt övergivna. Dessa unga har djupa depressioner, livsleda, gör självmordsförsök och skadar sig själva. Flyktingbarnen med sina upplevelser av krig och svält står ännu bara på tröskeln till vården" (Landstinget i Östergötland 1995).

Flera undersökningar tyder alltså på att ärendena inom barnpsykiatrin blivit både tyngre och svårare. Ökningarna inom barnpsykiatrin har lett till prioritering av tung problematik.

Till de absolut svåraste tecknen på psykisk ohälsa hör självmord och/eller självmordsförsök. Självmorden utgör idag den största dödsorsaken i åldrarna 15 till 44 år. Statistiken över självmord och självmordsförsök visar inte någon ökning (Hultén och Wasserman, 1995).

5.6 Nedskärningarnas betydelse

Nedskärningar och omstruktureringar inom de verksamheter som finns för barn och ungdomar påverkar deras situation. Frågan är på vilket sätt konsekvenserna för barnen redovisas och hur dessa beaktas vid olika beslut? I en gemensam skrivelse till socialministern anser psykologerna vid PBU:s psykologverksamhet vid mödra- och barnhälsovården i södra Stockholm att det på beslutsfattarnivå förekommer en okritisk överskattning av barns kompetens och stresstålighet. Organisatoriska förändringar medför utslagning av barn (S96/2631/S).

SKTF hävdar att skolklasserna har blivit större, samtidigt som kringresurser som kuratorer, skolsköterskor, rastvakter m.fl. tagits bort eller minskat. Minskningarna har skett trots att behovet av elevvård ökat. Svaga barn slås ut och klarar inte skolgången. Möjligheten att differentiera undervisningen med hjälplärare eller delade klasser har minskat. Barn med speciella behov får minskad hjälp. Barngrupperna inom barnomsorgen har blivit större, öppettiderna har minskat. Samtidigt har antalet anställda blivit färre (SKTF 1996:5). Mycket av detta bekräftas också i Skolverkets undersökningar (se ovan).

SKTF hävdar vidare att de kommunala nedskärningarna drabbar ungdomar hårdast. Särskilt ungdomar i riskgrupper. Många ungdomar har inte någon meningsfull sysselsättning på fritiden. Många kommuner har lagt ner ungdomsgårdar eller minskat öppettiderna. Det finns få vuxna kring ungdomarna. Framför allt saknas ofta manliga förebilder (SKTF 1996:5).

5.6.1 Nedskärningar på basnivån – ökat tryck på specialistnivå – kommunicerande kärl

De verkar råda enighet kring slutsatsen att efterfrågan på hjälp från barnpsykiatrin ökar i takt med att resurser inom barnomsorg, skola och socialvård minskar. "Samhällets starkaste stöttepelare för barn i riskzon för psykisk ohälsa och social missanpassning klarar inte längre sin uppgift. Detta leder till ökad utslagning bland barn och ökad efterfrågan av psykisk barn- och ungdomsvård", konstateras t.ex. i en rapport om barns och ungdomars hälsa som tagits fram av landstinget i Östergötland (Landstinget Östergötland 1995). Samtidigt har sparkrav och nedskärningar gjorts även i de barnpsykiatriska verksamheterna. Det totala antalet platser inom den barnpsykiatriska vården har minskat liksom antalet platser på behandlingshem. Väntetiderna har förlängts.

5.6.2 Några strukturella skäl till ökat tryck på specialistnivå

Det så kallade köp/sälj systemet kan leda till att tjänster söks där de inte belastar den egna budgeten. Ett exempel på detta är när man inom mödra- och barnhälsovården hänvisar till PBU i stället för att använda den egna psykologen som man måste interndebitera för. Detta i sin tur leder till att den egna psykologen sägs upp då resursen inte behövts (S96/2631/S).

Många pekar också på att formella diagnoser i ökande omfattning blivit en förutsättning för resurstillskott inom både förskola och skola. Det räcker alltså inte längre med personalens bedömning. Detta leder naturligtvis till en ökad efterfrågan av bedömningar inom PBU/BUP.

5.7 Våld och övergrepp mot barn och ungdomar

Misshandel och/eller sexuella övergrepp utgör självfallet en hälsorisk. Hur allvarlig avgörs av flera omständigheter, bl.a. övergreppens art och varaktighet, förhållandet till den som utövar våldet/övergreppen m.m.

5.7.1 Misshandel

Den polisanmälda misshandeln mot barn har mer än fyrdubblats sedan år 1981. År 1994 var ökningen 30% jämfört med året innan. Enligt statistiken för år 1995 har antalet anmälda brott mot barn 7-14 år fortsatt att öka kraftigt, medan antalet anmälda brott mot barn 0-6 år har minskat något. Det senare beror på att en stor del av den kraftiga ökningen år 1994 betingats av att ett stort antal brott mot ett offer anmälts under året (BRÅ, Monika Olsson 1996, personlig kommunikation).

Den största ökningen när det gäller brottsförövare återfinns i åldersgruppen 15-17 åringar. En stor del av ungdomarnas brottsdeltagande gäller misshandel mot barn i åldern 7-14 år. Förmodligen kan en del av ökningen förklaras med en större anmälningsbenägenhet hos framför allt skolor och andra institutioner eller myndigheter som har mycket kontakt med ungdomar. Enligt Brottsförebyggande rådet (BRÅ) finns dock här också en faktisk ökning av våld mellan barn och ungdomar (Olsson 1996).

5.7.2 Sexuella övergrepp

Anmälda sexualbrott mot barn (0-15 år) har ökat kraftigt under den senaste tioårsperioden, särskilt sedan slutet av 1980-talet med undantag för åren 1990 och 1991 då en svag minskning kunde noteras. Under åren 1992 och 1993 ökade alla typer av anmälda sexualbrott mot barn återigen anmärkningsvärt mycket, för att sedan minska kraftigt under 1994 (Olsson 1996).

I den här typen av brott är mörkertalet stort. Grova brott anmäls i högre grad än lindrigare brott. Brott där gärningsmannen är helt obekant för offret anmäls i högre grad än brott där gärningsmannen

är en närstående. När det gäller barn styrs mörkertalet också av i hur hög grad barn kan berätta vad de blivit utsatta för, i vilken mån de blivit trodda och slutligen i vilken utsträckning de personer som får barnets förtroenden fattar beslutet att anmäla händelsen till polisen. Benägenheten att anmäla varierar dessutom säkerligen över tid, vilket gör att mörkertalet kan vara olika högt under olika tidsperioder. Den allmänna opinionen, den syn människor i offrets närhet har på denna typ av brottslighet liksom de handläggande myndigheternas inställning har troligen också stor betydelse (Olsson 1996).

5.8 Alkohol- och drogvanor

Regelbundna undersökningar görs i Sverige bland värnpliktiga och bland ungdomar i årskurs 9 om deras alkohol- och drogvanor. De mönstrandes drogbruk har under 1980-talet sjunkit stadigt från att ha varit på en relativt hög nivå under 1970-talet. Under 1990- talet har drogbruket åter ökat något (CAN 1996 nr 49). Den senaste undersökningen visar fortsatt ökat drogbruk både vad gäller alkohol och narkotika (CAN 1996).

Alkoholbruket bland ungdomar i årskurs 9 visar liknande mönster. I 1989 års studie ökade andelen pojkar som uppgett s.k. "storkonsumtion" någon gång i månaden eller oftare, liksom andelen som dricker sig berusade "varje" eller "nästan varje" gång. Tendenserna fortsatte och märktes i 1990 års undersökning också hos flickorna. Efter 1991 har ökningen varit mest accentuerad hos flickorna. 1995 är det en något större andel av flickorna än av pojkarna som säger att de känner sig berusade varje eller nästan varje gång de dricker alkohol. Den senaste skolundersökningen visar att alkoholkonsumtionen är oförändrad bland skolpojkarna, bland skolflickorna till och med något minskande, liksom benägenheten att berusa sig (CAN 1996).

Drygt en tredjedel av eleverna i årskurs 9 uppger att de aldrig varit berusade medan drygt en tredjedel uppger att de berusat sig första gången vid 13-14 års ålder, dvs. i årskurs 7.

Många dricker hemtillverkat vin och sprit s.k. "hembränt". Under de fem år som frågan om detta ställts, har oförändrat 37% uppgett att de druckit hemtillverkat vin under de senaste 12 månaderna.

Användandet av narkotika minskade betydligt under 1970- och 1980-talet bland elever i årskurs 9. Under 1990-talet noteras en

ökning, från 3% av eleverna 1989 till 6% 1995. Ungefär tre fjärdedelar uppger 14-15 år som debutålder (CAN 1996 nr 47).

Den ökning av ungdomars drogbruk som redovisas utgör en klar hälsorisk. Samhällets attityder till droger har mjuknat. Detta gäller främst alkohol där tillgängligheten har ökat kraftigt under senare år.

5.9 Aktuella undersökningar om barns och ungdomars psykiska hälsa

I kapitel 1 redogörs översiktligt för undersökningar om barns och ungdomars psykiska hälsa. Här skall därför endast några undersökningar nämnas som ger en bild av de senaste årens utveckling.

5.9.1 Ljus bild av svenska barns och ungdomars hälsovanor

Forskningsprojektet Skolbarns hälsovanor (Health behavior in School-Aged Children) har pågått ett drygt decennium. Sverige har deltagit i projektet sedan 1984. Sverige har genomfört tre studier, varav den senaste 1993-94. Syftet med projektet är dels att öka kunskapen om sådana levnadsvanor och andra förhållanden, som anses viktiga för barns hälsa, dels att följa utvecklingen inom landet över tid och att göra jämförelser med olika länder. Studien består av en enkätundersökning med basfrågor som ställs i alla länder och tilläggsfrågor som kan vara nationella. Basfrågorna gäller alkohol-, tobaks-, och matvanor, fysisk aktivitet, psykosomatiska besvär samt skol-, kamrat- och föräldrarelationer. Undersökningen omfattar minst 1 000 barn/åldersgrupp i åldrarna 11½, 13½ respektive 15½ år i 24 länder.

Undersökningarna ger sammantaget en ljus bild av svenska barns situation i ett europeiskt perspektiv. Svenska barn i alla åldersgrupper, såväl pojkar som flickor, anser sig oftare än barn i andra länder som deltar i undersökningen, vara helt friska. Svenska barn verkar också trivas med livet. Jämfört med barn från övriga 24 länder ligger de svenska barnen även här i topp (Ulla Marklund, Folkhälsoinstitutet 1996).

5.9.2 Psykosomatiska besvär ökar, framförallt hos flickor

I ett internationellt perspektiv är bilden av svenska barns hälsa ljus. Samtidigt har en viss försämring skett inom landet under den tid undersökningarna gjorts. På frågor om psykosomatiska besvär märks en ökning på i snitt 5% på den totala gruppen. Antalet barn som ofta har huvudvärk, svårt att somna eller känner sig nervösa är påfallande många och deras antal har ökat mellan åren 1986-1994 (Marklund, Folkhälsoinstitutet 1996).

Som stressrelaterade ohälsotecken brukar man tala om huvudvärk, magbesvär, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, spändhet och dålig aptit. Resultat från undersökningar som gjorts tyder på att ekonomiska problem påverkar alla i familjen, alltså även barnen. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 med psykosomatiska besvär är närmare 80% högre bland dem som ofta eller alltid är oroliga för familjens ekonomi. Bland framför allt flickor följer också alkoholdrickande ett liknande mönster. Flickor som ofta eller alltid oroar sig för familjens ekonomi röker också i väsentligt större utsträckning än andra. Skolk och sjukfrånvaro är framför allt bland flickor men även bland pojkar, högre bland dem som ofta eller alltid är oroliga för familjeekonomin (Hagqvist & Starrin 1995).

Flickor verkar vara mera stressade än pojkar. Hagquist menar att det är rimligt att anta att flickorna mår reellt sämre men också att frågorna är ställda på ett sätt som gör det lättare för flickor att känna igen sina problem och svara ja oftare än pojkar (Hagqvist, Folkhälsoinstitutet 1996).

Statistik från Pliktverket gällande 18-åringars allmänna hälsotillstånd, ger vid handen att skillnaderna mellan olika grupper av ungdomar är större idag än för tio år sedan (Pliktverket 1996). Preliminära resultat från pågående longitudinella studier tyder också på större spridning i det psykiska hälsoläget hos dagens 15-åringar jämfört med motsvarande åldersgrupp för ett kvarts sekel sedan. Gruppen flickor med problem tycks ha ökat (Stattin 1996, personlig kommunikation).

5.10 Slutord

Den fråga som ställs i rubriken till detta kapitel, dvs. huruvida psykiska problem hos barn och ungdomar ökar, får inget entydigt svar i ovanstående redovisning bl.a. därför att svaret kräver bättre underlag än de som finns. Det samlade intrycket är dock att psykiska problem hos barn och ungdomar ökat något de senaste åren.

Personal som arbetar med barn och ungdomar uttrycker ganska entydigt sin oro, inte för barn och ungdomar i allmänhet, utan för den gruppen barn och ungdomar som de befarar fått allt sämre villkor. Visst stöd finns i olika undersökningar för deras oro. Sannolikt är ökningen av problemen inte jämt spridd.

Undersökningarna visar också att psykosomatiska besvär hos barn och ungdomar är vanligare i familjer med arbetslöshet och ekonomisk stress. Detta är viktigt att beakta i ett förebyggande arbete.

Nedskärningarna i s.k. basverksamheter som ökar trycket på specialistfältet öppnar diskussionen om vilket stöd och vilken vård som bör kunna ges på de olika nivåerna för att uppnå bästa möjliga resultat. Omformulerat kan vi fråga oss hur samhällets resurser skall fördelas för att, även på längre sikt, gagna en bra utveckling för barn och ungdomar.

I den fortsatta utredningen avser kommittén att återkomma med närmare analyser av behovet av vård och stöd för barn och ungdomar samt därmed sammanhängande ansvars- och kostnadsfrågor. Förebyggande arbete kommer särskilt att uppmärksammas. Hur vi i framtiden bättre skall kunna följa barns och ungdomars hälsa/ohälsa, återkommer vi till i nästa kapitel.

6 Mätning av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

6.1 Överväganden och förslag

Vårt förslag:
Regeringen ger i uppdrag till Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum (EPC) att utarbeta en modell för återkommande mätningar av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i Sverige. Arbetet bör planeras i samråd med Barnpsykiatrikommittén. EPC bör presentera förslag till riktlinjer för framtida bevakning av det psykiska hälsotillståndet hos barn och ungdomar i så god tid att förslagen kan beaktas i Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande.

6.2 Bakgrund

I kommitténs uppdrag ligger att definiera gruppen barn och ungdomar med psykiska problem och att beräkna samhällets kostnader för vård och stöd. Kostnaderna skall ställas i relation till nyttan. Kommittén skall vidare föreslå olika insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem, om de väl uppstått, fördjupas och befästs.

Det psykiska hälsoläget hos barn och ungdomar på befolkningsnivå är alltid svår att fastställa. Det är alltså inte en svårighet som är unik för 1990-talet. I modern tid har man i olika undersökningar försökt komma fram till hur stor andel av alla barn och ungdomar som har psykiska problem. Man har emellertid gått tillväga på mycket olika sätt, och slutsatserna har varierat. Man har använt sig av olika definitioner på psykisk ohälsa, inhämtat uppgifter på olika sätt och riktat in sig på olika ålders- och samhällsgrupper. Till följd av de skilda angreppssätten varierar uppskattningarna av problemens

omfattning kraftigt; mellan under 10 och upp till 25% av alla barn och ungdomar i befolkningen har rapporterats ha psykiska problem. Om man tar hänsyn till skillnader i metod pekar den samlade statistiken och forskningen likväl på att frekvensen av problem varierar med samhällstyp och boendeområden, och att vissa miljöer innebär en påtagligt ökad risk för psykiska problem under uppväxtåren. Problemens typ och omfattning varierar också med barnens ålder och kön. Det finns tecken på att skillnaderna mellan olika grupper av barn och ungdomar ökar och att gruppen med psykiska problem har blivit större, trots att majoriteten barn och ungdomar i Sverige mår psykiskt väl. Sammantaget måste konstateras att det rör sig om ett angeläget folkälsoproblem som är dåligt belyst i tillgänglig statistik.

För att möta de faktiska behoven av vård och stöd och för att fördela befintliga resurser på bästa sätt, skulle vi behöva veta mer. Vilka är problemen, vad händer i samhället över tid, finns särskilt utsatta grupper, vad gynnar den psykiska hälsan hos barn och ungdomar? Och, inte minst viktigt, vilka hälso- och riskfaktorer går att påverka genom samhälleliga insatser och hur kan man följa upp dem långsiktigt?

6.2.1 Vår bedömning

Även om underlagen är behäftade med brister måste kommittén självfallet på bästa sätt utnyttja den information som finns tillgänglig och som kan tas fram under utredningstiden. Det blir emellertid mycket tydligt för kommittén att beslutsfattare fortlöpande skulle behöva bättre överblick över det psykiska hälsoläget hos våra barn och ungdomar. För att nu och framgent kunna dra giltiga slutsatser om de psykiska problemens omfattning och utbredning och därmed få säkrare beslutsunderlag, behöver samhället en epidemiologisk bevakning av dessa frågor.

6.2.2 Syfte

Syftet med en epidemiologisk bevakning skulle vara att återkommande ge en bild av hur barn och ungdomar mår psykiskt, i olika åldrar, i olika boendeområden och psykosociala miljöer. Därmed kan man skapa bättre beslutsunderlag för att styra samhällets

resurser. Ytterligare ett argument för en epidemiologisk bevakning är att man har möjlighet att följa utvecklingen över tid.

6.2.3 Några överväganden

En epidemiologisk bevakning av det psykiska hälsotillståndet hos barn och ungdomar är en metodologisk utmaning. Psykiska problem manifesterar sig inte i hårddata på samma sätt som somatisk sjukdom. Metoder att mäta psykisk hälsa/ohälsa är därför huvudsakligen indirekta, det vill säga man mäter beteenden, utsagor och förhållningssätt som har ett dokumenterat samband med det psykiska hälsotillståndet. Ett absolut mått på psykisk hälsa ger sådana metoder däremot inte. Beroende på för vilket syfte metoden utvecklats, har man haft olika infallsvinklar då man närmat sig begreppet psykisk hälsa/ohälsa. En metods validitet måste därför sättas i relation till det syfte för vilket man avser använda den.

I en nyligen utgiven rapport skriver Socialstyrelsen: "Att kunna följa den psykiska ohälsan hos barn och ungdom är en viktig fråga för hälso- och sjukvårdssektorn, särskilt i tider med snabba samhällsförändringar som utsätter stora barn- och ungdomsgrupper för stora påfrestningar." (Metoder att mäta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar, Socialstyrelsen 1996). I samma rapport redovisas ett begränsat antal mätmetoder, som skulle kunna användas i ett sådant syfte. Metodernas styrka ligger i att de är väl utprövade, även internationellt, och i att de har visat sig användbara för att fånga upp barnpsykiatriskt relevanta beteenden och signaler från barnet. De kan däremot kritiseras för att i otillräcklig grad spegla barnets egna upplevelser och psykosociala situation.

Inför en epidemiologisk bevakning tänker vi oss att vissa principiella frågor måste diskuteras. En första fråga är vilka åldersgrupper man bör inrikta sig på, för att uppgifterna ska kunna användas på ett effektivt sätt vid fördelning av resurser. Möjligheterna till förebyggande insatser bör särskilt beaktas.

Nästa fråga är huruvida man ska rikta in sig på barnpsykiatriskt relevanta beteenden (symtomchecklistor) och/eller det allmänna psykiska välbefinnandet (som i ex. WHO Collaborative Study). Man bör också ta ställning till om man eventuellt ska komplettera med ytterligare hälsofrågor.

En etisk och metodologisk fråga är om man ska vända sig till barnen själva, med möjlighet att spegla självbilden, eller låta vuxna i barnens omgivning, föräldrar och/eller lärare, göra bedömningar.

En fjärde central fråga är på vilket sätt man ska fånga upp socioekonomiska och strukturella faktorer. Dessa kan registreras på individnivå eller på "ekologisk" nivå, så att man noterar exempelvis boendeområdets och skolans karakteristika. Erfarenheter visar att den ekologiska nivån ger värdefull och praktiskt användbar information, samtidigt som den är lätthanterlig och föga integritetskränkande.

6.2.4 Kostnader

Kommittén kan inte bedöma huruvida ett uppdrag till EPC kan genomföras inom ramen för Socialstyrelsens befintliga resurser. Enligt vårt förslag bör uppdraget dock ges prioritet och genomföras under innevarande budgetperiod. Vi utgår ifrån att Socialstyrelsen redan har planerat sin verksamhet utan att räkna med detta uppdrag. Framgent bör denna epidemiologiska bevakning planeras som en del av EPC:s löpande verksamhet.

Referenser

Antonovsky A. (1991) *Hälsans mysterium.* Stockholm: Natur & Kultur.

Bergström U. & Sarnecki J. (1996) Invandrarungdomar på särskilda ungdomshem i Stockhoms län. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem*, Statens Institutionsstyrelse (SiS), Stockholm: Liber.

BO 1996. *Tänk om ...* Rapport från barnens myndighet, Stockholm: Barnombudsmannen.

Bremberg S, Hjern A. & Widlund G. BVC:s 4-årskontroll. "Barns uppväxtmiljö styr kognitiv utveckling.", *Läkartidningen,* 93, 1614-16

BRÅ 1996, Olsson M. personlig kommunikation.

Burman L. & Nylander I. (1969) Inlärningsproblem, disciplinsvårigheter och psykisk insufficiens. *Socialmedicinsk Tidskrift,* 46, 256-63.

CAN 1996, Pressmeddelande 1996-09-25.

CAN 1996 nr 47. Andersson B. & Hibell B. *Skolelevers drogvanor*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

CAN 1996 nr 49. Guttormson U. *Mönstrandes drogvanor 1995*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

Carlberg M. (1984) *PBU-verksamheten inom Stockholms läns landsting. Kartläggning, effektanalys och metodutveckling.* Doktorsavhandling. Stockholm: Liber.

Cederblad M. & Höök B. (1986) Vart sjätte barn har psykiska störningar. Epidemiologisk studie i Östergötland. *Läkartidningen*, 83, 953-959.

Cederblad M. (1996) Född stark. Maskrosbarnen är älskvärda och självständiga. *Forskning och Framsteg*, 6, 4-9.

Cederblad M. (1995) Barnfamiljer i Sverige. I: K. Hansson & J. Sundelin, *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv.* (Uppl. 5), Stockholm: Liber.

Dishion TJ. (1990) The peer context of troublesome child and adolescent behavior. I: PE. Leone (red), *Understanding Troubled and Troubling Youth.* Newbury, Ca: Sage.

Dunn J. & McGuire S. (1992) Sibling and peer relations in childhood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33 (1), 67-105.

Elmén H. (1995) *Child health in a Swedish city. Mortality and birth weight as indicators of social inequality.* Akademisk avhandling, Göteborg.

Eresund P. (1996) Bråkiga pojkar på PBU. *Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting.*

Fornäs J. m.fl. (1984) *Ungdom- Identitet- Motstånd.* Akademilitteratur.

FRN-rapport (1995:4) *Rätt till liv - lust till liv. Om självmordsbeteende blan barn och ungdomar.* Stockholm: Forskningsrådsnämnden.

Gillberg C. (1990) Epidemiologi. I: C. Gillberg & L. Hellgren. *Barn- och ungdomspsykiatri.* Stockholm: Natur & Kultur.

Gillberg C. & Hellgren L. *Barn- och ungdomspsykiatri.* Stockholm: Natur & Kultur.

Hagerty RJ, Roghmann KJ. & Pless IB. (1975) *Child Health and the Community.* New York: John Wiley & Sons.

Hagqvist C. (1996) "Oron för familjens ekonomi ökar". Kerstin Vinterhed intervjuar om ungdomars psykiska hälsa, Folkhälsoinstitutet, hearing den 31 maj.

Hagqvist C. & Starrin B. (1995) Ekonomisk kris och utsatthet – hur påverkas barnen? I: *Ditt Värmland. Välfärder och färdvägar.* Länsstyrelsen i Värmlands län.

Hallunda PBU (1996) A. Brunåker, G. Carlvant Nyman & S. Bremer. *Tankar om transkulturell barndiagnostik.* Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting.

Handikappombudsmannen Dnr 415/96: Skrivelse till Socialminister Margot Wallström. Dnr 751/96: Skrivelse till Utbildningsdepartementet.

Hellström A. (1995) *Nu är det vår tur. Samhällets stöd till barn med MBD/DAMP.* Stockholm: Liber.

Huddinge kommun 1996. Informationsavdelningen.

Hultén A. & Wasserman D. (1995) Självmordsförsök och självmord bland barn och unga. I: *Rätt till liv – lust till liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar.* Stockholm: Forskningsrådsnämnden.

Johnsson G. & Kälvesten A-L. (1964) *222 Stockholmspojkar.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Klintberg af B, Andersson T, Magnusson D. & Stattin H. (1993) Hyperactive behaviour in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: A longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences,* 15, 381-388.

Kornfält R. (1981) *Skolbarns hälsa. En studie i ett primärvårdsdistrikt.* Lund: Studentlitteratur.

Lagerberg D, Mellbin T, Sundelin C. & Vuille J-C. (1994) Growing up in Uppsala. The "New Morbidity" in the adolescent period. A longitudinal epidemiological study based on school data and some external sources. *Acta Paediatrica,* Suppl. 398.

Landstinget i Östergötland (1995) *Barns och ungdomars hälsa.* Rapport.

Landstinget i Östergötland (1996) Redogörelse av G. Nyrén och C-G. Svedin för programmet "Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar", inför Barnpsykiatrikommittén 1996-10-01.

Landstingsförbundet (1994) *Barn- och ungdomspsykiatrisk vård.* Enkätsammanställning.

Lindblad F. & Gumpert C. (1996) Tingsrättsdomar och expertutlåtanden. Föredrag vid Fjärde mötet om Barnens rättsskydd, Riksdagshuset, 1996-09-19.

Lindström B. (1994) The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic Countries. *Nordiska Hälsovårdshögskolan,* rapport 94:3. Göteborg.

Magnusson D. (1988) *Individual Development from an Interactional Perspective: A Longitudinal Study.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mahler MS, Pine F. & Bergman A. (1984) *Barnets psykiska födelse.* Symbios och individuation. Stockholm: Natur & Kultur.

Marklund U. (1996) Skolbarns hälsovanor. *Folkhälsoinstitutet,* hearing den 31 maj.

Minuchin S. (1978) *Psychosomatic Families.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Minuchin S. (1995) *Hela familjen. Hopp och förnyelse inom strukturell familjeterapi.* Stockholm: Natur & Kultur.

Olsson M. (1996) *Våldsbrott.* Särtryck ur Brottsförebyggande rådets (BRÅ) rapport 1996:4.

Olweus D. (1991) *Mobbning i skolan. Vad vi vet och vad vi kan göra.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Ottosson J-O. (1995) *Psykiatri.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Perris C. (1996) *Kognitiv beteendeterapi.* Stockholm: Natur & Kultur.

Pliktverket (1996) Mönstringsstatistik för 18-åriga män 1993 och 1994. Karlstad: Karolinen.

RUS (1996) En sammanställning av 32 RUS-medlemmars enkätsvar och en diskussion kring diagnoser. A. Jakobsson & A. Larsson, *Riksförbundet ungdom för social hälsa*, april 1996.

Rutter M. (1973) Why are London children so disturbed? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66, 1221-1225.

Rädda Barnen, Winberg S. *"Kommunprojektet" – Ett Rädda Barnen-projekt om barn, utsatthet och lokala förändringar i nittiotalets Sverige*, PM 1996-10-01.

(S96/2631/S). Skrivelse 96-04-09 till socialministern från PBU:s psykologverksamhet vid mödra- och barnhälsovården, Södra omsorgsnämnden i Stockholm.

Satir V. (1973) *Familjeterapi.* Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Selman R. (1980) *The Growth of Interpersonal Understanding: Development and Clinical Analysis.* New York: Academic Press.

SIS rapport (1996) B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem*, Statens Institutionsstyrelse (SiS), Stockholm: Liber.

Skolverket (1996) *Elever med behov av särskilt stöd. Sammanfattande rapport.* Projekt 13077-3.

SKTF (1995:8) Barnen drabbas hårt i nedskärningstider. *Sveriges kommunaltjänstemannförbund.* Enkät till BUP/PBU kliniker.

SKTF (1996:5) Sverige – ett tudelat samhälle? *Sveriges kommunal tjänstemannförbund.* Enkätsammanställning.

Smedler A-C. (1996) Barns vänskap i tidig skolålder. Utveckling av en diagnostisk intervju. Årsrapport till Förstamajblommans Riksförbund, maj 1996.

Socialförvaltningen i Malmö (1996) *Malmö – en social vision.* Malmö 1996 inför år 2000.

Socialstyrelsen (1980) *Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige.* SoS redovisar, 1980:2

Socialstyrelsen (1991) Jakobsson G. & Köhler. *Barns hälsa i Sverige.* SoS-rapport 1991:12.
Socialstyrelsen (1994) *Barns villkor i förändringstider.* Slutrapport. SoS följer upp och utvärderar, 1994:4.
Socialstyrelsen (1996) *Insatser för barn och unga 1995.* Statistik-Socialtjänst. SoS-rapport 1996:11.
Socialstyrelsen (1996) *Barn i fokus.* Slutrapport, SoS-rapport, 1996:19.
Socialstyrelsen (1996) *Metoder att mäta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.* Rapport från en arbetsgrupp, SoS, april 1996.
Stattin H. (1996) Stockholms universitet och Högskolan i Örebro, personlig kommunikation.
Stattin H. & Magnusson D. (1989) The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 57, 710-718.
Stern D. (1991) *Spädbarnets interpersonella värls.* Stockholm: Natur & Kultur.
Storstadskommittén 1996. *Att röja hinder.* SoU 1995:142
Sullivan HS. *An interpersonal theory of personality.* New York: Norton.
Sundelin C. & Lagerberg D. (1990) Det onda och det goda livet. I: C. Sundelin & D. Lagerberg (red.), *Barnfamiljerna och samhällets ambitioner.* Stockholm: Liber.
Sundell K. & Colbiörnsen M. (1996) *Hand i hand. Samhällets stöd till elever med sociala behov.* Stockholms socialtjänst, FoU-rapport 1996:14.
Svedin C-G. (1996) Redogörelse för programmet "Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar", inför Barnpsykiatrikommittén 1996-10-01
Ungdomsstyrelsen (1996) *Ungdomstid.* Årsbok om ungdom. Stockholm.
Wasserman D. (1996) "Små misslyckanden kan utvecklas till en stor tragedi." Kerstin Vinterhed intervjuar om ungdomars psykiska hälsa, *Folkhälsoinstitutet*, hearing den 31 maj.
Werner E. & Smith RS. (1992) *Overcoming the odds.* Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
Winnicott DW. (1981) *Lek och verklighet.* Stockholm: Natur & Kultur.
Öhman A. (1994) *Rädsla – ångest – fobi.* Forskningens frontlinjer. Stockholm: Forskningsrådsnämnden.
Öst L-G. (1987) *Beteendeterapi inom psykiatrin.* Stockholm: Natur & Kultur.

Kommittédirektiv

Beslut vid regeringssammanträde den 11 maj 1995

Sammanfattning av uppdraget

En utredning med parlamentarisk sammansättning tillkallas för att utreda vården och stödet till barn och ungdom med psykiska problem. Utredningen skall

- definiera gruppen barn och ungdom med psykiska problem. Utifrån denna definition och tidigare kartläggningar skall problemens omfattning och samhällets kostnader för vård och stöd bedömas. Bedömningen av samhällets kostnader skall ställas i relation till nyttan med vården och stödet till barn och ungdom med psykiska problem.
- redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdom med psykiska problem och hur samarbetet mellan samhällsinstanserna fungerar. Analysen skall göras såväl från de hjälpsökandes perspektiv som från samhällsinstansernas perspektiv.
- överväga och föreslå olika insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem, om de väl uppstått, inte fördjupas och befästs.
- överväga och föreslå olika åtgärder för att förbättra samarbetet mellan hälso-och sjukvården och socialtjänsten och även, i förekommande fall, mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsinstanser. Utredningen bör överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga.
- redogöra för och analysera samt föreslå olika rehabiliteringsåtgärder.

Bakgrund

Tidigare arbete

Psykiatriutredningen behandlade i sitt betänkande, Välfärd och valfrihet (SOU 1992: 73), de psykiskt störda villkor i ett brett samhällsperspektiv. Av tids- och resursskäl berörde utredningen inte psykiskt störda barns och ungdomars situation särskilt. I propositionen (1993/94: 218) Psykiskt störda villkor anmälde därför regeringen att en utredning om vård och stöd till psykiskt störda barn och ungdomar bör tillsättas. Socialutskottet delade regeringens bedömning av behovet av en sådan utredning. Riksdagen hade ingen erinran mot vad utskottet anfört (bet. 1993/94 SoU 28, rskr. 1993/94:396).

Problemens omfattning

Omfattningen av psykiska ohälsa bland barn och ungdomar är svår att fastställa. Olika undersökningar har försökt komma fram till hur stor andel av barn och ungdomar som har psykiska problem. Undersökningarna har använt sig av olika definitioner på psykisk ohälsa, olika undersökningsmetoder och olika underlag vilket fått till följd att uppskattningarna av andelen barn och ungdomar med psykiska problem varierar mellan 5 och 25 %. Landstingsförbundet har nyligen genomfört en enkät om den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Enkäten har riktats till samtliga landsting. Med ledning av statistik på antalet besök vid landets öppenvårdskliniker kan man sluta sig till att ungefär 9 % av befolkningen upp till 19 år hade kommit i kontakt med den barn- och ungdomspsykiatriska öppna vården under år 1993. Siffrorna måste dock tolkas med försiktighet då vissa kliniker även tycks räkna in föräldrar som besökare. En jämförelse mellan Stockholms län och övriga län visar att så kan vara fallet. I Stockholms län ligger andelen barn och ungdom som besökt den öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården under 2 % medan den i andra län pendlar mellan 8 och 13 %. Statistiken över antalet barn och ungdomar som vårdats i den slutna barn- och ungdomspsykiatriska vården är mer heltäckande. Här rör det sig dock om en mycket liten andel av det totala antalet barn och ungdomar i åldrarna upp till 19 år, 2 358 barn och ungdomar av totalt något över 2 miljoner barn och ungdomar i dessa åldrar.

Antalet slutenvårdsplatser har minskat kraftigt de senaste 20 åren. Den sjukhusanknutna vården omfattade cirka 350 platser vid 1990-talets början. 145 vårdplatser fanns också vid landstingens olika behandlingshem. I takt med att antalet platser i slutenvården minskat har antalet öpppenvårdsmottagningar ökat. Vid 1990- talets början fanns cirka 170 öppenvårdskliniker.

Trots osäkerheten vad gäller omfattningen av barns och ungdomars psykiska problem kan vissa negativa tendenser iakttas. Senast tillgängliga uppgifter visar att antalet barn och ungdomar som söker hjälp ökar både i den slutna och öppna psykiatriska vården.

Problem

Samhällets insatser för barn och ungdomar med psykiska problem är omfattande och ansvaret delas främst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Barnomsorgen och skolan har också viktiga uppgifter i detta sammanhang.

Barnhälsovården är ett stöd för alla familjer men denna vård har en särskild roll när det gäller barn med behov av särskilt stöd och deras familjer. Undersökningar visar att barn- och mödrahälsovården når i stort sett alla barn, vilket bidrar till att både medicinska och sociala problem kan upptäckas tidigt. Förtroendet för barnhälsovården är i allmänhet mycket stort. Socialstyrelsens rapport Skydda skyddsnätet från år 1992 visar dock att barnhälsovården saknar metoder och kunskap för att ta sig an barn med psykiska problem.

De allra flesta barn och ungdomar kommer i kontakt med barnomsorgen och skolan. Barnomsorgen är en viktig resurs med unika möjligheter att förebygga psykiska problem hos barn. Många kommuner har kommit långt när det gäller att ta ett aktivt ansvar för att förebygga problem. Undersökningar visar emellertid att det finns stora skillnader mellan olika kommuner. Problem finns bl.a. i uppföljningen av enskilda barns placeringar och i samarbetet mellan barnomsorgen och socialtjänstens individ och familjeomsorg.

Skolan kan spela en viktig roll när det gäller att kompensera för svåra uppväxtförhållanden eller för att förhindra utslagning. Den normala skolorganisationen är dock inte alltid anpassad för elever med speciella behov. Det gäller framförallt barn och ungdomar med sociala och emotionella störningar. Tonvikten i skolhälsovården har förskjutits mot mer socialmedicinskt inriktade uppgifter och tillgången till psykologer och kuratorer i skolan har minskat.

Skolhälsovården och skolans övriga elevvård saknar i vissa fall stöd från den barn- och ungdomspsykiatriska vården.

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg följer, utreder och stödjer barn och ungdom med psykiska problem. Detta arbete har ofta en praktisk och kurativ karaktär. När det gäller behandling behöver socialtjänsten samarbeta med barn- och ungdomspsykiatrin.

Barn- och ungdomspsykiatrin är således en specialistresurs dit barn och ungdomar remitteras men även en basresurs dit den enskilde kan söka sig direkt.

Flera undersökningar visar att det finns oklarheter och olika uppfattningar om hur barn- och ungdomspsykiatrin bör samarbeta med socialtjänsten.

Inom socialtjänsten kritiseras i vissa fall den barn- och ungdomspsykiatriska vården för att inte ha vilja eller metoder att hålla kvar svagt motiverade patienter i behandling. Enligt socialtjänsten är det svårt att för vissa fall få tillgång till barn- och ungdomspsykiatrins resurser. Det gäller framför allt utagerande, ofta missbrukande tonåringar i behov av både psykiatrisk vård och sociala insatser. Barn och ungdom utsatta för sexuella övergrepp är en annan sådan grupp.

Inom familjehems- och institutionsvård finns brister när det gäller metoder och resurser. Bland annat har de så kallade paragraf tolv hemmen behov av konsulttjänster från barn- och ungdomspsykiatrin.

Socialtjänstkommittén redovisar i sitt slutbetänkande Ny socialtjänstlag (SOU 1994:139) att socialtjänsten saknar kompetens att hantera barn och ungdomar med vissa psykiska problem. Det rör sig främst om "osynliga" flickor i riskzonen, barn till alkoholmissbrukare, ensamma flyktingbarn och barn i 10-12 års åldern. Socialsekreterarna är ofta beroende av experter från andra områden för att kunna avgöra vad som är bäst för barn och ungdom med psykiska problem i det enskilda fallet.

För vissa fall av psykiska problem, exempelvis vissa psykotiska tillstånd, kan samarbete mellan barn och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin bli aktuellt när den unge så småningom övergår till behandling inom vuxenpsykiatrin. Även inom detta område finns det indikationer på att samarbetet kan behöva utvecklas.

Trots problemen i samarbetet mellan olika samhällsinstanser pekar flera undersökningar, bl.a. erfarenheter från Socialstyrelsens aktiva uppföljning och Psykiatriutredningens och Landstingsförbundets enkäter, på att samarbetet utvecklas positivt på ett flertal håll i landet. Samarbetet kan dock på de allra flesta håll förbättras om det

ges en fastare struktur och om förståelsen ökar för varandras kompetens och möjligheter.

Tyngdpunkten i denna problembeskrivning har lagts på en redogörelse av olika samhällsinstansers arbete med barn och ungdomars psykiska problem samt samarbetet mellan dessa olika instanser. Ett bra skyddsnät av olika landstings- och kommunala verksamheter och ett väl fungerande samarbete dem emellan är förutsättningar för att förebygga uppkomsten av psykiska problem hos barn och ungdom likväl som det är en förutsättning för att förebygga att sådana problem, när de väl uppkommit, fördjupas och befästs. Det är angeläget att olika åtgärder vidtas för att förbättra det förebyggande arbetet.

Även om ett väl fungerande skyddsnät i samhällets regi behövs för att förebygga psykisk ohälsa kan det inte ersätta den betydelse familjen har för barns och ungdoms psykiska hälsa. Därför är det viktigt att även familjen bemöts med respekt och förståelse och görs delaktig i den vård och det stöd som olika samhällsinstanser ger till barn och ungdomar med psykiska problem.

I detta sammanhang skall även de ideella organisationer som arbetar inom området framhållas. För den enskilde och för familjen är de ofta ett värdefullt komplement till samhällets insatser.

Det förebyggande perspektivet skall ges tyngd. Problematiken kring barn och ungdom med psykiska problem är dock inte enbart en fråga om ett förbättrat förebyggande arbete och ökat samarbete. Innehållet och kvaliteten i vården och stödet till dessa barn och ungdomar är andra viktiga aspekter liksom rehabiliteringen. Socialstyrelsen har nyligen givits i uppdrag att göra en nationell översyn av kvaliteten och effektiviteten i undersöknings- och behandlingsmetoder inom den specialiserade psykiatrin.

Socialtjänstkommittén har utifrån socialtjänstens perspektiv bl.a diskuterat innehållet i de insatser som socialtjänsten gör för barn och ungdom.

Olika rehabiliteringsåtgärder är nödvändiga för att förhindra att psykiska problem fördjupas och befästs. Det rör sig om medicinska, psykologiska, sociala och arbetslivsinriktade insatser som syftar till att ge barn och ungdom bästa möjliga förutsättningar för att kunna leva ett normalt liv. Gränsdragningen mellan vårdande och rehabiliterande insatser är svår att göra. I många fall är en vårdande insats, exempelvis terapi, även ett led i en rehabilitering. I den mån rehabiliteringen är en del i det arbete som bedrivs av socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatrin och skolan täcks problematiken in i

den tidigare beskrivningen av samarbetet mellan dessa instanser. Olika utbildnings- och arbetslivsinriktade åtgärder kan också vara en del i rehabiliteringen. Kompletterande skolutbildning kan behövas i en del fall. Försäkringskassan, om den unge tidigare haft ett arbete, arbetsförmedlingar och arbetsmarknadsinstitut har viktiga uppgifter när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Viss kritik har framförts bestående i att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte erbjuder meningsfulla uppgifter.

Det senaste årtiondet har Sverige tagit emot en ökande ström av asylsökanden, flyktingar och andra invandrare som varit utsatta för tortyr, förföljelse eller andra traumatiska upplevelser i sina hemländer. Det torde därför också finnas ett stort antal barn och ungdomar med flyktingbakgrund som har psykiska besvär på grund av vad de varit med om. Barn och ungdomar med invandrarbakgrund kan dessutom ha anpassningssvårigheter av olika skäl som i förlängningen kan ge såväl sociala som psykiska problem. Både inom socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin uppges att man har svårt att tillgodose dessa barns och ungdomars behov av vård och stöd.

Uppdraget

En utredning med parlamentarisk sammansättning tillkallas för att utreda vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem.

Med utgångspunkt i tidigare kartläggningar tycks huvudproblemen i vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem vara att ansvaret delas mellan olika samhällsinstanser och att samordningen dem emellan försvåras av en rad omständigheter. Barns och ungdomars psykiska problem orsakas av en mängd faktorer såväl biologiska som psykologiska och sociala. Barn och ungdom med psykiska problem har således en sammansatt problematik där behov av insatser från barnomsorg, barnhälsovård, skola, socialtjänst och psykiatri i många fall existerar parallellt. Dessa barn och ungdomar kan ha svårt att passa in och få den hjälp de behöver i en organisatorisk struktur som kännetecknas av olika huvudmän – landsting och kommuner – med skilda ansvarsområden och finansieringskällor och i vissa fall olika kulturer när det gäller kunskaper och förhållningssätt.

Kunskapen om omfattningen av psykiska problem bland barn och ungdomar är ofullständig. En uppgift för utredningen blir att, med

hjälp av de kartläggningar som gjorts och utifrån ett resonemang om hur denna grupp skall definieras, fastställa omfattningen av problemen. I samband med en sådan analys skall utredningen även försöka uppskatta samhällets kostnader för vård och stöd av barn och ungdom med psykiska problem. Kostnaderna skall ställas i relation till nyttan med vården och stödet.

Utredningen skall redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem och hur samarbetet dem emellan fungerar. Redogörelsen och analysen skall göras såväl från de hjälpsökandes som samhällsinstansernas perspektiv och skall bl.a inbegripa frågor om kvalitet och innehåll i vården och stödet. I analysen av samarbetet skall utredningen särskilt undersöka stödet från de olika instanserna till de grupper som ofta sägs vara svåra att hantera inom psykiatrin och socialtjänsten, exempelvis utagerande tonåringar med missbruksproblem, barn och ungdom med invandrarbakgrund och barn och ungdom som utsatts för sexuella övergrepp.

Utredningen skall också redogöra för, analysera och föreslå olika rehabiliteringsåtgärder.

Utredningen skall överväga och föreslå olika insatser för att förebygga att psykiska problem uppkommer samt insatser som förebygger att de psykiska problemen inte fördjupas och befästs om de väl har uppstått. I det sammanhanget bör utredningen ange vilken roll barnhälsovården, barnomsorgen, skolan, i förekommande fall andra samhällsinstanser, och ideella organisationer skall ha i relation till barn och ungdomar med psykiska problem. Samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin bör även uppmärksammas. Det är också angeläget att belysa den roll familjen har och kan ha i samspelet mellan ovannämnda instanser och barnet eller den unge med psykiska problem.

Utredningen skall vidare föreslå olika åtgärder som syftar till att förbättra samarbetet mellan socialtjänsten, inklusive de s.k. paragraf tolv hemmen, och hälso- och sjukvården men även, i förekommande fall, mellan hälso- och sjukvården och andra samhälssinstanser. Utredningen bör överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga sett såväl ur den enskildes perspektiv som ur ett samhällsperspektiv.

Utgångspunkten vad gäller förslag till åtgärder är att dessa skall kunna genomföras inom ramen för befintliga resurser. Förslagen skall kostnadsberäknas och kostnaderna ställas i relation till nyttan

av att genomföra förslagen. Olika möjligheter till finansiering av åtgärdsförslagen skall anges i anslutning till kostnadsberäkningarna.

Utredningen skall bedriva sitt arbete i samråd med Socialstyrelsens nationella översyn av innehållet i den psykiatriska vården. Utredningen bör vidare samråda med Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation och Storstadsutredningen (S 1995:01). Kommittén bör även samråda med berörda myndigheter.

För utredningens arbete gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994: 23), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt jämställdhetspolitiska konsekvenser av förslagen (dir. 1994: 124).

Utredningsarbetet skall vara slutfört senast den 15 december 1996.

Socialdepartementet

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1997

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan - steg för steg. U.
2. Inkomstskattelag, del I-III. Fi.
3. Fastighetsdataregister. Ju.
4. Förbättrad miljöinfomation. M.
5. Aktivt lönebidrag. Ett effektivare stöd för arbetshandikappade. A.
6. Länsstyrelsernas roll i trafik- och fordonsfrågor. K.
7. Byråkratin i backspegeln. Femtio år av förändring på sex förvaltningsområden. Fi.
8. Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. S.

Statens offentliga utredningar 1997

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet
Fastighetsdataregister. [3]

Socialdepartementet
Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. [8]

Kommunikationsdepartementet
Länsstyrelsernas roll i trafik- och fordonsfrågor. [6]

Finansdepartementet
Inkomstskattelag, del I-III. [2]
Byråkratin i backspegeln. Femtio år av förändring på sex förvaltningsområden. [7]

Utbildningsdepartementet
Den nya gymnasieskolan - steg för steg. [1]

Arbetsmarknadsdepartementet
Aktivt lönebidrag. Ett effektivare stöd för arbetshandikappade. [5]

Miljödepartementet
Förbättrad miljöinfomation. [4]