

Betydelsen av allvarlig familjedysfunktion för barns hälsa och utveckling

Per-Anders Rydelius

Hur signalerar barn att de kan ha personliga svårigheter? Hur visar de att de kan vara i behov av hjälp och stöd?

I artikeln diskuterar Per-Anders Rydelius barn- och ungdomspsykiatriens nuvarande kännedom om samband mellan familjär stress och psykopatologi hos barn. Barnets begränsade kunskaper och erfarenheter, liksom dess mindre utvecklade förmåga att använda språket, leder till att barnet i sin symptomatologi skiljer sig från vuxna. Det gäller därför för dem som skall hjälpa barnet att lära sig känna igen barnets ofta "ospråkliga" sätt att visa sina svårigheter. Signalerna kan vara kroppsliga, psykiatriska, psykologiska/pedagogiska eller yttra sig i barnets beteende.

Barnpsykiatrien har länge intresserat sig för frågan om ett eventuellt samband mellan barnets hemförhållanden och dess symptom. Svaren på denna fråga har varit motstridiga, men det finns ändå skäl att anta att det finns ett samband mellan hemsituation, tidiga beteenderubbningar och senare anpassningsproblem hos barn med en viss sårbarhet.

Författaren betonar att ett utökat och förbättrat samarbete behövs mellan en rad olika kunskapsområden, t ex pediatrik, barn- och ungdomspsykiatri, pedagogik och socialt behandlingsarbete. För att detta ska bli möjligt, måste yrkesgrupperna lära sig förstå varandras fackspråk, vilket i sin tur kräver särskilda insatser redan inom grundutbildningarna.

Per-Anders Rydelius är professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Karolinska Institutets och Karolinska Sjukhusets barndivision på S:t Görans sjukhus, Stockholm. Han har i sin forskning särskilt studerat barn i missbrukarfamiljer och samband mellan hemförhållanden, perinatal stress, beteende och utveckling hos barn.

Hur signalerar barn att de kan ha personliga svårigheter, att de kan behöva särskild uppmärksamhet, och att de kan vara i behov av särskild hjälp och särskilt stöd?

Kunskaper om barns psykopatologi har successivt vuxit fram på två olika sätt, både från retrospektiva undersökningar utgående från vuxna som utvecklat problem och från prospektiva undersökningar av barn som följts med en "framåtskridande" metod och där barn som utvecklat problem jämförts med barn som ej gjort detta. De två tillvägagångssätten kan sägas ha givit dels jämförbara dels motsägelsefulla resultat. En viktig kunskap är emellertid att barn visar andra symptom jämfört med vuxna och att det sker en "övergång" mellan barnpsykopatologi och vuxenpsykopatologi under senadolescensen. Från 20-årsåldern kan man vanligen beskriva psykopatologi med hjälp av vuxenpsykiatrisk terminologi.

Det som särskilt särskiljer barn från vuxna är faktorer som hänför sig till förmågan att använda språket samt förvärvade kunskaper och erfarenheter. Först från 12-årsåldern brukar barnet ha nått sådana språkliga färdigheter och har förvärvat sådana kunskaper och erfarenheter att en mer vuxen "föreställningsvärld" kan sägas föreligga. Ett exempel på detta är den svenska barnpsykologen Stina Sandels fynd, att barn först vid den åldern brukar ha nått en sådan mognadsgrad att de på egen hand kan klara av en mer komplicerad och modern trafiksituation.

För att förstå barns psykopatologi bör man därför beakta barnets bristande förmåga att helt och hållet uttrycka sig genom språket. Till detta kommer också att redan förskolebarn och skolbarn ogärna berättar om

Syftet är här att diskutera betydelsen av allvarlig familjedysfunktion för barns hälsa och utveckling. För att göra detta är det nödvändigt att först besvara och diskutera två frågor, som berör barns reaktioner på familjär stress respektive de situationer där reaktioner av denna typ kan förväntas förekomma.

Först från 12-årsåldern brukar barnet ha nått sådana språkliga färdigheter och ha förvärvat sådana kunskaper och erfarenheter att en mer vuxen "föreställningsvärld" kan sägas föreligga

Figur 1. Psykopatologi under mognadsåren - Barns signaler.

Typ av signal:	Somatiska	Psykiatriska	Psykologiska/ Pedagogiska	Beteende
	Failure to thrive Avvikande längd- och viktkurva Huvudvärk Buksmärta Hjärtsmärta Trötthet Kräkning	Ångest Nedstämdhet Sömnsvårigheter Matproblem	Problem med relationer till andra barn och/eller vuxna Skolsvårigheter trots normalbegåvning och ej pga läs- och skrivsvårigheter	Impulsivitet Rastlöshet Aggressivitet Brottsligt beteende Alkohol-/narkotika- missbruk

hemupplevelser som berör sådana förhållanden som missbruk eller våld familjemedlemmar emellan, vanligen för att de förbjudits göra detta. Oviljan att spontant berätta om hemsituationen kan förstärkas av lojalitet, ansvar och/eller skuld känslor hos barnen.

Barn visar därför ofta ospråkliga "signaler" på att de kan ha personliga svårigheter. I ovanstående tabell (figur 1) ges en beskrivning av reaktionssätt och symptom som är viktiga att känna till och lära sig utreda och förstå på rätt sätt. Förenklat kan sägas att symptomen visar sig på något/flera av följande sätt: *kroppsliga signaler; psykiatriska signaler; psykologiska/pedagogiska signaler; beteendesignaler* (1). Signalerna skall, tills "motsatsen är bevisad", i första hand ses som uttryck för/reaktionssätt på svår känslomässig stress. I detta sammanhang kan nämnas att den svenske bataljonsläkaren, som i början av 1960-talet tjänstgjorde i den sk "Kongobataljonen", beskrev följande reaktioner hos svenska elit-FN-soldater efter att de utsatts för svåra känslomässiga upplevelser i samband med stridsupplevelser (figur 2), (2). Moderna beskrivningar av barns reaktioner på känslomässigt svåra upplevelser i hemmiljön talar för att ett post-traumatiskt stressyndrom kan uppstå (3), och att de signaler som beskrivits ovan kanske är uttryck för att ett sådant tillstånd föreligger. Självklart måste det ha uteslutits att det finns en kroppslig åkomma som kan förklara de kroppsliga signalerna innan de uppfattas som psykopatologiska.

Figur 2. Symptom hos tränade svenska elitsoldater efter krigsupplevelser i Kongo.

Ångest och sömnrubbing
Ångest, sömnrubbing och gastrit
Ångest, sömnrubbing, gastrit och huvudvärk
Ångest, huvudvärk och hjärtklappning
Ångest, huvudvärk, hjärtklappning och sömnrubbing

Att barn visar signaler på detta sätt, innebär också att de aktualiseras för stödåtgärder hos många olika "hjälp-

pare". De som har kroppsliga symptom söker hjälp hos husläkare, allmänläkare eller barnläkare. De som har inlärningsproblem aktualiseras för stöd inom skolan och elevhälsovården. De som har psykiatriska/psykologiska symptom söker hjälp inom barnpsykiatri. De som har beteendeproblem blir aktualiserade inom socialtjänsten etc. Det är därför inte ovanligt att samma barn eller system ur samma familj samtidigt finns aktualiserade för hjälp hos många olika hjälpare. Barnsjukvård, barnhälsovård, barnomsorg, elevhälsovård, socialtjänst, barnpsykiatri och vuxenpsykiatri kan samtidigt arbeta med samma familjemedlemmar utan att veta om varandra. Genom att det är på detta sätt, kan också familjen få motstridiga uppgifter om samma sak, och därför ha svårt att tillgodogöra sig stödet.

Finns det ett samband, en "länk", mellan föräldrarnas funktionssätt och barns symptom? Denna fråga har varit essentiell inom barnpsykiatri under hela detta sekel. Många teorier har lagts fram kring detta, och har i vissa avseenden fått stöd av respektive i andra avseenden inte bekräftats av empiriska studier. Det finns emellertid resultat som stöder att sårbara, "vulnerabla" barn i familjer, där föräldrarna har psykiska besvär, missbruk, begåvningshandikapp och kriminalitet, har högre risk än barn i allmänhet att själva utveckla egna personliga svårigheter med självmordsförsök, anpassningssvårigheter, dålig skolutbildning, missbruk, kriminalitet och försämrad psykisk hälsa (4,5). Succesivt har det kommit kunskaper kring dessa "riskbarn", och mycket talar för att de kan identifieras tidigt genom det sätt som professor Ingvar Nylander föreslagit i en hypotes om "Socialt betingad felutveckling hos barn som barnläkaren möter den i olika åldrar" (6), från vilken följande "utvecklingsstege" hämtats. (Figur 3).

Det finns också kunskaper som talar för att vissa barn har en inneboende motståndskraft, "resilience", som gör att de klarar av att hantera den känslomässiga stressen

Figur 3. Socialt betingad felutveckling hos barn som barnläkaren möter den i olika åldrar.

Ålder	Karaktéristika	Kontakt med
Före partus	Psykisk insufficiens, asocial och/eller missbrukande moder och/eller fader	MVC
Partus	Intrauterin tillväxthämning, missbildningar, neurologiska symptom, utvecklingsstörning	BB
5 år	Uppfostringsvårigheter, motorisk oro, skrikighet, sömnrubbn. Psykosomatiska symptom	BVC Barnmottagning
10 år	Inlärningssvårigheter i skolan trots normalbegåvning Anpassningssvårigheter i skolan, "utagerande" beteende	Skolläkar-mottagning PBU
15 år	Asocialitetssymptom, missbruk	Sociala myndigheter
20 år	Arbetsförmåga, kriminalitet	

till följd av svårigheter i hemmet och utvecklas väl, trots stora svårigheter under barndomen. Än så länge har vi bristande kunskaper om förklaringsgrunder till denna "maskrosbarnseffekt" (7,8).

De som arbetar inom psykiatri, kriminalvård, om-sorgsverksamhet och missbruksvård lär sig successivt att känna igen och förstå hur den personliga funktionen kan påverkas av åkomman/personligheten hos den aktuella personen som de omhändertager/behandlar. Detta kan vara tankevillorna och affektutbrotten hos den psykotiske, nedstämdheten och självmordstankarna hos den deprimerade, impulsiviteten, det dåliga omdömet och den svaga inlevelseförmågan hos den kriminelle, den bristande kompetensen hos den begåvnings-handikappade och slutligen missbrukssymptomen som uppstår hos den alkoholiserade.

På avdelningarna lär man sig snart känna igen hur personer med dessa svårigheter ofta också får problem i relationen till andra, hur symptomen påverkar initiativförmågan och beteendet, inverkar negativt på den dagliga funktionen, hygien, försvarar rutiner, påverkar måltiderna, sömnvanorna osv. Under akuta tillstånd kan också personalens bemötande av de aktuella

personlighetsyttringarna/symptomen leda till svåra affektutbrott, oberäkneligt beteende eller starka emotionella reaktioner med gråt och förtvivlan.

Med dessa erfarenheter/kunskaper som grund är det inte svårt att tänka sig hur anhöriga och andra som står den aktuella personen nära kan uppleva samma/liknande yttringar av psykopatologien. Med de bristande kunskaper och erfarenheter som barn har och pga det känslomässiga beroendet som finns mellan dem och föräldrarna är det inte heller svårt att tänka sig att de kan reagera särskilt starkt på föräldrarnas psykopatologiska symptom.

I svensk barnpsykiatri har alkoholistfamiljen använts som "modell" för att studera sambandet mellan förändrat vuxenbeteende och barns reaktioner på detta. Hypotesen om ett samband mellan barnens symptom och hemsituationen uppstod tidigt i en undersökning av konsekutiva konsultfall som under 1950-talet remitterades från barnmedicinsk och barnkirurgisk klinik för barnpsykiatrisk bedömning (9) och prövades i en undersökning där barn från hem med alkoholism hos fadern jämfördes med sociala tvillingar (1). Nylander skrev: "*Children who live under stress, due to serious emotional disturbances in the home, may, as a result, react with non-organical physical symptoms. As a result, these children come up, either too late or perhaps not at all for psychiatric assessment and treatment. Instead they look for help from out-patient departments or hospitals for physical diseases, and in many cases, the true nature of the symptoms never comes to light.*" För att pröva sin hypotes diskuterade Nylander olika familjesituationer och "*finally chose the environment of the chronic alcoholic. Only the alcoholic's children could be said, with a high degree of certainty, to have lived under emotional stress so long, that this stress could really be thought to have prejudiced the children's mental health.*"

Det finns också andra undersökningar som stöder den hypotes och de resultat som erhållits ur de svenska undersökningarna om barn i missbruksfamiljen. En tidig internationell utredning om allvariga beteendrubbningar hos barn och senare kriminalitet talar för att det finns ett samband mellan hemsituationen, barnets vulnerabilitet och att vissa beteendrubbningar i småbarnsåren föregår den senare svåra anpassningen (10). Newberger (figur 4) beskrev också 1976 vilka de symptom är som bör/kan uppstå till följd av hemsituationen och som kan kallas psykosociala symptom hos barn (11). I en nu pågående uppföljning av svenska

Det finns också kunskaper som talar för att vissa barn har en inneboende motståndskraft, "resilience", som gör att de klarar av att hantera den känslomässiga stressen till följd av svårigheter i hemmet

barn ur den allmänna befolkningen har erhållits resultat som talar för att Newbergers uppfattning också är rimlig i relation till svenska förhållanden under 1980- och 1990-talet (12,13,14).

Figur 4. Psykosociala symptom.

Dödföddhet
Låg födelsevikt
Missbildning
Otillfredsställande viktökning
Uppfostringssvårigheter
Olyckor och förgiftningar
Barnmisshandel och vanvård
Beteenderubbningar
Hyperaktivitet
Inlärningsvårigheter
Kriminalitet - missbruk
Självordshandling

Sammantaget finns sålunda information som talar för hur barns symptom kan relateras till personliga svårigheter hos föräldrarna och därför kan sägas vara relaterade till barnens hemsituation. Genom att sådana symptom kan registreras och uppmärksammas genom de stöd- och hjälporgan som samhället ställt till barnens förfogande, finns möjligheter att arbeta förebyggande. Tidig identifikation kan ge möjligheter till preventiva åtgärder som i sin tur borde kunna leda till att barnen får en bättre situation, att stressymptom uppmärksammas och behandlas och att familjesituationen förbättras.

För detta krävs emellertid ett utökat och förbättrat samarbete mellan sådana olika kunskapsområden som obstetrik, pediatrik, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, psykologi, pedagogik, sociologi och socialt behandlingsarbete. Kanske krävs också samarbete med kriminologi.

För att ett sådant samarbete skall kunna komma till stånd krävs först och främst att de olika befattningshavarna inom de olika kunskapsområdena får förutsättningar att samarbeta. Detta kräver att vissa kunskaper blir gemensamma och att man lär sig "prata varandras fackspråk". I dagens situation saknas ett sådant gemensamt "fackspråk", vilket innebär polariseringar av typ

I dagens situation saknas ett gemensamt "fackspråk", vilket innebär polariseringar av typ "biologisk"/"psykosocialt" eller "antingen"/"eller", som faktiskt förhindrar samarbete och utbyte mellan kunskapsområden

"biologisk"/"psykosocialt" eller "antingen/eller", som faktiskt förhindrar samarbete och utbyte mellan kunskapsområden. Särskilda utbildningsinsatser krävs därför inom vårdutbildningen, på lärarhögskolorna, på socialhögskolorna och på läkar- och psykologlinjerna för att möjliggöra ett framtida samarbete. I SOU 1994:29 om "Barn till alkoholiserade föräldrar - en kunskapsöversikt" konstaterades att inte ens de som skall sköta missbruksvård får någon utbildning varken om missbrukare eller missbruksvård och än mindre i samarbetsformer med andra vårdgivare/kunskapsområden (15).

REFERENSER

1. Nylander I: Children of alcoholic fathers. (Akademisk avhandling). Acta Paediatrica Scandinavica 1960;49, Suppl 121.
2. Hedenberg S: Några erfarenheter från tjänst som läkare vid Svenska FN-bataljonen i Kongo. Läkartidningen, 1962.
3. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R: Child Maltreatment and the Development of Posttraumatic Stress Disorder. American Journal of Diseases of Children 1993;149:755-760.
4. Rydelius P-A: Children of alcoholic fathers. Their social adjustment and their health status over 20 years. (Akademisk avhandling). Acta Paediatrica Scandinavica Suppl 286. 1981.
5. Sher K J: Children of alcoholics. A Critical Appraisal of Theory and Research. The University of Chicago Press. 1991.
6. Nylander I: Asocialitetsutveckling av barn. Läkartidningen 1979;76:2396-2398.
7. Werner E: Resilient Offspring of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age 18. Journal of Studies on Alcohol, 1986;47:34-40.
8. Werner E, Smith R S: Vulnerable but invincible. A study of resilient children. McGraw-Hill Book Company, New York. 1982.
9. Nylander I: Physical symptoms and psychogenic aetiology. An investigation of a consultation material. Acta Paediatrica Scandinavica Suppl 117, 1959.
10. Glueck E T: Identification of potential delinquents at 2-3 years of age. International Journal of Social Psychiatry 1966;12:5-16.
11. Newberger E H, Moore Newberg C, Richmond J B: Child health in America: Toward a rational policy. Health and society. The Milbank Memorial Fund Quarterly (MMFQ) 1976;54:249-98.
12. Nordberg L: The First four years of children's mental development. An empirical study with applications in psychology, child and adolescent psychiatry and pediatrics. (Akademisk avhandling). 1994.
13. Larsson J-O, Aurelius G, Nordberg L, Rydelius P-A, Zetterström R: Developmental screening at four years of age. Relation to home situation, perinatal stress, development and behaviour. Acta Paediatrica 1994;83:46-53.
14. Larsson J-O, Aurelius G, Nordberg L, Rydelius P-A, Zetterström R: Screening for minimal brain dysfunction (MBD/DAMP) at six years of age: results of motor test in relation to perinatal conditions, development and family situation. Acta Paediatrica 1995;84:30-36.
15. SOU 1994:29: Barn - föräldrar - alkohol. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen. 1994.