

Vad vet vi idag om barns psykiska hälsa i Sverige?

Marianne Cederblad

Barns psykiska och sociala hälsa står i dag i samhällsdebattens brännpunkt. Det finns en utbredd oro hos professionella som arbetar med barn, politiker och allmänhet över att barn kanske mår sämre i dag än tidigare. Vår kunskap om vilka förändringar som skett är emellertid begränsade och fragmentariska. Det är väsentligt att utveckla verktyg för systematisk och enhetlig diagnosregistrering inom barnpsykiatri. Återkommande epidemiologiska studier är även av stort värde.

Marianne Cederblad är docent i barnpsykiatri. Tjänstgör för närvarande på Stressforskningslaboratoriet, Karolinska institutet, Stockholm.

Det är en slående diskrepans mellan den detaljerade kunskap om barns *kroppsliga* hälsa, som insamlas via barnhälsovård, skolhälsovård och de olika register, som övriga symposiedeltagare redovisat och den kunskap som insamlas om barns *psykiska* hälsa i Sverige.

Patientstatistik

Om man studerar korten från BVC och skolhälsovården så innehåller de ytterst sällan data om barns psykiska och beteendemässiga tillstånd samt sociala anpassning, trots att den kunskapen oftast finns hos läkare och sköterskor, som för korten. Medan den somatiska sjukvården sätter noggranna diagnoser och upprättat register, förs inga diagnoser alls inom den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården – där 90 % av alla patienter behandlas – och fram till nu har de flesta patienter, som vårats på barnpsykiatriska avdelningar, fått diagnosen "Gerendum abnormis infantum", den enda specifikt barnpsykiatriska diagnosen i WHO:s klassifikationslista. Det här medför att kunskapen om hur olika sjukdomstillstånd förändras över tid eller fluk-

tuerar geografiskt i Sverige är obefintlig. Det är t ex omöjligt att ur befintlig statistik ta fram pålitliga siffror om huruvida en sjukdom som anorexia nervosa ökat, minskat eller förändrats beträffande könsfördelningen av patienter utan att göra specialundersökningar.

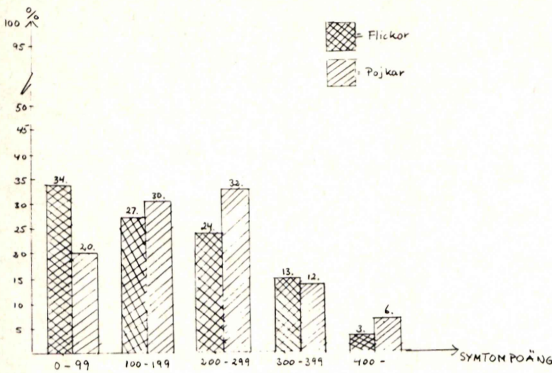
Epidemiologiska studier

På 1950-talet gjordes en studie av 222 Stockholmspojkar i åldern 8–16 år slumpvis valda ur befolkningen av Gustav Jonsson och Anna-Lisa Kälvesten. Det var den första stora epidemiologiska barnpsykiatriska studien i Sverige och har sedan den publicerades använts som en bibel om barns psykiska hälsa i Sverige. Dock behandlar den enbart skolbarn, enbart pojkar och enbart barn som bodde i Sveriges största stad, vilket ej kan anses representera någon genomsnittsmiljö för svenska barn.

Ungefär samtidigt med 222 Stockholmspojkar gjordes även en longitudinell studie av barn i Solna, vilka följdes från födelsen till 15 års ålder. Först 30 år senare, 1982, har på nytt insamlats epidemiologiska data om barns psykiska hälsotillstånd dels i Uppsala av Claes Sundelin och medarbetare, dels i Östergötland av denna författare. Den förstnämnda studien kommer att kommenteras på annat håll. Från den senare studien är enbart vissa data för barnen i Norrköping/Linköping ännu bearbetade. De här redovisade resultaten baseras på föräldrainservjuer för 141 barn, lika många pojkar och flickor fördelade på åldrarna 3, 6, 9, 12 och 15 år. Av figur 1 framgår att 16 % av flickorna och 18 % av pojkarna

Det är omöjligt att ur befintlig statistik ta fram uppgifter om huruvida en sjukdom som anorexia nervosa ökat, minskat eller förändrats beträffande könsfördelningen.

Figur 1. Symtombelastning och kön



hade en sammanlagd symtampoäng, som vid tidigare studier visat sig särskilja barn, som är föremål för barnpsykiatrisk behandling från väl fungerande barn och ungdomar. Man kan inte utskilja någon särskild "problemålder". Tonåringarna uppvisade dock mera uttalade symtom, medan symtomen hos de mindre barnen till övervägande delen var lätta. *Tabell 1* visar frekvensen av de enskilda beteendeeavvikelser, som ingick i undersökningsinstrumentet. Som framgår av tabellen är neurotiska symtom som ångest, fobier, sömnstörningar och självosäkerhet samt psykosomatiska symtom som nervösa magbesvär och huvudvärk vanligast med frekvenser över 20% för såväl pojkar som flickor.

Jämfört med det kontinuerliga flödet av somatiska data ger dock en sådan här studie en mycket begränsad och punktmässig kunskap om barns psykiska hälsa i Sverige i dag.

Vad är då orsaken till bristen på intresse för att samla in mera psykiatriska data? Det finns flera olika förklaringar. De viktigaste hindren har att göra med värderingar. Inom barnhälsovård och skola känner både uppgiftslämnaren – föräldern, och uppgiftsinsamlaren – sköterskan, mer olust för att

Neurotiska symtom som ångest, fobier, sömnstörningar, självosäkerhet och psykosomatiska symtom är vanligast med frekvenser över 20% för såväl pojkar som flickor.

Tabell 1. Frekvensen av enskilda beteendeeavvikelser

% Barn	Kön		Ålder		
Symtom	po	fl	3,6	9,12	15
1 Sömnrubbingar	46	41	73	25	15
2A Matbesvär (+)	03	06	03	07	0
2B Matbesvär (-)	15	13	15	15	08
3 Nervösa magbesvär	26	20	22	25	19
4 Nervös huvudvärk	12	14	07	17	19
5 Astma och allergier	26	23	17	25	38
6 Enures	07	13	18	5	0
7 Enkopres	04	0	03	02	0
8A Sexuell aktivitet (+)	01	0	02	0	0
8B Sexuell aktivitet (-)	01	01	02	0	04
9A Psykomot. aktivitet (+)	11	08	17	07	0
9B Psykomot. aktivitet (-)	03	03	02	05	0
10 Vanerörelser och tics	19	13	13	20	12
11 Nagelbitning	23	25	13	32	31
12 Tumsugning	15	15	28	07	04
13 Talrubbingar	09	0	08	03	0
14A Självhävdelse (+)	16	20	23	17	08
14B Självhävdelse (-)	04	0	0	03	04
15A Aggressivitet (+)	16	15	28	08	04
15B Aggressivitet (-)	02	1	05	07	0
16A Lust att plåga (+)	01	08	05	07	0
16B Lust att plågas (-)	16	08	18	08	08
17A Önskan centrum (+)	19	11	22	14	04
17B Blyghet (-)	07	04	07	05	04
18A Självkänsla (+)	01	06	05	02	04
18B Självkänsla (-)	30	15	10	37	19
19A Kamratkontakt (+)	04	01	05	0	04
19B Kamratkontakt (-)	09	04	02	12	08
20A Koncentrationsförmåga (+)	08	06	05	10	04
20B Koncentrationsförmåga (-)	08	13	10	12	08
21A Stämningsläge (+)	04	03	07	02	0
21B Stämningsläge (-)	00	01	00	00	04
22A Föräldraberöende (+)	03	0	02	02	0
22B Föräldraberöende (-)	15	15	27	10	0
23A Kontaktförmåga (+)	14	13	17	12	08
23B Kontaktförmåga (-)	26	23	32	19	19
24A Sensitivitet (+)	26	18	23	20	23
24B Sensitivitet (-)	18	23	27	20	04
25A Ångest (+)	08	04	08	03	08
25B Ångest (-)	31	34	42	32	12
26 Fobier och tvångshandl.	27	27	28	27	23
27 Skolskolk	03	0	0	0	08
28 Vagabondering, rymning	08	01	03	07	04
29 Lögnaktighet, fabulering	04	0	0	03	04
30 Stöld, snatteri	00	01	0	02	0
31A Förstörelselusta (+)	08	0	05	05	0

31B Överförsiktighet (-)	03	06	07	02	04
32A Eldsanläggning (+)	09	01	03	05	12
32B Eldrådsla (-)	01	03	03	02	0
33 Missbruk	01	0	0	0	04
Antal barn	74	71	60	59	26

beröra psykiska och sociala beteenden hos barnet än att diskutera rena medicinska data. Man upplever mera intrång i privatlivet. Den gamla skamkänslan som alltid förknippats med psykiska avvikelser är långt ifrån försvunnen. Den förstärks säkert också av skuld känslor hos föräldrarna. Om barnet har problem är det föräldrarna, som misslyckats i sin uppfostrarroll. Den kopplingen har man lärt sig. Vid medicinska sjukdoms- och handikapptillstånd finns inte dessa skuldföreställningar lika starka.

Den socialpsykologiska forskning, som beskrivit hur roller utformas och fixeras i samspelet med förväntningar hos andra i en grupp, har lett till en utpräglad ovilja hos vårdgivare att "stämpla" barn och ungdomar, som riskfall för psykisk och social felutveckling. Man är rädd för att diagnosen blir en självuppfyllande profetia som skadar individen genom att hindra senare vårdgivare från att möta den unge förutsättningslöst. Framför allt är man rädd för att sätta allvarliga diagnoser, som innehåller addningar av dålig prognos, tex schizofreni, tidig karaktärsstörning. Detta är en viktig förklaring till oviljan att sätta distinkta diagnoser inom barnpsykiatrisk vård och förkärleken för vaga, till intet förblikande diagnoser, som gerendum abnormis infantum. Många terapeuter menar också att diagnostistandet är ett sätt att objektifiera patienten och därför svårförenlig med en terapeutisk hållning, där man betonar intersubjektiva möten mellan terapeut och patient, som den viktigaste grundförutsättningen för en terapeutisk process.

Förutom dessa värderingsbaserade hinder har man även saknat ett bra diagnossystem och goda metoder för att mäta psykiska störningar.

Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri har under flera år diskuterat olika möjliga diagnossystem. Under 1982 enades man om att pröva det multiaxiala diagnosystem, som utarbetats av Rutter och medarbetare. Detta har översatts till svenska och prövas fn vid några barn- och ung-

domspsykiatriska kliniker i landet såväl i öppen som i slutenvård. Här har man fått ett bättre verktyg för systematisk och enhetlig registrering av barnpsykiatriska patienter, om den tidigare nämnda motviljan mot diagnostisering i största allmänhet kan övervinnas.

Då det gäller mätmetoder för screening av stora grupper, exempelvis i samband med skolundersökningar, eller för mer detaljerade studier av mindre sample vid epidemiologiska mätningar finns flera välutprovade instrument med känd och god validitet och reliabilitet såväl av enkät- som intervju-typer. Här är det snarast tolkningen av resultaten, som är problemet. Man vet att många beteendestörningar hos barn och ungdom är variabla och mer uttryck för tillfälliga miljöpåfrestningar eller uvecklingsförlopp än tecken på varaktiga störningar eller felutvecklingar. Det är därför svårt att bedöma risken för ett enskilt barn ifråga om den fortsatta utvecklingen enbart på basen av en beteendescreeening. Möjligen skulle man kunna screena fram riskbarn för asocial utveckling med en sådan metod, eftersom man vet att stabiliteten av asociala symtom är relativt hög. Även i sådana fall behöver man dock stöd av andra data från barnets uppväxtmiljö.

Det finns också data (Gillberg och medarb), som talar för att man kan identifiera MBD-barn i förskoleåldern med hjälp av screening. Det är dock ej i första hand för sådan riskbedömning, som man skulle ha nytta av en bättre registrering av psykiska beteendeavvikelser hos barn i Sverige. Huvudvinsten vore snarast socialpolitisk och sjukvårdsplaneringsmässig.

Barns beteende är starkt miljöberoende. Förändringar i familjens situation exempelvis skilsmäsofrekvens, föräldrarnas arbetssituation, olika barn-tillsynsmodeller; samhällsplanering exempelvis boendetyp, skolstorlek, påverkan av TV och video; situationen för speciella grupper tex invandrare, kan alla studeras genom att registrera frekvensen av barn, som mår bra och dåligt under olika förhållanden inom gruppen.

Bättre diagnosregistrering av behandlingsfall skulle också ge underlag för barnpsykiatrisk sjukvårdsplanering och möjlighet till "produktkontroll" inom verksamheten.