

Rapsodi om barnpsykiatrins egenheter och möjligheter¹

Av överläkare Erik Reinius, Danderyd

Barnpsykiatrin har utan tvivel sina egenheter, fast de är kanske inte fullt så stora som somatiska kolleger och administratörer tycker. Man måste väl förefalla lite egen när man tillhör gränslandet till helt andra områden. Men jag är mycket angelägen att från början betona, hur viktigt det är för oss att vara en del av medicinen. Vi bygger på ett strikt empiriskt biologiskt tänkande. Också statsmakterna har betonat att barnpsykiatrin till sitt innersta väsen är en gren av socialmedicinen.

Som all psykiatri sysslar vi till stor del med sådant som många inte är vana att kalla för biologi, men som i grund och botten självklart är det. Jag tänker på de erfarenheter om livet som vi får introspektivt: känslor, tankar, fantasier. Somliga vill kalla sådant för humanism och sålunda anse det för lite suspekt.

Splittring och helhetssträvan

Vi — och många vuxenpsykiatrer — upplever det som ytterst angeläget, i denna värld där så många plågas av splittringen, att man mer och mer försöker att se enhetligt på livsyttningarna, att man betonar helheten relativt mer än man vanligen gör. Den gamla filosofiska ovanan att dra en skarp gräns mellan kropp och själ är inte den enda splittringsfaktorn vi har att kämpa emot. Andra former av splittring sammanhänger med de inre konflikter som vi alla har. Våra olika behov kommer ibland i för hård konflikt med varandra, och det händer inte minst i småbarnsåldern. Då kan man ofta inte klara situationen på annat sätt

än genom att tränga bort ur medvetandet den där konflikten, eller delar av den. Man "försöker glömma", och inte sällan går det både snabbare och grundligare än som är lyckligt. Det är ju ingen ovanlig företeelse inom biologin att en nödvändig skyddsmekanism i vissa sammanhang ger skadliga verkningar. Vid en sådan här bortträngning skjuter man bort delar av sin önskan och av sin kraft ur medvetandet, och sedan kan det dröja decennier innan man blir fullt medveten om de där bitarna igen, om man någonsin blir det. Här förenklar jag starkt. Det jag ville försöka ge en aning om är, hur lätt det inom människan kan skapas "vattentäta skott": områden, som har dålig kontakt med varandra. Där finns ofta i stället dolda kommunikationer. Det bortträngda listar sig fram i förklädd form. Det kan komma som ett somatiskt eller psykiskt sjukdomssymtom, eller som ett karaktärsdrag av mer eller mindre besvärligt slag. Det blir en irrationell sorts kontakt, och man kan inte få den på rationell bog, få den till att bli fråga om något slag av vettiga förhandlingar, förrän man skapat förutsättningar för att få det omedvetna återigen medvetet.

Både Freud och Pavlov

För denna uppgift har psykoanalysen givit oss värdefull teknik och outhärliga erfarenheter. I allmänhet är barnpsykiatrerna mera positiva till psykoanalysen än vad vuxenpsykiatrerna är (fast många är mer skeptiska än vad jag är). För min del tror jag att det hänger ihop med det här behovet av en helhetssyn, ett behov som skärps av vår placering i ett gränsland. Vi måste tala med psykologer och pedagoger, med socialvårdare och

¹ Efter ett föredrag vid Mörby Läkarklubbs sammanträde 20/1 1966.

präster, och inte minst med "vanligt folk" i form av föräldrar, om våra gemensamma bekymmer. Och då kan vi inte undvara det stora område som de subjektiva upplevelserna är. Ska vi få trygghet, vidsynthet och helhetssyn där, då måste vi ha medel att komma åt det material som är väsentligt. Vi får inte hindras för mycket av de blinda fläckar, som bortträngningarna ger: det livsviktiga som blivit omedvetet måste få komma med i bilden. Här fungerar ofta en viktig *circulus vitiosus*. Det som blivit omedvetet genom en inre konflikt, det är ofta något mycket viktigt. Annars skulle det helt enkelt inte blivit så stark konflikt kring det, kan man säga.

Nu vill jag tillägga att det också finns en hel del som är omedvetet för att det *inte* varit tillräckligt viktigt, eller för att man inte råkat komma i kontakt med det. Man är oerfaren. Inlärningspsykologin, som i sista hand grundar sig på Pavlov, och som håller på att få allt större inflytande, är inte minst där av värde för oss. Andra områden av psykologin spelar också en stor roll. Den differentiella psykologin eller testpsykologin är ett ofantligt stort område, där vi lyckligtvis får hjälp av allt bättre utbildade medarbetare i teamet. För den långvariga psykoterapin, särskilt då det gäller yngre barn, litar barnpsykiatrin till största delen fortfarande till specialutbildade psykologer.

Vi behöver sociologin

En annan vetenskapsgren som är av stor vikt för oss är sociologin, speciellt socialpsykologin. Vi är ju en del av socialmedicinen, och känner oss befryndade med rehabiliteringen, fast de än så länge är mera somatiskt inriktade. Vi arbetar också mer än de flesta läkare med grupper. Framför allt med den grupp som heter familjen. Men vi börjar nog också allt mera inse, att om vi ska få något grepp om ungdomskriminaliteten, så måste vi söka oss fram till former för påverkan också på samhället i dess helhet. Det räcker inte bara med att påverka de individer, som opponerar sig mot samhällets utformning just nu, opponerar sig mer eller mindre opraktiskt och irrationellt: de asociala. Liksom vi länge varit vana vid att arbeta

med den ömsesidiga påverkan inom familjen, alltså mellan barnen, mamman och pappan, så måste vi också tänka ömsesidigt när den stora gruppen samhället är ena parten i samspelet. Vid det här arbetet har vi lyckligtvis också specialutbildade medarbetare. Det är mycket sällan sociologer, utan människor med både teoretisk och praktisk utbildning: socionomer, barnpsykiatriska kuratorer. Dessa har oftast en längre eller kortare mentalhygienisk utbildning utöver socialhögskolan, somliga har rent av egen psykoanalys. De sköter stora delar av föräldrakontakten, både utrednings-, behandlings- och eftervårdsstadiet.

Vi betonar hälsovården

Jag gör här inte anspråk på att vara systematisk och fullständig utan tillåter mig vara just lite rapsodisk. Jag hoppar därför över till vår inriktning på prevention, på förebyggande arbete. Den står klart framhävd i vår instruktion. Vårt arbete är preventivt inte bara genom att det rör unga människor. Jag skulle gissa att vi betonar den förebyggande sidan ännu mer än vad den somatiska pediatriken gör. De kanske arbetar förebyggande lika ofta, men vi kanske ändå *framhåller* den sidan mera inför klienterna. Det kan nämligen vara ganska skrämmande, inte minst för en tonåring, att bli betraktad som psykiskt sjuk, att få *sjukvård* hos oss. Om man i stället betonar hälsovårdssidan av saken känns det för dem lättare, och mera hoppfullt och meningsfullt. Föräldrar värjer sig också ofta — och med rätta — för att de och deras barn ska betraktas som sjuka. Det är ofta riktigare att använda uttrycket "störningar i personlighetsutvecklingen", och att för föräldrarna tala om att vad vi rekommenderar är en förbättring i uppfostringsfunktionen och -situationen. Här har vi en illustration av en relativ skillnad gentemot vuxenpsykiatrin. Där gäller det ju *relativt* mera att återigen luxera in en människa i en relativt färdig roll, i yrkesarbetet etc. Här är det *relativt* mera fråga om att hjälpa en vuxen till ökad skicklighet i uppfostringskonsten, konsten att lära sina barn levnadskonst — inte minst på området mänskligt samspel. Därvid blir man ofta

tvungen till två viktiga saker. För det första att — mer än man vanligen gör — lyssna på känslor och "städa" bland dem, och för det andra anlägga helhetssyn, se på hela livet, hela människan, hela familjen — ja, ibland rent av hela mänskligheten.

Det är väl för närvarande ganska populärt, både bland läkare och andra, att sätta den exakta detaljen i högsätet, att säga att den är "många gånger mera värd än svepande generaliseringar". Man förbiser lätt att när man säger så, åstadkommer man just en svepande generalisering. Man måste naturligtvis vara realistiskt ödmjuk när man försöker snickra arbetshypoteser om helhetsbilder. Men ibland är allt en halvbra sådan hypotes av betydligt större värde för medicinen än perfekt kännedom om detaljer.

Inom barnpsykiatri är vi långt ifrån fanatiker ifråga om helhetssyn. Vi ger ofta insufficiensbehandling utan att ha helfiguren klar. Vi gör punktdiagnoser och ger symtomatisk behandling. Men många fall där sådant räcker klaras upp innan de kommer till oss, av barnläkare och tjänsteläkare, av skola eller barnavårdsnämnd. Vår väntelista bidrar också till att sälla bort enklare fall. De som ej får förtur kan få vänta många månader.

Avgiftsfri mottagning — är det bra?

Ännu en egenhet med barnpsykiatri är att vår mottagning till allra största delen är avgiftsfri; det är villkoret för det lilla statsbidrag som landstinget får. Från början var säkerligen det här arrangemanget av nytta för att man skulle kunna få kontakt med oförstående föräldrar, skolor, barnavårdsnämnder etc. Nu har åtminstone myndigheter vanligen blivit mycket angelägna, de skulle nog anlita oss även om de fick betala. Den nya barnavårdslagen ger sen 1961 också nämnderna möjlighet att ekonomiskt stöda barns och ungdoms sjuk- och hälsovård. Många föräldrar visar också sin önskan att få betala, blir förvånade över att här är annorlunda än på andra mottagningar. Vi har förhoppning att det också ska visa sig framkomliga vägar att klara ersättningsfrågan när det gäller oförstående och ovilliga för-

äldrar. De allra flesta läkarna inom facket miss-tänker nämligen nu att den här bestämmelsen om avgiftsfrihet gör mera skada än nytta. Inte minst viktigt är att man nu alltför lätt uppfattar oss som någon sorts myndighet, och den terapeutiskt viktiga känslan av ömsesidighet och frivillighet kan störas. Och rekryteringen av unga läkare påverkas säkerligen ogynnsamt av särställningen. Här vill jag lägga till, att sjukkassetaxan nu inte alls tar rimlig hänsyn till vårt facks arbetssätt, med lång tid för de flesta besök. Det borde också bli rätt för psykolog-terapeuters patienter att få återbäring, likaväl som t.ex. sjukgymnasternas får det.

Barnpsykiatrins möjligheter

Jag tänker inte här försöka i detalj redovisa behandlingsresultat.¹ Det är svårt att få klar och meningsfull statistik. Framför allt märks våra arbetsresultat ofta inte klart förrän det barn vi behandlat själv skall fostra egna barn. Jag vill bara helt kort redovisa den kliniska erfarenheten, att vi rimligt ofta lyckas hjälpa våra patienter både från oro och depression och från en riskabel karaktärsutveckling, både när den gått åt det asociala eller åt det alltför sociala hållet. Och man kan få inbitna skolvägrare att komma igång igen, och man kan få familjer att lära samarbetets konst.

Stimulera till rationellare sjukvård

Vid det här tillfället skulle jag i stället vilja peka på möjligheten att vårt arbetssätt småningom kunde komma att ge viktiga bidrag långt utanför sitt omedelbara arbetsområde. Jag tänker nu särskilt på sjukvården i dess helhet. Vår arbetsmetod — med ambition att söka se helheten både i tid och rum — gör ju inte sällan vårt arbete både omständligt och tungrott. Men just därför ger den också biprodukter i form av klarare och bredare

¹ Den intresserade hänvisas till utredningen Psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1957/40) eller till min uppsats: Får man någon hjälp vid rådgivningsbyrå? Barnavård och ungdomsskydd 3/1956.

erfarenhet om sambandet mellan levnadssätt och upplevelser å ena sidan, och hälsa och sjukdom å andra sidan. Och det gäller inte enbart psykisk sjukdom, och inte bara individens, utan också familjens och samhällets. Det kan kanske visa sig bli mycket viktiga erfarenheter i en tid, när vi har så stora och snabba förändringar av levnadssättet och därmed av upplevelserna. Och där vi samtidigt möter en starkt växande efterfrågan på både mera och bättre sjukvård. Behovet förefaller ibland omätligt.

Vi mötte den här frågan för ett år sedan, då psykiatriska kliniken här hade ordnat en intressant diskussion om förhållandet mellan läkare och patient. Där kom vi snart in på den centrala frågan, att folk så ofta kräver — och får — grundliga somatiska utredningar, när de egentligen behövde någon form av psykisk hjälp i stället. De flesta tycktes vara överens om att en stor del av somatikernas arbete gäller psykiska störningar, som folk inte vill, kan eller vågar se i ansiktet. Därför ser och/eller presenterar de dem som somatiska symtom. Vi tycktes vara mindre eniga om vad man skall göra åt saken. Det fanns röster som talade om en onödig efterfrågan på sjukvård. Men de flesta frågade väl hur vi bättre och riktigare skulle kunna möta denna efterfrågan. Just på den punkten tror jag att våra erfarenheter skulle kunna göras fruktbara.

Effektivare avslöjande av fördomar

Vi kan — fast i alldeles för liten utsträckning — ge psykoterapi av olika slag åt familjens medlemmar, och vi sysslar mycket med arbetet att först göra dem motiverade för sådan hjälp till självhjälp. Det är då vi kommer i kontakt med — ofta i segsliten dragkamp med — folks fördomar om psykisk ohälsa och om psykisk hälso- och sjukvård. Vi möter sådana fördomar också i familjernas miljö, överallt i samhället. Vi har fått se en hel del av hur fördomar och annat grumligt önske- och skräcktänkande skapar vicious circles och hindrar läkning. Men vi ser också hur ett disciplinerat tänkande (för att tala med den förnämlige gamle psykiatern Bleuler) och ett kon-

sekvent handlande kan hjälpa själslivet närmare den fria balans mellan de olika behoven och önskingarna, som vi kallar hälsa.

För att ge lite mer konkretion åt det begreppet skulle jag vilja citera den definition, som 1951 gavs av en expertkommitté inom WHO. "Själshälsa är ett tillstånd som gör det möjligt för individen att uppnå en tillfredsställande syntes av sina egna, potentiellt stridiga, instinktiva drifter, att skapa och bibehålla harmoniska relationer till andra, och att delta i konstruktiva förändringar i sin sociala och fysiska omvärld".

Chans till förbättrad prognos

Man kunde också uttrycka vad jag syftar till på det här sättet: *Vi klarar inte sjukvårdskrisen — och inte våra andra vårdkriser heller — om vi inte satsar mycket mera på problemet om individens och samhällets psykiska hälsa.* Strängt taget gäller det samma alla kriser i mänskligt umgänge, inklusive den viktigaste och farligaste av dem alla: den mellan rika och fattiga länder. Men den frågan är för stor och svår att ta upp här.

Barnpsykiatrin har tvingats syssla mer än någon annan disciplin med just problemet psykisk hälsa. Vi har inte på långt när nått de resultat vi skulle önska, men enligt min mening har vi i alla fall något att rapportera. Inte bara att samhällena och vi alla måste satsa mycket, och satsa snart, på den psykiska hälsan. Utan också att problemet förefaller att kunna klaras med hjälp av i princip samma resurser och arbetssätt som klarar alla andra livets svårigheter. Vi kan kalla det för vetenskap och beprövad erfarenhet, kombinerad med ömsesidig ansvarskänsla och friskt mod. Det där låter som en självklarhet, kanske rent av som en floskel. Men när man har upplevt hur djupt den vidskepelsen sitter hos så många, ja jag tror de flesta, människor, att det där med psykisk störning, det är något mystiskt, som antingen är onödigt eller tvärtom obotligt — då tycker man att den enkla satsen är mycket väsentlig. Den säger ungefär att har vi klarat allt möjligt annat, så kan vi klara det här med själshälsan också. Om vi gitter försöka.