

Studier över klientel och behandlingsresultat vid rådgivningsbyrå inom psykisk barna- och ungdomsvård¹⁾

Av leg. läk. *Ulf Otto*, Stockholm.

Introduktion

Avsikten med den här redovisade undersökningen är att ge vissa synpunkter på verksamheten vid en rådgivningsbyrå tillhörande den psykiska barna- och ungdomsvården i Stockholm och då speciellt redovisa klienteletets struktur samt söka belysa några av de faktorer som är av betydelse för verksamhetens resultat.

Metodik

Som material har valts de patienter, som anmälts till rådgivningsbyrån vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus' barn- och ungdomspsykiatriska klinik under 1957.

Att det rör sig om en till ett barnsjukhus ansluten rådgivningsbyrå innebär, att klientelet i vissa avseenden ej torde vara jämförbart med detsamma vid en fristående central. Å andra sidan visar klienteletets sammansättning en sådan spridning över de flesta inom verksamheten förekommande sjukdomsbilder och frågeställningar, att denna faktor torde vara av mindre betydelse.

Den del av undersökningen, där föräldrarna själva har medverkat, skedde under första kvartalet 1960, således två till tre år efter anmälningstidpunkten.

Försök till bedömning av psykiatrisk verksamhet och terapi orsakar av flera skäl stora svårigheter. Man rör sig med i stor utsträckning omätbara faktorer och med variabler, som ej är jämförbara med varandra. Av denna anledning visar bedömningsresultaten i olika undersökningar stora differenser, troligen ej bara beroende på att verkliga skillnader föreligger utan snarare

rare på att insamling av data och studiet av detsamma kraftigt divergerar.

Vi har valt att endast studera resultatet ur två synvinklar, nämligen dels hur patientens föräldrar, dels hur rådgivningsbyrån har bedömt detsamma.

Insamlandet av patienternas och anhörigas uppfattning kan ske medelst personliga intervjuer, telefonkontakt eller formulär. Alla tre metoderna har för- och nackdelar. De två första fordrar en god intervjuvana och -teknik. Risken för att den tillfrågade har svårt att kritisera och dra fram negativa faktorer inför en representant för den institution, vars verksamhet hon plötsligt skall bedöma, är uppenbar, särskilt om hon är positivt inställd till institutionen. Naturligtvis kan även det diametralt motsatta inträffa, d. v. s. att en rad aggressioner kan få henne att ge en sämre bild av verkligheten, än denna motsvaras av.

Formulär kan också ha sina uppenbara nackdelar (svårigheter att få fram nyanser etc.). Å andra sidan är den tillfrågade ej utsatt för någon direkt personlig påverkan utan kan i lugn och ro med en känsla av att vara inkognito ge uttryck för sin uppfattning. Samtidigt kan ett frågeformulär ha en jämförelsevis stor reproducerbarhet i förhållande till ett direkt utfrågande av patienten, då man blir mindre beroende av bedömarens personlighet och metodik. Med utgångspunkt från detta resonemang har vi valt att via formulär införskaffa önskade uppgifter.

Till målsmannen för varje patient har utsänts ett formulär omfattande frågor med flera svarsmöjligheter samt utrymme för kommentarer, vilket livligt har utnyttjats.

Exempel på frågor:

Om Ert barn har inremitterats av läkare, sök-

¹⁾ Från Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus, Stockholm.
(Chef: Professor Sven Ahnsjö)

te Ni då själv hos denne för Ert barns problem?

Ni har haft kontakt med rådgivningsbyrån för vissa problem med Ert barn.

- 1) Försvunno dessa i samband med kontakten?
- 2) Har de kvarstått oförändrade?
- 3) Har de förvärrats?

Hur har Ni upplevt hjälpen vid rådgivningsbyrån?

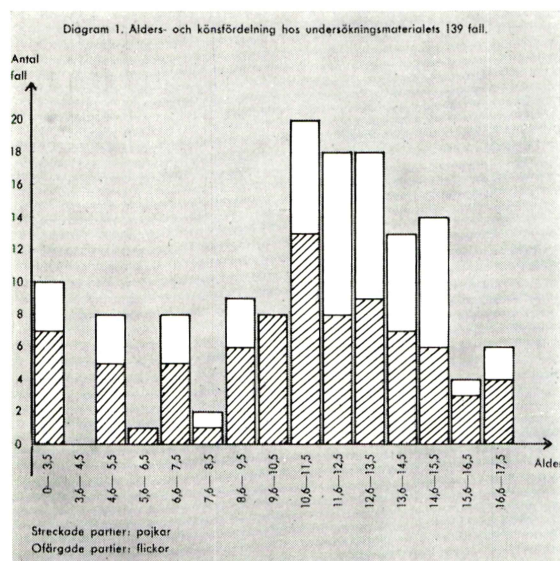
- 1) Som en verklig hjälp, som medfört avsevärd förbättring.
- 2) Den har fått upp ögonen för nya sidor hos Ert barn, som Ni nu bättre förstår.
- 3) Utan nämnvärd hjälp.

I de fall, där svar ej influiter, kontaktades vederbörande per telefon och anmodades insända formuläret.

På detta sätt har uppgifter erhållits i 143 fall av 176 möjliga. De resterande 33 stod ej att komma i kontakt med vare sig per brev eller telefon. Fyra av de 143 fallen fick utgå på grund av otillräckliga uppgifter. Det slutliga materialet har kommit att omfatta 139 fall, d. v. s. 79 % av det ursprungliga materialet.

Alders-, köns- och socialgruppsfördelning i materialet

Av diagram 1 framgår, att *äldrarna* 10,6—15,5 år, d. v. s. prepubertet och pubertet, står



för 60 % av de 139 i undersökningen ingående fallen (5 av 17-årsgrupper”).

Tre femtedelar av fallen (83) utgöres av *pojkar* och två femtedelar av *flickor* (56). Pojkarna överväger upp till 11 års ålder, varefter en mera oregelbunden fördelning mellan könen inträder.

Tabell 1. Socialgruppsfördelning i det undersökta rådgivningsbyråklientelet resp. fördelningen vid andrakammarvalet 1956.

Social-grupp	Väljarkåren		Rgb-klientelet	
	Antal	%	Antal	%
I	61.926	11	12	8
II	252.484	46	51	37
III	238.492	43	76	55

Socialgruppsfördelningen har i tabell 1 jämförts med socialgruppsfördelningen vid andra kammarvalet 1956.

Alla socialgrupperna är representerade, men det förekommer en förskjutning mot en, i förhållande till genomsnittsbefolkningen, ökad frekvens av barn ur de lägre socialgrupperna.

I materialet förekommer tolv olika diagnoser. Om man bortser från gruppen ”Observation utan fastställd diagnos” (32 fall), där någon absolut säker diagnos ej har varit möjlig att precisera, utgör neuroser den största gruppen. Närmare hälften av materialet (60 fall = 43 %) kan räknas till gruppen psykogent betingade tillstånd, d. v. s. enkla beteenderubbingar av miljötyp (9), neuroser (41) och psykoneuroser (10). Något fall av psykos har ej handlagts vid rådgivningsbyrån under 1957. Tre fall av primär enures och fem av rent kroppslig sjukdom har handlagts, och sju barn har haft läs- och skrivsvårigheter, medan utvecklingshämning har förekommit i elva fall. I materialet ingår även ett fall av vardera talrubbing, psykoinfantilitet och tidig karaktärsstörning.

Aspekter på kontakttagandet med rådgivningsbyrån

Kontakten med rådgivningsbyrån kan tänkas inledd enligt någon av följande tre linjer:

1. De som själva söker rådgivningsbyrån direkt.
2. De som remitterats till rådgivningsbyrån.

- a) De som ej har sökt inremitterande instans.
b) De som själva har sökt inremitterande instans.

Tabell 2. Antal fall med direkt resp. indirekt kontakt med rådgivningsbyrån inom olika socialgrupper.

Social-grupp	Antal	Kontaktmetod (0/0)		
		1	2 a	2 b
I	12	67	8	25
II	51	63	12	25
III	76	44	26	30
S:a	139	53	19	28

1 = De som sökt direkt.

2 a = De som ej har sökt inremitterande instans.

2 b = De som har sökt inremitterande instans.

Grupp 1 omfattar 73, grupp 2 a 27 och 2 b 39 fall. I tabell 2 har de jämförts med de tre socialgrupperna. En procentuell indelning har gjorts inom varje socialgrupp för att göra direkta jämförelser möjliga. Observera dock vissa undergruppers ringa storlek. Drygt hälften av klientelet (53 0/0) har sökt direkt vid rådgivningsbyrån och 28 0/0 har själva sökt den instans, som i sin tur har remitterat patienten till rådgivningsbyrån. Slutligen har en knapp femtedel (19 0/0) ej själva sökt någon hjälp, utan har av andra organ (skolläkare, privatpraktiker, barnavårdsnämnd, somatiska avdelningar etc.) remitterats för utredning. Av de tre grupperna kan 1 och 2 b antas ha haft ett verkligt hjälpbehov, medan 2 b har symptom och besvär, som föräldrarna ej själva reagerat inför eller låtit föranstalta några åtgärder mot, medan däremot omgivningen funnit barnpsykiatrisk utredning och vård vara önskvärd.

Är kontaktförfarandet detsamma i de tre socialgrupperna? De båda högre socialgrupperna följer i stort sett varandra och står i motsats till den tredje. Cirka två tredjedelar av de förra (67 resp. 63 0/0) har själva sökt direkt, medan detta för socialgrupp 3 är fallet enbart i 44 0/0. De olika socialgrupperna har i ungefär likartad utsträckning sökt inremitterande instans (25 resp. 25 och 30 0/0). De som själva ej sökt någon hjälp visar en stegring från 8 0/0 i socialgrupp 1 via 12 0/0 i socialgrupp 2 till 26 0/0 i den tredje.

Vi finner således, att familjer tillhörande de båda högre socialgrupperna i större utsträckning

än de i den tredje själva söker hjälp för sina barns psykiska besvär. Vilka förklaringar kan finnas? Det kan t. ex. tänkas, att de förra har en större kännedom om den psykiska utvecklingen och dess avvikelser hos barn, att de har en mindre fördomsfull inställning till psykiatriska sjukdomstillstånd, att de bättre känner till samhällets resurser eller att de har ett verkligt större intresse för sina barns psykiska hälsa. Denna fråga återstår att utreda.

Tabell 3. Impulsgivare i de fall, då föräldrarna själva har sökt vid rådgivningsbyrån.

Impulsgivare	Frekvens	
	Antal	0/0
Moder	36	49
Fader	5	7
Släkt och vänner	3	4
Skollärare	6	8
Skolläkare el. -sköterska	12	17
Annan läkare	5	7
BVN	2	3
Daghem	1	1
Osäkra	3	4
S:a	73	100

De föräldrar, som själva har sökt vid rådgivningsbyrån, har tillfrågats om vem, som givit dem den ursprungliga impulsen till att söka psykiatrisk hjälp för sina barn (tabell 3).

I 32 fall har impulsen kommit från annat håll än föräldrarna själva. Av hela materialet på 139 fall återstår således 41 fall, där föräldrarna av eget initiativ har sökt kontakt med rådgivningsbyrån.

Behandlingsformer

En grovt schematisk framställning av de använda terapiformerna följer i tabell 4. Att närmare precisera dessa är en synnerligen delikat uppgift, då en renodlad terapiform sällan förekommer ensam utan olika former vanligen används parallellt. Den enligt författarens uppfattning väsentligaste i varje fall har registrerats.

En utredande behandlingsform innebär en psykiatrisk och somatisk bedömning. Skillnaden mellan långtidsterapi och stödjande terapi är konstlad. Med långtidsterapi har avsetts, att pat.

Tabell 4. Verksamhetens form vid olika diagnoser.

Behandlingsform	Antal	Diagnos											
		Normal personlighet	Enkel beteckning	Neuros	Psyko-neuros	Utvecklingshämning	Läs- och skrivsvårigheter	Talrubbing	Psyko-infantilism	Kroppslig sjukdom	Obs. utan diagnos	Tidig karaktärsstörning	Enures
Utredande	52	6	4	7	3	3	9	—	—	—	19	—	1
"Långtids-terapi"	16	—	1	8	2	1	1	—	—	—	3	—	—
Placering	19	—	—	4	3	6	—	—	—	1	4	1	—
Anvisning	12	—	1	1	—	—	7	1	—	1	1	—	—
Stödande	30	1	3	15	1	—	1	—	1	3	3	—	2
Inläggning å avd.	10	—	—	6	1	1	—	—	—	—	2	—	—

under en längre tid har gått hos läkare eller psykolog, medan föräldrarna har gått hos läkare eller kurator. Med stödjande terapi har avsetts fall, där pat. längre eller kortare tid har gått på mer eller mindre regelbundna besök hos läkare eller psykolog. Med placering har avsetts placering i foster- eller adoptivhem, på ungdomsvårdsskola etc., medan med anvisning menas hänvisning till annan skolform (hjälp- eller läsklass etc.), barnträdgård, annan medicinsk eller psykiatrisk verksamhet samt arbetsanskaffning. Inläggning på egen avdelning har skett i 10 fall (7 %).

Försök till bedömning av verksamhetens resultat

Föräldrarnas uppfattning om resultatet av barnets kontakt med rådgivningsbyrån har sammanfattats i tre grupper, nämligen förbättring, upplysande samt likgiltig eller negativ.

Med *förbättring* avses, att en förändring till det bättre har inträffat i patientens tillstånd i samband med kontakten med rådgivningsbyrån eller den närmaste tiden därefter.

Med *upplysande* har avsetts, att föräldrarna har fått klarlagt för sig, vari patientens besvär består och vad de orsakas av, samt att anvisningar för deras avhjälpande har delgivits dem, om detta har varit möjligt. Svaret är att uppfatta som en positiv inställning till resultatet.

Likgiltigt har blivit ett samlingsbegrepp för dem, som har uppfattat kontakten som resultatlös. Det visar sig dock, att i denna grupp finns föräldrar, som har fått "upplysande" svar i en riktning, som av dem uppfattats som negativ, d. v. s. deras uppfattning är emotionellt betingad. I denna grupp finner man även opåverkbara tillstånd, såsom hjärnskador och utvecklingshämningar, men också föräldrar, som ej har kunnat acceptera personal och arbetsmetoder.

Rådgivningsbyråns bedömning av resultatet har skett vid kontaktens slut enligt tre möjligheter, nämligen *förbättring*, *status quo* och *försämring*.

Denna indelning torde tala för sig själv. Den andra gruppen, *status quo*, omfattar, förutom

Tabell 5. Kontakttypens betydelse för resultatet.

Kontakttyp	Antal	Resultat					
		Enligt föräldrar			Enligt rådgivningsbyrån		
		Förbättring (%)	Upplysande (%)	Likgiltigt (%)	Förbättring (%)	Status quo (%)	Försämring (%)
Sökt av egen vilja	73	31	36	33	41	55	4
Remitterats	66	26	15	59	30	59	11

fall som ej förts fram till en förbättring, den stora gruppen, som har varit i kontakt med rådgivningsbyrån enbart för utredning och bedömning.

De uppfattningar om resultatet, som föräldrar och rådgivningsbyrån kommit fram till, skall nu närmare penetreras. Detta sker ur följande aspekter: Den primära kontakttypen, patientens ålder och kön samt sjukdomens karaktär. Detta ger naturligtvis endast några få synpunkter på detta enormt komplicerade problem.

1. Betydelsen av kontaktens karaktär för resultatet

Välbekant är den stora vikt som fästes vid föräldrarnas förmåga till samarbete med rådgivningsbyrån. Många människor har på grund av bristande kunskap, emotionella problem eller andra orsaker en primärt och ej på fakta grundad negativ inställning till psykiatrisk verksamhet. Att föräldrar med en sådan uppfattning själva söker hjälp för sina barn vid en rådgivningsbyrå förefaller mindre troligt. Å andra si-

dan kan man anta, att föräldrar, som själva söker, har en mera positiv inställning.

I tabell 5 jämföres resultatet, bedömt av föräldrar och rådgivningsbyrå, för de två grupper, där föräldrarna sökt av egen vilja, och där barnen har remitterats.

Slår man ihop grupperna "förbättring" och "upplysande" till en "positiv uppfattning" framgår, att bland dem, som själva har sökt, 67 % har en positiv uppfattning, medan de som har remitterats, endast i 41 % har en positiv uppfattning om resultatet. Här föreligger alltså en klar skillnad ($28 \pm 8,5$). Rådgivningsbyråns resultat visar samma tendens.

Sammanfattning: I de fall där föräldrarna själva har sökt, visar det sig, att resultaten i större utsträckning pekar på förbättring än i de fall, där patienterna har remitterats.

2. Betydelsen av patientens ålder för resultatet

Spelar åldern någon roll för förbättringsfrekvensen? Lyckas vi bättre med vissa åldrar? För

Tabell 6. Ålderns betydelse för resultatet.

Åldersgrupp (år)	Antal	Resultat					
		Enligt föräldrar			Enligt rådgivningsbyrån		
		Förbättring (%)	Upplysande (%)	Likgiltigt (%)	Förbättring (%)	Status quo (%)	Försämring (%)
— 6,5	19	37	42	21	21	79	—
6,6— 9,5	19	37	26	37	47	47	6
9,6—12,5	46	39	20	41	42	58	—
12,6—15,5	45	22	22	56	34	57	9
15,6—	10	30	20	50	50	50	—

Tabell 7. Könets betydelse för resultatet.

Kön	Antal	Resultat					
		Enligt föräldrar			Enligt rådgivningsbyrån		
		Förbättring (%)	Upplysande (%)	Likgiltigt (%)	Förbättring (%)	Status quo (%)	Försämring (%)
♂	83	25	33	42	36	60	4
♀	56	43	16	41	45	50	5

att belysa denna fråga har tabell 6 sammanställts.

Man finner vid penetration av de olika åldersklasserna, att resultaten före 6—7 års ålder överensstämmer väl, varför de här sammanslagits till en grupp på grund av det minimala antalet (19) i dessa åldrar. Förbättringsfrekvensen är enligt föräldrarnas uppfattning jämförelsevis jämnt fördelad i de olika åldersgrupperna (drygt 1/3 av fallen) med ett minimum under pubertetsåren (22 %). Hos barn under sju år anser sig föräldrarna i cirka 40 % ha fått upplysande svar. Enligt rådgivningsbyråns uppfattning är förbättringsfrekvensen lägst före sju års ålder med cirka 1/5 av fallen förbättrade, varefter en stegring sker till mellan 1/3 och 1/2 av fallen i de högre åldrarna. Den låga förbättringsfrekvensen under småbarnsåren får sättas i relation till den höga frekvensen "upplysande" svar av föräldrarna, vilket diskuteras nedan.

Slår man ihop "förbättring" och "upplysande" (enligt föräldrarna) till en positiv uppfattning, finner man, att föräldrarna anser sig ha

fått störst hjälp med barn under sju års ålder (89 %). Därefter sker en successiv nedgång till ett minimum mellan tolv till 15 år, då mindre än hälften (44 %) anser sig ha fått någon hjälp.

Sammanfattning: Föräldrarna anser sig ha fått störst hjälp då barnen är under sju års ålder och minst under puberteten.

3. Betydelsen av patientens kön för resultatet

Föreligger någon skillnad mellan könen vad gäller resultatet? För att kunna besvara denna fråga har tabell 7 sammanställts.

Det framgår en tendens till att förbättring oftare konstateras hos flickor än pojkar, speciellt enligt föräldrarnas (43 resp. 25 %) ($18 \pm 8,1$) och mera osäkert enligt rådgivningsbyråns (45 resp. 36 %) uppfattning.

Sammanfattning: Förbättring anges av föräldrarna förekomma i större utsträckning bland flickor än bland pojkar.

Tabell 8. Olika diagnosers resultat bedömt av föräldrar och rådgivningsbyrå.

Diagnos	Antal	Resultat					
		Enligt föräldrar			Enligt rådgivningsbyrån		
		Förbättring (%)	Upplysande (%)	Likgiltigt (%)	Förbättring (%)	Status quo (%)	Försämring (%)
Normal personlighet	7	14	72	14	29	71	—
Enkel beteenderubbning	9	56	22	22	44	56	—
Neuros	41	41	15	44	34	64	2
Psykoneros	10	40	20	40	40	40	20
Utvecklingshämning	11	9	27	64	9	82	9
Läs- och skrivsvårigheter	18	33	28	39	39	61	—
Kroppslig sjukdom	5	100	—	—	40	40	20
Obs. utan diagnos	32	44	9	47	37	59	4
Enures	3	—	—	100	—	100	—

4. Betydelsen av tillståndets karaktär för resultatet

Eller enklare uttryckt: "Med vilka fall lyckas vi bäst?" Se tabell 8. Observera dock de små grupperna.

Ur tabellen utgår talrubbning, psykoinfantilitet och tidig karaktärsstörning, där enbart enstaka fall förekommer.

Enligt föräldrarnas uppfattning har de bästa resultaten erhållits vid rent somatiska tillstånd, där alla fallen förbättrats, varpå följer en rad tillstånd där cirka hälften av fallen förbättrats, nämligen enkla beteenderubbningar (56 %), neuroser (41 %) och psykoneuroser (40 %), d. v. s. psykogent betingade tillstånd. Liknande förbättringsfrekvens uppnår de fall, som ej erhållit någon bestämd psykisk diagnos (44 %).

Vid "normal personlighet" har föräldrarna i 72 % funnit resultatet vara upplysande. Utvecklingshämning tillhör den grupp, där det största antalet föräldrar (64 %) finner kontakten ha varit utan värde.

Enligt rådgivningsbyråns uppfattning ligger frekvensen av förbättring jämförelsevis likartat fördelad på olika här förekommande diagnoser (mellan 1/3 och 1/2 av fallen) med det sämsta resultatet inom gruppen "utvecklingshämning".

Sammanfattning: Om man bortser från rent somatiska sjukdomstillstånd har psykogent betingade tillstånd den största förbättringsfrekvensen enligt föräldrarnas uppfattning. Rådgivningsbyrån får mera genomgående en förbättring hos

mellan 1/3 och 1/2 av fallen, om man bortser från "utvecklingshämningar", som av naturliga skäl visar sämst resultat.

Diskussion

Som tidigare har påtalats är bedömning av psykiatrisk verksamhet synnerligen svår. En rad undersökningar har gjorts, vilka är av ringa allmänt intresse och i allmänhet bara säger, hur man lyckats vid just den kliniken med just det materialet och just den terapin. I det avseendet skiljer sig tyvärr inte denna undersökning från andra. Avsikten har nu närmast varit att se problemet ur mera preciserade synvinklar samt att eventuellt få fram faktorer av betydelse för behandlingens resultat.

Vid utredningar av detta slag gör man vanligen en gradering av resultatet av typen Betydligt förbättrad, Något förbättrad, etc. C. M. Heinicke och A. Goldman har gjort en sammanställning av sjutton undersökningar med likartad indelningsmetodik (tabell 9).

En sådan sammanställning ger oss föga hjälp, utan visar bara hur kraftigt resultaten varierar.

En dansk undersökning har nyligen redovisats, varvid man från en psykiatrisk klinik redovisade 581 fall (125 utrednings- och 456 terapifall). Av de senare blev 279 fullständigt behandlade med följande resultat: 35 % mycket bättre, 45 % bättre och 20 % oförändrade. Bland de 142 som endast delvis hade behandlats erhöles följande resultat: 3 % mycket bättre, 37 % bättre

Tabell 9. Resultat av 17 follow-up-undersökningar.

	Irgens	Cohen & Davis	Morris & Soroker	Cunningham et al.	Rich	Slayter	Bronner	Sheldon	Witmer	Johnson & Reid	Barbour	Lehrman et al.	Mandel Clinic	Jacobsen	Berk et al.	Fenton	Maberly & Sturge	Median	Medelvärde
Fullständigt förbättrad (%)	70	68	65	64	60	56	55	53	53	52	51	50	48	30	30	24	22	53	45
Delvis förbättrad (%)	19	16	32	22	20	28	28	30	20	22	32	24	28	43	20	54	48	28	34
Ingen förbättring (%)	11	16	3	14	20	16	18	17	27	26	17	26	24	27	50	22	30	20	21
N	70	57	34	359	27	25	650	30	197	339	705	196	29	30	30	732	500	4010	

re och 60 % oförändrade. Dessa resultat talar för att den använda terapin på detta material hade en god effekt.

Vid barnpsykiatriska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala har man minst tre år efter utskrivningen av 300 barn tillfrågat anhöriga och myndigheter om deras uppfattning av kontaktens resultat. Därvid uttryckte 275 (92 %) en positiv uppfattning, medan man i 25 fall ansåg kontakten ha varit utan värde.

Resultatet av verksamheten vid en rådgivningsbyrå har av Reinius studerats vid Stockholms läns rådgivningsbyrå. Man vände sig enbart till de föräldrar, som själva sökt, d. v. s. enligt vårt resonemang ett positivt urval. 87 % ansåg, att förhållandena hade förbättrats, medan 4 % ansåg dem ha försämrats och 10 % att de ej hade förändrats.

Vad kan då förklara de divergerande resultaten? — Svårigheter vid insamlandet av data har redan berörts. Materialen grundar sig genomgående på en bestämd institutions klientel, d. v. s. de utgör ett selektivt urval. En rådgivningsbyrå, en psykiatrisk klinik eller poliklinik, ett mentalsjukhus, alla har de helt olika klientel och tillstånd att arbeta med.

Terapi, i psykiatrisk bemärkelse, är ett begrepp som ej går att förenkla med att bara använda beteckningen psykoterapi. Avses en stödjande samtalsterapi, psykoanalytisk terapi, medikamentell terapi, hjälp med användande av samhällets sociala organ, etc.?

Bedömningen sker vanligen på så sätt att en psykiater uppskattar patientens tillstånd. Men hur bedömer han? Är han tillräckligt skicklig och objektiv? Påverkas han av, att det kanske är sin egen kliniks eller rent av eget arbetes resultat, som han skall bedöma?

En rad frågeställningar måste, av vad som framgår av detta, tas hänsyn till vid resultatbedömningar inom psykiatrisk verksamhet. Och tills vi får mera objektiva metoder att arbeta med torde dessa kvarstå olösta.

Föräldrarnas uppfattning är naturligtvis subjektiv och ej alltid i överensstämmelse med rådgivningsbyråns, som i sin tur ej har den goda in-

blick i patientens livsföring, som den närmaste omgivningen har. Som exempel på svårigheter vid bedömningen kan tagas ett fall av apati, som under sitt tillfrisknande passerar ett stadium av aggression. Detta bedöms från rådgivningsbyråns sida som en pågående förbättring, medan omgivningen ofta reagerar negativt härpå.

Kan man nu utan vidare acceptera de med den redovisade metoden erhållna resultaten? Det är troligt att man har kommit sanningen ganska nära, men är resultaten applicerbara på annan liknande verksamhet? Kanske — kanske inte! En rad osäkerhetsfaktorer har diskuterats (materiallets selektivitet, bedömnings- och definitions-svårigheter etc.), men låt oss närmare granska de erhållna resultaten.

Vi har konstaterat, att om *föräldrarna själva söker*, så tycker de sig se ett bättre resultat av barnets kontakt med rådgivningsbyrån. Rådgivningsbyrån bedömer då också resultatet som bättre. Att föräldrarna tycker sig se ett bättre resultat i dessa fall kan vara uttryck för att de primärt har en mera positiv inställning. Men detta bör också innebära, att de bättre följer råd och anvisningar samt bättre försöker medverka vid och sätta sig in i terapin, vilket i sin tur bör föra till ett bättre resultat. Då barnens miljö präglas av en positiv inställning torde även barnet påverkas därav. Att skilja dessa faktorer åt torde vara ogörligt, varför vi endast kan acceptera den slutsats, som vi har kommit till, nämligen, att om föräldrarna själva har anmält sina barn, terapieresultatet är gynnsammare, än om de har remitterats. Denna förbättring torde vara reell, då föräldrar, som själva sökt vid rådgivningsbyrån, torde vara observanta och lägger märke till barnens symtom (det var ju därför de sökte). De andra föräldrarna hade i stor utsträckning ej märkt något, utan barnen hade remitterats till undersökning av skolan, etc. Man kan här i mindre utsträckning begära att de skall erkänna en förbättring. För att denna tankegång skulle vara riktig talar, att 66 % av de föräldrar, vars barn hade remitterats, meddelar, att omgivningen reagerat *före* dem själva på barnets beteende,

medan detta enbart var fallet i 23 % hos dem, som själva hade sökt.

En väsentlig faktor har vi ej kunnat ta hänsyn till, nämligen fallens svårighetsgrad. Mig veterligen föreligger i dag ej någon tillfredsställande metodik för att kunna göra en sådan bedömning. De större sjukdomsgrupperna (t. ex. beteenderubbningar, neuroser, etc.) är emellertid i detta material tillräckligt jämnt fördelade i förhållande till de synpunkter vi har velat studera (pojkar contra flickor, remitterade contra ej remitterade, etc.), för att vi skall kunna påstå, att där ingen grövre snedbelastning föreligger.

Enligt föräldrarnas uppfattning uppnåddes en jämförelsevis jämnt fördelad förbättringsfrekvens fram till pubertetens inträdande, då den avtar. Att "upplysande" har en frekvens omkring 40 % upp till sex års ålder, medan den därefter sjunker till omkring en fjärdedel, torde ha sin förklaring i att under de första levnadsåren två betydande kategorier barn kommer till rådgivningsbyrån, dels utvecklingshämningar och dels problem av karaktären sömnrubbningar, matproblem etc., d. v. s. tillstånd, där en upplysning av barnets tillstånd delgives föräldrarna samt där enkla råd, "upplysningar", ofta kan klara upp situationen. Dessa siffror överensstämmer väl med rådgivningsbyråns uppfattning, där man fram till sex års ålder endast har förbättring i en femtedel av fallen (föräldrarnas höga upplysningsfrekvens torde i dessa åldrar dölja sig bland "status quo"-fallen), medan därefter en kraftig ökning inträder.

Vid en jämförelse mellan *könen* har framkommit en tendens till större förbättringsfrekvens hos flickor än hos pojkar. Man bör observera riskerna för att en felbedömning kan ske (speciellt från föräldrarnas sida) på grund av de olika symtom, som flickor och pojkar företer vid psykisk stress. Pojkar reagerar i större utsträckning med för omgivningen påtagliga, utåtriktade, aggressiva och eventuellt asociala beteenden, medan flickor vanligen reagerar med inåtriktade, depressiva symtom, ej sällan förenade med fysiska symtom, såsom huvudvärk, buksmärtor, etc., vil-

ka ej lika lätt uppmärksammas av omgivningen.

Studerar vi slutligen förbättringsfrekvensen vid olika *sjukdomstillstånd* är denna bäst vid psykogent betingade tillstånd och som väntat sämst vid konstitutionella av typen "utvecklingshämning", medan föräldrarna till barn, som har uppfattats som normala personligheter, i nära 3/4 (72 %) finner resultatet "upplysande".

Sammanfattning

En rad undersökningar har gjorts för att skapa en uppfattning om förbättringsfrekvensen vid psykiatrisk terapi. Författaren belyser de enorma problem man ställs inför vid dessa bedömningar och hur komplexa dessa frågor är. Resultatet av verksamheten vid en rådgivningsbyrå inom psykiisk barn- och ungdomsvård redovisas och de erhållna resultaten diskuteras.



FYSIKALISK-KEMISKA
och
BAKTERIOLOGISKA

Vattenanalyser

Undersökning och kontroll av vattenlednings-, brunn-, industri- och badvatten för friluftsoch inomhusbad, pannvatten, kommunala och industriella avloppsvatten.

Behörighet för kontroll av vattenverk enligt Kungl. Maj:ts förordning 654/1941.

KEMISKA KONTROLLBYRÅN AB

Holländargatan 3 Telefon 23 49 10
STOCKHOLM
Dr Bernh. Fischer