

**SÄRTRYCK UR  
MELLANRUMMET – TIDSKRIFT OM BARN- OCH  
UNGDOMSPSYKOTERAPI nr 11, 2004, s. 36-44**

**STOCKHOLMS BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI.  
NÅGRA REFLEKTIONER ÖVER ÄMNETS HISTORIK,  
SOM KANSKE KAN BETYDA NÅGOT FÖR  
FRAMTIDEN?**



**Per-Anders Rydelius**

*Per-Anders Rydelius är professor och överläkare i barn- och ungdomspsykiatri vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting sedan 1989. I denna artikel beskriver han hur barnpsykiatrin i Stockholm vuxit fram ur barnsjukvård, skolpsykiatri, den sociala barn- och ungdomsvården och vuxenpsykiatrin och hur de fyra olika kunskapsområdena integrerats och lett fram till dagens barnpsykiatriska team.*

## Inledning

Förenklat kan man säga att barn- och ungdomspsykiatri avser kunskapen om hur det växande barnet visar tecken på psykisk ohälsa innan det vid slutet av tonåren kan beskrivas med kunskaper hämtade från psykiatrin. I Sverige började behovet av ett särskilt kunskapsområde om barnens och ungdomarnas psykiatriska symptom och beteenderubbningar att växa fram vid sekelskiftet 1800-1900-talet. Stockholm har haft en framträdande roll för kunskapsutvecklingen. I Stockholm kan man peka på inspirationskällor från tre "idémässiga" ursprung, som på ett tydligt sätt speglar ämnets tvärvetenskapliga karaktär. Här växte barnpsykiatrin fram ur *barnsjukvården* (Norrstulls Barnsjukhus/Karolinska Sjukhuset, Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus/S:t Görans Barnkliniker), *skolpsykiatrin* (Stockholms Folkskolor/Ericastiftelsen) och den *sociala barn- och ungdomsvården* (PBU). I Uppsala och Lund kom inspirationen från ett fjärde håll, *vuxenpsykiatrin*. Det blir lite frestande att säga att ämnet barn- och ungdomspsykiatri utvecklades för att man skulle kunna förstå hur faktorer relaterade till föräldrarnas funktion (*vuxenpsykiatrin*), barnets genetiskt programmerade konstitution, mognad och utveckling (*barnsjukvården*), barnets arbetsmiljö/skolan (*Ericastiftelsen och skolpsykiatrin*) och den allmänna sociala uppväxtmiljön (*sociala barn- och ungdomsvården/PBU*) samverkade för att förstå varför vissa barn klarar sig bra medan andra får problem.

***Inom Stockholms barnsjukvård*** observerades under 1800-talets senare hälft att barn, förutom kroppsliga problem, kunde ha nervösa och "själsliga" sjukdomar. Sverige var det första land i världen som inrättade särskilda professurer om barnålderns sjukdomar. Fredrik Theodor Berg var pionjär och blev 1845 världens förste pediatrikprofessor vid Karolinska Institutet och Allmänna Barnhuset (på Barnhusgatan i Stockholm, där det fanns en liten sjukavdelning). Eftersom han inte kunde få sin vilja igenom så att ett nytt barnhus blev byggt, slutade han sin anställning som professor för att 1858 bli chef för den Statistiska Centralbyrån. Här kunde han utveckla sitt statistiska/epidemiologiska intresse och blev därför pionjär också när det gällde hälsostatistik. Tack vare detta fanns redan på 1800-talet kunskaper om samband mellan sociala faktorer och barns hälsa och utveckling. Det är därför inte konstigt att de pediatrikprofessorer som fanns vid seklets början blev intresserade av "barnpsykiatri". Isak Jundell, ofta kallad "Barnets vän", var verksam i Stockholm som professor i pediatrik vid Karolinska Institutet och överläkare på Norrtulls barnsjukhus. Detta barnsjukhus låg inrymt i det på 1880-talet "nya" Allmänna Barnhuset på Norrtullsgatan. Han talade redan under första världskriget för att det skulle inrättas "medicinskt-pedagogiska" avdelningar, där man kunde utreda, hjälpa och behandla barn med beteenderubbningar och andra nervösa problem. Hans skrift "Brustna Sinnen", där han pläderade för ett nytt ämne och som presenterades i Barnens Dagblad 1915, kan sägas vara den svenska barnpsykiatris idéprogram och startskott. Samhället var emellertid inte redo att "inrätta barnpsykiatrin" just då. Isak Jundell, som var handlingskraftig, samlade istället fondmedel och öppnade på egen hand en Barnpsykiatrisk Rådgivningsbyrå på Norrtulls Barnsjukhus under 1920-talet. Denna rådgivningsbyrå och en liten avdelning som öppnades under 1930-talet på Norrtulls Barnsjukhus lever kvar än idag. Verksamheten flyttade i början av 1950-talet till Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus där den förenades med "barnpsykiatrin vid Lovisa", flyttade 1970 till S:t Görans barnsjukhus och 1998 till Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Verksamheten är sedan 1958 också en universitetsverksamhet där 25 doktors- och 2 lic-avhandlingar försvarats t.o.m. 2003. Just nu arbetar 10 doktorander med spännande projekt och 2005 blir det säkert flera disputationer. Alice Hellström skall också nämnas som pionjär. Hon var både läkare och lärare och blev tidigt engagerad i behandlingsfrågor. Hon öppnade 1928, på eget initiativ, Mellansjö skolhem, som hon själv drev mellan 1928-1956. På Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus öppnades i oktober 1957 landets första fullständiga barn- och ungdomspsykiatriska klinik med öppenvård (en av Stockholms dåvarande fyra PBU-centraler), en barnavdelning och en tonårsavdelning.

***I den obligatoriska folkskolan*** observerade man under åren 1842-1900 att många barn hade inlärningssvårigheter och fick skolproblem. För att hjälpa och stödja dem startade Stockholms skolförvaltning redan vid tiden för första världskriget en liten "barnpsykiatrisk rådgivningsby-

rå”. Pionjären var här Alfhild Tamm som arbetade på Slagsta för att utbilda lärarinnor och undervisa barn med inlärningsproblem. Hon intresserade sig tidigt för s.k. ”medfödd ordblindhet”, hur detta skulle utredas och behandlas. Tillsammans med Alice Hellström översatte och standardiserade hon också Terman-Merrill-testet.

Alfhild Tamms intresse för barns hälsa begränsades inte bara till de barnneuropsykiatriska frågeställningarna utan hon blev alltmer intresserad också av barnens känsloliv. Av den anledningen reste hon till Wien och blev en av de första i Sverige som erhöll psykoanalytisk utbildning. Trots att hon på 1930-talet fick en kungamedalj för sina barnpsykiatriska pionjärinsatser så är hon idag mest känd och ihågkommen för att hon förde psykoanalysen till Sverige och startade den psykoanalytiska föreningen. För detta blev hon sedermera medicine hedersdoktor vid Karolinska Institutet.

Ur intresset för ”skolproblemen” växte det successivt fram en ”psykisk” elevhälsovård, som komplement till den kroppsliga skolhälsovården. En annan pionjär inom skolpsykiatrin var Torsten Ramer. Efter att ha varit överläkare för PBU under mer än 10 år och disputerat på en avhandling om hjälpklassbarnens hälsa och anpassning, arbetade han från mitten av 1940-talet och fram till sin pension som skolpsykiatriker. Än idag har Stockholms kommun särskilda tjänster för skolpsykiatri.

Intresset för barnens psykosociala hälsa från skolans värld exemplifieras bra med läraren Hanna Bratts initiativ att starta Ericastiftelsen. Ericastiftelsen hette egentligen ”Ericastiftelsens läkepedagogiska institut”, vilket syftade på inflytandet från den ”heilpädagogik” som växte fram i Centraleuropa från början av 1900-talet. Läkepedagogik kan sägas utgöra ett synsätt på barns behov under utvecklingen och är en behandlingsform för handikapp, där kraven rättas efter barnens förmåga. Syftet med Ericastiftelsen var i början att utbilda lärare så att de kunde utreda och hjälpa barn med skolvårigheter enligt de läkepedagogiska principerna. På Ericastiftelsen fanns också en barnpsykiatrisk rådgivningsbyrå med överläkaren Gunnar Nycander. Han disputerade 1950 med en av de allra första avhandlingarna i världen om barnpsykiatriska patienter.

Begreppet läkepedagogik användes fram till 1950-talets mitt, och bytte då namn till mentalhygien men föll successivt i glömska under 1960-talet. Idag lever läkepedagogik kvar i Sverige endast i den antroposofiska formen som erbjuds vid de s.k. Järnahemmen. Det läkepedagogiska arbetssättet har emellertid på nytt börjat uppmärksammas inom den vanliga skolan för att hjälpa barn med s.k. barnneuropsykiatriska funktionshinder.

***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 mani-depressiv sjukdom. Efter första världskriget spreds över hela världen en våg av åtgärder för en förbättrad ”psykisk hälsa” i befolkningarna. Flera svenska psykiatriker var t.ex. med om att arbeta fram det som så småningom blev Svenska Föreningen för Psykisk Hälsovård.

Intresset för barn- och ungdomspsykiatriska frågor ledde till att barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar tillkom under 1940-talet vid de psykiatriska klinikerna vid Lunds och Uppsalas Universitet under 1940-talet. Det vetenskapliga arbetet vid dessa enheter präglades under sin första tid av 1940- och 1950-talets ”neuropsykiatriska” teorier.

***Inom socialvården*** initierades intresse för barns psykiska situation då Barnvårdslagen kom 1924. Detta innebar att kommunerna fick skyldighet att bygga upp en social barn- och ungdomsvård. I Stockholm bestämde barnvårdsnämnden att komplettera programmet för den sociala barn- och ungdomsvården med ett program också för den psykiska barn- och ungdomsvården – PBU. Detta innebar att barnvårdsnämnden i Stockholm inrättade särskilda rådgivningsbyråer, PBU-centralerna, med början från 1930-talet. Vid Stockholms PBU genomfördes under 1950-talet en av de största och mest omfattande vetenskapliga beskrivningar som skett av barn- och ungdomspsykiatriska patienter i hela världen. Mer än 2000 s.k. konsekutiva fall beskrevs med vetenskapliga kriterier och kunde sedan följas i 20 år. Tack vare detta vet vi mycket om vad som händer våra patienter och vilka som är riskpatienter. Vi lärde oss också att påfallande få av våra patienter utvecklar psykiska sjukdomar, medan den största risken de löper är att som

vuxna hamna i kriminalitet och få missbruksproblem. PBU kvarstod inom barnvårdsnämnden fram till 1971 när Stockholms Stad och Stockholms läns landsting slog ihop verksamheten och storlandstinget bildades. Först år 2000 integrerades öppenvården och slutenvården i en gemensam barn- och ungdomspsykiatrisk organisation.

## **Den barn- och ungdomspsykiatriska vårdorganisationen**

Under 1930- och 40-talet diskuterades om de barn- och ungdomspsykiatriska frågorna var "socialvård" eller "sjukvård". Efter riksdagsbeslut 1944 blev "barn- och ungdomspsykiatri" definierad som en medicinsk specialitet och är sedan 1958 ett obligatoriskt ämne i läkares grundutbildning. Kursen i barn- och ungdomspsykiatri är integrerad i pediatrik-undervisningen. Professurer i ämnet barn- och ungdomspsykiatri inrättades 1958 i Stockholm (Sven Ahnsjö), 1963 i Uppsala (Anna-Lisa Annell) och 1965 i Umeå (Ingvar Nylander, som 1972 efterträdde Sven Ahnsjö i Stockholm). Under 1980-talet tillkom professurer i Lund och i Göteborg. Enligt Riksdagsbeslut från slutet av 1950-talet (föregånget av offentliga utredningar SOU 1944:30 och 1957:40) tillskapades den svenska barn- och ungdomspsykiatrin som en hälso- och sjukvårdsorganisation. Uppgiften var att hjälpa och stödja utsatta barn och ungdomar. I varje landstingsområde byggdes det från 1950-talet upp en klinisk verksamhet med öppen- och slutenvård samt med tillgång till behandlingshem av tre typer. Vid behandlingshemmen skulle barn och ungdomar med nervösa problem, asociala problem respektive psykotiska tillstånd få adekvat hjälp. Särskilda mentalsjukhus för barn (med regionansvar) skulle också inrättas och finnas på fem platser i Sverige.

Även om det gått lång tid sedan Riksdagsbeslutet kan man säga att alla delar av beslutet inte kom att förverkligas i Sverige som helhet. I Stockholm genomfördes dock merparten av beslutet och i början av 1970-talet fanns öppenvård, slutenvård, dagbehandlingsverksamhet, skoldaghem, terapiskolor, behandlingshem och ungdomskliniken vid Långbro. I dag kan man beklaga att det fina behandlingsutbudet och de stora resurserna inte fick leva kvar.

När det gäller behandling och omvårdnad av asociala barn och ungdomar byggdes det upp särskilda statliga ungdomsvårdsskolor i en rikstäckande organisation med central intagning. Vårdformen skulle också tillgodose behov av tvångsvård och inlåsning om detta krävdes. I samband med införandet av socialtjänstlagen 1981 överfördes ansvaret för tvångsvården till landstingen. Detta skulle kunna ske enligt §12 i LVU varför begreppet "§12-hem" uppstod. Stockholms läns landsting övertog ansvaret för §12-hemmen Bärby, Hammargården och Lövsta. För att tillgodose dessa hem med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens knöts konsultläkarfunktionen till respektive Danderyds, S:t Görans och Huddinges barnpsykiatriska kliniker. Sedan 1994 har ansvaret för §12-hemmen på nytt överförts till en statlig rikstäckande organisation, SiS.

## **Det multidisciplinära synsättet**

Stockholmssituationen visar mycket illustrativt hur intresset för och behovet av en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet uppstått från fyra olika håll. Företrädarna för dessa verksamheter hade ett gemensamt intresse att hjälpa barn med olika typer av psykiska och sociala beteenderubbningar och anpassningsproblem och att hjälpa barn med inlärningsproblem. En konsekvens av att ha ursprung från fyra olika håll är att gränsdragningen mellan medicin (pediatrik och psykiatri) och psykologi/pedagogik/socio-logi/socialt behandlingsarbete kan uppfattas som diffus av den som inte känner till bakgrunden.

Man kan å andra sidan säga att det är visionärt för framtiden att kunskaperna inom barn- och ungdomspsykiatrin växte fram genom integrering av kunskaper från olika håll, de pediatrika, pedagogiska, psykologiska, psykiatriska och sociala kunskapsområdena och att barnpsykiatriska team tillskapades.

Det kan vara bra att veta hur det barnpsykiatriska teamet uppstod. Redan från början och med inspiration hämtad från läkepedagogik och från de amerikanska Child Guidance Clinics (mot-svarigheterna till våra rådgivningsbyråer), uppstod tanken om det barnpsykiatriska "teamet". Kring varje barn i öppen vård skulle kuratorn, psykologen och läkaren 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 barnpsykiatri också har vuxit fram på flera olika sätt. Man kan se några olika vetenskapsteoretiska ”perioder”, baserade på sin tids teorier om 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. Ur vetenskaplig synpunkt har två olikartade metoder använts för att beskriva barns utveckling och hälsa. Den ena är en metod hämtad från pediatriken och den beskrivande psykologin. Denna metod innebär att olika grupper barn, med eller utan problem, har följts från tidig ålder och framåt i tiden (prospektivt) för att se vilka som får problem, vad som händer med dem som redan har problem osv. Den andra metoden, en retrospektiv metod, hämtad från psykiatri och psykoanalys, innebär att man studerat vuxna som utvecklat svårigheter och spårat deras tidigare symptom genom att fråga ”bakåt i tiden”. Metoderna har i vissa fall givit jämförbar kunskap, i andra fall motsägelsefull kunskap!

## **Om barn- och ungdomspsykiatrins arbetsuppgifter och framtiden**

Som framgått ovan är ämnet tvärvetenskapligt till sin karaktär. I det barn- och ungdomspsykiatriska teamet arbetar företrädare för de socialkurativa, psykologiska/pedagogiska och medicinska kunskapsområdena inte sida vid sida utan integrerat. Den kompetens som finns representerad i teamet innebär också att barn- och ungdomspsykiatriken kan ha många och olikartade arbetsuppgifter.

Genom det tvärvetenskapliga barnpsykiatriska teamet finns förutsättningarna för att genomföra en allsidig utredning så att barnen och deras föräldrar kan hjälpas på bästa sätt. Även om begreppet diagnos är skrämmande för många, så är det egentligen ett viktigt begrepp eftersom diagnos faktiskt betyder ”att genom kunskap rätt förstå” och är multifaktoriell, dvs. avser integrerade pediatrika/psykiatriska, psykologiska, pedagogiska och sociala aspekter. Vanligen kräver en framgångsrik behandling att samtliga dessa aspekter blivit beaktade i behandlingsplaneringen och att även behandlingen läggs upp efter en multifaktoriell modell. Det innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala behandlingsformer används tillsammans om detta krävs.

Barn- och ungdomspsykiatriken kan sägas ha ett särskilt eget ansvar att utveckla behandlingsformer för sjukdomstillstånd som uppstår under barna- och ungdomsåren och att utveckla de psykoterapeutiska behandlingsformerna för barn och ungdomar som behöver och kan tillgodogöra sig sådan behandling. Det är en spännande utmaning, och som framgår ovan har vi i Stockholmsområdet unika förutsättningar för detta. Samarbetar vi på rätt sätt kommer vi att kunna utveckla kunskaper, preventiva åtgärder och behandlingsformer för att erbjuda barn och ungdomar en god hälsa i vuxenålder. – Vi får hoppas att dessa förutsättningar verkligen utnyttjas!