

Raymond, oljemålning av Modigliani ca 1916

Psykisk ohälsa – hos barn med intellektuella funktionshinder

Psykisk ohälsa, i form av utagerande och inåtvända problem, är vanligare bland barn med funktionshinder än bland andra barn. Utifrån egen och internationell forskning presenterar Malin B Olsson, psykolog och fil dr i psykologi, orsakerna till den höga förekomsten av psykisk ohälsa.

Alla psykopatologiska tillstånd som finns hos barn utan funktionshinder återfinns också hos barn med funktionshinder, men i betydligt högre grad. Studier visar en 3-7 gånger högre prevalens av såväl inåtvända som utagerande problem hos barn med intellektuella funktionshinder, jämfört med typiskt utvecklade barn (De Ruiter, Dekker, Verhulst & Koot, 2007). Mellan 30 och 50 procent av barnen med intellektuella funktionshinder, uppfyller kriterier för en eller flera psykiatriska diagnoser (De Ruiter et al, 2007).

Symtom på psykisk ohälsa hos barn med funktionshinder visar sig på liknade sätt som hos andra barn, men förblir ofta odiagnostiserade. Ibland ses barnets

symtom som en del av funktionshindret och utreds aldrig, och ibland missas symtomen därför att ett barn som inte kan prata, röra sig självständigt eller leka med jämnåriga visar sin psykiska ohälsa annorlunda och mer diffust (Emerson, 2003).

Atypiska symtom

Personer med funktionshinder och kommunikationssvårigheter uppvisar till exempel ibland atypiska symtom vid depression, så som: stereotypier, skrik, gråtattacker, självskadande beteende och aggression.

De flesta studier av psykisk ohälsa hos barn med funktionshinder använder traditionella barnpsykiatriska föräldraskattningsinstrument som till exempel

CBCL, SDQ, Connors och ECBI.

Psykisk ohälsa hos barn och unga med funktionshinder beror på många faktorer. Man är i dag överens om att psykisk (o)hälsa utvecklas i ett samspel mellan biologiska och miljömässiga risk- och friskfaktorer i enlighet med en transaktionell modell. Det är den sammanlagda effekten över tid av sårbarhets- och risk- minus friskfaktorer som utgör det största hotet mot barns psykiska hälsa (och fysiska för den delen).

Riskfaktorer i familjen

Guralnick (2005) presenterar en modell där han beskriver hur barnets normala utveckling i huvudsak är beroende av familjens möjligheter att erbjuda (1) en positiv föräldra-barn relation, (2) en

miljö som stimulerar barnets utveckling utifrån dess förutsättningar och (3) en miljö som säkerställer barnets hälsa och säkerhet. Man vet att familjers möjlighet att uppfylla dessa grundläggande funktioner kan hotas av allmänna riskfaktorer som till exempel socioekonomisk stress, psykiska problem hos föräldern, låg intellektuell förmåga hos föräldern, och bristande socialt stöd.

Man har funnit att familjer med barn med funktionshinder oftare än andra är exponerade för samtliga dessa allmänna riskfaktorer (Emerson et al, 2006). Såväl internationella som svenska studier visar att mammor till barn med funktionshinder löper cirka 10 procent högre risk att drabbas av depression jämfört med andra mammor (Singer, 2006) och depression hos föräldrar har ett högt samband med psykisk ohälsa hos barn.

Multifaktoriella orsaker

Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att närmare 70 procent av föräldrarna till barn med funktionshinder inte visar några tecken på psykisk ohälsa. Orsakerna till den ökade risken för depression är sannolikt multifaktoriella och kan handla om en hög arbetsbelastning på grund av barnets stora omvårdningsbehov, att behöva kämpa för sina egna och barnets rättigheter och sorgen och krisen som åtminstone initialt återfinns hos de flesta föräldrar.

Det finns också, på grund av den ärftliga komponenten vid till exempel lindring utvecklingsstörning och autism, en överrepresentation av föräldrar med egna svårigheter. Vid autism räknar man med att det i 20 procent av familjerna finns en förälder med vissa autistiska drag. Det finns också en stor grupp föräldrar till barn med funktionshinder som själva har en intellektuell förmåga under genomsnittet och låg socioekonomisk status, men det är oklart hur stor denna grupp är. Man har också funnit att familjer som har barn med funktionshinder har mindre sociala nätverk än andra familjer och har svårare att ta med sig barnen på gemensamma aktiviteter.

Förutom dessa allmänna riskfaktorer för familjens möjlighet att erbjuda en

utvecklingsbefrämjande miljö, menar Guralnick att föräldrar till barn med funktionshinder också upplever funktionshinderspecifika riskfaktorer:

Informationsbehov – föräldrarna behöver information om till exempel diagnos, prognos, interventioner och daglig skötsel.

”Turbulens” (personlig och i familjen) – stress, depression, omvärdering av livsmål och dagliga rutiner, social isolering och så vidare.

Bristande självförtroende – tilltro till föräldraförmågan påverkas, föräldrarna behöver orka och tro på sin förmåga att vara de bästa föräldrarna för sitt barn med särskilda behov.

Resursbrist – till exempel ekonomiska och praktiska utmaningar och svårigheter att få rätt stöd för barnet.

Är det då enbart familjens svårighet att erbjuda en bra utvecklingsmiljö som är orsak till att barn med funktionshinder har mer psykisk ohälsa än andra barn? Nej, studier visar att barnets intellektuella funktionshinder i sig utgör en sårbarhetsfaktor.

Kognitiva riskfaktorer

Barn med moderata intellektuella funktionshinder visar mer symtom på psykisk ohälsa än de med mildare intellektuella svårigheter. Hos gruppen med grava intellektuella funktionshinder är det svårt att mäta och därmed uttala sig om förekomsten av psykisk ohälsa. Kognitiva svårigheter minskar barnets möjlighet att förutse förändringar och förstå orsakskedjor och kan leda till rädsla, ångest och utbrott i situationer som andra barn klarar utan sådana reaktioner. Låg verbal förmåga begränsar barnets möjlighet att kommunicera sina behov och emotioner, vilket påverkar utvecklingen av relationer och begränsar strategier för självkontroll. Svårigheter att kommunicera mer sofistikerat lämnar barnet med mindre optimala sätt att säga ifrån och visa sina behov så som att skrika och bråka eller bli passiv. Bristande social kognition kan innebära en tendens att uppfatta andras beteende som fientligt fast det inte är menat så,

och har ett samband med begränsad möjlighet att välja lämpliga sätt att reagera på inför andras provokationer.

Relationella riskfaktorer

Förmågan till social interaktion är påverkad hos många barn med funktionshinder och vid till exempel autism är en av huvudsårigheterna ömsidig social interaktion. Trots detta har metaanalyser visat att barn med funktionshinder är tryggt anknutna i nästan lika hög grad som andra barn. Även 53 procent av barnen med just autism var tryggt anknutna, vilket dock är signifikant lägre än i normalgruppen. Ju mindre intellektuellt funktionshinder, autistiska symptom och desto bättre verbal förmåga desto högre andel tryggt anknutna barn med autism. Autism verkar förändra anknytningsbeteenden (till exempel mindre kontaktsökande och kontaktopprätthållande än kontroll barn) men hindrar inte utvecklandet av trygg anknytning så länge som miljön är god. Man såg inte några skillnader mellan mammor till barn med autism och mammor till barn som inte hade autism vad gäller känslighet inför barnets signaler.

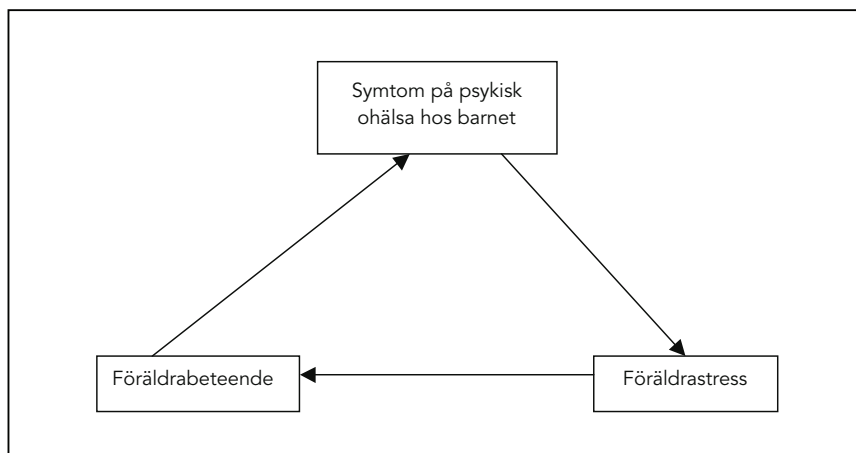
Barn med funktionshinder har ofta svårt med kamratrelationer och hamnar lätt utanför den sociala gemenskapen. De har få jämnåriga kompisar och deras relationer är mindre nära och intima.

Diagnosspecifika riskfaktorer

Vissa genetiskt betingade tillstånd är förknippade med specifika beteenden eller symtom. Barn med Fragile-X visar till exempel ofta ångest, impulsivitet och stereotypier medan barn med Prader Willys syndrom ofta har tvångsbeteenden av olika slag. Flera studier visar högre förekomst av utagerande symtom hos barn med autism och CP jämfört med barn med Downs syndrom eller ospecificerade intellektuella funktionshinder så tidigt som vid tre års ålder.

En transaktionell modell

Den enkla modellen visar sambandet mellan föräldrastress, föräldrabetende och symtom hos barn i familjer med barn med funktionshinder. En negativ



utveckling kan starta var som helst i modellen, men när den väl är i gång förstärker barnens problem och stressen hos föräldrar varandra över tid.

Föräldrar som upplever mer stress interagerar mindre med sina barn både kvantitativt och kvalitativt. Föräldrar som befinner sig under stress använder också i högre grad föräldrabetenden som bidrar till symtom (Baker et al, 2003). Föräldrar till barn med funktionshinder är mer kritiska och använder mer auktoritära uppfostringsmetoder gentemot sina funktionshindrade barn än mot syskon. Barn med funktionshinder utsätts också oftare för misshandel än andra barn. Det uppstår lätt en ond cirkel som familjer behöver hjälp att bryta.

Förbättra föräldrastödet

Barn och ungdomshabilitering behöver bli bättre på att systematiskt erbjuda föräldrastöd och kartlägga risk och friskfaktorer för att preventivt kunna sätta in samordnat praktiskt och känslomässigt stöd i de familjer och i de domäner där det behövs (Lloyd & Dallos, 2008). Dessutom bör man vara observant på och kartlägga utvecklingen av den psykiska hälsan hos barn med funktionshinder (speciellt inom de diagnosgrupper där man vet att förekomsten av psykisk ohälsa är speciellt stor) med gängse barnpsykiatriska metoder, för att tidigt kunna fånga upp och erbjuda riktat stöd till dessa barn och familjer.

Upplevelse av positiva beteenden och samspel med barnet har ett samband med lägre stress hos föräldern och färre symtom på psykisk ohälsa hos barnet. Fokus på barnets positiva sidor (friskfaktorer) och att hjälpa föräldern att skapa situationer och upplevelser av positiv interaktion är därför den väg till intervention som verkar mest lovande och som de flesta prövade interventioner bygger på.

Olika specifika metoder för stöd till föräldrar, för att reducera depression och andra stressrelaterade symtom, har prövats och visar gott resultat (Singer, Ethridge & Aldana, 2007).

Flera studier i såväl Sverige som internationellt (McIntyre, 2008) har visat positiva resultat på föräldrastress och graden av barnets utagerande beteenden när man använt manualbaserade föräldrautbildningar (till exempel "De otroliga åren") till grupper av föräldrar med förskolebarn med intellektuella funktionshinder och utagerande beteenden.

Även individuell terapi med barn och unga med intellektuella funktionshinder har prövats med lovande resultat, såväl utifrån kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning vid till exempel fobier, ångest och utagerande beteende som med psykodynamisk inriktning, vid till exempel trauma, depression och utagerande.

Sammantaget visar forskning att barn med intellektuella funktionshinder löper betydligt ökad risk för olika slag av

psykisk ohälsa, men att de psykiatriska symtomen ofta förblir odiagnostiserade och obehandlade.

Många faktorer samverkar vid uppkomsten av psykisk ohälsa. Såväl förebyggande arbete som arbete direkt riktat mot barnets problem och de föräldrabetenden som bidrar till att utveckla och vidmakthålla problemen borde ges hög prioritet inom barn och ungdomshabiliteringen.

MALIN B OLSSON

Psykolog, fil dr i psykologi och lektor
Vårdal Institutet och
Psykologiska
institutionen Göteborgs
Universitet

REFERENSER:

Baker, B L, McIntyre, L L, Blacher, J, Crnic, K, Edelbrock, C, & Low, C (2003). Pre-school children with and without developmental delay: Behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4/5), 217-230.

Emerson, E, Hatton, C, Llewellyn, B J, & Graham, H (2006). Socio-economic position, household composition, health status and indicators of the well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 862-873.

Guralnick (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(4), 313-324.

Lloyd, H & Dallos, R (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experiences and views. *Journal of Family Therapy*, 30, 5-28.

Phaneuf, L, & McIntyre, L L (2007). Effects of individualized video feedback combined with group parent training on inappropriate maternal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 737-741.

De Ruiter, K P, Dekker, M C, Verhulst, F C, & Koot, H M (2007). Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 498-507.

Singer, G H S, (2006). Meta-Analysis of Comparative Studies of Depression in Mothers of Children With and Without Developmental Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111(3), 155-169.

Singer, G H S, Ethridge, B L, & Aldana, S, I (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 357-369.

van Ijzendoorn, M H et al (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78(2), 597-608.