

# Förebyggande – allas ansvar – en utmaning

---

*Kari Killén*

Kan vi förebygga nästa generations omsorgsbrist?

Ja, i mycket större utsträckning än vi gör i dag. Vi har kunskaperna. Vi har möjligheterna.

Men vi kan inte förebygga allt. Det vi kan förebygga är först och främst tidigt smärtsamma relationer mellan föräldrar och barn, som många gånger leder till kognitiva, emotionella störningar och beteendestörningar hos det lilla barnet. Dessa störningar leder sedan ofta till en olycklig barndom, uppväxt och ett olyckligt vuxenliv. På så sätt varar barndomen i generationer. Detta sker under samhällsförhållanden och förändringar, som hela tiden blir mer krävande och belastande. Få har beskrivit vårt nuvarande samhälle i förändring och vad det kan kosta för den enskilda individen bättre än Per Schultz Jørgensen, och jag är tacksam för hans bidrag till denna bok.

Om vi ska förebygga nästa generations omsorgsbrist måste vi förebygga tidigt frustrerande relationer mellan föräldrar och barn samt olyckliga barndoms- och ungdomsår.

Idag finns det betydligt mer kunskap än vad som används i praktiken. Det gäller framförallt kunskap om det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn, deras anknytning och de omständigheter som påverkar den. Vi måste använda våra kunskaper till att lägga grunden för en trygg anknytning för barnen. Det bidrar till motståndskraft.

Alla barn knyter an till sina föräldrar, det måste de för att överleva. Men de knyter an på olika sätt – många utvecklar en trygg anknytning. Det betyder att barnet har upplevt att det kan känna sig tryggt med att föräldrarna kommer att skydda och ta hand om det, vara tillgängliga och trösta när det behövs.

Andra utvecklar olika former av otrygg anknytning och anknytningsstörningar. De har inte upplevt att de kan känna sig trygga med att föräldrarna kommer att skydda, trösta och ta hand om dem. De har inte upplevt att föräldrarna är tillgängliga och lyhörda för deras behov. De kan ha upplevt invaderande, avvisande och/eller passiva och/eller oförutsägbara föräldrar. Vi kan iakttä detta mycket tidigt – ibland direkt efter födseln – andra gånger kan dessa hållningar synas efter hand (Killén, Klette & Arnevik, 2005, Lyons-Ruth, 1996, Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993).

Vissa barn som upplever skrämmande förhållanden, präglade av psykiskt och fysiskt våld, missbruk och psykiskt lidande, blir rädda för just de vuxna som skulle skydda dem, och de utvecklar anknytningsstörningar, dvs. ICD-10s, ”reaktiv anknytningsstörning” och ”disinhiberad anknytningsstörning”. Att prognosen för små barn med allvarliga anknytningsstörningar är dålig är väl dokumenterat (se exempelvis Carlson, 1998). Förhållandet mellan dessa störningar och klassificeringen av anknytningsstrategier är inte helt klar ännu.

Det har visats att det finns ett samband mellan anknytning och den känslighet och förutsägbarhet som barnet upplever det första året, och att en trygg anknytning ger barnet en god grund för vidare utveckling (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, Isabella, 1993). Det garanterar inte ett bra liv, men barnet har fått styrkan att handskas med livet. Barn i olika omsorgsbristssituationer visar sig ha extremt otrygga anknytningar – ett stort antal utvecklar anknytningsstörningar tidigt.

Vi är på väg att avsluta en undersökning om tidigt samspel, anknytning och barnets funktion i förskoleåldern, där vi följer 293 mamma-barn-relationer från 3 månader till 4 ½ år – och undersöker mamma-barn-samspelet två gånger under spädbarnstiden (3–4 månader och 6–7 månader) och anknytning vid 1 år, 2 år och 4 år – och barnet iaktas på förskolan när det är 4 ½ år gammalt.

Vi har iakttagit samspelsprocesserna medan anknytningsmönstren har utvecklats sig. Det har varit möjligt att se hur trygga och otrygga anknytningsmönster blir till.

Vi har sett många 3 månader gamla spädbarn som bjuder upp sin mamma till dans och som lyckas – mamman är engagerad och upptagen av att lära känna sitt barn, mamman och barnet är känslomässigt nära varandra – de har en glädjefylld relation. Mamman kan tolka signaler, trösta och lugna när det är nödvändigt.

Vi har också sett hur en 3 månader gammal baby bjuder upp sin mamma till dans så som bara en 3 månader gammal baby kan, men utan att få respons från mamman. Mamman är allvarligt deprimerad och otillgänglig – hon ger ingen respons. Omvärlden ser inte mammans depression. Men det gör barnet. Socialt fungerar mamman bra. Kanske vet hon inte ens om att hon är deprimerad. 3–4 månader senare har barnet blivit otillgängligt.

Vi har bland många exempel sett ett 7 månader gammalt spädbarn som försöker utforska en leksak, men som störs av sin mamma, som hela tiden kommer med de leksaker som hon vill att barnet ska leka med och invaderar barnet med sina kyssar och klappar så att barnet drar efter andan. När det en minut senare rullar runt och blir liggande i en obekvämlig ställning och signalerar att det behöver henne är mamman inte tillgänglig.

Hon äri sin egen värld och verkar inte registrera barnet.

Vi har återsett dessa barn som 1-åringar, 2-åringar och 4-åringar. Att samspel förutspår barns anknytning och utveckling råder inget tvivel om. Den tredelade kvaliteten hos föräldrar i samspel med sina barn – känslighet, passivitet/otillgänglighet, kontroll/invasion – som Pat Crittenden introducerade för oss i sitt Care Index, har flera av oss arbetat vidare med (Crittenden, 1996, 2000). En god praktiker med utbildning i att iakttä dessa dimensioner kan iakttä var tyngdpunkten för dessa dimensioner finns.

Om tyngdpunkten ligger på känslighet är spädbarnet oftast samarbetande. Om tyngdpunkten ligger på kontroll/invasion visar barnet frustration. Det kan leda till att kontrollen och invasionen blir ännu starkare och barnet kan bli ännu mer frustrerat, tills det anpassar sig till föräldrarna. Det lägger lock på sina egna känslor och behov och blir ”snällt”. Men det kan ta ut sin aggression på de andra barnen i förskolan.

Om tyngdpunkten ligger på det passiva/otillgängliga kommer barnet efter en inledande period med missnöje att bli passivt. Föräldrar och barn håller efter hand fast varandra i passivitet och barnets utveckling går i stå på de flesta områden. Detta är den känslomässiga vanvården. Den kan ha en snygg förpackning eller se bra ut eller lukta gott. Erickson och Egeland (1996/2002) har dokumenterat att känslomässig vanvård är den allvarligaste formen av omsorgsbrist.

Om omsorgen präglas av oförutsägbarhet och invasion ena stunden och passivitet nästa, måste barnet anstränga sig för att följa med och lära sig hur det bäst kan manövrera föräldrarna för att säkra sig tillgång till dem.

Detta är kunskap som måste ut till praktiken. Den ger en god grund för arbetshypoteser som i sin tur ger en god grund för metodutveckling när det gäller både universalförebyggande och selektivt förebyggande arbete. Flera är redan i gång med att utveckla olika förebyggande närmanden på grundval av denna kunskap (Erdal, 2000, Killén, 2000, 2001, Brevik 2001). Det gäller exempelvis olika grupp-närmanden för föräldrar och barn. För att lyckas med detta måste dock både biståndssystemen och olika yrkesgrupper ändra fokus.

Annan forskning som har gjort förebyggande arbete ännu mer nödvändigt är hjärnforskning. Nyare hjärnforskning visar hur avgörande det tidiga samspelet är för hjärnans utveckling. Förr trodde vi att barnets hjärna var ett arv och att dess utveckling var förutbestämd vid barnets födsel.

Nu vet vi att den enskilda hjärnan är uppbyggd av en komplex blandning av arv och erfarenheter. Enligt utvecklingsneurologisk forskning utvecklar och organiserar hjärnan sig som en reflektion av erfarenheter. Barndomens traumatiska upplevelser, särskilt när det handlar om upprepade och kroniska erfarenheter, påverkar den neurofysiologiska utvecklingen

(Glaser, 2000, Perry, 2000).

Hur motiverar vi samhället, politikerna, systemen och oss själva att prioritera förebyggande åtgärder – att inte bara tala om det, utan att göra det? Kanske hjälper det att få mer kunskap om omsorgsbristens omfattning och barnets smärta, kanske hjälper det att få mer kunskap om konsekvenserna.

## Omfattning

Endast omsorgsbristens omfattning bör vara tillräcklig för att motivera samhället att prioritera förebyggande åtgärder. Vi har dock inga siffror som ger oss en realistisk och korrekt bild av omfattningen. Innan vi kan se och erkänna omfattningen och kvaliteten av omsorgsbrist kommer vi heller aldrig att få bättre siffror .

En mer omfattande dansk undersökning (Madsen, 1996) dokumenterar att åtta till tio procent av alla familjer där det föds barn behöver stöd på grund av psykosociala svårigheter. Om vi ser till de olika relationerna mellan föräldrar och barn, där barnet är utsatt för psykiska övergrepp, känslomässig och fysisk vanvård, fysiska och sexuella övergrepp, är inte 20 procent en överdrift. När vi tänker på de barn som lever med föräldrar med psykiskt lidande, svåra personlighetsstörningar, rädslor, missbruk, psykiska och fysiska problem, våld i hemmet och obearbetade skilsmässor, där kampen runt barnet pågår år efter år, är 20 procent sannolikt en underskattning. För många belastas tillståndet med arbetslöshet, isolering, fattigdom och brist på stödjande nätverk.

## Vilka är konsekvenserna av omsorgsbrist?

Skulle mer fokus på konsekvenserna av omsorgsbrist motivera samhället, politikerna, systemen och oss själva att investera mer systematiskt i förebyggande åtgärder? Har vi vetenskapliga argument? Har vi ekonomiska argument? Ja, det har vi, men kommer de att bli hörda?

Av erfarenhet har vi länge vetat att omsorgsbrist kan få allvarliga konsekvenser för barnets utveckling, för dess kognitiva, emotionella och sociala utveckling och dess vuxenliv. Detta har praktikerna från sociala myndigheter, vårdcentraler, förskolan och andra länge kunnat iaktta. De vet vad det kostar i smärta och pengar. Vi har dessutom en rad undersökningar som dokumenterar detta. Vi börjar förstå betydelsen av en trygg anknytning för barnets vidare utveckling, och de samspelsprocesser som lägger grunden för trygg anknytning, otrygg anknytning respektive anknytningsstörningar (Erickson & Egeland, 1996/2002, Kaplan, Pelkowicz, Salzinger, Werner,

Mandel, Lesser & Labruna 1998, Kennedy, 1997, Herrenkohl, Herrenkohl, Rupert, Egolf & Lutz, 1995).

Långtidseffekterna av omsorgsbrist har nu också dokumenterats väl av forskare. En rad studier dokumenterar signifikant psykopatologi hos vuxna som har varit utsatta för olika former av omsorgsbrist (Coons, Bowman, Pellow & Schneider, 1989, Herman, Perry & van der Kolk 1989; Anderson, Yassenik & Ross, 1993).

Fysiska, sexuella och känslomässiga övergrepp och vanvård under uppväxten har var för sig varit knutna till senare depressioner, ångeststörningar och självmordsbenägenhet (Kluft, 1990). Olika undersökningar visar att mellan 34 och 81 procent av alla patienter med allvarligt psykiskt lidande rapporterar om sexuella eller fysiska övergrepp (Greenfield, Strakowski, Tohen, Batson & Kolbrener, 1994; Ross, Andersen & Clark, 1994; Sweft & Halpet 1993; Wurr, 1996). Ett stort antal av dessa traumatiska upplevelser får barnet i sitt eget hem, hos dem som skulle skydda det.

För sexuella övergrepp är låg självkänsla, ätstörningar, sexuella problem, dissociativa störningar, posttraumatiska stresstörningar, missbruk och självmordsbenägenhet dokumenterade (Browne & Finkelhor, 1986; Cavaiola & Schiff, 1998; Clark, Lesnik & Hegedus, 1997; Kaplan et al 1998, Kluft, 1990; Briere & Elliot, 1994). De olika övergreppen är oftast invävda i varandra och det är inte överraskande att det också finns en hög grad av överlappning när det gäller långtidseffekter (Cavaiola & Schiff, 1998; Moeller & Backman, 1993; Mullen, Martin, Anderson, Romans, Herbison & Kolko, 1996). Det är även dokumenterat att ju allvarligare övergreppet är, desto större är sannolikheten för psykiskt lidande i vuxen ålder (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997, Mullen et al., 1996).

De bäst utforskade och dokumenterade konsekvenserna av olika former av omsorgsbrist är depressioner och posttraumatiska stresstörningar (PTSD) hos vuxna. Bifulco & Moran (1998) fann att vanvård mer än fördubblade förekomsten av depressioner i vuxen ålder.

Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein (1999) fann att de som hade varit utsatta för övergrepp eller vanvård löpte fyra gånger så stor risk att få diagnosen personlighetsstörning än de som inte hade varit det. Silk, Lee, Lede & Lohr (1995) och Paris (1997) fann att ihållande och allvarliga sexuella övergrepp var den faktor som starkast bidrog till det beteende och den funktion som man finner hos personlighetsstörningar. Som förväntat är det de tyngsta sexuella övergreppen som dominerar bland patienter på psykiatriska avdelningar (Anderson et al., 1993). Van der Kolk och kolleger (van der Kolk 1996) fann att medan sexuella övergrepp var det som starkast förutspådde självdestruktivt beteende, var vanvård den starkaste faktorn när det gällde att inte ge upp självdestruktivt beteende trots pågående

behandling.

Det finns omfattande dokumentation om att barn som är utsatta för våld i hemmet, eller av någon i sin omgivning, löper större risk att själva begå övergrepp såväl som att bli offer (Bell, 1997). Undersökningar av unga lagbrytare visar en uppväxt med omsorgsbrist i upp till 90 procent av fallen (Fonagy & Target, 1995; Luntz & Widom, 1994).

Missbruk kan döva smärtan från tidigt i tonåren. Prostitution eller sexuella övergrepp kan bli en annan destruktiv, men på sätt och vis logisk, utväg. De har lärt sig det hemma eller av sin omgivning. De har ofta inte haft förmågan att koncentrera sig på att lära i skolsituationen, vilket ger dem en ofördelaktig ställning i det allt mer kompetens- och konkurrenspräglade samhället (Lauritzen & Waal, 2003).

När konsekvenserna av omsorgsbrist i barndomen har undersökts och diskuterats har det först och främst handlat om psykologiska och sociala konsekvenser, och för kvinnor också oftast om konsekvenserna av sexuella övergrepp.

Felitti (1991) och Kendall-Tackett (2000) är bland dem som har satt konsekvenserna för den somatiska hälsan på dagordningen. Vuxna som har varit utsatta för omsorgsbrist i barndomen är oftare sjuka, går oftare till läkaren. De har operativa ingrepp oftare – i en studie nästan dubbelt så många gånger som andra (Kendall-Tackett, Marshall & Ness, 2000). De har ökad risk för att ha ett eller flera kroniska smärtsyndrom.

Felitti et al. (2001) har särskilt undersökt de medicinska konsekvenserna av psykiska, fysiska och sexuella övergrepp, av föräldrars missbruksproblem, psykiskt lidande och våldsamma hemsituationer samt av att ha varit utsatt för föräldrars kriminella handlingar. Han fann att barn som hade varit utsatta för fyra eller flera av dessa faktorer löpte ökad risk för en rad sjukdomstillstånd, som till exempel hjärtproblem, cancer, hjärnblödning, kronisk bronkit, emfysem, diabetes och hepatit.

Kendall-Tackett (2002) har utvecklat en modell som visar fyra utvecklingsvägar av hur omsorgsbrist kan påverka hälsan: beteendevägen, den sociala vägen, den kognitiva vägen och känslövägen.

*Beteendevägen* är den mest utforskade och den mest kända. Det handlar om beteende som är direkt skadligt för hälsan – missbruk, ätstörningar, självmordsförsök, sexuellt högriskbeteende, rökning och sömnsvårigheter.

*Den sociala vägen* handlar om begränsad förmåga att etablera och behålla positiva ömsesidiga relationer. De som går denna väg lever ofta i undertryckande relationer, relationer där de är offer, och de upplever ett allmänt missnöje med det förhållande de är i (Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999). Många väljer att isolera sig från andra (Teegen, 1999).

Becker-Lausen och Mallon-Kraft (1997) har iakttagit två typer av

relationsstilar som präglar vuxna när det gäller den sociala vägen – den undvikande och den invaderande. Den undvikande stilen kännetecknas av lite beroende, lite självexponering och lite känslomässig närhet och värme. Människor med denna stil har få band till andra, och få vänner. De är inte särskilt involverade i sina relationer. Den invaderande stilen finns i den andra änden av spektret. Människor med denna stil förmedlar ett starkt behov av närhet. De är överdrivet beroende i sina relationer. Denna relationsstil är krävande och kontrollerande. Båda dessa former är dysfunktionella. Både den psykiska och den fysiska hälsan är hotad.

*Den kognitiva vägen* omfattar uppfattningar och inställningar som präglar livet och som kan ha stor inverkan på hälsan. De inre arbetsmodeller som barnen har utvecklat gör att de ser världen som farlig, även i situationer då den inte är det. Dessa förvrängda uppfattningar kan bidra till stress och öka risken för depressioner samt stimulera paranoida föreställningar.

*Den känslomässiga vägen* omfattar depressioner och posttraumatiska stresstörningar (PTSD). Både depressioner och PTSD påverkar hälsan direkt. Det kan vara via denna väg som den somatiska hälsan påverkas. Depressioner reducerar immunförsvaret (Avisar, Neckhamtejn, Roitmar & Schriber, 1997).

Som framgår av de undersökningar som jag har hänvisat till kan omsorgsbrist i barndomen få långtgående konsekvenser, inte bara för den vuxnes obegripliga och belastande beteende och sociala liv, utan för både fysisk och psykisk hälsa. Dessa olika vägar är som vi vet av erfarenhet ofta invädda i varandra.

## Vissa klarar sig bättre

Både klinisk erfarenhet och kvalitativa undersökningar visar att barn överlever omsorgsbrist bäst om de får hjälp med att bearbeta sin upplevelse av omsorgsbristssituationen medan de befinner sig i den och dessutom utvecklar en tryggare anknytning utanför familjen.

Vi måste ta konsekvensen av denna kunskap. Det pris vi betalar för att inte förebygga är alltför högt i både smärta och pengar. Kunskaper om barns och föräldrars smärta, och konsekvenserna av omsorgsbrist borde motivera oss att ta de krafttag som behövs, och de är stora och många.

Utvecklingspsykologisk forskning har visat oss att barn iakttar den vuxna världen och försöker förstå den. Anknytningsforskning har visat oss att den vuxnes beteende stör barnen på ett sätt som skapar känslomässigt kaos, förvirring och ångest – ångest för att oförutsägbara saker ska hända igen.

Barnen behöver hjälp med detta medan de är i omsorgsbristssituationen. De är inte sjuka, men de kan bli det om de inte får hjälp med sina upplevelser. Här har vi bara påbörjat arbetet.

## Vad gör vi i dag?

I sitt omfattande och viktiga doktorsarbete har Karin Lundén visat oss att det återstår en del arbete innan sjuksköterskor och förskolelärare kan upptäcka omsorgsbrist (Lundén, 2004). Vi väntar tills problemen blir tillräckligt bekymmersamma för att hänvisas till BUP, PPT, sociala myndigheter och fosterhem, eventuellt barnavdelningar. Problemen har oftast inte bara blivit större. Relationen mellan föräldrar och barn har också blivit sämre (Killén, 1996a). Föräldrarna har lidit nederlag. De måste försvara sig. Barnen måste erkänna hur dåligt de har det. Alla måste ta hand om sig själva. Det blir svårare att hjälpa. Socialarbetarna står inför ständigt större utmaningar och de är på väg att bli samhällets syndabock nr 1.

## Vad gör vi i morgon?

Vi står inför stora utmaningar. Det är en fråga om prioriteringar och om vilja. Om vi vill det kräver det förändringar och investeringar på många plan.

För det första: det är nödvändigt att se verkligheten i ögonen – och ta in barnets smärta utan att använda de mekanismer som är dokumenterade i andra sammanhang, som överidentifiering med föräldrarna, bagatellisering av barnets lidande samt distansering (Killén, 1981, 1988, 1996b). Det är vårt yrkesetiska ansvar. Det gäller alla yrkesgrupper som arbetar inom detta område.

För det andra måste våra olika utbildningar integrera nya kunskaper. Dessa måste ta ansvar för att bidra till att studenterna får de relevanta kunskaperna. Det handlar om kunskaper som måste leda till förståelse, hållningar och färdigheter som gör det möjligt för oss att leva oss in i både föräldrars och barns situation, alliera oss med föräldrarnas resurser och med ödmjukhet sträva efter att öka deras förståelse av barnet.

För det tredje måste den enskilda yrkesgruppen förändra, förflytta eller utvidga sin fokus. Personalen på vårdcentralen, som möter föräldrarna först, måste utvidga sin fokus från det social-medicinska till det psykosociala – till samspelet mellan föräldrar och barn – och de psykosociala förhållanden som påverkar detta, exempelvis förlossningsdepression och samlevnadskonflikter. Det gäller vidareutveckling av föräldragrupper och föräldra-barngrupper. Arbetet med detta är redan i gång på flera ställen, men utan en tillräckligt bra teoretisk grund och utan att vårdcentralen har tillräckliga resurser att ta av när det gäller samarbetet med andra yrkesgrupper (Erdal 2000; Killén 2001; Brevik, 2001).

Förskole- och lågstadielärarna måste också utvidga och ändra sin fokus. Utvecklingsforskningen har visat oss att barn som är utsatta för belastande livssituationer strävar efter att förstå den vuxna världen. Här har förskola och

skola en viktig funktion. Barn behöver exempelvis hjälp med skilsmässosituationer, individuellt eller i grupper.

I förskolorna och skolorna måste man arbeta med att minska tabun. De familje- och omsorgsbristssituationer det rör sig om är tabubelagda. De barn som befinner sig i omsorgsbristssituationer blir ensamma med sin smärta. Tabun hindrar barn från att bearbeta sina problem. Dessa situationer måste sättas på dagordningen i förskolorna.

Det måste bli lika naturligt att förmedla och diskutera barns känslomässiga, kognitiva och sociala behov som det är att diskutera deras fysiska omsorgsbehov. Vi måste integrera kunskaperna så bra att vi kan förmedla dem konkret och enkelt. Förmedlingsfunktionen blir mycket central.

För det fjärde gäller det våra biståndssystem. De är förankrade i historien och inte i kunskap. Det är inte så konstigt, kunskapen kommer efter hand. Systemen måste förändras – men det vet vi är svårt. Det är en fråga om politisk vilja – politiska prioriteringar. Det handlar också om de yrkesverksammas vilja.

Vårdcentralerna måste öppnas upp så att specialistvården och andra kommunala tjänster kan bidra. Det gäller BUP, PPT, barnmedicin och sociala myndigheter. Om dessa system ska kunna spela någon roll i det förebyggande arbetet är det här de ska in. Vi har saknat en gemensam teoretisk grund, men nu har vi den.

Det är tankeväckande att man inom barnpsykiatrin arbetar i team – och socialarbetaren arbetar ensam. De av oss som har rört sig mellan sociala myndigheter, barnpsykiatri och pediatrik kan bekräfta att barnen som kommer till de sociala myndigheterna inte lider av mindre komplicerade tillstånd än de som kommer till barnpsykiatrin och pediatriken.

Etableringen av familjecentra, som är i gång, kan ge en del goda möjligheter att arbeta med förebyggande åtgärder. Det för samman systemen och det för samman yrkespersoner, och inte minst för det samman föräldrarna, som är resurser för varandra. I Sverige kallas centren Familjecentraler (Bak & Gunnarson, 2000). Det finns ett 50-tal verksamheter runt om i Sverige som bygger vidare på vårdcentralerna, och som är öppna frivilliga erbjudanden. I Danmark finns exempelvis Familiehuset i Horsens (Nayberg & Holler, 1999), som ger intensiv hjälp till familjer där det redan finns allvarliga bekymmer för omsorgssituationen.

Det finns en rad grundliga utvärderingar av olika hembesöks- och gruppprogram (Cox., Pickering, Pound, Mills & Owen, 1990; Olds & Kitzmann, 1993; Thomson, 1995; Gutermann, 1997). Dessa visar att effekten av programmen är beroende av den valda populationen, de professionellas kompetens, programmets varaktighet samt bredden av spektret av ingredienser. Det behövs ett differentierat närmande (Cox et al., 1990). Såväl

sjuksköterskor som socialarbetare och frivilliga har arbetat i dessa projekt. I en större undersökning har det visat sig att det finns bättre resultat där de professionella har utfört arbetet och där arbetet har varit intensivt och långvarigt (Thomson, 1995). Det som kännetecknar dessa program är ett erkännande av komplexiteten i familjernas problem och nödvändigheten av omfattande investeringar som någon tar ansvar för.

Slutligen: är vi villiga att gå in i ett förpliktande tvärorganisatoriskt och tvärvetenskapligt samarbete där vi tar ansvar, eller föredrar vi roller där vi inte tar ansvar? Vi gör kanske det. Men det är nödvändigt att vi tar ansvar.

Erik Larsen, som i högre grad än någon annan har bidragit till att klara av utmaningarna när det gäller *samarbete på tvären för sårbara barns bästa* (Larsen, 1994, 1995) har på detta seminarium åter understrukt nödvändigheten av en gemensam förståelse av uppgiften. Det är jag glad för.

Vi förväntar oss att familjerna ska förändra sig. Det är nödvändigt att vi förändrar oss lite, och blir lite mer tvärvetenskapliga och tvärorganisatoriska. Detta kanske är den största utmaning som vi står inför. Framför allt rör det sig om att kunna utjämna status, och acceptera och respektera varandras kompetens. Om vi inte lyckas med det förlorar vi trovärdighet.

Det finns sannolikt en rad typer av omsorgsbrist och övergrepp som vi inte kan förebygga – den värld som barnen ska in i är oförutsägbar och komplicerad. Genom att stärka det tidiga förhållandet mellan föräldrar och barn, samspelet och anknytningen, samt säkra dem möjlighet till tryggare anknytning utanför familjen om det är nödvändigt, gör vi ett stort jobb. Det ger barnet bästa möjliga grund för att handskas med problem senare i livet.

Vi står alla – praktiker, politiker och forskare – inför en stor och spännande utmaning. Att tänka det, önska det, vilja det – men att göra det? Det kräver förståelse och mod – kunskap och mod gör det lättare att ta ansvar för det vi måste göra. Att förebygga är allas ansvar.

## Referenser

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of strange situation*. Hillsdale, N. J.: Larence Erlbaum.
- Anderson, G., Yasenik, K., & Ross, C. A. (1993). Disorders among women who identify themselves as sexual abose survivors. *Child Abuse & Neglect*, 17, 667–686.
- Avissar, S., Neckhamtein, Y., Roitmar, G., & Scriber, G. (1997). Reduced G protein fucitons and immunoreactive levels in mononuclear leukocytes of patients with depressions. *American Journal of Psychiatry*, 154, 211–217.
- Bak, M., & Gunnarsson, L. (2000). *Familjecentralen. Framtidens stöd til*

forældre

och barn. Folkhälsoinstitutet utvärderar, 14/2000.

Becker-Lausen, E., & Mallon-Kraft, S (1997). Pandemic outcomes: the intimacy variable. I G. K. Kanta & J. S. Jasinski (red.). *Out of darkness: current perspectives*

on family violence (ss. 49–57). Newbury Park, Ca. Sage.

Bell, C. C. (1997). Community violence: Causes, prevention and intervention. *Journal of the National Medical Association*, 89, 657–662.

Bifulco, A., & Moran, P. M. (1998). *Wednesday's Child: Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression*. London, Routledge.

Brevik, A. (2001). *Evaluering av kompetanseheving og utvikling av forebyggende*

strategier ved helsestasjonen i Oppegård kommune. Oppegård kommune.

Briere, J. & Elliot, D.M. (1994). Immediate and long-term impact of child sexual Abuse. *The future of children*, 4: 54–69.

Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A review of Research. *Psychological Bulletin*, 99, 66–77.

Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970–1979.

Cavaiola, A.A., & Schiff, M. (1988). Behavioral sequela of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 12, 181–188.

162 – NOVA Rapport 7/05 –

Clark, D. B., Lesnick, L., & Hegedus, A. M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol dependency. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1744–1751.

Coons, P., Bowman, E., Pellow, T., & Schneider, P. C. (1989). Post-traumatic aspects

of the treatment of victims of sexual abuse and incest. *Psychiatric Clinics of North*

*America*, 12, 325–335.

Cox, A. D., Pickering, C., Pound, A., Mills, M. & Owen A. L. (1990). *The evaluation*

*of home visiting and befriending scheme*, New Pin. Final Report for the

Department

of Health Research Group, London.

Crittenden, P. M. (1996, 2000). *CARE Index Manual*, Miami: Family Relations Institute.

Erdal, B. 2000. *Hvordan kan samarbeid mellom helsestasjon og barnevern sikre barn tidlig hjelp?* Rapport. Bærum; Bærum kommune/avd. barn og unge.

Erickson, M. F., & Egeland, B. C. (1996). Child neglect. I J. Briere, L. Berliner, J.A.,

Bulkley, C., Jenny & T. Reid (red.), *The APSAC Handbook on Child*

*Maltreatment*.

Thousand Oaks: Sage Publications, (ss. 4–20).

Erickson, M.F. & Egeland, B. C. (2002). Child neglect. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (red.), *The APSAC Handbook on*

*Child Maltreatment*, 2nd edition. Thousand Oaks: Sage Publications, (ss. 4–20).

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenleug, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Ross, M. P., & Marks, J. S. (2001). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. I K.

Franey, R., Geffner & R. Falconer (red.), *The cost of maltreatment: who pays? We all do*

(ss. 53–69). San Diego, Ca. Family Violence and Sexual Assault Institute.

Felitti, V. J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape and molestation.

*Southern Medical Journal*, 85, 328–331.

Fergusson, D. M., Horwood, J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual behaviours, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 21, 789–803.

Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C. F., Sru, R., & Konmanis (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24, 574–586.

Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23, 145–159.

Fonagy, P., & Target, M. (1995). Understanding the violent patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 487–502.

Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. *Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97–116.

– Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging – 163

Greenfield, S. F., Strakowski, S. M., Tohen, M., Batson, S. C., & Kolbrenner, M. L. (1994). Child abuse in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 831–834.

Gutermann, D. (1997). Early Prevention of Physical Abuse and Neglect. Existing Evidence and Future Directions. *Child Maltreatment*, 2, 5–28.

Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490–495.

Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Rupert, L. F., Egolt, B. P., & Lutz, J. G. (1995). Risk factors for behavioral dysfunction, SES, physical health problems, cognitive ability and quality of parent-child interaction. *Child Abuse & Neglect*, 19, 191–203.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Archives of Gen Psychiatry*, 56, 600–606.

Isabella, R.A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605–621.

Kaplan, S. J., Pelaovitz, Salzinger, S., Werner, M., Mandel, F. S. Lesser, M. L., & Labruna, V. E. (1998). Adolescent physical abuse. Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 954–959.

Kendell-Tackett, K. A. (2000). Physiological correlates of childhood abuse: chronic

hyperarousal in PTSD, depression and irritable bowel syndrome. Invited review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 799–810.

Kendell-Tackett, K. A., Marshall, R., & Ness, K. E. (2000). Victimization, healthcare use and health maintenance. *Family Violence & Sexual Assault Bulletin*, 16, 18–21.

Kendell-Tackett, K.A. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 715–729.

Kennedy, R. (1997). Morality, disruptive behaviors, borderline personality disorder, crime and their relationship to attachment. I K. Atkinson & K. Zucker (red.), *Attachment and Psychopathology*. London, Guilford, 223–76.

Killén Heap, K. (1981). *Barnemishandling – behandlerens dilemma*. Oslo, Tano.

Killén Heap, K. (1988). *Barnemishandling og omsorgssvikt*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo. Kommuneforlaget.

Killén, K. (1996a). *Saksbehandlerens perspektiv på barn og foreldre i*

omsorgssviktsituasjoner.

Rapport 1, Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.

Killén, K. (1996b). How far have we come in facing the emotional challenge of abuse? *Child Abuse & Neglect*, 20, 791–795.

Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.

Killén, K. (2001). *Utviklingsarbeid ved helsestasjoner i Bærum*. Bærum kommune:

Helsesjefens kontor.

164 – NOVA Rapport 7/05 –

Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. 3. utg. Oslo: Kommuneforlaget.

Killén, K., Klette, T., & Arnevik, E. (2005). Mor-barn samspill i norske familier (forberedes for publisering).

Kluft, R. P. (1990). *Incest-related syndroms of adult psychopathology*. Washington,

D.C.: American Psychiatric Press.

Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid. *Norges Barnevern*, 71, 4–9.

Larsen, E. (1995). Tverrfaglig samarbeid: Kompetansegevinst eller prestisjetap? *Norges Barnevern*, 72, 33–38.

Lauritzen, G., & Waal, H. (2003). Sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv. I: K. Killén & M. Olofsson (red.), *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget.

Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Göteborgs Psykologiska institutioner, Göteborgs Universitet.

Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial Personality Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 151, (5), 670–674.

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The rate of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64–73.

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment

classification and maternal psychosocial problems as predictors of neofile-aggressive

behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572–585.

Madsen, S. Å. (1996). *Bånd der brister – bånd der knyttes*. Intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spebarn relation. København: Hans Reitzels Forlag.

Moeller, P. T., & Backman, G. A. (1993). The combined effects of physical, sexual and emotional abuse during childhood: Long term health consequences for women.

*Child Abuse & Neglect*, 17, 623–640.

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., Herbison, G. P., & Kolko, D. J. (1996). The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 23–44.

Nayberg, N. & Holter, M. (1999). *Familiehuset*. Evaluateiringsrapport. Horsens: Horsens kommune.

Olds, D. K., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant

women and parents of young children. *Future Child*, 3, 53–92.

Paris, J. (1997). Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 34–49.

– Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging – 165

Perry, B. D. (2000). The neuroarch ecology of childhood maltreatment. The neurodevelopmental cost of adverse childhood events. I B. Geffner (red.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do*. London, New York: The Haworth Maltreatment and Trauma press.

Puckering, C., Rogers, J., Mills, M., Cox, A. D., & Mattson-Graff, M. (1994). Process and evaluation of a group intervention of mothers with parenting difficulties. *Child Abuse*, 3, 299–310.

Ross, C. A., Andeson, G., & Clark, P. (1994). Childhood Abuse and the Positive Symptoms of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 489–491.

Silk, K. R., Lee, S., Lede, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059–1064.

Sweft, C., & Halpert, M. (1993). Reported history of physical and sexual abuse in relation to dissociation and other symptomatology in women, psychiatric inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 545–555.

Teegen, F. (1999). Childhood sexual abuse and long-term sequelae. I M. Maercher, Z. Schutzwahl & J. Solomon (red.), *Post-traumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective*, (ss. 97–112), Seattle, Wa. Hougrese & Huber.

Thompson, R. A. (1995). *Preventing child maltreatment through social support: a critical analysis*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.

van der Kolk, B. A.. (1996). The complexity of adaptation to trauma. Self-regulation, stimulus, discrimination and characterological development. I B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press, 182–213.

Watermann, J. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment and gender of the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26, 425–441.

Wurr, C. J. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse & Neglect*, 20, 827–872.