

Skadliga barndomshändelser – roten till det onda?

På Kris- och Traumacentrums konferens om Barndomstrauma september 2011 presenterades en stor studie ”**Adverse Childhood Experiences (ACE) and their relationship to Adult Well-being and Disease**”. Genom omfattande frågeformulär besvarade av ca 17000 patienter och samkörning med olika register sågs tydliga korrelationer. Den beskrevs som ”The largest study of its kind ever to examine over the lifespan the medical, social and economic consequences of adverse childhood experiences.”¹ I en tidigare publicerad studie hade nästan 9500 av 13500 svarat på en enkät². Tio olika ACE, Tabell 1, identifierades i den större studien.

Tabell 1

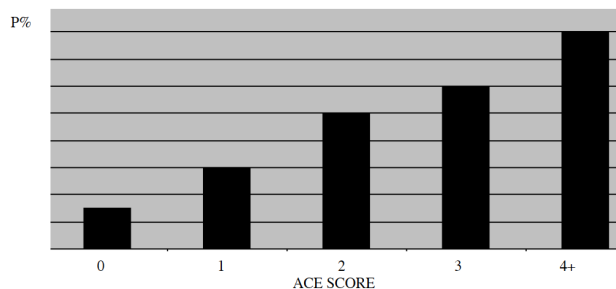
Categories of Adverse Childhood Experiences	Prevalence (%)
Abuse by Category	
Psychological (by parents)	11%
Physical (by parents)	28%
Sexual (anyone)	22%
Neglect by category	
Emotional	15%
Physical	10%
Household Dysfunction by Category	
Alcoholism or drug use in home	27%
Loss of biological parent <18	23%
Depression or mental illness in home	17%
Mother treated violently	13%
Imprisoned household member	5%

Det förekommer ofta flera ACE för samma individ vilket registreras som ACE Score, Tabell 2, där **antal kategorier**, ej händelser, för en individ summeras

Tabell 2

ACE score	Prevalence (%)
0	33 %
1	25 %
2	15 %
3	10 %
4	6 %
5 or more	11 %

Sedan undersöktes korrelationen mellan ACE Score och förekomst av olika sjukdomar/tillstånd. I alla redovisade fall finns en klar graderad effekt, ”dos-respons” kurva. Detta bevisar naturligtvis inte orsak men brukar i andra sammanhang (t.ex. farmakologiska) räknas som stöd för orsakssamband. Bilderna var ensartade även om lite olika siffror.



I Tabell 3 några av de sjukdomar/tillstånd som redovisades på föreläsning och med värdena motsvarande P i figuren.

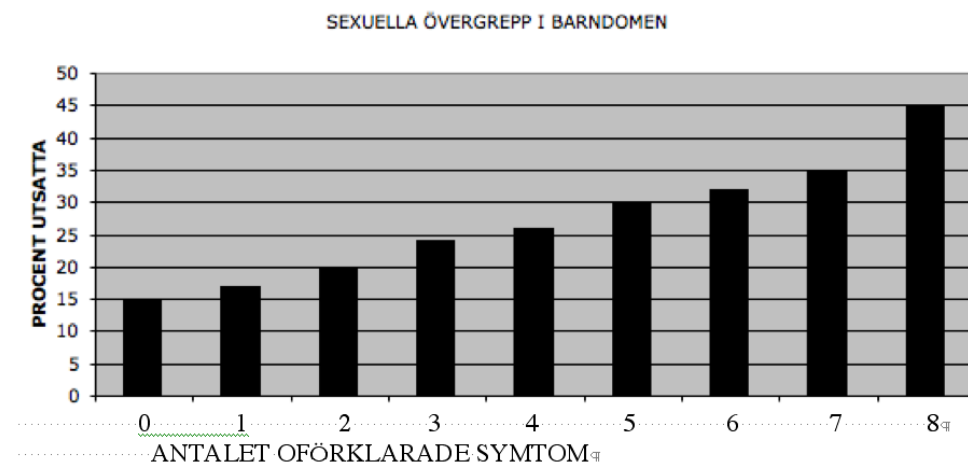
Tabell 3

P%

Adult Alcoholism	16
Intravenous Drug Use	3,5
Chronic Depression	Male 35 Female 58
Suicide Attempts	20
Later Being Raped	30
Hepatitis/Jaundice	10

ACE Score var också relaterat till de 10 vanligaste dödsorsakerna eller riskfaktorerna för dödsfall i USA: rökning, extrem fetma, fysisk inaktivitet, depression, självmordsförsök, alkoholism, illegala droger, intravenöst drogmissbruk, mer än 50 sexuella partners och STD.

Vidare framkom följande samband



Då studien redovisar (den ökade) risken för ett tillstånd för olika (ökande) ACE Score och dessutom prevalensen för olika ACE Score kan det omvända dvs. prevalensen för olika ACE Score för visst tillstånd beräknas.

Ur på föreläsningen presenterade figur kan t.ex. för depressioner hos kvinnor följande ungefärliga värden utläsas

Tabell 4 Kronisk depression för kvinnor

ACE Score	% Lifetime History (ca)
0	15
1	20
2	30
3	40
≥4	55

Från Tabell 2 och Tabell 4 kan beräknas³ hur många % av kvinnor med depression som har ≥ en viss ACE Score

Tabell 5 Deprimerade kvinnor

%	ACE SCORE ≥
82	1
64	2
48	3
33	4

Det är alltså vanligt att vuxna kvinnor med depression har flera ACE i anamnesen och det samma gäller för de andra sjukdomarna/tillstånden som studerats.

Felitti sammanfattade sin presentation

“Adverse childhood experiences are very common, but mostly unrecognized”.
”Evidence from ACE study indicates:
Adverse childhood experiences are the most basic cause of health risk behaviours, morbidity, disability, mortality and healthcare costs.”
“Many chronic diseases of adults are determined decades earlier, in childhood. Not by disease, but by life experiences.”

Många frågor väcks. Om vi kunde upptäcka alla dessa barn i tid kan vi då minska risken för de allvarliga konsekvenser som ACE studien visar?

Utmaning för BUP

Detta blir en utmaning för barnpsykiatri där vi, enligt min erfarenhet, inte i tillräcklig utsträckning tycks upptäcka dessa barn. Om min iakttagelse stämmer finns det flera möjliga bidragande orsaker.

Psykoanalytikern John Bowlby, som satte anknytningen och dess stora betydelse på den psykiatriska kartan, skrev i sitt ”testamente” 1988:

”Ända sedan Freud gjorde sin kända och enligt min åsikt katastrofala helomvändning 1897, då han beslöt sig för att de sexuella övergrepp i barndomen han trott var etiologiskt viktiga inte var annat än patienters fantasiprodukter, har det varit *ytterst opassande att härleda psykopatologi till händelser i verkliga livet*”⁴ (min kursiv).

När det t.ex. gäller sexuella övergrepp kom SBU i maj 2011 med en rapport (<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Sexuella-overgrepp-mot-barn/>). Där framgår att knappt en tiondel av sexuella övergrepp mot barn kommer till samhällets kännedom. Detta menar jag och några kollegor är beroende på ett samhälleligt systemfel där man nästan enbart satsar på juridik som dock inte kan lösa dessa problem⁵. Men det är en mycket stor grupp. Grova sexuella övergrepp har enligt samma rapport en förekomst på 7-14% hos flickor och 3-6% hos pojkar, dvs. 5-10% i hela ungdomsgruppen, vilket är lika eller dubbelt så mycket som ADHD.

Men även andra livshändelser och trauman missas. Jag har sett alltför många exempel där trauman, t.ex. tidig och allvarlig misshandel, helt missats eller kallats för ADHD. Jag vet inte hur det är överlag i Sverige men på BUP i Örebro har införts en ”diagnostiserings” rutin som enligt min mening systematisk ökar den risken. Man glömmer bort anamnes och fokuserar på M.I.N.I-KID som bara innehåller symtom och inga livshändelser. M.I.N.I-KID saknar dessutom hela kapitel även från DSM-IV: Somatoforma syndrom (med text Konversionssyndrom och Dysmorfofobi) och Dissociativa syndrom som bägge rör flera F-diagnoser relaterade till trauma.

Vidare saknas Reaktiv kontaktstörning hos spädbarn eller småbarn (DSM-IV 313.89 ICD-10 F94.1), som är en mycket viktig differentialdiagnos, samt allt som har med familj och verkliga livshändelser att göra. Och inte heller anknytningen tas upp i M.I.N.I-Kid. Detsamma verkar gälla KIDI-SADS där jag också sett allvarliga missar. Och statistiken stödjer dennas dystra bild i varje fall i Örebro där närmare 40% av patienterna har ADHD diagnos medan trauma, PTSD och sexuella övergrepp, rör sig om ca 5%.

Hur är det på andra håll i landet?

Vid ett studiebesök på BUP Gamlestaden i Göteborg, en mottagning som dessutom var först med att klara vårdgarantin⁶, var ADHD andelen ca 10% och man hade så vitt jag förstod mer diagnoser relaterade till livshändelser.

Också DSM-IV har sina brister och tyvärr lär det bli värre i DSM 5⁷.

Men den har också ett viktigt budskap om nödvändigheten av kliniskt omdöme⁸ som dock tycks väga lätt i dagens diagnostik⁹.

Är det att vi inte använder kliniskt omdöme som gör att vi missar de flesta barnen utsatta för skadliga barndomsupplevelser?

Jan Pilotti leg läkare

Ungdomspsykiater

f.d. överläkare BUP Örebro

¹ <http://www.cdc.gov/ace/index.htm>

² Felitti, J.V. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998 May;14(4):245-58.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9635069?dopt=Abstract>

³ <http://www.drpilotti.info/trauma.html>

⁴ Bowlby J. En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin. Natur och Kultur 1994, s.103. Jag delar Bowlbys kritik av Freuds helomvändning men anser ändå att Freud också gjorde en stor insats till förståelse av hur traumatiska upplevelser genom omedvetna processer kan ge allvarliga symtom, även pseudoneurologiska som konversionssyndrom.

⁵ http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/rattsprocess-hjalper-sallan-barnen_5912713.svd

En längre utförligare version finns på <http://www.drpilotti.info/sexual-abuse.html>

⁶ Jag är ingen vän av nuvarande Vårdgaranti som är en piska förklädd till morot och riskerar att premiera snabba men ytliga insatser. Men BUP Gamlestaden tycks ha klarat det genom ett systemiskt arbetssätt som också tidigare med framgång användes i Sala.

⁷ Frances A. Opening Pandoras Box. The 19 worst suggestions for DSM5, *Psychiatric Times* feb 11, 2010
Frances var huvudredaktör för hela DSM-IV och menar att redan DSM-IV medförde överdiagnostik tex av ADD men att det nu blir värre

⁸ Sammanfattning av den större engelska DSM-IV angående differentialdiagnostik se tex Pilotti J Något om psykiatrisk differentialdiagnostik enl DSM-IV – särskilt ADHD <http://www.drpilotti.info/adhd.html> under länken differentialdiagnos

⁹ Se utmärkta artiklar om diagnostikens svåra konst

Engström, I Diagnostik i barn-och ungdomspsykiatri. *Tidskriften för svensk Psykiatri* nr 1 s 38-39. 2009

Anckarsäter H. Postmodern psykiatri? *Tidskriften för svensk Psykiatri* nr 2 s 85-90. 2011

Anckarsäter H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications *Int J Law Psychiatry*, 33, 59-65, 2010