

## Varför anklagas föräldrarna till barn med autism och DAMP/ADHD?

I Läkartidningen nr 12/99 gör Björn och Christina Kadesjö en förtjänstfull genomgång av funktionshindren DAMP och ADHD. Men varför dessa återkommande anklagelser mot föräldrarna – som förvisso har det svårt nog ändå?

Exempelvis: »Barnets neurologiskt betingade svårigheter får följder för hur föräldrarna möter sitt barn och känslomässigt knyter an till det. Föräldrarnas personlighet och psykologiska beredskap gör att de möter sitt barn på sitt alldeles speciella sätt, vilket inte alltid motsvarar barnets behov.» »Det kan gälla detaljer i sättet att kommunicera med barnet: i bästa fall för att man missar och inte ser möjligheter att stödja sitt barn, i sämsta fall för att man på ett ofrivilligt sätt bidrar till att förstärka barnets svårigheter.»

Jag tycker mig känna igen samma mönster som när man för tjugo år sedan analyserade föräldrar till autistiska barn – barnets svårigheter står i någon sorts relation till hemmiljön.

Jag kan försäkra Björn och Christina Kadesjö att flertalet föräldrar till barn med autism och DAMP/ADHD inte är några speciellt kontiga föräldrar med speciellt avvikande samspelsmönster eller anknytningssvårigheter.

Eftersom jag själv är förälder till en pojke med ett starkt utåtagerande bete-

ende – så starkt att barnpsykiatrin såg bältesläggning som enda behandlingsalternativ – har jag under senaste året försökt intervjua föräldrar till barn med just denna typ av problem.

Gemensamt för flertalet föräldrar är att det faktiskt inte finns några speciella faktorer i hemmiljön som kan förklara barnens beteende.

Samma gäller barn med autism. Det är mycket sällan man hittar psykologiska förklaringar till de svårast utåtagerande barnen.

Mer intressant i detta sammanhang är att i stället se på de forskningsresultat som visat på samband mellan låg koncentration av serotonin och 5-HIAA i cerebrospinalvätskan och aggressivt beteende [1] liksom sambandet mellan impulsivitet och skador i höger frontallob [2].

Om Björn och Christina Kadesjö vill se ett samband mellan impulsivitet och aggressivitet och hemmiljö hos barn med ADHD/DAMP måste man väl rimligtvis också se ett samband mellan hemmiljön och den charm och ibland envishet och tjurighet som barn med Downs syndrom ofta visar upp?

Björn och Christina Kadesjö skriver också: »Många barn med DAMP/ADHD utvecklar också problem av psykiatrisk karaktär: depression, trots och social beteendestörning, och flera

har tics, tvångsbeteende, sociala interaktionssvårigheter och autistiska drag.»

Jag har svårt att tro att man utvecklar tics och tvångsbeteende av psykologiska orsaker. Sociala intraktionssvårigheter – ofta i kombination med bristande empati – är också snarare en del i den grundläggande DAMP/ADHD-problematiken än sekundära psykiska påslagningar.

### Finns från födseln

Inte heller förefaller det som om man utvecklar autistiska drag. Dessa finns med redan från födseln eller första åren – liksom vid andra former av autism.

Hjälp och stöd gärna föräldrar till barn med DAMP/ADHD – flertalet behöver det. Men utgå inte från att alla problem här i livet bottnar i negativa samspelsmönster

*Lennart Lindqvist*  
leg psykolog och förälder,  
Kalmar

### Referenser

1. Öjesjö L. Aggressivt beteende kan bero på alltför låga halter av serotonin och 5-HIAA. Läkartidningen 1989; 86: 3263.
2. Janols LO, von Knorring AL. Är medicamentell behandling motiverad vid hyperaktivitet hos barn? Läkartidningen 1991; 88: 3059-61.

## Tidig upptäckt av »osynliga» funktionshinder ifrågasätts

I Läkartidningen 12/99 beskriver Björn och Christina Kadesjö DAMP/ADHD som »osynliga» funktionshinder och betonar betydelsen av tidig upptäckt. Rekommendationerna aktualiserar etiska spörsmål: Uppfyller nuvarande diagnoskriterier de krav som bör ställas på medicinsk diagnostik? Förbättrar tidiga diagnoser barnens prognos? Bör intresset snarare fokuseras på skolmiljön än på elevens förmodade så kallade biologiska funktionshinder?

Barnpsykiatriprofessorerna M Rutter, E Taylor och L Hersow anser att diagnoskriterierna är «overinclusive» [1], validiteten tvivelaktig [2] och att det finns samvariation med psykosociala och intellektuella svårigheter,

omogenhet och dåligt självförtroende. Svårigheter att bedöma nyttan av intervention vid DAMP visas av Gillberg och medarbetare, en studie från 1993: »Among those who received some kind of information, there was a trend for outcome to be worse in the group given the most extensive programs.» »Can the preschool questionnaire and the neurological screening device be recommended as routine screening tools in preschools and child health services? Clearly this study alone cannot settle that issue» [3].

Skolläkare arbetar under ytterst snäva tidsramar och disponerar en sammanlagd »elevtid» på 1/2–1 timme per elev för hela den 9-åriga grundskolepe-

rioden. En förväntansfull och hoppfull skolstart riskerar att förvandlas till en period av negativ uppspärning, registrering, onödiga undersökningar, onödig ångest och oro, tvivelaktiga diagnoser, överbelastning av hårt ansträngda remissinstanser, felaktig prioritering och behandling. Hälsokontroller på löpande band, summariska undersökningar, medicinska diagnoser med epidemisk förekomst och neuropsykiatriska remisser i förbifarten urholkar skolläkarens möjligheter att engagera sig för elever med synliga problem.

### Risk finns för godtyckliga diagnoskriterier

I artikeln av Kadesjö nämns föga om ►

**ANNONS**

Kommentar:

## Utredning och diagnos viktig start på långsiktigt arbete

riskerna med ett stort antal ADHD/DAMP-diagnoser. Godtyckliga diagnoskriterier och ungefärliga genomsnittsavvikelser utpekar lättvindigt barn som biologiskt avvikande. Omgivningens attityder förändras – ofta negativt. Minskade förväntningar blir självuppfyllande. De utpekade passivicerats och isoleras.

En inflation av diagnoser urholkar stödet till de hårdast drabbade. Möjligheter till militärtjänst och barnförsäkring äventyras. Intresset fokuseras på eleven i stället för på en bristfällig skolstruktur.

### 1–2 procent

Stökiga barn behöver liten klass, god struktur, individualiserad pedagogik, mer tid och lugn och ro. Ett sådant stöd innefattar naturligtvis en psykologisk och pedagogisk beskrivning av barnets svårigheter, något som inte utesluter existensen av svåra personlighetsförändringar där medicinsk diagnos är nödvändig. Det handlar om förekomster på 1–2-procentsnivån snarare än 10–15-procentsnivån, siffror nu aktuella i den medicinska debatten [4].

Björn och Christina Kadesjös förslag till tidig upptäckt och fler medicinska diagnoser för barn med »osynliga» barnpsykiatriska svårigheter förefaller – med dagens skolhälssituation för ögonen – som ett riskfyllt och etiskt tvivelaktigt skolhälsoprogram. I skoldebatten framhålls att ca 15 procent av eleverna har svåra psykosociala problem. Låt oss först klara av de synliga problemen innan vi djupdyker efter »de osynliga».

Leif Elinder  
skolläkare, Uppsala

### Referenser

1. Rutter M, Taylor E, Hersow L. Child and adolescent psychiatry, Third Edition. London: Blackwell Science, 1995: 290.
2. Taylor E. Hyperactivity and conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1213-25.
3. Gillberg C, Winnergård I, Gillberg CH. Screening methods, epidemiology and evaluation of intervention in DAMP. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1993; 2: 121-35.
4. Handikappsombudsmannens remissvar på Läs- och skrivkommitténs betänkande »Att lämna skolan med rak rygg» SOU 1997; 108: 1–7.

Kommentarerna från Leif Elinder och Lennart Lindqvist belyser det spänningsfält av åsikter som DAMP/ADHD-området befinner sig i.

Leif Elinders argumentation utgår från en helt pessimistisk syn på vad utredning och diagnos betyder för ett barn med ADHD eller DAMP. Enligt Elinder leder diagnos till negativa attityder från omgivningen, minskade förväntningar som blir självuppfyllande och passivisering och isolering av barnet. Vår redovisning speglar något annat. Utredning och diagnos möjliggör förståelse, hopp om förändring och styrka att söka hjälp. Men det är bara starten på ett mödosamt arbete där verksamheter inom kommun och landsting har ett stort ansvar att i ett långsiktigt perspektiv backa upp barn och föräldrar liksom pedagogisk personal kring barnet.

Den totalt negativa bild Leif Elinder ger av skolhälsovårdens roll i detta är förhoppningsvis inte grundad på hur skolhälsovården fungerar i Uppsala. Med 20 års erfarenhet av arbete som skolläkare och intresse för barn med DAMP hos en av oss (BK) vågar vi säga att så måste det inte vara.

### Oseriöst

Inget barnpsykiatriskt tillstånd är vetenskapligt lika väl studerat som ADHD. Att påstå att diagnoskriterier är godtyckliga är oseriöst. Inom detta område, som inom de flesta andra forskningsområden, pågår det debatter och kontroverser forskare emellan. Därför kan man med massmediernas debattteknik ta fram citat som styrker allehanda åsikter, men därmed har man förstärkt inte belyst aktuellt kunskapsläge.

Det är riktigt att ICD-10's [1] kriterier för diagnos »Hyperkinetic Disorder» (som de refererade engelska barnpsykiatrina utgår från) är snävare än kriterierna för ADHD enligt DSM-IV [2] (som vanligtvis används då ADHD diagnostiseras i Norden). Men att hävda att Eric Taylor som företrädare för synsättet i ICD-10 förkastar ADHD-diagnosen är fel. Den utmärkta översikt över problemområdet som Eric Taylor och medarbetare [3] nyligen publicerat illustrerar det. De sammanfattar just denna diskussion med »Many European clinicians prefer to use the wider definition of ADHD. We see no contradictions involved».

Inom forskning och utvecklingsarbete måste vi granska inte bara specificitet utan också sensitivitet, dvs om det är så att individer ej får rättmätig hjälp för att våra instrument är för snäva.

### Inga anklagelser

Vi har misslyckats med våra formuleringar om det är fler än Lennart Lindqvist som uppfattar att vi anklagar föräldrar. Även om Lennart Lindqvist valt meningar ur vår artikel för att beslä oss med det tycker vi ändå att de visar något annat. Vi skriver att problematiken vid DAMP/ADHD är neurologiskt betingad, att barnets svårigheter får följder för hur det blir bemött av föräldrar, skolpersonal och kamrater, att föräldrar är olika, att en del av problematiken *utvecklas* (som depression), medan det är annat som barnet *har* med sig (som autistiska drag).

Vår och andras forskning visar att föräldrar till barn med DAMP/ADHD upplever hög grad av stress i sin livssituation. Det finns också omfattande forskning som visar att det inte sällan utvecklas negativa samspelsmönster mellan barn och föräldrar (och lärare) och att kvarstående sådana får betydelse för utvecklingen av sociala anpassningsproblem [4]. Om det inte får diskuteras likaväl som annan problematik inom DAMP/ADHD-området, hur skall då hjälpinsatser kunna utvecklas utifrån barnets, familjens eller skolans behov?

Björn Kadesjö  
överläkare  
Christina Kadesjö  
socioonom, psykoterapeut,  
Karlstad

### Referenser

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. WHO. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva, 1993.
3. Taylor E, Sergeant J, Doepfer M, Gunning B, Overmeyer S, Mobius HJ et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry* 1998; 7: 184-200.
4. Woodward L, Taylor E, Dowdney L. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatr* 1998; 39(2): 161-9.