

# Nordisk enighet om DAMP/ADHD

Aktuellt dokument sammanfattar dagens kunskap

**En nordisk »konsensusgrupp» bestående av vårdföreträdare som specialiserat sig på forskning och utveckling på området uppmärksamhets-, motorik- och perceptionstörningar hos barn (DAMP/ADHD/DCD-komplexet) har i ett gemensamt dokument sammanfattat och uppdaterat kunskapen om och synsättet på diagnostik och behandling av barn och ungdomar med kombinationer av dessa problem.**

Sedan början av 1980-talet rådde inom nordisk pediatrik och barn- och ungdomspsykiatri en tilltagande osäkerhet avseende begrepp, diagnostik, avgränsning och lämpliga åtgärdsprogram rörande barn och ungdomar med kombinationer av problem såsom koncentrationssvårigheter, över- eller underaktivitet, motorisk koordinationsrubbnings, perceptionsstörningar, inlärningssvårigheter och språk- och talrubbnings.

## **Nordisk »konsensusgrupp»**

På initiativ av docent Katarina Michelsson, som sedan länge bedrivit forskning inom området, bildades 1988 en nordisk »konsensusgrupp» av läkare, psykologer, pedagoger m fl, som alla aktivt bidragit med forsknings- och utvecklingsarbete gällande barn och ungdomar med nämnda problemtyper.

Gruppen, som därefter hållit årliga möten och tidigare publicerat ett »konsensusdokument» i Läkartidningen [1], har varierat något i sammansättning men har hela tiden innehållit en större

## **Författare**

CHRISTOPHER GILLBERG

professor, överläkare, avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Göteborg.

kärntrupp av nordiska experter som tillsammans haft en bred och djup multidisciplinär kompetens på området.

## **Uppdatering**

Då det sedan föregående dokument publicerades i Läkartidningen har gjorts vissa förändringar i gängse terminologi, och då kunskapen utvidgats betydligt under 1990-talet, har den nordiska gruppen ansett det vara tid för ett nytt gemensamt dokument om AHD [2, 3], DAMP [4, 5] och DCD [6], i vilket framgår begrepp, kunskap och synsätt om vilka det finns betydande enighet.

Dokumentet, daterat oktober 1998, publiceras i det följande.

## **Tre grupper av närbesläktade problem**

Åtminstone 5 procent av alla barn företer vid skolstart påtaglig dysfunktion i fråga om såväl aktivitetskontroll/avledbarhet som motorik/perception (DAMP, »deficits in attention, motor control and perception») [5, 6]. En tredjedel av dessa har mycket uttalade svårigheter och behöver hjälpinsatser från småbarnsåldern, medan övriga i allmänhet får tilltagande behov av stödinsatser under skolåren.

Därutöver finns barn som har svåra problem med aktivitetskontroll/avledbarhet »enbart» (ADHD, »attention deficit/hyperactivity disorder», som i den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 benämns »hyperkinetic disorder») [2, 3], eller med motorik/perception »enbart» (DCD, »developmental coordination disorder») [6].

Det finns, med andra ord, tre grupper av närbesläktade problem: ADHD, DCD och DAMP, det senare i stort sett liktydigt med en kombination av ADHD och DCD.

Många barn inom dessa grupper har också språk- och talproblem, kognitiva och sociala inlärningssvårigheter och problem av psykiatrisk karaktär (depression, social beteendestörning, trots, tics och autistiska drag/empatistörning) av olika svårighetsgrad. Pojkar drabbas mycket oftare än flickor, men det finns en risk att flickor med DAMP/ADHD/DCD – som ofta är mindre »störande» än pojkar – ej uppmärksammas

## **Den nordiska gruppen**

Medlemmarna i den nordiska forskargruppen bakom dokumentet är:

*Inge Beese*, barnneuropsykolog, Risskov, Danmark; *Grete Bryhn*, neuropsykolog, Oslo, Norge; *Jörgen Diderichsen*, barnläkare, Oslo, Norge; *Ann Mari Etting*, specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri, Snekkersten, Danmark; *Carina Gillberg*, docent i barn- och ungdomspsykiatri, Göteborg; *Christopher Gillberg*, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Göteborg; *Liv Hundevadt*, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Oslo, Norge; *Lars-Olof Janols*, med dr, överläkare i barn- och ungdomspsykiatri, Uppsala; *Björn Kadesjö*, barnläkare, Karlstad; *Harald R Lie*, barn- och ungdomsläkare, Aarhus, Danmark; *Malfridur Lorange*, barnpsykiater, Reykjavik, Island; *Katarina Michelsson*, docent i pediatrik, Lovisa, Finland; *Marit Korkman*, neuropsykolog, Helsingfors/Bryssel, Finland/Belgien; *Agneta Nydén*, neuropsykolog, Göteborg; *Peder Rasmussen*, docent i barn- och ungdomshabitering, Göteborg; *Egil Ruud*, barnöverläkare, Siggerud, Norge; *Gerd Strand*, pedagog, Oslo, Norge; *Marie-Louise Tapper*, sjuksköterska, föreståndare, Helsingfors, Finland; *Anegen Trillingsgaard*, neuropsykolog, Aarhus, Danmark; *Merja-Maaria Turunen*, barnpsykiater, Helsingfors, Finland.

och därför inte får en korrekt diagnos [7, 8].

## **Orsaksfaktorer**

Tillståndet är heterogena såväl etiologiskt som i fråga om symtom, men vissa basala problem är gemensamma. DAMP, ADHD och DCD är symtombeskrivande diagnoser.

Bland orsaksfaktorena spelar i många fall ärftlighet en dominerande roll, vilket kan innebära att en eller flera av barnets nära släktingar har likartade svårigheter. Tidiga avvikelser i hjärnans anläggning under fostertiden, eller funktionsstörning som uppkommit till följd av skador under graviditet, för-

lossning eller nyföddhetsperiod kan vara för sig eller i kombination medföra DAMP/ADHD/DCD. Någon gång kan orsaken vara en kromosomavvikelse.

Miljögifter och födoämnesintolerans kan möjligen förvärra symtomen vid DAMP/ADHD/DCD, men kunskapen på detta område är ofullständig.

### Terminologi

DAMP har i Norden till stora delar ersatt det gamla begreppet MBD, »minimal brain dysfunction» [7]. I Finland används fortfarande den senare termen som en sammanfattande kategori. I Norge används allt oftare termen ADHD.

Det är dock viktigt att betona att DAMP inte är liktydigt med ADHD utan syftar på kombinationen av ADHD-symtom och motoriska-perceptuella svårigheter. DAMP-begreppet hänför sig alltså till en snävare avgränsad problemgrupp (motsvarande ungefär hälften av alla med påtagliga ADHD-symtom).

### Rubbningar i den normala utvecklingen

DAMP medför rubbningar i den normala utvecklingen. Koncentrationssvårigheter, överaktivitet och bristande impulskontroll, ibland omväxlande med underaktivitet, allvarliga sömnrubbningar och avvikande tal- och språkutveckling är ofta de mest påtagliga symtomen under de fyra första levnadsåren.

Motorisk klumpighet blir i allmänhet ett problem först under sena förskoleår, trots att barnet haft svårigheter från tidig ålder. Från denna tid, men framför allt i skolan, dominerar inlärningsproblem. Beteende- och anpassningssvårigheter är mycket vanliga. Vissa av dessa är av sekundär natur och uppstår som en konsekvens av att barnet biologiskt inte är moget att motsvara omgivningens (och egna) förväntningar; andra, exempelvis tics och autistiska drag, tycks ha mera primärt biologiskt ursprung.

Störningar i förmågan till ömsesidig social interaktion, depression och antisocial beteendevikelse är vanligt förekommande under de sex första skolåren. Under de första skolåren förbättras motoriken hos en stor grupp, även om klumpighet förblir ett bekymmer för omkring en tredjedel i vuxen ålder. Problem med läsning, skrivning, självförtroende och anpassning kan tillta. Många barn med DAMP/ADHD/DCD råkar ut för olyckor, med t ex frakturer och hjärnskakning som följd.

I puberteten och unga vuxna år är det många som klarar sig bättre, men också många som det går illa för, med utveckling av psykisk sjukdom, kriminalitet och missbruk. Denna senare andel tycks

vara särskilt stor (över 50 procent) om tillståndet förblir odiagnostiserat och därmed utan hjälp och stödinsatser.

Det går att avgränsa DAMP/ADHD/DCD enligt strikta kriterier, men man måste vara medveten om att gränsdragning gentemot lätt mental retardation, lätt cerebral pares, Tourettes syndrom och fullt utvecklad autism/Aspergers syndrom ibland kan vara svår, i vissa fall rent av artificiell. En individ med DAMP/ADHD/DCD kan också ha en eller flera comorbida diagnoser av detta eller annat slag. I lindriga fall kan gränsdragningen mot det normala skapa problem.

### Diagnos helst före skolstart

En diagnos (före eller i anslutning till skolstart) ger förutsättningar för tidig insikt i barnets svårigheter och bidrar till att minska risken för senare psykosocial felutveckling, bl a som en följd av att föräldrar, förskolepersonal, lärare och i viss mån också kamrater visar förståelse i stället för antipati och anpassar krav och förväntningar till en rimligare nivå. Även barnet självt kan få en mer realistisk syn på sina svårigheter [8].

Alla barn med DAMP har rätt till en adekvat utredning, korrekt diagnos och detaljerad information om funktionshindrets art och betydelse. I anslutning till att diagnos ställs behövs insatser dels för att fördjupa föräldrarnas förståelse för vad barnets svårigheter innebär i familjesamvaron, dels för att ge kunskap om hur föräldrarna kan stödja barnet i vardagen. Svårigheter till följd av beteendeproblem (t ex överaktivitet) och avvikelser i tal och språk är många gånger behandlingskrävande redan från småbarnsåldern [9].

### Specifik hjälp

Flerparten drabbade barn behöver specifik hjälp för läs- och skrivsvårigheter (dyslexi), vissa för matematiksvårigheter (dyskalkuli) under flera år i skolan. Många har behov av anpassad skolgång under hela skoltiden, några har behov av särskilda åtgärder för att stimulera motorisk utveckling. En grupp behöver få tillgång till medicinsk farmakologisk behandling som tillägg till övriga insatser.

Uppsökande verksamhet inom barnhälsovård och daghem/förskola rekommenderas för att så tidigt som möjligt spåra DAMP, åtminstone bland de barn som uppvisar beteende- och anpassningsproblem.

### Hela familjen involveras

Hela familjen till ett barn med ett osynligt funktionshinder kan behöva hjälp. Familjeverksamhet med etablering av nätverksfunktioner är A och O i många fall. Det är angeläget att tillräck-

lig kunskap om DAMP/ADHD/DCD finns inom barn- och skolhälsovård, distriktssjukvård och inte minst bland pedagoger, för att undvika ett felaktigt bemötande av barn och familj. En stark intresseförening kan bidra på ett mycket positivt sätt. Välvägd skriftlig information om funktionshindret måste finnas lätt tillgänglig.

I svåra fall av DAMP/ADHD/DCD kan familjen behöva omfattande hjälpinsatser såsom avlastning, sociala stödåtgärder, bostadsanpassning, familjepsykoterapi och olika typer av ekonomiskt stöd [7-9].

### Överföra kunskapen till vården av vuxna

En stor utmaning under det närmaste decenniet är att överföra kunskap och kompetens till vården av vuxna, framför allt inom psykiatri och allmänmedicin dit många med DAMP/ADHD/DCD söker sig (med eller utan konstaterad »barndomsdiagnos»). Även inom studie- och yrkesvägledning samt social-, arbets- och kriminalvård måste kunskapen om dessa tillstånd förankras.

Den viktiga problematiken förknippad med övergången från barndom till vuxenår förtjänar att särskilt uppmärksammas.

### Referenser

1. Airaksinen E, Bille B, Carlström G, Diderichsen J, Ehlers S, Gillberg C et al. Barn och ungdomar med DAMP/MBD. Läkartidningen 1991; 88: 714.
2. Barkley RA. Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press, 1990.
3. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological and genetic research. J Child Psychol Psychiatry 1998; 39: 65-99.
4. Hellgren L. Psychiatric disorders in adolescence. Longitudinal follow-up studies of adolescent onset psychoses and childhood onset deficits in attention, motor control and perception [dissertation]. Göteborg University, 1994.
5. Landgren M, Kjellman B, Gillberg C. Attention deficit disorder with developmental coordination disorders. Arch Dis Child 1998; 79: 207-12.
6. Kadesjö B, Gillberg C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-olds. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Under publ.
7. Hellström A. Nu är det vår tur. Samhällets stöd till barn med MBD/DAMP. RBU – Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar. Stockholm: Liber Utbildning, 1995.
8. Gillberg C. Ett barn i varje klass. Om DAMP/MBD och ADHD. Stockholm: Bokförlaget Cura, 1996.
9. Taylor E, Sergeant J, Doepfner M, Gunning B, Overmeyer S, Möbius HJ et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998; 7: 184-200.