

# Bokstavs barn – gengångare från förr med ny beteckning

Liten grupp om sakliga kriterier används

**Den svenska diskussionen om bokstavs barnen måste rätas upp. Ett första steg vore att använda de internationellt accepterade beteckningarna AD/HD respektive hyperkinetisk störning. Det menar Per-Anders Rydelius, som här ger en historisk genomgång av synen på dessa barn. MBD, ADD och AD/HD är, enligt honom, synonyma beteckningar, som tillsammans med DAMP är varianter över tid av det ursprungliga »hjärnskadebegreppet».**

De senaste två åren har ADHD-begreppet diskuterats och kritiserats bland amerikanska forskargrupper. Russel Barkely ansåg i en artikel [1], publicerad 1997, att det trots forskning under snart 100 år saknas tillräckliga kunskaper för att förstå syndromet, och att det finns behov av nya förklaringsmodeller. Han föreslog en »unifying theory of ADHD». En annan forskargrupp skrev om behovet av att revidera synen på ADHD-konceptet som sådant [2].

Vid den barn- och ungdomspsykiatriska världskongressen i Stockholm i augusti 1998 diskuterades de senaste rönen inom ADHD-forskningen [3]. I ett NIMH-symposium (National Institute of Mental Health, USA) presenterades en pågående amerikansk multicenterstudie om behandling. I ett annat symposium, med professor emeritus Rolf Zetterström från Sverige som ordförande, diskuterade Judith L Rapoport från USA, Edmund Sonuga-Barke från England, Martin Schmidt från Tyskland och

Richard Tremblay från Kanada olika aspekter på förståelsen av »Hyperactive behaviour and attention deficit disorders». Behovet av ett nytänkande kring ADHD-syndromets etiologi, avgränsningar och behandlingsmöjligheter framgick.

Det aktuella kunskapsläget kan emellertid bäst illustreras genom det konsensusdokument, »Diagnoses and treatment of attention deficit hyperactivity disorder, consensus development conference statement», som utarbetades av en NIH-panel (National Institutes of Health) i USA den 16–18 november 1998, och som publicerats i sin helhet på Internet [4].

I den första skrivningen av dokumentet sades att »there are no data to indicate that ADHD is due to a brain malfunction».

Sannolikt var en så radikal skrivning, »ett paradigmskifte», inte möjligt att nå full enighet om inom panelen, varför meningen successivt ändrades till »Although research has suggested a central nervous system basis for ADHD, further research is necessary to firmly establish ADHD as a brain disorder.»

Konsensusdokumentets avslutning är: »Finally, after years of clinical research and experience with ADHD, our knowledge about the cause or causes of ADHD remain largely speculative. Consequently, we have no documented



strategies for the prevention of ADHD.»

Hur skall det aktuella internationella kunskapsläget ses i relation till den pågående svenska diskussionen om bok-

## DEBATT

*»De barn som skall ha en bokstavsdiagnos blir emellertid en liten grupp om sakliga kriterier används. Barn med anpassningssvårigheter av annan typ bör däremot få hjälp och stöd med skolgång och social anpassning utan att behöva bli sjuk- eller handikappförklarade. Handikappförklaringen kan till och med skada i vissa fall. Det gäller särskilt den grupp barn som genom sina beteendeproblem visar adekvata reaktioner på brister i hemmiljön.»*

stavs barnen? Hur skall det svenska DAMP-begreppet uppfattas?

### Hjärnskador, neuropsykologi och neuropsykiatri i Sverige

»På sista tiden har MBD-begreppet uppmärksammats mycket i massmedia. Som en trolig följd av detta har vi som arbetar inom den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) fått ett ökat antal förfrågningar, framför allt från skolkollegor, dels om vad detta begrepp egentligen innebär, dels om huruvida elever med koncentrationssvårigheter och störande beteende kan vara MBD-barn. Eftersom situationen nu åter börjat likna den vi hade under 1960-talet, då man från skolans sida brukade remittera elever med hyperaktivt, okoncentrerat och störande eller aggressivt beteende till barnpsykiatrisk undersökning på frågeställning *hjärnskada*, vill jag komma med några kritiska synpunkter på användandet av diagnosen MBD och återknytta till den diskussion om hjärnskadediagnostik vi förde i Lund för ett antal år sedan...»

Om beteckningarna ADHD och DAMP också funnits med skulle det

### Författare

PER-ANDERS RYDELIUS

professor, överläkare, Norra BUP-sektorn, Karolinska institutet, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm.

ovanstående citatet mycket väl kunna ha varit dagsaktuellt. Citatet är emellertid hämtat från en 20 år gammal skrift [5], där barnpsykiatriker docent Bengt Sandberg i översiktsartikeln »Hyperaktivitetssyndromet, minimal brain dysfunction (MBD) och hjärnskadediagnostik – kritiska synpunkter» summerade 1950- och 1960-talens svenska och internationella neuropsykiatriska forskning om hjärnskadesyndromet hos barn.

Trots att artikeln publicerades 1977, och kan uppfattas som gammal, är Sandbergs genomgång av kunskapsläget fram till 1980-talet klargörande. Han ger underlaget och bakgrunden som krävs för att förstå de olika bokstavskombinationerna som används idag, hur de hänger ihop med varandra och hur man skall förstå de aktuella barnens svårigheter. Ett faktum är att artikeln är både modern och aktuell. Den förebådade den ändring av terminologin som 1980 kom i det amerikanska DSM-systemet, och den innefattar alla de komponenter som finns i NIH-dokumentet från november 1998!

### Det generella hjärnlesionella syndromet

Få tänker idag på att det gjordes omfattande neuropsykiatrisk forskning om barn i Sverige från slutet av 1940-talet och under 1950- och 1960-talen. Såväl i Sverige som internationellt ansågs hjärnskador kunna förklara barns beteendeproblem. Som orsaker till hjärnskadorna betonades särskilt förlösningsskomplikationer, infektioner eller andra trauman mot centrala nervsystemet under graviditeten, förlösningen eller under småbarnsåren.

Innan hjärnskadediagnos sattes krävdes dock att vissa förhållanden uteslöts. I handboken »Clinical management of behavior disorder», utgiven av Bakwin-Bakwin 1960 [6], diskuteras i kapitlet »Cerebral damage» hur hjärnskadesyndromet hos barn ter sig. Kriterierna går igen i dagens kriterier för ADHD, DAMP och »hyperkinetic disorder». I kapitlet står »A behavior disorder on the basis of cerebral damage must be differentiated from a disturbance due to exogenous causes, e g improper home conditions and from schizophrenia». För att ställa diagnosen krävdes »the absence of an emotionally traumatic environment». När det gällde handläggning av ett säkerställt hjärnskadesyndrom föreslogs samordnade medicinska, pedagogiska, psykologiska och sociala åtgärder. Det står vidare: »Parents find great comfort in the assurance that they have not produced the emotional disturbance through mismanagement.» Centralstimulantia rekommenderades när medicinering krävdes: »Benzedrine is the drug of

choice in children with cerebral damage.» Ett för den tiden nytt psykofarmaka föreslogs också om ångest och spänningstillstånd förelåg: »Meprobamate has been used with some success to decrease anxiety and tension.» I Anna-Lisa Annells svenska lärobok från 1958 [7] rekommenderas också amfetaminer vid behandling av hjärnlesionellt syndrom. Meprobamate användes i Sverige fram till 1970-talet för behandling av psykiatriska symtom hos barn.

Forskning visade emellertid att de aktuella beteendestörningarna inte kunde kopplas till kända hjärnskador. Några svenska exempel är resultaten från ett tvärvetenskapligt samarbete mellan neurologi, barn- och ungdomspsykiatri, neurofysiologi, neuroradiologi och psykologi om följderna av meningencefaliter [8] och mellan barnkirurgi och barnpsykiatri om skallskador [9, 10]. Bo Hellström, en av de svenska pionjärerna inom barnneurologi/habilitering undersökte i samarbete med barn- och ungdomspsykiatriker om det fanns samband mellan beteenderubbningar, avvikande resultat vid neuropsykologiska test och EEG-avläsningar hos barn. Från arbetet som publicerades 1965 citeras [11]:

»Det råder en stor oklarhet om hjärnskadebegreppets egentliga innebörd, dess betydelse som orsak till beteenderubbningar hos barn och värdet av EEG i diagnostiken. För att preliminärt analysera ett eventuellt samband mellan olika variabler och EEG-fynd studerades 190 barn med beteenderubbningar. Patienterna som samtliga var normalutvecklade och i övrigt icke neurologiskt skadade, klassificerades beträffande hereditet för psykiska sjukdomar, förekomst av miljöskadefaktorer, anamnesticiska hjärnskadefaktorer samt resultatet av Bendertest, som utförts i en del av materialet. Korrelationen mellan dessa variabler å ena sidan samt EEG-fyndet å den andra undersöktes. I ungefär en fjärdedel av fallen ansågs kliniskt ett så kallat hjärnskadesyndrom föreligga och frekvensen av de olika variablerna samt EEG-abnormiteten undersöktes i denna grupp och jämfördes med de övriga patienternas. I intet fall kunde några säkerställda korrelationer påvisas. Det är möjligt, att en utökning av materialet beträffande relationen mellan ett patologiskt Bendertest och säker EEG-abnormitet kan ge ett visst samband. Inte heller en litteraturgenomgång ger någon övertygande bild av ett samband mellan så kallad hjärnskada och EEG-abnormitet. Som rutinundersökning av barn med beteenderubbningar måste därför EEG anses ha ett begränsat värde, för såvitt inte mistankar på anfall av psykomotorisk epilepsi föreligger, då ett positivt specifikt

epileptogent EEG-fynd kan vara av avgörande betydelse i differentialdiagnostiken.»

### MBD – minimal brain dysfunction

Den fortsatta forskningen visade att biologiska, sociala, psykologiska och pedagogiska orsaker kunde samvariera och förklara sådana beteendestörningar som man tidigare bedömt vara orsakade av hjärnskador. Det ursprungliga MBD-begreppet (minimal brain damage) ersattes av ett nytt begrepp (minimal brain dysfunction). Från Bengt Sandbergs skrift [5] citeras:

»Genom att tala om dysfunktion av CNS bibehöll man det organiska synsättet samtidigt som man undvek att låsa sig beträffande etiologi. Orsakerna till MBD-syndromet angavs kunna vara mångskiftande, till exempel genetiska, biokemiska avvikelser eller perinatale hjärnskador. Man framför också hypotesen att tidig, svår deprivation kan resultera i CNS-förändringar som kan bli permanenta. Syndromet är mycket omfattande och vagt avgränsat. Till denna diagnostiska grupp hänförs enligt definitionen barn, som ej är utvecklingsstörda, men som har inlärningssvårigheter och/eller beteendevavikelser av olika svårighetsgrad i kombination med avvikelser i centrala nervsystemets funktion. Dessa avvikelser antas manifesteras sig genom olika kombinationer av störningar i perception, begreppsbyggnad, språk, minne, koncentrationsförmåga, impuls kontroll och motorik (Clementz 1966). Man frågar sig vilken funktion en sådan övergripande diagnos kan ha. Ett av skälen till att man skapade begreppet MBD tycks ha varit, att man velat hävda ett medicinskt organiskt synsätt som motvikt mot de psykoanalytiskt inriktade barnterapeuterna som utgör en stark grupp i USA. Genom MBD-diagnosen menar man sig vilja rädda barn och föräldrar från tolkning om psykogena orsaker till allt avvikande beteende och från den dyrbara långtidspsykoterapi, som de psykoanalytiskt inriktade förespråkar (Clementz och Peters 1972). Genom att barnet får en MBD-diagnos skulle man förstå att det är handikappat och inte rår för sina symptom och man skulle rädda barnet från överkrav med därav följande emotionella misslyckanden. Samlingsbegreppet MBD anges kunna fylla en funktion genom att reducera det kaos i kommunikation som ett stort antal begrepp kan skapa för föräldrar, lärare och andra.»

Sandberg redogör sedan för hyperaktivitetssyndromet sett ur medicinsk/organisk och socialpsykologisk synvinkel. Han påpekar att det bakom MBD-diagnosen kan döljas missförhål-

landen i hem eller skola, att det finns valideringsproblem vid hjärnskadediagnostik och att hyperaktivitetssyndromet ej är särskilt typiskt för barn med CNS-sjukdom. EEG-avvikelse är vanliga i normalmaterial, och bedömningar av »soft neurological signs» har låg interbedömarreliabilitet. Vidare är validiteten av psykologiska testmetoder för påvisande av hjärnskada hos barn osäker.

### Neuropsykiatri och neuropsykologi

Sandberg diskuterade psykologiska testmetoder: »Flera undersökningar talar emot, att hjärnskadade barn skulle prestera en testprofil på test som Wechsler intelligence scale for children (WISC) av samma typ som man ser hos hjärnskadade vuxna på test av likartad typ...», och klargör de svårigheter som föreligger att från psykologiska testmetoder dra slutsatser om diagnos. På samma sätt som man idag diskuterar »testprofiler» inom barnneuropsykiatri gjordes detta under barnpsykiatriens tidigaste tid. Det finns skäl att påminna om det profilschema som Sven Ahnsjö presenterade 1945 för användning vid Terman-Merrill-testningarna [12] och de begränsningar av profilschemats användning som sedermera framkom.

Under den föregående »hjärnskadeprodukten» användes inte termen neuropsykologi som sådan. Trots det gjordes många undersökningar som i dag skulle kallas neuropsykologiska. Några exempel är konstruktionen av Dureman-Sälde-batteriet [13], som utarbetades i samarbete mellan psykiatri och psykologi, Karl-Henrik Erikssons [14] avhandling i psykologi om ungdomsvårdsskoleelever vid Lövsta, som undersöktes med omfattande neuropsykologiska metoder (vilka 40 år senare fortfarande ter sig som mycket moderna), och skolmognadstest bland barn. Skolmognadstesten kan sägas vara kraftfulla neuropsykologiska test om kognitiva funktioner, perception, minne, språkutveckling och manuell koordination hos barn. Torsten Huséns lärobok »Psykologisk pedagogik» [15], där skolmognadstestens konstruktion och innebörd beskrivs, är läsvärd än idag. Att skolmognadsproven har aktualitet kan illustreras av att Eve Malmquists »Skolmognadsprov för nybörjare» [16] har nytryckts under 1999 för att användas i bland annat Finland.

Den idag rådande uppfattningen om att barnneuropsykiatri skulle vara en relativt ny och tidigare okänd kunskap stämmer inte. Det har regelbundet funnits perioder då neuropsykiatri varit »current opinions». En av de första europeiska läroböckerna i barn- och ungdomspsykiatri (De Sanctis italienska

lärobok från 1925) utgavs under namnet »Neuropsiciatria infantilis». Tre svenska exempel från den neuropsykiatriska perioden 1940–1960 är Torsten Freys avhandling [17] »Electroencephalographic study of neuropsychiatric disorders», Gösta Rylanders monografi [18] »Mental changes after excision of cerebral tissue» och Anna-Lisa Anells lärobok »Elementär barnpsykiatri» från 1958 [7].

### MBD, ADD och ADHD i det amerikanska DSM-systemet

1980 beskrevs i psykiaternas diagnosmanual DSM-III [19] varför MBD-beteckningen övergavs och ersattes av ADD (attention deficit disorder). Från manualen citeras:

»The essential features are signs of developmentally inappropriate inattention and impulsivity. In the past a variety of names have been attached to this disorder, including: hyperkinetic reaction of childhood, hyperkinetic syndrome, hyperactive child syndrome, minimal brain damage, minimal brain dysfunction and minor cerebral dysfunction. In this manual attention deficit is the name given to this disorder, since attentional difficulties are prominent and virtually always present among children with these diagnoses. In addition, though excess motor activity frequently diminishes in adolescence, in children who have the disorder, difficulties in attention often persist. There are two subtypes of the active disorder, attention deficit disorder with hyperactivity, and attention deficit disorder without hyperactivity, although it is not known whether they are two forms of a single disorder or represent two distinct disorders.»

1987, då DSM-III-r [20] utkom, ändrades ADD till ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) med motiveringen: »The essential features of this disorder are developmentally inappropriate degrees of inattention, impulsiveness, and hyperactivity. People with the disorder generally display some disturbance in each of these areas, but to varying degrees.»

I DSM-IV från 1994 [21] bibehölls ADHD-begreppet men formellt kallat

attention-deficit/hyperactivity disorder med markeringen: »Although most individuals have symptoms of both inattention and hyperactivity-impulsivity, there are some individuals in whom one or the other pattern is predominant. The appropriate subtype (for a current diagnosis) should be indicated based on the predominant symptom pattern for the past 6 months.»

### Avgränsningskriterier

Vad som är viktigt att framhålla är att uppmärksamhetsproblem, impulsivitet och motorisk överaktivitet kan ses vid många olika barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd. DSM-utgåvorna ger därför vägledning för vad som skall gälla för att diagnosen skall sättas respektive inte användas. Om anvisningar inte följs riskerar man att feldiagnostisera barn och få höga prevalenstal. När det gäller AD/HD citeras ur DSM-IV [21]:

»In early childhood, it may be difficult to distinguish symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder from age-appropriate behaviors in active children (e.g. running around or being noisy)» eller »attention-deficit/hyperactivity disorder is not diagnosed if the symptoms occur exclusively during the course of a pervasive developmental disorder or a psychotic disorder» eller »In children with mental retardation, an additional diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder should be made only if the symptoms of inattention or hyperactivity are excessive for the child's mental age» osv.

### Uppmärksamhetsstörningar versus uppförandestörningar

Medan en »ren» uppmärksamhetsstörning karaktäriseras av ett beteendemönster där uppmärksamhetsstörningen med eller utan samtidig hyperaktivitet/impulsivitet avviker från det förväntade för utvecklingsåldern är aggressivitet det utmärkande draget vid uppförandestörningar (conduct disorder). Vid »conduct disorder» gäller särskilt att barnet ständigt åsidosätter andras rättigheter (violates the basic rights of others) eller bryter mot de åldersadekvata sociala regler och normer som gäller för umgänget med andra barn och vuxna. Svårigheterna att särskilja dessa olika beteenden från varandra framgår av följande citat ur de europeiska riktlinjer för behandling av ADHD/hyperkinetiska störningar som publicerades 1998 [22]: »When the same children are diagnosed by both U.S. and U.K. clinicians, then the U.S. clinicians are more likely to give an ICD-10 diagnosis of hyperkinetic disorder than the U.K. clinicians, who favour conduct disorder in the same cases.»

Med tanke på den allvarliga långtids-

prognosen vid tidiga tecken på »conduct disorder» är det angeläget att alltid ta ställning till om det i det enskilda fallet rör sig om en uppmärksamhetsstörning eller om det är fråga om en uppförandestörning. En analys av barnets sociala hemmiljö är ett viktigt diagnostiskt övervägande.

### **Koppling mellan ADD, ADHD och psykosociala faktorer**

Betydelsen av nya kunskaper om de psykosociala faktorernas betydelse för att förstå ADHD-komplexet kan också följas via DSM-utgåvorna. Med början i DSM-III från 1980 beskrivs att man vid det differentialdiagnostiska arbetet skall beakta om en kaotisk hemsituation föreligger: »Children in inadequate, disorganized or chaotic environments may appear to have difficulties in sustaining attention and in goal-directed behavior. In such cases it may be impossible to determine whether the disorganized behavior is simply a function of the chaotic environment or whether it is due to the child's psychopathology (in which case the diagnosis of attention deficit disorder may be warranted).»

1980 står om familjeförhållanden: »Familial pattern. The disorder is apparently more common in family members than in the general population.»

1987 ändrades beskrivningen av »Familial pattern» i DSM-III-r till: »Among family members, the following disorders are thought to be over-represented: Specific developmental disorders, alcohol dependence or abuse, conduct disorder, and antisocial personality disorder.»

and the use of aggressive discipline methods were significantly associated with hyperactivity after adjusting for the effects of conduct disorder and parent mental health. The best parenting predictor of hyperactivity was disciplinary aggression.»

I en amerikansk undersökning [24] studerades särskilt föräldrafaktorernas eventuella inflytande på barnens sociala beteende, där slutorden blev: »Examination of models that incorporate parenting behaviours as well as parent personality and psychopathology will be a next step to clarify casual pathways linking parent traits to the development of antisocial behaviours in children with ADHD.»

Intressant är att fynden liknar dem som erhöles inom svensk barnpsykiatri under 1950–1960-talen, och då som en vidareutveckling av kunskap efter att ärftlighetsteorier och hjärnskadeteorier varit rådande. Även sådana modeller som efterfrågas i den amerikanska undersökningen från 1998 startades då. PBU-undersökningen i Stockholm [25], Gustav Jonssons Skå-undersökning [26], undersökningen av 222 normala Stockholmspojkar [27] och Ingvar Nylanders studie om barn till kända missbrukare [28] banade vägen för nya kunskaper om de psykosociala faktorernas betydelse. Uppföljningar av de olika grupperna med observationstider över 18–40 år visar att beteendeproblem hos barnen i förening med ogynnsamma faktorer i hemmiljön kan förutsäga senare kriminalitet och missbruk. Kanske är det så att omvärlden nu på 1990-talet börjar diskutera liknande psykosociala faktorer som framkom i svenska barnpsykiatriska pionjärbeten från 1950-talet?

### **MBD och hyperkinetisk störning i Europa**

I Europa gjordes under 1980-talet en större tysk epidemiologisk undersökning för att fastställa om begreppet MBD var berättigat eller ej och om MBD-syndromet gick att validera. Artikeln »Evaluating the significance of minimal brain dysfunction – results of an epidemiological study» [29] fick stort inflytande i den europeiska barn- och ungdomspsykiatri och påverkade sedermera WHO's ICD-klassifikation [30]. Undersökningen sammanfattades på följande sätt:

»An epidemiological field investigation of 399 8-yr-old children was unable to support basic assumptions of the clinical MBD concept (existence of a homogenous syndrome, specific psychopathology, evidence of increased perinatal risks). Using a multi-level case definition procedure and factor-analytic data aggregation, nearly complete inde-

pendence was found among the diagnostic levels of neurophysiology, neuropsychology and specific skills. Main results were replicated after the application of several alternative models of case definition and were further confirmed by data from a clinical sample. Present findings emphasize the necessity to reconsider the concept of MBD and its practical consequences.»

Den engelska forskningen fram till 1990-talet sammanfattas i en Maudsley-monografi, »The epidemiology of childhood hyperactivity» [31], från 1991. Även här framkommer kunskaper som talar emot MBD/hjärndysfunktion som förklaringsmodell, och för att kombinationer av konstitutionella och utvecklingsberoende faktorer har betydelse för förståelsen av tillståndet. Hyperaktivitetsbegreppet betonas.

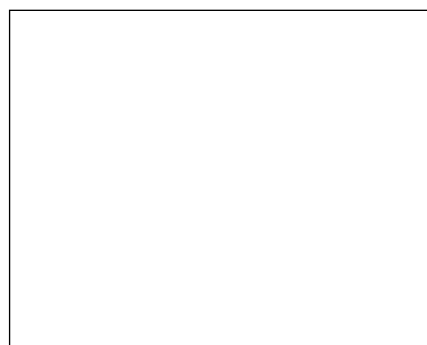
I WHO's internationella klassifikationssystem ICD-10 från 1992 kallas tillståndet med anledning av det ovanstående för hyperkinetic disorders. ICD-systemet [30] skiljer sig sålunda från DSM-systemet när det gäller frågan om »attention deficit» versus »hyperkinetic disorders». Från ICD-manualen citeras:

»It is widely thought that constitutional abnormalities play a crucial role in the genesis of these disorders, but knowledge on specific etiology is lacking at present. In recent years the use of the diagnostic term, attention deficit disorder, to this syndrome has been promoted. It has not been used here because it implies a knowledge of psychological processes that is not yet available, and it suggests the inclusion of anxious, preoccupied, or dreamy, apathetic children who's problems are probably different. However, it is clear that, from the point of view of behaviour, problems of inattention constitute the central feature of this hyperkinetic syndrome.»

### **Det svenska DAMP-begreppet**

DAMP [32] tillkom i Sverige under 1980-talet, men har ej vunnit acceptans utanför Sverige/Norden. Sannolikt beror detta på släktskapet med MBD-begreppet, på att prevalenssiffrorna för DAMP vanligen blir höga och att DAMP-screeningen fångar många olika grupper av barn. Hit hör sent mognande normalbarn, barn med lättare mental retardation, barn med kognitiva svårigheter och inlärningsproblem, men också (vilket är allvarligare) barn med uppförandestörningar (conduct disorders) och trottsyndrom.

Från den ovan nämnda tyska artikeln från 1987 [29] citeras: »Gillberg and his group defined minimal brain dysfunction as a combination of attentional deficits and motor-perception dysfunc-



1994 ändrades detta vidare i DSM-IV till: »Studies also suggest that there is a higher prevalence of mood and anxiety disorders, learning disorders, substance-related disorders, and antisocial personality disorders in family members of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder.»

Det som beskrivs i DSM-utgåvorna framkommer även i undersökningar publicerade under 1998. Från en engelsk/nyzeeländsk studie [23] citeras: »Results show that poor parent coping

tion (MPD). Children with either attentional deficits or MPD were assigned the label of DAMP. An MBD prevalence of 7.1 percent was reported, while a DAMP rate of 18-19 percent can be derived from the published figures.»

I Rutter, Taylor och Hersovs lärobok i barn- och ungdomspsykiatri från 1994 [33] kommenteras tveksamheten om DAMP-begreppet och den neurologiska förklaringsmodellen på följande sätt: »MBD has collapsed as an explanatory theory because of the failure of its supposed components to the associated with one another in the same children (Schmidt, et al 1987) and the failure of the condition to support coherent biological and prognostic findings. The heir to the idea could be the DAMP proposed by Gillberg et al (1983), but the objections levelled against MBD are equally strong against DAMP unless and until new evidence validates the concept.»

### **Det aktuella internationella kunskapsläget**

Under 1997, 1998 och 1999 har publicerats ett antal internationella ställningstaganden till utredning och behandling av barn med »attention-deficit-hyperactivity disorders» respektive »hyperkinetic disorder».

American Association for Child and Adolescent Psychiatry utgav sina »Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with AD/HD» i oktober 1997 [34]. De konstaterar att »the literature on ADHD is voluminous».

I de europeiska riktlinjerna från 1998 [22] diskuteras den svåra gränstragningen mellan ADHD, hyperkinetiskt syndrom och uppförandestörningar. Med de strikta kriterier som ICD-manualen anger sägs att »epidemiological service based upon total population samples have estimated point prevalence rates of hyperkinetic disorders as a little above 1 percent for boys of primary school age».

Här diskuteras också olikheterna i prevalens som kan erhållas beroende på vilka kriterier och definitioner som används. Från artikeln citeras: »The prevalence of the wider diagnosis of ADHD is much greater. Population rates varied between 4 percent and 19 percent, depending upon the exact criteria used. The main differences in definition that are responsible for these changes has varied with successive revisions of the DSM and the ICD schemes.»

Som redan omnämnts publicerade en NIH-panel (National Institutes of Health) i USA under vårvintern 1999 ett konsensusdokument [4] på Internet. I dokumentet, »Diagnoses and treatment of attention deficit hyperactivity dis-

order, Consensus development conference statement, november 16-18, 1998», sammanfattas diskussionen kring det vetenskapliga stödet för ADHD-begreppet, betydelsen för individen, familjen och samhället samt diagnostik och behandling. Genomgången av ADHD-begreppet är inte olik den som Bengt Sandberg gjorde om MBD i slutet av 1970-talet, och liknande frågeställningar diskuteras.

I konsensusdokumentet diskuteras bland annat ADHD-diagnosens avgränsningar och risken för överdiagnos. »Clinicians who diagnose this disorder have been criticized for merely taking a percentage of the normal population who have the most evidence of inattention and continuous activity and labeling them as having a disease.»

Svårigheterna för familjerna belyses: »Families of children impaired by the symptoms of ADHD are in a very difficult position. The painful decision-making process to determine appropriate treatment for these children is often made substantially worse by the media war between those who overstate the benefits of the treatment and those who overstate the dangers of treatment.»

Behandlingsmöjligheterna diskuteras och behoven av behandlingsutveckling poängteras. Möjligheter och risker med centralstimulantiabehandling diskuteras. USA har inte haft erfarenheter med missbruk av Ritalin och Preludin på samma sätt som länder i norra Europa (då medlen användes som bantningspreparat). Trots detta diskuteras ett sådant samhällsproblem på följande sätt:

»The increased availability of stimulant medications may pose risks for society. The threshold of drug availability that can lead to oversupply and consequent illicit use is unknown. There is little evidence that current levels of production have had a substantial effect on abuse. However, there is a need to be vigilant in monitoring the national indices of use and abuse of stimulants among high school seniors. One of the indices is the Drug Abuse Warning Network (DAWN).»

Med de svenska kunskaper som finns från den föregående perioden, då centralstimulantiabehandling användes för medicinskt bruk, bör det ovanstående beaktas när medlen nu återintroduceras. Ett aningslöst användande av centralstimulantiabehandling hos barn bör inte tillåtas!

### **Den svenska diskussionen**

Den pågående diskussionen om de så kallade bokstavsbarnen i Sverige gör att det i dagspress, populärvetenskapliga böcker och andra artiklar kan läsas om ett antal olika bokstavsbeteckningar. Även om bokstavskombinationer som »OCD», »DCD», »ODD», »CD»

och »HD» också finns, har de vanligaste bokstavsbeteckningarna varit »DAMP», »MBD», »ADD» och »AD/HD».

Dessa senare beteckningar är synonyma, men har förändrats över tid från det ursprungliga »hjärnskadebegreppet» som ersattes av minimal brain dysfunction (1960-talet), ADD (DSM-III, 1980), ADHD (DSM-III-r, 1987, DSM-IV, 1994) och hyperkinetic disorder (WHO's internationella klassifikation, ICD-10, 1992).

Den svenska diskussionen måste rättas upp. Ett första steg vore att använda de internationellt accepterade beteckningarna AD/HD respektive hyperkinetisk störning. Med tanke på de stränga kriterier som finns i ICD borde kanske WHO-klassifikationen vara den ledande. Det är dock förbryllande att Socialstyrelsen i sin svenska ICD-10-utgåva [35] från 1996-1997 använder det överordnade begreppet hyperaktivitetsstörningar, men har gjort egna tillägg med såväl ADHD som DAMP och MBD. För den som känner till den internationella bakgrunden för utformningen av ICD-10 blir Socialstyrelsens tillägg motsägelsefulla.

Genom att använda de striktare ICD-kriterierna torde förutsättningarna öka för att bättre kunna identifiera barn med uppförandestörningar. De utgör en grupp med allvarlig prognos och behöver omfattande behandling. Eftersom barn med uppförandestörningar »violates the basic rights of others» är det viktigt att den gruppen känns igen. I den svenska långtidsuppföljningen av barn med DAMP framkommer att dessa löper stor risk att utveckla kriminalitet och missbruk. Sannolikt beror detta på att delgruppen med beteendestörningar inte kunnat urskiljas. Om DAMP-begreppet används kan det innebära risk för en allvarlig underdiagnostisering av barnpsykiatriens mest behövande patientgrupp.

Slutligen kan sägas att dagens aktuella diskussion om bokstavsbarnen, enligt min uppfattning, också bör ses mot bakgrund av följande två omständigheter. Den första berör »förlusten av barnperspektivet» inom socialtjänsten, sedan 1981, och den andra avser förändringen av skolan som skett från 1970-talet och framåt, men med acceleration under 1990-talet.

### **Bokstavsbarnen – social barnavård**

När barnperspektivet 1926 infördes som ett led i kommunernas arbete skrevs om »Den nya Barnavårdslagens syftemål...», att: »Lagen syftar, kan man säga, ytterst till en alla krafters samverkan för lösande av den viktiga samhällsuppgift, som ligger i en god barnavård» [36]. En anda med ett barn-

perspektiv präglade kommunernas arbete fram till 1970-talets slut.

Barn med hyperaktivitet och aggressivt beteende visar vanligen tidiga tecken på »conduct disorder», och måste redan som små erbjudas en god social barnavård i kommunerna. När de kommer i tonåren och »stör» omgivningen med sitt missbruk och sin kriminalitet är de utomordentligt svåra att behandla. Dagens överbeläggning på §12-hemmen är en varningssignal och borde leda till en nysatsning på program för social barn- och ungdomsvård i kommunerna!

### Skolans roll

När det gäller skolan kan följande sägas. Skolan är barnens arbetsmiljö under tolv viktiga utvecklingsår. Skolans organisation har en avgörande roll även för barnens framtida utveckling och hälsa [37]. Om barn med olika mognadsgrad och förutsättningar integreras i stora grupper där erforderliga specialpedagogiska resurser saknas, så ökar antalet barn med beteendestörningar och stressymtom, beroende på begåvningshandikapp, inlärningssvårigheter, uppmärksamhets- och uppförandestörningar, läs- och skrivsvårigheter samt miljöhandikapp. Att sjuk- eller handikappförklara alla dessa barn ter sig inte rimligt. De »signalerar» ju adekvata reaktioner på ett organisatoriskt problem!

När barnpsykiatri för cirka 80 år sedan introducerades som ett eget kliniskt ämne i Sverige var läkepedagogik »current opinion». Vanartiga barn, den tidens bokstavs barn, sågs som ett stort socialt problem och åtgärder krävdes. Med ett läkepedagogiskt grundsynsätt och genom nära samarbete mellan hälsovård, socialtjänst och skola initierades reformer som förbättrade barnens hälsoläge.

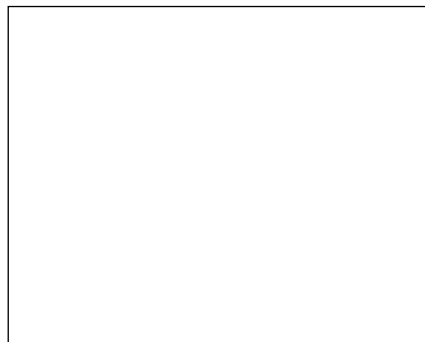
För skolans vidkommande inrättades en skola på läkepedagogisk grund, enligt skollag och läroplaner från 1930- och 1940-talen. Inför skolstarten skulle varje barns skolförutsättningar beskrivas, skolmognadstest utförades, och skolan skulle anpassas individuellt till varje barns förutsättningar. Beroende på kognitiva funktioner och mognadsgrad differentierades barnen till skolmognadsklass, hjälpklass, läsklass och normalklass.

Observationsklasser inrättades för barn med de allvarligaste beteendestörningarna. Tanken bakom dessa var att lärarna genom observationer skulle kunna göra funktionsbeskrivningar så att pedagogiken kunde anpassas efter barnens individuella behov. Den första observationsklassen fanns vid Granbackaskolan i Uppsala. Gruppstorleken bestämdes till 10 barn men klassen kunde även fungera med 12 barn.

Differentieringen hade många fördelar för hälsoläget bland barn. Beteende-

problem av den typ som beskrivs hos dagens bokstavs barn minskade i omfattning. På grund av negativa erfarenheter, bland annat genom stigmatiseringen av hjälpklassbarnen (som ju egentligen erbjöds speciell inlärningshjälp), kritiserades emellertid den differentierade skolan efter ett par decennier och ersattes av dagens integrerade skola. Om kritiken och om olika former av skoldifferentiering kan läsas i en liten skrift av fyra tongivande psykologi- och pedagogikprofessorer från slutet av 1950-talet [38]. Även denna skrift är i högsta grad läsvärd idag!

Det finns i detta sammanhang skäl att påminna om den svenske barnpsykiatern Ramers varningsord i ett föredrag vid Nordiska skolläkarkongressen i Örebro 1964, när den differentierade skolformen skulle avvecklas. Ramer ansåg att om inte gruppstorleken beaktades och specialpedagogiska resurser tillfördes skulle vinnarna i den nya skolan bara bli tillagsinställda barn med god begåvning och goda hemför-



hållanden, medan barn med inlärningshandikapp och miljöhandikapp skulle bli förlorarna! Föredraget om att »Högstadiet ökar svårigheterna för de handikappade», publicerat som artikel i Läkartidningen 1965 [39], förutspådde dagens situation och diskussion.

Vad som är ironiskt med tanke på dåtidens erfarenheter om skoldifferentieringens negativa effekter på barnen, är att de friskolor som etableras sedan några år kan sägas återinföra den tidigare differentieringen. Nu sker det i annan klädedräkt jämfört med den som fanns under den läkepedagogiska skolperioden, men utan närmare diskussion om för- och nackdelar.

### Hjärndysfunktion eller psykosocial förklaringsmodell

Med anledning av den pågående diskussionen är det viktigt att citera delar av beskrivningen av ämnesområdet psykiatri i Nationalencyklopedin från 1994: »Psyksiska symtom kan uppstå antingen genom rubbningar i hjärnans struktur eller funktion (kroppsliga orsaker, somatogena) eller genom påfrest-

ningar och smärtsamma upplevelser av omvärlden (psyksiska orsaker, psykogena). Psykiatrins behandlingsmetoder kan på motsvarande sätt byggas på läkemedel och annat som ingriper i hjärnans struktur och funktion (somatisk terapi), psykologiska åtgärder som påverkar individens upplevande och beteende (psykoterapi) eller åtgärder som riktar sig mot omvärlden (socialpsykiatriska åtgärder) — — — Psykiatrin arbetar därför med både en medicinsk och en psykosocial sjukdomsmodell och psykiatrin är samtidigt en naturvetenskap och en humanvetenskap. Psykiatrins särställning som medicinsk vetenskap ligger i den samtida tillämpningen av de båda sjukdomsmodellerna och vetenskapsuppfattningarna och i samordningen av dessa. Ett ensidigt framhållande av något av kunskapsområdena har gett upphov till skolbildningarna inom psykiatri. Detta får anses vara försvaret om avsikten är att fördjupa kunskap genom forskning och utvecklingsarbete, men riskerar i praktisk sjukvård att leda till att den enskilda patienten inte får den mest ändamålsenliga behandlingen. Det är endast genom att kombinera den medicinska och psykosociala sjukdomsmodellen som det är möjligt att få den helhetssyn på den psykiskt störda människan som är nödvändig för en framgångsrik behandling.»

Om man väljer att sjukförklara bokstavs barnen är det ovanstående utomordentligt viktigt att beakta vid planeringen av hjälp- och stödåtgärderna. De behöver tillgång till en allsidig behandling. Behandlingsalternativen måste vidareutvecklas. I konsensusdokumentet från NIH anges att »However, stimulant treatments do not 'normalize' the entire range of behavior problems, and children under treatment still manifest a higher level of some behavior problems than normal children. Of concern are the consistent findings that despite the improvement in core symptoms, there is little improvement in academic achievement or social skills» — — — »Combined medication and behavioral treatment added little advantage overall, but combined treatment did result in more improved social skills, and parents and teachers judged this treatment more favorable.»

### Barn med bokstavsdiagnos bör vara en liten grupp

För att nu komma vidare krävs en helhetssyn och ett samarbete över vetenskapsgränserna. Det historiska perspektivet kan ge vägledning för framtida lösningar — att polarisera i antingen/eller är inte meningsfullt. Barn med problem och svårigheter behöver hjälp.

De barn som skall ha en bokstavsdiagnos blir emellertid en liten grupp om sakliga kriterier används. Barn med

anpassningssvårigheter av annan typ bör däremot få hjälp och stöd med skolgång och social anpassning utan att behöva bli sjuk- eller handikappförklarade. Handikappförklaringen kan till och med skada i vissa fall. Det gäller särskilt den grupp barn som genom sina beteendeproblem visar adekvata reaktioner på brister i hemmiljön. En handikappförklaring leder då till att barnet inte får tillräcklig hjälp med att lösa en omöjlig livssituation.

## Referenser

2. Jensen PS, Mrazek D, Knapp PK, Steinberg L, Pfeffer C, Schowalter J et al. Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1672-81.
4. NIH consensus development program. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. NIH consensus statement online: [http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110\\_statement.htm](http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_statement.htm)
5. Sandberg B. Hyperaktivitetssyndromet, minimal brain dysfunction (MBD) och hjärnskadediagnostik – Kritiska synpunkter. Stockholm: Sfph, 1978. Sfph:s monografi-serie nr 8, 1978.
6. Bakwin och Bakwin. *Clinical Management of behavior disorders in children*. Philadelphia and London: Saunders Company, 1960.
8. Müller R, Nylander I, Larsson LE, Widén L, Frankenhaeuser M. Sequelae of primary aseptic meningo-encephalitis. A clinical, sociomedical, electroencephalographic and psychological study. *Acta Psychiatrica et Neurologica Suppl* 1958; 126: 1-115.
9. Hjern B, Nylander I. Acute head injuries in children. Traumatology, therapy and prognosis. *Acta Paediatrica Suppl* 1964; 152: 1-37.
11. Dalianis M, Heller M, Hellström B. Hjärnskada hos beteenderubbade barn kan påvisas med EEG? *Läkartidningen* 1965; 62: 1751-7.
22. Taylor E, Sergeant J, Doepfner M, Gunning B, Overmeyer S, Möbius HJ et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 184-200.
23. Woodward L, Taylor E, Dowdney I. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 161-9.
24. Nigg J, Hinshaw S. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 145-9.
25. Curman H, Nylander I. Patienter vid Stockholms stads psykiska barn- och ungdomsvård, avskrivna som färdigbehandlade 1953, 1954, 1955. En 10-årig prospektiv follow-up-undersökning med hänsyn till behov av fortsatt psykiatrisk vård och social anpassning [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1975.
29. Schmidt H, Esser G, Allehoff W, Geisel B, Laught M, Woerner W. Evaluating the significance of minimal brain dysfunction – results of an epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry* 1987; 28: 803-21.
32. Gillberg C, Rasmussen P. Perceptual, motor and attentional deficits in six-year old children. Screening procedure in preschool. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71: 121-9.
34. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 85-121.

36. Widén J. Den nya barnavårdslagens syftemål och medlen för dess ernående – några synpunkter. *Tidskrift för Barnavård och Ungdomsskydd* 1926; 1: 2-5.
37. Rydelius PA. Skolans betydelse för asocialitetsutveckling. I: Armelius BÅ, Bengtzon S, Rydelius PA, Sarnecki J, Söderholm Carpelan K, red. *Vård av ungdomar med sociala problem – En forskningsöversikt*. Stockholm: SIS och Liber AB, 1996: 239-56.
38. Elmgren J, Husén T, Sjöstrand W, Trankell A. Skolan och differentieringen. Fyra professorer har ordet. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1959.
39. Ramer T. Högstadiet ökar svårigheterna för de handikappade. *Läkartidningen* 1965; 62: 286-92.

## Summary

**ADD, ADHD, DAMP, etc.  
– old wine in new bottles;  
a low prevalence of hyperkinetic  
disorders if stringent criteria are used**

Per-Anders Rydelius

*Läkartidningen* 1999; 96: 3332-8

Hyperkinetic disorders, MBD (minimal brain dysfunction), DAMP [deficits in attention, motor function (or muscular control) and perception], ADD (attention deficit disorder), and ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), are currently the focus of interest among parents, clinicians and researchers in Sweden; and guidelines for the assessment and treatment of such disorders were published in the USA in 1997, and in Europe in 1998. However, despite the accumulated knowledge, and new hypotheses which have been proposed, e.g., that ADHD is "a disorder of adaptation," there is no consensus as to the understanding, treatment and prevention of these disorders. In a consensus statement published by an NIH (National Institutes of Health) panel in the USA it was concluded that, after years of clinical research and experience, our knowledge of the aetiology of ADHD remains speculative, and no documented strategies for its prevention are available. A review of Swedish views and concepts of these disorders since 1950 showed discussion to have been characterised by more similarities than differences, and that nothing really new had emerged. However, differences have existed in the sphere of general education. Since WWI, changes in the organisation of the statutory school system have been designed to improve both education and health among schoolchildren. Such changes seem to have had both beneficial and adverse effects on the overall health of the children. The prevalence of ADHD-like problems declined during the period, 1949-70, when all Swedish six-year-olds were screened for school-readiness with a standardised national test, and the class in which a child started school was dependent on intellectual capacity, overall mental age, and the presence or absence of reading, spelling and learning difficulties, and of behavioural problems. Since this was discontinued after reorganisation of the school system in 1970, the prevalence of problematic behaviour has once again increased. Thus, in the search for new approaches to the support of children with hyperactivity and attention deficit problems, analysis of the organisation of the school system should not be forgotten.

*Correspondence:* Professor Per-Anders Rydelius, Dept of Woman and Child Health, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Institutet, SE-171 76 Stockholm, Sweden.

# Nationella register inrättade för axel- och armbågsartroplastiker

**Svenska skulder- och armbågssektionen (SSAS), som är en sektion inom Svensk ortopedisk förening, har sedan årskiftet 1998–1999 initierat nationella axel- och armbågsplastikregister med de nationella höft- och knäplastikregistren som förebild.**

Dessa kvalitetsregister, som startade i början av 1970-talet, har rönt stor nationell och internationell uppskattning. Årligen rapporteras till höftplastikregistret ca 10 000 opererade proteser, till knäplastikregistret 5 000 operationer. Registren har visat sig värdefulla från kvalitetssäkringssynpunkt genom att utsortera dåliga proteskoncept samt genom att identifiera andra riskfaktorer.

De huvudsakliga indikationerna för axelprotesoperation är reumatoid artrit, primär och sekundär artros samt splittade proximala axelfrakturer. Indikationen för armbågsprotesoperation är i dagsläget framför allt reumatoid artrit.

I Sverige opereras årligen ca 500 axelproteser och 100 armbågsproteser.

Målsättningen med registren är att få en uppfattning om hur många plastiker som görs i landet, vilka proteskoncept som används samt hur stor reoperationsfrekvensen är.

Vad gäller reoperationer skall inte enbart reartroplastiker rapporteras utan även andra operationer som utförs på en tidigare protesförsörd led. Exempelvis kan en axel som tidigare försörjts med en halvprotes behöva reopereras med insättande av även en ledpannekomponent.

Registren, som har inrättats med dattainspektionens tillstånd, ägs av Svenska skulder- och armbågssektionen. Registren kommer årligen att återrapportera till deltagande kliniker.

Registerhållare för axelartroplastikregistret är ortopedkliniken vid Danderyds sjukhus, för armbågsartroplastikregistret ortopedkliniken vid Centrallasarettet i Västerås.

*Hans Rahme*  
överläkare, Akademiska sjukhuset,  
Uppsala; sekreterare SSAS

*Björn Salomonsson*  
avdelningsläkare,  
Danderyds sjukhus

*Michael Jacobsen*  
överläkare, Västerås lasarett