

Ensidigt tänkande inom barnpsykiatri

Helhetsbilden av barnet i familjen riskerar att förloras

Den snabba utvecklingen inom genetiken, hjärnforskningen och spädbarnsforskningen påverkar synen på psykisk utveckling och psykopatologi [1-3]. Alltmer betonas interaktionen mellan omvärldens och individens utveckling, mellan biologi och psykologi [4, 5]. Affekterna och de omedvetna processerna får en central betydelse [6, 7]. Traditionella och förenklade motsatsställningar faller bort, t ex de mellan soma och psyke och mellan arv och miljö [8, 9].

När den kartesianska uppdelningen mellan kropp och själ överges förändras perspektivet på »hjärnsjukdom» och »hjärnskada». Eftersom psykologiska och emotionella processer också är processer i hjärnan blir det i många – men inte alla – fall av psykisk störning eller sjukdom irrelevant att försöka utnämna endera psykologiska eller biologiska faktorer som primära.

Man kan hoppas att psykiatri nu finner goda skäl att överge det ensidiga tänkande som reducerar psykiska processer till något sekundärt till fysiologin, och att det ensidiga psykologiserandet överges inom det psykodynamiska området.

Särskilt för barnpsykiatrierna borde ett interaktionistiskt synsätt vara en självklarhet [10-12]. Det bör avspeglas i en diagnostik som låter de två perspektiven, det biologiska och det psykologiska, vara komplementära. Särskilt angeläget blir det nu när barnpsykiatri börjar ta sin viktiga plats i fråga om störningar i spädbarns- och småbarnsåldern, ett område som ännu inte omfattas av något diagnossystem [13, 14].

Traditionellt sjukdomstänkande

Psykiatrisk diagnostik, även DSM-systemet (och ICD, som inte närmare berörs här), har kritiserats från veten-

skapsteoretisk synpunkt [15-17]. Det traditionella sjukdomsbegreppet är ett arv från 1800-talet som fortfarande påverkar psykiaternas tänkande. Det är en outtalad premiss också för DSM-systemet, även om de ännu ofullgångna försöken att skapa ett multiaxialt system pekar framåt mot mer av helhets-syn [18].

Sjukdomsbegreppet utmärks av att det utgår från en somatisk etiologi hos den individuella patienten. Uppmärksamheten dras bort från ett sammanhang med andra människor och miljön. Därmed skymms en insikt som var central för både Hippokrates och Virchow och som lyfts fram i modernt handikapptänkande, nämligen att symtom och handikapp är uttryck för ett missförhållande mellan individens kapacitet och hans omgivning.

Vidare utgår det traditionella sjukdomsbegreppet från den ålderdomliga kropp-/själdualismen, ofta också från en enkelriktad kausalitet från fysiskt till psykiskt. Även det mekaniskt linjära orsakstänkande, som sjukdomsbegreppet utgår ifrån, är både problematiskt och föråldrat. Det passar illa för vår nutida uppfattning om människan som en del i komplexa, dynamiska och icke-linjära system [5, 10].

Också av andra skäl gäller det att se upp med vad man definierar som »medicinska» problem. Eftersom det är lättare för politiker och allmänhet att betala till medicinska problem än till »sociala» ökar efterfrågan på medicinska diagnoser när svångremmen skall dras åt. Samtidigt ökar tillgången på olika medicinska diagnoser i takt med att psykiatri blir alltmer specialiserad.

Reviret vidgas för en del men krymper för andra

De psykiatriska diagnoserna kan på grund av sina inbyggda »tysta» antaganden förleda till att man reducerar sammansatta psykologiska, sociala och biologiska hjälpbehov till psykiatriska tillstånd [17]. Användningen av såväl neuropsykiatriska diagnoser som begreppet depression är aktuella exempel. Det bidrar till att barns utveckling och beteende medikaliseras, och därmed till en allvarlig felutveckling av barnpsyki-

Sammanfattat

- Pendeln har svängt inom barnpsykiatri: det tidigare ensidiga psykologiserandet har ersatts av ett ensidigt »biologiserande». Barnpsykiatri riskerar därmed att alltmer psykiatisera barns och familjers problem.
- De dualistiska uppdelningarna mellan kropp och själ, biologiskt och psykologiskt, arv och miljö, har varit en tung barlast bl a för helhets-synen på patienten/familjen.
- Vi behöver både en deskriptiv, nosologisk diagnostik och en psykodynamisk, utvecklingsinriktad diagnostik. Den senare är nödvändig för att göra rättvisa åt patientens subjektiva, inre värld och betydelsen av sammanhanget med andra människor.

atri. Här finns en inte oviktig maktaspekt: reviret vidgar sig för läkarprofessionen och läkemedelsindustrin – det psykiatriindustriella komplexet – men krymper för psykologer, pedagoger och andra aktörer.

Det traditionella sjukdomstänkandet, som i DSM, döljer de subjektiva aspekterna. I positivistisk-empiristisk tradition fokuseras beteendet. Men varje människa, hur (hjärn-)skadad hon än må vara, har en inre värld som psykiatri måste respektera. Diagnostik och behandling som utifrån beteende och biologiska faktorer inriktar sig på enbart »objektiva» symtom blir en ytlig hantering. Vare sig lidandet rubriceras som emotionell störning eller som dysfunktion i hjärnan är ett viktigt mål att hjälpa patienten att nå en så hygglig balans som möjligt mellan önskligheter och realitet. Att förstå det subjektiva upple-

Författare

MAGNUS KIHLMBOM

barnpsykiater och psykoanalytiker; f d överläkare vid Ericastiftelsen, Stockholm.

E-post: magnus.kihlbom@swipnet.se

Barnets relation till omgivningen spelar en avgörande roll för hur en emotionell störning kommer att utvecklas.

Målningen, av Paul Mathey (1844–1929), med titeln »Interior with women and a child», finns vid Musée d'Orsay, Paris.

vandet är en nödvändig förutsättning för att nå detta mål.

Problematisering etikettering

En diagnos är otillräcklig, säger Michael Rutter, för att beskriva ett individuellt barn, eftersom den inte säger något om hur barnet skiljer sig från andra barn i fråga om andra problem och egenskaper. Om diagnoser är värdefulla eller inte beror på hur de är konstruerade och, inte minst, på om de används på rätt sätt, nämligen för att peka på vad som bör göras: »Therein lies the art as well as the science of classification» [19].

När det gäller småbarnsåren finns tydliga problem förknippade med den etikettering som diagnoser innebär. Dels är prediktiviteten låg, dels berör diagnosen bara någon eller några aspekter av den utveckling som så tydligt är beroende av många olika förhållanden. Framför allt utesluts barnets relation till omgivningen, som spelar en avgörande roll för hur tillståndet kommer att utvecklas. Diagnosen kan också lägga grunden till en självuppfyllande profetia [20]. Av utrymmesskäl kan jag inte här kommentera de både positiva och negativa psykologiska följder som diagnosen kan ha för både barn och föräldrar [21-23].

Olika typer av diagnos

- **Den etiologiska, förklarande diagnosen** anger en sjukdom med känd orsak och prognos, t ex diabetes eller posttraumatiskt stressyndrom. Den är kausalt orienterad, traditionellt till en påvisbar somatisk faktor (obduktionen ger facit), och anses ofta som den mest eftersträfvansvärda.

Men det är inte säkert att den är den bästa, av bl a tre skäl [19]: För det första är barnpsykiatriska tillstånd ofta multifaktoriella, för det andra kan en specifik »medicinsk» orsak ge upphov till sinsemellan olika tillstånd, för det tredje styrs behandling och prognos ibland av andra faktorer än etiologin.

- **Syndromdiagnosen** anger ett välvärgränsat och typiskt tillstånd där prognosen är känd men orsaken okänd eller bara delvis känd. Exempel är reumatoid artrit, manodepressiv psykos, typisk Asperger, typisk autism.

- **Symtomdiagnosen** anger däremot symtom eller beteenden vilkas orsak och prognos i stort sett är okända. Exempel är »autism/Asperger-spektrum», ADHD, DAMP.

DSM-systemet är till stor del baserat på symtomdiagnoser. I Sverige kan vi stoltsera med att vi använde ett sådant diagnosystem redan för 150 år sedan, nämligen diagnoslistan på Danvikens Hospital som bestod av de fyra diagno-

Nya perspektiv som kräver breddning av diagnostänkandet

Interaktionistiskt synsätt:
Hjärnan och psyket utvecklas i samspel med omgivningen.

Affekternas betydelse:
Den emotionella utvecklingen är integrerad med den kognitiva och neurofysiologiska utvecklingen.

Processer i hjärna och medvetande
är till största delen omedvetna.

Gamla motsatsställningar försvinner, som kropp/själ, biologi/psyke, arv/miljö.

Sjukdomsbegreppet

Bara skenbart ateoretiskt – implicerar en somatisk etiologi och fokuserar den individuella symtombäraren.

Utgår från den ålderdomliga kropp-själdualismen, ofta också från en enkelriktad kausalitet från fysiskt till psykiskt.

Använder ett mekaniskt linjärt orsakstänkande.

Implicerar en mestadels fiktiv gräns mellan sjuk och friskt, abnormt och normalt.

Reducerar sammansatta biologiska, psykologiska och sociala problem till psykiatriska tillstånd.

Komplementära typer av diagnos (ingen duger som enda typ av diagnos!)

Etiologisk diagnos respektive syndrom- eller symtomdiagnos.

Kategoridiagnos respektive dimensionell diagnos.

Deskriptiv (»objektiv») respektive fenomenologisk (»subjektiv») och psykodynamisk diagnos.

serna Tungsinne, Slösinne, Ursinne och Vansinne.

- **Kategoridiagnoser.** En annan distinktion är den mellan kategoriska och dimensionella diagnoser. Kategoridiagnoser anger en kvalitativ förändring som definierar sjukdom. Antingen har man sjukdomen eller inte, man är antingen sjuk eller frisk. Detta kan avgränsas på många olika sätt: sjuk är den som är sjukskriven eller sjukpensionerad, eller den som uppfyller rättspsykiatriska kriterier för psykisk störning, eller den som har en klart etiologiskt definierad abnormalitet, t ex Downs syndrom, eller uppfyller andra operationella kriterier som t ex DSM-kriterierna.

Men här gäller det att se upp: kanske är den förmodat skarpa gränsdragningen i själva verket godtycklig och diagnosen i stället dimensionell.

- **Den dimensionella diagnosen** anger en risk, en kvantitativ förändring längs ett kontinuum eller en normalkurva. Exempel är hypertoni och fetma, och ADHD, ADD, DAMP och »autism/Asperger-spektrum». Diabetes, för att ta ett annat exempel, kan definieras kategoriskt efter patologiskt anatomiska kriterier för de insulinproducerande cellernas tillstånd, eller dimensionellt efter uppmätt blodsockernivå.

Inom psykiatri är dimensionella diagnoser riskabla på det sättet att psykologiska egenskaper eller karaktärshållningar, som i varierande grad finns hos alla individer, kan definieras som symtom och medfödda abnormtillstånd. Lätt karikerat kan en monoman och intellektualiserande person ges en släng av Asperger, medan den ivrige och otålige slarvern får lite ADHD.

Hur, och av vem, skall gränsen bestämmas? Vad som är normalt respektive patologiskt (ofta i betydelsen önskvärt, inte önskvärt) varierar mellan olika kulturer och olika tidsepoker [24]. Den som har rätten att sätta diagnos har därmed fått en inte obetydlig social makt. Ovetenskapliga skäl, som ekonomiska intressen, moraliska värderingar eller revirintressen, kan påverka definitionen av sjukdom och öka medikaliseringen. Gränsen för hypertoni avgör hur många som kommer att uppleva sig som kroniskt sjuka och hur mycket mer skattebetalarna måste betala till sjukvården och läkemedelsindustrin.

- Ytterligare en distinktion kan göras. **Den deskriptiva diagnostiken** (»Iakta») är typisk för organisk psykiatri och DSM. Här strävar man i god empiristisk tradition efter att tolka så lite som möjligt, att nå hög överensstämmelse mellan olika undersökare och att dela upp de observerade fenomenen i små enhe-

ANNONS

ter/sekvenser. Faktainsamling och teo-ribyggande görs i huvudsak med hjälp av kvantitativa metoder.

Den fenomenologiska diagnostiken (»Förstå») är däremot upplevelse- och helhetsorienterad och förutsätter inle-velse och kommunikation. Den är där-för beroende av tolkarens person, och gäller subjektiv sanning (som inte nöd-vändigtvis blir densamma som den som framkommer med en annan undersöka-re/uttolkare). Kvalitativa metoder är vanliga. Det som är önskvärt, nämligen att använda dessa två typer av diagno-stik som komplementära, är alltså inte en enkel sak.

• *Den psykodynamiska diagnostiken*, besläktad med de föregående, har varit vanlig inom barnpsykiatri. Också den har stora brister. Typiskt är att den byg-ger på ett annat vetenskapsteoretiskt pa-radigm än den gängse psykiatriska dia-gnostiken, bl a i fråga om kausalitet, och står på utvecklingspsykologisk grund, dvs beskriver person (inte sjuk-dom) och processer (snarare än egen-skaper).

Besvärande drag är att det är svårt att validera dess begrepp, att diagnostiken ofta lånar termer från vuxen patologi till barns normala utveckling och att det ofta finns ett alltför stort avstånd mellan teoretiska begrepp med hög abstrak-tionsnivå och den kliniska–empiriska nivån. Ofta blandas fenomenologi och etiologi (man beskriver och förklarar genom att hänvisa till hypotetiska un-derliggande och tolkade processer), vil-ket bäddar för cirkelresonemang och reifiering.

Den goda diagnosen

En god barnpsykiatrisk diagnos bör vara både deskriptiv (t ex DSM) och fe-nomenologisk eller dynamisk. Den skall ge en utvecklingspsykologiskt klargörande helhetsbild av barn och fa-milj, inklusive positiva resurser, vara rela-tions- och systemorienterad och kny-ta ihop iakttagelser och teori.

Diagnostiserandet skall ha karaktär av fortgående process, en »rullande» hypotes som kontinuerligt uppdateras med hjälp av data från olika källor, t ex anamnes, andras rapporter, iakttagelser utanför terapin, testningar och terapi-processens olika aspekter.

Generella brister i DSM-systemet

DSM-IV är för närvarande det ve-dertagna diagnossystemet. Trots sina brister är det förmodligen det bästa av de deskriptiva system som är tillgängli-ga. Min kritik gäller den förenklande användningen av det, framför allt som klinikernas enda sätt att beskriva barn-psykiatriska problem.

DSM-IV, liksom dess föregångare

Generella brister i DSM-diagnostiken

Behavioristiskt: Försummar mentala processer som inte är iakttagbara utifrån.

Risk för reifikation: Teoretiska begrepp antas beteckna faktiska fenomen.

Individcentrerande: Försummar interaktionen mellan individ och omvärld.

Svag validitet: Oklara begrepp och oklart avgränsade tillstånd.

Klassificerar symtom, inte perso-ner: Vilket ofta glöms bort.

Saknar utvecklingspsykologiskt perspektiv: Alltför torftigt för barnpsykiatriska behov.

DSM-III R, avsågs vara »ateoretiskt», utan antaganden om etiologiska fakto-rer. En sådan uppfattning är illusorisk på flera sätt [17, 18, 25]. Ateoretiska klassifikationer existerar inte. »Tysta antaganden» begränsar urvalet av både begrepp och observationer, t ex på så sätt att utifrån icke iakttagbara mentala processer tenderar att exkluderas från diagnostiken.

DSM-IV har sålunda drag av taxo-nomi av biologiska sjukdomar, lokali-serade till en identifierad patient. Så har det också använts av amerikanska för-säkringsbolag [26].

I psykiatrisk praxis glöms ofta bort att systemet skulle vara strikt deskrip-tivt. Mitt intryck är att man ibland hän-visar till det som om det vore en sjuk-domslära. Detta misstag, reifikationen, uppstår när man lockas tro att diagnos-begreppen motsvarar faktiska fenomen i verkligheten [25-28].

Individcentreringen har kritiserats ur evolutionsteoretisk synvinkel. Aspek-ten av anpassning till en kanske patolo-gisk miljö går förlorad om man inte för-söker uppfatta den motivation som symtomen kan ha, deras mening i indi-videns livsvärld [29].

DSM-systemets validitet, både den interna och den externa, har ofta kritise-rats. Cantwell framhåller bl a två svå-righeter. Den höga komorbiditeten i DSM-IV kan vara artificiellt upplåst, bl a genom att en mer valid och klinisk välavgränsad störning har delats upp i ett antal underavdelningar som inte är hierarkiskt relaterade eller ömsesidigt

uteslutande. Vidare kan sättet att av-gränsa kriterierna för kategoridiagno-serna göra att en person har en avsevärd funktionsinskränkning, t ex på grund av både ångest och depression, utan att uppfylla något av diagnoskriterierna [30].

Manualen pekar på begränsningar

I manualen till DSM-IV gör kon-struktörerna själva viktiga påpekanden om systemets begränsningar. Om be-greppet »mental disorder» sägs att det är en olycklig term, som felaktigt anty-der åtskillnad mellan fysiskt och psy-kiskt, och att det varit omöjligt att finna en definition som kan avgränsa begrep-pet på ett adekvat sätt.

Att definiera vad som inte är normalt befanns också svårt. Man bestämde sig för att definiera det som ett psykolo-giskt och/eller beteendemässigt möns-ter som har klinisk betydelse, och som ger upphov till lidande och/eller funk-tionsnedsättning och/eller risk för ska-dor eller frihetsförlust. (Dessa kriterier är uppenbart gummiartade och utgör dessutom ett cirkelresonemang: sjuk-domar är de tillstånd som behandlas av läkare...)

Vidare betonas att DSM-systemet klassificerar symtom, inte personer, och att detta ofta missförstås av kliniker. För kategoridiagnoser formuleras vissa ide-ala krav. Varje diagnostisk kategori skall avgränsa mot det normala och vara homogen, dvs omfatta individer av samma typ. Samtliga kategorier skall vara ömsesidigt uteslutande och till-sammans heltäckande.

Därefter påpekas att diagnoserna i DSM-IV inte uppfyller något av dessa krav. Klinikern bör, säger manualen, vara medveten om att individer kan ha samma diagnos men olika diagnoskrite-rier, att gränssfallen bara kan diagnosti-seras enligt »a probabilistic fashion», och att man därför måste ta reda på mer om individen än det som kriterierna ta-lar om [31].

DSM har utvecklats ur vuxenpsykia-trins nosologier. För barnpsykiatriska behov är det, som enda diagnossystem, alltför torftigt. T ex finns för yngre en-dast ytliga beteendebeskrivningar som trotsyndrom, anpassnings- och upp-förandestörning, medan »personlig-hetsstörning» anses uppträda först från 18 års ålder. Ändå känner vi väl till psy-kologiskt beskrivbara förstadiet redan i tidig skolålder till svåra personlighets-störningar. Att tidigt diagnostisera och behandla just dessa tillstånd är en av barnpsykiatriens viktigaste uppgifter.

En annan viktig uppgift är att uppfat-ta och förebygga förvärrande av rela-tionsstörningar mellan späd-/småbarn och deras föräldrar. Också i sådana av-

seenden är DSM-IV-systemet otillräckligt och inadekvat.

Exempel på diagnosens medikaliserande funktion

I den kliniska användningen av diagnosbegrepp blandar man ofta samman beteende och etiologi. Det bäddar för medikalisering: eftersom beteendet har en diagnostisk etikett antas det bero på en sjukdom. »Depression», »ångest» och »trots» är riskabla sådana termer. Av utrymmesskäl skall jag begränsa kommentarerna till ett par neuropsykiatriska »bokstavsdiagnoser».

Syndromet ADHD ingår, till skillnad från DAMP, i DSM-IV, där det skall vara helt fritt från etiologiska antaganden. Symtomen är avgränsade med hjälp av olika kriterier. DSM-diagnosen ADHD innebär alltså ingenting mera än att barnet uppvisar de symtom som räknas upp i manualen.

Om man tror att DSM-diagnosen innebär att barnet har en särskild sjukdom har man gjort misstaget att reifiera begreppet. Detta misstag ligger bakom många av de kontroverser som finns kring denna diagnos. Själva termen ADHD förleder till detta, eftersom den implicerar »sjukdom»: den första bokstaven D står för »deficit», brist, den andra för »disorder» (dock inte »disease»).

Barkley hävdar en sådan ensidig uppfattning: ADHD är en enhetlig »disorder» med specifika dysfunktioner i hjärnan; dess huvudsakliga »orsak» är mutationer i flera gener som styr dopaminomsättningen i basala ganglierna och prefrontala barken [32]. Mot detta står beskrivningar med olika grad av försiktighet i fråga om etiologi. Enligt ett svenskt s k konsensus skall syndromet ses som ett tillstånd med heterogen symtomatologi och etiologi. Ändå hävdas ensidigt att etiologin är (enbart) genetisk och/eller biologisk [33].

Ett mer nyanserat konsensusuttalande från USA konstaterar däremot att etiologiska antaganden ännu bara är spekulationer, och att det ännu är oklart huruvida syndromet är en »brain disorder» [34]. I en kommentar varnas för det naiva antagandet att samband mellan hjärnfunktion och beteende skulle visa på en primär biologisk störning [28].

Eftersom diagnosen grundas på symtomatiska beteenden betecknar den inte ett enhetligt kliniskt tillstånd. Symtomen kan ju vara tecken på olika slag av störning eller problem, med olika etiologiska komponenter och behandlingsbehov. Även inom de tre undergrupperna i DSM-IV varierar förlopp och bakgrundsfaktorer, varför det är tveksamt om de ens kan kallas syndrom [35, 36]. Diagnoskriterierna försvinner efter uppväxtåren i två tredjedelar eller

Nackdelar hos diagnoser som ADHD och DAMP

Missförstås som namn på faktiska sjukdomar: Förstärker sjukdomstänkandet.

Bortser från psykosociala aspekter och hjälpbehov: Döljer familjens, barnomsorgens och skolans roll.

Bidrar kraftfullt till medikaliseringen: Läkarperspektivet tränger undan pedagogiska, psykologiska och sociologiska perspektiv.

hälften av fallen, vilket inte talar för syndrom och inte heller för enbart genetisk etiologi.

Diagnosens validitet och reliabilitet ifrågasätts ofta [34, 37]. En svårighet är att välja informationskälla för bedömningen av symtom. Beskrivningarna skiljer sig mellan läkare, psykolog, barnet självt, föräldrar och lärare [31]. I Kadesjös studier av neuropsykiatriska störningar i en svensk normalpopulation visades läkarundersökningen fånga mindre än en tredjedel av fallen [38]. Diagnosen baserades på lärarskattningen.

Ett ofta diskuterat problem är den höga komorbiditeten. Många barn med diagnosen ADHD har samtidigt en eller flera andra DSM-IV-diagnoser, t ex depression, ångest- och trotssyndrom [39]. Särskilt besvärar komorbiditeten med uppförandestörning [36]. I Kadesjös studie hade tre fjärdedelar av ADHD-fallen ytterligare en DSM-IV-diagnos och två tredjedelar hade minst två andra diagnoser.

Omsorgsbrist och fattigdom

Sambandet mellan omsorgsbrist – t ex barnmisshandel, sexuella övergrepp, föräldrars missbruk – och DAMP-/ADHD-liknande symtombilder är välkänt bland kliniker. ADHD är vanligare i storstäder och i fattiga områden och har klart samband med familjedysfunktion [36, 40-43]. Syndromet är en inte ovanlig följd av skalltrauma [44].

I en amerikansk undersökning jämfördes tre grupper av barn med respektive ADHD, »sub-threshold» ADHD och icke-ADHD. Bland föräldrarna till barnen med ADHD-diagnos var låg inkomst, missbruk och psykisk sjukdom klart vanligare än i de två andra grupperna [45]. I en annan undersökning var depression, alkoholism och asocialitet vanligare hos föräldrar till barn med

ADHD [46]. I en brittisk studie befanns den barnpsykiatriska diagnosen hyperaktivitet ha ett klart samband med föräldrarnas psykiska hälsa och beteende gentemot barnen [47]. I en amerikansk studie anges ADHD och posttraumatiskt stressyndrom vara de vanligaste diagnoserna hos barn som utsatts för sexuella övergrepp [48]. I en annan hade 32 procent av pojkar som utsatts för sexuella övergrepp diagnosen ADHD, jämfört med 4 procent hos kontrollerna [49].

Ibland bör därför behandlingsinsatserna riktas mot psykopatologin hos föräldrarna snarare än mot barnet [50].

Anmärkningsvärt nog saknas såvitt jag känner till relevanta svenska undersökningar, t ex av sambandet mellan familjesituation och ADHD-diagnosen, eller långtidsuppföljningar av barn som utsatts för övergrepp. I Kadesjös undersökningar diagnostiserades trotssyndrom hos 60 procent av ADHD-fallen men bara 1 procent av kontrollerna. Detta kan vara en varningssignal, eftersom traumatiska övergrepp inte är ovanliga hos barn med trotssyndrom [51].

I de senaste årens amerikanska litteratur beskrivs ADHD-syndromet ofta som ett beteende med både psykosocial och genetisk etiologi, med polygent underlag som varierar längs ett kontinuum i befolkningen. Sådan genetisk/dimensionell variation anses också föreligga vid t ex lässvårigheter [52]. I ett uttalat evolutionsbiologiskt perspektiv ses ADHD-syndromet som en anpassning till vissa miljöer med ibland skadliga faktorer och därför sämre anpassning till andra miljöer [53-55].

Den ovan nämnda undersökningen av »sub-threshold»-fall talade enligt undersökarna för att ADHD bör ses som en dimensionell diagnos [45]. Det ter sig rimligt att förlänga slutsatsen i etiologisk riktning: i likhet med många andra psykiatriska tillstånd är ADHD ett resultat av interaktion mellan genetisk sårbarhet och ogynnsamma erfarenheter. Ibland har den ena och ibland den andra faktorn störst tyngd.

Kritik från svenskt håll

Den i Sverige vanliga diagnosen DAMP har kritiserats på liknande sätt: det är svårt att dra gränsen mellan normalt och stort beteende, alla komponenterna finns sällan samtidigt hos samma barn, fallen har inte gemensam prognos (alltså är det inte ett syndrom) och det finns ingen orsaksfaktor som är gemensam.

Förutom en mer preciserad beskrivning av de motoriska svårigheterna finns föga skillnad gentemot det gamla och hårt kritiserade begreppet MBD [36, 56]. Rydellius har påpekat att

DAMP, förutom uppförandestörningar, fångar in också senmognad, lätt retardation, kognitiva svårigheter och inlärningsproblem samt trotssyndrom [57]. Komorbiditeten med trotssyndrom anges vara av samma storleksordning som i ADHD-fallen [38].

Att den ensidigt biologiska uppfattningen av de neuropsykiatriska diagnoserna har blivit etablerad visas av att åtminstone ett av de stora försäkringsbolagen i Sverige marknadsför sig enligt följande: »Fam-
 miljeskyddet ger ditt barn ersättning för ett flertal sjukdomar som påverkar barnets motoriska, emotionella eller talutveck-

En medicinsk kommentar till denna artikel kommer att publiceras i ett senare nummer av Läkartidningen.

ling, som till exempel DAMP, dyslexi, Aspergers syndrom och autism. Sådana sjukdomar som normalt är undantagna eftersom de är medfödda» [58].

Ingen diagnostik av systemet

Modern hjärnforskning, genetisk forskning och spädbarnsforskning visar att hjärnan utvecklas i emotionellt och kognitivt samspel med omvärlden och bara kan förstås inom ramen för denna interaktion. Neurologiska och kognitiva funktioner är alltså sammanflätade med och beroende av emotionella funktioner. Ensidig neuropsykiatrisk diagnostik som inte tar hänsyn till psykologiska och sociala faktorer är, precis som ensidigt psykologiserande eller ensidigt socialt inriktad diagnostik, dålig diagnostik. Med Eric Taylors ord:

»It would be naively reductionist to decide that a biological association of disorders is somehow more fundamental than a psychological, and that biological tests will necessarily take precedence in investigation and formulation» [36]. Man kan se en ensidigt biologisk inriktning, t ex i det tidigare nämnda svenska konsensusuttalandet om DAMP/ADHD, som en pendelsvängning från ett tidigare ensidigt psykologiserande. Vetenskapligt sett är den emellertid en återvändsgränd och i den praktiska verksamheten leder den lätt till att man fokuserar intyg och formella diagnoser och förbiser psykologiska och sociala hjälpbehov.

I vår tid hetsas barn av överstimulans och prestationskrav. Samtidigt blir individualiserad hjälp till skolbarn alltmer sällsynt, och proportionen mellan vuxna och barn blir alltmer ogynnsam i såväl daghem och skola som fritidsverksamhet. Dessa verksamheter kan beskrivas som ett systematiskt belast-

ningsprov som obönhörligt avskiljer en allt större andel av den växande befolkningen. Diagnosen ställs på barnen, men inte på det system som barnet är beroende av [59].

Den omvända diagnosriktningen, som riktas till patologi i systemet snarare än till individuella symtombärare, exemplifieras i Linnés beskrivning av Falu koppargruva. Arbetarna tog med sig kanariefåglar ned i gruvan. De skulle varna för den fruktade gruvgasen. När fågeln sjöng svagare var det dags att packa ihop verktygen. När den slutade sjunga skulle man genast stiga upp i friska luften och när den trillade av pinn gällde det att springa för livet.

Ett liknande misstag gjordes för bara ett par generationer sedan. Då gällde diagnostiken svagbegåvning och mental retardation, vars etiologi uppfattades som väsentligen genetisk. Argumenten för steriliseringsåtgärder övergavs först när det för alla var uppenbart att den vanligaste etiologin utgjordes av fattigdomen, som ju också den var »ärfelig» [60].

Referenser

- Kandel E. A New intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-69.
- Damasio AR. Descartes misstag. Känsla, förnuft och den mänskliga hjärnan. Stockholm: Natur och Kultur, 1999.
- Trevarthen C. Brain development, infant communication, and empathy disorders: intrinsic factors in child mental health. *Dev Psychopathol* 1994; 6: 597-633.
- Bechara A, Damasio H, Damasio A. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex* 2000; 10(3): 295-307.
- Rutter ML. Psychosocial adversity and child psychopathology. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 480-93.
- Rutter M, Dunn J, Plomin R, Simonoff E, Pickles A, Maughan B et al. Integrating nature and nurture: implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1997; 9: 335-64.
- Dawson G, Hessel D, Frey K. Social influences on early developing biological and behavioral systems related to risk for affective disorder. *Dev Psychopathol* 1994; 6: 759-79.
- Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA. Introduction. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA, eds. *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994: 1-15.
- Rutter M. Taxonomic aspects of developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology*. New York: John Wiley, 1995: 547-622.
- Frances AJ, First MB, Widiger TA, Miele GM, Tilly SM, Davis WW et al. An A to Z guide to DSM-IV conundrums. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 497-512.
- Jensen PS. Commentary: the NIH consensus statement: win, lose, or draw? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(2): 194-7.
- Jensen PS, Hoagwood KY. The book of

names: DSM-IV in context. *Dev Psychopathol* 1997; 9: 231-49.

- Gillberg C. Nordisk enighet om DAMP/ADHD. Aktuellt dokument sammanfattar dagens kunskap. *Läkartidningen* 1999; 96: 3330-1.
- NIH consensus development program. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. NIH consensus statement online 1998; 16(2): 1-37: http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_statement.htm
- Achenbach TM. Developmental issues in assessment, taxonomy and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology*. New York: John Wiley & Sons, 1995: 57-80.
- Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(8): 976-84.
- Pfiffner LJ, McBurnett K, Lahey BB, Loeber R, Green S, Frick PJ et al. Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with ADHD. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(6): 881-93.
- 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(12): 1672-9.
- Ström L. Småbarnsålderns neuropsykologi. Stockholm: Universitetsförlaget, 1997.
- Kärfve E. DAMP – en fantasiprodukt. *Pedagogiskt Magasin* 2000 (2): 43-7.

I Läkartidningens elektroniska arkiv (<http://ltarkiv.lakartidningen.se/>) är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

Summary

One-sided diagnostic thinking a danger to child psychiatry

Magnus Kihlbom

Läkartidningen 2000; 97: 4704-10.

From the perspective of contemporary neurobiology, genetics and developmental psychology, the traditional psychiatric diagnostic system DSM-IV is out of date. It is based on a 19th century medical model of disease with an untenable dualistic view of brain, mind and body, a mechanistic concept of causality, and reification of diagnoses.

This makes DSM inadequate for the clinical child psychiatrist who needs a holistic view of the child, its family and social environment.

Correspondence: Magnus Kihlbom, Törnrosvägen 20, SE-181 61 Lidingö, Sweden.
E-mail: magnus.kihlbom@swipnet.se