

Tvårvetenskaplig konferens om DAMP/ADHD angelägen

Ett korrekt ställningstagande till de s k bokstavsd diagnoserna är så pass viktigt att det nya Vetenskapsrådet bör ordna en tvårvetenskaplig konferens där bl a kriterier utarbetas för en diagnos som kan vara relevant för 1–2 procent av alla skolbarn. Från barnets och samhällets synpunkt finns starka skäl för strikta diagnoskriterier och att undvika medikalisering. Barn som inte är handikappade eller sjuka skall erbjudas annan hjälp utgående från nyanserade funktionsbeskrivningar av de aktuella svårigheterna. Symptomen i bokstavsd diagnoserna kan vara relaterade till den neurologiska funktionen men vid utredningen krävs en insikt i att dessa också påverkas av miljöfaktorer och barnets utvecklingsnivå.

Författare

JAN-OLOV LARSSON

med dr, specialläkare i pediatrik samt barn- och ungdomspsykiatri

PER-ANDERS RYDELIUS

med dr, professor i barn- och ungdomspsykiatri

ROLF ZETTERSTRÖM

med dr, professor emeritus i pediatrik, chefredaktör för Acta Paediatrica; samtliga verksamma vid Karolinska institutet, Stockholm.

■ Ett flertal ämnesområden är aktuella vid en tvårvetenskaplig konferens om HKD/ADHD/DAMP såsom:

- Vilken validitet har begreppet DAMP i relation till ADHD och HKD? En belysning ur medicinskt, psykologiskt, sociologiskt och pedagogiskt perspektiv.

- Vilka är fördelarna och nackdelarna med att använda strikta diagnoskriterier sett ur individens, familjens och samhällets perspektiv?

- Vilka är fördelarna och nackdelarna med centralstimulerande behandling på kort och lång sikt?

- Vilka åtgärder behövs i skolan för att minska problemen för barn med svårigheter?

- Vilka diagnoskriterier skall tillämpas inom vuxenpsykiatrin?

Kärfves bok om DAMP

Kärfves bok »Hjärnspöken. DAMP och hotet mot folkhälsan« [1] har debatterats intensivt och ibland ganska hetsigt. Kontroversen kan delvis bero på att sociologen Kärfve har en samhällsvetenskaplig grundsyn under det att många av hennes vedersakare tillhör det medicinska etablissemangen. Hon använder dess-

utom i sin bok ett i vårt tycke onödigt raljant och polemiskt språk som kan uppfattas sårande och som kan göra att det vetenskapliga budskapet förbises.

Av olika skäl har också föräldragrupper vänt sig mot Kärfves slutsatser. En delvis upprörd diskussion, som åter speglar de två synsätten »sociologism« och »biologism«, har förts bl a i Sveriges Radio och i Svenska Dagbladet. Oviljan till att sammanjämka de motstridiga synpunkterna inom detta område, som är synnerligen betydelsefullt för en mängd barnfamiljer, är olycklig.

Tre viktiga frågor

Tre viktiga frågor behandlas i Kärfves bok. För det första beskrivs tendensen att medikalisera (definierat som att den medicinska vetenskapen utvidgar sina gränser) sådant mänskligt beteende, som inte helt följer det som är önskvärt eller vedertaget.

Sedan jämförs innebörden av olika bokstavsd diagnoser såsom den svenska benämningen DAMP (Disorder of Attention, Motor function and Perception) med de internationella beteckningarna MBD (Minimal Brain Dysfunction), AD-HD (Attention Deficit-Hyperactive Disorder) [2–4]. I ett tredje avsnitt framhåller Kärfve att DAMP-begreppet bör utmönstras eftersom det är diffust och saknar vetenskaplig grund.

Kritik mot medikalisering

Sociologen Kärfve kritiserar att vissa mänskliga beteenden medikaliseras, och att en stor grupp barn och vuxna därigenom riskerar att stämpas som belastade med »dolda handikapp«. Dessa synpunkter om medikalisering är inte nya.

Som exempel kan nämnas att Conrad och Schneider som 1980 (2:a upplagen 1992) [5] ur ett historiskt–sociologiskt perspektiv påpekar att inte endast hyperaktivitet hos barn utan också flera andra beteenden hos vuxna av och till blivit medikaliserade. De beskriver också hur beteenden kan avmedikaliserats, ett exempel som ges är homosexualitet som »avmedikaliserats« och inte längre betraktas som sjukdom eller handikapp.

Varför medikaliseras ett beteende?

Conrad och Schneider menar att det finns regelbundna mönster i medikaliseringsprocessen och att sådana mönster kan studeras ur ett sociologiskt–interaktionistiskt perspektiv. Fokus ligger då på att beskriva varför ett beteende medikaliserats och vilka som ligger bakom en sådan process. Påståenden om att vissa mänskliga beteenden beror på psykiska defekter eller sjukdom har ofta haft en stark genomslagskraft efter det att de lanserats.

Välkända forskare har med stor målmedvetenhet informerat kolleger och allmänhet om sina hypoteser och iakttagelser. Därefter har politiker, intresseorganisationer eller kommersiella företag anslutit sig till de framförda budskapen i avsikt att göra en egen insats eller för att själv vinna fördelar. Media bidrar också med att sätta igång en upplysningslavin. Som en följd riskerar därför ett antal människor att få handikappdiagnoser utifrån ett svagt vetenskapligt underlag och riskerar därigenom framtida problem på arbetsmarknaden och att få ett försämrat försäkringsskydd.

Andra negativa effekter av medicinska diagnoser kan vara att individens egen möjlighet att ta ansvar för sin situation minskar och att skulden för sociala problem läggs på individen själv där levnadsomständigheterna inte beaktas.

Conrad och Schneider menar också att allmänheten jämfört med företrädare för professionen i allmänhet inte »hängar med« i uppfattningen om att ett visst beteende, exempelvis hyperaktivitet, beror på sjukdom.

Lanseringen av DAMP-begreppet

Kärfves bok innehåller en sådan sociologisk–interaktionistisk beskrivning av DAMP-begreppet, där hon beskriver hur det lanserats. I Sverige går beteckningen tillbaka till 1940-talets hjärnskade-

diskussion som förklaring till att vissa barn var oroliga och okoncentrerade. Tillståndet benämndes »generellt lesionellt syndrom«, ett uttryck som byggde på uppfattningen att orsaken var en strukturell eller funktionell hjärnskada [6].

Eftersom denna beteckning dock ansågs ge intryck av att skadan var svår, något som inte gick att påvisa, ersattes den på 1960-talet av det från USA hämtade begreppet MBD [7]. I Sverige framförde redan 1978 Bengt Sandberg saklig kritik mot MBD-begreppet [8]. Benämningen väckte också snart kritik i USA eftersom den alltför påtagligt betonade att hjärnfunktionen var nedsatt. Den övergavs därför 1980 och ersattes i det amerikanska psykiatriska diagnosregistret (DSM-III) med beteckningen ADD [9], vilken dock 1987/1994 ändrades till ADHD [10] (DSM-III-R)–(DSM-IV) [3]. 1992 övergavs också MBD-diagnosen i WHO:s sjukvårdsklassifikation ICD-10 [2].

MBD ersattes av DAMP

Även i Sverige har MBD-begreppet använts i allt mindre utsträckning men har istället på många håll ersatts med begreppet DAMP, i stort sett synonymt med MBD (1). Det nya svenska namnet föreslogs av Gillberg och Rasmussen i Göteborg, efter det att de i slutet av 1970-talet genomfört en undersökning av barn, som vid skolstarten visade tecken på oro och inlärningssvårigheter [11]. Den föreslagna benämningen förefaller att ha accepterats snabbt i Sverige och Danmark men inte i andra nordiska länder och övriga omvärlden. Med denna nya bokstavsdiagnos betonades att barnen var motoriskt fumliga förutom att de var ouppmärksamma och hade dålig koncentrationsförmåga. DAMP innebär alltså att ett neuromotoriskt symptom kombinerat med ett »beteendehandikapp«.

Nytt folkhälsoproblem

Utifrån sitt kritiska perspektiv på medicaliseringen av avvikande beteenden hos barn påpekar Kärfve att en allmän tillämpning av DAMP-begreppet som medicinsk diagnos innebär att vi får ytterligare ett stort folkhälsoproblem. Flera exempel finns på att de kriterier, som används för DAMP ger hög prevalens och innebär att många barn skulle anses lida av en närmast kronisk sjukdom, som fordrar medicinsk behandling.

Ett exempel är att 10,7 procent av 6–7-åringar i en epidemiologisk studie i Mariestad uppfattades ha »neurodevelopmental disorder/neurological disorder – hälften av dessa barn ansågs ha DAMP (5,3 procent) [12]. (Vad vi förstår går det

utifrån publicerade data i denna studie att extrapolera till betydligt högre prevalenstal om de barn inkluderas som ingick i kontrollgruppen och också erhöll en diagnos).

Diagnoskriterier

Eftersom det inte finns någon objektiv testmetod eller annan undersökning som skiljer mellan dem som har eller inte har DAMP/ADHD kan mer eller mindre strikta diagnoskriterier användas. Att dessa påverkar prevalensen har visats i en studie av 3 069 kinesiska skolpojkar där 0,78 procent uppfyllde kriterier för

Trots den kritik som riktats mot MBD/DAMP-begreppet, såväl i vårt land som internationellt, försvaras det ihärdigt av många. Vår uppfattning är att MBD/DAMP-begreppet inte behövs och att det är bättre att även i Sverige konsekvent använda internationellt gångbara diagnoskriterier.

HKD och 8,9 procent för ADHD enligt DSM-III-R. Författarnas slutsats var att »hence ADHD may be an over-inclusive category« [13]. På liknande sätt varierar prevalensen av ADHD mellan olika undersökningar från 4–19 procent beroende på hur strikt kriterierna tillämpats [14].

Underlaget för DAMP-begreppet

Kärfve granskar kritiskt det underlag, som användes för att konstruera DAMP-begreppet. Hon påpekar det stora och selektiva bortfallet vid datainsamlingen och att könsfördelningen var annorlunda i den undersökta gruppen jämfört med kontrollgruppen. Hon påpekar vidare att DAMP-begreppet är så pass diffust att det inte är kan vara svårt att bedöma vad som är normalt respektive avvikande eller vad som är uppmärksamhets- respektive uppförandestörning (tex aggressivi-

tet). Dessa förhållanden kan vara förklaringen till den ogynnsamma prognosen vid 22 års ålder för mer än hälften av de sjuåringar, som fick DAMP-diagnos [15].

Ödmjukhet om den enskilda prognosen

Även om det går att visa ökade risker tex för psykosocial ohälsa på gruppnivå för barn och ungdomar med ett visst beteendeproblem måste man vara ödmjuk inför svårigheterna att uttala sig om prognosen i det enskilda fallet. Som exempel kan nämnas Gustav Jonssons och Anna-Lisa Kälvestens undersökning av 222 Stockholmspojkar i mitten av 1960-talet där 25 procent ansågs vara i behov av psykiatrisk behandling. I annat fall löpte de risk för att få bestående svårigheter.

Att denna slutsats var felaktig visade 18-årsuppföljningen eftersom de flesta av »riskbarnen« blev socialt välanpassade. Endast de, som vid första undersökningen hade ett oroligt och utagerande beteende och som vuxit upp i psykosocialt belastade hem, hade bestående svårigheter [16].

Ett annat exempel på svårigheterna att identifiera riskbarn är de metodproblem som finns vid screening av beteendeproblem tex ADHD och DAMP [17].

Kärfve uttalar sig kritiskt om den DAMP-screening som sker på många barnavårdcentraler. Denna kritik liknar vad som framförs i det aktuella »state of the art«-dokumentet om barnhälsovården [18], där man sammanfattar: »screenings or investigations with particular focus on ADHD/DAMP are offered in many parts of the country. In the case of this deviation, however, there is no scientific evidence in support of screening«.

ADHD istället för DAMP?

Trots den kritik, som riktats mot MBD/DAMP-begreppet såväl i vårt land [19] som internationellt [20], försvaras det ihärdigt av många. Vår uppfattning är att MBD/DAMP-begreppet inte behövs och att det är bättre att även i Sverige konsekvent använda internationellt gångbara diagnoskriterier.

Som ovan beskrivits är inte heller ADHD-begreppet oproblematisert eftersom samma diagnoskriterier i praktiken kan tillämpas på helt olika sätt och ge helt olika prevalenssiffror.

Etiologin till ADHD inte säkerställd

Etiologin till ADHD är inte heller säkerställd trots intensiva forskningsinsatser. Redan 1977 föreslogs den s k dopaminhypotesen [21] och hypotesen har fått ett allt större intresse [22]. Dopaminhypotesen anses stödjas bland annat genom studier som visar att vissa barn med

ADHD-diagnos vid neuroradiologiska undersökning har mindre frontallöber och lillhjärna jämfört med kontroller [23] och av funktionella MRI-studier (magnetic resonance imaging) som tyder på att vissa fronto-striatala funktioner är förändrade [24].

Frågan om kausalitet kan dock inte besvaras för närvarande, då både symptom och förändringar i hjärnan även kan förklaras av sen mognad och utveckling eller ha samband med stressande faktorer i miljön. Longitudinella studier behövs t ex för att visa om de påvisade strukturella förändringarna är bestående eller övergående, eftersom longitudinella MRI-studier av hjärnans tillväxt hos friska barn och ungdomar, av t ex corpus callosum, visat »extremely high variability of the size of the CC during development« [25].

Mognadshypotesen för MBD

Mognadshypotesen har beskrivits för MBD av Rutter (1984): »Throughout the literature on 'MBD', and on hyperactive or learning disorders more generally, there is frequent reference to concepts of 'maturational lag' or 'developmental delay'. (...) It seems reasonable to regard some of the more extreme forms of developmental delay as no more than very marked exaggerations of this general trend for children to mature at different rates« [26].

Den biologiska klockan kan gå med olika hastighet hos olika individer. Flickor utvecklas snabbare än pojkar, vilket innebär att en flicka vid skolstart kan ha samma sociala och intellektuella utveckling som en nästan 2 år äldre pojke [27]. Denna olikhet kan vara en av orsakerna till att oro och ouppmärksamhet vid skolstarten är mycket vanligare bland pojkar än flickor och till att minst två tredjedelar av alla barn med ADHD är pojkar. Aktuella svenska resultat från studier av ADHD med tvillingmetodik ger visst stöd för mognadshypotesen [28, 29].

Många barn är ännu inte skolmogna vid 7 års ålder. I vårt nuvarande skolsystem sammanförs barn med olika mognad i stora grupper. Lärarna ställs därför inför svårigheter som är besvärliga att lösa. Vissa elever, som inte kan följa undervisningen, blir frustrerade och oroliga. Förutom att lärarna måste undervisa elever med en mognadsålder som varierar mellan 5 och 9 år är de också skyldiga att ta hand om dem som har speciella inlärningssvårigheter.

En lärare i en integrerad 6:e klass kan tvingas utöva alla de funktioner, som tidigare fullföljdes av förskole-, särskole- och speciallärare samt av lågstadie-, mellanstadie-, högstadie-, eller gymna-

sielärare. Om ambitionen ska förverkligas att integrera alla barn måste klasserna bli mindre och antalet specialutbildade lärare ökas.

I detta sammanhang kan också nämnas att »överbegåvade« barn kan ha skolsvårigheter till följd av dålig uppmärksamhet, som kan försvinna om barnen får hoppa över en eller två klasser. Symtomen har berott på att barnen varit understimulerade [30, 31]. Barn, som är överstimulerade eller lider av sömnbrist, oro och ångest betar sig i många avseenden på samma sätt som barn med ADHD.

Sambandet med hemmiljön

Hemmiljön har i flera studier visats ha samband med de symptom som ingår i kriterierna för ADHD [32-35]. Att detta är ett aktuellt ämne visas av att huvudtemat för decembernumret 2000 av tidskriften *Journal of Abnormal Child Psychology* handlade om hemmiljöns betydelse: »Child and family characteristics as predictors and outcomes in the multimodal treatment study of ADHD.«

Eftersom hyperaktivitet är så vanligt förekommande i befolkningen kan symptomen också förklaras ur ett evolutionsbiologiskt perspektiv och som t ex anpassning till en tidigare livsmiljö i jägar-samhället [36].

För närvarande är det således motiverat att instämma i konsensusuttalandet från 1998 vid National Institutes of Health i USA: »Finally, after years of clinical research and experience with ADHD, our knowledge about the cause or causes of ADHD remains speculative. Consequently, we have no strategies for the prevention of ADHD« [36].

Restriktivitet med amfetaminbehandling

Frågan om behandling med centralstimulerande medel har också diskuterats i den pågående DAMP-debatten. Det råder i Sverige oenighet om indikationerna för behandling och om antalet svenska patienter som behandlas bör öka eller ej. I USA beräknades 1995 att 3-4 procent av alla barn mellan 5-14 år fick centralstimulerande medicinering [36], och i en nyss publicerad populationsbaserad undersökning framkom att 7,3 procent av 9-16-åringar fått sådan medicinering vid något tillfälle under en fyra-årig uppföljningsperiod [37]. I Storbritannien där man tidigare haft en restriktiv hållning har antalet barn som får centralstimulerande behandling för HKD/ADHD ökat under senare år [38].

Det är således många barn som får behandling med centralstimulerande medicinering i USA. Flera rapporter beskriver också de praktiska problemen som finns att följa rekommendationerna för

behandling. »About 50% of children with identified ADHD seen in real-world practice settings receive care that corresponds to guidelines of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry« [39]. I den ovan citerade populationsbaserade undersökningen i USA gavs också behandlingen »in ways substantially inconsistent with current diagnostic guidelines« [37].

I det ovan nämnda NIH-dokumentet skriver man: »Because of the lack of consistent improvement beyond the core symptoms and the paucity of long-term studies (beyond 14 months), there is a need for longer term studies with drugs and behavioural modalities and their combination. Although trials are underway, conclusive recommendations concerning treatment or the long term cannot be made presently« [34].

Denna slutsats om att det saknas studier av medicineringens långsiktiga effekter gäller enligt vår mening även i ljuset av den s k MTA-studien, som visade god effekt av medicinering jämfört med s k multimodal behandling i en 14 månader lång uppföljning [40].

Studier av långsiktiga effekter saknas

Studier saknas av hur centralstimulerande medel på lång sikt påverkar den psykosociala hälsan på lång sikt. Indikationer finns att negativa långtidseffekter kan uppträda på hjärnans receptorer. Således har möjliga samband mellan behandling av ADHD med centralstimulerande medel och senare tobaksberoende och kokainmissbruk påvisats [41]. Det spekuleras också i om det kan ske en potentiering av kokainets effekt hos patienter som behandlats med metylphenidat [42].

Missbruksrisken kommenteras på följande sätt i NIHs konsensus dokument från 1999: »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).«

Oavsett om tillståndet beror på primärt neurobiologiska, utvecklingspsykologiska, pedagogiska eller psykosociala förhållanden och symptomen vid ADHD ytligt sett är desamma är prognos och eventuella behandlingsmetoder helt beroende av grundorsaken.

I allmänhet måste det vara fel att ge ett barn med långsam utveckling centralstimulerande medicinering och därigenom riskera sidoeffekter/biverkningar. Om ett barn med ADHD/DAMP har skolsvårigheter till följd av att vår nuva-

Medlemskapet i Sveriges läkarförbund ger dig möjligheter till rabatter vid bilköp på vissa modeller från SAAB, Opel och Fords. Kontakta en lokal återförsäljare.

Läkarförbundets medlemsförmåner

Förutom den service, såsom juridisk rådgivning och anställningsinformation du kan erhålla via Läkarförbundet kansli, innefattar ditt medlemskap även andra förmåner, exempelvis:

Fritidshus och gästrum

Är du intresserad av en fjällvecka så har vi just nu lediga veckor i januari i förbundets hus i Duved och Edsåsdalen. Läkarförbundet äger också hus och lägenheter i Skanör, på franska rivieran (Haut de Cagnes) och på Gran Canaria (San Agustin). I centrala Stockholm finns trevliga och välutrustade gästrum. Som medlem har du möjlighet att hyra allt detta till förmånliga priser.

Samtliga bokningar görs via Läkarförbundets bokningsenhet, tel 08-790 35 40. Observera att vissa veckor är mer populära än andra och att de snabbt blir fullbokade. Utlottning av stugor sker 6 månader före önskad uthyrningsvecka.



Yrkesförsäkring

Via SalusAnsvar kan du teckna en särskild yrkesförsäkring för läkare, innefattande ansvars- patient och rättsskyddsförsäkring. I försäkringen ingår dessutom ersättning för stulen läkarväska, ersättning vid smitta, överfalls- och massmedieskydd samt krisförsäkring.

Övriga försäkringar

SalusAnsvar erbjuder medlemmar i Sveriges läkarförbund att till fördelaktiga priser teckna grupp- eller enskilda försäkringar omfattande bl a liv, sjuk och olycksfall samt sakförsäkringar för hem, bil, villa, fritidshus m m.

För ytterligare information om försäkringarna kontakta SalusAnsvar tel 0200-87 00 00 alt 0200-87 50 50.

VISA/ID-kort

Genom ett samarbete med FöreningsSparbanken ger förbundet ut ett VISA-kort (betal-kort) samt ett godkänt ID-kort där det framgår att innehavaren är läkare. Kontakta läkarförbundets medlemsregister, tel 08-790 35 70 för ytterligare information.

Medlemslån och billån

Möjlighet finns att teckna medlemslån i följande banker;

Nordbanken, Postbanken, FöreningsSparbanken och Salus Ansvar. Maximalt lånebelopp uppgår till 150.000 kr till rörlig ränta. Aktuella räntor 2000-11-01: 8,00% (SalusAnsvar 7,82%),.

Om du har några frågor, kontakta oss

Växel 08-790 33 03

Medlemsavgifter, a-kassa, adressändringar: Medlemsregistret 08-790 35 70

Prenumerationsärenden, Läkartidningen: Helene Engström 08-790 33 41

Boka stugor och rum: Bokningsenheten 08-790 35 40

Avtal, löner, arbetsvillkor, pensioner: Förhandlingsavdelningen 08-790 35 10

Ansvar, hälso- och sjukvårdsjuridik: 08-790 35 20

Trycksaker, hemsidan, mediefrågor: Informationsavdelningen 08-790 33 00.

Har du frågor till/om de olika yrkesföreningarna, kontakta respektive kansli:

- Medicine studerandes förbund (MSF) 08-790 33 68
- Sveriges yngre läkares förening (SYLF) 08-790 34 35
- Svenska distriktsläkarföreningen (DLF) 08-790 33 91
- Sveriges läkarförbunds chefsförening (SLCF) 08-790 33 51
- Svenska överläkarföreningen (ÖF) 08-790 34 50
- Svenska privatläkarföreningen (SPLF) 08-790 33 30
- Svenska företagsläkarföreningen (SFLF) 08-790 33 86

Rabatt vid köp av bilar

rande skolorganisation är felaktig för detta barn så kan det berättigade i att ta bort denna varningssignal med hjälp av potentiellt vaneframkallande läkemedel ifrågasättas.

Frågan om förskrivning av centralstimulerande medicinering till barn med ett beteende som överensstämmer med någon av de nu använda bokstavsdiagnoserna har i vårt land debatterats ända sedan mitten av 1960-talet då denna behandlingsmetod påbörjades i USA.

En av oss (Rolf Zetterström), som då tillfrågades av dåvarande Medicinalstyrelsen angående det berättigade i att ordinera t ex amfetamin, rekommenderade största möjliga försiktighet. De barn, som kunde komma ifråga borde endast behandlas på regionsjukhus med tillfredsställande resurser i barnpsykiatri, barnneurologi och klinisk farmakologi. Behandlade barn borde följas upp noggrant och utfallet registreras på sådant sätt att resultaten kunde bearbetas vetenskapligt.

Även om vi sedan dess fått vissa belägg för att t ex amfetamin anses förbättra den sensoriska kontrollen av det motoriska systemet, genom att bl a öka frisättningen av dopamin och att liksom kokain förhindra det presynaptiska återupptaget, är många frågor ännu olösta rörande denna terapiform. Då inte heller eventuella risker med eller nytta av långtidsbehandling med centralstimulerande medicinering ännu inte belysts i sin helhet rekommenderas fortsatt restriktiv inställning.

Konklusion

Det är lätt att inse att åsikter kan gå isär beträffande ett tillstånd, som kan ha sin grund i medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala faktorer och där yttringarna kan vara åldersrelaterade.

Kärfves analys och kritik av de undersökningsresultat som legat till grund för DAMP-begreppet bör studeras med respekt, med bortseende från hennes onödigt raljanta och polemiska språk.

Debatten mellan humanister/samhällsvetare och naturvetenskapligt utbildade medicinare bör ersättas av ett samarbete mellan de båda »kulturerna«. Ökade psykologiska och framför allt pedagogiska vetenskapliga insatser är nödvändiga om det skall bli möjligt att förbättra skolutbildningen för alla barn. Samtidigt som det är viktigt att ha ett samhällsperspektiv måste enighet råda om kriterierna för medicinsk diagnos och medicinskt inriktad behandling.

Ett korrekt ställningstagande till de s k bokstavsdiagnoserna är så pass viktigt att det nya Vetenskapsrådet bör ordna en tvärvetenskaplig konferens för att allsidigt belysa de olika frågorna. Aktu-

ell kunskap bör kunna utnyttjas för att utarbeta kriterier för den grupp som har påvisbara neurobiologiska störningar och som sannolikt utgör 1–2 procent av alla skolbarn och för vilka en diagnos kan vara betydelsefull.

Starka skäl finns för strikta diagnoskriterier så att onödigt medikalisering och »stämpling« undviks. De barn, som inte är handikappade eller sjuka, skall erbjudas annan hjälp utgående från nyanserade funktionsbeskrivningar som anpassar krav och förväntningar till det enskilda barnets förutsättningar och förstå. Symtomen, som i hög grad påverkas av miljöfaktorer, måste alltid bedömas ur ett utvecklingsperspektiv

Referenser

- Kärfve E. Hjärnsnöken: DAMP och hotet mot folkhälsan. Eslöv: B Östlings bokförlag Symposion, 2000.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization: from badness to sickness. With a new afterword by the authors. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- Sandberg B. Hyperaktivitetssyndromet. Minimal Brain Dysfunction (MBD) och hjärnskadediagnostik. Kritiska synpunkter. sfph:s monografiserie nr 8. Svenska föreningen för psykisk hälsovård, 1977.
- Gillberg C, Rasmussen P. Perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old children. Neurological screening aspects. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72: 119-24.
- Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and comorbidity. *Dev Med Child Neurol* 1996; 38: 891-906.
- Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL, Bacon-Shone J. The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 486-96.
- Taylor E. Syndromes of attention deficit and overactivity. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994: 285-307.
- Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1424-31.
- Jonsson G, Kälvesten AL. 222 Stockholmspojkar. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1964.
- Larsson JO, Aurelius G, Nordberg L, Rydelius PA, Zetterström R. Screening for minimal brain dysfunction (MBD/DAMP) at six years of age: results of motor test in relation to perinatal conditions, development and family situation. *Acta Paediatr* 1995; 84: 30-6.
- Sundelin C, Håkansson A. The importance of the Child Health Services to the health of children: summary of the state-of-the-art

document from the Sigtuna conference on Child Health Services with a view to the future. *Acta Paediatr Suppl* 2000;89 434 suppl: 76-9.

- Rydelius PA. Bokstavs barn – gengångare från förr med ny beteckning. Liten grupp om sakliga kriterier används. *Läkartidningen* 1999; 96: 3332-8.
- Shaywitz BA, Cohen DJ, Bowers MB Jr. CSF monoamine metabolites in children with minimal brain dysfunction: evidence for alteration of brain dopamine. A preliminary report. *J Pediatr* 1977; 90: 67-71.
- Swanson JM, Flodman P, Kennedy J, Spence MA, Moyzis R, Schuck S et al. Dopamine genes and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev* 2000; 24: 21-5.
- Berquin PC, Giedd JN, Jacobsen LK, Hamburger SD, Krain AL, Rapoport JL et al. Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder: a morphometric MRI study. *Neurology* 1998; 50: 1087-93.
- Casey BJ, Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Schubert AB et al. Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 374-83.
- Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Rapaport JC, Vaituzis AC, Liu H et al. Development of the human corpus callosum during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999; 23: 571-88.
- Rutter M. Issues and prospects in developmental neuropsychiatry. In: *Developmental neuropsychiatry* New York: 1984: 583.
- Steffenson B, Larsson JO, Fried I, El-Sayed E, Rydelius PA, Lichtenstein P. Genetic disposition for global maturity: an explanation for genetic effects on parental report on ADHD. *International Journal of Behavioral Development* 1999; 23: 357-74.
- Schachter NL, Reis SM. The gifted child. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, eds. *Developmental-behavioral pediatrics*, WB Saunders, Philadelphia 1992.
- Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 145-59.
- A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA cooperative group. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-86.
- Lambert NM, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil* 1998; 31: 533-44.

En fullständig referenslista finns på Läkartidningens hemsida: www.lakartidningen.se