

## Osaklig kritik under vetenskaplig täckmantel

Debatten kring DAMP håller på att ändra karaktär. Under Brännpunkt i Svenska Dagbladet [1] har specialistläkare Jan-Olov Larsson samt professorerna Per-Anders Rydelius och Rolf Zetterström framfört kritik mot den långtidsstudie av barn med DAMP som pågått i Göteborg sedan slutet av sjuttioalet. Deras kritik leder till ett ifrågasättande av resultaten av den uppföljning vid 22 års ålder som nyligen publicerats [2]. Kritiken framförs i ganska svepande ordalag men P-A Rydelius har nyligen konkretiserat den [3], vilket underlättar ett bemötande. P-A Rydelius har också tidigare framfört liknande kritik i andra sammanhang [4, 5].

### Författare

PEDER RASMUSSEN

docent i barnneurologi och habilitering, överläkare vid barnneuropsykiatriska kliniken, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

II Göteborgsstudien startade 1977 med att samtliga förskollärare i Göteborg ombads att besvara en enkät för varje sexåring i daghem eller förskola. Enkäten innehöll frågor om barnens utveckling och beteende. Drygt 3 400 formulär besvarades, vilket innebär ett bortfall på 28 procent. I en pilotstudie två år tidigare hade vi testat enkäten, och deltagandet den gången var också 72 procent.

Av barnen hade enligt enkäten 10 procent vissa problem som kunde vara associerade med DAMP och ur denna grupp gjordes ett slumpmässigt urval. Ett slumpmässigt urval av barn till en kontrollgrupp gjordes bland dem som enligt enkäten inte hade några påtagliga problem. Sammanlagt 141 barn genomgick sedan en omfattande undersökning, testning och observation av barnpsykiater, barnneurolog, barnpsykolog och sjukgymnast. Dessa resultat låg till grund för en eventuell diagnos.

Barnen har sedan följts med återkommande undersökningar vid 10, 13, 16 och nu senast 22 års ålder. Den definition av MBD, den tidens benämning för DAMP, som använts i dessa studier är helt och hållet symtombeskrivande och har inte tagit hänsyn till teorier om bakomliggande orsaker.

### Långtidsprognosen ofta allvarlig

Uppföljning av deltagarna i studien när de är 22 år [2] visar att långtids-

prognosen för DAMP i många fall är mycket allvarlig. Nära 60 procent av dem som befunnits ha DAMP som sjuåringar har vid 22 års ålder påtagliga sociala och/eller psykiatriska problem (endera eller flera av: missbruk, kriminalitet, sjukpensionsberoende, allvarlig psykiatrisk diagnos eller personlighetsstörning, autismspektrumstörning) jämfört med 13 procent i kontrollgruppen.

De i DAMP-gruppen med allvarliga problem har dessutom ett större antal problem än de få i kontrollgruppen med problem. Dessa skillnader finns också när man jämför könsvis men skillnaden är större för män än för kvinnor. 24 procent i DAMP-gruppen har svåra alkoholproblem jämfört med 4 procent i kontrollgruppen. Därutöver har hälften i DAMP-gruppen kvarstående uppmärksamhetsbrist och nära 60 procent har läs- och skrivsvårigheter.

### Studien unik i flera avseenden

Denna studie gör självfallet inte anspråk på att visa den slutgiltiga sanningen om långtidsförloppet vid DAMP. Men den är unik i flera avseenden, t ex vad gäller representativitet, uppföljningstidens längd, begränsat bortfall (90 procent av ursprungsgruppen deltog vid 22 års ålder), undersökaren okunnig om vederbörandes grupp-tillhörighet i varje skede av studien, ingen enda hade behandlats med centralstimulantia.

Resultaten av de aktuella studierna finns redovisade i inalles fyra doktorsavhandlingar (Christopher Gillberg 1981, Peder Rasmussen 1982, Carina Gillberg 1987, Lars Hellgren 1994). Till detta kommer den ganska hårdföra granskning som görs inför publikation i

internationella vetenskapliga tidskrifter av de många uppsatser som avhandlingarna innefattar – det handlar här om cirka 25 artiklar.

Den aktuella uppföljningsstudien, som ej ingår i någon avhandling, har publicerats i en mycket välrenommerad vetenskaplig barnpsykiatrisk tidskrift. Den som ändå tvivlar på den vetenskapliga kvaliteten hänvisas till en i dagarna publicerad rapport från Medicinska forskningsrådet [6], nyligen refererad i en debattartikel av Christopher Gillberg i Läkartidningen 1-2/01 (sidorna 72-3).

### Fler pojkar än flickor

P-A Rydelius oroar sig för att DAMP-gruppen innehåller mycket fler pojkar än flickor medan kontrollgruppen har en jämn könsfördelning. Med tanke på att all forskning om barn med ADHD och DAMP visar att pojkar drabbas minst tre gånger oftare än flickor så hade det varit mycket anmärkningsvärt, för att inte säga metodologiskt oroande, om vår strävan att rekrytera en för barn med dessa svårigheter representativ grupp hade resulterat i en grupp med jämn könsfördelning.

P-A Rydelius har framfört att om man nu jämför grupperna rakt av så kan skillnader mellan dem bero på olika könsfördelning snarare än att barnen i den ena gruppen har DAMP och den

*»Den som nu försöker bortförklara resultaten av våra och andras uppföljningsstudier, i stället för att anta den stora utmaning som ligger i att för framtiden försöka minska de negativa konsekvenserna av ADHD/ DAMP, tar på sig ett stort ansvar.«*

*Pojkar drabbas tre gånger så ofta som flickor av DAMP.*

andra inte har DAMP. Självklart har vi i varje skede av undersökningarna jämfört flickor med DAMP med flickor utan DAMP, och pojkar med DAMP med pojkar utan DAMP.

#### **Bortfallet i den första studien**

Vidare har P-A Rydelius noterat att bortfallet i den inledande enkätstudien inte bara var stort (jag vill se den som får forskollärare i landets näst största kommun att frivilligt besvara frågeformulär för 3 400 barn!) utan dessutom ojämnt fördelat med högre bortfall i socialt underprivilegerade områden. I samma områden var frekvenssiffran för DAMP något högre.

Studierna visade att 1,2 procent av sexåringarna i Göteborg hade svår DAMP, och ytterligare 3–6 procent hade DAMP i lätt eller måttlig grad. En uppskattning av hur den ojämna fördelningen skulle kunna påverka frekvenssiffrorna visar att det rör sig om 0,1 procent, alltså en ökning med 0,1 procent. Knappast någon anledning till oro.

#### **Uppförandestörning ingår inte**

P-A Rydelius hänvisar till Eva Kärfve och säger att »DAMP-begreppet är så pass diffust att det inte går att bedöma vad som är normalt respektive avvikande« [7]. P-A Rydelius har också påstått att Christopher Gillberg inkluderat uppförandestörning i definitionen av DAMP.

I själva verket är detta ett av P-A Rydelius viktigaste skäl till att hävda att

vår uppföljning vid 22 års ålder »vilar på skakig grund«. Påståendet är osant – i varje avhandling och i varje uppsats finns definitionen av DAMP återgiven. Uppförandestörning ingår inte.

#### **Låg socialgruppsstillhörighet**

Både P-A Rydelius och Kärfve tycks mena att det inte var så konstigt att det gick som det gick för barnen i vår uppföljning vid 22 års ålder eftersom individerna i DAMP-gruppen oftare var av manligt kön och att de oftare kommit från familjer med låg socialgruppsstillhörighet. Finns någon forskning som visar att 60 procent av män från socialgrupp 3 skulle ha de problem som redovisas i vår studie?

Ingående analyser av bakgrundsfaktorer i samband med undersökningen vid 7 års ålder visade att det fanns många psykosociala belastningsfaktorer som var vanligare bland barn med DAMP än i kontrollgrupperna. Omfattande statistiska analyser visade dock att dessa inte hade något statistiskt signifikant förklaringsvärde [8].

#### **Det verkligen allvarliga**

Nu till det som gör P-A Rydelius och hans medförfattares kritik av vår forskning särskilt allvarlig. De vidareförfordlar i den aktuella artikeln [1] Eva Kärfves kritik av våra arbeten, medan han i andra sammanhang själv framfört liknande synpunkter som om de vore hans egna [4, 5].

Med tanke på P-A Rydelius position

som professor i barn- och ungdomspsykiatri är det absolut nödvändigt att han klargör vad som är hans egen konkreta kritik och vad som är »inlånat« från Kärfve. Osanningar och feltolkningar blir inte mer korrekta för att de upprepas.

#### **Detaljerad genomgång av Kärfves bok**

Många av P-A Rydelius påståenden tyder på att det är stora delar av våra arbeten som han inte alls tagit del av. Inom kort kommer jag att tillsammans med kollegerna Magnus Landgren och Björn Kadesjö presentera en detaljerad genomgång av Kärfves bok. Jag tror att P-A Rydelius kan ha nytta av att ta del av vår granskning inför sina fortsatta ståndpunktstaganden.

Visst finns det många aspekter på ADHD/DAMP och andra neuropsykiatriska funktionshinder som behöver diskuteras och debatteras. Men problemen kan inte lösas genom att man under vetenskaplig täckmantel försöker frammana en bild av att problemen egentligen inte existerar. Den som nu försöker bortförklara resultaten av våra och andras uppföljningsstudier, i stället för att anta den stora utmaning som ligger i att för framtiden försöka minska de negativa konsekvenserna av ADHD/DAMP, tar på sig ett stort ansvar.

#### **Referenser**

1. Larsson JO, Rydelius PA, Zetterström R. Damp kräver tvärvetenskaplig konferens. Brännpunkt, Svenska Dagbladet 2000 dec 9: 30.
2. 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.
3. Rognerud KK. Kritik mot urvalsmetoder. Studie innehåller statistiska problem hävdar professor [intervju med P-A Rydelius]. Dagens Medicin 2000 nov 28: 26.
4. Rydelius PA. Bokstavs barn – gengångare från förr med ny beteckning. Liten grupp om sakliga kriterier används. Läkartidningen 1999; 96: 3332-8.
5. Rydelius PA. DAMP and MBD versus AD/HD and hyperkinetic disorders. Acta Paediatrica 2000; 89: 266.
6. Medicinska forskningsrådet (Stendahl O, ed). Swedish psychiatric research 2000; report 7. Stockholm: MFR, 2000.
7. Kärfve E. Hjärmspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion, 2000.
8. Gillberg C, Rasmussen P. Perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old children: background factors. Dev Med Child Neurol 1982; 24: 752-70.

*Nästa sida:  
Per-Anders Rydelius replikerar.*

Replik:

# Kritiken vilar trots allt på saklig grund

Det debattinlägg som Peder Rasmussen skrivit med anledning av Jan-Olov Larssons, Rolf Zetterströms och mitt bidrag till SvDs Brännpunkt (vidareutvecklat i Läkartidningen 1–2/01) berör huvudsakligen mig (Per-Anders Rydelius), varför jag i samråd med Läkartidningens redaktion, Jan-Olov Larsson och Rolf Zetterström står för svaret.

Rasmussens inlägg baseras på uppfattningen/antagandet att jag inte är insatt i Göteborgsundersökningen om DAMP och att jag vidareförmedlar/lånar Eva Kärfves kritik som om den vore min egen. Uppfattningen/antagandet är dock felaktigt.

**Författare**

PER-ANDERS RYDELIUS

med dr, professor, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm.

II Om Göteborgsstudien och DAMP-begreppet har jag en mycket god känedom. Det finns tre särskilda orsaker till detta. En är redovisad i svaret till Björn Kadesjö i detta nummer av Läkartidningen (sidorna 219–20) och beror på vårt samarbetsprojekt mellan barnhälsovård, utvecklingspsykologi och barn- och ungdomspsykiatri där DAMP-begreppet prövades i en prospektiv longitudinell studie, varvid DAMP-begreppets begränsningar framkom [1].

De andra orsakerna är att jag vid två tillfällen med nästan 20 års mellanrum, hösten 1999 respektive under 1981, hade särskild anledning att läsa både Gillbergs [2] och Rasmussens [3] ursprungsavhandlingar från 1981 och 1982 och underlaget för dessa.

**Artikel till Acta Paediatrica**

Hösten 1999 föranleddes detta av en artikel insänd till Acta Paediatrica om »Deficits in attention, motor control and perception (DAMP): a simplified school entry examination» av M Landgren, B Kjellman och C Gillberg, och som skulle ingå i Landgrens avhandling [4].

Då internationella bedömare hade synpunkter på DAMP-begreppet och dess relation till ADHD ombads jag av redaktionen att skriva en s k »Invited commentary« om »DAMP and MBD versus AD/HD and hyperkinetic disorders« [5]. Både Landgrens artikel och kommentaren publicerades i Acta Paediatrica i mars 2000. Innan kommentaren förelåg i slutligt skick bad jag om

»second opinions« från flera håll, även av professor Michael Rutter i London som gav värdefulla kommentarer och synpunkter.

1981 blev jag ombedd att vara referent och att läsa fyra arbeten insända till Acta Paediatrica, varav ett ingått i Gillbergs avhandling och skulle ingå i Rasmussens avhandling, två skulle ingå i Rasmussens avhandling, och ett fjärde utgående från samma population berörde »Mental retardation in Swedish urban children, some epidemiological considerations«. Det första av dessa arbeten angavs vara accepterat i tidskriften Journal of Child Psychology and Psychiatry, men ingick i bedömningsunderlaget som bakgrund till de övriga arbetena [6].

När jag hösten 1999 hade läst Gillbergs och Rasmussens avhandlingar jämförde jag mina bedömningar av dem med de nästan 20 år gamla refereeutlåtandena från början av 1980-talet och med andra minnesanteckningar och korrespondens i anslutning till dessa. Mellan dessa båda bedömningar, och mellan dem och den bedömning som Kärfve nu publicerat om DAMP-begreppet och om Gillbergs och Landgrens avhandlingar, finns det en god överensstämmelse.

**Tre metodologiska problemområden**

De metodologiska problem som finns i Göteborgsstudien berör tre områden. Det första är konstruktionen av DAMP-begreppet och dess relation till MBD och det ADD-begrepp som presenterades i DSM-III-manualen 1980.

Det andra gäller uppläggningsen av projektet med statistiken och bortfallsanalysen. Det tredje metodproblemet avser olikheten i könsfördelningen mellan undersökningsgrupperna och jämförelsegruppen.

När det gäller MBD/DAMP-begreppet och dess relation till ADD enligt DSM-III skriver Gillberg [2] i diskussionen till sin avhandling: »The vagueness of the definition of MBD in the international literature is exemplified in the DSM-III, where the delineation of the synonymously used concept of 'attention deficit disorder' extends over some pages without achieving clarity with regard to the most important issue of normality-abnormality.«

Här startade ett av dagens problem då delar av svensk barnpsykiatri började gå i otakt med omvärlden och inte följde utvecklingen inom DSM- och ICD-klassifikationerna. MBD och DAMP är inte synonyma med vare sig ADD enligt DSM-III från 1980 eller de senare ADHD-begreppen från 1987 och 1994. MBD var ett begrepp utgående från ett hjärnskadeperspektiv medan ADD avsåg ett särskilt beteende

*Vad som nu är intressant är att Kärfve i sin bok har gjort en analys av ursprungsmaterialet för de svenska MBD/DAMP-studierna och därvid funnit liknande svagheter som andra också funnit. Det hjälper då inte att sex internationella experter för MFRs räkning under år 2000 bedömt delar av den psykiatriska forskningen i Sverige [14] och funnit att den svenska ADHD/DAMP-forskningen håller hög klass.*

**ANNONS**

**ANNONS**

där orsaksbakgrund inte preciserades.

Relationen mellan DAMP-begreppet och ADD kompliceras av att barnen med DAMP-diagnos i Göteborgsstudien grupperades i de olika undergrupperna MBD, MPD och ADD [2, 3, 6, 7] men med andra ADD-kriterier än DSM-III. För grupperingen användes screeningformuläret PSQ, senare barnpsykiatriska/neuropediatrika/psykologiska undersökningar och beteendeformuläret BSQ [8] som fylldes i av föräldrarna. BSQ från 1978 bygger i sin tur på Chess och Thomas temperamentskoncept från 1960-talet.

### Förskoleformulär med 34 frågor

När det gällde förskoleformuläret PSQ (som tillkom för att screena för MBD bland förskolebarn i Göteborg) ansågs internationella skalor inte vara »relevanta« varför ett eget lärarformulär konstruerades.

Detta innehöll 34 frågor ordnade i fem grupper: »attention/general behaviour« (nr 1–13), »speech–language« (nr 14–16), »gross motor functions« (nr 17–21), »fine motor functions« (nr 22–25) och »perception/conceptualization« (nr 26–34).

I frågorna om »attention/general behaviour« (nr 1–13) ingick beteendeproblem av en typ som inte ingår i ADD-respektive ADHD-begreppen enligt DSM utan som där hänförs till trotsyndrom och uppförandestörningar.

Utgående från frågeformuläret gjordes också en faktoranalys som identifierade fem faktorer varav nr III var »conduct problems« [2, 6, 7]. Här gjordes sedan följande bedömning:

»Most of the symptoms in the conduct problem factor (III) were considered unspecific as markers of attentional deficit. However, conduct problems of a marked degree might well conceal underlying signs of attentional problems, and it was therefore decided that the conduct problem factor (III) would be included in the selection procedure and that 2 symptoms or more would be designated as abnormal.«

Slutligen gjordes en diskriminantanalys som identifierade sex faktorer från PSQ som kunde identifiera barn med MBD. Alla sex faktorerna är emellertid av den typ som också anses mäta omogenhet och som faktiskt återfinns i det äldre svenska skolmognadsbegreppet.

De sex faktorerna var »limited vocabulary«, »uses pen or pencil in immature way«, »often spills or gets dirty«, »immature drawings«, »doesn't understand concepts of opposites, e.g. long–short«, »moves from task to task all the time«.

*Astrid Lindgren har skildrat Emil i Lönneberga på ett sådant sätt att han ibland uppfattats som ett barn med ADHD eller DAMP. Frågan är om han hade DAMP eller om han blev miljöskadad av att då och då bli inlåst i faderns snickarbod eller om han möjligen var ett överbegåvat barn? Han slutade i alla fall som kommunalråd. (Bild ur boken »Emil med paltsmeten«.)*

### Fördjupningsstudien

De 141 barn som efter PSQ-screeningen kom att ingå i fördjupningsstudien bestod av 22 barn (14 pojkar och 8 flickor) i »index high-load«-gruppen; 60 barn (52 pojkar och 8 flickor) i »index low-load«-gruppen, samt slutligen 59 barn (29 pojkar och 30 flickor) i jämförelsegruppen.

Vid diagnostiseringen framgick sedan att bland barnen i »index high-load«- och »index low-load«-grupperna återfanns 3 barn med mental retardation (alla pojkar) och ytterligare 26 barn (21 pojkar och 5 flickor) som inte erhöll någon diagnos, trots att de vid PSQ-screeningen hade identifierats med samma kriterier som de övriga inom indexgrupperna, medan 8 barn (5 pojkar och 3 flickor) av de 59 kontrollbarnen visade sig ha DAMP i form av an-

tingen mild MBD, s k MPD eller ADD. Dessa 8 barn ur kontrollgruppen flyttades till undersökningsgrupperna, varvid kontrollgruppen reducerades till 51 barn (24 pojkar och 27 flickor).

De 29 barnen (24 pojkar och 5 flickor) utan DAMP-diagnos eller med mental retardation har sedan inte ingått i uppföljningarna av Carina Gillberg [9], Lars Hellgren [10] eller i den senast redovisade 22-årsuppföljningen [11]. Dessa bygger istället på 112 barn, varav 47 pojkar och 14 flickor med DAMP-diagnos, och 27 pojkar respektive 24 flickor ur den ursprungliga jämförelsegruppen. Barnen har sedan omklassificerats med kriterier som sägs kunna möta dagens kriterier för ADHD och DCD enligt DSM-IV. Någon korrigerande för det faktum att undersökningsgruppen innehöll proportionen poj-

kar:flickor 3:1 medan kontrollgruppen hade proportionen 1:1 har inte kunnat återfinnas.

Som framgått ovan inkluderades »conduct problems« i MBD/DAMP-screeningen. Det framkom också att många barn redan vid 7-årsåldern hade psykiatriska problem. Fem av dem fick diagnosen »conduct disorders« på grund av »socially unacceptable behaviour, such as stealing, fire-setting or running away from home«, det vill säga mycket allvarliga tillstånd och med kriterier från den engelska Isle of Wight-studien.

### Vilka hade identifierats enligt DSM?

Frågan är vilka de barn är som skulle ha identifierats om DSM-kriterier för ADD hade funnits och använts vid DAMP-screeningen istället för de kriterier som nu kom till användning?

På grund av de metodologiska knäckfrågor som framkom redan vid granskningen 1981 tillfrågade jag då en av betygsnämndsledamöterna vid Gillbergs avhandling om de aktuella metodproblemen inte hade uppmärksamats vid disputationen, och fick svaret att de verkligen uppmärksammats.

Fakultetsopponenten vid Rasmussens avhandling konsulterade statistisk/epidemiologisk expertis och fick klarlagt att det fanns betydande metodologiska problem avseende statistiken. Efter disputationen 1982 berättade hon att hennes intryck var att varken betygsnämnden eller de närmast berörda insåg allvaret i dessa.

Kritiken som framfördes redan 1981 kan inte vara okänd för Gillberg och Rasmussen. I februari 1982 fick jag ett brev från den dåvarande chefredaktören för Acta Paediatrica som med ett litet undantag citeras i sin helhet: »Kollegerna Rasmussen och Gillberg som tagit del av X:s och Ditt refereutlåtande angående Rasmussens avhandlingsuppsatser har nu inkommit med ett nära sex sidor långt brev i avsikt att försvara sig mot kritiken. Om Du har några synpunkter på det här försvaret tar vi inom redaktionen gärna del av detta men Du behöver inte känna Dig bunden att svara på Rasmussens och Gillbergs brev.«

Av de tre arbeten som insänts blev sedermera två accepterade efter revision medan det tredje (om mental retardation) återsändes. Det publicerades ett par år senare i en internationell tidskrift [12].

### Ödmjukare hållning motiverad

Eftersom grundmaterialet kommit att användas för prospektiva longitudinella uppföljningar borde en ödmjukare hållning ha funnits kring de metodologiska problemen. Vid all longitudinell

prospektiv forskning blir nämligen utfallet beroende av försöksuppläggningen och kvaliteten i ingångsdata. I Göteborgsstudien kan sägas att risken hela tiden ökat för att det i slutändan blivit ett urval av ett urval av ett urval som kommit att ligga till grund för slutsatser, och att representativitet och generaliserbarhet gått förlorade.

### Kärftes bok

Nu till Eva Kärftes bok [13]. Vid sex tillfällen, senast i december 2000, har jag varit fakultetsopponent i ämnena pedagogik, psykologi och tillämpad psykologi vid filosofisk fakultet. Jag har också varit sakkunnig vid tillsättningen av docentur i psykologi vid ett annat universitet samt ett flertal gånger suttit i betygsnämnd vid disputationer i psykologi, pedagogik, socialt behandlingsarbete och även vid ett tillfälle i ämnet idé- och lärdoms historia. Dessa erfarenheter har givit mig både kunskaper och respekt för forskning i andra ämnen än de rent medicinska. Särskilt har jag fått lära mig mycket om begreppsanalys, innehållsvaliditet och skällkritik. Läser man Kärftes bok med sådana förtecken så kan innehållet inte avfärdas.

Olyckligt är att hon använder ett tententiöst språk som gör att innehållet både kan reta och röra upp känslor med risk att kärnan missas! I oktober fick jag av en barnläkarkollega från Stockholm ett midsommarurklipp från Svenska Dagbladet där Kärftve presenteras. Det framgår att hon också är sjuksköterska, och jag har inte kunna låta bli att undra över om hennes val av språk kan bero på att hon i sin sjuksköterskegärning kanske mött företrädare för den medicinska professionen som inte uppträtt korrekt mot vårdpersonal.

Vad som nu är intressant är att Kärftve i sin bok har gjort en analys av ursprungsmaterialet för de svenska MBD/DAMP-studierna och därvid funnit liknande svagheter som andra också funnit. Det hjälper då inte att sex internationella experter för Medicinska forskningsrådets räkning under år 2000 bedömt delar av den psykiatriska forskningen i Sverige [14] och funnit att den svenska ADHD/DAMP-forskningen håller hög klass.

Vid sådana analyser hör det till undantagen att någon går in och granskar grundförutsättningarna i 20 år gamla arbeten på det sätt som Kärftve gjort. Hennes kritik kan inte avfärdas med hänvisning till internationella bedömare.

### Förhoppning för framtiden

Min egen förhoppning är att vi i Sverige skulle kunna lämna DAMP-diskus-

sionen och gå vidare med ett helhetsperspektiv på barns utveckling, närma oss den internationella diskussionen när det gäller uppmärksamhetsproblemen och helst börja använda ICD-klassifikationens begrepp hyperkinetic disorder (HKD).

### Referenser

1. 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 status. Acta Paediatrica 1995; 84: 30-6.
2. Gillberg C. Neuropsychiatric aspects of perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old Swedish children [dissertation]. Avhandling No 408. Uppsala: Uppsala universitet, 1981.
3. Rasmussen P. Neuropediatric aspects of seven-year-old children with perceptual, motor and attentional deficits [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet, 1982.
4. Landgren M. Deficits in attention, motor control and perception – DAMP. Epidemiologic, etiologic, diagnostic and learning aspects [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet, 2000.
5. Rydelius PA. DAMP and MBD versus AD/HD and hyperkinetic disorders. Acta Paediatrica 2000; 89: 266-8.
6. Gillberg C, Rasmussen P, Carlström G, Svenson B, Waldenström E. Perceptual, motor and attentional deficits in six-year-old children. Epidemiological aspects. J Child Psychol Psychiatr 1982; 23: 131-44.
7. Gillberg C. Perceptual, motor and attentional deficits in Swedish primary school children. Some childpsychiatric aspects. J Child Psychol Psychiatr 1983; 24: 377-403.
8. McDevitt SC, Carey WB. The measurement of temperament in 3-7 year old children. J Child Psychol Psychiatr 1978; 19: 245-53.
9. Gillberg C. Deficits in attention, motor control and perception. Follow-up from pre-school to early teens [dissertation]. Uppsala nr 113. Uppsala: Uppsala universitet, 1987.
10. Hellgren L. Psychiatric disorders in adolescence. Longitudinal follow-up studies of adolescent onset psychoses and childhood onset deficits in attention, motor control and perception [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet, 1994.
11. 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.
12. Gillberg C, Svenson B, Carlström G, Waldenström E, Rasmussen P. Mental retardation in Swedish urban children: some epidemiological considerations. Applied Research in Mental Retardation 1983; 4: 207-18.
13. Kärftve E. Hjärnspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion, 2000.
14. Medicinska forskningsrådet (Stendahl O, ed). Swedish psychiatric research. MFR Report 7. Stockholm: MFR, 2000.