

ADHD/DAMP – några reflektioner när stridsdammet börjar lägga sig

Med stort intresse, men också med viss oro, har vi tagit del av diskussionerna kring ADHD/DAMP i Läkartidningen. Avsikten med detta inlägg är att granska förutsättningarna för en fortsatt konstruktiv debatt med utgångspunkt från några mer principiella resonemang.

CLAES SUNDELIN
professor, barnhälsovårdsöverläkare, Uppsala, f d ordförande i Barnpsykiatrikommittén

claes.sundelin@ped.uas.lul.se

DAGMAR LAGERBERG
docent i samhällsmedicinsk forskning om barn, Uppsala

dagmar.lagerberg@kbh.uu.se

II De medicinska diagnoserna är sedan lång tid ordnade enligt internationellt överenskomna principer och definitioner [1, 2].

Klassifikationssystemen har flera viktiga syften. Diagnosen är en grundbult för kommunikation mellan läkare och patient. Patienten har ofta en viss förförståelse för begreppen och med utgångspunkt från diagnosen kan läkaren föreslå en behandling grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Klara och entydiga diagnostiska begrepp är vidare nödvändiga för klinisk och epidemiologisk forskning. Utvärdering av hälso- och sjukvården kräver också tillgång till tillförlitliga diagnossystem.

Diagnosernas informationsvärde

Diagnostiska begrepp har växlande informationsvärde. Streptokocktonsillit är en diagnos med relativt högt informationsvärde – en viss bakterie är inblandad, en behandlingsmodell finns etablerad och prognosen är med få undantag bedömbär.

Diagnosen hjärntumör säger just ingenting om orsak eller prognos, men alla och envar förstår att det är ett allvarligt tillstånd som kräver medicinsk behandling. Diagnoserna cerebralt meningeom eller gliom innebär en viktig precisering i förhållande till hjärntumör, inte ifråga om orsak men när det gäller prognos och behandling.

Många »diagnoser« är rent symtomatiska och har ett mycket begränsat informationsvärde, t ex feber, ont i huvudet, kräkningar etc. Av alla barn som fick somatisk slutenvård i Uppsala län 1997 hade 9 procent en diagnos av denna typ. Symtomdiagnoser var den femte vanli-

gaste typen av diagnos för samtliga vårdtillfällen för barn 0–19 år.

Diagnosernas karaktär och betydelse

Hur förhåller det sig då med diagnoser-na ADHD, DAMP och andra s k bokstavsdiagnoser från begreppslogisk synpunkt? Dessa diagnoser bygger på professionellt överenskomna kriterier relaterade till beteenden och funktioner hos barn som har svårigheter bl a med koncentration, uppmärksamhet och perception i familjegemenskapen, i kamratkretsen samt i förskola och skola.

Begreppen har varit betydelsefulla i första hand för systematisering, forskning och behandlingsutveckling inom barnpsykiatri. Ett klassifikationssystem som noggrant beskriver vilka barn som bör behandlas är en grundförutsättning för utveckling och kritisk värdering av åtgärder. Utan ett fungerande och tillförlitligt klassifikationssystem på detta lik-som alla andra områden är vetenskaplig utveckling omöjlig eftersom erfarenheter och resultat inte går att diskutera och jämföra på ett meningsfullt sätt i vetenskapliga publikationer, vid konferenser etc.

Terminologin har växlat

Som framgått av debatten i Läkartidningen har terminologin växlat och definitioner justerats, men det finns goda skäl att anta att begreppen MBD, DAMP, ADHD + DCD, hyperkinesi etc gäller en kategori barn med likartade problem. Senare års longitudinella studier tyder på att barn med dessa problem – framför allt vid samtidig förekomst av andra riskfaktorer – löper betydande risk att få en havererad skolgång och dålig social anpassning [3-5].

Reservationer

Att klara klassifikationsprinciper (även om man tills vidare får nöja sig med beskrivande syndromdiagnoser) varit till gagn för den vetenskapliga utvecklingen behöver inte betyda att det är entydigt gynnsamt för alla barn med dessa problem att få en medicinskt korrekt etikett.

Att vetenskapligt användbara klassifikationssystem finns tillgängliga innebär heller inte att det från samhällets synpunkt självklart är önskvärt att alla barn med dessa problem bör genomgå omfattande utredningar av särskilda specialister på dessa tillstånd.

Att det möjliga (att ställa preciserade diagnoser) inte alltid är önskvärt beror på att diagnoser kan ha »biverkningar« (barnets självuppfattning kan påverkas negativt), att diagnostiska procedurer kostar mycket och måste vägas mot andra behov (t ex behandling av svåra fall) eller att vinsterna av de diagnostiska procedurerna är för små om basala behandlingsprinciper ändå kan tillämpas utan preciserad diagnos.

Man kan t ex mycket väl tänka sig att barnets skolsituation anpassas med hänsyn till uppmärksamhets- och koncentrationsproblem utan att barnet får en medicinsk etikett eller ett intyg från en specialist i neuropsykiatri eller neuropsykologi. Eftersom det handlar om många barn, 5–7 procent av samtliga, tål dessa aspekter väl att fundera över, inte minst eftersom man på specialistnivån dras med årslånga köer.

Säger inget om kausaliteten

Diskussionen kring ADHD/DAMP kompliceras av att syndrombeskrivningarna och kriterierna inte ger någon infor-

En allmänt lugnare och mer strukturerad skolmiljö skulle vara av stort grundläggande värde. Barn med problem bör i första hand få hjälp genom resurser knutna till de basverksamheter där barnen finns, dvs förskola-skola.

mation om kausalitet eller specifik kausal behandling.

Det mesta tyder på att tillstånden är *heterogena* från kausal synpunkt. Vissa barn förefaller ha en basal störning i sin synaps-signalsubstansfunktion i centrala nervsystemet, sannolikt på genetisk grund. Andra har en mer diffus hjärn-skadebakgrund, t ex mycket för tidigt födda barn som löper ökad risk att drabbas av symtom som ingår i ADHD/DAMP [6, 7].

Barn som varit utsatta för extrem eller långvarig stress eller lever under miserabla familjeförhållanden utan kärlek, struktur och stöd uppvisar ofta symtom som gör att de kan passa in under de beteendemässiga och funktionella kriterierna [8]. Barn från socioekonomiskt utsatta grupper har i epidemiologiska studier som regel högre prevalens av ADHD/DAMP än mer gynnade barn vilket tyder på att ett flertal riskfaktorer eller brist på skyddande faktorer i miljön kan spela roll [9].

Ökar ADHD/DAMP och i så fall varför?

De instanser som tar emot barn med koncentrations- och uppmärksamhetsstörningar är i dag överhopade av arbete och kötiderna växer. Det kan finnas många förklaringar, exempelvis ökade svårigheter att hantera barn med koncentrationsproblem i skolan, ökad benägenhet att söka hjälp m m.

En annan förklaring som rönt betydligt mindre uppmärksamhet är att det kan ha skett förskjutningar i barnkollektivets sätt att vara med hänsyn till koncentrationsförmåga, uppmärksamhet, rastlöshet, impulsivitet etc.

En möjlig hypotes är således att normalfördelningen ifråga om koncentrationsförmåga, uppmärksamhet etc förskjutits mot det sämre. En sådan utveckling kan förstärkas av att modifierande faktorer i miljön (t ex oroligt skolmiljö) också utvecklats i negativ riktning.

Resultatet blir att fler barn än tidigare riskerar att hamna inom kriteriegränserna. Att problemen tenderar att växa kan ha med dessa mekanismer att göra. Vad talar för att denna hypotes är relevant?

Barns ändrade villkor

Det är i första hand tre förhållanden som medfört ändrade exponeringsförhållanden för stora grupper av barn.

1. Tidig massiv exponering (flera timmar dagligen) för bildmedia (video, TV-spel) innan språk och begrepp är utvecklade. Exponeringen innebär ideliga inbyggda »arousal«-situationer och det plastiska CNS-systemet kan tänkas adaptera sig till denna situation, dvs nätverksstrukturerna kan bli litet annorlun-



Foto: PRESSENS Bild

da. Mediasituationen innebär också att barnet lär sig zappa så fort något känns tråkigt eller långsamt, dvs uppmärksamhet-koncentration tränas inte. Barnet har naturligtvis inte blivit annorlunda genotypiskt men mediaexponeringen kan ha påverkat barnen fenotypiskt.

2. Förändrade samlevnadsmönster föräldrar-barn med bl a klart mindre läsning tillsammans med barn [10, 11].

3. Generellt försvagad vuxenauktoriteten i förskola-skola i kombination med mindre struktur, lägre personaltäthet och större barngrupper samtidigt som barnen blivit mer beroende av underhållning och starka stimuli för att fokusera [12].

Har barns hjärnfunktioner och sätt att vara någon koppling till dessa exempel på svepande samhällsförändringar? Det är enligt vår uppfattning möjligt, men långt svårare att verifiera än t ex att barn allmänt blivit fetare. Klart är att exponeringar och livsmönster på gott och ont förändrats på ett för barn påtagligt sätt.

Stöd och hjälp

Hur skall då problemen kring barn med koncentrationsproblem, uppmärksamhetssvårigheter etc tacklas? En allmänt lugnare och mer strukturerad skolmiljö skulle vara av stort grundläggande värde. Barn med problem bör i första hand få hjälp genom resurser knutna till de basverksamheter där barnen finns, dvs förskola-skola.

Det innebär att förskola-skola skall ha tillgång till medicinsk, psykologisk, social och pedagogisk kompetens som kan hjälpa och stödja barn, föräldrar och lärare på ett snabbt och effektivt sätt innan problemen växer och sekundärskador uppträder i form av konflikter, utstötning, kunskapsluckor, förlust av självförtroende m m.

Alla lärare bör ha grundläggande utbildning om dessa problem. Då ökar förståelsen för att barn som upplevs som besvärliga och provocerande ofta behöver hjälp. Med andra ord behövs en ökad uppbyggnad av elevvården som rustades ned under 1990-talet till följd av den ekonomiska recessionen.

Stöd av specialistteam

Elevvårdens uppgift är inte att sätta preciserade medicinska diagnoser utan att bedöma funktioner och behov av hjälp och stöd hos barn med konstaterade läs- och skrivsvårigheter, uppmärksamhetsproblem, koncentrationssvårigheter, kamratproblem etc.

Om förskola-skola behöver hjälp av expertis skall hjälpen i första hand finnas i lokalsamhället, dvs skolan skall – sedan den själv försökt komma till rätta med problemen – kunna konsultera ett team med barnläkare, sjukgymnast, barnpsykiatrisk konsult, logoped etc. Dessa skall ha god kännedom om och nära samverkan med skolorna i kommun/stadsdelen.

Farmakologisk behandling

Utredning hos barnpsykiatrisk specialist i neuropsykiatri eller barnhabilitering skall kopplas in om det lokala specialistteamet anser det motiverat. Behovet av farmakologisk behandling kan t ex behöva bedömas på bestämda indikationer. Om vissa barns svåra livssituation blir klart bättre av t ex små doser amfetamin skall barnen självfallet få denna behandling.

Barn med signalsubstansproblem bör inte undanhållas denna möjlighet av ideologiska skäl eller med hänvisning till att andra grupper missbrukar drogen. Det är egentligen lika befängt som att

Annons

Annons

neka patienter med svår smärta morfin därför att samhället har problem med opiatmissbrukare. Agendan måste sättas av brukarna, inte av missbrukarna.

Kombinationsterapier

Internationella forskningsresultat ger för övrigt vid handen att kombinationsterapier med både medicinering och psykologiskt/pedagogiskt stöd till barn och föräldrar har bättre långsiktiga effekter än enbart läkemedelsbehandling på utfall som skolprestationer, antisocialitet och kriminalitet [13, 14].

Dessa studier var visserligen inte randomiserade och är i dag en smula ålderstigna. De tyder ändå på att såväl etiologi som behandlingsbehov är komplexa och understryker att barnet inte är betjänt av snäva disciplinära gränser i omhändertagandet.

Forskning

Vidare behövs naturligtvis fortsatt starkt forskningsstöd till området. Vi behöver veta mer om alla hjärnans funktioner och det finns idag stora möjligheter att komma vidare genom sofistikerade tekniker. Naturligtvis behövs i lika hög grad pedagogisk och psykologisk forskning eftersom relationer, självsyn och undervisningsmiljö är avgörande för barn med dessa svårigheter.

Interdisciplinära projekt bör uppmuntras särskilt. Andra perspektiv än det egna behöver inte uppfattas som hot eller revirintrång utan bör ses som bidrag till ökad förståelse. Sociologer och samhällsforskare bör delta i diskussionen eftersom dessa problem har koppling till strukturella frågor och till vår syn på barn i deras interaktion med omgivningen [15].

Konferens och fortsatt diskussion

Diskussioner mellan och inom olika discipliner bör förstås präglas av saklighet och vara fria från personangrepp av det enkla skälet att detta bäst gagnar barn, föräldrar och utveckling inom området. Om företrädare för olika discipliner eller synsätt lägger ner stor möda på att ta heder och ära av varandra, t ex genom att göra karikatyrer av argument eller ifrågasätta motiv och vetenskaplighet, är risken stor att politiker och beslutsfattare som bestämmer samhällets resurser tappar intresset. Pajkastning gör alla till förlorare!

En viktig förutsättning för den konferens som föreslås av Jan-Olov Larsson, Per-Anders Rydelius och Rolf Zetterström i Läkartidningen 1–2/01 (sidorna 74–8) är att samtliga deltagare kan vara överens om följande utgångspunkter:

– Det finns verkligen barn med svåra problem med uppmärksamhet, koncent-

ration, perception, rastlöshet, brist på motorisk samordning etc. Dessa barn behöver hjälp i praktiken.

– De internationellt överenskomna begreppen och deras kriterier bör utgöra en grund tills man kommer på något bättre i vetenskapssamhället.

– Biologiska, socialpsykiatriska, epidemiologiska, sociologiska, psykologiska och pedagogiska perspektiv behövs, men de som ser problemen enbart som sociala konstruktioner eller något som enbart har med hjärnan som biologisk bas att göra kan väl lika gärna stanna hemma i sitt elfenbenstorn.

– En viktig uppgift för en konferens vore att formulera forskningsprogram som bygger på kontrollerade interventionsförsök där varierande behandlingsmodeller prövas och jämförs. Det är viktigt att visa vad olika behandlingar kan åstadkomma, sannolikt viktigare än nya kartläggningar och modifieringar av kriterier.

Bokstavdiagnoserna måste kunna bli värdefulla verktyg för barn, föräldrar, det pedagogiska systemet och barnpsykiatriska behandlare.

Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997: systematisk förteckning. 1. uppl. Stockholm: Socialstyrelsen, Fritzes, 1996.
3. Gillberg IC. Deficits in attention, motor control and perception: follow-up from preschool to the early teens. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 113. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1987.
4. Lynam DR. Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? Psychological Bulletin 1996; 120:209-34.
5. Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1726-35.
6. Stjernqvist K, Svenningsen NW. Ten-year follow-up of children born before 29 gestational weeks: health, cognitive development, behaviour and school achievement. Acta Paediatr 1999; 88: 557-62.
7. Bylund B, Cervin T, Finnström O, Gåddlin PO, Leijon I, Mård S et al. Very low-birthweight children at 9 years: school performance and behavior in relation to risk factors. Prenat Neonat Med 2000; 5: 124-33.
8. Ahmad A. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder: a developmental and cross-cultural approach. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 874. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1999.
9. Mellbin T, Sundelin C, Vuille JC. Från 4 år till 10. Socialstyrelsen redovisar 1982:10. Stockholm: Socialstyrelsen, 1982.
10. Filipson L. Barnbarometern 95/96: 3–8 å-

ingars kultur- och medievänor. Stockholm: Mediamätning i Skandinavien, 1997.

11. Filipson L. Barnbarometern 98/99: 3–8 åringars kultur- och medievänor. Stockholm: Mediamätning i Skandinavien, 1999.
12. Palme JC, red. Välfärd vid vägskäl. SOU 2000:3. Stockholm: Socialdepartementet, 2000.
13. Satterfield JH, Satterfield BT, Cantwell DP. Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. J Pediatr 1981; 98: 650-5.
14. Satterfield JH, Satterfield BT, Schell AM. Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 56-64.
15. Stattin H, Magnusson D. Antisocial development: a holistic approach. Dev Psychopathol 1996; 8: 617-45.