

En diagnos det stormat kring

Adhd i ett historiskt perspektiv

av Ingrid Carlberg

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-228-6
Artikelnummer 2014-10-40

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2014

Förord

Socialstyrelsen har tagit initiativ till denna kunskapssammanställning om adhd-diagnosens historiska utveckling och synen på stöd och behandling av personer med adhd över tid.

Stundtals har diagnosen orsakat hätska meningsutbyten mellan företrädare för olika synsätt. Det är väsentligt att förstå de sammanhang som lett fram till dagens ställningstagande.

Socialstyrelsen har därutöver tagit fram ett kunskapsstöd för stöd åt barn, ungdomar och vuxna med adhd och rekommendationer för läkemedelsbehandling vid adhd.

Under perioden 2013–2015 leder Socialstyrelsen ett myndighetssamarbete enligt regeringsuppdraget ”Samordnad kunskapsstyrning inom psykisk ohälsa”. De myndigheter som deltar är Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Folkhälsomyndigheten och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Adhd och dess påverkan på människors hälsa fordrar en effektiv samordnad kunskapsstyrning.

Historiken är sammanställd av Ingrid Carlberg, MDhc, författare och journalist. Författaren lämnade in manus i november 2013, så eventuella förändringar efter detta datum har inte beaktats, undantaget några fotnoter. Författaren ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Ann Marie Danon
Avdelningschef
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Inledning.....	7
Behandlingsideologiska skiljelinjer	7
Hjärnskador eller bristande föräldraskap	8
Diagnosutveckling.....	9
Metylfenidat och Minimal Brain Dysfunction	11
Sverige och MBD	12
Damp och adhd	15
Vägen mot läkemedelsbehandling	17
Dampfejden	19
Läkemedlen och diagnosboomen.....	22
Utvecklingstendenser	24
Sammanfattande avslutning	30
Källförteckning	32
Tryckta källor.....	32
Intervjuer.....	38
Referenser	39

Inledning

I november 2002 godkändes det centralstimulerande preparatet Concerta (metylfenidat) på den svenska marknaden för behandling av adhd hos barn. Det var första gången ett läkemedel registrerades i Sverige för symtom som hyperaktivitet, uppmärksamhetsstörning och impulsivitet.

Diagnosen som sådan, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, hade vid det laget ingått i den amerikanska psykiatriska diagnosmanualen (DSM) i drygt tjugo år, om än till en början under förkortningen ADD (med H:et i hyperaktivitet bara som en möjlig underdiagnos). Försöken att ringa in symtombilden med olika namn och förkortningar hade dock pågått under större delen av nittonhundratalet, från tid till annan under tämligen animerade behandlingsideologiska meningsutbyten.

Det har sin betydelse för utvecklingen att det var i den tredje upplagan av amerikanska *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (1980) som diagnosbeteckningen AD(H)D lanserades första gången. Denna DSM III fick till skillnad från föregångaren stor spridning även utanför den amerikanska psykiatrin. I Sverige kom den amerikanska manualen att ersätta WHO:s sjukdomskatalog ICD (*International Classification of Diseases*) som den svenska psykiatrins mest betydelsefulla diagnosverktyg.

Här hemma har vi i dagligt tal importerat den engelska förkortningen adhd, trots att diagnosens namn i den svenska översättningen av DSM är ”uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet”. Det stora genomslaget för diagnosbeteckningen kom först under 2000-talet i Sverige, men behandlingsdiskussioner kring de aktuella symtomen har förts under betydligt längre tid än så.

Behandlingsideologiska skiljelinjer

Det är svårt att förstå utvecklingen av adhd-diagnosen och debatten kring den utan att ta hänsyn till det behandlingsideologiska spänningsfältet den vuxit fram i. Psykiatrin har ända sedan förra sekelskiftet präglats av en dragkamp mellan olika skolor med skilda synsätt på hur psykiska symtom ska betraktas och behandlas. Ett naturvetenskapligt perspektiv, företrätt av biologiskt inriktade psykiatrer, har ställts mot ett humanistiskt, där psykoterapier med sin bas i Sigmund Freuds psykoanalytiska teorier har dominerat.

Något förenklat kan man säga att den biologiska psykiatrin söker förklaringar till psykiska symtom i hjärnans biologi i första hand och förespråkar symtomlindring med biologiska behandlingar, exempelvis läkemedel. Den psykodynamiska och psykoanalytiska skolan betraktar psykiska symtom som uttryck för livshändelser eller inre själsliga konflikter, och rekommenderar behandling i olika former av samtalsterapi. Eftersom svåra livsupplevelser och inre spänningar per definition är individuella blir intresset för samlande symtomdiagnoser inte lika stort i denna gren av psykiatrin. Omvänt har man i psykiatrins biologiska falang ogärna diskuterat problemens orsaker i termer av traumatiska händelser i patienternas förflutna.

Vid sidan av dessa två dominerande inriktningar kan en socialpsykiatrisk rörelse urskiljas, som i analysen av orsaken till psykiska symtom lägger störst vikt vid den drabbades sociala miljö och förhållanden i samhället.

I dag har den ömsesidiga förståelsen ökat mellan skolorna, skiljelinjerna är inte längre lika absoluta och samarbetsprojekt förekommer. Spänningar existerar dock fortfarande och påverkar debatten på området än i dag.

Adhd-diagnosens väg genom nittonhundratalets behandlingsideologiska paradigmskiftet skiljer sig något från exempelvis depressions- och ångestdiagnosernas. Slumpmässiga upptäckter i nittonhundratalets början medförde att hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem tidigt kopplades samman med neurologiska skador. Forskning kring symtomen drevs vidare också inom neurologin och i psykiatrin kom det biologiska perspektivet att dominera.

Behandlingar av beteendestörningar hos barn gavs heller ingen framträdande plats i den psykoanalytiska och psykodynamiska skolan. Det var av naturliga skäl svårt att möta överaktiva okoncentrerade barn i psykoanalys eller samtalsterapier. Enligt ett psykoanalytiskt synsätt var symtombehandling heller inte oproblematiserad, eftersom symtomen ansågs kunna vara tecken på underliggande psykiska konflikter och problem.

Den tydliga biologiska utgångspunkten i symtomanalysen har präglat utvecklingen på området, vilket inte betyder att det har saknats vare sig vetenskapliga omprövningar eller ideologiska konfrontationer under resans gång. Under senare tid har debatten skärpts ytterligare av att Scientologkyrkans starkt antipsykiatriska rörelse ”Kommittén för mänskliga rättigheter” har haft adhd-diagnosen högt på agendan i sina internationella kampanjer.

Hjärnskador eller bristande föräldraskap

Ända fram till 1990-talet betraktades ouppmärksamhet och överaktivitet som beteendeproblem uteslutande kopplade till barndomen. Det går att hitta mycket tidiga försök att ringa in extrema sådana beteenden som en psykisk störning skild från normalvariationer av ouppmärksamhet hos barn.

Bland pionjärerna brukar den skotske läkaren Alexander Crichton nämnas. Redan i slutet av 1700-talet lade han in ett kapitel med titeln *On Attention and its Diseases* i en bok om mentala sjukdomar. Men först att på allvar nämna symtombilden i ett medicinskt sammanhang var den brittiske barnläkaren George Frederic Still. I en föreläsning på Royal College of Physicians i London 1902 beskrev han en grupp barn med vad han kallade ”bristande moralkontroll” av patologisk karaktär. De var normalbegåvade, men destruktiva, rastlösa och med ”starkt bristande förmåga till sammanhängande uppmärksamhet och därav följande svårigheter i skolan, trots avsaknad av förståndshandikapp” [1]. En del av dessa barn kom från svåra familjeförhållanden, andra hade en historia av neurologiska skador. Men där fanns också barn utan någon sådan bakgrund. Still spekulerade i att det hos dem kunde finnas biologiska förklaringar till beteendet, en neurologisk funktionsnedsättning i viljekontrollen.

Vid första världskrigets slut drabbades världen av en epidemisk och i många fall dödlig sömnsjuka, spridd av ett virus som orsakade hjärn-inflammation. Det noterades då att många av de barn som tillfrisknade från sömnsjukan fick svåra beteendestörningar som en följdverkan. De kunde till

exempel få problem att koncentrera sig och svårt att styra sin aktivitetsnivå och sina impulser. Iakttagelsen förstärkte bilden att den sortens beteendeproblem hade en koppling till organiska skador i hjärnan eller till störningar i hjärnans funktion.

Behandlingsrekommendationerna vid den här tiden kunde handla om sådant som miljöombyten, särskilda skolor eller beteendestyrningsprogram. Den inriktningen förändrades inte nämnvärt av den amerikanske barnpsykiatern Charles Bradleys chansartade upptäckt rörande amfetaminets effekter 1937. Bradley förestod ett hem för barn med neurologiska och psykiatriska sjukdomar och brukade undersöka sina patienter genom att röntga hjärnan med kontrastmedel. Undersökningen gav svår huvudvärk och i ett försök att lindra prövade Bradley att ge sina patienter centralstimulerande preparat, amfetamin. Den önskade effekten på huvudvärken uteblev, men Bradley upptäckte att behandlingen hade gynnsam effekt på beteendet hos utagerande barn med inlärningssvårigheter. Han iscensatte en studie med 30 barn och kunde visa att hälften av dem nådde dramatiska förbättringar efter amfetaminbehandling. De blev lugnare, fungerade bättre socialt och skolresultaten sköt i höjden. Resultatet publicerades i *American Journal of Psychiatry* 1937 [2].

Men Charles Bradleys upptäckt skulle inte få betydelse förrän flera decennier senare. Klimatet hade nämligen börjat svänga i den amerikanska psykiatrin. Under fyrtioalet och femtioalet trängdes det biologiska perspektivet tillbaka och den amerikanska psykiatrin dominerades istället av psykoanalytiska och psykodynamiska teorier baserade på Sigmund Freuds tänkande.

Inom psykoanalysen och den psykodynamiskt orienterade psykiatrin vände man sig mot den biologiska förklaringsmodellen och sökte istället orsaken till beteendestörningar i barnets förflutna eller i barnets sociala förhållanden. I fokus stod barnets relation till sina föräldrar och den närmaste familjen.

Överaktivitet, ouppmärksamhet och störande impulsivitet kunde till exempel i en psykoanalytisk kontext tolkas som tecken på ett ”fragmentiserat ego” härrörande från barnets misslyckade försök att ”nä vital tillfredsställelse” från sina föräldrar [3]. Psykodynamiska terapeuter sökte ofta förklaringen till barnets utagerande i föräldrarnas förhållningssätt till barnet. Beteendeavvikelserna kunde ses som en följd av att föräldrarna varit alltför överbeskyddande alternativt alltför kyliga och avvisande.

Psykodynamiskt inriktade psykiatrer och psykoterapeuter rekommenderade behandling i olika former av samtalsterapi, i första hand familjeterapi. Där skulle barnet och den övriga familjen komma till insikt om orsaken till beteendestörningen, för att därigenom ändra den skadliga kommunikationen.

Diagnosutveckling

I en freudiansk kontext betraktas psykiska symtom och beteendestörningar som individuella reaktioner, alldeles oavsett om flera barn uppvisar likartade symtom. Idén att kvantifiera symtomkriterier och samla dem i en allmän diagnos går på tvärs mot hela det psykoanalytiska och psykodynamiska tanke-mönstret.

Av den anledningen var det naturligt att det blev inom den tillfälligt tillbakatryckta biologiska psykiatrin, i dessa sammanhang ofta kallad neuropsykiatri, som utvecklingen mot psykiatriska diagnosbeteckningar drevs vidare. Där hade man fortsatt att forska kring ouppmärksamhet och hyperaktivitet. Successivt förstärktes indicierna på ett kausalt samband mellan den sortens beteendeproblem och tidiga neurologiska skador, vare sig det handlade om födelsetrauman, hjärnhinneinflammation, infektioner, epileptisk aktivitet eller förgiftningar. Intrycket förstärktes av att forskare kunde påvisa likheter i beteenden mellan hyperaktiva barn och däggdjur med skador i hjärnans frontallob. I slutet av fyrtioalet lanserades termen *brain damaged child*, som så småningom utvecklades till diagnosbeteckningen *Minimal Brain Damage*, *MBD*. Det ansågs nu räcka att notera beteendestörningen hos barnet för att dra slutsatsen att det handlade om en neurologisk skada.

Det är viktigt att notera att den neuropsykiatriska forskningen på temat ouppmärksamhet och otyglad impulsivitet ända fram till slutet av femtioalet mest handlade om patienter med riktigt allvarliga symtom. Studierna rörde svårt sjuka barn intagna på kliniker, barn med också andra bakomliggande neurologiska eller psykiatriska problem.

Några av Charles Bradleys lärjungar, bland andra barnpsykiatern Maurice Laufer, skulle vidga det perspektivet. År 1957 publicerade de en ny studie av amfetaminets verkningar på beteendestörningarna, som också den visade en positiv effekt. Studien kom att få stor betydelse för utvecklingen av adhd-diagnosen, egentligen mer på grund av resonemangen kring symtombilden än resultaten av amfetaminbehandlingen.

Maurice Laufer och hans kollegor skrev inalles två artiklar om beteendestörningarna, som de nu gav namnet *hyperkinetic impulse disorder* [4]. Hyperaktiviteten lyftes tydligare än tidigare fram som mest utmärkande symptom, vid sidan av koncentrationssvårigheter och uppmärksamhetsproblem. I deras beskrivning av typpatienten rymdes nu även barn med relativt sett lättare beteendeproblem, barn som gick i normala skolor och inte hade någon hjärnskada i sitt förflutna. Störningen betraktades som ”väldigt vanlig” [5].

”I dagens överfulla klassrum blir lärare ofta fientligt stämde mot barn som trots att de verkar ha gott förstånd inte kan sitta still, inte fokusera på studierna, nästan aldrig blir klara med de uppgifter de fått sig förelagda och ändå på något oförutsägbart sätt lämnar in alldeles utmärkta uppsatser. För att göra saken än värre kommer till detta särskilda inlärningssvårigheter, speciellt vad gäller läsning och matematik, i förening med dessa barns allt större vantrivsel. Ofta lyckas de inte skaffa sig en ordentlig grund i skolarbetet och för varje år kommer de allt längre efter.” skrev Laufer och hans medarbetare [4].

Studien betraktades som ett neuropsykiatriskt försök att utmana den då dominerande freudianska tankevärlden, där det vanliga var att se barnets utagerande beteende som en reaktion på dåliga hemförhållanden och brister i föräldra-barnrelationen.

Maurice Laufer och hans medarbetare tolkade amfetaminets positiva effekter som ett tecken på att beteendestörningarna berodde på nedsatta funktioner i de delar av hjärnan som har med organisering och sortering av yttre stimuli att göra. Men trendkänsligheten var påtaglig. De underströk att detta bara var spekulationer och uteslöt inte ett strikt emotionellt och psykologiskt orsaksamband, där störningarna i hjärnans funktioner i så fall skulle kunna vara en

följdverkan. De diskuterade psykologiska processer i relationen mellan föräldrar och överaktiva barn och hänvisade till och med till Freuds resonemang om en skyddande barriär (Reizschutz) mellan Egot och störande yttre stimuli. ”I strid med det ’allt eller inget’-tänkande som till helt nyligen varit förhärskande hävdar vi i föreliggande arbete att det finns ett ständigt behov av att ta hänsyn till både neurofysiologiska och psykologiska faktorer.” skrev Laufer och hans kollegor [4]. De betonade att det var viktigt att beteendestörningar hos barn inte urskillningslöst behandlades med amfetamin, men noterade att det fanns många fall där det överaktiva barnet behövde amfetaminbehandlingen för att överhuvudtaget kunna delta på ett meningsfullt sätt i en nödvändig psykoterapi.

Metylfenidat och Minimal Brain Dysfunction

Femtioalets andra hälft betraktas allmänt som den moderna psykofarmakologins födelse. Efter en rad banbrytande upptäckter, som exempelvis psykosmedlet klorpromazin (1952) ökade forskningen lavinartat.

Lauferstudien sammanföll i tiden med den internationella lanseringen av ett något mildare centralstimulantia, en substans kallad metylfenidat. Preparatet bar varunamnet Ritalina och hade godkänts i USA 1955 (i Sverige 1957) för behandling av ”abnorm trötthet, nedstämdhet, svaghetstillstånd under konvalescens, bristande koncentrationsförmåga och minnesrubbningsar” hos vuxna [6].

I en av sina artiklar 1957 nämnde Laufer och hans medarbetare Ritalina som ett möjligt behandlingsalternativ till amfetamin. Flera studier genomfördes och några år senare, 1961, godkändes Ritalina i USA för behandling av hyperaktiva barn.

I USA breddades synen på barns hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörningar under 1960-talet. Man resonerade som Maurice Laufer och hans medarbetare och började inkludera allt bredare patientgrupper. I Europa var tendensen snarare att hålla fast vid en snävare definition, där eventuella diagnoser bara skulle handla om de allra svårast drabbade barnen. På bägge håll växte kritiken mot den länge dominerande diagnosbeteckningen Minimal Brain Damage. Bara för att det gick att påvisa ett samband mellan neurologiska skador och beteendestörningar var det inte tillräckligt för att dra slutsatsen att en beteendestörning alltid hade en neurologisk skada som förklaring, menade kritikerna.

Vid en barnneurologisk konferens i Oxford 1963 fattades ett formellt beslut att ändra diagnosens namn till *Minimal Brain Dysfunction*. Definitionen skrevs nu ”barn med begåvning från medel till över det normala, som har vissa inlärningsproblem och beteendeproblem, från milda till allvarliga, associerade med indikationer på dysfunktion i centrala nervsystemet” [7].

Förkortningen MBD letade sig dock inte in i den andra upplagan av den Amerikanska psykiatriska föreningens diagnosmanual DSM, som publicerades 1968. DSM II präglades starkt av ett psykodynamiskt förhållningssätt, vilket bland annat manifesterades i att barnpsykiatriska tillstånd beskrevs som ”reaktioner” i manualen. Hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörning rubricerades här *hyperkinetic reaction of childhood* och klarades av på några få rader [8] [9].

I WHO:s International Classification of Diseases fanns vid den här tiden bara en allmän notering om *behaviour disorders of childhood* [10].

Minimal Brain Dysfunction, MBD, skulle ändå bli sjuttioalets dominerande diagnosbeteckning. Efter ett antal nya läkemedelsstudier i slutet av sextioalet iscensatte läkemedelsbolaget CIBA på allvar sin lansering av Ritalina för behandling av hyperaktiva barn. Företaget undvek dock det nya diagnosnamnet i DSM II. Istället blev det diagnosbeteckningen MBD, Minimal Brain Dysfunction, som lyftes fram i den förhållandevis aggressiva marknadsföringen. CIBA sålde in begreppet ”The MBD Child” i reklam och informationsmaterial. Det skrevs spaltmeter om MBD-barn i amerikanska tidningar och den amerikanska försäljningen av Ritalina exploderade i början av sjuttioalet [5].

Sverige och MBD

Det dröjde ända in på sena sextioalet innan psykodynamiska teorier och behandlingsalternativ fick fäste i den av tradition biologiskt orienterade svenska psykiatrin. I Sverige hade de tidiga läroböckerna i barnpsykiatri en självklar biologisk ansats i skrivningarna om uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet. I sin lärobok i barnpsykiatri från 1958 förde Sveriges första professor i barnpsykiatri, Anna-Lisa Annell, till exempel in sådana symtombilder under beteckningen *hjärnläsionella syndrom* [11]. Störningarna ansågs orsakade av organiska skador i centrala nervsystemet och Annell föreslog bland mycket annat amfetamin i behandlingsarsenalen. Men hyperaktiva barn var på intet vis ett ämne i centrum för debatten vid den här tiden.

Den stora omorienteringen i svensk psykiatri under åren omkring och efter 1968 medförde ett radikalt förändrat synsätt i förhållande till utagerande barn. Biologiska förklaringar till beteendestörningar av det slaget ansågs nu både otidsenliga och inhumana. Istället placerades familjen i centrum. Reagerade barn med koncentrationssvårigheter och överaktivitet berodde det på att familjen var dysfunktionell, menade man, att det fanns spänningar eller känslomässiga brister i relationen mellan barnet och endera föräldern. Dysfunktionaliteten utreddes vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik (PBU) och behandlingen inriktades ofta på att i familjeterapi komma tillrätta med problemen. Specialklasser eller skolinternat/behandlingshem kunde också komma i fråga.

Barnpsykiatern Gustav Jonsson drev i flera decennier Barnbyn Skå för, som han skrev, ”särskilt besvärliga, utlevande barn av en typ som inom svensk barnpsykiatri av i dag brukar få diagnosen ’tidig eller primär karaktärsstörning’” [12]. Gustav Jonsson sökte förklaringen till beteendet i barnets sociala förhållanden och betonade bland annat riskerna med tidiga separationer. Hans bok, *Det sociala arvet* (1967), fick stort inflytande när det gäller synen på barn med beteendeproblem, men handlade mer om riskfaktorer för ungdomskriminalitet än om utagerandet som sådant.

Märkligt nog var det just under denna det tidiga sjuttioalets starkt psykodynamiska period som den amerikanska diagnosbeteckningen MBD fick fäste också i den svenska debatten. Till skillnad från i USA hade uppsvinget för bokstavskombinationen i Sverige dock ingen koppling till lanseringen av läkemedlet Ritalina (metylfenidat) vid hyperaktivitet hos barn.

Några år tidigare, 1968, hade Socialstyrelsen nämligen uppmanat läkemedelsföretaget CIBA att dra in Ritalina från den svenska marknaden. Detta efter en tids omfattande missbruk av illegalt införd metylfenidat. Preparatet hade då varit godkänt i Sverige för behandling av bland annat trötthet och nedstämdhet, men aldrig aktuellt som läkemedel för överaktiva barn. Vid något enstaka tillfälle nämndes beteenderubbningar bland tänkbara indikationer i CIBA:s svenska reklammaterial, men då inriktade företaget sig på störningar hos ”åldrande människor som tar sig uttryck i stegrad eller minskad aktivitet” [13].

Beslutet 1968 att dra in Ritalina var tämligen unikt. Sverige blev därmed ett av få länder där substansen metylfenidat inte fanns på marknaden före lanseringen av Concerta (2002).

Diagnosen MBD hade i början av sjuttioalet istället fångats upp av en skara svenska barnläkare, barnneurologer och sjukgymnaster. Till de pådrivande krafterna för att identifiera barn med MBD och forska vidare kring diagnosen räknas barnneurologen och professorn i pediatrik i Göteborg, Bengt Hagberg. Dit hörde också docenten i pediatrik Bo Bille, som förestod Folke Bernadottehemmet i Uppsala, en habiliteringsklinik för barn och ungdomar med cerebral pares. Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU) började likaså lyfta MBD-diagnosen i sin opinionsbildning i början av sjuttioalet.

MBD beskrevs som en dittills okänd neurologisk funktionsnedsättning hos barn som annars allmänt betraktades som normalbegåvade. Bland symtomen nämndes hyperaktivitet, klumpighet och bristande koncentrationsförmåga. Man uppskattade att omkring tio procent av barnen i skolåldern kunde lida av funktionsnedsättningen.

I november 1973 anordnade Socialstyrelsen ett ”Symposium om barn med Minimal Brain Damage (sic!), (’MBD-barn’)”. Symposiet kretsade kring några huvudfrågor: ”1. Vad är Minimal Brain Damage? 2. Hur ska vi finna dessa barn? Diagnosmetoder m.m. 3. Vilka behandlingsresurser har vi – vilka skulle behövas? (---) 4. MBD-barnens och deras föräldrars behov av stöd och stimulans. Behandlingsmetoder. 5. Information och utbildning. Vad behövs?” [14].

Symposiet mynnade ut i slutsatsen att det krävdes vidare utredning, både för att definiera diagnosen bättre och för att precisera hur vanlig funktionsnedsättningen kunde vara. Uppskattningarna av andelen barn med MBD var alltför vaga. Studier som redovisats antydde ett tänkbart spann på mellan 1–2 procent och 15–20 procent av barnen i skolåldern, beroende på hur man definierade problemen.

Resultatet av MBD-symposiet 1973 blev att Skolöverstyrelsen tog initiativ till ett treårigt forskningsprojekt under ledning av docent Bo Bille. Åren 1975–1978 avsatte Skolöverstyrelsen sammanlagt 450 000 kr (cirka 2,2 miljoner kronor i dagens penningvärde) för ”Kartläggning, diagnostisering, pedagogiska metoder och stödåtgärder för MBD-barn”. Forskningsprojektet fördelades mellan universiteten i Uppsala och Göteborg [15].

Uppsalastudien drevs vid Folke Bernadottehemmet och koncentrerades i huvudsak till medicinska, pedagogiska och sociala undersökningar av barn med misstänkt MBD. Vid Göteborgs universitet genomfördes en kartläggning av alla 6-åringar i Göteborgs förskolor, bland annat i syfte att precisera

hur stor andel av förskolebarnen som kunde vara drabbade av MBD. Studien var ett samarbete mellan Pediatriska institutionen vid Göteborgs universitet och Lärarhögskolan i Mölndal.

Initiativet väckte medial uppmärksamhet. MBD omskrevs som ”1970-talets kanske viktigaste handikapp” och som en fråga av högsta prioritet för Skolöverstyrelsen. Tidningen Expressens första artikel om MBD 1974 bar rubriken ”Vart tionde barn lider av okänt handikapp” [16]. Året därpå hade många svenska dagstidningar och nyhetsprogram stora reportage om den nya diagnosen MBD, som till exempel i Svenska Dagbladet uppgavs vara en ”mindre störning i hjärnfunktionen” [17]. Dagens Nyheter kallade MBD för ”lättare hjärnskada” och noterade att handikappet var ett nytt problem även för läkare [18]. ”I höst har det plötsligt blivit vanligt att tala om MBD-barn”, skrev *Expressen* i november 1975 [19].

I den första stora artikeln om MBD i Läkartidningen beskrev professorn i pediatrik, Bengt Hagberg, diagnosen som ett ”samlingsbegrepp för ett handikappkomplex hos barn” med ”ofta en förödande negativ effekt på barnets utveckling och anpassning”. Den överaktivitet och de uppmärksamhetsproblem som funktionsnedsättningen förde med sig missförstods nämligen, såväl i hemmet som i skolan, underströk Bengt Hagberg: ”Överkrav eller underkrav ställs. Barnen lyckas aldrig, är alltid sämst i allt! De blir frustrerade och stressade, upplever sig jämt som misslyckade, blir ej sällan mobbade hackkycklingar som utesluts ur kamratgruppen och idrottslaget, där de är en besvärlig belastning. (---) För lärare är MBD-barnet inte bara ett dåligt skolbarn utan ofta och framför allt ’miljöförstöraren’, klassrummets plåga och skräck” [20].

Professor Hagberg trodde inte på de uppskrivade frekvenssiffror som förekommit, utan uppskattade andelen svenska skolbarn med MBD till 1–2 procent snarare än 5–10. Han ringade in dem som barn ofta placerade i observationsklasser, klasser för läs- och skrivsvårigheter, hjälpklasser, skoldaghem, PBU-kliniskolor eller någon av de 5–10 MBD-klasser som fanns vid den tiden. Han nämnde lyckade behandlingar med amfetamin och metylfenidat, men förespråkade i första hand stödåtgärder i skolan.

Den nya MBD-diagnosen var kontroversiell. ”MBD är en slasktrattsdiagnos. Det alltmer spridda användandet av beteckningen MBD är rent skadligt”, protesterade några psykologer i Dagens Nyheter 1975. De hävdade att överaktivitet, koncentrationssvårigheter och aggressivitet istället var tecken på ”ångest som kommer ur olika slag av konfliktsituationer i barnets uppväxtmiljö” [21]. Psykoanalytikern och barnpsykiatern Margit Bellman skrev i Läkartidningen att symtomen visserligen förekom vid hjärnskador, men att de också var karaktäristiska för ”djupa psykiska personlighetsstörningar”, som krävde familjeterapi. Hon varnade för en ensidig syn på MBD och betonade att hänsyn måste tas till ”hur barnet fungerar totalt såväl individuellt som i sin familj och i hela sin sociala situation” [22].

I den uppmärksammade skriften *Mot en kritisk psykiatri* (1976) avfärdade barnpsykiatern och debattören Anders Torold MBD-diagnosen som ett typexempel på det slags psykiatriska utslagningssystem som uppstår när man flyttar fokus från problemen i samhället till den enskilde individen och ”behandlar bort” missanpassningen. Torold, som har kallats ”den röde doktorn”,

menade att MBD-begreppet fungerade ”repressivt, förtryckande och stigmatiserande” [23].

Överläkaren Bengt Sandberg varnade i boken *Hyperaktivitetssyndromet* för en okritisk användning av MBD-diagnosen. ”Ett av skälen till att man skapade begreppet MBD tycks ha varit att man velat hävda ett medicinskt-organiskt synsätt som motvikt mot de psykoanalytiskt inriktade barnterapeuterna, som utgör en stark grupp i USA”, var hans spekulation [25].

Det rådde heller ingen samsyn i myndighetsvärlden. Efter det inledande MBD-seminariet 1973 hade Skolöverstyrelsens generaldirektör Jonas Orring svårt att få med Socialstyrelsens generaldirektör Bror Rexed på MBD-satsningen. En kort brevkorrespondens dem emellan 1975 ger en god bild av spänningarna vid den här tiden. SÖ:s Jonas Orring påpekade i sitt brev till Bror Rexed att barn med MBD ofta felbedöms och felbehandlas, t ex straffas för sin hyperaktivitet eller kritiseras för sin impulsivitet. Han propagerade för MBD-projektet och skrev om barn i ”våra skolor (---) som skriker på hjälp. (---) Trycket från föräldrahåll är stort och även från de lärare som kommer i beröring med dessa barn”.

Bror Rexed svarade att han var skeptisk och därför hade hållit tillbaka många MBD-projekt på sin myndighet: ”Vad jag är rädd för är att en överdiagnostik stödd på entusiastiska psykologers och neurologers förfinade testmetoder kan komma att utpeka en stor grupp barn med mycket osäker avgränsning mot normalvarianter som en speciell ’sjukdomsgrupp’. Därav följer att de kommer att bli behandlade och särbehandlade. Detta kan i sin tur mycket väl leda till större skador än nytta. Som bevis för denna möjlighet vill jag anföra vad som hänt i Förenta staterna. På grundval av en lös diagnostik (ofta tydligen bara lärarinnans påpekanden att barnen är oroliga i klassen) ger man flera hundratusentals barn regelbunden behandling med centralstimulantia (---). Jag skulle vara mycket olycklig om de farhågor som jag nu nämnt skulle besannas också i vårt land.” [24]

Damp och adhd

Göteborgsdelen av Skolöverstyrelsens MBD-projekt mynnade ut i en pilotstudie 1975 (med barn födda 1969) och en uppföljande större MBD-studie av alla sexåringar i Göteborgs förskolor 1977 (barn födda 1971). Förskollärarna fick svara på ett frågeformulär om varje barn. De barn som enligt svaren uppvisade tecken på MBD fick genomgå en undersökning för eventuell diagnostisering. Studien resulterade i flera doktorsavhandlingar med forskningsanslag också från Medicinska Forskningsrådet och Delegationen för social forskning. Den första lades fram 1981 av barnpsykiatern Christopher Gillberg. Gillbergs slutsats var att 1,2 procent av förskolebarnen i Göteborg kunde diagnosticeras med svår MBD, medan 3–6 procent uppvisade lätta till måttliga symtom.

Diagnosnamnet MBD var dock återigen under omprövning. I USA hade diagnosbegreppet successivt förlorat i betydelse under slutet av sjuttioalet. Forskare hade dessutom börjat ifrågasätta om hyperaktiviteten var beteendestörningens mest tongivande symtom. Istället lyftes ouppmärksamheten och den dåliga impuls kontrollen fram som det centrala. Detta berodde delvis på

att de symtomen uppfattades som mer signifikanta, delvis på att det var dessa symtom som svarade bäst på behandlingen med centralstimulantia.

När tredje upplagan av den amerikanska psykiatrins diagnosmanual (DSM III) publicerades 1980 hade diagnosen fått ett helt nytt namn som följde det nya tankemönstret: ADD, *Attention Deficit Disorder*. Denna ADD-diagnos gavs två undergrupper: ADD med respektive utan hyperaktivitet. För diagnos ställdes kravet att tre av fem kriterier på ouppmärksamhet, tre av sex kriterier på impulsivitet och två av fem kriterier på hyperaktivitet skulle vara uppfyllda. ADD med hyperaktivitet uppgavs vara en vanlig störning och drabba tre procent av alla förpubertala barn i USA, tio gånger så många pojkar som flickor.

DSM III skulle allmänt sett betyda ett stort genombrott för en mer biologisk syn på psykiatriska symtom och diagnoser. De freudianska och psykodynamiska perspektiv som tidigare dominerat manualen övergavs för precisa diagnoser listade efter symtomkriterier. I denna tredje upplaga flerdubblades diagnosmanualen i omfång, fick stor internationell spridning och blev förhållandevis snabbt central även i den svenska psykiatrin.

Men till skillnad från många andra av de nya amerikanska diagnoserna hade ADD svårt att vinna gehör i den svenska psykiatrin. I psykodynamiska kretsar såg man inget behov av specifika diagnoser byggda på en ytlig kvantifiering av symtom och bland svenska neuropsykiatrer uppfattades den nya diagnosen som luddig och inte heltäckande.

Samtidigt ansåg man även inom svensk och nordisk neuropsykiatri att MBD-begreppet hade spelat ut sin roll. Diagnosbeteckningen uppfattades som otidsenlig, bland annat för att den presenterade ett slags förklaring till symtomen (minimal hjärndysfunktion) istället för en beskrivning av dem, menade forskare i flera nordiska länder. Det ledde också tanken fel att betrakta störningen som minimal. Så småningom fattades ett formellt beslut vid ett nordiskt expertmöte att överge MBD-beteckningen.

I svensk MBD-forskning hade man, vid sidan av övriga symtom, lagt stor vikt vid patientgruppens motoriska problem, barnens fumliga beteende. Christopher Gillberg och hans medarbetare hade därför arbetat fram en egen diagnosbeteckning, DAMP, *Definicits in Attention, Motor control and Perception*, en diagnos som liksom ADD sade mer om symtombilden än om den eventuella bakomliggande förklaringen. Beteckningen damp användes första gången i en doktorsavhandling 1987. Den fick stort genomslag bland biologiskt orienterade barnpsykiatrer i Sverige och övriga nordiska länder, även om beteckningen MBD dröjde kvar i det allmänna medvetandet in på 1990-talet.

Diagnosen damp lanserades därmed i Sverige första gången samma år som den amerikanska psykiatriska föreningen kom med sin reviderade diagnosmanual. I denna DSM III R hade beteendestörningen återigen bytt namn. ADD-diagnosens undergrupper hade slagits ihop till en enda diagnos: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, ADHD, med fjorton symtomkriterier. Diagnosförvirringen blev knappast mindre av att WHO samtidigt, i den nya upplagan av *Klassifikation av sjukdomar (ICD-9, 1987)*, hade rubricerat symtombilden som *hyperkinetiska syndrom i barndomen*.

Biologiskt baserade diagnosresonemang ansågs dock fortfarande avvikande och utmanande i den psykodynamiskt dominerade svenska psykiatrin.

I läkartidningen 1985 publicerade Christopher Gillberg en bred genomgång av olika diagnosbeteckningar på psykiatriska handikapptillstånd hos barn. Han kritiserades då av till exempel barnpsykiatern Sigmund Soback på S:t Görans sjukhus i Stockholm. ”En föråldrad syn på barnpsykiatri”, skrev Soback och menade att Gillberg bortsåg från ”den mycket stora gruppen barn som genom ett negativt miljöinflytande blir psykiskt och socialt handikappade för resten av livet”. Han kallade Gillbergs hållning för ”milt sagt konservativ, rent av reaktionär” [25].

De behandlingsideologiska spänningarna levde kvar, men den verkligt stora kraftmätningen skulle dröja några år.

Vägen mot läkemedelsbehandling

Den omfattande förskrivningen av centralstimulantia till barn med MBD/adhd var fortfarande främst en amerikansk företeelse. I Europa fanns en annan återhållsamhet, såväl i diagnostisering som i medicinering. I åttiotalets Sverige existerade mycket lite stöd för den amerikanska modellen att behandla beteendestörningar som hyperaktivitet och ouppmärksamhet med centralstimulantia. Sådan förskrivning krävde särskild licens från Socialstyrelsen, som tillämpade en mycket restriktiv linje.

Den behandling som erbjöds inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården var i första hand familjeterapi. I åttiotalets mitt uppgavs den största patientgruppen på PBU-mottagningarna i Stockholm vara pojkar i åldern 5–12 år, ofta ”barn som är oroliga i skolan, har svårt att koncentrera sig och samarbeta”. Rutinen vid PBU var, enligt samtida medierapportering, att under behandlingsperioden kalla hela familjen till terapeutiska samtal för att ringa in eventuella relations- eller miljöproblem. I samarbete med skolan kunde också beslutas om specialpedagogiska åtgärder, som olika former av stödundervisning, anpassad studiegång och terapiskolor. I svåra fall kunde behandlingshem bli aktuella [26].

Men undantag fanns. Även i Sverige existerade tidiga försök att behandla överaktiva barn med centralstimulantia. I början av åttiotalet presenterades en studie i Lund, där 20 barn i åldern 7–12 år behandlats med amfetamin på försök med, enligt redovisningen, goda resultat. Den ansvarige för studien, psykiatern Torkel Scholander, begärde därefter att Socialstyrelsen skulle lätta på restriktionerna kring licensförskrivningen för de svåraste fallen av hyperaktivitet.

Under åttiotalet utsattes Socialstyrelsen för ett växande tryck från biologiskt orienterade barnpsykiatrer om ökade möjligheter att förskriva centralstimulantia på licens till barn med svår damp/adhd. Men under hela 1980-talet beviljades endast 37 sådana licenser i Sverige för lika många patienter.

På Socialstyrelsens läkemedelsavdelning följde man inte utan intresse amerikanska studier på området. I maj 1988 anordnade myndigheten till sist ett expertseminarium kring centralstimulantia vid adhd. Där bestämdes att en svensk multicenterstudie skulle genomföras i samarbete mellan Socialstyrelsens läkemedelsavdelning (1990 ombildad till Läkemedelsverket) och barnpsykiatrer i de fyra städerna Uppsala, Göteborg, Lund och Umeå. Syftet skulle vara att i en dubbelblind långtidsstudie pröva effekten av amfetamin mot placebo vid behandling av barn med adhd. Det var inte oväsentligt för

diagnosutvecklingen att man beslutade använda det internationellt gångbara amerikanska diagnosbegreppet adhd i studien, inte det svenska alternativet damp.

Initiativet till läkemedelsstudien kom från den statliga myndigheten och ansvaret för att lägga upp arbetet och sammanställa protokollet skulle vila på representanten för det nybildade Läkemedelsverket. Det var ett annorlunda forskningsupplägg. Det hörde inte till vanligheterna att en läkemedelsstudie genomfördes med en statlig myndighet som den centrala aktören. År 1991 påbörjades studien och kom att omfatta sammanlagt 72 barn i de fyra olika städerna.

De inblandade forskarna såg ingen massförskrivning av centralstimulantia vid adhd/damp framför sig. I samtida informationsmaterial skrev exempelvis Christopher Gillberg att medicinering bara var befogad ”i sällsynta fall”. Han förespråkade stödåtgärder i skolan, mycket individuell undervisning, så att de drabbade barnen inte slogs ut från början utan kunde ”hänga med i skolan när de biologiska problemen försvinner efter några år”. Han beräknade att drygt en procent av alla barn som börjar skolan hade svår funktionsnedsättning av adhd/damp-karaktär, tre–sex procent lätt eller måttlig [27] [28].

Multicenterstudien sammanföll i tiden med startskottet för en mångårig och ännu pågående lobbyingkampanj från Scientologkyrkan mot såväl adhd-diagnosen som centralstimulantiabehandlingen av symtomen. Kampanjen är internationell och sköts här i Sverige, som i andra länder, av Scientologkyrkans antipsykiatriska rörelse *Kommittén för mänskliga rättigheter*, KMR (The Citizens Commission on Human Rights, CCHR, i USA). CCHR bildades av Scientologkyrkan 1969 (KMR i Sverige 1972) med det yttersta målet att eliminera psykiatrin i alla dess former. Den har genom åren prioriterat kampanjer mot föreskrivningen av psykiatriska läkemedel, i synnerhet till barn.

Bland svenska KMR:s tidiga aktiviteter kan nämnas en insändarkampanj om pågående ”marknadsföring av amfetamin” till MBD-barn i Sverige, samt en anmälan till Socialdepartementet med krav på utredning av påstådda missförhållanden inom multicenterstudien [29, 30].

Resultatet av multicenterstudien presenterades vid läkarstämman 1996 och publicerades 1997. ”Studien visade att amfetamin signifikant förbättrade koncentrationsförmåga, överaktivitet och även andra beteendeproblem under behandlingstiden jämfört med placebo”, skrev Läkemedelsverket i en sammanfattande analys [31]. Licenskravet kvarstod dock, om än väsentligt uppluckrat. Efter publiceringen ökade licensföreskrivningen dramatiskt. Under perioden 1987–1997 hade ett tiotal barn per år behandlats med centralstimulantia. I december 1998 var siffran 1 750 barn.

Situationen skapade spänningar mellan Socialstyrelsen i Stockholm och Läkemedelsverket i Uppsala. När trycket ökade på lättnader i licensgivningen för behandling med centralstimulantia även av vuxna adhd-patienter höll Socialstyrelsen tillbaka: ”Socialstyrelsen känner mycket stor tvekan att vidga indikationerna för behandling med centralstimulerande medel även med de strikta regler som föreslås. Orsaken till vårt ställningstagande är följande: Många av landets omkring 8 000 missbrukare av amfetamin kommer att få förhoppningar om ’legal’ föreskrivning. (---) Även amfetaminmissbrukare kommer att kunna hävda att de har behandlingsberättigad diagnos och kräva

utredning för att få licensförskrivning. Gränsdragningarna kommer att bli svåra. Sverige kommer att bli betraktat som ett mer drogliberalt land. Ökad legal förskrivning av centralstimulerande medel kommer att motverka narkotikabekämpningen” [32].

Licenser för läkemedel ska vara en undantagslösning vid speciella behov. Sjukvårdspersonal och allmänhet har till exempel inte tillgång till information om licensläkemedel på samma sätt som för godkända läkemedel. För Läkemedelsverket började det bli tveksamt att fortsätta med en ständigt växande licensförskrivning, i synnerhet av ett narkotikaklassat läkemedel för behandling av barn. Det blev därför viktigt att istället få in ansökningar om godkännande av dessa läkemedel för bedömning. Det blev också allt mer angeläget att nå samsyn över myndighetsgränserna.

Diskussionen ledde till att Socialstyrelsen i augusti 1999 anordnade en hearing om medicinsk utredning och behandling av barn och vuxna med adhd. Konferensen mynnade så småningom ut i Socialstyrelsens första kunskapsöversikt på området, *Adhd för barn och vuxna* (2002). Kunskapsöversikten presenterades i Läkartidningen som ett stöd för en kombinationsbehandling med centralstimulerande läkemedel och psykosociala åtgärder [33].

Dampfejden

Vid millennieskiftet ökade den svenska medieuppmärksamheten kring överaktivitet och uppmärksamhetsstörningar. Från att ha omnämnts mer sporadiskt blev begreppen adhd och damp betydligt vanligare i den dagliga mediebevakningen och det berodde inte på den nyligen avslutade multicenterstudien, som knappt rönt någon uppmärksamhet. Den avgörande vändpunkten var istället en debatt om damp-diagnosen och Christopher Gillbergs Göteborgsstudie, som kretsade kring sociologen Eva Kärfves bok *Hjärnspöken. Damp och hotet mot folkhälsan* (Symposion, 2000).

En förpostfäktning ägde rum redan 1997. Professor Christopher Gillberg och skolöverläkaren Sophie Ekman hade skrivit en debattartikel i Dagens Nyheter om skolans bristande hänsyn till barn med funktionsnedsättande neuropsykiatriska diagnoser. De hade beräknat att tio procent av alla skolbarn, 120 000, hade någon av diagnoserna damp, adhd, Asperger och Tourettes syndrom, tillstånd som ”antingen är ärftliga eller uppstår till följd av skador i nervsystemet”. De barnen behöver få sina funktionshinder diagnostiserade och de behöver små lugna klasser med tydlig struktur, skrev Gillberg och Ekman [34].

Utspellet angreps i Läkartidningen av skolläkaren Leif Elinder, som ifrågasatte det rimliga i att ställa medicinska diagnoser på, vad han kallade, ”kulturella handikapp”. Rätten att vara annorlunda utan att sjukförklaras borde försvaras och de skolsvårigheter det handlade om ges socialpedagogiska beskrivningar istället för stämplande neuropsykiatriska diagnoser, menade Elinder. ”Tänk om man kallade synnedsättning för ett enbart socialpedagogiskt problem, utan att försöka förstå den biologiska problematiken. Vem skulle då få glasögon?” svarade Christopher Gillberg [35, 36].

Hösten 2000 publicerades sociologen Eva Kärfves bok *Hjärnspöken. Damp och hotet mot folkhälsan*, med en kortare efterskrift av Leif Elinder. Boken var dels att betrakta som ett ideologiskt angrepp på neuropsykiatrisk

diagnostisering som sådan, dels en kritisk granskning av Christopher Gillbergs doktorsavhandling om MBD-barn i Göteborg och av de då ännu publicerade underlagen till Socialstyrelsens kunskapsöversikt om adhd.

Kärnan i sin kritik hade Eva Kärffve redan formulerat i artiklar i bland annat Sydsvenska Dagbladet: ”Det finns inga vetenskapliga belägg för att barn med den symptomflora som sorterar under diagnosen ”damp” har någon hjärnskada eller någon neurologisk störning över huvud taget. Diagnosen ställs uteslutande på beteende. Och detta kan, mildt sagt, variera”, hävdade Eva Kärffve. ”Dampbegreppet är bara det senaste budet i en reaktionär diskurs om människan. I denna grundsyn är människan att likna vid en apparat, och som sådan kan hon vara defekt. (---) Ambitionen att spåra upp defekta inslag i befolkningen och på ett eller annat sätt åtgärda dessa, har vi sett förut.”[37]

I boken kallade hon neuropsykiatri ”socialdarwinistisk” och ”damp-teorin” för ”totalitär och deterministisk” eftersom den, enligt henne, inte tog hänsyn till alternativa sociala och psykologiska förklaringar. ”Tanken att det skulle finnas miljöfaktorer som påverkar dessa barns beteenden, faktorer som skulle kunna sökas i familj eller skola eller tidiga kamratkontakter (---) uppfattas i dessa kretsar som hädisk och bekämpas därför i varje sammanhang”, skrev Eva Kärffve. Hon menade att Christopher Gillbergs prevalenstal var ”groteska” och hävdade att ”snart sagt vilket barn som helst kan få denna diagnos”. Om en stor del av barnen inte klarade skolan vore det mer befogat att granska skolan och det omgivande samhället, inte barnet, resonerade Kärffve.

Som Eva Kärffve såg det strävade damp-diagnosens försvarare endast efter ökad segregation i samhället. Hon varnade för att barn med damp skulle stämplas som avvikande och isoleras från kamratgemenskapen. En sådan diagnos innebar ”social död”, menade hon. Kärffve hävdade vidare att hon med sin kritiska genomgång av Christopher Gillbergs avhandling bevisat att det vetenskapliga underlaget för ”damp-teorin” inte höll [38].

Inom psykiatri reagerade många kraftigt på Eva Kärffves utspel. Ett fyrtiotal läkare inom barnneurologin och barnpsykiatri skrev tidigt ett upprop i Läkartidningen, där de bland annat påpekade att Christopher Gillbergs forskning nyligen klassats som ledande i Europa av Medicinska forskningsrådet. En grupp skolläkare och skolpsykiatrer i Stockholm invände mot Kärffves verklighetsbeskrivning. ”Vi som arbetar ’på fältet’ och ser hur illa dessa barn far på grund av en oförstående omgivning vet också hur viktig en riktig diagnos är. Än i dag betraktas alltför många av dessa barn som dåligt uppfosttrade eller ’det är nog problem hemma’ (—)”, skrev de i Läkartidningen [39, 40].

Företrädare för neuropsykiatri kallade Eva Kärffves bok för ett ”frontalangrepp” och dömde ut den som ovetenskaplig. I själva verket, menade de, var prevalenstalen i Göteborgsstudien fullt jämförbara med vad studier i andra länder visade. De kritiserade hur hon, med ett i deras ögon starkt tendentiöst debattinlägg, ifrågasatte en forskning, som lett till fyra godkända vetenskapliga avhandlingar. De ingående delstudierna hade passerat ett trettio-tal referees och i de allra flesta fall redan publicerats i erkända medicinska tidskrifter, påpekade bland andra Tom Fahlén, Christopher Gillberg, Björn Kadesjö och Peder Rasmussen i olika artiklar [41] [42, 43].

”Konklusionen av hennes bok – damp-teorin ’vill inte åstadkomma någon annan varaktig förändring än segregation’ – hade, om den hade varit sann, varit sensationell, eftersom läkare, psykologer, skolpersonal, forskare och myndigheter brukar anföra att syftet med deras aktiviteter är det rakt motsatta: att undvika att de som har denna typ av svårigheter segregeras. Att blottlägga en konspiration av sådant format hade sannolikt varit en av de mer betydande forskningsinsatserna i svensk sociologisk forskning på decennier”, skrev Göteborgsprofessorerna Elias Eriksson och Kristoffer Hellstrand senare i en inlägga [44].

Boken *Hjärnspöken* utlöste en animerad debatt på aggressivitetens nivåer svensk psykiatri inte hade upplevt sedan tidigt 1970-tal. Men debatten fördes på många plan mellan olika discipliner, och blev inte i första hand en inompsykiatrisk behandlingsideologisk strid. Sådana motsättningar kan dock också urskiljas.

Per-Anders Rydelius, professor i barnpsykiatri vid Karolinska sjukhuset, skrev till exempel en artikel i Läkartidningen tillsammans med professor Rolf Zetterström och överläkare Jan-Olof Larsson, där de anförde Eva Kärfves bok som argument för att kräva en tvärvetenskaplig konferens om damp/adhd. Syftet med en sådan konferens skulle bland annat vara att begränsa medikaliseringen av beteendestörningen. ”Trots att vederhäftig kritik riktats mot dampdiagnosen försvaras den ihärdigt av förespråkarna, som framhåller att tillståndet är en kronisk sjukdom/handikapp som kan kräva medicinsk behandling. (---) Inte heller är alla svenska barnläkare övertygade om att dampdiagnosen är berättigad.”, hävdade de bland annat. De varnade för en utveckling av adhd och damp till ”bekvämlighetsdiagnoser” och menade att Gillberg och hans kollegor försummade de psykosociala förhållandena [41, 45].

Göteborgspsykiatern Tom Fahlén svarade att en professor har ett stort ansvar för att skilja vetenskap från Kärfves bok, som han kallade ”pseudo-vetenskap”. Han exemplifierade bland annat med Kärfves påstående att det inte skulle finnas något samband mellan organiska hjärndysfunktioner och speciella beteenden. ”Hon söker stöd för sådana påståenden genom att använda vilseläda citat från några engelska forskare. (---) Påståendena är oriktiga. Hjärnabbildande tekniker som PET, MRI och fMRI har redan bidragit till en snabbt ökad kunskap som starkt talar för att det vid adhd finns underliggande störningar i distinkta delar av hjärnan.”, skrev Fahlén i Läkartidningen.

”Det är tydligt och djupt beklagligt att hela detta stora damp-bråk till sist bara leder till en ökad polarisering som för utvecklingen ett par årtionden bakåt i tiden. De upprepade anklagelserna om ensidighet i bedömningar och ovilja att acceptera annat än neurobiologiska faktorer ser vi som gravt missvisande.”, skrev Christopher Gillberg och hans kollegor. ”Vi vill med skärpa framhålla att en lege artis genomförd klinisk bedömning av ett barn med adhd-problematik tydligt avslöjar om det rör sig om ett barn som är uttråkat eller lever under ogynnsamma psykosociala förhållanden (---) och att åtgärderna anpassas därefter.” [42]

Striden trappades upp 2002, när Eva Kärfve och Leif Elinder begärde ut hela källmaterialet till Christopher Gillbergs Göteborgsstudie. Rättstvisten kring forskningsunderlaget faller dock utanför ramen för denna studie [46].

Läkemedlen och diagnosboomen

De alternativa diagnosbeteckningarna användes allt mer sällan och i början av 2000-talet hade adhd etablerat sig som ett samlande begrepp även i Sverige. Sedan 1994 var det den nya definitionen i DSM IV som gällde. För diagnosen adhd krävdes bland annat att patienten uppvisade sex av nio uppräknade symtom på uppmärksamhetsstörning och/eller sex av nio uppräknade symtom på hyperaktivitet/impulsivitet. Symtomen skulle ha funnits före sju års ålder och det skulle gå att visa på en ”kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt i arbete eller studier” [47].

Röster höjdes visserligen för att istället tillämpa WHO:s engelska diagnosbegrepp i ICD-10, *hyperkinetic disorder*, som var striktare och bara uppskattades omfatta 1–2 procent av alla barn. Men förslaget hade svårt att vinna gehör. Adhd var sedan länge den etablerade diagnosen i internationella forskningssammanhang. I den svenska översättningen av ICD 10 övergick man också till att rubricera diagnosen *aktivitets- och uppmärksamhetsstörning* med adhd och damp som exempel och fördjupningsdiagnoser [48, 49].

Diagnostiseringen av adhd bygger på bedömningar av symtom. Som vid alla psykiatriska diagnoser handlar därför gränsdragningen uteslutande om uppskattningar längs en glidande skala. Det finns inga absoluta tal att gå efter. Beräkningar av antalet drabbade varierar med nödvändighet efter hur strikt de olika kriterierna tillämpas. Vad är en ”kliniskt signifikant funktionsnedsättning”?

I kunskapsöversikten *Adhd för barn och vuxna* (2002) bedömde Socialstyrelsen att prevalensen för adhd som samtidig hyperaktivitets- och uppmärksamhetsstörning var 2–5 procent hos barn i skolåldern i Sverige. Men upp till tio procent av skolbarnen beräknades uppfylla kriterierna för diagnosen adhd som enbart uppmärksamhetsstörning. Det var en skattning som mycket grovt beräknat betydde en spännvidd på från omkring 20 000 till omkring 90 000 svenska skolbarn (beräknat på 100 000 barn per årskull i nio skolår). Socialstyrelsen lade till att diagnosen bedömdes vara tre gånger så vanlig hos pojkar som hos flickor.

I början av 2000-talets beviljade Läkemedelsverket tusentals licensansökningar för behandling med centralstimulantia per år. De läkemedel som fanns att tillgå vid sådana licenser var amfetamin och metylfenidat (Ritalina), inget av dem registrerade på marknaden för behandling av adhd. Den första ansökan hade istället kommit från annat håll. I november 2002 registrerades läkemedelsföretaget Janssens preparat Concerta (metylfenidat) som första godkända svenska läkemedel för behandling av adhd hos barn. Concerta bestod visserligen av samma substans som det gamla Ritalina, men byggde på en ny, patenterad beredningsform. I studierna hade preparatet visat större nytta än risk, i första hand vid korttidsbehandling.

Det är värt att notera att nyheten om ett godkänt centralstimulerande preparat för adhd-behandling av barn knappt uppmärksammades i mediebevakningen, trots uppståndelsen i Gillbergaffären.

Läkemedelsverket har godkänt många narkotikaklassade läkemedel genom åren. Medvetenheten var ändå stor om det kontroversiella i just denna fråga. Marknadsintroduktionen 2002 omgärdades därför av tuffa restriktioner. Concerta var endast godkänt för behandling av barn och var inte avsett för

alla barn med diagnosen adhd. Indikationstexten i FASS var ovanligt lång. Concerta skulle tillgripas när ”stödande åtgärder visat sig vara otillräckliga” och då efter ”mycket noggrann bedömning av svårighetsgraden hos barnets symtom”[50]. Dessutom tillkom en särskild föreskrift, som endast tillät specialister i barn- och ungdomspsykiatri, samt barn- och ungdomsneurologi med habilitering, att förskriva läkemedlet.

Det var snarare en förskrivning till de 1–2 procenten svårast drabbade barn och ungdomar man såg framför sig. Läkemedelsverkets inställning var att den absoluta majoriteten av de barn som fick diagnosen adhd *inte* skulle behandlas med läkemedel.

De första åren präglades också av försiktighet. Även på läkemedelsföretaget Janssen betraktade man till en början det nya Concerta som ett smalt läkemedel, endast avsett för de svårast drabbade. ”Debatten var ju ganska negativ, bokstavsdiagnoser var ett skällsord. (---) Man var försiktig, rätt blygsam i sina förhoppningar. Bilden var att vi arbetade med ett specialistläkemedel. Man hade inte föresatt sig så stor användning som i dag.”, säger företrädare för Janssen i Sverige¹.

Det var också först omkring år 2006 som ökningen av adhd-läkemedel i Sverige tog fart på allvar. Sedan dess har den totala förskrivningen av metylfenidat vid adhd mer än femdubblats, från 474 dygnsdoser per 1 000 invånare 2006 till 3 136 år 2013. Ökningen är betydande inte bara när det gäller centralstimulantia till barn i skolåldern, utan framför allt i förskrivningen till vuxna. Det senare är förvånande, då metylfenidat då inte var godkänt i Sverige för nybehandling av vuxna över 18 år.² [51].

För att förstå vad förskrivningsökningen betyder måste man ställa den i relation till hur många som anses lida av beteendestörningen. Allra helst skulle man vilja väga antalet medicinerade mot antalet diagnosticerade över tid. Tyvärr förefaller det som om rapporteringen till Socialstyrelsens diagnosregister uppvisar brister. På annat sätt är det svårt att tolka det faktum att antalet användare av adhd-läkemedel i många åldersgrupper år efter år överstiger antalet ställda adhd-diagnoser [52]. Det leder till att uppskattningar av adhd-prevalensen i befolkningen är det bästa jämförelsemåttet.

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013) beräknas prevalensen av adhd hos vuxna vara omkring 3–4 procent i Sverige. Hos barn i skolåldern bedöms den vara högre. SBU nämner intervallet 3–10 procent ”beroende på hur man tillämpar diagnostiken”. Andra studier ringar in prevalensen av adhd bland barn i skolåldern mer precist till kring fem procent. Man uppskattar att pojkar får diagnosen 3–5 gånger så ofta som flickor.

SBU identifierar vissa särskilda riskgrupper. En femtedel av alla barn och ungdomar som söker hjälp på en barnpsykiatrisk mottagning tros ha en ”underliggande adhd-diagnos”. SBU skriver också att mycket talar för att en betydande andel av de intagna på landets fängelser har ”underliggande adhd-problematik” [53].

¹ Författarens intervju med Mikael Själén, Medical Information Director och Johan Dahlin, Nordic PR and Communication Manager, Jansen-Cilag AB, Sverige.

² Sedan juni 2014 är nu även långverkande Ritalin i kapsel indicerad för behandling av adhd hos vuxna, som en del i det totala behandlingsprogrammet. <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Monografier-varderingar/Monografier-Humanlakemedel/Humanlakemedel-/Ritalin-metylfenidathydroklorid--ny-indikation/>

I forskningsprojektet *Familjer i socialtjänsten* har FoU-centrum i Linköping genomfört intervjuer med föräldrar till 202 barn, som varit föremål för insatser inom socialtjänsten. Den första forskningsrapporten publicerades 2012 och visade bland annat att av de 202 barn som ingick i studien hade 50 (ungefär 25 procent) en neuropsykiatrisk diagnos, som i den absoluta merparten av fallen rymde adhd. Sammanlagt var det en tredjedel av barnen som antingen redan hade eller utreddes för en neuropsykiatrisk diagnos.

Variationerna är således stora mellan olika befolkningsgrupper, både vad gäller förskrivning och diagnostisering.

I befolkningen som helhet behandlades under en procent (0,7) med metylfenidat under 2013. Men i åldersgruppen pojkar 10–17 år hade 4,1 procent fått metylfenidat förskrivet 2013, mot 1,1 procent 2006. Givet den adhd-prevalens som brukar anges för barn i skolåldern (fem procent) betyder det att en väldigt stor andel av pojkar med adhd i den åldersgruppen, ungefär 80 procent, behandlas med centralstimulerande läkemedel. Andelen flickor som får metylfenidat förskrivet har ökat ännu mer sedan 2006, men från en lägre nivå – från 0,3 procent till 1,6 procent 2013.

Högre upp i åldrarna minskar skillnaden i användning mellan könen. För vuxna noteras en tiodubbling av andelen behandlade i nästan alla åldersgrupper de senaste sju åren, men bland äldre är det fortfarande bara i kategorin 18–24 åringar (bägge könen) som mer än en procent av befolkningen fick recept på metylfenidat under 2013.

Tyvärr finns ingen motsvarande statistik över genomförda psykosociala åtgärder i adhd-behandlingen.

Kritik av diagnostiseringen har inte heller saknats på senare år. I sin bok *AD/HD i nytt ljus* (2008) hävdar till exempel barnpsykiatern Tomas Ljungberg att det är fel att betrakta adhd som enkom ett neuropsykiatriskt funktionshinder. Han menar att det finns vetenskapligt stöd för att en analys av barnets psykosociala belastning är minst lika viktig för att förstå symtomens uppkomst. Ett snävt neuropsykiatriskt synsätt blir ett svek mot barnen, anser Ljungberg. ”Först lämnas barnet i sticket av samhället och tvingas växa upp under svåra förhållanden. När uppväxtmiljön så småningom resulterar i problem i skolan, med kamrater etc., så bemöts barnet av samhället såsom det är hjärnskadat och vare sig föräldrar eller samhället i stort har något att göra med att barnet/ungdomen mår som det gör och har reagerat som det har gjort.” [54]

Scientologkyrkans *Kommittén för mänskliga rättigheter* har fortsatt sina kampanjer under 2000-talet. Andra halvåret 2013 har organisationen bland annat ordnat två demonstrationer i centrala Stockholm mot psykiatrins ”falska diagnoser”, däribland adhd. Man har vidare exempelvis publicerat en rapport där psykiatrer anklagas för att skriva ut ”hästdoser” av ”adhd-droger”, lanserat idén att strålning från mobiltelefoner ligger bakom adhd-symtomen samt anklagat Läkemedelsverket för att strunta i tusentals ”intolerabla biverkningar” från ”adhd-droger” [55].

Utvecklingstendenser

I Socialstyrelsens riktlinjer fastslås att all hälso- och sjukvård ska bygga på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Utvecklingen av diagnostisering och

medicinering ska således i första hand drivas av forskningsresultat. Men även andra samhällsfenomen kan bidra till en förändring. Vad säger den snabba förskrivningsökningen av adhd-läkemedel om utvecklingen av diagnosen adhd? Har allt fler drabbats av funktionsnedsättningen de senaste sju åren? Eller är andelen konstant, men en allt större andel – inte bara de allra svårast drabbade – får både diagnos och medicinering?

Det finns inget entydigt svar på de frågorna, men det går att identifiera ett antal utvecklingstendenser som sannolikt har påverkat – och påverkar – bedömningen av adhd-diagnosen över tid.

Samhällsförändringar

Värderingen av adhd-symtomen sker förstås inte i ett vakuum. Diagnoskriterierna handlar om hur den enskilde fungerar i sin omgivning, ”socialt, i arbete eller studier”, som det heter i DSM-definitionen. Samhällsförändringar kan därför påverka gränsen för vad som är att betrakta som ”kliniskt signifikant” funktionsnedsättande symptom. Tydligast är det kanske i skolan. Förändras till exempel skolans arbetssätt över tid kan det påverka bedömningen och därmed omfattningen av diagnostiseringen.

Redan 2001 noterade Skolverket att övergången till en mer målstyrd pedagogik i skolan betytt en sådan förändring. Eller som Skolverket formulerade det i en utvärdering: ”Samhällsutvecklingen kräver en ny typ av kunskaper där initiativkraft, målinriktning, snabbhet och samarbetsförmåga premieras. De nya projektinriktade arbetssätten är ett sätt att möta dessa krav. Förutom ökade krav på elevens planerings- och initiativförmåga, medför de projektinriktade arbetssätten att klassrumsklimatet förändras. Arbetet i klassrummet blir mer rörligt, småprat och förflyttningar tillåts och är ofta en förutsättning för samarbete. Skolans personal anser att elever med koncentrations-svårigheter och bristande initiativförmåga därmed kan få ökade svårigheter att delta i den stora gruppen” [56].

Diagnosdrivande förhållanden

Skolan

Under senare delen av 2000-talet har Skolverket noterat med oro att det blivit vanligt i många kommuner att bedöma elevers behov av särskilt stöd i undervisningen på medicinska grunder istället för pedagogiska. I Skolverkets lägesbedömning 2008 framkom till exempel att flera kommuner har ett system där ”en medicinsk/psykologisk diagnos av barnet, som kan ta flera år att få till stånd, i princip (*är*) en förutsättning för att över huvud taget tilldelas extra resurser” [57].

Iakttagelserna har lett till skarpa skrivningar i Skolverkets allmänna råd vad gäller åtgärdsprogram för elever i behov av särskilt stöd, nu senast 2013: ”En diagnos innebär inte per automatik att en elev behöver särskilt stöd, och den får heller inte vara ett villkor för att få särskilt stöd. Skolan kan inte heller avvakta med att sätta in särskilt stöd, med hänvisning till att en kompletterande utredning behöver göras. Det är viktigt att understryka att skolans uppdrag alltid är att anpassa den pedagogiska verksamheten efter varje elevs behov samt skapa förutsättningar för fortsatt lärande, oberoende av om eleven har en diagnos eller inte” [58].

Vården

"Disease awareness"

Concerta (metylfenidat) var under tre år det enda godkända adhd-läkemedlet på den svenska marknaden. Först 2005 registrerades läkemedelsföretaget Novartis preparat *Ritalin* (också det metylfenidat). Året därpå (2006) kom EliLillys *Strattera* (atomoxetin), som till skillnad från de andra inte är ett potentiellt beroendeframkallande centralstimulerande preparat utan räknas till gruppen selektiva noradrenalinåterupptagshämmare. Samtliga tre preparat var endast godkända för behandling av barn.

Vid sidan av dessa tre dominerande läkemedel existerar företaget Shires *Equasym* (metylfenidat) sedan 2007 på den svenska marknaden. Under 2013 fick Shire ytterligare en adhd-medicin godkänd i Sverige – läkemedlet *Elvans*, som innehåller substansen lisdexamfetamindimesylat, ny på den svenska marknaden [59].

Med flera konkurrerande företag på marknaden tilltog den samlade lanseringsaktiviteten kring adhd-läkemedel. Det är till exempel tydligt hur läkemedelsföretagens reklam- och informationsmaterial riktat till vårdpersonal, patienter, familjer och skola har ökat i total omfattning och blivit mer och mer påkostade under åren efter 2006³.

I intervjuer uppger företrädare för de tre dominerande läkemedelsföretagen Janssen-Cilag (*Concerta*), Novartis (*Ritalin*) och EliLilly (*Strattera*) att de i sin lansering satsat mer på adhd-utbildningar för läkare, samt på informationsmaterial om adhd till skolor och familjer, än på traditionella säljaktiviteter.

Janssen, vars läkemedel *Concerta* dominerar marknaden, daterar starten för sin stora fortbildningsinsats kring adhd just till åren 2005 och 2006. Sedan dess har företaget hela tiden ökat sitt utbud av utbildningar kring adhd, kurser som har haft betoning på symtom, diagnostik och behandling. Det har handlat om allt från större nordiska läkarkonferenser med internationella experter till nationella sjuksköterskemöten och lokala kurser på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Informationsbroschyrer om adhd riktade till barn, familj och skola har också tagits fram löpande. Janssen har vidare skapat hemsidan www.levamedadhd.se, som vänder sig till barn, föräldrar och skolpersonal. Därutöver har företaget, tillsammans med patientföreningen Attention, tagit fram en interaktiv cd-rom om adhd med målgruppen barn mellan fem och tretton år, föräldrar, syskon, klasskamrater och lärare.

Inget företag har velat redovisa den totala omfattningen av sina satsningar. Men som exempel kan vidare nämnas att Novartis (*Ritalin*) har lagt flera års arbete på ett tremånadersprogram kallat *Adhd Coaching*, som delats ut gratis på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar över hela landet. Företaget har också erbjudit utbildningar för läkare, bland annat om diagnostiska skattningsskalor för adhd. EliLilly (*Strattera*) har hemsidan www.adhdinfo.se, som även den vänder sig till barn, föräldrar och skolpersonal. Företaget har vidare tagit fram ett utbildningsprogram kring adhd tillsammans med en utomstående konsult, som gratis erbjudits barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. EliLilly är också sponsorn bakom en stor internationell utbildningsinsats för läkare kring adhd, EINAQ.

I läkemedelsbranschen sorteras åtgärder av ovanstående slag in under rubriken *disease awareness-aktiviteter*, eller kampanjer för sjukdomskänedom. Läkemedelsföretag får inte rikta reklam för receptbelagda läkemedel direkt till allmänheten. Att på olika sätt sprida kännedom om sjukdomen som läkemedlet är avsett för, ses i branschen som en effektiv indirekt marknadsföringsmetod. Ökad kunskap om diagnosen leder ofta till ökad efterfrågan på behandlingen.

I en disease awareness-satsning ingår vanligtvis också systematiska PR-aktiviteter riktade mot massmedia, exempelvis nyheter om adhd eller reportage med patientberättelser som läkemedelsföretagens PR-avdelningar/konsulter lyckats intressera redaktioner för.

Företrädarna för de tre företagen menar samtliga att PR-arbetet riktat mot massmedier har varit begränsat i fallet adhd, att medieintresset funnits där ändå. Det är dock tydligt att även medieuppmärksamheten kring adhd började öka kraftigt just i samband med läkemedelsföretagens stora lanseringar kring åren 2005–2006. Någon fullständig analys av mediebevakningen kring adhd har inte kunnat genomföras inom ramen för den här studien. Men som illustration kan nämnas att fulltextsökningar på diagnosförkortningarna adhd och damp i mediearkivet Presstext gav totalt 2 894 träffar i november 2013, av vilka 2 409 gällde artiklar publicerade år 2005 och senare.⁴

För vården och patienterna kan företagens disease awareness-satsningar ha betydande positiva effekter. De ökar kunskapen i samhället om funktionsnedsättningen adhd och fler svårt drabbade kan därmed få diagnos och förhoppningsvis hjälp av rekommenderad behandling. Disease awareness-kampanjer kan på så sätt bidra till att minska en problematisk underbehandling av adhd, en behandling som för övrigt, enligt Läkemedelsverkets indikationstext, för det stora flertalet ska handla om stödjande åtgärder, inte läkemedel. Läkemedelsföretagen kan här fylla ett viktigt behov, eftersom landstingen inte har några möjligheter att erbjuda informationssatsningar om diagnoser på den här nivån.

Samtidigt är det yttersta målet för ett vinstdrivande företag att nå ökad försäljning av sina produkter. Läkemedelsföretagens storsatsningar skulle inte göras om de inte kunde motiveras i det sammanhanget, som ett sätt att vidga marknaden – i detta fall marknaden för adhd-läkemedel. Här finns därför en inbyggd risk att satsningarna driver diagnostiseringen över i en mer problematisk överbehandling.

Det går inte att dra slutsatsen att det är läkemedelsföretagens informationssatsningar som förklarar den kraftiga förskrivningsökningen av adhd-läkemedel sedan 2006. Men det är viktigt att notera att den uppmärksammade boomen sammanfaller i tid (från 2006 och framåt) med en påtaglig aktivitetsökning från läkemedelsföretagens sida och en påfallande ökning i medieintresset för diagnosen. Detta oavsett om ökningen i läkemedelsförskrivningen ska betraktas som en minskad underbehandling eller en ökad överbehandling – en väsentlig, men fortfarande obesvarad fråga.

⁴ De två sökningarna gjordes den 22 november 2013. Damp-sökningen fick begränsas med tillägget diagnos (operator "AND diagnos") för att sortera bort verbformen damp ur träfflistan. Ingen rensning har gjorts för snedträffar, som slumpvisa omnämmanden och TT: morgon PM, men det förhållandet gäller hela listan.

Flera nya ansökningar om registrering av adhd-läkemedel är nu under behandling vid det svenska Läkemedelsverket och den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA.

Indikationsglidning

År 2008 utvidgade Läkemedelsverket förskrivningsrätten för de godkända adhd-läkemedlen. Fram till dess hade endast barn- och ungdomspsykiatrer förskrivningsrätt. Nu fick även specialisterna i vuxenpsykiatri den möjligheten, om än med stora begränsningar. Tanken med nyordningen var att ge tonåringar som fyllde 18 år möjligheten att fortsätta den läkemedelsbehandling de påbörjat som barn. Nybehandlingar av vuxna med adhd-läkemedel ansågs det däremot inte finnas tillräckligt vetenskapligt stöd för.

I Sverige existerar fri förskrivningsrätt. För adhd-läkemedlen har den begränsats till att bara omfatta läkare med specialistkompetens i psykiatri. Ytterst är det på detta område specialistläkaren själv som avgör vilka läkemedel han eller hon vill skriva ut, så länge beslutet grundas på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Att skriva ut läkemedel för tillstånd, eller indikationer, det inte godkänts för kallas ”off label-förskrivning”. När det sker i större omfattning talar man om indikationsglidning.

Företrädare för läkemedelsföretagen uppger att de sedan mitten av 2000-talet har märkt ett successivt ökat intresse i vården för information om läkemedelsbehandling av adhd hos vuxna. Egentligen har företagen inte haft rätt att tillmötesgå den efterfrågan, eftersom de inte får informera om eller marknadsföra läkemedel för indikationer de inte fått det godkända för. Men företagen har bedömt att den begränsningen inte gäller om initiativet till utbildningen tas i vården, om beställningen kommer från kliniken eller mottagningen. Efterfrågan har varit stor. Såväl Janssen som Novartis uppger att de under de senaste åren genomfört många utbildningar kring adhd i vuxen ålder på beställning, trots att inget av företagen haft rätt att saluföra sitt läkemedel för behandling av vuxna.

Off label-förskrivningen till vuxna står för en försvarlig del av ökningen av adhd-läkemedel de senaste åren. I dag är en tredjedel av användarna över 18 år. Med en så omfattande indikationsglidning kan man dra slutsatsen att Läkemedelsverket tycks sakna stöd i läkarkåren för sin restriktiva hållning till att skriva ut centralstimulantia till vuxna med adhd.

Respekten för Läkemedelsverkets restriktioner tycks också svikta hos en del huvudmän inom psykiatri. I Stockholms läns landsting, till exempel, förekommer i dag vårdavtal inom vuxenpsykiatri där landstingsdrivna vårdgivare förbinder sig på förhand att utföra ett specificerat antal adhd- eller autismutredningar på vuxna. Psykiatri Sydväst åtar sig exempelvis att genomföra 250 sådana neuropsykiatriska utredningar och Norra Stockholms psykiatri 500 stycken för avtalsperioden 2013–2014. Om målen inte nås blir vårdgivaren återbetalningsskyldig. Existensen av volymmål i dessa sammanhang kan förstås i sig påverka diagnostiseringsutvecklingen. Möjligen ska volymmålen ses som ett sätt att stimulera kliniker att ta emot en patientgrupp som ofta hamnar mellan stolarna. Men i bägge fallen reglerar avtalen dessutom hur vårdgivaren ska fakturera den tänkbara läkemedelsbehandlingen av adhd, trots att inget adhd-läkemedel var godkänt för nybehandling av vuxna när avtalen skrevs.

I juni 2013 godkändes slutligen det enda icke beroendeframkallande adhd-läkemedlet, Strattera (atomoxetin), för nybehandling av vuxna.⁵

Genombrottet för vuxenindikationen lär påverka adhd-diagnosens utveckling framöver. Läkemedelsföretaget EliLilly, som saluför Strattera, påbörjade under hösten 2013 ett större utbildningsprogram om adhd för vuxna, *Adult Academy*, med föreläsande läkare som genomgått läkemedelsföretagets ”Speakers training”.

Diagnoskriterier

I maj 2013 publicerade Amerikanska psykiatriska föreningen sin femte upplaga av *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5*. Där har diagnoskriterierna för adhd förändrats på några punkter, vilket också lär påverka diagnosens utveckling framöver. Det viktigaste är perspektivet. Medan skrivningarna kring adhd-diagnosen i tidigare upplagor har setts som en hjälp för läkare att identifiera barn med adhd har man nu vidgat ambitionerna till att underlätta för läkare att ”identifiera typiska adhd-symtom för varje stadium i patientens liv”. Man har också sänkt tröskeln för vuxendiagnosen. För barn krävs att sex av nio symtomkriterier är uppfyllda, men för vuxna bara fem [60].

Tidigare var det ett grundläggande krav att symtomen på adhd skulle ha debuterat och varit tydliga innan barnet fyllde sju år. I DSM-5 räcker det att symtomen har visat sig före tolv års ålder för att en adhd-diagnos ska kunna ställas. Den nya åldersgränsen har tillkommit för att många vuxna inte minns hur de betedde sig innan de fyllde sju år.

Diagnostisering i relation till läkemedelsförskrivning?

Det är tyvärr en omöjlig uppgift att bedöma hur stor andel av de som får diagnosen adhd som också behandlas med läkemedel. Som tidigare nämnts verkar det brista i rapporteringen till Socialstyrelsens diagnosregister. Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter ska de allra flesta adhd-patienter behandlas med psykosociala åtgärder och läkemedel bara tillgripas för de allra svåraste fallen. Om Socialstyrelsens diagnosregister stämmer med verkligheten skulle antalet användare av adhd-läkemedel i många åldersgrupper överstiga antalet diagnoser. Så kan inte vara fallet.

Om föreskrifterna följs ska en ökad diagnostisering av adhd inte per automatik betyda en lika stor ökning i förskrivningen av adhd-läkemedel. Diagnosökningen ska ju i första hand mötas med en ökad satsning på psykosociala åtgärder, ju tidigare desto bättre. Läkemedlen ska sedan tillkomma som ett andrahandsalternativ vid svårare fall.

Att fler och fler diagnosticeras med adhd borde därmed i första hand betyda att fler och fler får de stödinsatser de behöver och därmed en möjlighet att fungera på lika villkor i skolan, på fritiden och i arbetslivet. Den som får diagnosen adhd har annars så stora problem att klara vardagslivet i skolan eller på arbetsplatsen att definitionen ”kliniskt signifikant funktionsnedsättning” ansetts tillämplig.

⁵ Långverkande Ritalin i kapsel är sedan juni 2014 även indicerad för behandling av adhd hos vuxna som en del i det totala behandlingsprogrammet.

Sammanfattande avslutning

Ända sedan 1900-talets början har hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörningar hos barn definierats i medicinska sammanhang som symtom på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Detta biologiska perspektiv på symtomen utmanades under fyrtio- och femtiotalen, då psykoanalysen och den psykodynamiska terapin dominerade i amerikansk psykiatri. Överaktivitet och koncentrationssvårigheter ansågs i en freudiansk kontext snarare vara barnets reaktion på dåliga hemförhållanden eller brister i relationen till föräldrarna.

Psykoanalysen och de psykodynamiska behandlingsalternativen fick ingen betydande roll i den biologiskt dominerade svenska psykiatrin förrän i slutet av sextioalet. Sedan dess har konflikter mellan dessa skilda behandlingsideologiska perspektiv präglat psykiatrin. Medan den biologiska psykiatrin, i dessa sammanhang ofta neuropsykiatrin, har prioriterat samlande diagnoser efter symtomkriterier har den psykodynamiska skolan betraktat de psykiska problemen som individuella reaktioner på livsomständigheter.

Många skilda diagnosbeteckningar kantar hyperaktiviteten och ouppmärksamhetens väg genom den psykiatriska historien. I Sverige talade man tidigt om *hjärnläsionella syndrom*. Under sjuttioalet blev den amerikanska diagnosen MBD, *Minimal Brain Damage/Dysfunction* ett begrepp också i svensk debatt. Den svenske neuropsykiatern Christopher Gillberg etablerade begreppet damp i slutet av åttiotalet, *Deficits in Attention, Motor control and Perception*, som skiljde sig från övriga diagnosbeteckningar i betoningen av motoriska symtom. Med den tredje upplagan av amerikanska psykiatriska föreningens diagnosmanual DSM III kom begreppet ADD, sedermera adhd – *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*.

Stundtals har diagnoserna orsakat hätska meningsutbyten mellan de olika behandlingsideologiska skolorna. I Sverige är debatten om MBD under 1970-talet och debatten om damp i början av 2000-talet två tydliga exempel.

I USA har man sedan sextioalet behandlat barn med adhd, eller tidigare MBD, med centralstimulantia, framför allt metylfenidat (Ritalin). Den amerikanska försäljningsboomen av Ritalin under sjuttioalet blev internationellt uppmärksammat och omdebatterad. I Sverige godkändes inte behandling med centralstimulantia vid adhd förrän 2002, då preparatet Concerta (metylfenidat) registrerades för behandling av adhd hos barn.

Under 2000-talet har adhd etablerats som det samlande diagnosnamnet för symtomen hyperaktivitet, uppmärksamhetsstörning och impulsivitet också i Sverige. I mitten av 2000-talet godkändes flera nya adhd-preparat och sedan dess har förskrivningen av adhd-läkemedel fyrdubblats i Sverige. År 2013 fick 4,1 procent av alla pojkar i åldersgruppen 10–17 år ett recept på adhd-läkemedel.

Trots att inget av adhd-läkemedlen har varit godkänt för behandling av adhd hos vuxna kan en betydande ökning registreras i alla åldersgrupper över 18 år. Numera förskrivs en tredjedel av adhd-läkemedlen till vuxna i Sverige. I juni 2013 registrerades det enda icke centralstimulerande adhd-preparatet i Sverige för behandling av vuxna, *Strattera* (atomoxetin). Året därpå blev även långverkande Ritalin indicerat för behandling av vuxna.

Amerikanska psykiatriska föreningen släppte i maj 2013 en ny upplaga av sin diagnosmanual, DSM 5, som dominerar även i den svenska psykiatrin. De förändringar som skrivits in för diagnosen adhd har syftat till att underlätta diagnostisering av vuxna med adhd.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder – en omdiskuterad diagnos i ständig förändring.

Källförteckning

Tryckta källor

American Psychiatric Association, *Diagnostical and Statistical Manual*, Second edition, DSM-II, 1968.

American Psychiatric Association, *Diagnostical and Statistical Manual*, Third edition, DSM-III, 1980.

American Psychiatric Association, *Mini-D*, Diagnostiska kriterier enligt DSM III, Pilgrim Press, Stockholm, 1984.

American Psychiatric Association, *Diagnostical and Statistical Manual*, Fourth edition, DSM IV, 1994.

American Psychiatric Association, *Mini-D*, Diagnostiska kriterier enligt DSM IV-TR, Pilgrim Press, Stockholm

American Psychiatric Association, *Diagnostical and Statistical Manual*, Fifth edition, DSM-5, 2013.

American Psychiatric Association, DSM-5, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Fact Sheet

Annell, Anna-Lisa, *Elementär barnpsykiatri*, Svenska bokförlaget, 1958.

Barkley, Russel A., Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, Second Edition, The Guilford Press, New York, 1998.

Beckman, Vanja, Strider under hjärnåldern. Om ADHD, biologism, sociologism, Pavus utbildning, 2007.

Bradley C. The Behavior of Children Receiving Bazedrine. Am J Psychiatry. 1937;94:577–581

Carlberg, Ingrid, "Pillret": en berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader" (Norstedts, 2008)

Davidson B. & Bredmar, M. (red.) (2012) Familjer i socialtjänsten – levnadsvillkor, livssituation och erfarenheter av socialtjänsten. Ett FoU-projekt om barn, ungdomar och deras föräldrar i sex kommuner i Östergötland. Slutrapport fas 1. FoU-rapport 68:2012. Linköping: FoU Centrum för Vård, Om-sorg och Socialt Arbete.

Eisenberg, Leon, Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When 'ADHD' was the 'Brain-Damaged Child', *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Vol. 17, nr 3, 2007, 279–283.

Ekström, Bo-Lennart, Kontroversen om DAMP. En kontroversstudie av vetenskapligt gränsarbete och översättning mellan olika kunskapsparadigm. *Gothenburg Studies in Educational Sciences* 322. Akademisk avhandling i pedagogik vid Institutionen för pedagogik och specialpedagogik.

Fahlén, Tom, Diagnoserna ADHD och DAMP – politik eller vetenskap, *Läkartidningen*, nr 7, 2001.

Gillberg, Christopher, Neuropsychiatric aspects of perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old Swedish children, Uppsala universitet (1981) ak. avh.

Gillberg, Christopher och Rasmussen, Peder, Studie i Göteborg. MBD hos sex- och sjuåringar kan spåras med enkla diagnos hjälpmedel, *Läkartidningen*, nr 47, 1982.

Gillberg, Christopher, Psykiatriska handikapptillstånd i barndomen – förekomst diagnostik och utredning, *Läkartidningen*, nr 30–31, 1985.

Gillberg, Christopher, Nordisk enighet om MBD-bedömning. Termen otidsenlig och olämplig, *Läkartidningen*, nr 9/1991 (713-17)

Gillberg, Christopher, Barn med DAMP/MBD, RBU, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, 1991.

Gillberg, Christopher, Melander, Hans, von Knorring, Anne-Liis, Janols, Lars-Olof, Thernlund, Gunilla, Häggelöf, Bruno, Eidewall-Wallin, Lena, Gustafsson, Peik, Kopp, Svenny, Long-term Stimulant Treatment of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms. A Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Trial, *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 857–864.

Gillberg, Christopher, Gillberg, Carina, Rasmussen, Peder, Hellgren, Lars, Kadesjö, Björn, Landgren, Magnus, Rydelius, P A, Extraopposition 20 år senare ger inget nytt, *Läkartidningen*, nr 6, 2001.

Gillberg, Christopher, Gillberg slår tillbaka, *Tidskriften Moderna Tider*, februari 2001.

Gillberg, Christopher, Gillberg, Carina, Rasmussen, Peder, Hellgren, Lars, Kadesjö, Björn, Landgren, Magnus, Zetterström målar in sig i ett hörn, *Läkartidningen*, nr 16, 2001.

Gillberg, Christopher, Ett barn i varje klass om ADHD och DAMP, Cura Förlag, 2005.

Gillberg, Christopher, The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations, Research in Developmental Disabilities 31 (2010) 1543–1551.

Gross, Mortimer D, Origin of Stimulant Use for Treatment of Attention Deficit Disorder, Am J Psychiatry, 1995;152:2, 298–299.

Hagberg, Bengt, Minimal brain dysfunction – vad innebär det för barnets utveckling och anpassning? Läkartidningen, 1975, s. 3296–3300

International Classification of Diseases, ICD.-8, 1965.

Jonsson, Gustav, Det sociala arvet, Femte upplagan, Tidens förlag, 1974.

Kadesjö, Björn, Ett ställningstagande som blir utnyttjat, Läkartidningen, 1–2. 2001, s. 74–78.

Kadesjö, Björn, Barn med koncentrationssvårigheter, Liber, 2007.

Kärfve Eva, Nu har doktorn ordet, Sydsvenska Dagbladet, 9 december, 1999.

Kärfve Eva, Hjärnspöken. DAMP och hotet mot folkhälsan, Symposium, 2000.

Lange, Klaus W, Reichl, Susanne, Lange, Katharina M, Tucha, Lara, Tucha, Oliver The history of attention deficit hyperactivity disorder, ADHD Atten Defic Hyperacti Disord Journal, Vol 2, 2010, s. 241–255.

Larsson, Jan-Olov, Rydelius, Per-Anders och Zetterström, Rolf, Tvärvetenskaplig konferens om DAMP/ADHD angelägen, Läkartidningen nr 1–2, 2001.

Laufer, Maurice W, Denhoff, Eric, Solomons, Gerald, Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems Psychosomatic Medicine, Vol. XIX, No 1, 1957

Ljungberg, Tomas, AD/HD i nytt ljus, Exiris, 2008.

Mayes, Rick och Rafalovich, Adam, Suffer the Restless Children. The Evolution of ADHD and Pediatric Stimulant Use 1900–1980, Hist Psychiatry, Vol. 18, 2007, s. 435–57.

Mayes, Rick, Bagwell, Catherine, Erkulwater, Jennifer, Medicating children. ADHD and Pediatric Mental Health, Harvard University Press, 2009.

Rafalovich, Adam, Psychodynamic and Neurological Perspectives on ADHD: Exploring Strategies for Defining a Phenomenon, Journal for the Theory of Social Behaviour 31:4, 2001, 397-415.

Rydefalk, Ingrid och Frisk, Max, MBD-barn finns dom? Esselte studium, 1979.

Rydellius, Per-Anders, Kritiken vilar trots allt på saklig grund, Läkartidningen nr 3, 2001.

Rydellius, Per-Anders, Bokstavs barn – gengångare från förr med ny beteckning, Läkartidningen, nr 30–31, 1999.

Sandberg, Seija (ed.) Hyperactivity and attention disorders of childhood, Second edition, Cambridge University Press, 2002.

Scholander, Torkel, Användning av amfetaminbehandling vid hyperaktivitet hos barn, Läkartidningen nr 50, 1982.

Sjöqvist, Sven, Den röde doktorn. Anders Torold och det samhällskritiska perspektivet, Tidskriften Insikten, nr 3/09, Riksföreningen Terapicentrum.

Smith, Matthew, Hyperactive. The Controversial History of ADHD, Reaction Books Ltd, London, 2012.

Soback, Sigmund, Föräldrad syn på barnpsykiatri, Läkartidningen 1985, s. 3042.

Strohl, Madeleine P, Bradley's Benzedrine Studies on Children with Behavioral Disorders, Yale Journal of Biology and Medicine 84 (2011), 27–33.

Torold, Anders, Mot en kritisk psykiatri – Vetenskapssyn, människosyn, samhällssyn, Svenska föreningen för psykisk hälsovård, monografiserie nr 9, Andra upplagan, 1979. Bearbetning av ett föredrag hållet på Barnpsykiatriska föreningen 1972.

Willcutt EG, The prevalence of DSM IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review, Neurotherapeutics, 2012 Jul; 9(3):490-9.

Wright, Lawrence, Going Clear. Scientology, Hollywood & the Prison of Belief, Alfred A. Knopf, New York, 2013.

Örn, Peter, Socialstyrelsen lämnar kunskapsöversikt. Läkemedel ger bäst behandling för ADHD, Läkartidningen 22/2002.

Örn, Peter, Den nya diagnosmanualen följer livscykeln, Psykologtidningen nr 3/13.

Företagsmaterial

CIBA Produkter AB

Reklam och informationsmaterial, 1959–1968, Kungliga Biblioteket, Vardagstryck.

Janssen-Cilag AB

Reklam och informationsmaterial, Kungliga Biblioteket, Vardagstryck.

ADHD – när vardagen är kaos

ADHD försvinner inte när dagen är slut

www.levamedadhd.se

Novartis Sverige AB

Reklam och informationsmaterial, Kungliga Biblioteket, Vardagstryck.

Novartis Sverige AB, ADHD coaching, Tips för hem, fritid, skola, jobb.

Tremånadersprogram.

EliLilly Sweden AB

Reklam och informationsmaterial, Kungliga Biblioteket, Vardagstryck.

Agneta Hellström, Att undervisa och pedagogiskt bemöta barn/ungdomar med ADHD.

Gunilla Carlsson Kendall och Agneta Hellström, Så funkar ADHD!

Agneta Hellström, Råd till Dig som är förälder till ett barn med ADHD. Förhållningssätt och strategier som kan underlätta vardagen.

www.adhdinfo.se

Offentligt material

Läkemedelsverket (Socialstyrelsens läkemedelsavdelning, Kungliga Medicinalstyrelsen):

Korrespondens om indragningen av Ritalina, 1966/1975

Medikamentell behandling av uppmärksamhetsstörningar med hyperaktivitet hos barn, Information från Läkemedelsverket nr 1/1991

Centralstimulantia vid uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet hos barn, Information från Läkemedelsverket, 1:97

Information från Läkemedelsverket, 3:99

Korrespondens och minnesanteckningar från möten angående förskrivning av centralstimulantia till barn och vuxna med ADHD, 1996–2001

Redovisning till Socialdepartementet av läkemedelsförskrivning vid behandling av barn och vuxna med ADHD, 24 november 2003

Läkemedelsbehandling av ADHD, ny rekommendation, Info från Läkemedelsverket 1:2009

Läkemedelsverket informerar 2013(25)

Socialstyrelsen:

ADHD hos barn och vuxna, Socialstyrelsens kunskapsöversikt, 2002.

Klassifikation av sjukdomar 1987, Systematisk förteckning, (ICD-9)

Klassifikation av sjukdomar 1997, Systematisk förteckning (ICD-10)

Prevalens (per 100 000) metylfenidat juni 2013.

Underlag inför och referat av Socialstyrelsens symposium om barn med Minimal Brain Damage ("MBD-barn"), 20 november 1973, Sociala barna- och ungdomsbyrån, vol. E1:120, Socialstyrelsens arkiv, Riksarkivet.

Skolverket (Skolöverstyrelsen):

Projektarkivet för Pnr 123: Kartläggning, diagnostisering, pedagogiska metoder o. stödåtgärder för MBD-barn, Avslutat 1982/83, Skolöverstyrelsens arkiv, Riksarkivet.

Utan fullständiga betyg, Skolverket, 2001.

Skolverkets lägesbedömning 2008.

Arbete med åtgärdsprogram för elever i behov av särskilt stöd, Skolverkets allmänna råd, 2013.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU):

ADHD. Diagnostik och behandling. Vårdens organisation. Patientens delaktighet. En systematisk litteraturöversikt, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2013.

Stockholms läns landsting:

Vårdavtal, Psykiatrisk specialistvård för vuxna, 2013-01-01–2014-12-31, mellan Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, och Norra Stockholms psykiatri, Stockholms läns sjukvårdsområde. (Bilaga 2.2 Ersättningsvillkor Neuropsykiatriska utredningar m.m.)

Vårdavtal, Psykiatrisk specialistvård för vuxna, 2013-01-01–2014-12-31, mellan Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, och Psykiatri Sydväst, Stockholms läns sjukvårdsområde. (Bilaga 2.2 Ersättningsvillkor Neuropsykiatriska utredningar m.m.)

Intervjuer

Jane Ahlqvist-Rastad, Läkemedelsverket

Cecilia Björkman, EliLilly Sweden AB

Arvid Carlsson, professor emeritus i farmakologi, Göteborg

Johan Cullberg, professor emeritus i psykiatri och psykoanalytiker

Johan Dahlin, Janssen-Cilag AB

Staffan Engström, Skolverket

Elias Eriksson, professor i farmakologi, Göteborg

Christopher Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Göteborg

Björn Kadesjö, barnläkare, Gillbergscentrum, Göteborg

Karl-Mikael Kälkner, Läkemedelsverket

Magnus Kihlbom, psykoanalytiker och psykiater

Eva Kärfve, sociolog, Lunds universitet

Jöns Lundmark, Novartis Sverige AB

Hans Melander, Läkemedelsverket

Per-Anders Rydelius, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Stockholm

Mikael Själin, Janssen-Cilag AB

Pär Svanborg, EliLilly Sweden AB

Anne-Liis von Knorring, professor i barnpsykiatri, Uppsala

Lars von Knorring, professor i psykiatri, Uppsala

Referenser

1. Mayes, R, Rafalovich, A. Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900-80. *Hist Psychiatry*. 2007; 18(72 Pt 4):435-57.
2. Bradley, C. The Behavior of Children Receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry*. 1937; (94):577-81.
3. Rafalovich, A. Psychodynamic and Neurological Perspectives on ADHD: Exploring Strategies for Defining a Phenomenon. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 2001; 31(4):397-415.
4. Denhoff, E, Laufer, MW, Solomons, G. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosom Med*. 1957; 19(1):38-49.
5. Smith, M. *Hyperactive: the controversial history of ADHD*. London: Reaktion; 2012.
6. CIBA Produkter AB. Originalpreparat, CIBA, prislista per 1 juli 1956. Reklam- och informationsmaterial Vardagstryck: Kungliga Biblioteket; 1959–1968.
7. Mayes, R, Bagwell, C, Erkulwater, J. *Medicating Children. ADHD and Pediatric Mental Health*. Harvard University Press. 2009.
8. American Psychiatric Association. *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
9. Eisenberg, L. Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: when "ADHD" was the "brain-damaged child". *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007; 17(3):279-83.
10. *ICD-8: International Classification of Diseases*. 1965.
11. Annell, A-L. *Elementär barnpsykiatri*. Stockholm: Sv. bokförl. (Norstedt); 1958.
12. Jonsson, G. *Det sociala arvet*. Stockholm: Tiden ; 1976.
13. CIBA Produkter AB. nr 9/1957. Läkemedelsföretaget CIBA:s tryckta reklammaterial. Kungliga Biblioteket, Vardagstryck; 1957.
14. Socialstyrelsen. Underlag och referat av Socialstyrelsens symposium om barn med Minimal Brain Damage ("MBD-barn"). Sociala barna- och ungdomsbyrån; 1973.
15. Projektarkivet för Pnr 123. Kartläggning, diagnostisering, pedagogiska metoder och stödåtgärder för MBD-barn. Riksarkivet: Skolöverstyrelsens arkiv; 1982/83.
16. Vart tionde barn lider av okänt handikapp. *Expressen*. 11 maj 1974.
17. Jönköpings län. Riktlinjer för utredning och behandling av barn och ungdomar med ADHD 2008.
18. Kadesjö, B, Bejerot, S, Carlshamre, U, Nylander, L, Råstam, M, Saletti, E, et al. Så här kan man göra ... Vägledningsdokument – ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning; 2007.
19. Janne och Christer är MBD.barn. *Expressen*. 22 november 1975.
20. Hagberg, B. [Minimal brain dysfunction--what does it imply in child development and adaptation]. *Lakartidningen*. 1975; 72(36):3296-300.
21. Kieling, C, Hutz, MH, Genro, JP, Polanczyk, GV, Anselmi, L, Camey, S, et al. Gene-environment interaction in externalizing problems among

- adolescents: evidence from the Pelotas 1993 Birth Cohort Study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2013; 54(3):298-304.
22. Bellman, M. Ensidigt om MBD. *Läkartidningen*. 1975; 16.
 23. Torold, A. Mot en kritisk psykiatri: vetenskapsteori, människosyn, samhällssyn. Stockholm: Sv. fören. för psykisk hälsovård; 1979.
 24. Riksarkivet. Brevväxling In: Riksarkivet, editor. Brevväxling J Orring och Bror Rexed. Projektarkivet Pnr 123: Skolverket, överstyrelsens arkiv; 1975.
 25. Gillberg, C. Psykiatriska handikapptillstånd i barndomen – förekomst, diagnostik och utredning. *Läkartidningen*. 1985; (30–31).
 26. DN. Psykiska barna- och ungdomsvården 50 år. De som har det svårast nås inte. *Dagens nyheter*, 26 oktober 1983.
 27. Gillberg, C, Gerdle, J. Barn med DAMP/MBD. Stockholm: Riksförb. för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU); 1991.
 28. Skolan måste ge stöd. *Dagens Nyheter*. 1989 8 september.
 29. MBD-barn drogas med amfetamin. *Dagens Nyheter*. 13 mars 1990.
 30. Lafer, B, Diniz, JB, Polanczyk, GV, Fontenelle, LF, Tavares, H, Fleck, MP, et al. [The RBP's mission in the continuing medical education]. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2009; 31(1):2–3.
 31. Information från läkemedelsverket. *Läkemedelsverket*; 3:99.
 32. Kommentar till förslag om CS-behandling. In: Per G Swartling S, Bo Odling, Läkemedelsverket, editor; 1996, 21 maj.
 33. Örn, P. Socialstyrelsen lämnar kunskapsöversikt. Läkemedel ger bäst behandling för ADHD. *Läkartidningen*. 2002; (22).
 34. Gillberg, C, Ekman, S. Skolan knäcker 120 000 barn. Läkare varnar för nytt hot mot folkhälsan: Barn med psykiatriska problem förnedras dagligen. *Dagens Nyheter*. 20 mars 1997.
 35. Elinder, L. Dyslexi, Damp och Aspergers syndrom. Friska sjukförklaras i dagens samhälle. *Läkartidningen*. 1997.
 36. Gillberg, C. Ge syndromen så rättvisa namn som möjligt. *Läkartidningen*. 1997.
 37. Kärfve, E. Nu har doktorn ordet. *Sydsvenska Dagbladet*. 1999, 9 december.
 38. Kärfve, E. Hjärnsnöken : DAMP och hotet mot folkhälsan. Eslöv: B. Östlings bokförl. Symposion; 2000.
 39. Upprop till stöd för Christopher Gillbergs forskning och kamp för barn med neuropsykiatriskt handikapp. *Läkartidningen*. 2001; (1–2).
 40. Skolläkare och skolpsykiatrer i Stockholm: Vi vet hur viktig en riktig diagnos är för barn med neuropsykiatriska svårigheter. *Läkartidningen*. 2001; (1-2).
 41. Kadesjö, B. Ett ställningstagande som blir utnyttjat. *Läkartidningen*. 2001; (1–2):74-8.
 42. Gillberg, C, Gillberg, C, Rasmussen, P, Hellgren, L, Kadesjö, B, Landgren, M. Zetterström målar in sig i ett hörn. *Läkartidningen*. 2001; (16).
 43. Fahlén, T. Diagnoserna ADHD och DAMP – politik eller vetenskap. *Läkartidningen*. 2001; (7).
 44. JK. Skrivelse JK. 2006. p. bilaga 4.
 45. Larsson, J-O, Rydelius, P-A, Zetterström, R. Tvärvetenskaplig konferens om DAMP/ADHD angelägen. *Läkartidningen*. 2001; (1-2).
 46. Snarud, P. Hjärnkampen. *Dagens Nyheter*. 2003.
 47. Herlofson, J, Landqvist, M. MINI-D IV : diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim press; 1998.

48. Gillberg, C, Gillberg, C, Rasmussen, P, Hellgren, L, Kadesjö, B, Landgren, M. P-A Rydelius extraopposition 20 år senare ger inget nytt. *Läkartidningen*. 2001; (6).
49. Rydelius, P-A. Kritiken vilar trots allt på saklig grund. *Läkartidningen*. 2001; (3).
50. FASS. Indikationstext för Concerta (metylfenidat).
51. Socialstyrelsen. Läkemedelsstatistiken 2013; 2013.
52. Socialstyrelsen. Diagnosregister. 2013; 2013.
53. Jacobsson, L. ADHD : Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet – systematisk litteraturöversikt. Stockholm; 2013.
54. Ljungberg, T. AD/HD i nytt ljus. Nyköping: Exiris; 2008.
55. rättigheter, Kfm. Pressmedelände. 2013 [cited; Available from:
56. Utan fullständiga betyg: varför når inte alla elever målen? Stockholm: Statens skolverk; 2001.
57. Skolverkets lägesbedömning 2008 : förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning. Stockholm: Skolverket; 2008.
58. Arbete med åtgärdsprogram för elever i behov av särskilt stöd. Stockholm: Skolverket; 2013.
59. Läkemedelsverket. Läkemedelsverket informerar. Godkända läkemedel 2013/25; 2013.
60. American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.