

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

SOL 065

Vårterminen 2001

SYNEN PÅ DIAGNOSERNA ADHD/DAMP OCH BEHANDLING MED CENTRALSTIMULERANDE MEDEL.

En attitydundersökning

Författare: Anna Lindh
Anna Skogsberg

Handledare: Mats Hilde

ABSTRACT

The purpose of this essay has been to illustrate experts view on the diagnoses ADHD and DAMP and to find out how they look at the treatment with amphetamine. We also illustrate what kind of attitudes sixty parents has against treatment with amphetamine.

Our investigating method has been five deep interviews with people who are professionally dealing with matters concerning the diagnoses ADHD/DAMP. Sixty inquiries help us to find out what parents thought about treatment with amphetamine. We've also studied literature and former research, which are relevant to our purpose. The result of our investigation both in field and literature has been influenced by our method.

The result of our investigation shows that the treatment with amphetamine is not at treatment that you try in the first place, rather the opposite. Former rather short studies have shown good results of this treatment but it needs to do more studies that are done for a longer time.

Our analyse showed that the Swedish narcotic politics has influenced the derive of amphetamine. Doctors are a bit restrictive to apply for licenses. The inquiry indicated a lot of don't know-answers. We think this could mean that the knowledge is not so good about this treatment or that they didn't want to take a stand in this matter.

Förord

Vi vill framföra ett stort tack till de personer som hjälpt oss att göra denna uppsats möjlig. Framför allt vill vi tacka de personer som tog sig tid att ställa upp på intervju: Leo Rise, Sten Björkman, Nina Schain, Jörgen Landehag och Eva Kärfve. Er kunskap har gett oss ett ovärderligt material till vår uppsats och utan den hade vi inte kunnat göra denna uppsats.

Vi vill också tacka de föräldrar som tog sig tid att besvara vår enkät trots att de var och tittade på sina barn när de spelade fotboll.

Tack John, för hjälpen med de fina staplarna!

Anna Skogsberg vill tacka sina underbara barn, Joakim och Viktor för att ni har stått ut, nu blir jag snart er mamma på heltid igen! Jag vill också tacka min namne för ett utmärkt samarbete under hela uppsatsen, antingen det har rört själva skrivandet eller byte av vinterdäck! Vi har tillsammans brukat mycket allvar men vi har också skrattat mycket, din humor är underbar!

Anna Lindh vill tacka sin blivande man, Peppe för allt stöd och support som du givit mig under uppsatstiden. Tack för att du stått ut med mig! Jag vill också ge en "bamsekram" till min samarbetspartner. Att arbeta med dig, Anna, har varit ett rent nöje. Detta trots att vi många gånger har pendlat mellan hopp och förtvivlan. Du har en förmåga att smitta av dig med ditt underbara skratt och kan få vilken jobbig dag som helst att kännas lättare. Sluta aldrig att skratta, Anna!

Sist men inte minst vill vi skänka ett stort tack till vår handledare Mats Hilde, som hjälpt oss att hålla "rätt kurs" under vårt uppsatsarbete. Det har under flera tillfällen varit risk för att vi skulle förvirra oss i allt möjligt, men du har hela tiden stöttat oss med tips och idéer och sett till att vi inte har tappat sugen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	
1. INLEDNING	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Metod och urval	7
1.3.1 Datainsamling	9
1.3.2 Urval	10
1.4 Presentation av intervjupersonerna	11
1.5 Fortsatt framställning	11
2. AVHANDLING AV PROBLEMET	12
2.1 Historik och tidigare forskning	12
2.2 Neuropsykiatri och diagnoser	13
2.2.1 Kommentar	15
2.3 Bidiagnos eller så kallade dubbeldiagnoser	17
2.3.1 Kommentar	17
2.4 Orsaker till ADHD/DAMP	18
2.4.1 Ärftliga faktorer	18
2.4.2 Miljöpåverkan	18
2.4.3 Kommentar	19
3. KAN MAN BOTA ADHD/DAMP?	20
3.1 Prognos för vuxna	20
3.1.1 Man kan växa ifrån sina svårigheter.	21
3.1.2 Kommentar	23
3.2 Medicinering med centralstimulerande medel	25
3.2.1 Amfetaminbehandling är inte det första man tänker på.	26
3.2.2 Kommentar	28
4. LICENSFÖRSKRIVNINGAR	30
4.1 Hur många medicineras med centralstimulerande medel?	30
4.1.1 Det är bra att man måste söka licens.	31
4.1.2 Kommentar	33
5. MISSBRUK OCH ADHD/DAMP	34
5.1 Ökar risken för missbruk?	34
5.1.1 Risken för att hamna i ett missbruk minskar.	36
5.1.2 Kommentar	37
6. ATTITYDUNDERSÖKNING	39
6.1 Synen på centralstimulerande medel	39
6.1.1 Biverkningar	40
6.1.2 Det skulle varit skillnad om amfetamin inte klassats som narkotika.	41
6.1.3 Kommentar	42
6.2 Resultat enkätundersökning	43
6.2.1 Slutkommentar på enkätundersökningen	47
7. ANALYS	48
8. SLUTDISKUSSION	51
KÄLLFÖRTECKNING	54
BILAGOR	

1. INLEDNING

1.1 Problemformulering

Idag får allt fler barn och ungdomar diagnoserna ADHD eller DAMP. Antalet vuxna som blir diagnostiserade har också ökat markant på 1990-talet. Debatten kring diagnoserna ADHD/DAMP har varit livlig i tidningar och TV, framförallt under år 2000. Svenska Dagbladet hade den 27 oktober 2000, en artikel med Leif Elinder som är skolläkare. Rubriken löd, "Var femte elev kan behandlas med amfetamin". Artikelns belyser att Sveriges främsta experter på neuropsykiatri anser att upp till var femte skolelev har hjärnstörningar, som bör behandlas medicinskt. Medicinen är amfetamin. Elinder kritiserade detta (Elinder, 2000). I samma tidning den 9 november 2000, kunde man läsa om Christoffer Gillbergs studie av barn med diagnosen ADHD/DAMP. I artikeln står att barn med DAMP riskerar att slås ut ur samhällsgemenskapen om inget görs. Att vägra erkänna ADHD/DAMP är att vägra erkänna existensen av människor med dessa funktionshinder (Gillberg, 2000). Vi följde med spänning debatten kring diagnoserna. Vi har båda praktiserat på olika socialförvaltningar där vi kom i kontakt med både barn och vuxna med diagnoserna ADHD/DAMP. Hur avgör man vem som är frisk och vem som är sjuk? Människor är olika det vet vi, men var går gränsen för att vara normal?

Vi läste också debatten som sociologen Eva Kärfve och professor Sten Levander fört i Sydsvenska Dagbladet. Levander ställde sig frågande till varför man bara attackerar ADHD diagnoser när de som sysslar med detta tillstånd använder samma principer som är tillgängliga på andra psykiatriska diagnoser? (Levander, 2000). Kärfve kontrade i samma tidning den 2/11 – 2000. Med att tron på att hjärndysfunktioner orsakar alla beteendestörningar har börjat vackla och menar att det kanske kan vara en förklaring till varför psykiatrin inte tål en granskning av medicinska diagnoser ur ett sociologiskt perspektiv (Kärfve, 2000). Vi funderade på om det är så att man sätter diagnoserna ADHD/DAMP lättvindigt? Har det någon betydelse att behandlingen sker med ett narkotikaklassat preparat? Ted Goldberg (2000) skriver i sin bok, Narkotikan avmystifierad, att den svenska narkotikapolitiken kan liknas vid ett krig. I det kriget betraktas nästan allt och alla som säger sig vara emot droger som något bra. Betyder detta då att de som är emot behandling står för det goda och de som är förespråkar amfetaminbehandling står för det onda?

När vi började missbrukskursen funderade vi ännu mer över detta med amfetamin-behandlingen till personer med diagnoserna ADHD/DAMP. Hur är prognosen som vuxen? Finns det risker för ett missbruk om man behandlats som barn med amfetamin? Eller är det rent av så att effekten var det motsatta? Vi kommer inte att kunna behandla alla dessa frågeställningar i vår uppsats. Vi kommer därför att kort belysa, neuropsykiatri och diagnoser. Vårt stora intresse är om det går att bota ADHD/DAMP och hur behandlingen med centralstimulantia går till. Något vi också tyckte var intressant var hur ”allmänheten” ser på amfetaminbehandling till både barn och vuxna med diagnoserna ADHD/DAMP. Är det så att behandlingen har något att göra med att amfetamin är narkotikaklassat?

Vi kommer här att kort ta upp ett antal begrepp som vi anser är väsentliga för vår uppsats.

- Neuropsykiatri - Psykiatri och neurologi (om sjukdomar och skador i nervsystemet) som ett gemensamt område för forskning och behandling (Egidius, 1997).
- ADHD - ADHD står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder. På svenska betyder det uppmärksamhetsstörning med överaktivitet. Denna diagnos används när barnens huvudsakliga svårigheter rör sig i dessa områden och avvikelserna i perception och motorik inte är så framträdande (Duvner, 1994).
- DAMP - DAMP står för Deficit in Attention, Motor control and Perception. På svenska betyder det avvikelser inom koncentrationsförmåga, motorik och perception, samt ofta över- eller underaktivitet (Duvner, 1994).
- Centralstimulerande medel – som verkar stimulerande på centrala nervsystemet, och därmed medför en känsla av pigghet och välbefinnande (Stora svenska ordboken, 1998).
- Attityder – inställning till viss person eller företeelse (Stora svenska ordboken, 1998).

Tyngdpunkten i vår uppsats kommer att ligga på neuropsykiatri, amfetaminbehandling och attityderna till detta.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vår uppsats är att belysa perspektiv och attityder som finns från experters sida på hur behandling med centralstimulerande medel går till för personer som har någon av diagnoserna ADHD eller DAMP. Vi vill även få en uppfattning om föräldrars attityder till behandling med centralstimulantia.

De frågeställningar som vi har är följande:

- Vad är ADHD/DAMP och vilka diagnoskriterier måste uppfyllas för att man ska få någon av de neuropsykiatriska diagnoserna ADHD eller DAMP? Vad är orsaken till ADHD/DAMP?
- Går det att bota ADHD/DAMP?
- Hur går behandlingen med centralstimulerande medel till?
- Hur många barn och vuxna har behandling med centralstimulerande medel i Sverige?
- Finns det risker för missbruk vid användningen av centralstimulerande medel?
- Har det någon betydelse att amfetamin är ett narkotikaklassat preparat för hur man ser på behandlingen?
- Vad finns det för attityder hos föräldrar till amfetaminbehandling för personer med diagnoserna ADHD/DAMP?

1.3 Metod och urval

Vi har valt att göra både en kvalitativ och en kvantitativ attitydundersökning. Den kvalitativa undersökningen bygger på fem intervjuer och den kvantitativa undersökningen är en enkätundersökning gjord på sextio föräldrar. Dessa två metoder har vi valt för att vi anser att det är det bästa sättet att få den information som vi är intresserade av, för att kunna göra vår undersökning.

Vi har gjort fem stycken fördjupade intervjuer. Vi har valt att intervjua fyra läkare och en sociolog. Läkarna arbetar inom olika verksamheter, BUP (barn och ungdomspsykiatri), barnhabilitering, vuxenpsykiatri, vuxenhabiliteringen. Vi har valt läkare med olika arbetsområde för att få reda på attityderna när det gäller behandling med centralstimulerande medel av både barn och vuxna med diagnoserna ADHD/DAMP. Valet av att intervjua en sociolog grundar sig på att vi önskade få ett annorlunda och mer kritiskt perspektiv än det som vi får av läkarna. Vi är medvetna om att kritik kan riktas mot att vi har en obalans vad gäller litteratur och den fakta som vi redovisar. Den litteratur som vi har använt oss av är till största delen grundad på medicinska teorier. För att få reda på de fakta som vi anser är relevanta till vår uppsats fick vi söka i litteratur som har ett neuropsykiatriskt perspektiv. De övriga

litteraturen är skriven ur ett sociologiskt perspektiv. Vi är medvetna om att den litteratur som vi använt har ett övervägande neuropsykiatriskt perspektiv.

Vår studie har ett intensivt upplägg, det innebär att vi undersöker ett fåtal personers och deras attityder och ställningstagande (Halvorsen, 1992). I vår uppsats fokuserar vi kring behandling av centralstimulerande medel för personer med diagnoserna ADHD/DAMP och vilka attityder som finns kring detta. Upplägget medför att vår studie inte är generaliserbar men att den ger en ganska detaljerad kunskap om vad de personer som vi valt att intervjua har för syn på diagnoserna ADHD/DAMP och behandlas med centralstimulerande medel samt hur ett antal föräldrars attityder är till amfetaminbehandling.

I vår uppsats kommer vi att använda oss både av primär- och sekundärdata (Halvorsen, 1992). Primärdatan som vi använt oss av har vi fått genom de intervjuer som vi har gjort samt genom de enkäter som vi delat ut samt av tidigare forskning. Sekundärdatan består av artiklar och annan litteratur som är aktuell kring ämnet som vi valt att belysa. Vi är väl medvetna om att mycket av artiklarna och litteraturen speglar de olika författarnas åsikter och attityder. Detta gäller inte i samma utsträckning tidigare forskningen, som vi anser att man får förutsätta, är vetenskapligt prövad.

Vi har valt att ha ett induktivt tillvägagångssätt (Halvorsen, 1992). Detta innebär att vårt syfte inte är att belysa hållbarheten i vissa teorier som till exempel om amfetaminbehandling är den bästa metoden för att behandla ADHD/DAMP, utan vi vill få en insikt i vilka attityder som finns rådande från expert håll och från allmänheten, i vårt fall från sextio föräldrar. Vårt mål har varit att ta reda på intervjupersonernas personliga åsikter och värderingar angående denna behandlingsform.

Vårt mål med denna uppsats är inte att verifiera vad som är sant eller falskt, utan att upptäcka olika aspekter som inte kan verifieras att vare sig vara sanna eller falska (Roos, 1984). Vår önskan är att kunna ge en bild av hur intervjupersonerna och de föräldrar som svarat på enkätfrågorna, ställer sig till diagnoserna ADHD/DAMP samt vilka attityder som finns kring behandling med centralstimulerande medel. Vi kommer i huvudsak att kommentera den information som vi tagit del av men kommer även i slutet av uppsatsen att analysera den del som handlar om behandling med centralstimulantia. Vi har valt att analysera denna del eftersom vi anser att den är den mest centrala i uppsatsen.

1.3.1 Datainsamling

De datainsamlingsmetoder som vi använt oss av i vår uppsats är fördjupade intervjuer, enkäter samt granskning av olika litteraturkällor. Vi upplever att det bästa sättet för oss att få den information som vi är intresserad av är att göra intervjuer med de personer som vi upplever är experter på området och att vi genom en enkät kan få en bild av vad föräldrar anser.

Vi har valt att göra ostrukturerade, fördjupade intervjuer. Detta innebär att vi haft ett antal färdigformulerade frågeområden som inte haft några fasta svarsalternativ. Dessa ger stort utrymme för diskussion och följdfrågor (se bilaga 1). Vi har under samtliga intervjuer använt bandspelare som hjälpmedel detta för att inte gå miste om viktig information. Vi har båda varit närvarande vid alla intervjuerna, detta har vi sett som en fördel eftersom en av oss har kunna rikta all sin uppmärksamhet mot intervjupersonen medan den andre har kunnat föra stödanteckningar. Det kan ibland upplevas som negativt att man är två intervjupersoner eftersom den som ska bli intervjuad kan känna sig i underläge. Det är något som vi inte har upplevt under våra intervjuer. Även användandet av bandspelare kan det riktas kritik mot eftersom det kan upplevas som hämmande. Detta upplever vi inte har varit fallet för de personer som vi intervjuat. Vi är även medvetna om att vi som intervjuare eventuellt kan påverka den intervjuades svar, så kallad intervjuareffekten (Roos, 1984). Vi anser dock att risken för det har varit mycket liten, bland annat för att de vi intervjuat har mångårig erfarenhet av att arbeta med personer med diagnoserna ADHD/DAMP och har genom detta en gedigen kunskap om diagnoserna.

Vi har gjort en transkribering av intervjuerna. Vi har valt att inte skriva av dem ordagrant från bandinspelningarna utan skrivit ut de delar som vi ansett varit väsentliga för vår uppsats. Denna metod har vi valt eftersom det hade varit mycket tidsödande att skriva av intervjuerna ordagrant. Det finns dock en risk med att inte skriva av ordagrant och det är att den språkliga förändringen påverkar upplevelsen och förståelsen av de personer som vi intervjuat (Hilte, 2001). Vår förhoppning är att så inte är fallet i vår uppsats.

För att ta del av föräldrars attityder till behandling av centralstimulerande medel för personer med diagnoserna ADHD/DAMP så har vi valt att göra en enkätundersökning på 60 enkäter. Frågorna i enkäten har presenterats systematiskt, det vill säga att ordalydelsen och ordningsföljen har vi bestämt när vi gjorde enkäten (se bilaga 2). Vi har valt att ha fasta

svarsalternativ. Det som vi ser som de största fördelarna med att ha fasta svarsalternativ är att det underlättar sammanställningen och kodningen av svaren (Halvorsen, 1992).

Vi upplever att tiden som vi haft till vårt förfogande för uppsatsen även har satt begränsningar. Vår önskan har varit att kunna intervjua fler personer samt ha ett större underlag för enkäten. Detta har dock tidsbegränsningen satt stopp för. Vi upplever ändå att vi har kunnat belysa vårt syfte på ett bra sätt.

1.3.2 Urval

Vi har gjort ett strategiskt urval när det gäller intervjupersonerna. Detta innebär att vi själva har valt ut vilka personer vi önskat intervjua. Detta har vi gjort för att ur vår syn få så stor spridning som möjligt när det gäller attityder för och emot medicinering med centralstimulerande medel för personer med diagnoserna ADHD/DAMP. Vi har gjort ett så kallat snöbollsurval. En av oss kom under praktiken i kontakt med en läkare som bland annat arbetade med personer som har någon av diagnoserna ADHD/DAMP. Vi fick genom honom tips på andra som vi kunde ta kontakt med. Dessa kontakter förmedlade sedan tips om fler personer som vi kontaktade. Vi ville att intervjupersonerna skulle vara väl insatta i den problematik som vi är intresserade av att undersöka (Halvorsen, 1992).

När det gäller urvalet av personer till enkätundersökningen var vår första planering att vi skulle närvara vid två olika föräldramöte på en låg- och mellanstadieskola för att där kunna dela ut enkäterna. Vi upptäckte dock att detta inte skulle vara genomförbart efter att tagit reda på att det inte var några föräldramöten inplanerade under den tidsperiod som vi hade på oss att göra vår uppsats. Vi valde därför att dela ut enkäten till föräldrar som hade barn som spelar fotboll. Detta gjorde vi eftersom en av oss har barn som spelar fotboll och det skulle därför underlätta för oss att komma i kontakt med föräldrarna till barnen. För att underlätta insamlingen och minimera bortfallet i enkätundersökning så ville vi dela ut och samla in enkäten vid samma tillfälle. Vi valde därför att dela ut enkäterna en dag då man hade fotbollsturnering för olika lag och ett flertal föräldrar var närvarande. Vi hade med i enkäten att man skulle kryssa för om man är man eller kvinna för att få ett genusperspektiv. Vi fann dock när vi sammanställt vårt enkätmaterial att vi inte fann detta som en relevant faktor för att uppfylla syftet med vår uppsats och valde därför att sammanställa alla svar tillsammans. Föräldrarna som gjorde enkätundersökningen är i åldrarna 25-40 år. Dessa föräldrar har olika arbeten och olika utbildningar, deras gemensamma intresse är att deras barn spelar fotboll.

Fotboll är i dag en sport som alla samhällsklasser praktiserar. Man kan fundera kring om resultatet av vår enkätundersökning hade varit annorlunda om vi gjort den bland föräldrar som hade barn som till exempel spelade golf. Kanske hade det varit så att vi inte hade fått så många vet ej svar, vi tror dock inte det.

Kritik kan riktas mot att urvalet är för litet, fem intervjuer och 60 enkäter, men vi anser att det har varit fullt tillräckligt för att få svar på vårt syfte.

1.4 Presentation av intervjupersonerna

Sten Björkman - arbetar som läkare på habiliteringen i Karlshamn. Han är ”allmänmedicinare” och har tidigare arbetat som skolläkare.

Eva Kärfve – är utbildad sociolog och arbetar på universitetet i Lund. Hon är fil kand och har socialantropologi som huvudämne.

Jörgen Landehag - arbetar som överläkare på barnhabiliteringen i Karlskrona. Han är utbildad barnläkare samt barnneurolog.

Leo Rise – är läkare och arbetar som psykiatrier inom vuxenpsykiatri i Ronneby.

Nina Schain - arbetar på Barn och Ungdomspsykiatri (BUP) i Karlshamn. Schain är utbildad barnpsykiatrier.

1.5 Fortsatt framställning

Vi kommer först att ta upp en kort historik till diagnos begreppen ADHD och DAMP. Vårt första avsnitt börjar med först fakta om själva begreppen ADHD/DAMP. Efter detta följer kommentarer där vi diskuterar vad intervjupersonerna har sagt kopplat till litteraturen. I de resterande avsnitten redovisar vi först information som vi tagit del av i litteraturen och som sedan följs av vad intervjupersonerna har sagt. Detta kommenteras sedan. Kommentarererna är uppbyggda kring våra intervjupersoner och våra egna åsikter i den aktuella frågeställningen. Vi har en analysdel som ligger i slutet av uppsatsen där vi analyserar attityderna kring amfetaminbehandling kopplat till den svenska narkotikapolitiken. Våra avsnitt är uppbyggda

för att man ska kunna följa uppsatsen enligt ett pedagogiskt sätt, genom att vi går igenom en kunskap som behövs för att förstå nästa avsnitt.

Vi kommer i det första avsnittet att göra en historik om diagnoserna ADHD/DAMP därefter går vi igenom vad neuropsykiatri är. Vi kommer kort att ta upp de diagnoskriterier som man måste uppfylla för att få diagnosen ADHD eller DAMP. Vi diskuterar också kring begreppet dubbeldiagnoser. Vi belyser ärftliga och miljöfaktorer vid diagnosen ADHD/DAMP. Nästa avsnitt, är frågeställningen om man kan bota ADHD eller DAMP. Vi ställer även frågan, hur blir det som vuxen när man har fått diagnosen som barn? Här diskuterar vi också medicineringen med centralstimulerande medel. Under nästkommande avsnitt tar vi upp licensförskrivningar, hur många som medicineras med centralstimulerande medel. Detta följs av ett avsnitt där vi diskuterar risken för missbruk. Vårt sista avsnitt, går vi in på biverkningar till centralstimulerande medicin. Vi presenterar en enkätundersökning som handlar om attityder till centralstimulantia. Sist i detta avsnitt kommer analysen som bygger på attitydundersökningen kopplat till en narkotika politisk teori. Inför varje avsnitt kommer en redovisning för vad vi har tagit upp i föregående avsnitt och vad vi kommer att ta upp i det nästkommande.

2. AVHANDLING AV PROBLEMET

2.1 Historik och tidigare forskning

Hellström (1995) skriver att barn med den typen av svårigheter som avses med begreppet MBD (minimal brain dysfunction), förmodligen alltid har funnits men har mer beskrivits vetenskapligt under detta sekel. Redan i början på 1900-talet beskrevs att barn som på olika sätt drabbades av en hjärnskada kunde få ett splittrat och överaktivt beteende.

Hellström skriver vidare att Still beskrev 1902, från sin kliniska verksamhet en grupp på 20 barn, de flesta pojkar, som redan som små uppvisade ett för sin ålder onormalt beteende. Det mest karakteristiska var just överaktivitet och impulsivitet, i kombination med koncentrations- och uppmärksamhetsstörning. Barnen var normalbegåvade och kom i flertalet fall från helt adekvat fungerande familjer. Hos en del barn kunde man konstatera eller på goda grunder anta, att det förelåg en hjärnskada. Hos andra föreföll tillståndet snarare ha en ärftlig bakgrund. Still betraktade tillståndet som en störning i förmågan att ta hänsyn till andra människors behov (Hellström, 1995)

Intresset för att studera neurologiska orsaker fick en ny genomslagskraft på fyrtio och femtio talet. Stort inflytande internationellt fick de amerikanska läkarna, Strauss och Lehtinen. De beskrev i en klassisk studie 1947 en grupp barn som efter graviditet och förlossningskomplikationer uppvisade ett typiskt mönster av beteendestörningar. De drog slutsatsen att orsaken till barnens beteende var en hjärnskada av liknande slag man kan finna vid CP (Cerebral Pares) och vid Mental Retardation, fastän mindre utbredd. Forskarna introducerade då begreppet "The Brain Damage Child" (det hjärnskadade barnet). För att markera att det rörde sig om lindrigare skador än vid CP infördes senare begreppet, Minimal Brain Damage. Strauss och Lehtinen hävdade att de beteendestörningar som dessa barn hade måste uppfattas som tecken på en hjärnskada, även i de fall inga klara tecken fanns på en sådan (Hellström, 1995).

Hellström skriver även att efter mycket kritik så ändrades begreppet på sextioalet till att bli, Minimal Brain Dysfunktion, (minimal störning i hjärnans funktion). Man erkände nu att det inte behövde röra sig om påvisbara skador i hjärnan. Även detta begrepp blev kraftigt kritiserat inte minst i USA, sedan det kommit att användas på ett vårdslöst sätt på en mycket stor grupp barn med beteendeproblem. Under femtio- och sextioalet intresserade amerikanska forskare sig för hyperaktivitet och bristande impulskontroll hos barn. Detta var ett första steg till att börja beteckna psykiatriska besvär utifrån hur det visar sig istället för hur man tror att de uppkommer. Det blev vägledande för DSM III som publicerades 1980. I DSM IV som kom 1994 har begreppet ändrats till ADHD, denna beteckning använd internationellt. I Sverige använder vi oss av ADHD begreppet men också av beteckningen DAMP för att beskriva barn med olika problematik (Hellström, 1995).

I kommande avsnitt kommer vi att ta upp frågeställningar om neuropsykiatri. Vi kommer att belysa diagnoskriterierna för ADHD/DAMP. Vi tar även upp bidiagnoser eller, med ett annat ord, dubbeldiagnoser. Sist i avsnittet tar vi upp några av orsakerna till ADHD/DAMP.

2.2 Neuropsykiatri och diagnoser

För DAMP och ADHD finns ett antal internationellt bestämda kriterier som måste vara uppfyllda för att man ska kunna få diagnosen fastställd. Diagnosen ställs efter en grundlig utredning av flera olika specialister som till exempel läkare, psykolog, logoped och sjukgymnast (Duvner, 1994).

De olika neuropsykiatriska syndromen utgör inga avgränsade enheter utan bör hellre uppfattas som kluster (anhopningar) av definierande funktionsstörningar. Detta beskriver Duvner (1994) i sin bok om barnneuropsykiatri. Han menar att det är viktigt att funktionsdiagnostiken är central både för klassifikation av tillståndet såväl som underlag för behandlingsinsatser.

Hjärnans olika funktionsområden kan vart och ett uppvisa avvikelser av olika grad dessa är i stort sett grundade på arvsfaktorer. Sämre förmåga kan också bero på en störning i hjärnans utveckling under fosterstadiet eller på en skada uppkommen av t ex syrebrist eller infektion vid födseln. Vissa kända ärftliga sjukdomar som drabbar hjärnan kan ge en neuropsykiatrisk symtombild (Duvner, 1994).

Diagnosen ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder används mer och mer i Sverige som ett samlingsnamn för MBD och DAMP. I USA används inte begreppen MBD eller DAMP utan huvudsakligen ADHD eller ADD, som står för barn med koncentrationsstörningar utan överaktivitet. Det är vanligt att barnen innan de får sin diagnos tidigt haft kontakt med barnhälsovården och sjukvården på grund av skelning, försenad talutveckling, avvikande gång eller beteendeproblematik. För att få diagnosen ska det föreligga problem inom uppmärksamhetsstörning, hyperaktivitet och impulsivitet (se bilaga 3). Utöver dessa svårigheter finns ofta problem kring affektkontroll som snabba och kraftiga humörsvängningar. Barnet är ofta lättprovocerat, irritabelt och förlorar lätt självbehärsningen. Krav och önskemål måste omedelbart uppfyllas och oförutsedda händelser kan leda till många och långa känslouttryckningar (Duvner, 1994).

Diagnosen DAMP, Deficit in Attention, Motor Control and Perception är uppfunnen av Christoffer Gillberg. För att få diagnosen så ska barnet ha svårigheter inom begåvningsnivå, aktivitetskontroll, motoriken och perceptionen (se bilaga 4) Svårigheterna med aktivitetskontroll och perceptionsstörning måste kunna dokumenteras i flera olika situationer till exempel både i skolan och i hemmet. Färre än hälften av alla barn med DAMP är påtagligt hyperaktiva. Alla har dock svårigheter att anpassa aktivitetsnivån till vad situationen kräver. Svårigheterna med motorik-kontroll skall kunna dokumenteras vid läkarundersökning enligt ett särskilt schema. Svårigheterna med perception skall kunna beläggas genom avvikande resultat på neuropsykologiska tester (Gillberg,1996)

Hur symtombilden utvecklas är även beroende av miljöfaktorer, som den vård och omsorg, trygghet, stimulans och fostran barnet växer upp med i det sociala nätverk barnet befinner sig i. En vanlig utveckling när det gäller barn som ursprungligen har neurologiska skador är att de utvecklar ett allt allvarligare psykologiskt och inlärningsmässigt handikapp på grund av att man inte förstår bakgrunden till barnets problem och därför ofta sätts in fel åtgärder. När man analyserar ett barns svårigheter utifrån ett neuropsykiatriskt perspektiv så funderar man i termer, bra eller dåligt fungerande hjärnfunktioner. Dessa funktioner kan sammanföras i områden som motorik, perception, koncentrationsförmåga inklusive aktivitetsgrad, kognition kontaktförmåga, kommunikation inklusive tal och skriftspråk, samt beteende inklusive sätt att leka. De olika funktionerna är mer eller mindre beroende av varandra varför det ofta finns symptom av sammankopplade funktionsstörningar. Barnets sammantagna funktionshinder beror på hur många av hjärnans alla delfunktioner som fungerar otillfredsställande och i vilken grad. Diagnosen sätts utifrån var barnets största svårigheter ligger om barnet har påtagliga störningar inom flera områden än vad huvuddiagnosen utsäger ger man ofta en bidiagnos (Duvner, 1994).

2.2.1 Kommentar

Skillnaden mellan ADHD och DAMP beskriver Hellström (1995) genom att skriva att DAMP är ett tillstånd som utgörs av en kombination av koncentrationssvårigheter och uppmärksamhetsbrist i flera olika situationer och dessutom motoriskt - perceptuella störningar. Diagnosen DAMP utesluter Mental Retardation (MR), Cerebral Pares (CP) och autism. Dessa barn är inte definitionsmässigt utvecklingsstörda utan är i princip normalbegåvade, men de har ofta en ojämn begåvningsprofil som innebär att de kan vara svagpresterande inom vissa funktionsområden. Även om diagnosen DAMP inte ställs om barnet har autism så kan en del av barnen, vid svåra fall av DAMP ha så kallade autistiska drag. Problemen för barn med DAMP kan variera med barnets ålder. Hos vissa är koncentrationsstörningarna och uppmärksamhetsbristen framträdande medan andra har mer motoriska och perceptuella problem (Hellström, 1995).

Gillberg (1996) skriver att barn med DAMP kan ha både s.k. grovmotoriska och finmotoriska problem. Grovmotoriska problem innebär problem med stora kroppsrörelser, det kan yttra sig

och uppfattas som allmän ”klumpighet”, d.v.s. svårigheter att samordna kroppens rörelser. Störningen kan också medföra balansproblem och svårigheter. Perceptionsstörningar kan man förenklat säga att det betyder att man tolkar sinnesintryck på ett förvrängt sätt. Ljud kan höras antingen för starkt eller för svagt. Det kan också innebära att man har svårt att lokalisera var ljuden kommer ifrån och urskilja ”viktiga” ljud ur en allmän bakgrund av andra ljud. Typiskt är också att personer med DAMP, inte själva hör om de talar med hög eller låg röst (Gillberg, 1996)

Kärfve (2000) skriver i sin bok Hjärnspöken, att ursprunget till diagnosen ADHD finns i diagnosen MBD. Hon skriver att efter trettiotal år som populär hypotes så har MBD hamnat på den klassifikatoriska soptippen. Efterföljaren till detta är ADHD, en uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet, officiellt presenterats som ett tillstånd vars orsak är okänd. Detta begrepp kommer ursprungligen från USA. I Sverige har vi enligt Kärfve (2000), ett eget hjärnskade/hjärndysfunktionssyndrom, nämligen DAMP. Detta är skapat av Christoffer Gillberg och hon menar att ordet skapa är vilseledande, DAMP är MBD. DAMP har allt som MBD en gång hade men har fått en släng av ADHD-begreppets förmenta oskuldfullhet i orsaksfrågan (Kärfve, 2000).

Skillnaderna mellan ADHD/DAMP är olika beroende på hur man ser på diagnoskriterierna. Våra intervjupersoner pratar nästan alla om diagnoserna belysts från ett psykiatriskt perspektiv. Undantaget är Kärfve som tittar på det ur ett sociologiskt perspektiv. Hon menar att det är viktigt att man tänker på vad som är normalt respektive onormalt när man ser på diagnoskriterierna. Alla människor som arbetar med barn har någon gång stött på barn som ”är för mycket”, som flänger runt och har svårt att sitta stilla. Om man går på Kärfves linje så betyder det att detta barn är normalt men att det har en sen mognadsgrad. Gillberg menar däremot att detta barn har ett funktionshinder, som de behöver hjälp med. Den uppfattningen vi har fått genom att läsa litteratur och efter att vi pratat med våra intervjupersoner är att diagnosen ställs först efter en mycket omfattande utredning. Huruvida detta stämmer överallt är svårt att veta. Den uppfattningen vi har fått av merparten av våra intervjuer är att diagnosen ADHD/DAMP inte ställs lättvindigt, utan en gedigen utredning ligger bakom diagnosen.

2.3 Bidiagnoser eller så kallade dubbeldiagnoser

Huvuddiagnosen skriver Duvner (1994) att det till exempel kan vara DAMP och barnet kan dessutom få bidiagnoserna dyslexi samt autistiska drag. Dessa diagnoser är symtomdiagnoser och bygger på en funktionsdiagnostik, det vill säga en noggrann analys av barnets förmågor och svårigheter. I hur hög grad en nedsatt förmåga innebär ett handikapp är beroende av livssituationen och de yttre villkoren. I kamratkontakter och i skolarbete är man beroende av alla de förmågor som beskrivits tidigare. Bristande funktioner inom något område stör ofta utvecklingen inom andra områden (Duvner, 1994).

2.3.1 Kommentar

Gillberg (1996) skriver i sin bok, Ett barn i varje klass om DAMP, MBD, ADHD, att DAMP överlappar ett antal andra kliniska diagnoser. Han menar att det ibland kan vara svårt att avgöra om DAMP överlappar ett annat tillstånd, såsom dyslexi, eller om dyslexi i sig är den väsentliga diagnosen och DAMP-problemen är minimala eller alls förekommer. Vanligt förekommande vid DAMP är läs- och skrivsvårigheter. Vanligt är också problem med bristande uppmärksamhet och impuls kontroll. Gillberg (1996) skriver att avgränsningen mellan svår DAMP och autistiska drag kan ibland vara problematisk. Många barn med svår DAMP har lätta till måttliga autistiska drag och diagnoserna kan mycket väl förekomma tillsammans. Något som är vanligt förekommande vid DAMP är depression enligt Gillberg. Depression medför ofta koncentrationssvårigheter, minnesproblem, ouppmärksamhet och hämmad motorik, symtom som alla är vanligen förekommande vid DAMP. Skillnaden menar Gillberg är att vid DAMP har symtomen funnits i många år och symtomen är således inte nytillkomna (Gillberg, 1996). Kärfve (2000) skriver i sin bok att den amerikanska ADHD-diagnosen uttryckligen förbjuder sammanblandningar med tillstånd som autism, Tourette och Aspergers syndrom (Kärfve, 2000).

Våra intervjupersoner säger att det ofta förekommer olika symtomdiagnoser vid ADHD/DAMP. Om dessa kommer som en komplikation från huvuddiagnosen eller om det är en egen diagnos är som vi tror, mycket svårt att svara på. Den amerikanska diagnosen ADHD utesluter, enligt Kärfve, diagnosen autism, Tourette eller Asperger.

2.4 Orsaker till ADHD/DAMP

2.4.1 Ärftliga faktorer

ADHD har en uttalad ärftlighet. Duvner (1994) skriver om en studie som Barkley gjort. Den visar att 25-30 % av fäderna och 15-20 % av mödrarna till barn med ADHD själva har ADHD-symtom fortfarande i vuxen ålder. Missbruk, ofta av alkohol förekommer ofta hos nära släktingar till barnet (Duvner 1994).

Gillberg (1996) skriver att DAMP ofta orsakas av ärftliga faktorer. En pappa, farbror, farfar, en mamma, syster har eller har haft liknande problem i nästan sextio procent av samtliga fall. Han menar att detta i sig inte ger något bevis för en ärftlig orsak men i studier av tvillingar och adoptionsstudier har det visat sig att miljön inte haft någon större betydelse. Ibland är det inte uppenbart att en likartad ärftlighet finns. Det kan vara fråga om en "klumpighet" som har gått i arv i flera generationer och som sedan dyker upp för ett barn med koncentrations-svårigheter, överaktivitet och motoriska problem. Eftersom överaktiviteten och koncentrationsstörningarna är så påtagliga är det sannolikt att de motoriska problemen kommer i skymundan och kopplingen till tidigare generationers problem inte uppmärksammas (Gillberg, 1996)

2.4.2 Miljöpåverkan

Kadesjö (1995) skriver att idag vet vi mycket mer om orsakerna till primära koncentrations-svårigheter än för bara 10 år sedan. Nya forskningsrön inom kognitiv psykologi och neurologi har kompletterat varandra och vidgat förståelsen för vad som kan ligga bakom. Forskarna är idag överens om att det inte finns en enda orsak som förklarar allt utan att det finns många orsaker. Orsakerna är sammansatta och komplicerade precis som barns problematik också är det. För att förstå behövs kunskap om både biologiska och psykologiska faktorer betydelse och även hur dessa samverkar. Biologiska och psykologiska förklaringsmodeller ställs tyvärr ofta mot varandra. (Kadesjö, 1995)

Hellström (1995) skriver i sin bok att de allra flesta forskare och experter är eniga om att det finns flera möjliga orsaker och olika samverkande faktorer som är inblandade när det gäller

ADHD/DAMP. Hon skriver att störningen är neurologiskt betingad och det finns inga belägg för antagandet att den skulle uppkomma till följd av samspels- och relationsstörningar mellan föräldrar och barn, känslomässiga störningar hos föräldrarna, otillräcklig omsorg eller dylikt (Hellström, 1995).

2.4.3 Kommentar

Gillberg (1996) skriver att i ett fall av tre med DAMP finns det indikationer på en hjärnskada av något slag. I de fall som DAMP orsakas av en hjärnskada så finns oftast orsaken under fosterstadiet. En mängd faktorer kan under graviditeten medföra skador och funktionsnedsättning i nervsystemet som senare kan yttra sig i form av DAMP-symtom.

Stor förbrukning av alkohol och storrökning under graviditeten hör till de viktigaste potentiella skadefaktorerna. Gillberg (1996) menar att det är ställt utom varje tvivel att omfattande alkoholbruk och cigarettrökning medför kraftigt ökade risker för barnet att få DAMP. Även missbruk av narkotika, inklusive läkemedelsmissbruk ökar också risken för att barnet ska få DAMP (Gillberg, 1996).

Kärfve (2000) beskriver neurofysiologen Robert Goodmans diskussion av problemet med hjärndysfunktion hos barn. Goodman säger enligt Kärfve, att det finns ett gemensamt intresse för föräldrar och läkare att undersöka om barnets felaktiga beteende kan förklaras utifrån felaktigheter i själva hjärnan. Ett fastställande av orsakssammanhang är utslagsgivande när det gäller prognos, åtgärder och inte minst skuldbördan. Närvaron av ett specifikt beteendesyndrom tas ofta som intäkt för att barnet har en onormal hjärna. Detta är sällan befogat, eftersom ytterst få uppförandesyndrom har någon bevisad samhörighet med en underliggande hjärnabnormitet. Kärfve skriver att DAMP-teorin och mycket av det amerikanska ADHD-fenomenet, laborerar med konstgjorda skiljelinjer, uppdragna mellan människor av skäl som inte redovisas och som kanske inte alla gånger är kända av dem som mest hårdnackat vill se dem genomförda (Kärfve, 2000).

En av våra intervjupersoner uttryckte sig om barns rätt till att få vara sjuka. Att barn är sjuka ibland det vet ju alla, de har snuva, ont i halsen, har feber med mera. Allt detta kan vi ”ta på”, eller se med egna ögon. Människor som har ett osynligt handikapp pratar alla om hur svårt det

är att få omgivningen att tro på att man faktiskt har ont, exempelvis ryggsmärtor. Dom finns men dom syns inte. Barn eller vuxna som har fått en av diagnoserna ADHD/DAMP kan inte bevisa något på en röntgenbild eller ett annat sätt att de har problem, och detta medför att man ibland ifrågasätter diagnosen. Frågan om miljöfaktorer, var en stor fråga för alla våra intervjupersoner. Alla var överens om att miljön spelade en roll, ibland mer och ibland mindre. Allting beroende på hur man ser på människan, är man färdig när man föds eller är allt beteende inlärt? Den stora debatten kretsar till största delen om huruvida dessa barn har en hjärnskada eller ej. Är det så att vi som Kärfve säger vill lägga skuldbördan på ett biologiskt plan istället för att ta ansvar för vår uppfostring av våra barn och vårt samhälle? Eller är det så att det är uppbyggt kring produktiva människor och att dessa barn inte passar in där? Kan det vara så att vi är rädda för att ge barn en diagnos som man inte kan tillfriskna från?

Vi har i föregående avsnitt tagit upp hur man definierar ADHD/DAMP. vi har skrivit om dubbeldiagnoser. Vi har även kort belyst ärftliga och miljöfaktorer vid diagnosen ADHD/DAMP. I detta avsnitt ska vi ta upp frågan om man kan bota ADHD/DAMP och hur prognosen är för vuxna med diagnoserna ADHD/DAMP. sist i detta avsnitt diskuterar vi medicinering med centralstimulantia.

3. KAN MAN BOTA ADHD/DAMP?

3.1 Prognos för vuxna

Av barn med ADHD har 70 % fortfarande dessa svårigheter i övre tonåren och minst 50 % har dem kvar i vuxen ålder. I vissa fall förbyts hyperaktiviteten i en hypoaktivitet, vilket innebär att man istället för att vara överaktiv har en låg aktivitetsnivå. Symtombilden för vuxna med ADHD är att de är impulsiva och rastlösa, de har ofta svårt med sitt humör. De är dåliga på att lyssna och har problem med relationer till andra människor. De har även svårigheter med att anpassa sig i vardagen och passa tider. De har svårt att hålla överenskommelser, att underordna sig regler och styrning av andra och de byter ofta arbete (Duvner, 1994).

Hellström (1995) säger att det är svårt att generellt uttala sig om hur det går för barnen med DAMP tillstånd i vuxen ålder men Hellström menar att det går att urskilja tre olika förlopp i utvecklingen.

1. Svårigheterna avtar eller försvinner - Hos denna grupp minskar eller avtar svårigheterna under puberteten och ungdomsåren. De utgör inte något direkt problem i vardagen. Den vuxnes självförtroende och självkänsla kan ändå vara påverkad av tidigare misslyckanden och tillkortakommanden.
2. Svårigheterna kvarstår men den unge klarar av dem bättre - Hos denna grupp kvarstår problemen under ungdomsåren och som vuxna. Med tiden har de emellertid blivit bättre på att handskas med problemen och kompenserar dem genom att vara intellektuellt välutrustade, vara bra på andra saker, ha ett trevligt och vinnande sätt mm. De väljer också ofta bort aktiviteter som de har svårt för. På så sätt behöver inte svårigheterna ha så negativ inverkan på hur de klarar vardagslivet. Även om de inte har några uppenbara eller allvarliga sociala anpassningsproblem kan det ändå finnas en inre oro och rastlöshet som gör att de inte fungerar riktigt optimalt i förhållande till sina intellektuella och andra förutsättningar. Många har stort behov av extraordinära upplevelser och spänningar för att inte känna leda. Socialt kan de också uppleva osäkerhet, ensamhetskänslor och ett visst utanförskap även om de ytligt sett verkar fungera bra. Om dessa ungdomar/vuxna har en förstående och stödjande omgivning som kan hjälpa dem att hitta rätt i studie- och yrkesval, och dessutom, ha turen att så småningom träffa en uppskattande och stödjande partner, kan även denna grupp klara sig ganska bra i vuxen ålder.
3. Svårigheterna leder till allvarliga psykiska och sociala problem - Denna grupp har stora och allvarliga problem som i hög grad inverkar på deras vardagsliv, psykiska hälsa och sociala anpassning. Många har allvarliga psykiska störningar som depression, självmordstankar, aggressivt utagerande beteende, svåra relationsstörningar med mera. Många har svårt att hitta intressen och sysselsättningar som passar dem och deras intressen. Somliga utvecklar rent asociala drag och riskerar att hamna i missbruk och kriminalitet (Hellström, 1995).

3.1.1 Man kan växa ifrån sina svårigheter.

Våra intervjupersoner menar att en del kan växa ifrån sina svårigheter, medan en del har kvar sin problematik även i vuxen ålder. Rise tror att ca 20 % av ca 800 patienter som har kontakt med vuxenpsykiatri i Ronneby har ADHD/DAMP. Rise uppskattar att de har cirka 35 personer som fått någon av diagnoserna ADHD/DAMP. Många av dessa har så kallade dubbeldiagnoser, vilket innebär att de har en annan neuropsykiatrisk störning utöver ADHD/DAMP. De flesta som fått diagnosen är män men Rise tror inte att det är så stor

skillnad mellan könen egentligen. Detta tror han bland annat beror på att man missar många kvinnor för att de är hypoaktiva istället för hyperaktiva. Rise anser inte att det går att bota ADHD/DAMP utan det är snarare så att en del personer spontanläker.

Schain uppskattar antalet aktuella patienter inom barnpsykiatri i Karlshamn till mellan 1000-1500 stycken. Med aktuella menar hon att det kan röra sig om allt från ett besök per år till ett besök i veckan. Hon säger att hon har träffat många barn med frågeställning angående en diagnos. Schain tror att det rör sig om lite mer än 20 patienter som har någon av diagnoserna ADHD/DAMP och som är aktuella inom barnpsykiatri. Schain berättar att man vet att en del som har fått diagnosen har "växt" ifrån sina svårigheter. Schain tycker att man då kan fundera på om de kanske inte borde ha fått diagnosen från början. De som har stora svårigheter tror hon, att man kan märka att de har problem hela livet. De personer som har riktigt stora problem blir inte av med dem utan de finns kvar.

Björkman bedömer att vuxenhabiliteringen i Karlshamn har cirka 5 personer som är aktuella hos dem just nu. Björkman säger att cirka 1/3 av de barn som får diagnosen har vuxit ifrån den som vuxen och 1/3 har kvar sina problem. Den sista tredjedelen uppfyller som vuxna diagnosen Mental Retardation. Björkman berättar att han ibland får förfrågningar om vuxna med ADHD-problematik. Ofta är dessa personer missbrukare. För tillfället upplever Björkman att det inte finns något bra handlingsprogram för just denna grupp.

Landehag säger att i början på 90-talet hade de på barnhabiliteringen i Karlskrona enstaka barn med diagnosen ADHD/DAMP. Det var inte alltid så att man hade en diagnos på barnen utan man beskrev mer vad barnen hade för problem. Verksamheten var inte uppbyggd kring att utreda barn med ADHD/DAMP och man hade heller inte kunskapen, så det har hänt otroligt mycket sedan dess. Barnhabiliteringen har idag cirka 75-100 barn, dessa barn har ganska svår DAMP och behöver relativt mycket hjälp och stöttning. Landehag säger att man inte kan bota ADHD/DAMP. Men det finns många som tror att man kommer att hitta vissa gener, precis som man diskuterar när det gäller alkohol. 1/3 växer i princip ifrån diagnosen och hos ytterligare 1/3 så blir det betydligt mycket bättre.

Kärfve menar att det stora problemet med dessa diagnoser är att man inte kan tillfriskna. Man kan inte säga när man är 18, jag tycker inte att jag har ADHD längre. En person som till exempel har haft en depression förra året eller ett anorektiskt beteende, så blir detta automatiskt till restsymtom av ADHD. Allt som händer: kriminalitet, missbruk, depression, allt är en förklaring, typiskt han som har ADHD. Kärfve anser att har man väl fått diagnosen en gång så blir man inte av med den.

3.1.2 Kommentar

För att kunna bedöma innebörden av den höga befolkningsfrekvensen av DAMP måste man ha en uppfattning om hur vanligt det är med beteendeavvikelser och inlärningsproblematik. Gillberg menar att man kan räkna att vart fjärde till sjätte barn som börjar skolan har sådana beteendeavvikelser att någon form av åtgärd är påkallad.. Detta innebär att minst ett av tjugo barn som börjar skolan har DAMP (Gillberg, 1996).

Hellström (1995) menar att amerikansk forskning har visat att barn med ADHD i betydligt högre grad än normala barn tenderar att utveckla sociala beteendestörningar, anpassningsproblem och skolsvårigheter. Bruk och missbruk av alkohol och droger, utslagning från skolan, relationsproblem, asocial utveckling, behov av psykiatrisk vård är vanligare bland barn med ADHD problematik (Hellström, 1995).

Gillberg (1996) beskriver att prognosen vid DAMP varierar mycket. För många går det bra och livet kan arta sig på ett utmärkt sätt. För andra gäller motsatsen, livet är fullt av motgångar och den enda bana som naturligt öppnar sig är den mot det kriminella vad en ”god prognos” betyder beror på vad man anser med uttrycket. Hur man fungerar i samhället är ett mått på prognos men det är inte självklart vad man lägger i begreppet att fungera. Många studier definierar dålig psykosocial prognos som ett eller fler av följande: kriminalitet, missbruk, psykisk sjukdom, socialbidragsberoende, avsaknad av vänner, sjukskrivning under lång tid och oförmåga att försörja sig. De som det går bra för, det vill säga de som fungerar väl i psykosociala sammanhang, gäller alltså inget av det som är förknippat med dålig prognos. Med en sådan utgångspunkt är det troligt att det går bra för ungefär hälften av alla som i barndomen haft problem förenliga med en DAMP-diagnos. Att det går bra innebär inte att man är fullständigt problemfri. Majoriteten av alla som haft DAMP har en kvardröjande

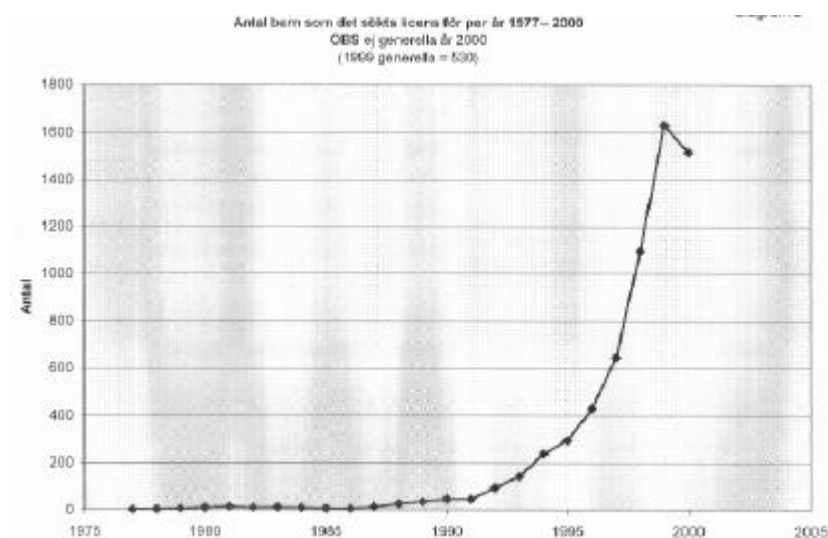
känsla av att "något är fel" oberoende om diagnosen ställs i barndomen eller ej. Många har innerst inne dåligt självförtroende. Detta är i allmänhet ett mer specifikt dåligt självförtroende än de som de flesta av oss uppger att vi har i vissa sammanhang. Dåligt självförtroende när det gäller DAMP är ofta liktydigt med "dumhetskänsla" och yttrar sig till exempel i att man avböjer sig vissa saker, säger att man inte kan eller vill. Många vuxna med DAMP problematik tror sig inte kunna ha ett socialt samspel med andra, gå på bio – jag kan ändå inte läsa texterna, spela bollspel – jag kan nog inte fånga bollen mm. Vissa av farhågorna kan vara befogade men de flesta gäller funktioner som inte längre avviker på samma sätt som de gjorde i barndomen. Många med DAMP tar aldrig reda på om deras ursprungliga svårigheter avtagit eller försvunnit helt. Rädslan att misslyckas på nytt, och framförallt oron att göra bort sig offentligt, är för stor. Många individer med DAMP klarar sig relativt väl i vuxen ålder. För uppemot hälften går det dock mindre bra. Depressioner, social missanpassning, kriminalitet, missbruk och psykiska sjukdomar är inte ovanligt. Läs- och skrivsvårigheter är snarare regel än undantag. Mycket talar för att enkla insatser som screening, diagnos, information och råd och stöd, kan förbättra situationen för många i gruppen med sämre prognos (Gillberg, 1996).

Om man ska titta på detta med att "bota" ADHD/DAMP så beror det till stor del ur vilket perspektiv man tittar på begreppet, antingen neuropsykiatriskt eller sociologiskt. Ur ett neuropsykiatriskt perspektiv så är det obotligt, men en del kan "växa" ifrån det. När det gäller de som växer ifrån sin problematik kan man fundera över om det är så, att den del av hjärnan som inte är som den ska, övertogs av andra delar i hjärnan. Vi kan ta ett par exempel, en människa som är blind sägs det ju att de har en alldeles speciell hörsel, att de utvecklar sin hörsel för att kompensera sin blindhet. En människa som inte har några armar utvecklar en enorm böjlighet i sina ben och använder dessa när det gäller finmotoriken. Är det så att den del av personer som det har "växt" bort på har utvecklat andra funktioner så att det inte längre har någon störning? Om man tittar på detta ur ett sociologiskt perspektiv så menar man att dessa personer har kommit ikapp i sin sena mognad. Dessa personer skulle egentligen inte alls ha fått en diagnos från början utan problemen var relaterade till den mognadsgrad de befann sig i. Hur omgivningen har relaterat till dessa människor med diagnosen ADHD/DAMP har stor betydelse på hur de klarar sig senare i livet. Det finns dock de som har fått all hjälp och stöd man kan få men ändå har stora svårigheter som vuxen. Vad beror det på? Är det så att insatserna var fel ändå eller handlar det då om att vi trots alla insatser inte kan göra något åt

dessa personer därför att skadan sitter helt och hållet i hjärnan och den yttre miljön inte har så stor betydelse, eller ingen betydelse alls?

3.2 Medicinering med centralstimulerande medel

Amfetamin, Ritalin och Dexamfetamin har man kunnat förskriva på licens till barn med ADHD/DAMP sedan 1977. De tio första åren har antalet ansökningar varit mycket litet, mindre än tio per år. Men efter att ha gjort en långtidsstudie i Sverige och sett positiva resultat så ökade föreskrivningarna. Fram till december 1998 så hade sammanlagt ca 1750 barn fått behandling med någon av ovanstående preparat. Av dessa är cirka 15 % flickor. Mest omfattande är föreskrivningen av amfetamin och Ritalin (Janols, Ahlqvist Rastad och Klintberg, 1999). I diagrammet nedan kan man se hur antalet sökta licenser har ökat sedan 1977 och fram till år 2000.



Källa: Läkemedelsverket

Gillberg (1996) menar att behandling med centralstimulantia sker under mycket kontrollerade former. Bara ett fåtal kliniker i landet har generell licens att förskriva centralstimulantia, övriga måste begära licens i varje enskilt fall. Det kan ta tid att få licens och den kan avslås om Läkemedelsverket anser att det inte finns tillräckligt starka indikationer. Föräldrar barn, skolsköterska och behandlande läkare måste ha ett gott samarbete för att det hela ska kunna fungera. Utsättningsförsök bör göras en gång om året. Medicinering avbryts ofta alldeles innan puberteten, men det finns ingenting som hindrar att den kan fortsätta längre om behovet är tydligt. Biverkningar måste vara väl kända av alla inblandade (Gillberg, 1996).

Kunskapen om hur länge behandlingen ska pågå är begränsad. Behandlingen bör därför omprövas regelbundet. Vid positiva effekter kan eventuellt behandlingen fortsätta tills skolgången är avslutad. De regelbundna utsättningsförsöken bör om möjligt, ske i början av varje sommar och då med successiv uttrappning av medicinen under ca fyra veckors tid. Kommande hösttermin bör starta medicinfri om inte beteendet avsevärt försämrats under sommaren. I dessa fall eller vid uttalad försämring i början av terminen, bör behandlingen sättas in på nytt och ofta krävs då ytterligare ett läsårsbehandling parallellt med övriga stödinsatser. Ca 60-80 % av barn med diagnostiserad ADHD, som får centralstimulerande medel förskrivet, svarar positivt på medicineringen (Janols, Ahlqvist Rastad och Klintberg, 1999).

3.2.1 Amfetaminbehandling är inte det första man tänker på.

Våra intervjupersoner menar att innan man behandlar med amfetamin så ska man prova andra behandlingsinsatser. Landehag menar att medicinsk behandling är absolut inte det första som man tänker på. Man måste börja med att kartlägga hela problematiken så att man får en förklaring på varför det är som det är. En del barn får ibland en diagnosbeskrivning och det händer ingenting och då tycker Landehag att det känns svårt. Han funderar ibland över att det hade varit bättre för barnet om man inte hade gett diagnosen, för om barnet ändå inte får något stöd eller förståelse i skolan, hade man lika gärna kunnat låta bli att göra en utredning. Det är inte självklart att det alltid blir bra bara man får en diagnos. Det är viktigt att få bekräftat att man är en "bra unge" trots sin diagnos och att man respekteras som den man är. Den pedagogiska träningen är en stor del. Strukturer, rutiner och korta pass barnen orkar inte hålla på långa stunder åt gången. Att man gör mer grejer av det som man är bra på tycker Landehag är viktigt. Många barn får syssla mest med det som de är sämst på och hur kul är det? Om man får göra det man är bra på så höjer det självkänslan och man kan prestera bättre även på det som man är sämre på. Det finns även motorisk träning där det finns många olika modeller och alternativ. Olika behandlingar passar olika barn och Landehag vill inte framhålla att någon behandling skulle vara bättre än en annan. Han upplever sig som lite försiktig och återhållsam när det gäller att skriva licenser till centralstimulerande medel. Han tycker inte att det är fel att vi har en Socialstyrelse som granskar licensieringen. Det är ganska rigorösa regler kring denna behandling. Landehag anser att de barn som behöver denna behandling verkligen ska ha rätt att pröva. Behandlingen med centralstimulantia har forskningsmässigt visat sig ha otroligt goda effekt. Barnen ska ha rätt till ett behandlingsförsök, effekterna visar

sig ganska snabbt. Om det är minsta lilla tvekan så kan man sedan sätta ut det. Många av de barn som får centralstimulantia hinner äntligen landa och sitta kvar och göra en sak färdig och det är en otrolig kick för dessa barn. Det är ofta de med ganska svår ADHD som får prova denna behandling.

Kärfve säger att centralstimulantia är som sömnmedel, ”man sover men man lär sig inte att sova gott”. Hon anser att det finns barn som det kan vara på sin plats att ge centralstimulerande medel men det handlar inte om 10 %. Det finns läkare som ger centralstimulerande till barn där de vet att barnet har en väldigt svår situation hemma, de misstänker att barnet far illa på grund av sitt eget beteende även om ingen vet vad som är ägg och vad som är höna, de ger då centralstimulerande för att se till att barnet inte ska få stryk hemma. Man försöker rädda ungen så gott man kan genom att ge kanske centralstimulerande, det ska ju naturligtvis inte vara på detta sätt men Kärfve menar att det finns en massa svårdefinierade förhållanden i livet då man får se saker och ting det ur en annan synvinkel. Björkman anser att han har för lite erfarenhet för att kunna förespråka någon behandlingsmetod. Han anser att det är viktigt att ge personerna som får diagnoserna ADHD/DAMP ”redskap” som de kan använda sig av för att underlätta i sina liv. Björkman anser att amfetaminbehandling kan vara lämplig till vissa personer. En del vuxna personer som har så stora bekymmer att de är i behov av medicinering självmedicinerar redan. Detta gör att det är mycket svårt att hantera. För att dessa personer ska få hjälp så behövs det någon form av behandlingshem. Problemet är att de flesta behandlingshem eftersträvar drogfrihet. Om behandling lämpar sig bättre på barn tycker han är svårt att svara på. Men det är lättare att ge barn amfetamin därför att det finns nästan alltid organiserade föräldrar som kan ge medicinen och där med minskas risken för feldosering.

Rise anser att det finns i huvudsak två sätt att behandla ADHD/DAMP, det är med hjälp av skola och läkemedel. Skola för att ge möjlighet att lära sig om sitt handikapp. Det är viktigt med struktur för personer med ADHD/DAMP och ett praktiskt exempel är att alltid ha en almanacka så att man hela tiden kan skriva upp och följa vad som ska hända under dagen. Man kan hjälpa dem genom att tipsa om att läsa böcker om sitt handikapp, detta kan också underlätta för personen ifråga. Den bästa medicinska behandlingen är med centralstimulerade medel, det är dock ganska ”bökitigt” att ansöka om och är oftast inte det första läkemedlet man provar. Det finns några läkemedel som är inregistrerade till andra åkommor som till exempel depressioner, antidepressiva läkemedel. Dessa preparat påverkar sekundärt dopaminsystemet

som är det som man vill påverka. De ger lite bättring men inte riktigt bra, dessa preparat har ofta många biverkningar. Personer som utreds och anses lämpliga kan man söka licens på amfetamin. Det är dock omständligt att ansöka om licenser. Det krävs utredning med flera tester. Många av testerna är anpassade för att göras på barn och passar inte alltid att göra på vuxna. Det är stor spridning på vuxna, en del är välbegåvade och andra lågt begåvade. De kriterier som gäller för barn gäller även för vuxna. Det som gör att det är lite krångligt är att man ska lämna rapport var tredje månad och var sjätte månad och det tar en massa extra tid och måste skötas mycket noga. Rise upplever att detta ibland upplevs som en extra arbetsbörda.

Schain säger att behandlingen beror på vilka svårigheter barnen har. Grunden är att föräldrarna måste lära känna sina barn, vad kan de undvika, vilka krav kan man ställa, med mera? Skolan måste också anpassa undervisningen till barnet. Amfetaminbehandling kan man ge när barnen mår mycket dåligt men då ska man först ha provat allt annat.

3.2.2 Kommentar

Gillberg (1996) skriver i sin bok: Ett barn i varje klass, att det ställs utom allt tvivel att vissa mediciner med centralstimulerande effekt har utomordentligt positiva effekter vid DAMP, åtminstone om man ser på kort tid. Enstaka studier visar även på att det finns vinster även under ett längre perspektiv. Trots detta är förskrivningen av centralstimulerande medel mot ADHD/DAMP mycket begränsad i Sverige. Doserna som ges till barn och vuxna med ADHD/DAMP är små förhållande till dem man tar för att "bli hög". När det gäller Amfetamin så är det i allmänhet fråga om dygnsdoser i intervaller 5-40 mg i åldrarna 5-15 år. Ritalina (metylfenidat) ges ofta i dygnsdoser om 10-60 mg i denna åldersgrupp. Medicinen ges vid två, tre eller fyra tillfällen på dygnet. Det går ur kroppen mycket snabbt och dagen därpå finns inga kvarstående effekter (Gillberg, 1996).

De effekter som man i första hand eftersträvar med behandlingen är förbättrad koncentrationsförmåga, uppmärksamhet och uthållighet med minskning av lättavledbarhet, impulsivitet och överaktivitet, när sådana förekommer. Förbättrade prestationer kvalitativt och kvantitativt i matematik och språk, så väl som förbättrad finmotorik och grovmotorisk förmåga kan också förbättras hos vissa barn. I de fall koncentrationsstörningen kommit till uttryck i form av ökad uttrötthet eller så kallat dagdrömmeri kan en förbättring av dessa symtom ses. Effekternas omfattning från barn till barn varierar dock mycket, vilket gör att ett

nära samarbete mellan ansvarig läkare, föräldrar och lärare eller dagispersonal är angeläget (Janols, Ahlqvist Rastad och Klintberg, 1999).

Iglum (1999) menar att i de diskussioner där man kritiserar och ifrågasätter diagnosen ADHD, är det ofta kritik mot läkemedlen man fokuserar på. Man tillbakavisar de resultat som visar att centralstimulerande medel uppvisar en paradoxal effekt på barn med ADHD, och man menar att alla människor påverkas på samma sätt. Man använder även denna synpunkt som grund för att misstänkliggöra diagnoser – eftersom preparatet har samma effekt på alla, finns det ingen anledning att tro att ADHD är en diagnos för ett tillstånd som bara drabbar vissa personer. Underförstått i detta ligger påståendet att det hela handlar om bristande gränssättning och om eleverna bara kunde skärpa sig, skulle det inte vara något problem. Ett annat antagande är misstanken att man ger barnet centralstimulerande medel för att underlätta för föräldrarnas och lärarnas arbete (Iglum, 1999). Effekterna av centralstimulerande medel är i princip likartade hos barn och vuxna med ADHD/DAMP och de utan dessa diagnoser, det märks dock inte lika tydligt eftersom dessa personer inte har samma utrymme för förbättring – de har så att säga redan ett bra utgångsläge (Gillberg, 1996).

Våra intervjupersoner menade alla att behandling, med centralstimulerande medel inte var det första de tänkte på när det gäller behandling till barn och vuxna med diagnosen ADHD eller DAMP. De barn och vuxna som får amfetamin utskrivet är de som har en mycket svår problematik. Kärfve säger att det finns barn som behöver behandlas, men att det rör sig om under 10 % av dem som har fått en diagnos. Den uppfattningen som vi har fått genom våra intervjupersoner är att de ytterst sällan ansöker om att få skriva ut centralstimulerande medel. De prövar andra behandlingar först. Varför det är på detta sätt är svårt att svara på. De undersökningar som vi har läst i litteraturen pekar nästan alla på de goda effekterna på barn och vuxna som medicineras med centralstimulerande medel. Den första insatsen av behandling vid en ADHD eller DAMP diagnos är andra insatser än amfetaminbehandling. Våra intervjupersoner pratade samtliga om vikten av insatser när det gäller stöd utifrån. Att skolan anpassas till elevens behov, kraven ställs utifrån elevens förutsättningar med mera. Vi tror att för att få bästa effekt av medicineringen måste det även till insatser utifrån. Hur människor utan diagnosen ADHD eller DAMP påverkas av amfetamin finns det mängder av medicinsk forskning och olika självbiografier om. Är det så att vi som inte har diagnosen ADHD eller DAMP tror att vi påverkas på samma sätt som dessa personer gör, eller om man vänder på det, att de påverkas på samma sätt som vi gör av amfetamin? Det är lätt att ställa sig

frågan till hur vi hade resonerat kring denna fråga om amfetamin inte hade varit narkotikaklassat. Hade vi då haft samma inställning till amfetamin som vi nu har till morfin i smärtlindringssyfte. Idag är morfin ett accepterat preparat som smärtlindring. Men hur avgör man om ett beteende orsakar smärta och kaos för en person som har diagnoserna ADHD/DAMP? Ska de då inte få medicinsk lindring som vid all annan smärta?

Vi har i föregående avsnitt diskuterat kring om det går att bota ADHD/DAMP och vad prognosen är för vuxna med en diagnos. Vi har även belyst behandling med centralstimulerande medel. I detta avsnitt ska vi ta upp licensförskrivningar samt hur många som medicinerar med centralstimulerande medel.

4. LICENSFÖRSKRIVNINGAR

4.1 Hur många medicineras med centralstimulerande medel?

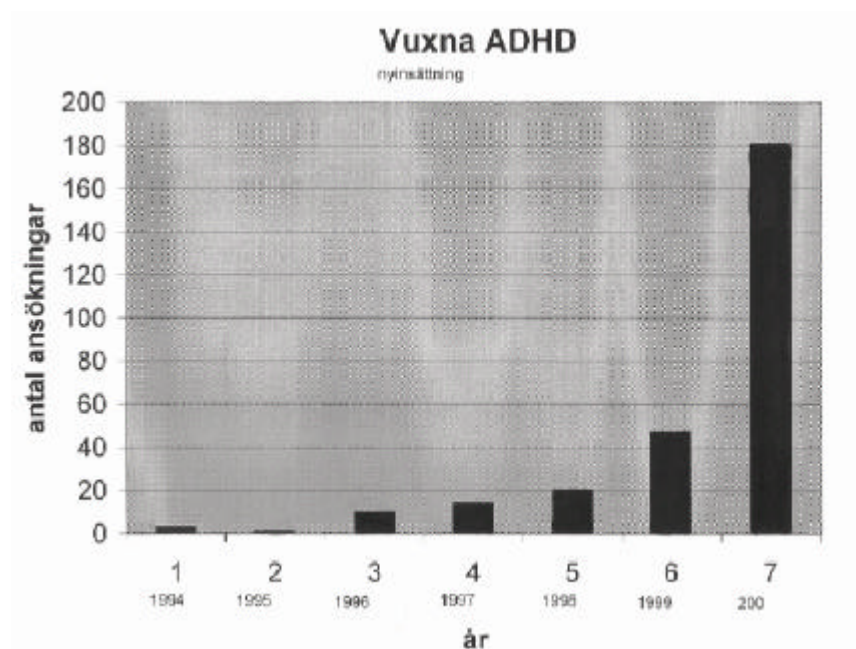
I informationsmaterialet från Läkemedelsverket står att det år 2000 har gjorts 1514 ansökningar av licenser för behandling med centralstimulerande medel till läkemedelsverket. Av dessa var 665 nyinställningar. Av de 665 nyinställningarna så tog man följande beslut: 15 avslag, 600 beviljade och 50 beslut var inte klara när studien gjordes. I denna siffra är inte de generella licenserna inräknade.

I Sverige skriver man i första hand ut centralstimulerande medel till barn. När det gäller vuxna har Läkemedelsverket vissa riktlinjer som de följer.

- Först och främst ska diagnosen vara välgrundad vilket innebär att barndomsproblematik av typen ADHD ska vara dokumenterad. DSM IV-kriterier och/eller ICD-10-kriterier ska vara uppfyllda samt att begåvningsstest som stödjer diagnosen ska finnas.
- Endast patienter som tidigare varit föremål för behandlingsförsök för ADHD bör förekomma. Om behandling med centralstimulerande inte prövats under barndomen bör man ta upp skälen till varför inte detta har gjorts. Andra stöd åtgärder ska ha prövats och inte varit tillräckliga.
- Kontraindikationer ska ha betraktats speciellt när det gäller anamnestisk förekomst av psykos episoder, förekomst av drog och alkoholmissbruk samt en förekomst av asocialitet.

- Det ska även föreligga förutsättningar för strukturerat omhändertagande. Behandlingen ska initieras och följas upp av en specialist i psykiatrisk verksamhet vid en psykiatrisk klinik med erfarenhet av ADHD problematik. Behandlingen bör även ske i samråd med barnpsykiatrisk klinik med erfarenhet av centralstimulantia behandling. Rapportering ska ske till Läkemedelsverket efter tre månaders behandling, därefter var sjätte månad under pågående behandling samt efter avslutad behandling (informationsmaterial Läkemedelsverket).

Man kan se en tydlig ökning av licensansökningarna till vuxna från 1994 – 2000. Mellan 1999 – 2000 har ansökningarna för vuxna fyrdubblats.



Källa: Läkemedelsverket

(3) (1) (10) (14) (20) (47) (187)

Siffrorna i parentes under diagrammet visar de exakt antal licensansökningar som gjorts under åren 1994 – 2000. Av de 187 ansökningarna som kom in år 2000 så är 162 beviljade, 4 har fått avslag och 21 var inte färdigbehandlade (informationsmaterial Läkemedelsverket).

4.1.1 Det är bra att man måste söka licens.

Våra intervjupersoner hade olika åsikter när det gällde licensförskrivningar men några uttryckte att de upplevde att det var bra att socialstyrelsen har ansvaret. Schain berättar att de måste göras en ansökan till varje barn som ska få amfetamin. Det är lite bökigt och tar en massa tid, men det gör också att det inte görs slentrianmässigt. BUP i Karlshamn har cirka 10 barn som får amfetamin i dagsläget. Schain tycker att det är bra att man måste söka licens, det

gör att hon kan ställa krav på skolan att de först måste ta sitt ansvar och anpassa undervisningen till barnet. För att få licens måste diagnosen vara väl dokumenterad. Det ska vara en social utredning och en psykologisk utredning. Om det upptäcks att någon av föräldrarna missbrukar och det är olämpligt att de har hand om medicinen så kan man lösa det genom att till exempel skolsköterska delar ut medicinen till barnet. Tanken med amfetaminbehandling är inte att den ska pågå under hela livet. Därför görs det uppehåll i behandlingen. Under medicineringen får man nya beteenden som då skapar nya bemötande och då avgörs om man ska fortsätta med medicineringen. Schain anser att den sociala mognaden även har betydelse för utvecklingen.

Kärfve anser att det bör satsas mer på att stötta barnen till att kunna tygla sin hyperaktivitet och endast i undantagsfall ge medicin. När barn medicinerar måste man tänka på att barns hjärna växer. Den befinner sig i en skapelseprocess. Kärfve anser att medicinen och erfarenheter växer in i hjärnan. I det akuta skedet måste man veta vad man gör. Det är viktigt att fundera på om det är så att barnet inte överlever utan medicin? Kärfve anser att det är en helt annan sak att ge amfetamin till vuxna än till barn. Att ge amfetamin till vuxna ser hon som helt förkastligt. Kärfve anser att man kan få en rus effekt av 20 mg amfetamin vilket många påstår att det inte är möjligt. Ingen kan säga något om detta, det är svårt att testa eftersom det är illegalt preparat. Kärfve har bekanta som har provat att ta en amfetamintablett och fått en enorm effekt av den. Kärfve anser att de flesta vuxna som vill ha amfetamin har en missbruksbild bakom sig och för att få amfetamin utskrivet så krävs det att man är drogfri i tre månader. Detta upplever Kärfve som för kort tid, det skulle kanske röra sig tre års drogfrihet istället.

Rise berättar att när man ansöker om en licens för amfetaminbehandling till en patient, så skriver man till apoteket, så det är egentligen apoteket som söker. Då ska alla tester och data vara med och sedan skickas ansökan till läkemedelsverket. Rise har ansökt om 8 licenser, han fick 6 licenser godkända och 2 avslag. Rise är kritisk till att konsulterna som gör bedömningarna till Läkemedelsverket. Han upplever att de har väldigt olika sätt att bedöma. Det som gör att det är lite krångligt med amfetaminbehandling är att man ska lämna rapport var tredje- och var sjätte månad, det tar en massa extra tid och måste skötas mycket noga. Det finns vissa kliniker som har generell licens, de behöver inte söka i varje enskilt fall.

Landehag funderar på att det är möjlighet att han är för ”mesig” och att fler barn skulle få prova. Landehag har cirka 15 barn som han har ansökt om licens till för att få medicinera med amfetamin. Det är oftast de som har svår ADHD/DAMP och alla är inte hjälpta av behandlingen och då väljer man att sätta ut medicinen. I vissa fall har några fått biverkningar som inte är farliga men som är jobbiga för barnet till exempel tappar aptiten. Dosen är cirka 1/100 av vad man använder för att få en rusningseffekt.

Björkman har inte ansökt om några licenser än, han har dock gjort förnyelse till några personer som redan haft licensförskrivning på amfetamin. Förr eller senare tror han säkert att det kommer att bli aktuellt för honom att göra en ansökan.

4.1.2 Kommentar

Iglum (1999) skriver i sin bok att trots att man efter hand har insett att ADHD är föranledda av olika former av kemisk obalans i hjärnan är det troligtvis ofta är på det viset att både barn och föräldrar förstår detta på ett intellektuellt sätt men inte på känslö- och attitydnivå. Det är sällan man stöter på föräldrar som vill att deras barn ska ta mediciner, ofta frågar de om barnet måste ta mediciner, på det finns det inget entydigt svar menar Iglum. Det kommer an på barnets problem, om det till exempel är så omfattande att de inte låter sig behandlas uteslutande med åtgärder som gränssättning, struktur, frekvent återkoppling och specialundervisning. Man bör inte vänta med att pröva medicinering i kombination med beteenderelaterande insatser intill dess att alla parter är utslitna, alla former av tillrättaläggande har förbrukats och barnets beteende förvärrats ytterligare. Pedagogiska och strukturella åtgärder får ofta mycket positiva effekter när de kombineras med en medicinsk behandling (Iglum, 1999)

Duvner (1994) skriver i sin bok att den mest utprövade farmakologiska behandlingen består av centralstimulerande medel som amfetamin och metylfenidat (Ritalin). Behandlingen bör prövas i svåra fall när andra åtgärder inte är tillräckliga men behandlingen kräver dispens från socialstyrelsen. Licensansökan ska innehålla en noggrann beskrivning av barnets svårigheter och vilka behandlingsåtgärder som redan har provats (Duvner, 1994).

Våra intervjupersoner uttrycker att de är mycket försiktiga med att söka licens på förskrivning av centralstimulerande medel. Vad gäller vuxna med diagnoserna ADHD eller DAMP så finns det ännu så länge inte så mycket forskning på hur pass stora problem de har.

Klart är i alla fall att en del har kvar sin problematik i vuxen ålder. När vuxna ska medicineras med centralstimulerande så tillkommer ofta ett nytt problem, risken för ett missbruk av medicinen. Att skriva ut amfetamin till vuxna är som vi tror ännu mer tabu än att skriva ut det till barn. Huruvida vuxna bör medicineras med centralstimulerande eller ej, är något som vi lämnar till de medicinska experterna. Våra intervjupersoner var överens om att det var bra att det fanns restriktioner på licensförskrivningar. En del kliniker har fått en generell licensförskrivning och behöver inte söka inför varje ny patient. Detta gäller ännu så länge bara för barn och inte för vuxna. Det är lite märkligt anser vi att vuxna människor som förhoppningsvis vet vad det är för effekter av amfetamin och vilka biverkningar de har, de har oftare mycket svårare för att få utskrivet amfetamin. Samtidigt så kan man säga som en av våra intervjupersoner sa att dosen är lättare att ge till barn därför att risken för feldosering minskar med någorlunda organiserade föräldrar. Man kan ställa sig frågan om vem det är som har ansvaret, den person som har diagnosen eller den läkare som har gett den. Vems är ansvaret för en vuxen som vill prova amfetaminbehandling, hans eget, eller samhällets?

Kärfve säger att det är helt förkastligt att ge amfetamin till vuxna. Om ADHD/DAMP-problematiken inte försvinner med åldern så tycker vi att det vore grymt att utesluta medicinen för att man blir vuxen. Man kan naturligtvis se det ur många olika perspektiv, men det viktigaste borde vara att man ser det från det individuella perspektivet. Hur är det för just denna personen, har det blivit bättre eller är tillståndet fortfarande problematiskt?

Vi har nu tagit upp licensförskrivningar och hur många som i Sverige medicineras med centralstimulerande medel. Här efter följer nu en diskussion om riskerna för missbruk vid medicinering med centralstimulantia.

5. MISSBRUK OCH ADHD/DAMP

5.1 Ökar risken för missbruk?

Diskussionen kring användningen av mediciner i samband med barn, ungdomar och vuxna med diagnoserna ADHD/DAMP är livlig här i Sverige. Detta beror enligt Lisbeth Iglum, 1999, i första hand på att de centralstimulerande medlen ofta kommer till användning är omgärdade av en rad myter och betraktas som medel som kan leda till ett läkemedelsmissbruk. Det är helt riktigt att centralstimulerande medel ofta används i missbrukarkretsar, men det gäller även för sömntabletter, smärtstillande och lugnande medel och säkert många andra mediciner också. Bruk respektive missbruk av läkemedel är två helt

skilda saker. Ett missbruk handlar om att ta tabletter på ett helt annat sätt och i helt andra doser av vad som läkarna föreskriver (Iglum, 1999).

Duvner (1998) skriver i boken: Barnneuropsykiatri, MBD/DAMP autistiska störningar, dyslexi, att personer med ADHD kan ha svårt att stå emot lockelsen i att ta droger. Dessa personer har i sig en impulsivitet och ett behov av spänning. Rastlösheten, ilskan och oron för framtiden dämpas ofta för stunden av framförallt alkohol och hasch. Därför menar han att risken till att börja självmedicinera är mer påtaglig vid en ADHD problematik. Duvner anser att det helt klart är nyttigare att ta lämplig medicin på recept än att själv börja pröva sig fram med alkohol och narkotika (Duvner, 1998).

Gillberg (1996) anser att med angivna doser och adekvat kontroll av att medicinen tas på föreskrivet sätt finns ingen risk för dosökning eller narkotiskt beroende. Miljontals barn världen över har behandlats med centralstimulerande mediciner på indikationen överaktivitet, koncentrationssvårigheter samt uppmärksamhetsstörning och ingenting talar för att de löper risk för missbruk i vuxen ålder. Möjligen är det snarare så att de barn som behandlats har en något lägre missbruksrisk. Detta kan bero på att medicineringen ”skyddar” från psykosocial utslagning. Det behövs dock fortsatt forskning på området för att kunna avgöra i vad mån centralstimulerande behandling av barn och ungdomar med ADHD/DAMP kan förebygga sociala anpassningssvårigheter i vuxen ålder (Gillberg, 1996).

Man har genomfört många vetenskapliga undersökningar av centralstimulerande medel och om huruvida en sådan behandling under barndomen kan medföra missbruk senare i livet. Iglum (1999) tar i sin bok upp en artikel av Russell Barkley som diskuterar myterna kring centralstimulerande mediciner. Han hänvisar här till den omfattande litteraturen på området och om vilka substanser som kan betraktas som ”inkörsport” för ett eventuellt senare missbruk. Det som är aktuellt i detta sammanhang är alkohol och nikotin. Barkley menar dock att uttrycket ”inkörsport” är för starkt i dessa substanser. Det är inte preparaten i sig som avgör om en person blir missbrukare. Alkohol och narkotikamissbruk utgör ett komplicerat område – sociala misslyckanden, dåliga familjerelationer, att komma på kant med polisen när man är ung, dåliga resultat i skolan och olika former av personlighetsstörningar är faktorer som ofta framkommit i studier av olika faktorer som leder till missbruk hos ungdomar och vuxna. Några av dessa faktorer är ofta aktuella när det gäller ungdomar med ADHD/DAMP-problem som inte fått någon adekvat hjälp tidigt i livet eller under skoltiden. Utifrån detta är

det nära till hands att förmoda att det bland de ungdomar som behandlats med centralstimulerande medel egentligen är färre som hamnar i missbruk eller uppvisar annat negativt beteende än bland dem som inte fått sådan behandling (Iglum, 1999).

Iglum (1999) berättar i sin bok: Om de bara kunde skärpa sig, om en studie av fängelseinterner som Anna Marie har Stovner gjort. Hon har iakttagit i en behandling med amfetamin och hennes slutsats är att det inte finns någon risk för att en medicinsk behandling av barn skulle skapa något beroende. En vanlig dosering i inledningen av en behandling ligger på 25 mg amfetamin om dagen. En missbrukare måste ofta komma upp i 1700 mg för att uppnå en ruseffekt av preparatet (Iglum, 1999).

5.1.1 Risken för att hamna i ett missbruk minskar.

Våra intervjupersoner menar att riskerna för att hamna i ett missbruk minskar om personerna medicineras med centralstimulerande medel. Schain säger att risken inte ökar vid de låga doser som barnen får, hon tror att risken minskar istället. En del vuxna missbrukare kan tillhöra den grupp som självmedicinerar. Om det sedan har en koppling till ADHD är svårt att säga. Schain tror att människor som utvecklar ett missbruk är sökare på något sätt. Den rätta medicineringen vid ADHD är ju mycket lägre doser och det är svårt att självmedicinera sig eftersom de doser man får på gatan är mycket högre.

Landehag tror inte att risken ökar för att man ska hamna i ett missbruk om man medicineras med amfetamin. Detta grundar han dels på det han vill kalla för ”måttlig forskning”. Han anser att det finns mycket forskning som har pågått i flera år där man kunnat se att risken minskar, men forskning med uppåt 30 års uppföljning är det dåligt med, och det är ju det man behöver anser han. Han påtalar att från barnläkarhåll brukar man säga att om inte dessa barn får hjälp med sin otroliga impulsivitet så riskerar de för att mycket lättare hamnar i en riskmiljö och genom detta lättare kommer i kontakt med droger. När de då märker vilka effekter amfetaminet har så är det risk för att de börjar självmedicinera. Detta gör att risken ökar för missbruk. Detta anser Landehag är en ganska väletablerad åsikt som har visst forskningsstöd.

Björkman säger att vad det han vet om risken för missbruk så är det snarare så att den minskar när man får amfetaminbehandling som barn, inte tvärtom. När det gäller amfetamin och

självmedicinering så anser Björkman att det kan vara värt att fundera kring vad som är vad. Vad är missbruk, ett berusningsmedel och vad är medicinering?

Rise anser att risken för att hamna i ett missbruk är mindre för barn som får amfetamin utskrivet. Han förmodar att samma gäller för vuxna som för barn det vill säga att risken inte ökar för missbruk utan snarare tvärtom. Rise säger att de som inte medicinerar hamnar lättare i självmedicinering och tar då för höga doser. När det gäller självmedicinering så anser Rise att det handlar mycket om hur man definierar saker. Eftersom alla användning av narkotika som inte är utskriven av läkare är förbjuden juridiskt sett, så är självmedicinering missbruk. Vid självmedicinering handlar det ofta om att man tar fel dos. Rise menar att man moraliskt sett kan ha funderingar kring behandlingen och missbruk. För att få amfetaminbehandling krävs det att man är drogfri. ”De ska kunna visa på att de uthärdar en plåga ett par år och inte ta sina fix för att de ska kunna få amfetamin utskrivet.” Detta upplever inte Rise som moraliskt riktigt, att de ska visa att de klarar pinan innan de får lindring.

Kärfve är skeptisk till undersökningarna som är gjorda och som visar att risken för missbruk ökar för barn som inte får läkemedelsbehandling för sin ADHD eller DAMP. Hon anser att de är kortvariga och det krävs stora och långvariga studier för att kunna se vilka effekter behandling har över tid. Hon menar också att alla människor ljuger om sitt bruk eller missbruk och att det därför är svårt att veta vad som är sant. Kärfve tycker inte att det låter troligt att risken för missbruk minskar. Kärfve ställer sig frågande till diskussionen kring självmedicinering, hon ser det som ett missbruk. Metoder mot drogfrihet är rejäla framtidsmöjligheter.

5.1.2 Kommentar

Gillberg (1996) skriver att med tanke på de positiva effekter och förhållandevis beskedliga biverkningar så kan man ju undra över varför inte alla barn med ADHD/DAMP erbjuds behandling med centralstimulantia. I USA är det närmast praxis att om ADHD-diagnos ställs, att erbjuda denna behandling. I viss mån kan man hävda att ADHD-diagnosen i sig har vuxit fram som ett resultat av behovet att ha en diagnostisk term för de svårigheter, överaktivitet, koncentrationssvårigheter och uppmärksamhetsstörning, som man konstaterat kan lindras med centralstimulantia. Detta är en av flera orsaker till varför ADHD-begreppet möts med relativt stor skepsis i Sverige. Eftersom ADHD-diagnosen endast ”kräver” beteendeproblem och inte motorisk/perceptuell problematik finns risk att allehanda beteendestörningar misstänks vara

ADHD och att centralstimulerande mediciner kommer att förskrivas relativt lättvindigt. En sådan utveckling är negativ av många skäl, även om medicin i små doser är relativt ofarligt. Om det finns mycket centralstimulantia i omlopp i ett samhälle – till exempel i medicin och badrumskåp hos var tjugonde skolbarnsfamilj, vilket alltså är fallet på sina ställen i USA – ökar risken för att obehöriga får tillgång till den och att ett narkotikaproblem därigenom uppstår. Om centralstimulantia ses som ”första hjälpen” är risken stor att andra åtgärder som noggrann diagnos, information, råd, stöd och pedagogisk hjälp kommer i skymundan. Svårigheten att dra gränsen mellan omognad, hos till exempel många pojkar, och lindriga varianter av DAMP kan också vara betydande och leda till att många barn skulle få medicin i onödan. Av bland annat dessa skäl är förskrivningen av centralstimulantia till barn på indikationen DAMP fortsatt restriktiv i Sverige. Behandlingen reserveras för barn med mycket svår DAMP som inte kan få tillfredsställande hjälp genom endast pedagogiska, sjukgymnastiska och psykosociala stödinsatser. Behandling med centralstimulantia bör dock övervägas i alla fall av DAMP för vilka man överväger mer eller mindre drastiska ingrepp i vardagsmiljön, så som skolbyte, inskrivning på behandlingshem eller byte av familjehem (Gillberg, 1996).

Kärfve (2000) skriver i sin bok att amfetamin har en annan effekt på vuxna än på barn, vuxna blir euforiska även med en terapeutisk dos, medan barn blir mer lydiga och liksom avslagna. Kärfve refererar till en skrift hon fått från Sten Levander, där han skriver att det finns vissa kontraindikationer mot centralstimulantiabehandling – det kanske viktigaste är missbruk, en annan är antisocialitet/kriminalitet. Samtidigt vore det orimligt att hävda att en bakomliggande störning (ADHD) aldrig ska behandlas med centralstimulantia därför att störningens konsekvenser (missbruk, antisocialitet) utgör kontraindikationer. Sammantaget skriver Kärfve, så kan man se att ADHD som diagnos sväljer ett gott stycke av den psykiatriska symtom manualen, samtidigt som den ger en förklaring på sociala problem som missbruk, kriminalitet, arbetslöshet och långtidssjukskrivning (Kärfve, 2000).

Vi upplever att intervjupersonerna på denna fråga var relativt ense förutom Kärfve som ställde sig kritisk till att medicineringen skulle minska risken för missbruk. Undersökningar som visar att risken för ett missbruk ökar vid obehandlad ADHD eller DAMP kritiserats av Kärfve. De doser som man köper på gatan är oftast inga terapeutiska doser utan det handlar om högre doser amfetamin. Barn med diagnosen ADHD eller DAMP är ofta impulsstyrda. Risken för att dessa skulle kunna hamna i ett missbruk tror vi är större än för de som inte har

diagnosen ADHD eller DAMP. Vi har tidigare diskuterat frågan om det kan vara vår föreställning att en person utan diagnos påverkas på samma sätt av amfetamin som de gör som har en diagnos. Läkarna hävdar att det inte är så, den dosen som ”patienterna” får är relativt ofarlig och inte beroendeframkallande. Kärfve kritiserar den skrift hon fått av Levander vad gäller om vi ska godta att biverkningarna på behandling med centralstimulantia är missbruk/antisocialitet. Vi kan dra koppling till morfin vid smärtstillande syfte. Risken för att bli beroende av morfin eller andra beroendeframkallande läkemedel finns alltid vid en medicinsk behandling. Gillberg säger att den allmänna uppfattningen i Sverige är att majoriteten av alla barn med ADHD/DAMP inte ska behandlas med någon medicin.

Vi har i föregående avsnitt diskuterat riskerna för missbruk när det gäller behandling med centralstimulantia. Vi kommer i nästa avsnitt redovisa om det finns biverkningar på medicinering med centralstimulantia. För att ta redan på vilken kunskap och attityder som föräldrar har till amfetaminbehandling så gjorde vi en enkätundersökning. Resultatet av denna undersökning kommer att redovisas i nästkommande avsnitt. Sist i detta avsnitt kommer en analys där vi analyserar det som vi kommit fram till under våra intervjuer och enkätundersökningar kopplat till Ted Goldberg teori om det som han kallar ”kriget mot narkotikan”.

6. ATTITYDUNDERSÖKNING

6.1 Synen på centralstimulerande medel

Ett av de största hindren mot behandling med centralstimulantia av barn är av psykologisk natur. Vilken medicin som helst som förknippas starkt med narkomani har dålig klang. Det är inte lätt att genomföra och själv ha tilltro till en medicinering som man alltid måste dölja, förklara, försvara eller skämmas för. Medicinering med centralstimulantia går inte att genomföra på ett bra sätt om inte alla inblandade (föräldrar, barn och läkare) är överens om behovet av och att omgivningens reaktioner är något som man måste räkna med (Gillberg, 1996).

Iglum (1999) skriver att mediciner ska ses som ett hjälpmedel som gör att barnet bättre kan tillgodogöra sig resten av behandlingsinsatserna, bland annat de specialpedagogiska åtgärderna och de beteendepsykologiska metoderna. Inte i något fall bör medicinering vara den enda behandlingsåtgärd man sätter in för elever med ADHD/DAMP (Iglum, 1999).

Elinder skriver i en eftertext i Kärffves bok (2000) att amfetamin förskrivs ut till barn och ungdomar i doser om 5-20 mg som ges 2-3 gånger per dag. Detta anser Elinder inte är någon liten dos. Han menar att en vuxen person blir påverkad av en 10 mg tablett. Amfetamin i höga doser orsakar hjärnskador hos narkomaner. Gränsen för en "låg och säker dosering" för barn är okänd. Elinder syftar på långvarig medicinering till skolelever med hjärnor som är under utveckling, som redan innan behandlingen startar visar tecken på stress och störd funktion. Amfetamin ökar mängden dopamin i hjärnan, ett ämne som stimulerar hjärnans "belöningscentrum". Priset som amfetaminmissbrukare får betala för att få tillgång till denna yttre stimulans är att mottagarcellerna i hjärnan så småningom "bedövas" och inte längre reagerar normalt när preparatet sätts ut. På så sätt riskerar missbrukaren sin förmåga att fatta omdömesgilla beslut samt att kunna känna verklig motivation och glädje. Hur stor risken är för barn som behandlas i flera år vet vi inte (Kärffve, 2000).

6.1.1 Reaktioner på behandling med centralstimulerande medel.

Amfetamin/Dexamfetamin och Ritalin har ungefär samma biverkningsprofil. Vanligast är minskad aptit och insomningssvårigheter samt orolig sömn. Den försämrade aptiten står ofta kvar över längre tid och är därför viktigt att noga följa viktutvecklingen. Extra näringstillskott kan ibland krävas. Sömnproblemen brukar vanligtvis minska eller gå över efter några veckor. Buksmärtor och huvudvärk förekommer ofta i inledningsskedet av behandlingen och vid dosökning, men brukar gå över snabbt. Mycket ovanliga biverkningar som blodtryckshöjning och hjärtklappning har noterats. Tics kan möjligen framkallas av behandling med centralstimulerande medel, men framför allt räknar man nu med att tics som redan finns vid medicinstarten i vissa fall kan förvärras av behandlingen (Janols, Ahlqvist Rastad och Klintberg, 1999).

Många barn blir i början av behandlingen känsligare, lättare ledsna och upplevs ibland som trötta. I allmänhet rör sig detta om en övergående reaktion, som med hög sannolikhet hänger samman med barnets förbättrade förmåga att reflektera över sina svårigheter. En viss minskning i längdtillväxten ses efter två eller fler års användning utan uppehåll. Eftersläpningen i tillväxten, som är av relativt ringa omfattning, kompenseras dock när man slutar med medicineringen och helst årliga behandlingsuppehåll under sommarloven motverkar denna biverkning. Ritalin men inte Amfetamin/Dexamfetamin, har enligt några rapporter visat sig kunna ge sänkt kramptröskel, något som så väl motiverar extra försiktighet vid dålig eller ej kontrollerad epilepsi (Janols, Ahlqvist Rastad och Klintberg, 1999).

I Kärffves bok (2000): Hjärnspeöken finne en efterskrift av Leif Elinder som är skolläkare i Uppsala. Elinder anser att amfetaminpreparatet Ritalina har effekter som efterliknar kokainets. Han skriver att många experter säger att preparatet gör att barn blir mer lugna och uppmärksamma och att biverkningarna är godartade. Problemet med amfetamin menar Elinder är att det utövar sina positiva effekter även på "normala" barn samt att man i stort sett studerat de kortvariga och övergående biverkningarna. Undersökningar som kartlägger långsiktiga och allvarliga biverkningar är svårt att genomföra. Elinder skriver också att det är olika faktorer som bidrag till diagnoserna ADHD/DAMP. Experter talar om funktionshinder i hjärnan eller hjärnskador. Man brukar hänvisa till speciella hjärnundersökningar (MRI/PET). Problemet är att man vanligtvis inte kan avgöra fynden är primära (medfödda) eller sekundära, det vill säga orsakade av en ogynnsam miljö (Kärffve, 2000).

Alla biverkningar är enligt Gillberg reversibla, det betyder att de försvinner när man slutar med medicineringen. Han anser att det inte innebär att man tar någon allvarlig risk genom att låta barnet pröva centralstimulantia (Gillberg, 1996)

6.1.2 Det skulle varit skillnad om amfetamin inte klassats som narkotika.

Merparten av intervjupersonerna anser att narkotikapolitiken har betydelse för förskrivningsnivå på centralstimulerande medel. Schain tror att det skulle ha betydelse om man ändrade namnet på läkemedlet amfetamin. Det skulle påverka attityderna till behandlingen.

Björkman anser att det helt klart hade haft betydelse om amfetamin inte hade klassats som narkotika. Det hade inte haft någon betydelse om man hade ändrat namnet på amfetamin. Alla vet vad det innehåller.

Kärffve tror nog inte att hennes inställning till amfetamin hade ändrats om det inte hade varit narkotikaklassat. Hon tycker att man ska hålla sig ifrån droger så gott man kan.

Rise tror att det hade varit annorlunda om vi inte hade haft den restriktiv narkotikapolitik som vi har idag. Det hade troligtvis inte varit lika laddat. Man är extra rädd eftersom det rör sig om narkotika. Rise anser inte att det har någon större betydelse om man ändrar namnet på läkemedlet amfetamin, alla vet ändå att det är amfetamin. Det som är viktigast om det ska ha någon betydelse är att preparatet inte ska gå att missbrukas för att avdramatisera

medicineringen. Rise har en förhoppning om att man ska uppfinna ett preparat som inte kan kopplas till missbruk, men som har samma positiva effekter som amfetamin.

Landehag upplever ibland att det hade känts bra om amfetamin hade hetat något annat, samtidigt som han arbetar mycket med att det är viktigt att säga som det är. Omskrivningar löser ofta inte problem. Det är så många andra läkemedel som har andra namn, så man kan undra över varför amfetamin ska heta det som det är. Det väcker mycket känslor. Landehag känner sig lite motsägelse full på just denna fråga samtidigt som han anser att man ibland kan ifrågasätta namnet så är han emot omskrivningar. Det är viktigt att patienterna får veta vad det är för läkemedel som de får. Landehag tror att om inte amfetamin hade varit narkotikaklassat så hade det nog i allmänt skrivits ut mer. Han tror att kopplingarna till missbruk gör att man från både läkarhåll, samhälle och föräldrar har en viss syn på amfetamin. Han tror att det finns ett samband med forskrivningsnivån och att det är narkotikaklassat.

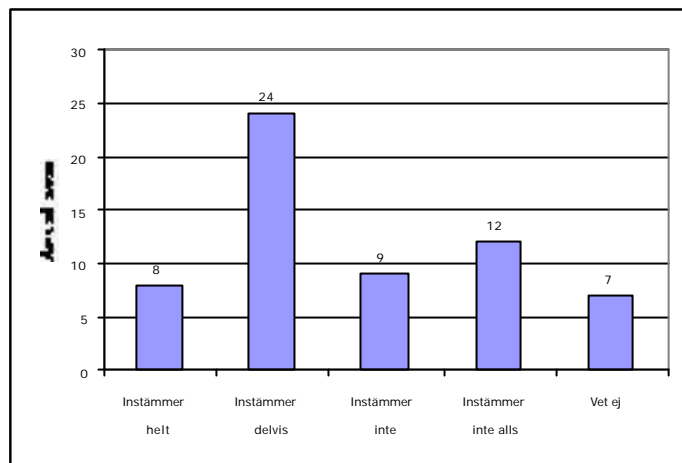
6.1.3 Kommentar

Biverkningar finns på de flesta mediciner. När det gäller amfetamin och andra centralstimulerande medel finns det många undersökningar gjorda på hur man påverkas. Att avgöra om man ska ge sitt barn eller själv medicinera med amfetamin är något som varje individ måste ta ställning till själv. Gillberg (1996) skriver att det största motståndet mot att medicinera med centralstimulantia är det psykologiska motståndet. Vi tror att det ligger mycket i det. Kan det vara så att föräldrar är rädda för att medicinera sina barn för att de kan betraktas som några inte tar ansvar för sitt barns uppförande? Är det så att föräldrar eller vuxna inte vågar medicinera på grund av att de har en föreställning om att de då har misslyckats?

6.2 Resultat av enkätundersökning

Det visade sig att det var 40 kvinnor och 20 män som svarade på vår enkät. Hur de svarade på de frågor vi hade i enkäten kan läsas här nedan.

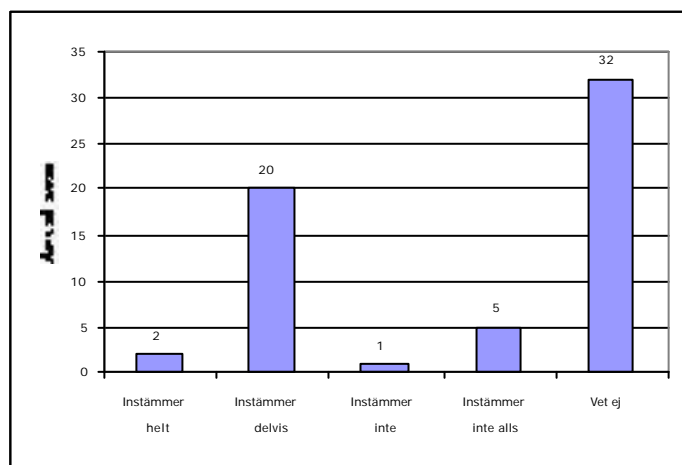
- 1) ADHD/DAMP är två olika bokstavsdiagnoser som innebär att man har olika svårigheter med t ex koncentration, att sitta stilla, inlärning. Jag anser att jag har god kunskap om dessa diagnoser.



Sammanfattning fråga 1

På denna fråga är det 32 personer som instämmer helt eller delvis. 21 personer instämmer inte eller inte alls och 7 personer vet ej. Genom att tolka detta svar så upplever vi att föräldrarna har ganska god kunskap om diagnoserna ADHD/DAMP. Det är säkert många som känner till diagnoserna men som inte tycker att de har mycket kunskap om dem. 53 personer har tagit ställning till att de antingen instämmer eller inte gör det.

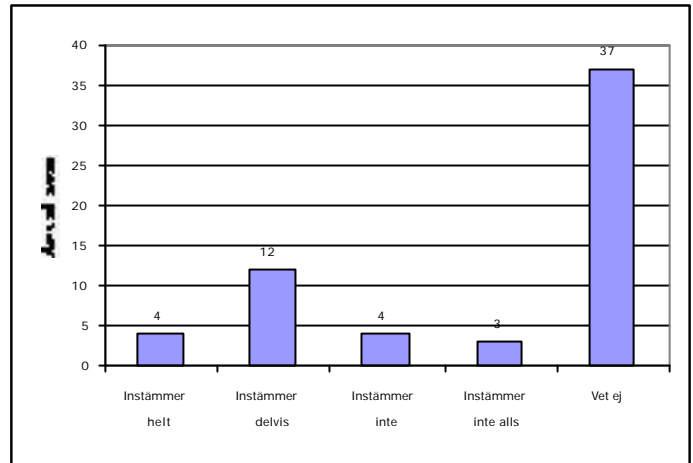
- 2) Behandling med amfetamin är en bra behandlingsform av barn med ADHD/DAMP.



Sammanfattning fråga 2

I denna fråga kan man tydligt se att merparten har svarat antingen vet ej (32 personer) eller instämmer delvis (20 personer). Det är betydligt fler som instämmer med detta påstående än som inte gör det. Knappt hälften (28 personer) har valt att ta ställning i denna fråga.

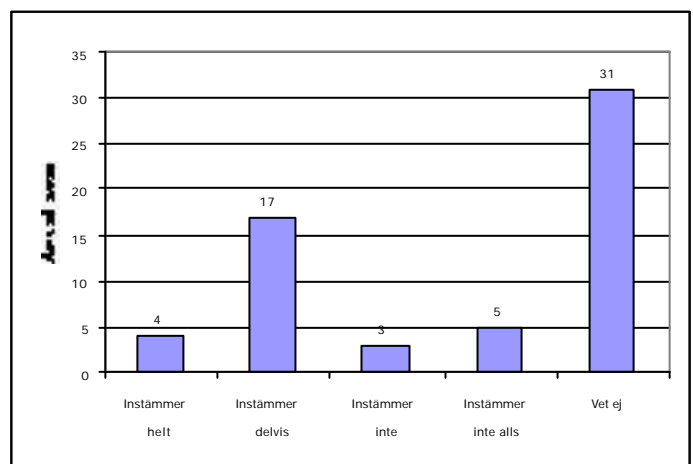
- 3) Genom att ge barn amfetamin som läkemedel ökar risken för att de lättare hamnar i ett narkotikamissbruk när de blir äldre.



Sammanfattning fråga 3

När det gäller frågan om amfetamin ökar risken för att hamna i ett missbruk så har 16 föräldrar sagt att de instämmer helt eller delvis. 37 av föräldrarna har svarat vet ej. Detta kan innebära att det är mycket okunskap inom detta område eller att man väljer att inte ta ställning.

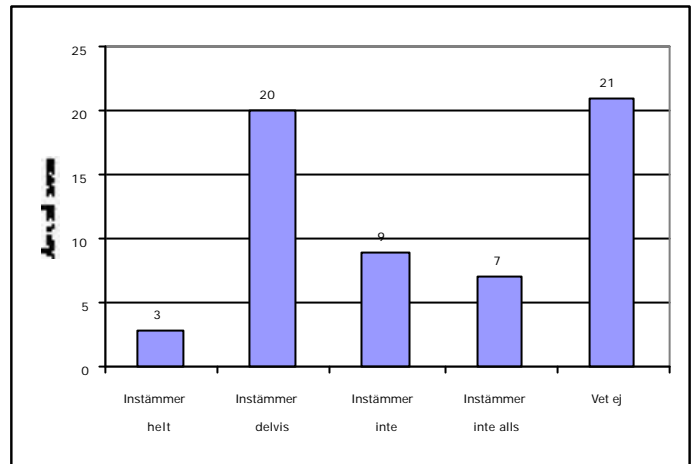
- 4) Om mitt barn hade diagnosen ADHD/DAMP skulle jag kunna tänka mig att ge mitt barn amfetamin som läkemedel.



Sammanfattning fråga 4

På frågan om man kan tänka sig att ge amfetamin till sitt eget barn har 21 svarat instämmer helt eller delvis. Här kan man se att denna fråga varit svår att ta ställning till, hälften av föräldrarna har svarat att de inte vet.

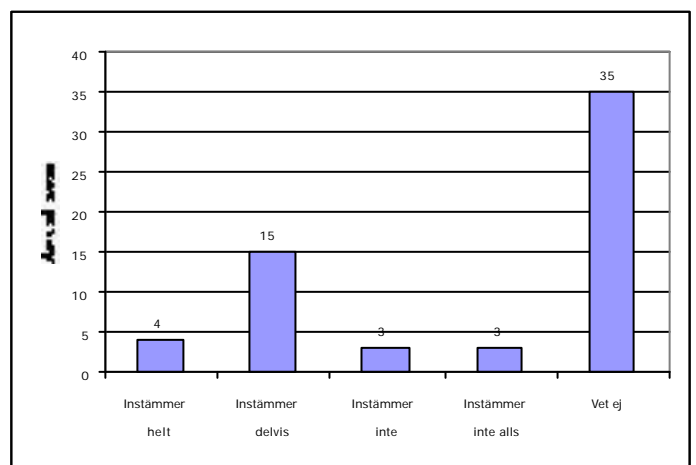
- 5) Min inställning till amfetamin-behandling skulle ändras om amfetamin inte klassas som narkotika.



Sammanfattning fråga 5

När det gäller frågan om inställningen till amfetaminbehandling skulle ändras om amfetamin inte skulle var narkotikaklassat så är det 23 personer som tror att det hade ändrat deras inställning medan 16 personer tror inte att det hade gjort det. På denna fråga är det 21 personer som valt att svara vet ej.

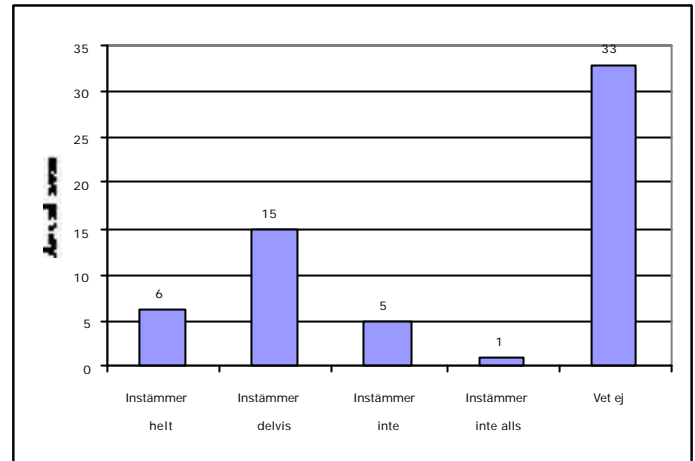
- 6) Jag anser att amfetaminbehandling är en bra behandlingsmetod för både barn och vuxna med ADHD/DAMP.



Sammanfattning fråga 6

Knappt 19 anser att amfetaminbehandling kan vara en bra behandling för både vuxna och barn med ADHD/DAMP. 6 personer håller inte med om detta. Mer än hälften har svarat vet ej.

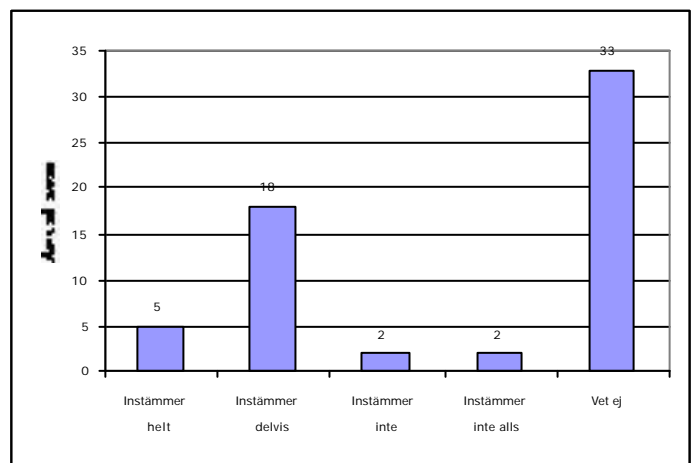
- 7) Det är få vuxna i Sverige som får amfetamin och jag tycker det är bra att man slutar med amfetaminbehandling efter att barn med ADHD/DAMP fyllt 15 år.



Sammanfattning fråga 7

När det gäller vad föräldrarna anser om att sluta med amfetaminbehandling när barn fyllt 15 år så säger mer än hälften att den inte vet. 21 personer anser att det är bra om man slutar vid denna ålder medan 6 stycken inte håller med. Även på denna fråga upplever vi att föräldrarna har svårt att ta ställning och vi tror att detta mycket beror på okunskap när det gäller denna fråga.

- 8) Jag anser att vuxna personer med ADHD/DAMP har lika stort behov av amfetaminbehandling som barn.

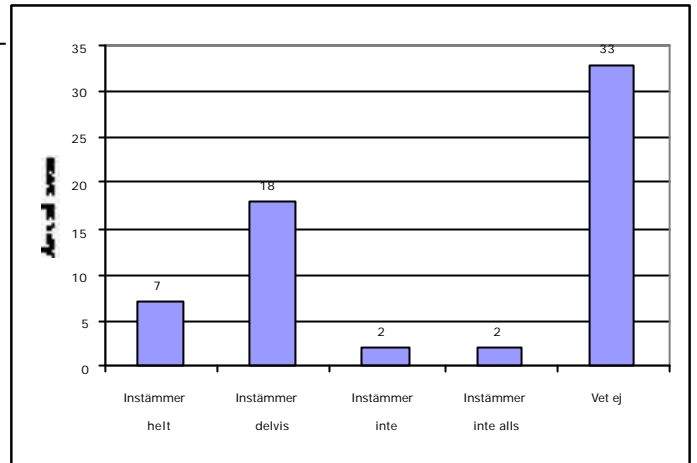


Sammanfattning fråga 8

På frågan om barn och vuxna har samma behov av amfetaminbehandling så är det cirka 23 personer som instämmer helt eller delvis till detta. Endast 4 personer anser att vuxna och barn

har olika behov när det gäller behandling med amfetamin och mer än hälften har valt att svara vet ej.

9) Jag tror att det finns andra behandlingsformer som är bättre än amfetaminbehandling.

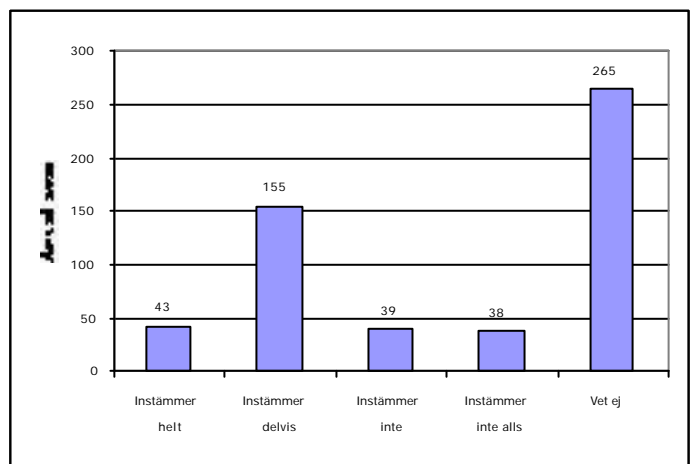


Sammanfattning fråga 9

25 personer har svarat instämmer helt eller delvis på frågan om det finns bättre behandling för barn med ADHD/DAMP än amfetaminbehandling. 4 stycken instämmer inte med detta påstående och 33 personer vet inte vad de anser.

Antal svar på respektive svarsalternativ.

Antalet sammanlagda svar är 540.



6.2.1 Slutkommentar på enkätundersökningen

Det är en tydlig dominans på svarsalternativet vet ej, cirka hälften av alla svar. Detta kan grunda sig på dålig kunskap men också på att man valt att inte ta ställning till ett påstående.

Man kan även se att det svarsalternativ som är näst vanligast är instämmer delvis. Vilket ändå

tyder på att relativt många har upplevt påståendena sådan att de har instämt med dem. Det som förvånat oss mest efter att ha sammanställt svaren på enkäterna är det stora antalet vet ej svar. Vi hade en föreställning om att föräldrarna skulle ha mer åsikter och vara mer insatt i denna problematik. Detta mycket med tanke på att debatt kring detta ämne är mycket aktuell. Vi har funderingar om att det kan vara så att man känner till diagnoserna men att man har liten kunskap om vad de står för. Något som kan vara värt att notera är fråga 3, där 22 föräldrar instämmer helt eller delvis att amfetaminbehandling är en bra behandlingsform för barn. 6 stycken svarade att de inte instämde alls. När frågan om de kunde tänkas ge amfetamin till sitt eget barn så var det 21 som instämde helt eller delvis. Och 8 stycken som inte instämde alls. Detta tyder på att man gör skillnad på vem som skall medicineras, andras barn eller sitt eget barn.

Vi har nu bland annat redovisat vad som framkommit av enkätundersökning och kommer i nästkommande avsnitt att analysera synen på amfetamin behandling gentemot dagens narkotika politik. Vi kommer att utgå från Ted Goldbergs funderingar kring det han kallar för ”Kriget mot narkotika”.

7. ANALYS

I Sverige har vi en restriktiv narkotikapolitik. Ted Goldberg (2000) skriver i sin bok, Narkotikan avmystifierad, att den svenska narkotikapolitiken liknas vid ett krig: Kriget mot narkotikan. I krig kämpar man för att utrota det onda och försvara det som är rätt, riktigt och bra. Därför tillåts mycket som annars inte skulle tolereras, till exempel kan man drastiskt förändra prioriteringar, förbise kostnader och avfärda rationella argument.

I det svenska kriget mot narkotikan betraktas nästan automatiskt allt och alla som säger sig vara emot droger som bra, vilket gör det mycket svårt att få fram en saklig granskning av de idéer som framförs, och handlingar som begås (Goldberg, 2000). Vi ställer oss frågan om detta kan vara en orsak till de svar som vi har fått i vår enkätundersökning? Det är två svarsalternativ som skiljer sig avsevärt från de övriga och det är: vet ej och instämmer delvis. Är det kanske så att man väljer att inte ta ställning av rädsla för att uppfattas som drogliberal och på det sätt hamna på ”fel sida i kriget”? Många har ju även svarat instämmer delvis. Detta är också ett svarsalternativ där man inte riktigt behöver ta ställning. Man garderar sig med att inte instämna helt utan bara till viss del. Man vågar kanske inte instämna till fullo utan väljer att ta ett mer neutralt svars alternativ.

Goldberg (2000) skriver också att han undrar varför många människor i hög grad styrs av sina känslor när man diskuterar narkotika. Han har ett par olika förslag till varför det kan vara så. Ett är att narkotika ofta sätts i samband med beroende och eufori (man tappat kontrollen, försakar plikten, ger sig hän och söker njutning). Med andra ord betraktas narkotikan som ett hot mot arbetsmoralen och andra centrala element i den svenska kulturen. Man kan uppleva att samhällets undergång är nära och därför finns det inte tid för eftertanke, man måste reagera snabbt. Det finns också en möjlighet att narkotikan betraktas som främmande (icke svensk). Kanske kan skrällen för narkotikan delvis inbegripa rädslan för det okända som kommer utifrån – allt främmande som en del människor upplever tränger undan den svenska kulturen, och som de sätter i samband med att de inte längre känner sig riktigt hemma i sitt eget land (Goldberg, 2000).

Hur ska man kunna acceptera ett preparat som är starkt förknippat med beroende och eufori? Att svensk narkotikapolitik har stor betydelse när det gäller förskrivning av amfetamin ser vi som något mycket uppenbart. Det bekräftas också av intervjupersonerna. Samtliga intervjupersoner upplevde att förskrivningen av amfetamin starkt påverkas av svensk narkotikapolitik. Bland annat så säger Rise att vår restriktiva narkotikapolitik har stor betydelse för hur man ser på amfetaminbehandling. Det finns en extra rädsla hos människor bara för att det handlar om narkotikaklassade preparat. Detta gör att behandling med centralstimulantia blir extra laddat. Gillberg (1996) skriver att rädslan för medicinering med centralstimulantia är mest ett psykologiskt motstånd.

Kanske har narkotikan blivit en symbol för allt som är okänt och skrämmande i vårt samhälle, något som är helt svart, utan försonande drag. Något man kan frukta och hata oreserverat, något vi kan enas kring och där man kan ge uttryck för rädsla och avsky på ett socialt accepterat sätt. I det upplysta Sverige fyller inte längre "hin håle" denna funktion. I denna bemärkelse har kanske narkotikan blivit hans ersättare (Goldberg, 2000).

Att få amfetamin på licens kan innebära en hel del svårigheter. Man får som rekommendation att endast berätta för familjen och nära vänner att man tar amfetamin. Detta mycket för att minimera risken för att det ska komma i fel händer. Vi tror även att det kan finnas en vinst med detta genom att man slipper möta "allmänhetens attityder" till amfetamin. Det finns risk för att man kan mötas av reaktioner som att man vore "missbrukare av amfetamin", att man

måste förklara och försvara den medicin man får. För trots att man får amfetamin som läkemedel vilket är de enda sättet att använda preparatet legalt så rättfärdigar inte det användningen fullt ut. En hel del föräldrar ställer sig också frågande till om de ska låta sina barn få ett narkotikaklassat preparat. Det finns en rädsla för att gör sitt barn till ”knarkare”. Vi upplever att det finns en risk att man skuldbelägger personer som medicinerar med amfetamin. De ska smyga med sin medicinering som om de gjorde något som var förbjudet. Det är inte helt accepterat i samhället att medicinera med amfetamin. Den restriktiva narkotikapolitiken i Sverige och det ”krig” som förs mot den enligt Goldberg, hjälper till att bibehålla den syn som samhället har på amfetamin även om det tas som läkemedel.

Av den litteratur som vi använt oss av så har det varit övervägande positiva tongångar om behandling med centralstimulantia. Gillberg (1996) påtalar till exempel att det ställs utom allt tvivel att mediciner med centralstimulerande effekt har positiva effekter och trots detta så är förskrivningen i Sverige mycket lite i förhållande till många andra länder. Det finns dock motståndare och personer som ställer sig kritiska till denna behandling. En av dessa är sociologen Eva Kärfve.

Att man debatterar olika ämnen är något som vi tycker är positivt, men vi kan inte låta bli att fundera kring hur det i detta fall påverkar förskrivningen av centralstimulantia. Ett par av intervjupersonerna uttrycker tydligt att debatten som varit och fortfarande är kring diagnoserna ADHD/DAMP och behandling med centralstimulantia gjort att de är väldigt försiktiga med att ansöka om licenser. Landehag uttrycker att han kanske är lite ”mesig” när det gäller att skriva ut amfetamin och att kopplingen till missbruk gör att man blir försiktig även från läkarhåll att skriva ut centralstimulantia. Detta gör att det kanske är barn som hade varit hjälpta av att få amfetamin men som aldrig får chansen att prova.

Iglum (1999) skriver att hon anser att diskussionen kring centralstimulerande medel beror på att dessa läkemedel är omgärdade av en rad myter och betraktas som medel som kan leda till läkemedelsmissbruk. Hon säger att bruk och missbruk av läkemedel är två helt skilda saker. Det kan vara relativt lätt att förknippa läkemedlet amfetamin med enbart missbruk eftersom det är så starkt förknippat med detta på grund av att det är ett narkotikaklassat preparat (Iglum, 1999).

Man kan ha många åsikter när det gäller denna behandlingsform och vi tror inte att debatten kommer att ebba ut än på ett tag varken när det gäller hur man ser på diagnoserna ADHD/DAMP eller på behandlingen av amfetamin.

8. SLUTDISKUSSION

Vi har genom detta uppsatsarbete ökat våra kunskaper om diagnoserna ADHD och DAMP. Vi tycker att vi har fått en inblick i en aktuell och intressant debatt. Att skriva om neuropsykiatri är en helt annan värld än den vi är vana att skriva om från Socialhögskolan. Det är svårt att lära sig alla dessa medicinska termer och diagnoser. Kriterierna för att få diagnoserna ADHD eller DAMP tycker vi är mer restriktiva än vad vi trodde från början.

Forskningen inom detta område är relativt ny om man jämför med många andra neuropsykiatriska sjukdomar som exempelvis autism. Vi tycker ändå att forskningen har gjort stora framsteg när det gäller att hitta orsakerna till ADHD/DAMP. Dessa funktionshinder är ett osynligt handikapp för andra. Det syns inte utanpå utan blir först märkbart i samspelet med andra människor. Om detta funktionshinder finns överhuvudtaget eller enbart är ett tecken på föräldrar som inte kan sätta gränser för sina barn, är det ämne som många gånger ifrågasätts i debatten. Det är svårt att säga hur mycket omgivningen påverkar barn och vuxna som har någon av dessa diagnoser, men vi är övertygade om att miljön har en stor betydelse. Det har länge diskuterats om dessa funktionshinder är en hjärnskada eller ej. Vi tror att det är så i vissa fall, i andra fall rör det sig mera om många olika faktorer som i ett sammanhang gör att man får funktionshindret.

När det gäller att få diagnoserna ADHD eller DAMP, känner många föräldrar en lättnad över att skulden till barnets beteende inte är deras. I samband med diagnosen får man veta vad själva problematiken är för just sitt barn. Då kan man också anpassa omgivningen, barnets behov. Detta gäller naturligtvis även för vuxna som fått diagnosen. Istället för att fokusera på det som man inte kan, behöver de redskap för att kunna ta tillvara de kvalitéer som de har. Det är lätt att tycka att man ska göra detta oavsett om man har en diagnos eller ej, men en människa som har många misslyckanden bakom sig och dåligt självförtroende, behöver oftast hjälp för att bygga upp det igen.

Begreppet ADHD eller DAMP känner de flesta till, men inte så många vet vad det står för. Detta märkte vi särskilt i vår enkätundersökning. När vi frågade om behandlingsmetoderna

svarade många att de inte visste. Detta tolkar vi som att människor har hört talas om själva begreppen ADHD/DAMP men att de har för lite kunskap om själva diagnoserna för att kunna ta ställning.

Vi berättade i problemformuleringen att vi båda har praktiserat på socialförvaltningar och där kom i kontakt med personer med dessa diagnoser. Kunskapen på socialförvaltningarna om hur man ska hjälpa och stötta dessa människor upplever vi som bristfällig. Mycket av socialt arbete innebär att man ska se till de eventuella behov som just den enskilde individen har. I socialtjänstlagen står det i 3 § att ”kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver” (Norström och Thunved, 2000) För att kunna ge det individuella stöd som behövs till människor med någon av diagnoserna ADHD/DAMP krävs det kunskap om problematiken kring dessa neuropsykiatriska tillstånd. Det finns naturligtvis inte en lösning som är godtagbar på alla, alla människor är ju olika.

Vad som enligt oss är ett av de stora problemen, är när man träffar på en person som missbrukar droger och har en av diagnoserna ADHD/DAMP. Att arbeta med missbruksproblematik handlar mycket om att motivera människor till ett drogfritt liv. Vad gör man då med en klient som berättar att de upplever att de bara fungerar när de har tagit amfetamin? Man behöver ta ställning till många perspektiv. Klienten har ADHD eller DAMP: vad medför detta för svårigheter? Amfetaminbehandling har visat sig vara effektivt för denna typ av problematik, kan man då argumentera och motivera till att klienten ska vara drogfri? Detta betyder att man som handläggare måste sätta sig in i den diagnosen som klienten har, man måste ta reda på vad det står för, vad man själv tror på när det gäller orsaken till diagnosen, om man anser att amfetaminbehandling är något som kan hjälpa klienten. Handläggarens personliga perspektiv har stor betydelse för hur man bemöter klienten. Handläggarens egna åsikter påverkas av de normer och regler som finns i samhället. Till exempel hur narkotikapolitiken ser ut.

Statistiken från läkemedelsverket visar att människor med diagnoserna ADHD/DAMP har mer än tredubblats under 2000-talet. Detta gör att vi måste inse att vi kommer att komma i kontakt med personer med dessa diagnoser i socialt arbete. För att vi på bästa sätt ska kunna möta dessa människor så måste man skaffa sig kunskap om deras situation (informationsmaterial från läkemedelsverket).

Att bemöta människor med missbruksproblematik och diagnoserna ADHD/DAMP är svårt. Detta är även något som våra intervjupersoner pratade om. Björkman hade en idé om ett behandlingshem för just denna grupp människor. Ett behandlingshem där man kunde inrikta sig på just denna problematik med amfetaminbehandling till missbrukare. Kanske kan det vara en framtidsversion av hur man kan komma vidare med detta svåra problem. Ett behandlingshem där man inriktar sig på att få in klienterna från en för hög dos till en terapeutisk dos.

Det som blivit tydligt för oss under uppsatsarbetet är att personer med diagnoserna ADHD/DAMP är i stort behov av struktur. Han/hon kanske inte har någon tidsuppfattning, eller förmågan att planera hur lång tid det tar att gå hemifrån för att komma till den utsatta platsen. Hur gör man då? Kräver att klienten ska kunna ta det ansvaret eller anpassar sig själv efter klientens svårigheter? Många av dessa klienter behöver ha hjälp med att organisera sin vardag, detta påpekar alla våra intervjupersoner. Stödet från omgivningen tror vi har stor betydelse för hur det går för personer med diagnoserna ADHD/DAMP.

Om det går att "bota" ADHD/DAMP är svårt att svara på. Alla intervjupersonerna är eniga om att det inte går men påtalar att för många "växer" diagnosen bort. Vi upplever att få stöd och hjälp som barn har stor betydelse för hur dessa personer klarar sig och mår som vuxna. Forskningen på hur det går för dem som har medicinerats med centralstimulantia är ännu så länge relativt ny, men resultaten av forskningen pekar ändå på att det går bättre för dessa än vad det gör för dem som inte har fått centralstimulantia.

När man arbetar som socionom så tror vi med mycket stor säkerhet att man träffar personer med diagnoserna ADHD/DAMP. För dessa personer så har det stor betydelse om man har kunskap om vad ADHD/DAMP är och vad det kan innebära för dem som har det. Hur man bemöter människor är alltid viktigt men när det gäller personer med ADHD/DAMP så är det extra viktigt. Det är alltid "tredje man" som blir lidande av andras okunskap. Det är kanske inte fel ha lägga in lite undervisning om ADHD/DAMP på Socialhögskolan?!

KÄLLFÖRTECKNING

- Duvner, Tore (1994) *Barnneuropsykiatri, MBD/DAMP autistiska störningar, dyslexi*. Falköping: Almqvist & Wiksell medicin Liber Utbildning.
- Egidius, Henry (1997) *Natur & Kulturs Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Elinder, Leif (2000) Var femte elev kan behandlas med amfetamin. *Svenska Dagbladet* 001027.
- Gillberg, Christoffer (1996) *Ett barn i varje klass om DAMP, MBD, ADHD*. Södertälje: Cura.
- Gillberg, Christoffer (2000) ”Intoleransen kring damp måste avslöjas” *Svenska Dagbladet*, 001109.
- Goldberg, Ted (2000) *Narkotikan avmystifierad. Ett psykosocialt perspektiv*. Solna: Academic Publishing of Sweden.
- Halvorsen, Knut (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hellström, Agneta (1995) Nu är det vår tur. Samhällets stöd till barn med MBD/DAMP. Falköping: Liber Utbildning.
- Hilte, Mats (2001) PM för uppsatsskrivare Lund: Lunds Universitet.
- Iglum, Lisbeth (1999) Om de bara kund skärpa sig! Barn och ungdomar med DAMP/MBD, AD/HD och Tourettes syndrom. Lund: Studentlitteratur.
- Informationsblad från Läkemedelsverket
- Janols, Lars-Olof, Jane Almqvist Rastad och Karin Klintberg (1999) ”Centralstimulantia behandling vid hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD) hos barn och ungdomar” *Info från Läkemedelsverket* 3:99.
- Kärfve, Eva (2000) *Hjärnspöket: DAMP och hotet mot folkhälsan*. Stockholm: Symposion

Kärfve, Eva (2000) ”Stillöst utfall i dampdebatten” *Sydsvenska Dagbladet*, 001102.

Levander (2000) ”Övertramp om damp-diagnosen” *Sydsvenska Dagbladet*, 001025.

Norström, Carl och Anders Thunved (2000) *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2000*. Stockholm: Norstedts.

Roos, Hans-Edvard (1984) ”Frågeteknik för kvalitativa intervjuer – en sammanställning”.
Meddelande från Socialhögskolan 1984:2.

Intervjuer

Sten Björkman (överläkare på vuxenhabiliteringen i Karlshamn) Bandinspelad intervju den 27 april 2001.

Eva Kärfve (sociolog på Lunds universitet) Bandinspelad intervju den 11 maj 2001.

Jörgen Landehag (överläkare på barnhabiliteringen i Karlskrona) Bandinspelad intervju den 8 maj 2001.

Leo Rise (överläkare på vuxenpsykiatri i Ronneby) Bandinspelad intervju den 26 april 2001.

Nina Schain (överläkare på barn och ungdomspsykiatri i Karlshamn) Bandinspelad intervju den 4 maj 2001.

INTERVJUFRÅGOR

Bilaga 1

INLEDNING

- Utbildning
- Anställningstid
- Erfarenhet av ADHD/DAMP
- Antal patienter/klienter

SYNEN PÅ ADHD/DAMP

- Grundsynen på människan
- Vad är ADHD resp. DAMP?
- Skillnad på ADHD/DAMP?
- Patient/klient med dubbeldiagnos?
- Miljöns betydelse
- Ärftlighet för ADHD/DAMP
- Kan man bota ADHD/DAMP?
- Utredning

BEHANDLING

- Vilken behandlingsform förespråkar du för personer med diagnosen ADHD/DAMP?
- Varför just denna behandlingsform?
- För vilka lämpar sig behandlingen bäst?
- Behandlingstid
- Arbetssätt. Team?
- Uppehåll i behandlingen? I vilket syfte gör man uppehåll?
- Olika behandlingsformer för barn och vuxna?
- Behandling för vuxna, varför ej amfetamin?
- Biverkningar på amfetamin?

NARKOTIKAPOLITIKEN

- Självmedicinering? Bör detta ses som kriminellt?
- Betydelsen av läkemedlets namn (Amfetamin)
- Risken för att uppmuntra ett missbruk

ENKÄTFRÅGOR

Bilaga 2

Är du man

eller kvinna

Här följer några påståenden om ADHD/DAMP och amfetaminbehandling. I vilken grad instämmer Du med dem?

- 1) ADHD/DAMP är två olika bokstavsdiagnoser som innebär att man har olika svårigheter med t ex koncentration, att sitta stilla, inlärning. Jag anser att jag har god kunskap om dessa diagnoser.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2) Behandling med amfetamin är en bra behandlingsform av barn med ADHD/DAMP.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3) Genom att ge barn amfetamin som läkemedel ökar risken för att de lättare hamnar i ett narkotikamissbruk när de blir äldre.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4) Om mitt barn hade diagnosen ADHD/DAMP skulle jag kunna tänka mig att ge mitt barn amfetamin som läkemedel.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Min inställning till amfetaminbehandling skulle ändras om amfetamin inte klassas som narkotika.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6) Jag anser att amfetaminbehandling är en bra behandlingsmetod för både barn och vuxna med ADHD/DAMP.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7) Det är få vuxna i Sverige som får amfetamin och jag tycker det är bra att man slutar med amfetaminbehandling efter att barn med ADHD/DAMP fyllt 15 år.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 8) Jag anser att vuxna personer med ADHD/DAMP har lika stort behov av amfetaminbehandling som barn.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9) Jag tror att det finns andra behandlingsformer som är bättre än amfetaminbehandling.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Instämmer inte alls	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tack för hjälpen !

Diagnoskriterier för ADHD enligt DSM- IV:

Det är vanligt att barnen innan de får sin diagnos tidigt haft kontakt med barnhälsovården och sjukvården på grund av skelning, försenad talutveckling, avvikande gång eller beteendeproblematik. Minst sex symtom på uppmärksamhetsstörning skall föreligga.

Uppmärksamhetsstörning.

- Slarvar eller missar detaljer i skolarbete eller andra aktiviteter.
- Har svårt att hålla kvar koncentrationen på uppgiften eller i lekaktiviteten.
- Tycks inte lyssna på vad man säger.
- Har svårt att uppfatta instruktioner, och misslyckas ofta med att slutföra skolarbete, vardagssysslor eller arbetsuppgifter. (inte beroende på trots eller att barnet inte förstått instruktionerna)
- Har svårt att organisera sitt skolarbete eller andra aktiviteter.
- Undviker uppgifter som kräver längre stunds mental ansträngning som skolarbete.
- Tappar ofta bort saker, glömmer att ta med saker som behövs för aktiviteten, som pennor, böcker, kläder.
- Blir lätt distraherad av yttre stimuli.
- Glömsk i vardagssituationer.

Det skall föreligga sex symtom på hyperaktivitet – impulsivitet under en period på sex månader av en grad som klart stör barnets anpassning och som inte överensstämmer med deras utvecklingsnivå.

Hyperaktivitet.

- Har ingen ro i händer eller fötter, skruvar sig på stolen.
- Har svårt att sitta stilla, lämnar sin plats.
- Rusar omkring och klättrar på allt. Hos äldre en känsla av rastlöshet.
- Har svårt att leka och arbeta tyst

- Är ständigt i farten, uppe i varv.
- Pratar ofta och mycket.

Impulsivitet.

- Svarar rakt ut innan man hunnit ställa en fråga färdigt.
- Har svårt att vänta på sin tur.
- Avbryter och stör andra, bryter in i samtal eller lekar.

Symtomen skall föreligga i minst två olika miljöer/situationer, som skola, fritids eller hemma. En del av symtomen skall ha debuterat före 7 års ålder. Symtombilden ska inte enbart vara en del av en annan störning och inte bättre förklaras av annan diagnos.

Utöver dessa svårigheter föreligger ofta problem kring affektkontroll som snabba och kraftiga humörsvängningar. Barnet är ofta lättprovocerat, irriterat och förlorar lätt självbehärsningen. Krav och önskemål måste omedelbart uppfyllas och oförutsedda händelser kan leda till många och långa känsloutlösningar (Duvner, 1994).

DAMP-diagnoskriterier enligt Gillberg och medarbetare 1982, uppdaterade av Landgren och medarbetare 1996.

Symtomområde och diagnosgräns. Diagnosen kräver att A och B och antingen C eller D är uppfyllda.

A: Begåvningsnivå - Ingen mera påtaglig psykisk utvecklingsstörning, men vissa personer fungerar mer på "särskolenivå". Begåvningsnivån ofta mycket ojämn.

B. Aktivitetskontroll - svåra problem (i flera olika undersökningssituationer) med: aktivitetskontroll (över eller underaktivitet eller båda), koncentrationsförmåga, uppmärksamhet samt förmåga att sitta still. Alternativet måttligt svåra problem (i flera olika undersökningssituationer) krävs att man har minst två av de fyra ovan nämnda.

C. Motorik-kontroll - påtagliga svårigheter med grov- eller finmotoriken.

D. Perception- påtagliga svårigheter med perception enligt vedertagna tester.

Svårigheterna med aktivitetskontroll och perceptionsstörning måste kunna dokumenteras i flera olika situationer till exempel både i skolan och i hemmet. Färre än hälften av alla barn med DAMP är påtagligt hyperaktiva. Alla har dock svårigheter att anpassa aktivitetsnivån till vad situationen kräver. Svårigheterna med motorik-kontroll skall kunna dokumenteras vid läkarundersökning enligt ett särskilt schema. Svårigheterna med perception skall kunna beläggas genom avvikande resultat på neuropsykologiska tester.