

Hjärnspöken och bokstavsbar n

– en kommentar till DAMP-debatten

Sara Persson

Sociologen E. Kärfve har argumenterat för att den neuropsykiatriska diagnosen DAMP saknar berättigande, att det inte finns någon verklig störning DAMP och att stämpling med dylika diagnoser bara är ett sätt att segregera oönskade individer. En diagnos bör emellertid inte ses som en utsaga om verkligheten, som är en gång för alla sann eller falsk, utan som ett praktiskt redskap i hanterandet av människors problem i relation till den verklighet de befinner sig i. På så sätt blir diagnosen inte ett underkännande av individen som människa, och det finns heller ingenting absurt i att diagnoskriterier förändras i takt med att den verklighet vi befinner oss i förändras. En människas problem måste sättas i relation till den omgivning hon lever i. Gentemot något slags tänkt ideal skulle vi alla ha en mängd defekter, vilket inte på något vis gör oss mindre värda. Men när en funktionsnedsättning blir ett hinder i en människas vardag kan en diagnos vara relevant, inte för att den är gudagivet korrekt, utan för att den är till hjälp för den människa det gäller.

Första delen av artikeln är en genomgång av Kärfves kritik mot neuropsykiatrins syn på etiologin bakom DAMP, medan den andra resonerar kring berättigandet av DAMP som diagnos oavsett etiologi.

Sara Persson har studerat främst praktisk filosofi vid Uppsala Universitet med speciellt intresse för medicinsk etik. Deltar nu i kompletterande pedagogisk utbildning vid Lärarhögskolan i Stockholm.

Kontakt: Sara Persson, Uppsala Universitet, Box 510, 751 20 Uppsala.
e-post: Sara.Persson@ub.uu.se

De senaste åren har en livlig debatt förts i Sverige angående de så kallade bokstavsbar-
nen. Efter tal från neuropsykiatriskt håll om
ett nytt folkhälsoproblem, har diagnoserna
DAMP och ADHD och deras giltighet dis-
puterats flitigt.

Angreppen mot den neuropsykiatriska
hållningen kulminerade i lundasociologen E.
Kärfves bok *Hjärnspöken. DAMP och hotet*

mot folkhälsan, (2000) där Kärfve ankla-
gar svensk neuropsykiatri, med C. Gillberg
i spetsen, för att med skumma motiv och
metoder vilja marknadsföra en störning som
egentligen inte finns. Kärfve skriver:

*DAMP-teorin är totalitär och determinis-
tisk. Den vill inte åstadkomma någon annan
varaktig förändring än segregation. Men det
viktigaste skälet till att avvisa DAMP-teorin*

är att den är falsk. Eftersom den inte uppträder som en teori utan som sanning och sakkunskap, och eftersom man redan på detta stadium vill tysta alla invändningar (och inte drar sig för att be myndigheterna om hjälp), har förespråkarna lagt de imperialistiska ambitionerna i dagen. Det är snarare i dessa ambitioner som det verkliga hotet mot folkhälsan står att finna.

Är det nu verkligen så illa? Har neuropsykiatri bara hittat på allting för att främja sitt eget forskningsfält? Och hur står det egentligen till med vetenskapligheten hos Kärfve själv?

Ett litet fel inne i hjärnan

En stor del av Kärfves kritik mot neuropsykiatriens hållning till DAMP går ut på att visa att det inte föreligger någon bevisad koppling mellan DAMP-symptom och hjärnskada alternativt biologisk ärftlighet. Kärfve menar att det enda neuropsykiatri skulle kunna sätta sin lit till i sökandet efter bevis på sådana orsakssamband är eventuella resultat av framtida amerikansk ADHD-forskning.

Även om DAMP-diagnosen ställs endast på grundval av symptom, är det naturligtvis intressant att se varför dessa symptom uppstår, inte minst för att kunna hjälpa dem som lider av dem på bästa sätt. I den populärt hållna *Ett barn i varje klass* (1996) uppskattar C. Gillberg att ca 30 % av DAMP-fallens primära orsak är en hjärnskada av något slag. Utan en grundläggande biologisk störning tycks psykosociala faktorer inte kunna vara nog för att framkalla symptom nog för en diagnos, menar Gillberg (1996, sid. 134).

Som stöd för denna teori om en biologisk bas för DAMP finner Gillberg i sin avhandling, baserad på undersökningar av sjuåringar i Göteborg i mitten av sjuttiota-

let (då diagnosen fortfarande var MBD) att av de barn som enligt symptomkriterierna diagnostiserats med MBD, uppvisade 74 % ett avvikande EEG-mönster jämfört med bara 44 % i kontrollgruppen (1981, sid. 165 ff). Gillberg nämner även att 55 % av en grupp barn inlagda på psykiatrisk klinik i Sverige nyligen också visats ha avvikande EEG (1996, sid. 177), och Kärfve menar att avvikande EEG därmed inte kan ses som en MBD-indikator (2000, sid. 56). Jag finner Kärfves resonemang högst underligt. EEG-avvikelser förekommer vid många olika slags diagnoser. Att barn på en psykiatrisk klinik med (får vi anta) andra diagnoser än MBD, också uppvisar avvikande EEG, och det dessutom i ganska mycket lägre grad än barnen diagnostiserade med MBD i Gillbergs studie, kan inte utesluta en koppling mellan avvikande EEG och MBD.

Avvikande EEG är inte en tillräcklig indikation på MBD, men att från det gå till att säga att 74 % avvikelse i MBD-gruppen mot 44 % i kontrollgruppen inte visar på ett samband håller inte. Även om avvikande EEG i gruppen med psykiatripatienter var en indikation på någonting annat, så skulle den i fallet med barnen med MBD mycket väl kunna vara en indikation på en hjärndysfunktion som leder till problem inom områdena uppmärksamhet, motorik och perception. Om jag kräks, så kan det vara en indikation på magsjuka. Det hindrar inte att det är en fullgod indikation på alkoholförgiftning, om omständigheterna dessutom är sådana att jag just satt i mig två flaskor rödvin. Gillberg erkänner dock också det vanskliga i att dra definitiva slutsatser av undersökningen, då den avvikelse i EEG som uppmärksatts inte kan sägas vara specifik för barn med MBD (Gillberg 1981, sid. 166).

Hälften av de MBD-diagnostiserade barnen i Gillbergs undersökning visade sig ha

varit utsatta för tydliga vad Gillberg kallar "potentiellt hjärnskadande faktorer" före, under eller efter förlossningen (Gillberg & Rasmussen 1983, sid. 193 f). Sådana faktorer kunde vara till exempel syrebrist, blödningar under graviditeten, låg födelsevikt eller tidig hjärnhinneinflammation. Motsvarande nivåer av dessa riskfaktorer förekom inte i kontrollgruppen (Gillberg 1981, sid. 98; Gillberg 1990, sid. 147). I M. Landgrens redovisning av sin undersökning av förskolebarn i Mariestad befanns 67 % av de DAMP-diagnostiserade barnen ha varit utsatta för sådana potentiellt hjärnskadande faktorer, medan detsamma gällde för endast 29 % av barnen i kontrollgruppen (Landgren 1999, artikel II).

Man kan ha olika mening om dessa siffror. Kärfve å sin sida kritiserar neuropsykiatri för att vara för enkelspårig i sitt sökande efter biologiska förklaringar. När neuropsykiatri söker efter orsakssammanhang, har den redan bestämt vad den skall komma fram till (Kärfve 2000, sid. 17). Vad gäller till exempel alkoholen inverkan på foster och barn menar Kärfve att "[a]tt alkoholiserade föräldrar genom sin uppföstringsstil skulle skapa en miljö som kunde utlösa störda beteenden hos neurologiskt friska barn är en möjlighet som aldrig berörs inom svensk neuropsykiatri" (2000, sid. 97). Några av de faktorer som antas vara potentiellt hjärnskadande skulle alltså istället kunna ses som sociala markörer.

Psykosociala faktorer

En större del av de diagnostiserade barnen än de icke diagnostiserade (hos Gillberg och Landgren) kommer från på olika sätt potentiellt ogynnsamma uppväxtmiljöer. I båda studierna finner man till exempel att barnen med MBD/DAMP i högre grad än de från jämförelsegrupperna kommer från skilsmäs-

sohem och från lägre socialgrupper. I Gillbergs undersökning var genomsnittet av de socialgrupper man fann MBD-diagnostiserade barn i 2,8, medan motsvarande siffra för jämförelsegruppen var 2,5 (1981, sid. 95 ff). I Landgrens undersökning var motsvarande medeltal för barnen med DAMP 2,7 och för jämförelsegruppen 2,2. Det finns alltså ett samband mellan socialgruppstillhörighet och MBD/DAMP-diagnos. Inga matchade kontrollgrupper vad gäller socialgruppstillhörighet förekommer i de två undersökningarna. Kärfves påpekande att det då blir ganska svårt att veta vad man mäter förefaller högst rimligt. Hur kan Landgren till exempel komma fram till att rökning under graviditeten har en påvisad skadande effekt, när det samtidigt är så att rökande mödrar i högre utsträckning kommer från socialgrupp III, som är överrepresenterad hos de DAMP-diagnostiserade barnen (Kärfve 2000, sid. 67)?

Det skulle vara intressant att se ett försök till grundligare utredning av eventuella sociala faktorer bakom DAMP-problematiken. I en rapport om DAMP insänd till Socialstyrelsen år 2000 från en expertgrupp bestående av bland andra C. Gillberg och B. Kadesjö nämns att barn med DAMP oftare än andra kommer från lägre socialgrupper. De enda tänkbara förklaringar man framlägger är genetiska och miljöbiologiska: "barn med ADHD/DAMP har ofta föräldrar med ADHD/DAMP (av genetiska skäl), och ADHD disponerar för psykiska problem och kort skolgång/utbildning". Andra orsaker till sambandet kan vara ökad förekomst av prematurfödsel och olika typer av missbruk, som samtliga ökar risken för hjärnskada/hjärnfunktionsstörning hos fostret." (Duvner m fl 2000, sid. 38). Ofta hanterar neuropsykiatri eventuella psykosociala bakgrundsfaktorer endast genom att helt enkelt inte ta

upp dem till närmare undersökning.

Ändå menar jag att Kärfves kritik inte räcker för att omintetgöra hjärnskadeteorin. Det verkar inte troligt att faktorer som avvikande EEG och sjukdomar i fosterstadiet, förlösningskomplikationer och annan eventuell påverkan på huvud och hjärna (det som räknas som potentiellt hjärnskadande faktorer hos Gillberg och Landgren) i Sverige skulle vara så intimt kopplade till socioekonomisk situation att eventuella skador på barnen i den miljön inte hade någonting med biologi att göra, utan uppkom ur den psykosociala miljön. Skillnaden i socialgruppstillhörighet och vad gäller andra sociala faktorer är inte heller tillräckligt stor för att förklara DAMP med social påverkan.

Miljön har naturligtvis stor betydelse för vem en människa utvecklas till att bli. Det förnekar heller inte neuropsykiatri. I en artikel om de bakgrundsfaktorer till DAMP som framkommit i Göteborgsstudien skriver C Gillberg och P. Rasmussen att "man kan sluta sig till att biologiska och psykosociala faktorer interagerar på ett komplext vis i skapandet av ett utvecklingsneurologiskt syndrom av avgjord klinisk signifikans" (Gillberg & Rasmussen 1982, sid. 766; förf. översättning). Kärfve citerar också själv S. Levander, som menar att fler personer uppvisar symptom i en miljö som är mindre kontrollerad (Kärfve 2000, sid. 89 citat från Levander & Nylander 1999, sid. 8). B. Kadesjö menar att det i hög grad är sociala och kulturella faktorer som gör att 3-4 gånger så många pojkar som flickor ges diagnosen ADHD. Då pojkar förväntas vara mer utåtagerande och bråkiga, blir de det, och flickor med koncentrationsproblem visar detta på annat sätt och upptäcks därför inte lika lätt (Kadesjö 2001, sid. 68 f). De som förutom att ha den grundläggande DAMP-problematiken till exempel dessutom kommer från ett

rörligt hem, där det inte finns tydliga gränser, uppvisar förmodligen tydligare symptom som drar lärarens och andras uppmärksamhet till sig. C. Gillberg påpekar i *Ett barn i varje klass* att "[s]ociala problem bidrar starkt till utvecklingen av psykiska problem, framför allt socialt utagerande beteende, hos barn med DAMP" (Gillberg 1996, sid. 151).

Vänsterhänthet och fysiska anomalier

En intressant upptäckt C. Gillberg gör i sitt material från Göteborgs-undersökningen är att barnen med MBD i mycket högre grad än de i jämförelsegruppen är vänsterhänta eller ambidexteriösa, och resultaten kan inte hänföras endast till eventuell ärftlighet av icke-högerhänthet (1981, sid. 95 ff). Hos människor med hjärnskador finns en klar ökad tendens till icke-högerhänthet (Gillberg 1996, sid. 148 f). Medan 90-95 % av befolkningen i normalfallet är högerhänta visade sig 14 % av barnen med MBD i Gillbergs studie vara vänsterhänta och 10 % var ambidexteriösa (1981, sid. 103).

Kärfve finner inte detta faktum intressant att bemöta. Gillberg finner också att barnen med MBD i högre grad än andra uppvisar mindre fysiska anomalier (1981, sid. 95), vilket skulle kunna tyda på antingen skador under fostertiden eller ses som ärftlighetsmarkörer (Gillberg & Rasmussen 1982, sid. 764 f). Sådana antydningar kommenterar Kärfve med att de för tankarna till Cesare Lombroso, "kriminalantropologins skapare", och hans teori om att förbrytare skulle kännas igen på vissa fysiska egendomligheter (Kärfve 2000, sid. 136 f, sid. 171, sid. 202). Det går inte att avvisa ett resultat av en vetenskaplig undersökning på det viset. Resultatet att barn med MBD i högre grad än andra uppvisar fysiska missbildningar blir inte mindre troligt eller relevant av att Lombroso menade att kriminella såg konstiga ut.

Någonting mer om genetik

Då Gillberg skriver sin avhandling om MBD är forskningen, åtminstone i Sverige, mycket inriktad på att leta efter direkta skador på hjärnan, medan den på senare år mer och mer velat poängtera biologisk ärftlighet som orsak till DAMP. I *Ett barn i varje klass* menar Gillberg att man kan uppskatta att ärftlighet är den dominerande orsaken till DAMP i cirka 50 % av fallen. Även i de fall där man ser hjärnskada som den dominerande orsaken kan genetiska förutsättningar spela in för om skadan leder till utvecklandet av DAMP eller inte (1996, sid. 134). Detta bekräftas också av T. Duvner, som menar att de barn som utvecklar DAMP/ADHD till följd av exempelvis förlösningsskador kan ha haft en "grundläggande skörhet" som gör dem extra känsliga för denna typ av påfrestning (Duvner 1997, sid. 23 f). Gillberg menar i *Clinical child neuropsychiatry* från 1995 att en del av de tecken som tidigare förklarats av hjärnskadefaktorer (och det talas här främst om resultaten från Göteborgsstudien) mycket väl istället kan ha biologiskt ärftliga förklaringar (1995, sid. 149 f). Avvikande EEG kan komma sig av ärftliga faktorer, och vad gäller potentiella hjärnskadefaktorer menar både Gillberg och Landgren, som vi sett tidigare, att dessa kan vara tecken på ogynnsamma ärftliga tendenser till exempel vad gäller missbrukande mödrar. Eftersom ADHD/DAMP ofta hänger samman med svårigheter att hantera impulser och spänningssökande, löper människor med dessa problem större risk att hamna i svårigheter, till exempel missbruk. Missbruk till följd av ADHD/DAMP beskrivs inom svensk forskning både som en direkt följd av ADHD/DAMP-symptomen och ibland som en form av självmedicinering mot symptomen (Levander & Nylander i Duvner m fl 2000, sid. 75). Både Gillberg och Landgren drar också

i sina avhandlingar slutsatsen att DAMP i hög grad är ärftligt

Den närmaste internationellt använda motsvarigheten till DAMP är ADHD, som litet förenklat skulle kunna beskrivas som DAMP utan de motoriska och perceptuella problemen. Diagnoskriterierna har angivits av American Psychiatric Association (1994). Kärfve menar att internationell forskning på detta område motsäger den fokusering på biologiska orsaksfaktorer, som man finner hos de svenska DAMP/ADHD-forskarna. Ett citat från en konsensusrapport från det amerikanska National Institutes of Healths (NIH) konferens om ADHD tycks dräpande:

Till slut, efter år av klinisk forskning och arbete med ADHD, är vår kunskap om orsaken eller orsakerna bakom ADHD fortfarande spekulativ. Följaktligen har vi inga strategier för förebyggandet av ADHD (Kupfer m fl 2000, sid. 188, förf. översättning. Se också Kärfve 2000, sid. 176).

Frågan är emellertid vad ett sådant uttalande egentligen står för i det sammanhang det yttras. När Kärfve vill använda detta löstryckta uttalande för att lansera sin teori om att DAMP inte har med biologi att göra, utan har sociala orsaker, är det att gå för långt. Konsensusuttalandet är sammansatt av tretton panelmedlemmar med olika professioner och infallsvinklar. Av naturliga skäl blir det ett försiktigt uttalande. Frågan är också hur spekulativa man egentligen anser att teorier om orsakssambanden är. I samma rapport från kongressen jämförs kunskapen om ADHD med den man har avseende schizofreni:

Trots att studier tyder på att ADHD har sin grund i det centrala nervsystemet, är vidare forskning nödvändig för att säkerställa ADHD som en hjärndysfunktion. Detta är inte unikt för ADHD, utan gäller för de flesta

psykiatriska störningar, inklusive invalidiserande sjukdomar såsom schizofreni (Kupfer m fl 2000, sid. 183, förf. översättning).

De teorier man har, som man kallar spekulativa, gäller ADHD som hjärndysfunktion. Teorierna är spekulativa liksom de gällande schizofreni. Ingen inom det vetenskapliga forskarsamhället skulle idag föreslå att schizofreni kommer sig av sociala faktorer. Man behöver mer forskning om ADHD, för att bättre kunna ringa in precis vad problemen beror på, och hur man bäst bekämpar dem, men den rådande uppfattningen i internationell, liksom i svensk, forskning är att ADHD, liksom schizofreni, har en biologisk grund.

Kärfves starkaste kort mot de svenska neuropsykiatriernas biologiska förklaringsmodeller är M. Rutter. Kärfve beskriver Gillbergs med flera ymniga refererande till Rutter, också han neuropsykiatriker. Rutter har tidigare framfört skarp kritik mot MBD-begreppet, och Kärfve använder nu Rutters uttalanden om osäkerhet i orsaksfrågan mot de teorier som svensk neuropsykiatri lägger fram (Kärfve 2000, sid. 32 ff). Kärfve citerar flitigt texter där Rutter ifrågasätter tidigare forsknings överdrivna självsäkerhet. Liksom NIH menar Rutter att mer forskning på området behövs. Forskningen går emellertid framåt. Den senaste hänvisningen till Rutter i Kärfves verk gäller en artikel från 1993. År 1999 är Rutter medförfattare till två artiklar på temat genetik och barnpsykiatri. Där finner man att "det kan fastslås att den genetiska komponenten i hyperaktivitet/uppmärksamhetsstörning är särskilt stark jämfört med i andra former av psykopatologi" (Rutter m fl 1999, sid. 31, förf. översättning). Slutsatsen bygger på resultat från tvillingstudier, som generellt kan sägas vara mer tillförlitliga än den typ av familjestudier, som företogs av C. Gillberg och Landgren i

deras avhandlingar, om det är rent genetiska komponenter man är ute efter att studera.

Kärfve nämner i sin bok en tvillingstudie, och kritiserar den för att inte tydligt nog skilja mellan hyperaktivitet och beteendestörning. Den tvillingstudien är gjord 1973! (2000, sid. 27) S. Faraone och J. Biederman redovisar i en mer aktuell artikel resultat från elva olika tvillingstudier, som visar på att cirka 80 % av etiologin avseende ADHD kan hänföras till genetiska faktorer (Faraone & Biederman 2002, sid. 582). Alla utom två av dessa studier finns publicerade före år 2000, då Kärfves bok utkommer. Faraone och Biedermans slutsats är att etiologin avseende ADHD är komplex. De menar att olika genetiska och miljömässiga faktorer (såsom fostermiljö och skador av olika slag) samverkar och bygger på varandra för att, då dessa faktorer når en viss gräns, visa sig genom att personen ifråga uppvisar ADHD-symptom. Det är inte troligt att det finns någon specifik ADHD-gen. Däremot samverkar olika bland andra genetiska faktorer på detta sätt för att ge upphov till ADHD-problematiken (sid. 586). Faraone och Biederman medger också att psykosociala faktorer kan ha betydelse som utlösande faktorer av en underliggande predisposition eller påverka vilka följder den grundläggande problematiken får, liksom vad gäller alla andra psykiatriska störningar (sid. 584 ff).

Diagnosens berättigande

Det tycks alltså som om problemen i samband med ADHD/DAMP har något slags biologisk bas. Internationell forskning har på senare år främst riktat in sig på de genetiska faktorerna, och det verkar i nuläget vara den mest fruktsamma vägen att fortsätta på, men även om man skulle bortse från etiologin finns det tvistefrågor vad gäller DAMP-diagnosen. Man kan fråga sig vad det är som

gör att vi anser oss berättigade att dela ut DAMP som diagnos oavsett om den har en biologisk bas eller inte. Vi diagnostiserar inte brunögdhet eller "längd över 1,85 m", trots att dessa egenskaper säkrare än DAMP kan sägas ha biologisk bas. Massor av människor är brunögd, men vi ser det ändå inte som ett folkhälsoproblem. Kärfves främsta kritik mot "DAMP-teorin" går ut på att den klassificerar beteenden som bara är normala variationer människor emellan som sjuka.

Kärfve tycks vara ganska överens med svensk neuropsykiatri vad gäller vilka symptom barn faktiskt uppvisar. Skillnaden ligger i huruvida man vill sätta en diagnos på dessa symptom eller inte. I kapitel sju, rubricerat "*Den kriminella hjärnan*", diskuterar Kärfve hur alla samhällen alltid varit på vakt mot yttre och inre hot (sid. 135 ff). Avvikande barn skulle ses som ett inre sådant, och paralleller dras till det tidiga 1900-talets rasbiologi, som bland annat medförde särbehandling av "icke fullt toppvärldiga individer" (sid. 138 ff, citatet anges hämtat från Myrdal & Myrdal 1936, sid. 15). "Sterilisering var det tidstypiska svaret [skriver Kärfve]. Om tankar på en radikal utsovring uppkommer i andra tider, kan man tänka sig andra svar." (sid. 140). Då gällde tvångsomhändertagning och sterilisering; nu placerar vi de oönskade barnen i särklass och ger dem amfetamin för att slippa deras egenart. Man diagnostiserar Daniel för att han "håller pennan avigt och inte har fallenhet för bollspel" (sid. 8 ff). Kalle får diagnosen för att han är klumpig och stökig, trots att han fungerar bra så snart han flyttas till en lugnare klass (sid 104. ff). Dessa barn vill alltså neuropsykiatri segregera för att de inte passar in i mallen för det "problemfria samhället" (där alla håller pennan likadant och gillar fotboll)? Är det verkligen så enkelt? Jag menar att frågan inte gäller vem vi vill stänga ute

eller inte, utan snarare hur vi på bästa sätt kan inkludera alla i vårt samhälle.

Optimala och icke-optimala miljöer

När man utreder om ett barn har DAMP räcker det inte med att se hur barnet fungerar i ett lugnt undersökningsrum, där ingenting stör, när det gör sina uppgifter. Man ser också till hur barnet fungerar i mer vardagliga situationer, i skolklassen och hemmet (Duvner 1997, sid. 127). Kärfve menar att detta är absurt. Om man fungerar bra i en optimal testsituation har man ju visat på en verklig förmåga. Att kalla ett barn funktionshindrat för att det inte kan arbeta koncentrerat i en stökig skolklass vore som att påstå att en tyngdlyftare inte kan lyfta 200 kg bara för att han trött och bakfull endast klarar av 100.

Kärfve jämför också med intelligensnivå, som vanligen mäts under optimala omständigheter. Borde man inte kolla barnens förmåga att lösa IQ-test i stökiga skolklasser också för att inte riskera att få ett felaktigt resultat på grund av att barnet kompenserar för, döljer, sin oförmåga i en optimal miljö? (Kärfve 2000, sid. 130).

Kärfves resonemang har här två uppenbara grundläggande brister. Man måste först och främst inse att det att mäta intelligens är någonting helt annat än att mäta förmåga till koncentration och perception. I DAMP-problematiken ingår en nedsättning i förmågorna att sortera intryck, att prioritera och strukturera det man percipierar, att välja att koncentrera sig på ett av många föreliggande stimuli. Naturligtvis blir detta mer synligt i en klassrumssituation eller hemma, där distraktioner av olika slag finns att tillgå.

Den andra bristen är relaterad till den första och ligger i att inte ta hänsyn till vad man egentligen vill ha ut av ett DAMP-test. Om man ser på DAMP-teorin som en konspiration för att sortera ut mindervärdiga

individer, så är det inte konstigt att man ser varje ytterligare DAMP-diagnos som någonting negativt, och det blir förmodligen fler DAMP-diagnoser, om man ser på hur barnen klarar sig i olika situationer.

Om man däremot resonerar utifrån att DAMP-testerna är gjorda som ett led i att hjälpa barn, som har problem i vardagliga situationer, så måste man naturligtvis se på hur barnen har det i dessa situationer. Allt annat vore att se förbi det verkliga problemet. När barnet kommer till läkaren för utredning är det för att det redan har problem, så gott som alltid både hemma och i skolan. Att då tala om för barnet att det inte har några problem för att det presterar ett tillfredsställande resultat på ett laboratorietest vore som att säga till någon som har astma att han inte har några problem, eftersom han kan andas hyfsat, när han sitter lugnt i doktors kliniska mottagning.

Naturligtvis kan en funktionsnedsättning visa sig mer eller mindre i olika miljöer. Det viktiga måste vara att underlätta för den drabbade i de miljöer, där den har problem eller, i värsta fall, flytta personen från den miljön.

Om att klippa av en normalfördelning

Den huvudsakliga, och mest intressanta, invändning Kärfe har mot gränsdragningen mellan friskt och sjukt, icke-DAMP och DAMP, är att den helt enkelt är grundlös. Det finns, enligt Kärfe, inga studier på vad som är ett normalt beteende för barn vad gäller de funktioner som testas vid bedömning av DAMP-symptom, och hur skall man då kunna säga vad som är onormalt? (Kärfe 2000, sid. 111 f) Kärfe påpekar hur DAMP-förekomsten visat sig vara mycket olika i olika undersökningar, och inte minst om man gör internationella jämförelser, dras gränserna för vad som är normalt och onor-

malt gällande dessa symptom mycket olika (sid. 182 ff, sid. 122). Detta skulle, enligt Kärfe tala emot DAMP som ett folkhälsoproblem. Att kalla dessa barn sjuka är bara ett utslag av godtycke.

Ett sätt som neuropsykiatrikern "håller [...] själva folksjukdomsspöket vid liv" på är att i DAMP-gruppen räkna in en stor grupp barn, som avviker från genomsnittet vad gäller motorisk förmåga. Barn som tidigare endast ansetts som sämst inom en normalfördelning fallas nu till gruppen sjuka eller funktionshindre (sid. 185). Denna motsättning, som Kärfe här tycks vilja göra gällande råder, mellan det sjuka/funktionshindre och det "endast" sämsta inom en normalfördelning kräver att kommenteras. Många sjukdomstillstånd består i att man är "sämst" i en normalfördelning. Kärfes eget exempel på sjukdom, hypertoni (högt blodtryck), är ett typexempel (Sid. 112).

Inom neuropsykiatrikern tycks det vara en allmänt utbredd uppfattning att DAMP-relaterade problem är av denna normalfördelningsart (Kadesjö 2001, sid. 75 f; Kinsbourne 1977, sid. 289 ff). Att det som särskiljer barnen med DAMP från andra är en grad- istället för artskillnad i beteende gör emellertid inte deras beteende till någonting normalt. Det är normalt att dricka en halv flaska vin i veckan, men om någon dricker tio, så anser vi att personen ifråga har allvarliga problem. Fetma blir inte ett mindre folkhälsoproblem för att det i vikt endast är en gradskillnad mellan kraftigt överviktiga och normalviktiga.

Om man ser på de egenskaper som konstituerar DAMP som ytterligheter i en normalfördelning av egenskaper, så finns det ingen naturlig gräns mellan normalt och onormalt. B Kadesjö skriver till exempel också att "det kan vara svårt att med bestämdhet säga var gränsen mellan 'normalt' och avvikande

skall dras. Det finns inget prov eller test som kan avgöra det" (Kadesjö 2001, sid. 75).

Återigen bör vi då fråga oss varför vi vill ställa en diagnos. Det är inte intressant att se hur många barn som faller under just 1- eller 2 %-strecket – de siffror Kärfe nämner för mental retardation (Kärfe 2000, sid. 37 f) – eller 2-standardavvikelse-strecket – under vilket Kärfe menar att man enligt "sedvanlig bedömning" kan anses vara onormal (Sid. 62).

Det intressanta måste väl vara hur många barn, och framför allt vilka, som har faktiska problem och behöver hjälp, en hjälp som, trots Kärfes ramaskri om amfetaminhotet, i Sverige till allra största delen handlar om anpassad skolsituation och pedagogik. Att problem faktiskt föreligger hos en inte oansenlig grupp barn visas genom bland andra Gillbergs och Landgrens avhandlingar.

Vad är då DAMP för sorts sak (jämfört med andra saker som finns)?

Den största bristen i Kärfes resonemang är att DAMP ses som någonting som antingen finns där ute, med fast fixerade egenskaper, eller inte finns alls. När gränserna för DAMP tycks flytande, till exempel då neuropsykiatriken vågar föreslå för Socialstyrelsen att kravet på $IQ > 70$ kan komma att tas bort (Duvner m fl 2000, sid. 37 f), tycks Kärfe se detta som ett argument för att DAMP egentligen inte finns (Kärfe 2000, sid. 13 ff).

Kärfe beskriver fallet Sofia (Sid 157 ff). Sofia diagnostiserades i Finland på 70-talet med MBD, men Sofia har också ett förståndshandikapp (Sofias problem beskrivs av hennes mor Märta Tikkanen 1999). Eftersom denna kombination inte borde vara möjlig enligt diagnoskriterierna för MBD/DAMP, verkar det ganska konstigt. Kärfe föreslår att "kanske beror Sofias MBD-stämpel helt enkelt på att finska barnläkare tog

fel för 25 år sedan" (Sid 159). Vad man kan fråga sig är vad det skulle innebära att "ta fel" i det här fallet. Var det så att om Sofia hade en $IQ < 70$, så hade hon inte det som senare kom att kallas DAMP. Hade hon haft det om hennes IQ hade legat på 71? Kommer hon att få DAMP, om kriterierna ändras så att även personer med $IQ < 70$ kan falla inom DAMP-kategorin? Och kommer hon då kanske helt plötsligt till och med att ha haft det tidigare; det var bara det att man inte visste om det, för att man trodde på fel konstituerande egenskaper för DAMP? Om jag har ett armband, som bedöms av någon expert som varande av guld (då det ser precis ut som guld), och det sedan, vid kemisk analys, visar sig inte vara av guld; så var det ju inte det från början heller.

Natural och practical kinds, eller vad som särskiljer DAMP från guld

Det går inte att jämföra en typ av entitet som DAMP med en typ av entitet som guld. P. Zachar menar i sin bok "*Psychological Concepts and Biological Psychiatry*" (2000) att psykiatriska diagnoser, till skillnad från natural kinds (såsom till exempel guld), inte har fixerade inre nödvändiga och tillräckliga egenskaper, som vi kan upptäcka och bedöma diagnosens räckvidd efter. Psykiatriken bör inte inrikta sig på att finna de "riktiga" kategorierna att inordna symptom i, eftersom det inte finns några naturgivna kategorier att leta efter. Detta gör inte, som Kärfe vill hävda, de kategorier som psykiatriska diagnoser utgör godtyckliga; det är inte egalt vilka kategorier man väljer. Psykiatriska diagnoser bör, enligt Zachar, ses som practical kinds. Det som bedömer en kategoris relevans är dess användbarhet. Psykiatriken bör inrätta kategorierna så att de på bästa sätt främjar det man vill uppnå med sitt arbete (förklara mänskligt beteende eller hjälpa hyperaktiva

barn till exempel) (Zachar 2000, sid. 227-252). Framtida forskning skulle då mycket väl kunna visa att våra kategorier behöver bytas ut eller förändras, men det utgör inget hot mot att de idag är användbara och därmed berättigade.

Att tänka på DAMP på detta sätt gör också problemet med huruvida mentalt retarderade kan ha DAMP eller inte mindre invecklat. Det är inte så att man med en IQ på 71 faller in i en tydlig natural kind-kategori DAMP, medan man (om man kanske hade en något sämre dag, när man gjorde testet) vid IQ 69 är ett klart icke-DAMP-fall. Gränserna måste tillåtas vara diskuterbara, och vad som i det här fallet bestämmer om barnet bör klassas som mentalt retarderat eller ges diagnosen DAMP bör vara vilken diagnos, som ger de bästa konsekvenserna avseende behandling av barnet. Anledningen till att man satte upp gränsen IQ 70 var också att man ansåg att ett barn med mental retardation i första hand behövde hjälp anpassad för dess intelligensnivå.

Kategorier, och tämligen klara gränser för dessa kategorier, behövs i det vardagliga arbetet med människor som har psykiatriska problem. Det skulle vara orimligt tidsödande att i varje givet fall vid varje tillfälle granska varje egenskap utan att få i viss mån förenkla och koppla samman symptom. Kärfe menar att varje barn med DAMP-problematik skall bedömas för sig för att inte kränka dess integritet "Vi skall inte stänga in våra barn i diagnoser". Det må låta vackert, men det fungerar inte. Skulle det i så fall gälla för alla psykiatriska diagnoser eller för den skull för alla sjukdomar? Vad har jag för rätt att ta ifrån dig din individualitet genom att påstå att du är en astmatiker (istället för en människa som uppvisar symptom a i situation x, symptom b i situation y och symptom c i situation z och så vidare)? För att på ett

effektivt sätt kunna hjälpa måste vi sätta upp hanterbara kategorier att inordna problem i. Däremot vore det ett misstag att tro att de kategorier vi kommer fram till är de enda rätta, att de är någonting som gäller i alla möjliga världar.

För att strukturera upp det hela

Med hänvisning bland annat till boken *Genetik och samhälle* av B.O. Bengtsson ifrågasätter Kärfe vår vilja att förenkla verkligheten genom konstgjorda skiljelinjer såsom diagnoserna dyslexi och DAMP, och efterfrågar ett slut på "diagnosterron" (Kärfe 2000, sid. 108 ff). "[I]ngen är helt frisk, ingen helt normal", skriver Bengtsson (1999, sid. 90). Jag kan till fullo instämma, och detsamma gör förmodligen varje neuropsykiatriker. S. Levander påpekar, i en debattartikel i Sydsvenska Dagbladet, som ett svar på angrepp i Hjärnspeken, att "[s]om läkare, och människa, kan jag inte påminna mig att jag någonsin träffat en helt frisk patient. Att ha defekter, små, mellanstora och stora, ingår i människans villkor och komprometterar inte hennes individualitet och värde" (Levander 1999). Jag håller med, och menar att olika defekter inte gör några av oss mer eller mindre värda än andra. Det är bara det att vissa störningar råkar ha större betydelse för vårt dagliga liv än andra, och individen som kan ha just dessa kan tjäna på att få behandling för, eller speciell hänsyn tagen till, dessa.

I den svenska versionen av ICF, Världshälsoorganisationens klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder, delas störningar in i *funktionsnedsättning eller strukturavvikelse (Impairment)*, *aktivitetsbegränsning (Activity limitation)* och *delaktighetsinskränkning (Participation restriction)* (Socialstyrelsen 2003). (Förf anm: "Aktivitetsbegränsning" ersätter termen

"begränsning av förmåga (disability) i IC-IDH 1980 och "delaktighetsinskränkning" ersätter termen "handikapp", som användes i ICIDH 1980).

En funktionsnedsättning skulle kunna vara till exempel en oförmåga att koncentrera sig lika bra som andra barn, men också min egen egenhet att ha för få tänder i underkänen skulle kunna klassas som impairment (i det fallet antar jag att det svenska ordet bleve strukturvårdelse). Skillnaden mellan koncentrationssvårigheterna och min tandavvikelse visar sig på de följande klassificeringsnivåerna. Om jag verkligen tänjde på begreppen, så skulle min tandavvikelse kunna sägas ge upphov till aktivitetsbegränsning (det är faktiskt litet svårare att äta jordnötter, när man har en glugg mellan tänderna, som de kan fastna i), men att det på något sätt skulle hindra mig att vara delaktig i kulturen och samhället kan jag inte se.

Vad gäller barnet med DAMP-symptom däremot är situationen en annan. I skolan, och i samvaron med människor över huvud taget, märker barnet med DAMP av sin aktivitetsbegränsning. Hur skall man kunna sitta stilla och läsa, när man hela tiden befinner sig i ett tillstånd av uppgjagad övertrötthet? Hur skall man kunna vänta på sin tur i leken, när både ens hjärna och kropp är alldeles för ivrig att ta itu med nästa uppgift? Detta är ändå förmågor som varje deltagare i vårt samhälle förutsätts ha, och DAMP leder därmed oundvikligt till delaktighetsinskränkning.

I en värld full av höga murar mellan saker skulle funktionsnedsättningen att vara usel på att klättra leda till en stor delaktighetsinskränkning. I vår värld råkar det emellertid vara så att vi inte behöver klättra särskilt mycket. Däremot råkar vi behöva kunna koncentrera oss och sortera intryck och vänta på vår tur. Dessa förmågor är dessutom så grundläggande (och önskvärda) för vårt

samhälle, att det inte verkar realistiskt att förändra samhället så till den grad att de inte längre var väsentliga. Därför, och inte för att någon människa skulle vara värd mer eller mindre än någon annan, är DAMP-diagnosen användbar och berättigad. Det är Kärfe som lägger in värderingarna genom att mena att en neuropsykiatrisk diagnos innebär att man är en "undermålig" eller "icke fullt toppvärdig" individ (Kärfe 2000, sid 138 ff). Man skulle kunna fråga sig vad det säger om synen på de grupper som Kärfe anser faktiskt lider av neuropsykiatriska avvikelser såsom exempelvis autister (Sid. 11).

För att kort återknyta till fallet Kalle, som jag nämnde tidigare, skulle man med ovanstående syn på DAMP kunna tänka sig att det, om han verkligen inte kom att ha problem mer sedan han flyttats, inte längre var befogat att mena att han lider av DAMP. Förmodligen är det så att Kalle är mer känslig än andra för stökiga miljöer, snabba intryck och så vidare, och att detta kommer att visa sig i andra miljöer också. Troligtvis är lindrig DAMP den bästa diagnosen. Om han däremot aldrig hade utsatts för någon miljö där symptomen visat sig, så hade det varit onödigt med en diagnos. Liksom för vilken annan funktionsnedsättning som helst, så blir nedsättningen av Kalles förmågor intressant först då den leder till en aktivitetsbegränsning och/eller delaktighetsinskränkning.

DAMP och ADHD

Då svensk neuropsykiatri utnyttjar fynd från internationell ADHD-forskning, och själva också börjar använda ADHD-begreppet i sin verksamhet, beskyller Kärfe dem för att "[tvivla] på DAMP som distinkt sjukdomskategori" (Kärfe 2000, sid. 189). Kärfe menar också att "denna begreppsroa [är] ett försök att rädda DAMP-diagnosen inför framtida hot" (Sid. 114). Om det visar sig

att DAMP inte var någon bra kategori, så kan neuropsykiatrikerna smidigt glida över till någon annan kategori, som ADHD, som inte kräver att de överaktiva, ouppmärksamma barnen också har perceptions- eller motoriska problem.

Kärfve förutsätter i och med denna kritik att neuropsykiatrikern ser på DAMP som en distinkt entitet, som någonting som antingen finns eller inte finns i världen för oss att upptäcka, som en natural kind. Den ståndpunkt som kritiserats är en som neuropsykiatriker med största sannolikhet inte har. Forskning, framför allt svensk sådan, har visat ett samband mellan ADHD och bland annat motoriska problem, men det betyder inte att man måste anta DAMP som en evig, distinkt, "rätt" kategori. Enligt ett resonemang som går ut på att diagnoser endast är praktiska sätt att hantera en verklighet, som vi har mer eller mindre kunskap om, kan vi mycket väl ha en kategori DAMP nu, men gå över till en annan, om framtida forskning visar att den är mer användbar. Framtida kunskap behöver inte vara något hot mot verksamheten nu på det sätt som Kärfve vill göra gällande. Vidare forskning kan mycket väl göra ett begrepp onödigt eller oanvändbart, men det betyder inte att det inte är relevant nu.

DAMP-begreppet skapades sedan man uppmärksammat en stor grupp barn med problem från just kategorierna uppmärksamhet, motorik och perception. (Belägg för kopplingen mellan ADHD och DCD finns bland annat hos Gillberg & Rasmussen (1982) samt Kadesjö & Gillberg (1999). En sammanställning och diskussion av forskningsläget finns hos Gillberg & Kadesjö (2000)). Då man undersöker dessa barn uppkommer naturligtvis frågan om varför så många uppvisar just dessa problem i kombination. Jag menar att två huvudsakliga förklaringar skulle kunna finnas.

Antingen hänger problemen ihop så att till exempel en skada eller nedsättning i en viss del av hjärnan skulle kunna få effekter på alla dessa områden, eller så är det så att när problemen hänger ihop, blir effekterna för personen som drabbats så stora att de observeras och har klinisk signifikans. De skulle också kunna förstärka varandra på så vis att de när de uppstår tillsammans innebär problem som vida överstiger de problem man har med enskilda symptom. Man inser lätt att ett hyperaktivt barn, som dessutom är motoriskt klumpigt, på grund av denna kombination, även om den vore godtycklig, får särskilt svåra problem. Om man är överdrivet aktiv, rör sig klumpigt och dessutom har perceptionsstörningar är om inte annat den fysiska skaderisken stor.

Man skulle också kunna tänka sig att problemen förstärkte varandra på ett rent fysiologiskt sätt. Vissa delar av hjärnan kunde i normala fall kompensera för störningar i andra delar, men om då skador föreligger i flera av dessa, så visar sig fler problem. Det verkar till exempel troligt att man skulle kunna kompensera vissa motoriska problem med en ökad uppmärksamhetsförmåga.

I båda ovanstående fall menar jag att det vore intressant och brukbart att skapa en kategori för att hantera de barn som uppvisar problemen. Detta måste emellertid vägas mot det praktiska i att använda samma diagnos världen över, vilket skulle tala för ADHD. En diagnos som ADHD har också en fördel framför DAMP i att den är snävare definierad. Den som har DAMP kan lida av grovmotoriska eller finmotoriska eller perceptuella problem. Även om dessa symptom ofta hänger ihop, så gör de inte alltid det (därför behovet av en eller-formulering), och DAMP-diagnosen måste åtföljas av en precisering av vilka av de olika symptomen som uppvisas och dominerar. Det tycks då

vara enklare att utgå från en diagnos som ADHD, som bara täcker in det som betecknas av "Attention" i DAMP-begreppet, för att sedan lägga till tilläggsproblematik som motoriska och perceptuella problem. Ett barn kan då lida av antingen ADHD eller ADHD+DCD (som skulle täcka in de motoriska problemen), och detta är också diagnoskombinationer som används internationellt (Se American Psychiatric Association 1994, 315.4). De perceptuella problemen får i så fall skrivas till i journalen, och man skulle kunna arbeta för att få också dessa problem kategoriserade i det amerikanska psykiatriförbundets diagnosmanual.

Till sist

Mycket av Kärfves kritik mot neuropsykiatriens forskningsresultat riktar in sig på att verkligheten inte vore bra om verkligheten var sådan som deras resultat visar. Tänk om verkligheten inte är bra då? Det är inte vetenskapligt att bedöma forskningsresultat enligt utopiska ideologiska kriterier. En av Kärfves kraftfullaste invändningar mot Gillbergs Göteborgsundersökning är att summan 7,1 % barn med MBD inte bara är osäker (på grund av bland annat för litet material att bedöma, vilket också Gillberg påpekar som en svaghet), "[d]en är absurd"! Så många kan tydligen inte ha DAMP. Siffran 7,1 är absurd i kraft av en jämförelse med att endast 1-2 % av mänskligheten betraktas som mentalt retarderade; inte för att det skulle finnas någon direkt koppling mellan mental retardation och MBD, utan endast därför att båda, enligt Kärfve, är extremer i ena änden av kontinuum av intelligensnivåer respektive koncentrationsnivåer (eller vad man vill kalla det) (Kärfve 2000, sid 49). Att det skulle finnas en korrelation mellan hur stor andel av människorna i ett samhälle som har problem om de befinner sig i änden

av ett koncentrationskontinuum och hur stor som har problem i änden av ett intelligenskontinuum, är helt taget ur luften. Anta att många medlemmar av ett samhälle skulle bli förgiftade av dricksvattnet. Skulle endast de som hade de starkaste två procenten av magknip tillåtas klassas som sjuka då? Att sätta diagnoser på grundval av hur stor del av befolkningen man anser bör vara sjuk, är inte ett bra sätt att handskas med verkligheten.

Det är uppenbart att många barn idag har problem inom de områden, som täcks av DAMP-begreppet. Där forskningen står är orsaksfaktorerna långt ifrån tydligt utmärkta, men att genetiska faktorer spelar in råder det inget tvivel om. Också skador på hjärnan (till exempel under fostertid och förlossning) förefaller ha betydelse för problemens uppkomst, detta oavsett om det är så att Kärfve har rätt i att "[a]tt beskrivas som en person som har ett allvarligt fel på hjärnan [...] kort och gott [innebär] social död" eller inte (Sid 93). Verkligheten förändras inte av att man vill att den skall vara annorlunda. Om det skulle innebära social död att ha blå ögon, så har jag fortfarande blå ögon.

Kärfve menar att psykosociala faktorer är underskattade som kausala faktorer, men så långt man idag kommit i förklaringen av orsakssamband, tycks det inte som om sådana ensamma kan ge upphov till ADHD/DAMP. Däremot har psykosociala faktorer alltid betydelse för hur en människa utvecklas. En medfödd (eller förvärvad) svaghet i funktioner som uppmärksamhet och motorik kan förvärras eller förbättras beroende på vilken miljö barnet växer upp i. På detta sätt är DAMP i allra högsta grad relaterat till den psykosociala miljön, vilket är positivt, då man kan komma långt i behandlingen av problemen med pedagogiska metoder. Att dessa barn uppmärksammas mer nu än förut, och att man börjat diagnostisera dem, beror

förmodligen också bland annat på den miljörelaterade aspekten. Det är svårare att ha nedsatt uppmärksamhet och perceptionsförmåga i dagens samhälle än för 100 år sedan.

Kärfves vilja att inte peka ut någon som mindervärdig eller frånta någon dess individualitet (vilket man då skulle göra genom en diagnos) blir en missriktad omsorg. Problemen finns där redan före diagnosen, och diagnosen är ett sätt att hantera de redan befintliga svårigheterna. Man skulle kunna fråga sig vem som inte tolererar imperfektion; neuropsykiatrikern som menar att vi måste uppmärksamma de problem människor har eller, i det här fallet, Kärfve, som förnekar att problem finns. Det farliga är när vi inte ens vågar se problemen, och när känslorna får ta överhanden i debatten. Det handlar om verkliga barn med verkliga problem.

Problemens vara eller icke vara är ingen ideologisk fråga. Världen blir inte bättre av att jag upprepar hur många gånger som helst att alla är normala. Inte gör det någon mer normal heller. Vi har alla defekter med mer eller mindre betydelse för våra liv, och för att vi skall kunna leva så bra som möjligt, måste det första steget vara att erkänna dem.

Som svar på det faktum att barn med DAMP oftast återfinns i lägre socialgrupper, kan neuropsykiatrikn hävda att ärftlig DAMP gjort att barnets släktingar inte kunnat hävda sig fullt så bra som andra i samhället, och därför hamnat i en lägre socialgrupp. Att, som Kärfve, bemöta ett sådant argument med att hänvisa till rasbiologi och fascism, och att "de fattiga orsakar sin egen fattigdom" är inget bra sätt. Frågan om huruvida de fattiga på detta sätt "orsakar sin egen fattigdom" är inte en ideologisk fråga utan en faktisk, och om det skulle vara så, så vore väl det bästa sättet att hantera det att se till att det inte fortsätter på det viset, till att börja med genom att erkänna problemet och forska på

hur det bäst avhjälpas.

Det vore dock intressant att också få se mer forskning på hur de psykosociala faktorerna påverkar DAMP-problematiken. Speciellt den svenska neuropsykiatrikn tycks länge ha haft inställningen att de psykosociala faktorerna kan avfärdas utan någon närmare undersökning.

Sjukdom är inte någonting evigt, objektivt givet, utan någonting som vi som samhälle definierar utifrån våra mallar för vad som är normalt och funktionellt. Kärfve tycks mena att detta ofrånkomligt leder till godtycke, men presenterar samtidigt inget bättre alternativ. Definitionen behöver inte alls vara godtycklig, om den grundar sig på vad som är bäst för den som klassificeras som sjuk. Att ha en funktionsnedsättning som leder till ett handikapp i det samhälle man lever i berättigar en diagnos, som kan synliggöra de problem man har och lindra dem genom riktade insatser, som i fallet DAMP beroende på problemens svårighetsgrad kan röra sig från specialpedagogiska resurser till amfetamin.

Att urskillningslöst hetsa mot alla försök att kategorisera och därmed systematiskt kunna lindra de problem som uppenbarligen finns där hjälper ingen. Att i enlighet med Kärfves resonemang bara vänta och se, att se dessa problem som normala variationer och därmed inte se dem alls, är inte bara naivt utan ett grymt svek mot de barn som varje dag kämpar med synnerligen existerande svårigheter. Kärfve tycks mena att om vi bara "hoppas och tror att [våra barn] kan leva lyckliga och meningsfulla liv" (Sid. 219), så löser sig allting så småningom. Vad skulle hända om vi tillämpade sådan blögdhet på andra problemområden? Det vore inte särskilt humant att bara hoppas och tro att våra barns benbrott skall läkas med tiden, och lika hemskt, om inte värre, menar jag att

det är att sitta och se på hur sådana handikappande problem som de ovan diskuterade ostört får styra en ung människas liv.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition (DSM IV). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Bengtsson, B. O. (1999): Genetik och politik. Berättelser om en vetenskap mitt i samhället. Norstedts Förlag, Stockholm.
- Duvner, T. (1997): ADHD. Impulsivitet. Överaktivitet. Koncentrationssvårigheter. Liber AB, Stockholm.
- Duvner, T., Modigh, K., Gillberg, C., Kadesjö, B., Kopp, S., Eriksson, E., Rasmussen, P., Levander, S., Nylander, L. (2000): "Vård av barn, ungdomar och vuxna med DAMP/ADHD" (version 2000-07-31), internt arbetsmaterial, Socialstyrelsen, opublicerad.
- Faraone, S.V. & Biederman, J. (2002): "Pathophysiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", i: Neuropsychopharmacology - The Fifth Generation of Progress (red. Davis, K.L., Charney, D., Coyle, J.T., Nemeroff, C.), s. 577-596. The American College of Neuropsychopharmacology, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Gillberg, C. (1996): Ett barn i varje klass. Om DAMP/MBD och ADHD. Cura, Stockholm.
- Gillberg, C. & Rasmussen, P. (1982): "Perceptual, Motor and Attentional Deficits in Seven-year-old Children: Background Factors", i: Developmental Medicine and Child Neurology, 24: 752-770.
- Gillberg, C. & Rasmussen, P. (1983): "Man kallar det MBD. Om barn med koncentrationssvårigheter, motoriska problem och perceptuella störningar", sårtryck ur Psykisk hälsa 1983/3, s. 186-207.
- Gillberg, C. (1995): Clinical child neuropsychiatry. Cambridge University Press, Cambridge.
- Gillberg, C. & Kadesjö, B. (2000): "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Developmental Coordination Disorder", i: Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults (red. Brown, T.E.), s.393-406. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC.
- Gillberg, I. C. (1990): "Överaktivitet, koncentrationssvårigheter och motorisk klumpighet", i: Barn- och ungdomspsykiatri (red. Gillberg, C. & Hellgren, L.), s. 140-151. Natur och Kultur, Stockholm.
- Kadesjö, B. & Gillberg, C (1999): "Developmental co-ordination disorder in Swedish 7-year-old children" i: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38: 820-828.
- Kadesjö, B. (2001): Barn med koncentrationssvårigheter (2:a upplagan). Liber AB, Stockholm.
- Kinsbourne, M. (1977): "The Mechanism of Hyperactivity", i: Topics in Child Neurology (red. Blaw, M.E., Rapin, I., Kinsbourne, M and Departments of Pediatrics and Psychology, University of Toronto), s. 289-306. Spectrum Publications, New York.
- Kupfer, D.J., Baltimore, R.S., Berry, D.A., Breslau, N., Ellinwood, E.H., Ferre, J., Ferriero, D.M., Fuchs, L.S., Guze, S.B., Hamburg, B.A., McGlothlin, J., Turner, S.M., Vonnegut, M. (2000): "National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)", i Jour-

- nal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39: 182-193.
- Kärfve, E. (2000): Hjärnsnöken. DAMP och hotet mot folkhälsan. Symposion, Stockholm.
- Landgren, M. (1999): Deficits in Attention, Motor control and Perception – DAMP. Epidemiologic, Etiologic, Diagnostic and Learning Aspects. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute for the Health of Women and Children, University of Göteborg and Department of Pediatrics, Skaraborg Hospital.
- Levander, S (1999): "Dessa evinnerliga stämplingsteorier", i: Sydsvenska Dagbladet, 1999-11-16, s. 4.
- Levander, S. & Nylander, L. (1999): "ADHD hos vuxna: utredning och behandling", stencil, opublicerad.
- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T, Simonoff, E. (1999): "Genetics and Child Psychiatry: II Empirical Research Findings", i: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40: 19-55. (del 1 av artikeln s. 3-18).
- Socialstyrelsen (2002): Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Socialstyrelsen, Stockholm.
- Tikkanen, M. (1999): Sofias egen bok – en bok om MBD-barn / Sofia vuxen – med sitt MBD. Månpocket, Stockholm.
- Zachar, P. (2000): Psychological Concepts and Biological Psychiatry. A Philosophical Analysis, i serien: Advances in Consciousness Research (red. Stamenov, M.I.). John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia