

Barn med MBD-problematik vid en habiliteringsavdelning

Ingrid Bjerre

Peter Björling

Kerstin Ekström

Liselott Herrstedt-Andersson

Bengt Niméus

Gunborg Mattsson

Ing-Marie Wendel-Nilsson

Under åren 1976–1984 remitterades 130 barn till habiliteringsavdelningen i Malmö med frågeställning MBD eller närliggande problematik. De flesta barnen kom från BVC eller skola. Alla hade problem från flera olika områden, även om motoriska problem dominerade. Många barn var svagbegåvade. Vi redovisar här symptom, neurologiska fynd och bedömning av motorik, intellektuell nivå och språk hos dessa barn samt vad vi gjorde för dem i form av gruppbehandling, enskild behandling och kontakter med skola och förskola. Vi hoppas att denna genomgång kan vara en grundval för fortsatt planering för barn med MBD inom habiliteringen.

Samtliga författare arbetade under den period det gäller på habiliteringsavdelningen i Malmö. Ingrid Bjerre är habiliteringsöverläkare, Peter Björling logoped, Kerstin Ekström och Liselott Herrstedt-Andersson förskollärare, Gunborg Mattsson sjukgymnast, Bengt Niméus psykolog och Ing-Marie Wendel-Nilsson arbetsterapeut.

Verksamheten kring barn med MBD-problematik vid habiliteringsavdelningen i Malmö 1976–1984

Diskussionerna kring minimal brain dysfunction (MBD) eller lättare hjärnfunktionsstörning har varit många de senaste åren. Man har ifrågasatt det berättigade i diagnosen och framhållit svårigheten med gränsdragning mot social-psykiatriska pro-

blem. Bengt Hagberg påpekade 1975 det stora behov som fanns av forskning och uppföljning av MBD-problematiken(1). 1976 kom en broschyr där Rasmussen och Hagberg drog upp riktlinjer för diagnos av MBD och pekade på behovet av habiliteringsavdelningens resurser för barn med MBD(2). Samma år påbörjades en studie av Gillberg och Rasmussen där man undersökte en hel årskull 6-åringar i Göteborg och fick fram frekvenser av MBD, diagnoskriterier, resultat vid uppföljning m m(3,4). Enligt Göteborgsstudien ligger för Sverige frekvensen av svår MBD kring 1% och lättare MBD 4–5%.

Bakgrund i Malmö

I Malmö startade 1976 en ny habiliteringsavdelning knuten till barnkliniken. Det har visat sig att behovet från skolor och förskolor att få hjälp med MBD-problematik med åren har blivit allt mer uppenbart och vi har så småningom fått en erfarenhet av diagnos och behandling av dessa barn. Vi vill gärna redovisa detta samt också de försök vi har gjort att utarbeta ett praktiskt handlingsprogram.

Vid undersökning och diagnostik har vi i stort sett följt de riktlinjer som dragits upp från Göteborgsgruppen. Då det gäller behandling har vi fått idéer från många olika håll, inte minst från Folke Bernadottehemmet, som nyligen publicerat sina erfarenheter och sin behandlingsmetodik vid MBD(5).

Flera olika personalkategorier har arbetat kring barnen med MBD; läkare, sjukgymnast, psykolog,

Flera olika personalkategorier har arbetat kring barnen med MBD: läkare, sjukgymnast, psykolog, arbetsterapeut och förskollärare.

arbetsterapeut, logoped och förskollärare. Tyngdpunkten har varit lagd på diagnostik och sedan information till förskola, skola, föräldrar m.fl, men vi har också haft både enskilda behandlingar och gruppbehandling. Arbetet med MBD-barn är tidskrävande och våra resurser för denna typ av verksamhet har varit begränsade. Vi har därför gått igenom de barn vi arbetat med för att få underlag till fortsatt planering. Materialet är heterogent men ger en bild av den MBD-problematik man får vid en habiliteringsavdelning.

Material

Under åren 1976–1984 kom vi på olika sätt i kontakt med 130 barn med vad vi kallar för MBD-problematik, dvs lättare motoriska och funktionella störningar men med så betydande problem att de remitterades för utredning och behandling. Remisserna kom huvudsakligen från skola och barnavårdscentral (*tabell 1*). Endast 6 barn remitterades direkt från förskolan och detta berodde sannolikt på att förskolan i första hand kontaktade barnhälsovården och att remiss till oss sedan kom via barnhälsovården. Relativt få remisser kom från BUP, sannolikt tydande på att man vid remitteringen primärt "sorterat" barnen och därvid remitterat barn med tydliga motoriska problem till habiliteringen och barn med uppenbara social-psykiatriska problem till BUP.

Tabell 1. Antal barn med MBD-problematik fördelade på remitterande instans

Barnhälsovården	34
Direkt från förskolan	6
Skolan	27
BUP	6
Läkare vid barnkliniken	15
Övriga läkare	13
Själv tagit kontakt	29
Summa	130

I perioder då MBD-begreppet aktualiserats i press och TV fick vi också en del barn där föräldrarna själva tog kontakt och tyckte att deras barn hade denna typ av problematik. Vi har ej tagit med barn under 4 år då vi tycker att det är tveksamt om man då klart kan ställa diagnosen MBD. De flesta barnen har varit i åldern 4–9 år.

Frågeställningen på remisserna varierade och framgår av *tabell 2*. Vanligast var önskemål om motorisk eller psykomotorisk utvecklingsbedömning då man tyckte att barnet varit "sent". Endast sällan hade MBD-frågeställningen specificerats och ofta hade man i stället pekat på skolsvårigheter, koncentrationssvårigheter, perceptionsstörning eller språklig försening. I 11 fall saknades en direkt frågeställning men remissen innehöll då en beskrivning av ovanstående problem.

Tabell 2. Antal barn med MBD-problematik fördelade på huvudsaklig frågeställning på remiss eller vid första besök

Psykomotorisk försening	28
Klumpig, "sen" motorik	31
MBD	12
Skolsvårigheter, inlärningsproblem	12
Koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet	9
Språklig försening	4
Neurologisk bedömning	8
Perceptionsstörning	2
Övrigt	13
Saknas	11
Summa	130

Utredning

Merparten av remisserna gick i första hand till läkarmottagningen, en mindre del primärt till förskollärare eller sjukgymnast. Alla barnen genomgick en klinisk neurologisk undersökning och denna kompletterades sedan med eventuella laboratorieundersökningar samt med bedömning av sjukgymnast och psykolog. Framför allt de första åren var vi mycket tveksamma med diagnossättningen och barnen fick ofta ganska diffusa diagnoser. Kraven på MBD-diagnos var genomgående ganska stränga och vid minsta tveksamhet och framför allt på yngre barn har vi ofta i stället satt diagnosen psykomotorisk

Tabell 3. Antal barn med MBD-problematik fördelade på huvuddiagnos efter utredning samt vanligast förekommande symtom

Huvuddiagnos efter utredning	Symtomgruppering									
	Totalt antal	Tal-problem	Klumpig grov-motorik	Klumpig fin-motorik	Koncentra-tions-svårigheter	Inlärnings-svårig-heter	Beteende-störning	Hyper- el hypoakti-vitet	Percep-tions-störning	Affekt-labilitet
MBD	33	18	16	19	27	22	12	12	8	9
Psykomotorisk retardation	48	37	32	26	21	26	12	9	10	6
Psykisk utvecklingsstörning	6	5	4	4	2	4	2	1	2	1
CP	9	3	6	5	3	2	1	2	4	3
Övrigt	10	6	6	3	2	3	3	2	—	1
Sen språkutveckling	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Beteende-störning	6	4	2	4	5	2	5	1	1	2
Ingen diagnos (normalvariant)	15	6	1	1	6	1	2	1	—	1
Summa	130	82	67	62	62	60	37	28	25	23

retardation. Om problemen varit övervägande motoriska fick barnet diagnosen minimal CP (9 fall) redan på ganska lätt ataxi, koordinationsstörning eller hemisyndrom. Detta ser vi nu i efterhand som ett sätt att försöka överbetona den motoriska komponenten i bilden. Diagnosen framgår av *tabell 3*.

Symtom

Vi har delat in symtomområdena i 9 grupper, som framgår av *tabell 3*.

Den visar också att de flesta barnen hade symtom från flera olika områden. För att ställa MBD-diagnosen krävde vi tydliga symtom från minst två av grupperna motoriska störningar, koncentrationsstörning och perceptionsstörning. Barn som fått diagnosen psykomotorisk utvecklingsförsening hade likartade symtom men var antingen yngre eller hade en mera diffus problematik. Naturligt nog

hade de barn som betecknades som minimal CP huvudsakligen motoriska symtom och i grupperna övrigt, isolerad talförsening, ingen diagnos, hade man avsevärt färre problem. Markant är hur vanlig försenad talutveckling var, både i MBD-gruppen och i gruppen som fått diagnosen psykomotorisk utvecklingsförsening.

Neurologisk undersökning

Alla barn genomgick en neurologisk undersökning som innefattade bedömning av kranialnervsstatus, tonus, reflexer, balans och koordination. Vanligast var störningar i ögonmotoriken och beträffande koordination och medrörelser. Avvikelser förelåg oftast inom grupperna övrigt, MBD och psykomotorisk retardation. Totalt 45 barn (35%) uppvisade dock ingen neurologisk avvikelse. EEG-undersökning utfördes på 49 barn med normalt resultat hos 33 och patologiskt hos 16. De patologiska fynden utgjordes i 14 fall av ökat inslag av långsamma frekvenser. Två barn hade paroxysmala epileptogena förändringar. Dessa 2 barn hade också kliniskt en epilepsi.

.....
För diagnosen MBD, krävde vi tydliga symtom från minst två av grupperna motoriska störningar, koncentrationsstörning och perceptionsstörning.
.....

Tabell 4. Antal barn med MBD-problematik som psykologtestats, fördelade på diagnosgrupp och testresultat, N = 91

	MBD	Psykomot retard	Psykisk utv störning	Minimal CP (motorisk)	Övrig	Försenad språkutv	Beteende störning	Normal	Totalt
-70									
stanine 1	4	8	6	—	—	—	—	—	18
70–85									
stanine 2	10	23	—	1	3	—	—	1	38
86–									
stanine 3	13	6	—	4	4	1	3	4	35

Psykologundersökning

Nivåbedömning utfördes hos 91 av de 130 barnen. Bedömningarna utfördes med hjälp av Terman-Merrill och WISC i de flesta fall. Andra test som användes var Griffiths, Leiter och Raven. Bland de barn som ej nivåbedömdes fanns enstaka, där föräldrarna var negativa till en sådan undersökning, men vanligen var det sådana barn där man i skolan och vid undersökningen på habiliteringsavdelningen bedömde att de låg väl inom normalområdet. Flertallet bedömningar utfördes av psykolog på habiliteringsavdelningen men några barn var tidigare nivåbedömda av skolpsykolog. Endast de barn som blev inskrivna vid särskola, dvs hade undervisning av förskollärare från särskolan eller gick i grundsärskoleklass fick diagnosen psykisk utvecklingsstörning. Såväl i gruppen MBD som gruppen psykomotorisk retardation fanns barn med testresultat tydande på grundsärskolenivå. De gick dock av olika skäl i vanlig grundskola, ofta i s k särskild undervisningsgrupp. Ofta hade de en mycket ojämn begåvningsprofil där motoriska svårigheter eller koncentrationsstörning drog ned resultaten. En stor del av barnen återfanns på låg normalnivå, IQ 70–85 eller Stanine 2, och detta bidrog utan tvekan mycket till dessa barns problem. (Tabell 4)

MBD-barnen hade ofta en ojämn begåvningsprofil där motoriska svårigheter och koncentrationsstörning drog ned resultaten.

Motorik

Motoriken bedömdes av sjukgymnast, ibland tillsammans med arbetsterapeut eller förskollärare. Stott's motoriska test utfördes på 40 barn. Vi har vid habiliteringsavdelningen god erfarenhet av Stott's motoriska test(6) och har bl a utfört det på olika grupper normalbarn, dels 5-åringar, dels 7–10-åringar. Det avslöjar problem framför allt beträffande balans, öga-hand-koordination samt snabbhet och precision vid finmotoriska övningar. Det användes sällan under de första åren, men från 1980 mera regelbundet. Hos 8 av 11 undersökta barn med diagnosen MBD och 6 av 8 med diagnosen psykomotorisk retardation var testet klart avvikande. I de övriga grupperna hade ungefär hälften av de undersökta avvikande motorik enligt Stott's motor impairment test.

Språkstörningar

Olika former av språkstörningar och försenad talutveckling var mycket vanliga (tabell 3). 48 av barnen undersöktes särskilt av logoped. Den vanligaste språkstörningen var försenad språkutveckling. 35 barn fick logopedbehandling.

Gruppbehandling

Sex stycken av barnen i ålder 7–9 år tränades i grupp. Tanken var att ge erfarenhet av att vistas i en liten grupp där ledarna gav det nödvändiga stödet för att hålla koncentrationen uppe. Som ledare fungerade psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast och förskollärare. De strävade efter att låta gruppen fungera självständigt och menade att ett aktivt styrande skulle kontinuerligt avlösas av ett passivt förhållningssätt. Man ville också att verksamheten

Ofra utarbetades behandlingsprogram i samråd med lärare eller förskollärare så att en del träning blev förlagd till förskola eller skola.

skulle innehålla övningar för hela gruppen och individuellt anpassade övningar. Gruppen tränades en gång per vecka och verksamheten var då förlagd till simhall, gymnastiksal, träningslägenhet eller lekotek. Barnen deltog i gruppen under 2–3 års tid.

Individuell behandling

För flera barn som inte tränades i grupp utarbetades individuella träningsprogram. Behandlingen skedde sedan vanligen en gång per vecka hos sjukgymnast, arbetsterapeut, förskollärare, logoped eller psykolog, beroende på barnets speciella problem.

Tabell 5 redovisar i vilken utsträckning olika terapeuter engagerades i barnens behandling. En del barn gick parallellt hos två olika terapeuter. Den vanligaste kombinationen var sjukgymnast med förskollärare eller psykolog. En del barn hade komplicerade psyko-sociala problem och den psykologiska behandlingen skedde då i samarbete med BUP.

Tabell 5. Antal barn med MBD-problematik som behandlades av olika medlemmar i habiliteringslaget resp BUP-kliniken

Sjukgymnast	43
Förskollärare	38
Logoped	35
Psykolog	35
Arbetsterapeut	17
BUP	14

Information till skola, förskola och föräldrar

Behandling i grupp eller individuellt kombinerades i så gott som alla fall med fortlöpande kontakt med skola eller förskola kring barnet. Denna kontakt upprätthölls vanligen av den som hade huvudansvaret för barnets behandling. Ofta utarbetades behandlingsprogram i samråd med lärare eller förskollärare så att en del träning blev förlagd till förskola eller skola. Några fall var så komplicerade att bar-

nen hade elevassistent och då kunde en del träningsmoment utföras av denna. Psykologen hade också kontakt med föräldrarna kring barnets problem i en del fall.

En viktig del av behandlingen var att diskutera lämplig skolplacering eller olika förstärkningsresurser i skolan. Vid genomgången hade vi aktuell uppgift om skolplacering för 118 barn. Tjugo av dessa hade då ännu ej börjat skolan, 7 barn gick i särskola, 64 barn i normalklass, 25 barn i särskild undervisningsgrupp och 2 barn i privatskola. Av barnen i normalklass hade 10 personlig assistent och för 34 hade vi information om klinikundervisning. Nio av barnen hade haft skoluppskov.

Utvärdering

En utvärdering av resultaten av vår behandling är mycket svår att ge. Då vi gick igenom detta material hade vi fortfarande kontakt med många av barnen som gick på kontroll eller hade någon form av terapi. Gruppverksamheten slutade efter några år då det visade sig svårt att ha flera barn med svår MBD i samma grupp. Stor del av tiden krävde barnen var sin terapeut för att den sk gruppen skulle fungera. Mycket positiva resultat har vi upplevt av simträning och särskild träning med bollövningar o dyl, så att barnen sedan skall kunna delta mer i lekar med kamraterna. Mest nytta tror vi att vi har gjort genom information till förskola och skola om dessa barns problem och ibland i samråd med dem lagt upp övningar hos specialläraren eller gymnastikprogram. Vi tycker också att föräldrar och andra som haft hand om barnet har blivit lugnare genom att få en diagnos och möjligheter till samtal och olika råd, särskilt då nya problem har uppstått. Byte av klass till en mindre grupp eller hjälp med elevassistent i klassen har ofta inneburit skillnader mellan en i stort sett omöjlig undervisningssituation och en ganska acceptabel sådan.

Planering för framtiden

Med åren har gruppen med diffusa funktionsstörningar och lättare motoriska problem som remitterats till habiliteringsavdelningen blivit allt större. Detta är en resurskrävande grupp både när det gäl-

Med risk för att medikalisera problemen tror vi ändå att habiliteringen kan göra en viktig insats för dessa barn och minska deras framtida handikapp.

ler diagnostik och behandling och vi har därför försökt att strukturera arbetet kring dessa barn och avgränsa våra insatser.

Vi tycker det är viktigt att barn med den här typen av problem kommer för diagnostik och vi har därför nu bildat ett DAMP-team (DAMP = Deficits in Attention, Motor function and Perception). Preliminärt gör vi genomgång av neurologstatus och motoriskt funktionsstatus (Stott's test). Beroende på resultatet vid dessa undersökningar utförs sedan också finmotorisk bedömning av arbetsterapeut eller förskollärare. Vi tar alltid kontakt med skola eller förskola och gör ofta en psykologbedömning som underlag för information och eventuell behandling. Riskerna för beteendestörning och dåliga skolresultat som leder till dålig psykosocial anpassning, är stora vid MBD(1,7). Med risk för att medikalisera problemen tror vi ändå att habiliteringen kan göra en viktig insats för dessa barn och minska deras framtida handikapp.

REFERENSER

1. Hagberg B: Minimal brain dysfunction. *Läkartidn* 1975; 72: 3296–3300.
2. Rasmussen P, Hagberg B: Minimal brain dysfunction – en översikt ur pediatrik synvinkel. *Folia-Geigy* 1976(6).
3. Rasmussen P: Neuropediatric Aspects of seven-year-old Children with Perceptual, Motor and Attentional Deficits. Akademisk avhandling, Göteborg 1982.
4. Gillberg C, Rasmussen P: Man kallar det MBD. *Psykisk hälsa*, 1983; 24: 185–207.
5. Bille B, Brieditis K: MBD-barn. Skolöverstyrelsen och Liber Utbildningsförlaget, Esselte Herzogs, Uppsala, 1984.
6. Bjerre I, Ödlund K: Stott's motoriska test. *Sjukgymnasten*, 1979; 37: 1–5.
7. Gillberg C: Children with neurodevelopmental disorders III: neurological and neuro-developmental problems at age 10. *Dev Med Child Neurol*, 1985; 27: 3–16.