

Avvänjningsbehandling av 9-åriga tumsugare

En psykologisk och ortodontisk undersökning

Kerstin Tode

Bakgrund

Tumsugning har i den allmänna uppfattningen betraktats dels som ett uttryck för lugn och harmoni hos ett barn, dels som en ful ovana eller symptom på bristande anpassning. Man har ansett det naturligt att små barn suger på tummen, medan man hos skolbarn mera betraktat tumsugning som ett avvikande beteende.

Tandläkare och i synnerhet ortodontister har noterat bettförändringar till följd av tumsugning. Tandregleringsbehandling har bedömts vara utan effekt så länge tumsugning fortgår.

Inom psykiatrisk och psykologisk rådgivningslitteratur har man ofta hävdats att tandläkare överdrivit risken för bettförändringar, och man har framhållit, att någon sådan risk ej finns.

Psykiska reaktioner har å andra sidan uppmärksamats mindre av tandläkare.

Tvårvetenskaplig forskning

Vi ansåg därför att en undersökning, som utfördes i samarbete mellan tandläkare och psykologer, vore av värde. Undersökningen genomfördes i samarbete mellan författarna, vid undersöknings-tillfället båda knutna till Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lidköping samt tandläkare Erik Larsson, Tandregleringspolikliniken i Skövde. Det är först i skolåldern som tandregleringsbehandling blir aktuell. Vårt intresse riktade sig i första hand mot denna åldersgrupp.

Ger prolongerad tumsugning upphov till bettförändringar? Kan det medföra psykiska komplikationer om man försöker avvänja 9-åriga barn att suga på tummen? Dessa frågeställningar har belysts i ett forskningsprojekt som genomförts i samarbete mellan tandläkare Erik Larsson, tandregleringspolikliniken i Skövde samt psykologerna Henry Andersson och Kerstin Tode, barnpsykiatriska kliniken i Lidköping.

Den ortodontiska delen av projektet redovisas i Erik Larssons doktorsavhandling vid Karolinska institutet, Stockholm. Resultaten av denna del av undersökningen tyder på att prolongerad tumsugning ger upphov till bettförändringar. I den psykologiska delen av projektet, som redovisas i ett psykologexamensarbete vid pedagogiska institutionen vid Göteborgs universitet, tyder resultaten på att man ej kan finna negativa beteendeförändringar i samband med avvänjningsbehandlingen.

Resultat av den ortodontiska delen

Resultat: Sammanlagt 9 signifikanta differenser förekom gemensamt hos pojkar och flickor mellan barnen i fingersugargruppen och barnen i kontrollgruppen (fig. 1.).

Överkäkstandbågen var förlängd hos fingersugarna.

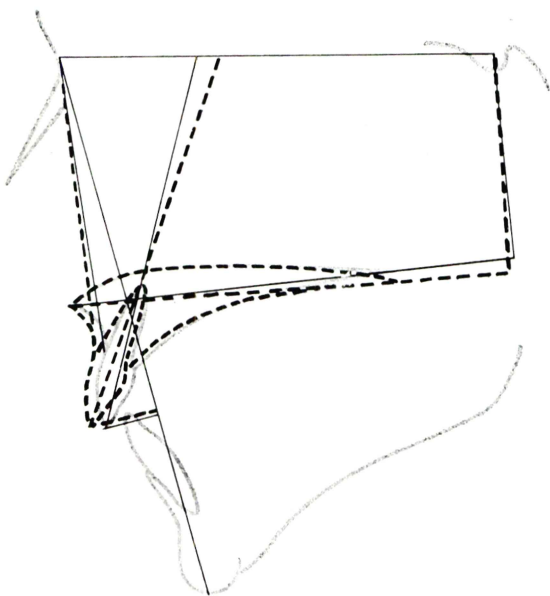
Den horisontella överbitningen var ökad och den vertikala överbitningen reducerad hos fingersugarna.

Det vinkelräta avståndet från överkäksincisivernas skär till en linje från nasion till gnathion hade ökat hos fingersugarna.

Överkäksincisivernas lutning mot NSL hade ökat hos fingersugarna och vinkeln mellan över- och underkäksincisivernas längdaxlar hade reducerats.

Fig. 1. Översiktsskild utvisande genomsnittliga signifikanta differenser mellan barn med bestående fingersugningsvana (F-gruppen) och barn utan denna vana (C-gruppen).

F = streckad linje.



Den övre bakre ansiktshöjden mätt som det vinkelräta avståndet mellan sella och NL hade ökat hos fingersugarna.

Maxillans apikalbas var anterioförskjuten hos fingersugarna.

Vinkeln mellan NL och NSL hade minskat hos fingersugarna.

Det förefaller sannolikt att den primära orsaken till överkäksincisivernas proklination och förändringen av maxillan är att söka i den tillväxt- och eruptionsstyrning som ett eller flera fingrar i munnen på ett litet barn utgör. Genom den inklination som sugfingret vanligen är infört med påverkar det både incisiverna och den främre delen av maxillan i anterior riktning.

Den påfallande nedåttipningen av NL i dess posteriora del har inte kunnat givas en tillfredsställande förklaring.

Några signifikanta differenser mellan nappsgargrupper och kontrollbarn som är gemensamma för både pojkar och flickor förelåg inte i undersökningen. Den tendens som var iakttagbar tydde

på en mycket ringa bettpåverkan hos de nappsgare som avbrutit sin vana under tredje levnadsåret samt en något mer uttalad påverkan hos barn som sugit på napp till 4 års ålder eller längre. Denna påverkan var mest uttalad beträffande incisivernas proklinationsgrad, avståndet från överkäksincisivernas skär till NGnL samt vinkeln mellan NSL och NL.

Olika psykologiska synsätt

Den allmänna uppfattningen som spritts av bl.a. psykologer och läkare när det gäller tumsugning, har varit att föräldrarna bör låta sina barn suga på tummen och att risken för tandställningsfel visserligen är föga utredd men troligen kan anses minimal. Riskerna att skada barnet i den emotionella utvecklingen, om barnet hindras, anses betydligt större och av allvarigare natur. Råden gäller dock mest förskoleåldern.

Psykoanalytiskt synsätt

Om den känslomässiga och mentala utvecklingen fortskrider "normalt" menar man i den allmänna rådgivningslitteraturen, att tumsugningen skall ha tonats ner och försvunnit före sex års ålder. Detta synsätt, att sugningen skulle vara ett behov inom ett visst mognadsområde stämmer med Freuds teori om de erogena zonerna. Den orala zonen är den första erogena zon inom vilket spädbarnet skall nå behovstillfredsställelsen. Detta sker bl.a. genom att behovet av trygghet tillfredsställs när föda tillföres. Om detta behov inte tillfredsställs, eller något psykiskt inträffar efter att behovet av oral tillfredsställelse uppnåtts, kan fingersugning bli följden.

Tillfredsställs inte behovet inom den naturliga utvecklingsfasen, kan följden bli vad man inom psykodynamiken kallar fixering. Om istället den situationen skulle inträffa, att vanan återupptas efter att behovet tillfredsställts talar man om regression till ett tidigare utvecklingsstadium.

Båda dessa reaktioner, fixering och regression, är inadekvata beteenden, som skall betraktas som symptom på att någon störning inträffat i barnets emotionella utveckling.

Med detta betraktelsesätt kommer således tum-

sugning att framstå som ett symptom på en emotionell störning, om den inträffar efter den ålder, då den borde ha upphört. Som en följd härav kommer också att man för att bota tumsugningen måste leta efter bakomliggande orsaker och råda bot på dessa.

Substitutionssymptom. Om den som nu har hand om barnet inte skulle se tumsugandet som ett symptom eller en signal till att leta efter bakomliggande orsaker, utan med olika medel försöker hindra barnet att tillfredsställa sitt sugbehov, finns risk för att barnet byter ut tumsugningsvanan mot ett annat felaktigt beteende. Man har då framkallat ett substitutionssymptom. Barnet har bytt ut det oönskade och kritiserade beteendet mot ett annat. De symptom som nämns oftast är stamning, rastlöshet, enures, nagelbitning, vilket oftast betraktas som ännu mindre önskvärt än tumsugning.

Inlärningsteoretiskt synsätt

Ett annat synsätt kring tumsugningen och dess orsaker har utvecklats på de grunder som inlärningspsykologin utgör. Från inlärningsteorin har två grenar vuxit fram, som ligger varandra mycket nära: beteendeterapi och beteendemodifikation. Beteendeterapi är en form av beteendemodifikation, som är förknippad med den klassiska betingningen (enl Pavlovs lära om betingade reflexer).

Inom beteendemodifikationen har man vänt sig mot det medicinska betraktelsesättet som innebär att man försöker finna bakomliggande orsaker till det beteende som betraktas som sjukt. Det medicinska betraktelsesättet har medfört att man inte gett sig in på att direkt försöka förändra det beteende man ansett som sjukt utan koncentrerat sig på bakomliggande orsaker.

Med det inlärningsteoretiska synsättet kommer tumsugning inte längre att ses som ett symptom, utan får följande förklaring: Barnet finner frid och ro från ånsglan genom tumsugning. Det lär på så sätt in ett felaktigt sätt att reducera sin ångest. I högre ålder ger denna felaktiga lösning av problemet upphov till nya problem, som är direkt förknippade med beteendet. Det som psyko-

analytikerna betraktar som ett symptom, ser inlärningsteoretikerna som ett inlärt felaktigt beteende, som i sig självt kan vara problemframkallande och bör behandlas för sig. Med detta betraktelsesätt slipper man farhågorna för substitutionssymptom. I stället kan man hoppas på snöbollseffekten, så att när patienten fått ett beteende reparerat, medför detta förändrade reaktioner från omgivningens sida, så att förbättringen fortskrider allt snabbare.

Hur uppstår ett felaktigt beteende? Ett felaktigt beteende kan utvecklas på så sätt att en vana har utvecklats under omständigheter, där den varit adekvat och anpassad, men sedan stannat i utvecklingen eller kommit att användas i situationer, där den inte är adekvat. Tumsugningen kan ses som ett exempel på detta beteende. Det har förstärkts genom att den i de tidiga åldrarna varit ett accepterat och adekvat svar på ett behov som då förelegat. Sedan har detta sätt att svara på ett behov överflyttats till situationer som inte längre motsvarar den ursprungliga.

Med detta betraktelsesätt skulle man således anse att det bästa för barnet vore att bryta den felaktiga vanan för att därigenom minska risken för ytterligare påslagningar av inadekvat beteende. Risken för substitutionssymptom kan man bortse från.

Undersökningens syfte

Vi hade som målsättning att undersöka:

1. Om avvänjningsbehandling på tumsugande barn, som åldersmässigt är aktuella för tandregleringsbehandling, ger upphov till någon form av störningar.
2. Vilken betydelse barnens ursprungliga sugintensitet och motivation till behandlingen hade.
3. Effektiviteten hos olika typer av avvänjningsbehandling.
4. Om man kunde finna skillnader mellan olika behandlingsmetoder.

Frågeställningarna redovisas i samband med resultaten.

Undersökningsuppläggning

Vi valde att lägga upp undersökningen på följande sätt. De tumsugande barnen indelades slumpmässigt i olika grupper, dvs de tre behandlingsgrupperna som redovisas nedan och kontrollgruppen. Eftersom grupperna var små önskade vi ha en möjlighet att kontrollera om de var olika från början. Vi inledde därför undersökningen med att testa och intervjua barn och föräldrar med det utarbetade testbatteriet. Därigenom fick vi även en uppfattning om hur mätinstrumenten fungerade. Efter denna inledande undersökning blev experimentgruppernas barn behandlade efter de metoder vi utarbetat. Vi hade en typ av behandling för varje experimentgrupp. Efter genomgången behandling testades och intervjuades barnen i de olika grupperna och föräldrarna på nytt.

Behandlingsformer

1. *Negativ förstärkning.* Den form av påverkan som oftast och i första hand används av tandläkare är tillsägelser till barn och föräldrar att barnet bör upphöra med tumsugning. I vår undersökning instruerades föräldrarna att ge barnet en tillsägelse så snart barnet sög på tummen.

Föräldrar och barn upplystes om att följden av tumsugning kunde bli felaktig tandställning, som skulle nödvändiggöra tandregleringsbehandling. Barnet fick också en gipsmodell av sina tänder att studera. Förstärkningen ligger i att moderns tillsägelser upphör då barnet ej suger. Tillsägelsena kan betraktas som aversiva stimuli.

2. *Lingualbåge.* Apparatur för avvänjningsbehandling som består av en tunn metallbåge som appliceras i gommen genom att fästas i band lagda runt 6-årständerna i överkäken. Bågen är försedd med nedåtgående piggar, vilket avses i det närmaste omöjliggöra tumsugning.

3. *Positiv förstärkning.* Vi valde en form av "success conditioning": Föräldrarna ombads att berömma barnet för att det sög allt mindre på tummen, vilket inte behövde överensstämja med vad föräldrarna verkligen observerade. Föräld-

rarna fick dessutom i uppdrag att ett par gånger i veckan skicka ett meddelande till psykologen om hur duktigt barnet varit. För detta försågs de med ett antal frankerade och adresserade kuvert. Psykologen svarade då med att skicka en belöning till barnet i form av kort som barnet på förhand fått välja ut. Vi avsåg att barnet skulle vara införstått med sambandet mellan belöningen i form av kort och det "avtagande" tumsugandet. Instruktionsen till föräldrarna var strukturerad.

4. *Kontrollgrupp.* Föräldrarna till barnen i kontrollgruppen informerades av tandläkare om att man skulle avvakta bettutvecklingen.

Arbetsgång

Datainsamlingen utfördes på tandregleringspolikliniken i Skövde 1970. Vid det första mötet undersöktes barnet först av tandläkare, vilket omfattade profilröntgen och avtryck för gipsmodell av bettet. Psykologen talade samtidigt med åtföljande förälder, vanligtvis modern. Därefter samtalande tandläkaren med modern, medan barnet undersöktes av psykolog. Föräldrar och barn informerades om respektive behandlingsåtgärd, kontrollgruppen att avvakta. Behandlingsperioden varade 2 1/2 månad.

Försökspersoner

Försökspersonerna utgjordes av 920 barn födda 1961. Barnens föräldrar tillställdes en enkät där de fick ange barnets sugvanor. Enkäten infordrades i samband med att barnen undersöktes på distriktandtandpolikliniken. Svar inkom i samtliga fall.

De 920 barnens sugvanor framgår av *tabell 1*.

Tabell 1. Sugvanor

Suger på		Napp Ja	Napp Nej	S:a
Finger	Ja	28	250	278
Finger	Nej	384	258	642
	S:a	412	508	920

Av de 662 barnen som hade eller hade haft någon form av sugvana hade c:a 40 % (113) kvar vanan vid 9 å.å. Därav var endast ett barn napp-sugare.

61 % av de fingersugande nio-åringarna är flickor, 39 % är pojkar.

Hög tumsugarfrekvens

Av 112 barn som sög vid 9 å.å. var 76 barns föräldrar intresserade att delta i undersökningen. Anledningen till att man inte önskade delta var i allmänhet att tumsugning var av så ringa omfattning, att den kunde negligeras eller att någon bettförändring ej ansågs föreligga enligt föräldrarnas bedömning.

Vi räknade med att endast behandla de som var positiva till tandregleringsbehandling.

De 76 barnen delades in i tre behandlingsgrupper och en kontrollgrupp. Således kom 19 barn i varje grupp.

Mätmetoder

Vi ville använda mätinstrument, som kunde ge svar på våra frågeställningar ur olika aspekter, och som hade olika teoretiska utgångspunkter. Vi satte därför samman ett instrumentbatteri, där såväl projektiva som fysiologiska metoder ingick tillsammans med frågeformulär och intervjuer.

Frågeformulär för barnen. Ett frågeformulär konstruerades för att användas vid intervjun med barnen. Frågorna som kunde besvaras med "ja" eller "nej", var utskrivna på små lappar som barnen fick lägga i en burk märkt "ja" eller "nej".

Frågeområdena gällde:

Sugintensitet.

Motivation till behandling.

Inställning till modern.

Vid den slutliga undersökningen utgick motivationsfrågorna och istället infördes

Attityd till erhållen behandling.

Föräldrintervju. För att undersöka uppkomsten av substitutionssymptom använde vi en föräldrintervju av samma typ som i undersökningen "222 stockholmspojkar" (Johnsson 1964). Intervjun vid efterkontrollen avslutades med en öppen fråga om barnet hade förändrats i något avseende frånsett tumsugning.

Rorschach "Anxiety level". Vi ville även mäta eventuella störningar i form av ångest, ängslighet, "anxiety" dvs störningar på vad som kallas för djupare nivå. Vi använde Rorschach-tavlorna för beräkning av "Anxiety level", AL, enligt den metod som utarbetats av Elizur (1949).

Rita en människa. Som ytterligare mått på psykisk störning valde vi en projektiv utvärdering av "Rita en människa" (Koppitz 1968).

Elektriskt hudmotstånd. Störda barn har visat en tendens att i högre grad än andra erhålla extremvärden ifråga om hudmotstånd (William-Olsson 1966).

Skillnader i inställning till behandling mellan barn, som fått olika typer av avvänjningsbehandling (tabell 2).

Vi fann en tendens till att barnen i behandlingsgrupperna var mera positiva till att sluta suga än barnen i kontrollgruppen. De barn som givits någon form av behandling förefaller att ha uppfattat detta och utvecklat en mer positiv attityd till tanken på att sluta suga. Däremot visade de olika behandlingsgrupperna inga skillnader sinsemellan.

Tabell 2. Attityder till att sluta suga efter behandling
Minus anger poäng under medianen.

	—	+	S:a
Positiv förstärkning	11	8	19
Negativ förstärkning	9	10	19
Lingualbåge	12	7	19
Kontrollgrup	16	3	19
Summa	48	28	76

$\chi^2=5,88$ krit.värde vid 3 df=7,82

Skillnader i effektivitet mellan olika typer av avvänjningsbehandling (tabell 3).

Vi kunde efter 2 1/2 månad konstatera, att samtliga behandlingsmetoder haft effekt, då vi fann en tydlig skillnad mellan kontrollgruppen och behandlingsgruppen. Denna skillnad var bestående även efter ett år. Av behandlingsmetoder har negativ förstärkning rent siffermässigt varit mest effektiv men någon statistisk significant skillnad mellan behandlingsmetodernas effektivitet framkom inte.

Tabell 3. Behandlingsresultat efter 2 1/2 månad

Behandlingstyp	Slutat	Ej slutat	S:a
Positiv förstärkning	5	14	19
Negativ förstärkning	10	9	19
Lingualbåge	8	11	19
Kontrollgrupp	1	18	19
Summa	24	52	76

$\text{Chi}^2=11,22$ krit.värde vid 3 df=7,82

Det är anmärkningsvärt att inte fler barn i kontrollgruppen slutade suga, då enbart de båda undersökningarna torde medfört kraftiga ingrepp i familjerna i form av ledighet från arbetet, resor m.m. Man kunde vara frestad att förklara behandlingseffekten med någon sorts allmän uppmärksamhetseffekt, men kontrollgruppens låga frekvens av barn som slutat suga talar mot detta.

Analys av det frågeområde som gäller barnens uppfattning om moderns beteende ger en antydning om att barnen i behandlingsgrupperna uppfattat modern som mera positiv än vad barnen i kontrollgruppen gjort. Detta skulle möjligen kunna bero på att barnen i behandlingsgrupperna över huvud taget fått mera uppmärksamhet. Enligt frågeformuläret förefaller det även som om mödrarna i den positiva och negativa gruppen betett sig på ett tämligen likartat sätt.

Behandlingsresultat efter ett år

Vid uppföljning efter ett år kallades barn och föräldrar till tandregleringspolikliniken. Barnen och föräldrarna tillfrågades samtidigt av tandlä-

Tabell 4. Behandlingsresultat efter ett år

Behandlingstyp	Slutat	Ej slutat	S:a	Slutat %
Positiv förstärkning	12	7	19	63
Negativ förstärkning	14	5	19	74
Lingualbåge	10	7	17	59
Kontrollgrupp	3	16	19	16
Summa	39	35	74	

$\text{Chi}^2=13,6$ krit.värde för 3 df=7,82

kare om hur mycket barnen sög. Förfarandet skilde sig således något från förfarandet vid undersökningen efter 2 1/2 månader. I tabell 4 redovisas antal barn i varje grupp som efter ett år har slutat eller fortfarande suger. Två barn hade flyttat och kunde ej nås.

Även efter ett år föreligger en statistisk signifikant skillnad mellan grupperna i avseende på behandlingsresultat. Kontrollgruppen visar ett betydligt lägre antal barn som slutat. I gruppen som fick positiv förstärkning synes de flesta barn som slutat efter behandlingens avbrytande, dvs under perioden mellan den primära utvärderingen av behandlingsresultatet och efterkontrollen efter ett år.

Substitutionssymptom till följd av avvänjningsbehandling

Vi fann vid föräldraintervjun inga tecken på att substitutionssymptom skulle ha uppstått. Förutom möjligheten att det verkligen inte uppstått några substitutionssymptom, kan detta förklaras av att symptom kan ha uppträtt, som modern ej märkt eller att modern av ett eller annat skäl ej uppgivit noterade symptom. Något skäl för att mödrarna avsiktligt förtigit uppkomna symptom har vi haft svårt att finna. Däremot finns det väl enligt vår uppfattning en möjlighet att vissa symptom skulle kunna ha undgått mödrarnas upptäkt. Detta torde dock vara uteslutande beträffande allvarligare symptom som enures och stamning.

Ej heller vid våra psykologiska test har vi kunnat finna tecken på mera djupliggande och ej direkt observerbara beteendemässiga störningar hos de barn som utsatts för avvänjningsbehandling.

Undersökningsresultat bör dock värderas med hänsyn till att behandlingen varade endast i 2 1/2 månader.

Skillnader mellan barn som efter behandlingen slutat suga och barn, som fortfar att suga

Sugintensitet. De barn som slutade suga på tummen hade redan före behandlingen en lägre sugintensitet än de barn som ej slutade. Barn som uppgav sig suga i få situationer slutade i större utsträckning att suga (tabell 5).

Tabell 5. Sugintensiteten och behandlingsresultat
Minus anger poäng på sugintensitet under medianen.

	—	+	S:a
Slutat suga	16	7	23
Ej slutat suga	13	21	34
Summa	29	28	57

$\text{Chi}^2=4,21$ krit.värde vid 1 df=3,84

Motivation och attityd. Barnets motivation till att sluta suga och attityd till erhållen behandling visar inget samband med behandlingsresultatet. Frågorna som rör intensitet är mera konkreta än övriga frågor och kan möjligen därför ge bättre utslag med tanke på att försökspersonerna är barn. Det är också tänkbart att intensiteten är mest avgörande för om barnet kommer att sluta eller ej. Barnets sugintensitet bör i någon mån kunna användas som prognosinstrument vid behandling.

Symptombelastning. Resultaten på den öppna frågan i föräldraintervjun visar, att mödrar till barn, som slutat suga, oftare angivit en positiv förändring i barnets allmänna beteende. Mödrar till barn, som efter behandlingen fortfarande suger, har oftast angivit, att barnet ej ändrat sig på något sätt. (Tabell 6)

Några tänkbara förklaringar:

1. De barn, vars mödrar anser, att barnen allmänt förändras på ett positivt sätt, slutar i större utsträckning att suga på tummen.
2. Mödrar till barn, som slutat suga på tummen, har fått en mer positiv syn på sina barn.

Tabell 6. Förändringar i tumsugningsvanor kontra förändringar i barnets allmänna beteende

Plus anger att barnets allmänna beteende förändrats positivt.

	+	0		S:a
Slutat suga	11	8	4	23
Ej slutat suga	6	22	6	34
Summa	17	30	10	57

$\text{Chi}^2=4,62$ krit.värde vid 1 df=3,84

3. Barn, som slutar suga på tummen, förändrar sig även i andra avseenden på ett sätt, som av mödrarna upplevs som positivt.

Beträffande föräldraintervjuns strukturerade del, Rorschach AL, Rita en människa och Hudmotstånd finns ingen skillnad mellan barn som slutat och barn, som suger efter behandlingen. Man kan således konstatera, att den enda skillnad som noterats är till förmån för de barn som slutat suga efter behandling.

Könsskillnader. Symptombelastning uppdelad på kön beträffande den grupp som slutat och den grupp som efter behandling fortfarande suger, ger någon form av utslag beträffande föräldraintervjun och Rorschach AL. De uppkomna skillnaderna är något svårtolkade, liksom i de flesta andra undersökningar kan man konstatera att pojkar förefaller att vara mer störda än flickor. En fortsatt analys av resultaten ger en viss grund för ett antagande, att det möjligen kan vara så, att pojkar som efter behandling fortfarande suger på tummen, skulle ha något högre störningsgrad än övriga barn. Hur detta i så fall skulle förklaras kan man knappast sluta sig till av undersökningsresultaten.

Sammanfattande diskussion

Några tecken på att störningar skulle ha uppstått i samband med avvänjningsbehandlingen har vi ej kunnat finna, vare sig vid jämförelse mellan kontrollgruppen och behandlingsgruppen eller vid jämförelser mellan barn, som slutat, och barn som fortfar att suga efter behandling.

Resultatet kunde möjligen blivit annorlunda,

om behandlingsperioden utsträckts tills alla barn slutat suga på tummen (vilket ej var möjligt av praktiska skäl).

Vi kan här anknyta till de teorier som antyder att man kan urskilja två grupper av prolongerade tumsugare, där den ena skulle vara en mera belastad grupp och eventuellt reagera negativt vid avvänjningsbehandling (Jacobson 1964). Vi är väl något tveksamma till, att man skulle kunna finna två klart skilda grupper, men vi anser det inte uteslutet, att man skulle fått en störd restgrupp om behandlingsperioden förlängts. Vi fann ju en osäker tendens till att pojkar som fortfarande sög efter behandling, kunde vara något mera störda än övriga barn. Det skulle fortfarande varit svårt att avgöra vilken roll själva tumsugningen spelade hos barnet.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Davidson, P. O. et al. (1967). Thumbsucking: Habit or Symptom? J. Dent. Child, Vol. 34, July, sid 252—, 1967.
- Elizur, A. (1949). Content Analysis of the Rorschach with Regard to Anxiety and Hostility. J. Proj. Tech., nr 12, sid. 247—284, 1949.
- Embring (1955). Mamma-Pappa-Barn. Uddevalla.
- Engqvist, A. (1969). Beteendeterapi. Kongress, Bollnäs sjukhus.
- Eysenck, H. J. (1960). Behaviour Therapy and the Neuroses. London.
- Freud (1965). Sexualteori. Stockholm.
- Jonsson, G. och Kälvesten, A-L (1964). 222 Stockholmspojkar. Stockholm.
- Kopitz, E. (1968). Psychological Evaluation of Childrens Human Figure Drawings. N.Y.
- Larsson, E. (1971, 1972). Dummy and Finger-sucking Habits with Special Attention to their Significance for Facial Growth and Occlusion.
- William-Olsson, I. (1966). Vänadskonduktans som mått på emotionell störning hos förskolbarn. Lic. avh. Ped. Inst., Stockholms Universitet. (Stencil).

Tandvårdsförsäkringen — för och emot

Klipp redigerade av Sten Söderberg

Den 15 mars framlade regeringen sin proposition om allmän tandvårdsförsäkring. Den byggde på den enmansutredning som hade gjorts av generaldirektör Lars-Åke Åström, biträdd av ett antal experter.

Socialministern Sven Aspling presenterade reformen vars huvuddrag är: En allmän tandvårdsförsäkring från 1 jan 1974, men med vissa övergångsbestämmelser redan i höst, för alla över 19 år och efter hand också för 17—19-åringar. Barntandvården är avgiftsfri.

Försäkringen omfattar all slags tandvård såväl i folktandvården som hos privatpraktiserande tandläkare.

Ersättningen utgår med i regel hälften av kostnaden enligt en fastställd taxa. Kostnader över 1 000 kr ersätts med 75 procent liksom vissa proteser. För tandkirurgisk behandling vid central-tandpoliklinik gäller 12-kronan. Man får ersättning för resor till tandläkare för den del av kostnaden som överskrider 15 kr.

Ett program för en omfattande utbyggnad av landstingens folktandvård slås fast.

650 miljoner kr

Kostnaderna för försäkringen beräknas första året till minst 650 milj kr.

Utredningen om tandvårdsförsäkringen förordade en frivillig anslutning till försäkringen. Regeringen har dock gått ifrån detta och föreslår en automatisk anslutning för alla tandläkare i ett inledningsskede av två år.

— Vi måste ha garantier för att försäkringen fungerar fullt ut, motiverade socialminister Sven Aspling vid presskonferensen.

Det finns möjligheter för tandläkarna att begära undantag från