

CENTRALSTIMULANTIA TILL ÖVERAKTIVA BARN?

Dags mjuka upp inställningen till en effektiv behandling

Centralstimulantia (CS) – särskilt amfetamin och metylfenidat – har sedan 60 år tillbaka använts i USA i behandlingen av barn och ungdomar med överaktivitet. Miljontals vuxna amerikaner har medicinerat med CS under månader till flera år av sin barndom [1, 2]. Någoting motsvarande har aldrig förekommit vare sig i Sverige eller i andra nord- eller västeuropeiska länder.

Hur kan behandlingsrutiner ha utvecklats så olika i kulturer som för övrigt har så mycket gemensamt avseende synen på sjukdom och hur den skall behandlas? Finns det skäl att omvärdera den amerikanska eller den europeiska behandlingstraditionen avseende personer med överaktivitet och koncentrationssvårigheter?

Det står sedan lång tid tillbaka helt klart att CS i många fall har kortsiktigt positiva effekter på överaktivitet och koncentrationssvårigheter hos barn, och att biverkningarna är förhållandevis få [3] och lindrigare än vad som gäller för flertalet andra mediciner som ges till barn och ungdomar. Risken för utveckling av missbruk eller tolerans är minimal eller obefintlig [4, 5]. Flera olika studier har visat att CS-behandling av överaktiva barn kan förbättra både familje- och kamratrelationer och barnets beteende och prestationer i skolan [6-10]. Vissa studier tyder också på att CS förstärker positiva effekter av beteendeterapi vid överaktivitet hos barn [10].

Svensk studie

Hittills har praktiskt taget alla studier av effekterna av CS vid beteendestörningar hos barn och ungdomar gällt behandlingstider understigande ett halvår, och flertalet av de hundratals publicerade studier som finns att tillgå har avsett behandlingstider understigande en månad [1]. Endast en placebokontrollerad

dubbelblind långtidsstudie av CS finns, och den har genomförts i Sverige [11].

I den svenska studien ingick 72 barn, mellan 6 och 11 år, som uppfyllde symptomkriterier för s k ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) och som hade föräldrar som sökt hjälp på grund av barnens symtom. Flertalet barn i studien uppfyllde också kriterier för s k DAMP (deficits in attention, motor control and perception). Tio barn avbröt öppen behandling med amfetamin under de första tre månaderna, på grund av antingen utebliven positiv effekt eller biverkningar. Övriga 62 randomiserades dubbelblint till placebo eller amfetaminbehandling i ytterligare tolv månader.

Sammanfattningsvis gav uppföljningen vid handen att amfetamin hade kvarstående positiva effekter på överaktivitet och koncentrationssvårigheter 15 månader efter påbörjad behandling. Även inlärningen föreföll underlättas, vilket återspeglades bl a i att IQ steg signifikant i amfetamin- men inte i placebogruppen. Biverkningarna var beskedliga och reversibla vid dosreduktion eller medicinutsättning. Effekterna var lika positiva oberoende av om barnen med ADHD-symtom hade tilläggsproblem i form av svag begåvning (ingen hade IQ < 50) eller autistiska symtom.

Ett barn i varje klass drabbas

ADHD och/eller DAMP drabbar åtminstone ett barn i varje svensk skolklass. Vart femte av dessa barn har mycket stora svårigheter [12]. Prognosen till vuxen ålder är, utan behandling, psykosocialt sett dålig i ungefär hälften av fallen. Risken för psykisk sjukdom, depression och antisocialitet är stor i jämförelse med befolkningen utan DAMP [13].

När nu både mängder av korttidsstudier och en långtidsstudie visar att CS är en effektiv behandlingsmetod, borde då inte alla med ADHD/DAMP få pröva sådan medicin? Särskilt med tanke på att positiva effekter (som är mycket påtagliga i 60–80 procent av samtliga fall) brukar kunna urskiljas redan efter någon eller några dagars behandling bor-

de det vara enkelt att snabbt avgöra vem som skulle vara lämplig kandidat för längre tids behandling.

Risken för missbruk

Ställningstagande i frågan är dock alltid komplicerat. Det är omöjligt att frigöra sig från vetskapen att CS kan missbrukas. Det är lätt att säga att medicinsk behandling skall styras av rationella skäl – och behandling av ADHD/DAMP med CS är såtillvida rationell – men man kommer inte ifrån att CS-behandlingen på grund av »kopplingen» till t ex amfetaminmissbruk är kontroversiell. Det finns visserligen starka argument för medicineringen: den är effektiv, förhållandevis ofarlig och dygnsdoserna är i allmänhet 1–5 procent av vad som krävs för att bli »hög», men barn och familjer kommer ändå ofta att mötas av en oförstående attityd.

Det kan också vara problematiskt att behandla störningar som allmänheten uppfattar som variationer på temat »normalitet» med mediciner, oberoende av om medicineringen utgörs av CS eller inte.

Det är också viktigt att framhålla att diagnos, utredning och information om betydelsen av och orsakerna till ADHD/DAMP, samt attitydförändring och pedagogiska insatser – utan farmakologisk behandling – ofta kan leda till mycket stora framsteg, särskilt i de låta och måttligt svåra fallen.

Behandlingsrekommendationer

Det går dock inte längre att försvara inställningen att alla barn med ADHD/DAMP skall behandlas helt utan medicin, när det är uppenbart att medicinerings kan vara mycket effektiv (även kostnadseffektiv) och ofarlig. Det är ännu så länge svårt att ge några enkla riktlinjer och behandlingsrekommendationer inom området, men jag skall ändå göra ett försök:

1. Reservera tills vidare CS-behandling för fall av svår ADHD/DAMP oberoende av barnets IQ (om den är över ca 50) och eventuell förekomst av autistiska

Författare

CHRISTOPHER GILLBERG

professor, avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Annedalskliniken, Göteborg.

ka symtom. Gällande diagnoskriterier [14, 15] skall vara uppfyllda.

2. All CS-behandling av barn och ungdomar skall handhas av specialkunnig barn- och ungdomspsykiater eller i samråd med sådan expertis. Noggrann kontroll av antal förskrivna doser och effekten av medicinering, helst i någon form av dispensärverksamhet, är nödvändig.

3. I svåra fall av ADHD/DAMP överväg *bara undantagsvis* CS-behandling om andra åtgärder inte först prövats.

4. Överväg *alltid* CS-behandling om barnet eller tonåringen har så stora anpassningssvårigheter att man planerar skolbyte, fosterhemsplacering eller vård på behandlingshem.

5. Ge ej CS till barn yngre än 5 år.

6. Behandla i första hand med amfetamin 5–10–15 mg \times 2–3 med 3–4 timmar mellan doserna (amfetamin väljs på grund av dess låga risk för kramptröskelsänkande effekt och därför att det är den medicin som prövats i långtidsstudien), i andra hand med metylfenidat i doser om 10–15 mg \times 2–3.

7. Om en positiv effekt ses efter omkring tre veckors behandling, fortsatt i ett år varefter utsättningsförsök skall göras. Om en försämring ses vid utsättning, fortsatt ett år till. Behandlingen kan pågå åtminstone till puberteten, förutsatt att den är fortsatt effektiv. Risken för bestående tillväxthämning är minimal.

Fortsatt gäller att CS endast kan förskrivas med licens från Läkemedelsverket.

Av det sagda framgår att inget barn

med ADHD/DAMP får behandlas med CS utan att andra hjälpinsatser (huvudsakligen råd, stöd och pedagogik) prövats eller övervägts.

CS-behandling av vuxna

Frågan om CS-behandling av vuxna med ADHD/DAMP är, om möjligt, ännu mera kontroversiell. Det är väsentligt att genomföra systematiska studier av CS-behandling av vuxna innan eventuella riktlinjer kan utfärdas. Det är välkänt att en inte oväsentlig minoritet av alla barn med ADHD/DAMP har kvarstående svåra problem med aktivitetskontroll, uppmärksamhet och koncentrationsförmåga i vuxen ålder [13].

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det finns skäl för att fortsatt försvara en restriktiv förskrivning av CS i Sverige. Samtidigt är det tid att mjuka upp den rigida inställningen att CS helst inte alls skall komma till användning i behandlingen av ADHD/DAMP. I stället måste det nu betraktas som felaktig handläggning att inte ens överväga CS-behandling i svåra, »terapieresistenta» fall av ADHD/DAMP hos barn och ungdomar i åldrarna 5–16 år.

Referenser

- Jacobvitz D, Sroufe LA, Stewart M, Leffert N. Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs: a comprehensive review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 677-88.
- Barkley RA. *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 1990.
- Stevenson RD, Wolraich MD. Stimulant medication therapy in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1989; 36: 1183-97.
- Dulcan MK. Using psychostimulants to treat behavioral disorders of children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 1990; 1: 7-22.
- Fulton A, Yates WR. Family abuse of methylphenidate. *Am Fam Physician* 1988; 38: 143-5.
- Garfinkel BD, Wender PH, Sloman L, O'Neill I. Tricyclic antidepressant and methylphenidate treatment of attention deficit disorder in children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22: 343-8.
- Barkley RA. The social interactions of hyperactive children: Developmental changes, drug effects and situational variation. In: McMahon R, Peters R, eds. *Childhood disorders: Behavioral-developmental approaches*. New York: Brunner/Mazel, 1985.
- Douglas VI, Barr RG, O'Neill ME, Britton BG. Short-term effects of methylphenidate on the cognitive learning academic performance of children with attention deficit disorder in the laboratory and the classroom. *J Child Psychol Psychiatry* 1986; 27: 191-211.

- Sebrechts MM, Shaywitz SD, Shaywitz BA, Jatlow P, Anderson GM, Cohen DJ. Components of attention, methylphenidate dosage and blood levels in children with attention deficit disorder. *Pediatrics* 1986; 77: 222-8.
- DuPaul GJ, Barkley RA. Social interaction of children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects of methylphenidate. In: McCord R, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*. New York: Guilford Press, 1992.
- Gillberg C, Melander H, von Knorring AL, Janols LO, Thernlund G, Hägglöf B et al. Long-term central stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder. A randomized double blind placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. Under publ.
- Gillberg C, Rasmussen P, Carlström G, Svenson B, Waldenström E. Perceptual, motor and attentional deficits in six-year-old children. *Epidemiological aspects. J Child Psychol Psychiatry* 1982; 23: 131-44.
- Gillberg C, Hellgren L. Outcome of attention disorders. In: Sandberg S, ed. *Hyperactivity disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996: 473-9.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington DC: APA, 1994.
- Landgren M, Kjellman B, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/neuropsychiatric disorders in six-year-old children. *Epidemiology and comorbidity. Dev Med Child Neurol* 1996; 38: 891-906.

Översikt eller medicinsk kommentar?

Många av Läkartidningens läsare följer utvecklingen inom olika områden i internationella specialtidningar och böcker. Om nya rön är av så stor betydelse att stora läkargrupper i Sverige borde informeras om dem kanske en medicinsk kommentar eller kort översikt i Läkartidningen är motive-rad.

Redaktionen sätter stort värde på artiklar där flera aktuella arbeten jämförs och sammanfattas så att kliniskt viktiga slutsatser kan dras, likaså på översikter som speglar spännande utveckling inom en specialitet eller ett ämnesområde.

Skriv eller ring gärna innan du skriver en artikel av denna typ!