

KONGRESSRAPPORT

Augusti 2026

EN RAPPORT FRÅN IACAPAP 2026

HAMBURG 1-4 JULI

THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT
PSYCHIATRY AND ALLIED PROFESSIONS

I denna rapport delar specialtläkare i psykiatri Gerhard Karlström med sig av några höjdpunkter från kongressen.



GERHARD KARLSTRÖM

Privat bild

Jag gillar uttrycket "take home message" som ständigt återkommer på kongresser. Mitt *take home message* från IACAPAP, eller egentligen från vilken större kongress som helst är: Åk på kongress! En kongress ger så mycket tankvärt, både inom de områden där man redan är expert och inom sådant som ligger lite utanför den egna kliniska vardagen. Just de perspektiven kan ge nya idéer och infallsvinklar att ta med sig hem.

Jag deltog bland annat i flera föreläsningar om *gender medicine*, ett område som är högaktuellt, och om forskning och behandling vid självskadebeteende.

ADHD- It's not just the child: On the need to expand our narrative"

Jag inledde den minst sagt fullmatade kongressen med att lyssna på Dr **Tycho Dekkers** (Medicinska universitetet i Groningen) föreläsning "ADHD – It's Not Just the Child: On the Need to Expand Our Narrative".

Om man ska koka ned budskapet kan föreläsningen sammanfattas med frågan: "*infant or context?*" Dr Dekker betonade **vikten av att vi som kliniker inte enbart fokuserar på individen**, utan också på den kontext i vilken patientens symtom uppstår och utvecklas. Han använde ADHD som exempel, men framhöll att resonemanget egentligen är tillämpligt på de flesta områden inom psykiatrin.

Han använde begreppen Disorderism och Decontextualisation för att belysa den biomedicinska modellen, där vi i första hand ser och behandlar patienten (hjärnan). Han belyste att detta leder till lägre förväntningar på psykoterapi, högre förväntningar på medicin, en mer pessimistisk syn på framtiden samt ökade tankar kring att vara "en person med problem". Dr Dekker avslutade den delen med att det även leder till "less empathy in clinicians". Sammanfattningsvis **"diagnosen blir förklaringen till mina problem"**.

Hur kan vi bredda vårt synsätt? "Treat the context" flyttar fokus från barnet och han lyfte fram att föräldrautbildning/-träning har robust evidens och ingår i de flesta (om inte alla) riktlinjer för ADHD.

Svårigheter med långa väntetider, personalbrist, drop out och andra utmaningar belystes, och han beskrev en RCT-studie med endast tre sessioners föräldrautbildning som just nu genomförs.

Kontentan i den här delen av föreläsningen var att vi inte ska fastna i ett ensidigt fokus på patienten.

Avslutningsvis diskuterades ordets makt, det vill säga **hur vi framställer ADHD**. Det väckte tankar kring att ADHD kan ses som en naturlig variation och inte som en "disorder that needs to be eliminated". Bidrar vi läkare till att i onödan medikalisera ADHD hos våra patienter, utan att samtidigt se vikten av den sociala kontext de befinner sig i?

Jag tror att vi alla kan känna igen oss i att ibland falla i den fälla som beskrevs under föreläsningen, och jag tyckte att den gav mig en del att fundera vidare på.

PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ADHD ACROSS EUROPE

Jag gick av nyfikenhet på föreläsningen "Pharmacological Treatment of ADHD Across Europe". Föreläsningen gav en **rundtur genom Italien, Tyskland och Ungern**.

Den första delen hölls av **Sara Carucci**, PhD, MD, från Child and Adolescent Neuropsychiatric Unit, University of Cagliari. Kortfattat beskrev hon en bild av **ADHD-vården i Italien** som rudimentär och flera årtionden efter övriga Europa. Till exempel finns varken atomoxetin eller Elvanse tillgängligt. Registerdata tyder på att endast omkring 4 000 barn och ungdomar i Italien behandlas med läkemedel för ADHD.

Alexander Häge från Central Institute of Mental Health i Mannheim berättade om **de nya tyska riktlinjerna**, som vid tidpunkten för kongressen ännu **inte** var publicerade.

De grundläggande behandlingsprinciperna är psykoedukation (startpunkt för alla behandlingsvägar) samt individanpassad multimodal behandling med fokus på svårighetsgrad.

Vid *milda* symtom ligger det initiala fokuset på psykosociala insatser (föräldrautbildning, beteendeterapi).

Vid *måttliga* symtom rekommenderas val mellan psykosocial intervention, medicinering eller en kombination av dessa.

Vid *allvarliga* symtom är rekommendationen medicinering, vanligtvis i kombination med psykosocialt stöd.

De nya riktlinjerna gör ingen skillnad mellan vilket centralstimulerande läkemedel som ska användas initialt. Guanfacin är inte godkänt för vuxna i Tyskland, däremot atomoxetin.



Kombinationsterapi med atomoxetin alternativt guanfacin vid svag effekt eller biverkningar av CS. I grundschemat rekommenderas inte atypiska neuroleptika, men de kan övervägas vid svår impulsivitet eller aggressivitet efter en risk-nytta-analys. Kortverkande CS rekommenderas inte vid tidigare missbruk. I rekommendationerna anges även att cannabis inte rekommenderas som ADHD-behandling.

Föreläsaren beskrev en betydande skillnad mellan riktlinjer och verklig klinisk praxis i Tyskland. Medan epidemiologiska uppskattningar tyder på en prevalens på 5 % hos barn och något lägre hos vuxna, visar administrativa data att endast 0,6 % av vuxna diagnostiseras. Ungefär 41 % av de diagnostiserade barnen och 44 % av de vuxna får ingen dokumenterad ADHD-specifik behandling. Endast 7 % av patienterna får den rekommenderade multimodala behandlingen (medicinering och psykoterapi).

Avslutningsvis föreläste Dr **Peter Nagy**, verksam vid Bethesda Children's Hospital i Budapest, om **situationen i Ungern** utifrån en tioårig longitudinell studie (2013–2022) som analyserar ADHD-diagnoser och farmakologiska behandlingsmönster i Ungern. Studien visar att även om den globala prevalensen uppskattas till 5 %, tyder ungerska data på att endast ett av sju barn med ADHD (cirka 13,7 % av den drabbade befolkningen) faktiskt får en diagnos. Föreläsarens slutsats var att ADHD-vården i Ungern kännetecknas av underdiagnostik och otillräcklig behandling. Endast ett av 35 barn som beräknas ha ADHD i Ungern får behandling som följer internationella kliniska riktlinjer.

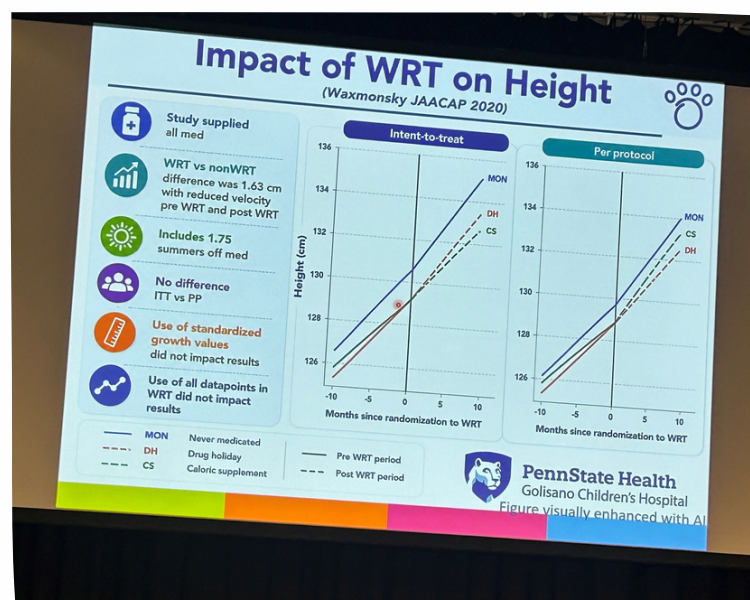
ADHD MEDICATIONS. GROWTH MONITORING AND MANAGEMENT

Prof. **James Waxmonsky**, Penn State College of Medicine. Här redovisades **longitudinella MTA-data om de fysiska effekterna av CS vid ADHD**, med särskilt fokus på längd, vikt och BMI. Slutsatsen var att CS har en tydlig, dosberoende effekt på tillväxthastighet (längd) och vikt.

Även om viktnedgången är initial och åtgärdbar, är tillväxthämningen kumulativ och kopplad till exponeringens frekvens och varaktighet snarare än enbart den dagliga dosen.

MTA-studien visar att konsekvent medicin-användning under ett decennium ger cirka 2,5 cm sämre längdtillväxt jämfört med icke-medicinerade ADHD-patienter. Att påbörja medicinering i yngre ålder (t.ex. vid 4–6 års ålder) leder till ett snabbare längdunderskott eftersom tillväxthastigheten naturligt är högre hos yngre barn. Kumulativ livstidsexponering (totalt antal milligram över flera år) är den främsta drivkraften bakom tillväxthämning. Den "amerikanska modellen" når ofta en kumulativ exponering på omkring 100 000 mg under ett decennium, medan ett europeiskt förhållnings-sätt, där behandlingen ofta begränsas till skoldagar, ger en betydligt lägre kumulativ exponering och försumbar påverkan på längdtillväxten. Data tyder på att om ett barn har en återstående tillväxtperiod efter att ha avslutat medicineringen kan längdtillväxten återhämta sig. Det finns dock inga bevis för att ADHD-medicin förlänger tillväxtperioden.

Medan stimulantia initialt dämpar aptit och vikt är ADHD i sig kopplat till en accelererad ökning av BMI under tonåren. År 2020 hade 20 % av barn och ungdomar i USA obesitas (CDC). Det är sedan tidigare känt att ADHD medför en ökad risk för obesitas. Cirka 75 % av barn med obesitas har obesitas även som vuxna.



ADHD medför en ökad risk för övervikt i vuxen ålder, även efter justering för inkomst och andra psykiska besvär. Cortese (2014) visar en 70-procentig riskökning för obesitas hos vuxna och en 40-procentig riskökning hos barn vid ADHD. Barn med ADHD-symtom vid 5 års ålder har nästan dubbelt så hög risk för obesitas i vuxen ålder. Denna "sjukdomseffekt" överskuggar ofta den initiala medicininducerade viktne­d­gången när barnet mognar. Även om vikten kan återhämtas genom kaloritillskott eller uppehåll i CS-behandlingen, leder viktuppgång inte automatiskt till en återhämtning av längdtillväxten.

COMPLEX INTERACTION BETWEEN ADHD, SLEEP AND MEDICATION

Margaret Danielle Ass. Professor, Harvard Medical School inledde med att tydliggöra att **ADHD är en "24-hour disorder"**.

Hon beskrev sömnbesvär som ett kärnsymtom vid ADHD. Cirka 73 % av barn med ADHD upplever sömnsvårigheter, kännetecknade av nedsatt sömn, vakenhet efter insomnande och minskad sömneffektivitet (Mahli et al., *World Journal of Clinical Pediatrics*, 2025; metaanalys av 44 studier).

Longitudinella data visar att sömnproblem vid nio års ålder förutsäger ADHD-symtom vid 13 års ålder, och vice versa. Detta tyder på ett robust, ömsesidigt samband snarare än en enkel orsak-verkan-modell. Ungdomar med ADHD har en sexfaldigt ökad risk för sömnstörningar.

Professor **Margaret D. Weiss**, Clinical, University of British Columbia, Vancouver, förespråkade ett paradigmskifte: att **se sömn som ett primärt kliniskt** utfall snarare än enbart en biverkning. Hon föreslog att en ADHD-utredning ska inkludera en sömnscreening. Sömnbrist hos ungdomar är en betydande folkhälsorisk, särskilt när det gäller högriskbeteenden och trafiksäkerhet. Sömnens betydelse för prestation belystes med budskapet "No ZZZ, No Keys" och att betydande sömnbrist kognitivt motsvarar att konsumera tre alkoholhaltiga drycker.

Sömnproblem förutsäger självständigt en sämre livskvalitet och brister i sociala färdigheter, även när ADHD-symtomen i övrigt är välhanterade.

CARDIOVASCULAR CONSIDERATIONS IN PEDIATRIC CONSIDERATIONS IN ADHD PHARMACOTHERAPY

Professor **Samuel Cortese** redovisade en metaanalys publicerad i *Lancet Psychiatry* i maj 2025: "*Comparative Cardiovascular Safety of Medications for ADHD in Children, Adolescents and Adults: A Systematic Review and Network Meta-analysis*". Metaanalysen omfattade över 100 randomiserade kontrollerade studier (RCT) med cirka 25 000 individer och gav en omfattande **jämförelse av olika ADHD-läkemedel**.

De flesta läkemedel visade en liten genomsnittlig ökning av kardiovaskulära parametrar. Till exempel var metylfenidat associerat med en genomsnittlig ökning av systoliskt blodtryck på 1,8 mmHg. Data stöder inte det vanliga kliniska antagandet att icke-stimulantia är signifikant säkrare än stimulantia när det gäller blodtryck. Både CS och icke-CS kräver därför liknande övervakning. Även om de genomsnittliga ökningarna är små varierar de individuella svaren avsevärt.

Den primära slutsatsen var att även om dessa läkemedel kan orsaka mindre, statistiskt signifikanta öknin­gar av hjärtfrekvens och blodtryck, är den övergripande kliniska risken låg för de flesta patienter. Forskning visar att ADHD i sig är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom, oberoende av medicinering. Enligt professor Cortese gav metaanalysen inte några bevis för en ökad risk för allvarigare tillstånd, såsom hjärtsvikt eller allvarliga arytmier, under långvarig behandling. Föreläsarens kliniska budskap var att EKG endast rekommenderas vid kända riskfaktorer samt att pediatrik konsultation och 24-timmars-EKG bör övervägas vid mer omfattande riskfaktorer.

ADHD medför också en ökad risk för hypertoni, oberoende av behandling.

EMOTIONAL DYSREGULATION AND ADHD MEDICATION

Professor **Raman Baweja**, Department of Psychiatry and Behavioral Health, Penn State, beskrev **skärningspunkten mellan ADHD och emotionell dysreglering**, med fokus på diagnostiska utmaningar, effekten av stimulantbehandling och farmakologiska strategier för att hantera irritabilitet och aggression. Han redovisade egen forskning (2022) som visade att emotionell dysreglering som yttrar sig som irritabilitet, reaktiv aggression och "emotionalitet", förekommer hos upp till 50 % av ungdomar med ADHD.

Irritabilitet och aggression är kärnkomponenter i DMDD, men de förekommer ofta tillsammans med ADHD. Vid ADHD är aggression typiskt "reaktiv", en impulsiv reaktion på frustration eller miljömässiga begränsningar (t.ex. att en leksak tas ifrån mig). Behandling med CS leder till minskad irritabilitet hos 71 %, försämring hos 19 % och oförändrad irritabilitet hos 10 % (Winters et al., JCAP, 2018). När det gäller medicinering förespråkades optimering av CS före tillägg av andra läkemedel samt att problemets omfattning bör ha kartlagts innan ytterligare läkemedel sätts in. Om optimerad behandling med stimulantia och psykosociala interventioner är otillräcklig kan tillägg av andra läkemedel övervägas.

POSITIVE ASPECTS OF ADHD

Denna föreläsning med Dr **Martine Hoogman**, (Department of Psychiatry and Medical Neuroscience, Radboudumc, Nijmegen, Nederländerna), fångade mitt intresse.

Hon beskrev att forskning har **identifierat fem kategorier av positiva aspekter som vuxna med ADHD rapporterar**.

Social-affektiva färdigheter: humor, social intelligens och empati.

Flexibilitet och kreativitet: divergerande tänkande och problemlösning utanför boxen.

Dynamism: hög energi, entusiasm och en spontan attityd.

Kognitiva färdigheter: hyperfokus och intuitivt beslutsfattande.

Högre kompetenser: mod, rättvisa och uppskattning av skönhet och kvalitet.

Styrkor uppfattas olika beroende på observatör och miljö. Föräldrarapporter fokuserar på entusiasm, kreativitet och humor hos barn. Lärarrapporter betonar energi, flexibilitet och divergerande tänkande. Lärare rapporterar sällan hyperfokus, troligen eftersom det är mindre synligt eller mindre funktionellt i en strukturerad klassrumsmiljö. I vuxnas självrapporter lyfts oftast hyperfokus och uthållighet fram.

För att gå bortom subjektiv självrapportering använde forskarteamet standardiserade verktyg, och det som då framkommer är följande:

Kreativitet och nyfikenhet. Det starkaste stödet finns för divergerande tänkande (förmågan att generera många idéer) och kreativa prestationer, särskilt hos vuxna. Evidensen hos barn är fortfarande inkonsekvent.

Nyfikenhet och livsglädje. Dessa egenskaper framträder konsekvent som betydande styrkor hos personer med ADHD i flera studier.

Slutligen är det fortfarande oklart om **hyperfokus** ska klassificeras som en styrka eller som en brist i uppmärksamhetskontrollen. Många styrkor som rapporterats av vuxna är ännu inte mätbara eller framträdande hos barn, vilket tyder på att dessa egenskaper kan utvecklas eller bli mer framträdande med åldern.

Gerhard Karlström
Specialistläkare
i psykiatri

