

ADHD-epidemien og det biomedisinske paradigmet

Per Are Løkke
psykolog i privatpraksis
pe-arelo@online.no

Espen Idås reiser en svært viktig og høyst betimelig debatt. Jeg opplever at psykisk helsevern for barn og ungdom utvikler seg i en retning som blir mer og mer fremmed for barnets livsverden – og at tilnærmingen til «ADHD-barnet» er det fremste eksempelet på denne fremmedgjøringen. Jeg erfarer at den biomedisinske sykdomsforståelsen med diagnosemanualenes overfladiske klassifisering og objektivisering får stadig mer makt og hegemoni. Den økte tendensen til medisinsk ensretting av forskningen, til utredninger in absurdum og til bruk av standardiserte behandlingsmetoder, abstraherer det kliniske feltet og tømmer det for kreativitet og nytenking; lik diagnose utløser lik behandling. Stadig flere og yngre barn medisineres over lengre tid. Dette gjelder spesielt barn som får diagnosen ADHD, men terskelen for å medisiner barn med andre følelsesmessige problemer har også sunket dramatisk. Men la oss her holde oss til ADHD.

Diagnostiseringen

Gutter med symptomer som uro, impulsivitet, mangel på konsentrasjon og aggressiv atferd er den primære pasientgruppen i psykisk helsevern for barn og ungdom. Det finnes ingen objektive tester som kan påvise ADHD blant disse guttene. Diagnosen er basert på observasjoner av atferd alene. Siden tester ikke finnes, blir utfordringen i hvert unike tilfelle å utelukke at barnets problemer ikke primært skyldes relasjonskonflikter, oppdragelsesproblemer, følelsesmessige traumer, barnets temperament eller naturlig variasjon. Som Espen Idås påpeker, finnes det i dag ingen klare differensieringskriterier som hjelper oss i dette arbeidet. Vi ser isteden en automatpsykologi bre om seg, der de ovennevnte symptomer automatisk fører til medisinering. Vi må spørre om ikke hele behandlingsfeltet er tjent med en mer undrende innstilling til hva disse symptomene er uttrykk for.

Etiologi

ADHD fremstilles som en hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse på tross av at det ikke finnes vitenskapelig belegg for å hevde dette (National Institutes of Health, 1998). I tillegg underslås det faktum at barnets hjerne og biokjemi også formes av livserfaringer (Perry, 2002). Vi ser at den nevrologiske kunnskapen om ADHD i dag står i fare for å stivne i et dogme som underslår fenomenenes mangfoldighet og stopper tverrfaglig kunnskapsutvikling.

Ritalinbehandlingen

Spørsmålene knyttet til medisinering av barn er mange. Det er derfor påfallende at det i så liten grad reises kritiske spørsmål. I de sjeldne tilfellene hvor vi har sett tilløp til faglig debatt, blir kritiske bemerkninger bagatellisert eller blindt tilbakevist.

Min påstand er at konstruksjonen av ADHD står og faller på den dramatiske og magiske virkningen av Ritalin. Det var Charles Bradley i 1937 som ved en tilfeldighet oppdaget virkningene av Ritalin brukt på barn med hjerneskader (Schachar, 1986). Bradley ga Benzdrine til disse barna for å øke blodtrykket. Det var et tiltak som skulle lindre hodepine. Isteden oppdaget han bedret skolegang og roligere atferd. Men de gode virkningene var ikke begrenset til barn med hjerneskader. Bradley oppdaget at det hjalp alle barn, så vel rastløse og aggressive som innadvendte. Han var også

av den oppfatning at virkningen var kortsiktig og advarte mot en overdreven tro på medikamentets «magiske» effekt, fordi medisineringen ville kunne maskere betydningen av sosiale og pedagogiske forhold.

Vi vet at Ritalin er et sentralstimulerende middel på linje med kokain og amfetamin. Ritalin har vært brukt i kriger for å få soldater til å føle mindre, være mer utholdende og konsentrere seg bedre. Det har også vært brukt til å fremkalle psykoser. Ritalin har også vært utprøvd for en rekke andre sykdomstilstander. Den kjente psykiateren og avhengighetsforskeren Nora Volkow (1995) har vist hvordan Ritalin stimulerer korttidshukommelsen til alle mennesker. Hvorfor er det da likevel innenfor fagfeltet noen som tror at Ritalin har en spesifikk virkning på barn med ADHD, og at Ritalin nærmest virker som et vitamin kroppen mangler for å fungere? Igjen, det finnes ingen vitenskapelige holdepunkter for dette.

I de fleste store behandlingsundersøkelsene og systematiske oversiktsartikler om Ritalin-bruk er det påvist svært høye tall for bivirkninger. I den store MTA-undersøkelsen (1999) rapporteres det at 64 % av barna har bivirkninger. Hvorfor bagatelliseres eller usynliggjøres disse bivirkningene nærmest systematisk?

I Sintefs (2004) nasjonale kartlegging av ADHD fremkommer det at 65 % av legene som foreskriver Ritalin, ikke rutinemessig spør barna om bivirkninger. Hvordan er det mulig at to av tre leger ikke ser ut til å ha rutiner for å kartlegge bivirkningene av et medikament som er listet som et narkotikum? Vi vet samtidig at svært mange barn selv uttrykker at de ikke ønsker å bruke Ritalin, og at barn har vanskelig for å fortelle og finne språk for opplevelsen av bivirkninger (Breggin, 1998, 1999; se også Timimi et al., 2004).

Ritalin har en påviselig generell veksthemmende virkning (Cohen & Leo, 2003). Alle radiologiske undersøkelser av hjernen der det såkalt bevises at frontallappen til barn med ADHD er mindre enn hos «normale» barn – er gjennomført på barn som står på eller har vært medisinert med Ritalin. Hvorfor er det ikke gjennomført et eneste tilsvarende studie med ADHD-barn som ikke står på Ritalin, der disse sammenlignes med en reelt sammenlignbar kontrollgruppe?

Etter 60 års bruk finnes det fortsatt få langtidsstudier av Ritalin, og de som begynner å komme, gir ingen grunn til optimisme. I den kjente MTA-studien viser resultatene fra 24-måneders oppfølging (2004a) en klar og konsistent nedgang i effekten av Ritalin på kjernesymptomer ved ADHD i forhold til oppfølgingen etter 14 måneder (MTA, 1999). I tillegg fant MTA-gruppen en signifikant veksthemming i det andre året av behandlingen (MTA, 2004b). Videre viser gruppen at Ritalin kun gir små effekter på skoleprestasjoner og sosiale ferdigheter. I metaanalysene til Purdie, Hattie og Caroll (2002) av 74 ADHD-studier finner de ingen effekt av Ritalin på skoleprestasjoner og sosiale ferdigheter.

Biologen Steve Hyman, som har vært direktør for National Institute of Health i USA, skriver at alle psykoaktive medikamenter skaper cellulære og molekylære forandringer i kropp og nervebaner og forstyrrer normale hjernefunksjoner, med konsekvenser vi ikke kjenner (Hyman & Nestler, 1996). Vi vet derimot at det skaper avhengighetsproblemer – mange undersøkelser bekrefter dette (Lambert, 1987; Lambert & Hartsough, 1998). Påstanden om at Ritalin forebygger senere rusmisbruk mangler vitenskapelig belegg. Hvorfor fremlegges dette allikevel som fakta og sannheter av de fleste ADHD-forskere i dag?

Min erfaring med ADHD-diagnose og ritalinbehandling er at det ved siden av en midlertidig lettelse av symptomer også påfører barnet en skyldighet («Jeg er slem, det er noe feil med meg – derfor må jeg ta Ritalin»), samtidig som foreldre, skole og samfunn blir frikjent for krenkelser og manglende

forståelse av barnet. Dermed settes det også en stopper for tenkningen omkring å utvikle alternative tilbud til disse barna.

Min fremste kritikk mot bruk av Ritalin er at miljøet rundt barnet svært ofte begynner å tolke barnets liv og utvikling i lys av Ritalin-bruken; går det bedre, er det på grunn av Ritalin – går det dårligere, er det feil dose. Barnet blir ikke lenger forstått, sett, speilet og bekreftet som et følende, tenkende og erfarende subjekt, men er blitt et objekt som reguleres av medikamenter. Barna begynner samtidig selv å utvikle en logikk om fraskrivelse av ansvar for sitt eget liv (Jeg slår, forsover meg, orker ikke å gjøre lekser fordi jeg har ADHD). I disse utsagnene ligger det også en dom over eget liv. «Det er feilen i meg som gjør meg slik jeg er.» Ofte blir summen av ADHD-behandlingen at barna mister muligheten til å finne et språk for sin smerte og sin historie. Når vi også vet at Ritalin hemmer barnets kontakt med eget følelsesliv, kan en slik behandling på en svært alvorlig måte skade barnets utvikling, dersom vi da ikke setter det å bli mer «grei» som det eneste målet for barnet.

Vi må derfor spørre hvorfor det innenfor det mest utforskede området i psykisk helsevern for barn og ungdom nesten ikke finnes noen undersøkelser der barnas egne opplevelser av seg selv og bruken av Ritalin står i sentrum.

I dette feltet er medikamentindustrien tungt inne i så vel forskning som fagutvikling, og det investeres store summer i omfattende markedsføring, selvfølgelig for å hente disse summene inn igjen som gevinst fra det forholdsvis nye og raskt ekspanderende markedet som medisinerer av barn utgjør. Hvorfor diskuteres ikke dette i større grad som et problem innenfor fagfeltet selv?

Kjønnsforskning

Jeg vil også hevde at den biomedisinske tenkningen fullstendig mangler en forståelse av kjønn. ADHD-symptomene har alltid også vært kjennetegnet som maskuline markører i kulturen. Fortellinger om uro, mangel på konsentrasjon, impulsivitet og aggresjon, finnes overrepresentert i guttekulturen. Jeg har selv i min bok «Farsrevolusjonen» (2000) påpekt at disse atferdsuttrykkene i den klassiske guttesosialiseringen har vært knyttet til forsøk på å etablere en maskulin identitet satt opp mot det moderlige, kvinnelige og feminine. Slik sett kan ADHD-symptomene forstås som kaotiske og bevegelige krefter som ennå ikke har funnet sin maskuline form. I den spennende forskningen til Dr. Ilina Singh (2002, 2003) viser hun nettopp at ADHD-dramaet spiller seg ut mellom usikre mødre, umulige sønner og hjelpeapparatet, mens fedrene er satt/har satt seg selv på sidelinjen.

Kjønnsforskningen har vist oss to ting. For det første at gutters ADHD-symptomer også er maskuline markører knyttet til et nettverk av kulturelle forestillinger (Løkke, 2000). For eksempel er problemene knyttet til impulsivitet lett å lese inn i fortellinger om det tradisjonelle kjønnsrollesystemet. Den kulturelle aksepten for krav om umiddelbar tilfredsstillelse (dvs. å kjenne at det eksisterer en umiddelbar tilgang til å tilfredsstille behov og lyster), og den påfølgende rett til høylytt å kjempe for disse behovenes berettigelse, har alltid vært et sentralt trekk ved mannskulturer – mens evnen til å vente og sette seg selv til side har vært et sentralt trekk ved tradisjonelle kvinnekulturer. I boka «Flickor, pojkar och pedagoger» viserpedagogen Kajsa Wahlström (2003) på en svært overbevisende måte hvordan pedagogene i barnehagen, foreldrene og samfunnet skaper og forsterker de rigide kjønnsrolletrakkene hos gutter og jenter som i dag blir diagnostisert som ADHD.

For det andre vet vi at den tradisjonelle kjønnsrollesosialiseringen er med på å svekke gutters muligheter til å gi sin smerte et symbolsk uttrykk (Løkke, 2000). I stedet setter smerten seg som uro, impulsivitet, konsentrasjonsvansker og aggresjon i kroppen. I dette perspektivet er ADHD-symptomene ikke å betrakte som dysfunksjoner, men som den eneste mulighet til å uttrykke at det er noe vondt i deres liv.

I psykologiens vold

Espen Idås uttrykker bekymring for at det biomedisinske behandlingsapparatet kan skade barn i dag. Jeg tror han har rett. For situasjonen er at vi har en sterkt økende mengde gutter og etter hvert også jenter som blir diagnostisert og medisinert. Kulturen har alltid straffet barn med asosial atferd hardt – og i dag ser vi at medisinering i tiltagende grad inngår som et ledd i vår kulturs måte å disiplinere atferd på. Dette får sitt mest tydelige uttrykk ved dagens ungdomsinstitusjoner, i fengslene og blant de narkomane – der svært mange ulykkelige omsorgssviktede og krenkede mennesker blir medisinert og diagnostisert ADHD. Og bør vi ikke spørre oss selv som psykologer hva slags makter vi er på lag med, når vi hører disse barna, ungdommer og voksne fortelle om en oppvekst i omsorgssvikt, vold, alkoholisme, angst og utrygghet og til slutt selv konkludere med at «Du skjønner, jeg lider av ADHD».

Medisinens seier over psykologien

Er det ikke først og fremst en faglig maktkamp vi står overfor, mer enn en diskusjon om vitenskapelige sannheter (Ekeland, 1999, 2001)? Veilederen i diagnostikk og behandling av AD/HD utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (2005) er utformet av en arbeidsgruppe på tolv personer. I denne arbeidsgruppen finnes åtte leger og en psykolog. Er ikke dette først og fremst et uttrykk for medisinens seier over psykologien på et fagområde der psykologien tradisjonelt har stått sterkt? Er ikke nevropsykologien også tjent med å problematisere det endimensjonale biomedisinske paradigmet? Er det ikke også viktig for hele psykologien som fagfelt å markere motstand mot at flere og flere lidelser blir sortert under det biomedisinske kunnskapsregimet?

E-post per.arel@online.no