

# Urovekkende utvikling rundt ADHD?

TEKST

Espen Idås

PUBLISERT 1. mars 2006

## ADHD til debatt

Psykolog Espen Idås er bekymret over den sterkt økende bruken av medikamenter i behandling av barn med ADHD. Han reiser også spørsmål om barn med tegn på ADHD uten videre kan antas å ha en nevrobiologisk basert forstyrrelse. Det er viktig med en psykologfaglig debatt omkring anvendelsen av ADHD-diagnosen på urolige og ukonsentrerte barn. Vi har bedt psykologene Per Are Løkke, Lars Smith og Geir Øgrim om å gi sine kommentarer. Samtidig håper vi at flere vil bidra med innlegg i Tidsskriftet. *Redaktør Torkil Berge*

Dette er ikke et innlegg for eller mot medisin i behandling. Heller ikke for eller mot ulike yrkesgrupper. Derimot ønsker jeg å rette søkelyset mot en tendens jeg opplever som urovekkende innenfor mitt fagfelt.

Barn og unge med diagnosen ADHD topper mange av statistikkene ingen ønsker å toppe. De er ofte en belastning for seg selv, familien og samfunnet. Helse-Norges svar er svært ofte medisiner. I mange tilfeller er det en uetisk løsning på et problem som like gjerne kan ha sin forklaring i barnets oppvekstmiljø som i nevrologiske forhold hvor medisin er løsningen.

Aldri før har landets poliklinikker mottatt flere henvisninger med spørsmål om ADHD. Barn og unge, og stadig flere voksne, med konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet utredes og får diagnosen (Dagbladet 23. juli, 2005). Som et resultat av dette har konsumet av ADHD-medisinene Ritalin, Concerta og Straterra gått rett til himmels, også i Norge.

I den vestlige verden ble salget nesten syvdoblet fra 2,8 tonn til 19,1 tonn på 1990-tallet. I Norge er utviklingen enda mer bekymringsfull. Her ble utskrivningsutgiftene mer enn tredoblet fra 2002 (18 mill. kr) til 2004 (78 mill. kr). I 2005 var utgiftene steget til svimlende 118 millioner.

Det ble i Norge skrevet ut 73 000 resepter i fjor. Antall definerte dagsdoser (ddd) i 2004 var på 4.1 millioner, i 2005 var dette steget til 5.7 millioner ddd (Norges Apotekerforening, 2005). Denne økningen kan enten skyldes flere registrerte tilfeller,

større doseringer per tilfelle eller at de som medisineres, blir medisinert lenger enn tidligere, mest sannsynlig en kombinasjon av disse.

## **Mangler testinstrumenter**

Spørsmålene rundt ADHD og diagnostikken er mange. Den største utfordringen for fagmiljøet er å finne objektive mål og retningslinjer som kan bekrefte den hjerneorganiske eller nevrobiologiske lidelsen. Sosial- og helsedirektoratet har, i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe, utarbeidet en veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD. Veilederen er revidert etter to høringsmøter i januar 2006.

Det finnes ingen test som i seg selv bekrefter diagnosen ADHD: ingen blodprøve, røntgen, hjerneskaning (MR) eller psykologisk test. Etter den internasjonale konsensuskonferansen om ADHD i 1998 kom følgende uttalelse: «We do not have an independent, valid test for ADHD, and there is no data to indicate that ADHD is due to a brain malfunction» (National Institutes of Health, 1998).

Fred A. Baughman Jr., MD har praktisert i 35 år som barnenevrolog. Han mener den voldsomme utviklingen ikke kan knyttes til nevrologiske endringer i hjerner: «They made a list of the most common symptoms of emotional discomfiture of children; those which bother teachers and parents most, and in a stroke that could not be more devoid of science or Hippocratic motive – termed them a ‘disease’. Twenty five years of research, not deserving of the term ‘research,’ has failed to validate ADD/ADHD as a disease. Tragically – the ‘epidemic’ having grown from 500 thousand in 1985 to between 5 and 7 million today – this remains the state of the ‘science’ of ADHD.»

(<http://www.adhdfraud.com>)

Det er ingen tvil om at enkelte barn har en type uro og konsentrasjonssvikt som er fundert på et nevrologisk grunnlag. Men det er heller ingen tvil om at man finner tilsvarende problemer hos barn som lider under utilstrekkelig omsorg eller i familier preget av disharmoni (Ladnier & Massanari, 2000). Spørsmålet er om vi har testinstrumenter som skiller disse to forholdene. Målet er at barna som trenger hjelp, skal få rett hjelp. Et samlet fagfelt er enige om at disse to årsaksforklaringene bør ha ulik faglig tilnærming.

## **Grunn til bekymring**

Jeg har jobbet i 11 år som psykolog for barn og ungdom, de siste seks som spesialist. Etter å ha fulgt utviklingen av medisinskrivningen til barn under 18 år i denne perioden, ser jeg grunn til å melde min bekymring. Særlig i saker der det er åpenbart at barnet har mangelfulle livsbetingelser, bør man mane til stor grad av forsiktighet i forhold til medisinering. Det blir viktig at oppmerksomheten ikke først og fremst blir rettet mot oppfølgingen av medisineringen, men mot barnets livssituasjon. Dersom hovedproblemet er barnets oppvekstmiljø, må noe gjøres med det – ikke med det biokjemiske miljøet i barnet.

Mest skremmende er de tilfellene der barn er mishandlet fysisk eller psykisk over tid. Dette resulterer ofte i konsentrasjonsproblemer på skolen og at de blir oppfattet som rabagaster eller blir rapportert som umulige av foreldrene eller andre. Dette kan være barnets forsøk på å fortelle at han eller hun har det svært vanskelig. Samfunnets svar i disse tilfellene bør ikke være å medisiner barnet.

En av mytene som har levd siden Methylphenidat (Ritalin/Conserta) først ble utprøvd i 1937, er at medikamentet bare virker på barn med ADHD. Dersom barnet responderte på Ritalin, bekreftet det diagnosen. Mye peker i retning av at bildet er mer sammensatt. Alt i 1970 gjorde National Institute of Mental Health undersøkelser som viste at *alle* barn som fikk dette preparatet, ble roligere og mer samlet. Ut fra hypotesen om at bare barn med ADHD skulle respondere, skulle altså alle i deres undersøkelse ha diagnosen.

Det finnes få kontrollerte langtidsstudier (N = 13) på bruken av Ritalin (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). De fleste er foretatt på voksne med få forsøkspersoner og kort observasjonstid. Den lengste studien har fulgt pasientene i 12 uker.

## **Ut i kulden**

Et problem man opplever når man søker nøytral dokumentasjon om dette temaet, er at svært mange som skriver eller uttaler seg, enten har direkte forbindelser til medikamentindustrien, eller mottar økonomisk støtte til sine publiseringer og er betalte foredragsholdere på ulike medikamentkonferanser. Det er naturlig nok liten grunn til å tro at kritisk forskning skulle blitt finansiert av denne industrien. Kritisk forskning er enten kommet frem gjennom engasjerte forskningsmiljøer eller foreninger som jobber ut fra et idealistisk grunnlag.

Mange har opplevd at prisen for å problematisere utviklingen ved den økende medisineringen i fagfeltet er stor, man blir lett dyttet ut i «kulden» og gjort om til en umoden og kunnskapssløs debattant, eller gjort «liten» ved ikke å kunne henviser til hundretalls artikler.

En som fikk kjenne kulden, var professor Ph.D Nadine Lambert. Hun har foretatt et av de få langtidseffektstudiene, og har fulgt barn med ADHD over en 30-årsperiode (Diller, 2005). Lamberts resultater viser at barn som har gått på Ritalin over flere år, mer enn dobler risikoen for å utvikle rusproblemer i voksen alder. Hun skriver:

«The results reported for effects of psychostimulant pre-exposure, however, are in line with the extensive psychopharmacological evidence from animal research that shows an association between psychostimulant pre-exposure and sensitization and self-administration of cocaine» (Lambert, 2006). Tidsskriftet *Monitor Psychology* skriver følgende: «Other mental health professionals have raised the red flag about Ritalin as well. Peter Breggin, MD, director of the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology and known for the books 'Talking Back to Prozac' and more recently 'Talking Back to Ritalin', told a U.S. House of Representatives education subcommittee last year that stimulants often foster future illicit drug use.»

Dersom det er så lite som «litt tvil» rundt dette med vanedannelse og senere fare for misbruk og avhengighet av menthylphenidat, bør det utvises særlig varsomhet. De nasjonale og internasjonale utskrivningstallene viser at i realiteten skjer det motsatte. På mange vis kan insidensen ligne på spredningen av fugleinfluensaen. Problemet er at ADHD ikke er et virus, men en hjerneorganisk lidelse som ikke overføres via smitte.

### **Flere forklaringer**

Jeg tror at det finnes flere forklaringer på at antall diagnoser og bruken av medikamenter nærmest har eksplodert i løpet av få år. For det første har det skjedd endringer i barnas oppvekstmiljø, med mer stress og hurtigere tempo, økte krav i skolen og mindre rom for å være annerledes. Flere barn blir «sentrifugebarn» som prøver å henge med så godt de kan i en verden som stadig skrur opp tempoet. Prisen «sentrifugebarna» betaler, er manglende evne til å holde fokus over tid, økende uro og rastløshet.

For det andre er det blitt flere leger innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom, noe som naturlig nok medfører større vektlegging av medisiner. I min første jobb ved BUP Stokmarknes i 1994 var det *en* pediater som fungerte som både barnelege og en hjelper for oss ved BUP. Legen var på BUP en gang i uken, ved behov, og ikke alltid trengte hun å komme. For 11 år siden var det særdeles få barn og ungdommer vi mente trengte medisin for sine plager, i dag tenkes det åpenbart annerledes.

For det tredje ses en økende tendens til å tillegge testresultater større vekt enn informasjonen man innhenter fra barnas oppvekstmiljø. I en allmenn utredning forekommer nesten alltid bruk av ulike tester, men nesten aldri obligatoriske hjemmebesøk hos familien.

### **Krav til diagnostikk**

For å demme opp for denne utviklingen er det viktig at fagfeltet psykisk helsevern prioriterer å utrede og diagnostisere «ADHD-saker» mer presist og troverdig. Vi må identifisere noen kardinaltegn for å sette den riktige diagnosen. I dag utføres det mange polikliniske tester. Det gjør det vanskelig å holde oversikten over hvilke resultater som gir diagnosen og hvilke som ekskluderer den. Kravet til sensitivitet i de ulike testene må forbedres, slik at ikke ulike resultater gir samme utfall. I slike tilfeller kan det bli tilfeldig hvilket behandlingstilbud barnet får.

Det er også grunn til å minne om at dette, i tillegg til barnas skjebne, dreier seg om ressursforvaltningen i helsevesenet. Fortsetter utviklingstempoet i samme takt som vi har sett i de senere årene, vil store deler av fagressursene på poliklinikkene bli spist opp av denne type arbeid, på bekostning av andre pasientgrupper. Klinikerne vil bruke masse tid på ressurskrevende ADHD-utredninger, muligens unødige og enkelte ganger uetiske.

Noen tiltak kan bidra til å redusere dette problemet:

- Primærhelsetjenesten bør selv gjøre en vurdering av barnet før det henvises til psykisk helsevern. I svært mange tilfeller er ikke barnet undersøkt av lege før det er henvist. Dersom legene skal ha enerett (ved siden av barnevernsleder) i forhold til henvisningsrett, må de også undersøke barnet før det ankommer spesialisthelsetjenesten. De har en viktig funksjon med «å sile» bort tilfeller som ikke trenger utredning. I en slik siling inngår også kartlegging av familiesituasjonen rundt barnet.
- I enhver henvisning med ADHD-problemstilling bør det vedlegges rapport om denne typen arbeid som er gjort på kommunalt nivå.
- Det bør vurderes obligatoriske hjemmebesøk hos familier med «ADHD-barn». Det er godt dokumentert at vedvarende omsorgssvikt, familieaggresjon, manglende trygg tilknytning eller mangelfull støtte gir samme symptomer (National Institutes of Health, 1998).

## I feil retning

I den senere tid har jeg følt at et eller annet går i feil retning innen fagfeltet. Jeg kan ikke tro at en hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse skal øke i et slikt omfang i befolkningen som ADHD-tallene tilsier. Dersom en tilsvarende økning over samme tidsrom hadde skjedd med en krefttype hos barn, ville alle ressurser blitt satt inn for å finne ut hva som førte til den dramatiske økningen av antall tilfeller.

Det er mange som mener at vi fortsatt underdiagnostiserer og undermediserer barn med denne lidelsen. Jeg har vanskelig for å være enig i dette ut fra mange års klinisk praksis. Aldri før har barn og ungdom blitt medisinert mer enn i dag.

Forekomsttallet for lidelsen varierer, men mange mener at ca. 5 % av barnepopulasjon *skal ha* denne lidelsen. Det er meg bekjent ikke gjort noen større epidemiologiske undersøkelser som kan bekrefte at det faktisk er slik. De fleste undersøkelser bygger på antagelser, og ikke på registrerte tilfeller innenfor en viss periode.

Min erfaring tilsier at det i utgangspunktet sjelden har vært noe «feil» med barnet. Man må heller se barnets oppførsel som en selvbeskyttende reaksjon på miljøet som omgir det.

Fagfeltet er enige om at ADHD er en hjerneorganisk lidelse. Det er også enighet om at ADHD ikke kan forklares gjennom mangelfulle livsbetingelser eller mangelfull omsorg. En følge av denne erkjennelsen vil måtte være at barn som lider under mangelfulle livsbetingelser, ikke skal mediseres, men heller bli tilbudt annen hjelp. Av de med en bekreftet hjerneorganisk betinget ADHD vil mange profitte på medisin, men ikke alle (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2005).

Vår forståelse av hvorfor barn og ungdommer utvikler ulike symptomer er forskjellige, og dette må respekteres. Allikevel mener jeg at det er på tide å rette et kritisk lys mot den utviklingen som nå skjer. Fortsetter utskrivning av medikamenter til barn og ungdommer i samme tempo, frykter jeg for at pillene som svelges, kan få en bitter ettersmak.

E-post [espen.idas@sykehuset-innlandet.no](mailto:espen.idas@sykehuset-innlandet.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 3, 2006, side*

**TEKST**

**Espen Idås**, spesialister i klinisk barne- og ungdomspsykologi