

# ADHD-utviklingen på rett spor

TEKST

Geir Øgrim

PUBLISERT 1. mars 2006

Espen Idås er uroet over ADHD-utviklingen. Jeg er personlig langt mer uroet over en del av de synspunktene han framfører. Han kommenterer utviklingen gjennom sine 11 år som psykolog. Jeg har fulgt dette feltet rimelig tett i omtrent 30 år som psykolog i henholdsvis PPT og BUP. Jeg leder fagrådet i ADHD-foreningen og har også skrevet om tilstanden (Øgrim, 2004; Øgrim & Gjærum, 2002). I min praksis har jeg møtt mange foreldre som forsiktig har turt å løfte blikket når det er blitt bekreftet at deres barn har en funksjonsvanske som har gjort oppdragelsen til en betydelig utfordring. De har fått vite at hovedårsaken til at barnet sliter med styring av egen atferd, er av nevrobiologisk karakter. De har kunnet flytte fokus fra det å være skyld i barnets vansker til det å samarbeide med hjelpeapparatet om å løse en krevende oppgave. Foreldre og lærere har sett barnet med nye øyne. Forklaringer som lat, slem og dum har blitt byttet ut med en forståelse av at barnet rett og slett har en (skjult) funksjonshemming. Jeg har utallige ganger, selvfølgelig ikke i alle saker, sett at medikamentell behandling har gitt barn og foreldre et nytt liv, med framgang hjemme og på skolen. Den gjennomgående erfaringen i slike saker er at medisinerer er viktig, men at det også finnes andre forhold å jobbe med. Det er ikke uten grunn at nasjonale og internasjonale retningslinjer holder fram viktigheten av multimodal behandling.

Innlegget til Idås gir meg beklageligvis noen «flashbacks» til lite ærefulle sider av klinisk psykologi og barnepsykiatriens historie der nær sagt alle utviklingsrelaterte, psykiske og atferdsmessige problemer hos barn ble forklart ut fra tidlige mor-barn-relasjoner eller andre psykososiale faktorer. Man hadde sperrer i forhold til å tenke seg at skader eller dysfunksjon i nervesystemet, genetiske faktorer m.m. kunne spille en rolle (Szatmari, 2001). At faget har utviklet seg i retning av en mer helhetlig tenkning – et biopsykososialt perspektiv – er gledelig. Det betyr at vi tar på alvor at den mest utforskede barnepsykiatriske tilstanden, ADHD, i de fleste tilfeller har klare biologiske/genetiske årsaker, samtidig som vi vet at barn med denne diagnosen som regel også har andre vansker, og at psykososiale tiltak er av avgjørende betydning for prognosen. Det betyr også at vi ikke tenker motsetninger mellom medikamentelle og psykososiale tiltak.

## Diagnosen ADHD

Idås og Løkke har kritiske synspunkter på diagnosen ADHD. Det er viktig å minne om at alle psykiatriske diagnoser er basert på atferd, ikke psykologiske tester, ikke blodprøver

eller objektive mål av hjernefunksjon. Personlig synes jeg ikke nåværende retningslinjer er gode nok. Vi vet at et utvalg av nevropsykologiske tester kan supplere diagnostikken, da de har akseptabel sensitivitet og spesifisitet også i forhold til kliniske utvalg. Det er mulig at moderne hjerneavbildningsmetoder i framtiden vil inngå i ADHD-diagnostikk. En enkel og lovende metode i så måte er kvantitativt EEG (Q-EEG) (Magee, Clarke, Barry, McCarthy, & Selikowitz, 2005).

Følger man diagnosekriteriene seriøst, som er noe helt annet enn å bruke noen vilkårlige tester, slik Idås refererer til, identifiserer man altså en gruppe med klare vansker der de fleste har en noe annerledes hjerneanatomi og funksjon enn andre. Man finner høy sannsynlighet for at liknende vansker finnes i nær familie, selv om man ikke har delt miljø, og man finner at hovedsymptom-gruppene, hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetsvansker, henger sammen på en nokså konsistent måte. Å hevde at ADHD-atferden like gjerne kan skyldes forhold i oppvekstmiljøet, og er et naturlig uttrykk for barnets psykiske vansker, blir for lettvent. Det er dog riktig at symptomene ved ADHD også kan ses ved andre tilstander, noe som i enkeltsaker kan gjøre vurdering av differensialdiagnostikk og komorbiditet vanskelig.

Det er gjort langt flere forekomststudier enn det Idås synes å være klar over. Tallene spriker noe, men holder man seg til studier der DSM IV-kriteriene er fulgt, og ikke minst de studiene der kravet om nedsatt funksjon («impairment») er tatt på alvor, finner man forbausende like forekomsttall verden over, ca. 3–5 % av barn i alderen 6 til 12 år. Det er generelt en rekke krav som skal stilles for at en diagnosekategori kan sies å være valid. ADHD fyller disse kriteriene (se for eksempel Buitelaar & Rothenberger, 2004).

### **Blir det flere med ADHD?**

Både Idås og Løkke uttrykker bekymring for økningen i ADHD. Det er riktig at flere enn før får diagnosen, men fortsatt langt færre enn de ovennevnte forekomsttallene. Disse er for øvrig ikke noe mål på hvor mange som «bør» diagnostiseres. Økt bevissthet og kunnskap om tilstanden hos fagfolk med diagnostiseringsansvar, samt erfaring med positive konsekvenser av at det blir satt diagnose, kan ligge bak dette. Idås tror at vår oppskrudde «turbohverdag» kan være en viktig forklaring. Det vet vi vel egentlig lite om, og slik sett er dette en blant mange spekulasjoner. Det finnes teorier om for snevre grenser og for slappe grenser, for lite krav i skolen og for mange krav i skolen. Min teori (udokumentert) er at en funksjonshemming eller vanske ikke bare må ses i forhold til individets iboende problemer, men også de krav omgivelsene stiller. Hvis det stemmer at vi har en samfunnsutvikling i retning av flere år på skolebenken, mer ansvar for egen læring, mer uklare regler og rammer, og større krav til egenstyring, blir det vanskeligere å mestre hverdagen selv med lettere grader av ADHD.

### **Diagnose og selvoppfatning**

Ingen av oss er ukjente med at diagnoser kan misbrukes. De kan bli brukt som forklaring av langt mer enn det er grunnlag for. De kan brukes til stempling eller ansvarsfraskrivelse. Å hjelpe barnet og omgivelsene til en konstruktiv forståelse av hva

diagnosen er og ikke er, bør ha høy prioritet i hjelpeapparatet. En god diagnostisering av ADHD som inkluderer forklaring, tilbakemelding og fokus på realistiske muligheter, er ingen krenking av barnet (Løkke). At man unnlater å diagnostisere ADHD der tilstanden vitterlig er til stede, og vender tilbake til tidligere tiders forklaringsmodeller, kan derimot innebære en krenkelse av barn og foreldre.

### **Tas oppmerksomheten bort fra andre vansker?**

Det kan være en utfordring å ha flere tanker i hodet samtidig. Jeg har vært borti utallige saker med sammensatt problematikk; nevropsykiatri og nevropsykologi blandet med emosjonelle og atferdsmessige vansker og psykososiale belastninger. Jeg har sett mange tragiske eksempler på at en henvisning til psykisk helsevern som seks- eller sjuåring med spørsmål om mulig ADHD ikke ble vurdert fordi man fant så mye annet. Så har noen tatt problemstillingen opp igjen i ungdomsskolealder. En klar ADHD, som regel med tilleggsvansker, har blitt funnet, og behandling i tråd med dette iverksatt med svært positive resultater. Jeg har også sett sammensatte saker der ADHD har vært en liten, om enn viktig del av bildet, men der fokuset på ADHD på en uheldig måte har overskygget de andre vanskene.

Det kan gjøres feil alle veier. Det viktige må være at utredninger er tilstrekkelig grundige, og at ulike vinklinger er vurdert.

### **Medikamentell behandling**

Både Idås og Løkke presenterer flere feil og myter om medikamentell behandling av ADHD. Kanskje ikke så rart når begge har Peter Breggin som en hovedreferanse. (Buitelaar & Rothenberger (2004) tilbakeviser for øvrig Breggins påstander.) Både på Internett og i ulike bøker og tidsskrifter vil en finne alle mulige oppfatninger om ADHD og ikke minst medikamentell behandling av tilstanden. Jeg oppfordrer fagfolk til å søke informasjon fra anerkjente tidsskrifter, nettsteder og publikasjoner. Det handler ikke om å kneble kritiske synspunkter, men man bør være bevisst på at det finnes aktører i feltet med både skjult agenda og skjult identitet. Fremst blant disse er scientologene, ofte kamouflert som «medborgernes menneskerettsorganisasjon». I 2002 skrev «alle» tunge navn innen ADHD feltet under på et konsensusdokument etter initiativ av Russel Barkley, ikke minst for å understreke at vi faktisk vet en del på dette området. (En oversatt utgave finnes på [www.adhd-foreningen.no](http://www.adhd-foreningen.no). Gå til «søk» og konsensusdokument.)

Idås refererer til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2005, der man etter visse strenge kriterier søkte etter vitenskapelige studier på medikamentell behandling av ADHD hos *voksne*. Det er riktig at de fant få studier. For barn og unge finnes det hundrevis av studier. En kort og punktvis oppsummering av denne forskningen er som følger (se også Wannag, 2004):

- Metylfenidat (Ritalin®, Concerta®) har en klinisk signifikant effekt på grunnsymptomene ved ADHD hos ca. 75 % av de med diagnosen.

- Amfetamin (Dexedrine®, Dexamin®), prøvd ut på de som ikke har respons på metylfenidat, øker «treffprosenten» for stimulanter med ytterligere 10–15 %.
- Bivirkningene er for de fleste få. Mest utbredt er nedsatt matlyst når medisinen er i kroppen. Noen får innsovningsvansker, mens andre sovner lettere enn tidligere. Tristhet og vondt i hode og mage pleier å gå over etter få dager. Hvis ikke bør hele medisineringsen vurderes på nytt. Forsiktighet skal utvises ved hjertesykdom.
- Atomoksetin (Strattera®) kom på det norske markedet i 2005. Dette er ikke et sentralstimulerende legemiddel. Virkningen kommer gradvis i løpet av få uker. Bivirkningsprofilen er omtrent den samme.
- Medisinene er som briller – de virker når de er der, og har ingen helbredende effekt. Vi som har jobbet mye med ADHD, har alle erfaringer for at medikamentell behandling har bidratt sterkt til gode effekter på lang sikt. Men klinisk praksis er ikke vitenskap, og man setter sjelden i gang kun ett tiltak. Det har da også vært vanskelig forskningsmessig å kunne dokumentere signifikante positive langtidseffekter som kan tilskrives medisinene. For øvrig er jo slik dokumentasjon en utfordring for all psykiatrisk behandling.

### **Virker stimulanter på alle?**

Personer uten ADHD som tar en behandlingsdose med eksempelvis Ritalin, vil kunne få en lett forbedring i oppmerksomhetsfunksjon. Personer med ADHD og god medisinsrespons vil få en forbedring av en helt annen størrelsesorden. Jeg har omfattende erfaring med testing av barn og unge med ADHD både med og uten medisin. Relativt ofte ser vi forbedringer på de fleste parametere fra 99. persentil til normalområdet etter en dose på mellom 5 og 15 mg. Ritalin. Mange kan fortelle at det var mye lettere å jobbe. Vi får også noen som presterer dårligere på Ritalin, og noen der endringene er relativt små. Disse er neppe gode kandidater for slik medisinerings.

### **Rusmisbruk og hjerneskader**

Alle er naturligvis opptatt av om medikamentell behandling har skadelige langtidsvirkninger. Her vil jeg mane til varsomhet i forhold til å spre skremselspropaganda, først og fremst av hensyn til barn og unge som bruker medisin, og deres foreldre.

Løkke trekker inn kokain. Det er riktig at metylfenidat og kokain er kjemisk sett beslektede stoffer, men kokain opptas mye raskere i nervesystemet, noe som er avgjørende for at dette stoffet gir rus og eufori, noe Ritalin i behandlingsdoser ikke gir.

ADHD i seg selv innebærer økt risiko for rusmisbruk. Det er imidlertid særlig ved ADHD i kombinasjon med atferdsavvik og/eller depresjon at risikoen er forhøyet. Det har vært forsket mye på om medikamentell behandling av ADHD i barndommen påvirker risiko for senere rusproblemer. Den seriøse forskningen, som inkluderer metastudier, konkluderer entydig med at det ikke finnes belegg for at behandling av ADHD med sentralstimulerende legemidler øker faren for senere rusmisbruk (Biederman, 2003; Faraone & Wilens, 2003). I flere studier finner man derimot en klart redusert risiko.

Biederman (2003) fant en reduksjon i risiko på 85 %, og at den medikamentelt behandlede ADHD-gruppen nærmet seg normalrisiko. Kun i en studie fant man et resultat i retning økt risiko for de medikamentelt behandlede. Denne studien har vært kritisert på metodisk grunnlag.

Sentralstimulerende legemidler *kan* misbrukes. Ritalindoser må 15- til 20-dobles for å gi ruseffekt. Bruker man sprøyter eller «snortemetode», kan man imidlertid ruse seg på mindre kvanta. Regelverket sier klart at aktive rusmisbrukere ikke kan behandles med stimulanter. For barn og ungdom er det også viktig at foreldrene, eller andre voksne, har ansvar for at medisinene brukes som foreskrevet.

Det finnes vel knapt det legemiddel der man ikke skulle ønske seg mer kunnskap om langtidsvirkninger. Millioner av barn og unge har siden 60-tallet gjennomgått langtidsbehandling med Ritalin. Det har ikke framkommet noe som tyder på en generell degenerativ effekt på nervesystemet eller andre skadelige virkninger. Det er dog viktig at hvert enkelt tilfelle følges opp jevnlig både med tanke på om medisineren fortsatt er nødvendig, og om det finnes plagsomme bivirkninger. Det er behov for flere langtidsstudier.

## **Konklusjon**

Nasjonale og internasjonale undersøkelser tyder på at en innen psykisk helsevern for barn og ungdom må forvente at 25–40 % av pasientene har ADHD *som del* av sitt problem. I utredning og behandling skal en følge de nasjonale retningslinjene, som er i overensstemmelse med internasjonal konsensus. En forsvarlig praksis innebærer selvsagt også at man vurderer differensialdiagnose og komorbiditet. Traumer, overgrep og tilknytningsforstyrrelser finnes hos mange av pasienter innen psykisk helsevern, enten de har ADHD eller ikke.

En seriøs og bred faglig tilnærming til ADHD-saker blir stadig mer vanlig i psykisk helsevern. Det er derfor grunn til å si at vi er på rett vei, ikke minst sett fra et brukerperspektiv.

E-post [geir.ogrim@so-hf.no](mailto:geir.ogrim@so-hf.no)

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

**TEKST**

**Geir Øgrim**