

## Sveket mot barnen och vetenskapen fortsätter

I SP nr 3 tar jag upp kritik av överdiagnostik och övermedicinering av ADHD från bl.a. Allen Frances och FN:s barnrättskommitté.

I samma nummer undrar två professorer och en överläkare "Vad är så märkvärdigt med ADHD diagnosen?" och påpekar riktigt att den inte skiljer sig från andra psykiatriska diagnosgrupper. Men *det märkliga är att ADHD helt utan vetenskaplig grund påstås vara "neuropsykiatri"*. Psykiatern, f.d. professor, doc. Tomas Ljungberg visade detta redan i början på 2000-talet då han var adjungerad till en grupp inom Socialstyrelsen, men blev sedan ej kallad till fler mötet. Ingen har i sak bemött hans vetenskapliga kritik och slutsats att ADHD precis som all annan psykiatri bäst kan förklaras med en stress-sårbarhetsmodell<sup>1</sup>.

T.ex. har hävdats hög ärftlighet, 80 %, vilket är helt fel!

För det första har originalartiklarna siffror på 40-80%, medan neuropsykiatri-förespråkare konsekvent väljer den högre siffran och mot originalförfattarnas egen bedömning<sup>2</sup>.

För det andra är det *heritabilitet* man visat, vilket är något helt annat än ärftlighet vilket lätt förstås av att TBC också har en heritabilitet på 80 %, fast vi vet att TBC orsakas av en bakterie. Heritabilitet är ett mått på hur mycket av **variansen i en population** som beror på gener. Det betyder **inte** att 40-80% av orsaken är genetisk! En varians som när det gäller TBC handlar om motståndskraft. Men utan bakterie ingen TBC. Så med stor sannolikhet samma med ADHD - utan miljöpåverkan ingen ADHD<sup>3</sup>.

För det tredje har det nu på senaste åren visats att det finns en ospecifik ärftlighet, dvs. för olika psykiska tillstånd, men endast 15 %, vilket helt stödjer just en stress sårbarhetsmodell och inte "neuropsykiatri".<sup>4</sup>

Inte ett ord nämner professorerna om det ovetenskapliga i att "förklara" ADHD som neuropsykiatri! De fokuserar på att det tar för lång tid att ställa diagnosen som ett problem – inte att det ställs för många ADHD diagnoser på felaktiga grunder eller att man missar allvarliga differentialdiagnoser<sup>5</sup> som trauma och därmed adekvat behandling. Deras kritik av överbetoning av utredning kontra behandling håller jag dock med om. Men deras förslag att man kan minska utredningstiden för få mer resurser till behandling är inte lösningen: det kommer knappast minska ADHD diagnoserna utan högst sannolikt medföra att man ännu oftare missar differentialdiagnoser efter den närmast propagandistiska lanseringen av ADHD som "neuropsykiatri". Man utesluter redan från början adekvat utredning och diagnostik när man gör en s.k. "neuropsykiatrisk" utredning.

De anför att det finns påtagligt lite stöd för andra behandlingar än farmakologiska. Men detta beror bl.a. på att det inte ges pengar till forskning på icke-farmakologiska metoder<sup>6</sup>. Och de allvarliga kunskapsluckorna med att effekt för centralstimulantia (CS) bara är påvisad ≤6 månader<sup>9</sup> och riskerna för beroende "löses" med att föreslå atomoxetin som förstahandsmedel. De håller med om att behovet av samtalsterapi är stort och att det borde gå att utveckla. Men vem ger pengar för det? Då det inte ens ges pengar för att undersöka långtidseffekter av CS som inte alls bara används 6 mån utan i årtal?<sup>7</sup> Och kan vi vara säkra på att det inte enbart är placeboeffekt? I den stora MTA studien som låg till grund för att behandla ADHD med CS fanns ingen adekvat placeboarm!<sup>8</sup> Man visade att farmaka+ beteendeterapi > beteendeterapi men undersökte inte placebo + beteendeterapi! Med den massiva marknadsföringen av ADHD som "neuropsykiatri"

med biologisk orsak kan man förvänta sig en mycket stor placeboeffekt med biologisk/farmakologisk behandling.

SBU anger *sex korta (4-12v)* kontrollerade studier med totalt runt 500 patienter där farmaka  $\geq$  placebo.<sup>9</sup> Om man använde aktiv placebo, sockerpiller som ger samma biverkningar som farmaka, och därmed bryter blindheten<sup>10</sup> framgår inte. Jag ifrågasätter också om det överhuvudtaget går att göra placebokontroll mot ett centralstimulerande medel. Får inte alla som tar CS, likt en del av mina studiekamrater, en bättre koncentration, vilket alltså dels påverkar *ett* symtom dels därmed också bryter blindheten?

Avsikten med professorernas artikel tycks inte vara att återupprätta vetenskaplighet och att förbättra differentialdiagnostiken och främja adekvat behandling av ADHD utan snarare att minska kritiken mot överdiagnostik genom att minska användning av CS och därmed öka marknadsandelen för atomoxetin.

Sveket kvarstår, ja fördjupas, när professorer fortsätter att underlåta att kritisera ADHD:s ovetenskapliga grund.

De som vill verka för att återupprätta vetenskapligheten inom barnpsykiatri bör stödja FN:s barnrättskommittés uppmaning:

43. The Committee urges the State party to establish a system of independent expert monitoring of the diagnosis of ADHD and other behavioural specificities, and of the use of drug treatments for these children; and to:

(a) Undertake independent research on diagnosis methods used in the determination of child mental health problems; and

(b) Ensure that appropriate and scientifically-based psychological counselling and specialised support for children, their parents and teachers is given priority over the prescription of drugs in addressing ADHD and other behavioural specificities.

( <https://blog.unicef.se/2015/02/04/fn-kraver-att-sverige-lever-upp-till-barnkonventionen/> )

Jan Pilotti Pensionerad ungdomspsykiater

## Referenser

Sveket mot Barnen och vetenskapen fortsätter SP nr 4 2015

1. Ljungberg, T. AD/HD i nytt ljus. Exiris 2008.

Se även

Timimi S. and 33 co-endorsers (2004) A critique of the international consensus Statement on ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review 7, 59-63 citerad från Timimi & Leo eds. Rethinking ADHD, from brain to culture. Palgrave Macmillan 2009. p. 79

Kihlbom, M. Etiologi och behandling vid ADHD. Glöm inte faktorerna omognad och psykosociala svårigheter. Läkartidningen nr 1-2 2011 volym 108, s 34-35.

Pilotti, J. ADHD koloss på lerfötter Tidskriften Svensk Psykiatri nr 3 2012a s 38-39 Pilotti, J. Till kritiken av en felaktig och förenklad bild av ADHD 2012b

<http://www.drpilotti.info/adhd.html>

2. Se not 1 Ljungberg, T. s 53- 88 särskilt 69ff

3. Se not 1 Ljungberg, T. s. 58-63 Not 1 Pilotti, J. 2012a,b

” Heritability estimates reflect the amount of variation in genotypic effects compared to variation in environmental effects. Heritability estimates are often misinterpreted if it is not understood that they refer to the proportion of variation between individuals in a population that is influenced by genetic factors. Heritability describes the population, not individuals within that population. For example, it is incorrect to say that since the heritability of a personality trait is about 0,6, that means that 60% of your personality is inherited from your parents and 40% comes from the environment” <http://en.wikipedia.org/wiki/Heritability> Exempel. I en värld där alla rökte 20 cigaretter om dagen skulle heritabiliteten för lungcancer bli nära 1 för alla är utsatta för orsaken och genetisk variationen i motståndskraft förklarar helt varför vissa blir sjuka. Däremot är heritabiliteten för antal fingrar låg fast ärftligheten för 5 fingrar är mycket hög. Variationen i antalet fingrar beror mest på olyckshändelser och inte gener. Se även <http://plato.stanford.edu/entries/heredity/>

4. Ljungberg, T. 2015 Personlig kommunikation 5. Pilotti J. Något om psykiatrisk differentialdiagnostik enl DSM-IV – särskilt ADHD

se under differentialdiagnos på <http://www.drpilotti.info/adhd.html>

6. Inte ens från FAS (*Forskningsrådet* för arbetsliv och socialvetenskap) som ska satsa på att kartlägga barns psykiska hälsa i ett tvärvetenskapligt

perspektiv. Brante T, personlig kommunikation maj 2011 7. Jacobsson L. professor ordf. i expertgruppen om ADHD hos SBU 31 aug 2015 <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=406&artikel=6243774> Temat för detta nummer är SKAM. Det är en skam att läkemedelsindustrin får tjäna grova pengar utan att de tvingas göra den forskning som krävs för att ge oss så säkra mediciner som är möjligt.

8. Jensen P. S., et al. 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007;46(8) 989-1002. Som också visar att den positiva effekten av medicin inte fanns kvar efter 36 månader. <http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2961550-1/abstract?cc=y>

9. < 6 mån effekt: SBU 2012 <http://www.sbu.se/sv/Press/Arkiv/Pressmeddelande/ADHD/>

“De studier som inkluderats har alla varit dubbelblinda, randomiserade och placebokontrollerade. Dessa studier är överlag korta (ofta 4 –12 veckor) och flertalet har läkemedlets effekti fokus. s. 88

[http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport\\_regeringen120111/Diagnostik%20och%200behandling%20av%20ADHD%20och%20autismspektrumtillst%C3%A5nd.pdf](http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport_regeringen120111/Diagnostik%20och%200behandling%20av%20ADHD%20och%20autismspektrumtillst%C3%A5nd.pdf)

10. Aktiv placebo =placebo som ger samma biverkningar som farmaka och därmed bryter blindheten. Detta har betydelse vilket framgår av studier på antidepressiva. När det gäller äldre antidepressiva försvann hela skillnaden mellan farmaka och placebo när man jämförde med aktiv placebo .Se tex Thomson R (1982). Side effects and placebo amplification. *British Journal of Psychiatry*, 140, 64-68.