



Sveket mot vetenskapen och barnen fortsätter

Statens medicinsk-etiska råd

(Smer) är i rapporten "ADHD – etiska utmaningar"¹ kritiska till att klassificera ADHD som specifikt neuropsykiatriskt då de anser att det är tveksamt om det finns belägg för att ADHD skulle ha en tydligare neurobiologisk bakgrund än andra psykiatriska diagnoser. Sanningen är att det inte är vetenskapligt hållbart att benämna ADHD för ett "neuropsykiatriskt funktionshinder" överhuvudtaget, utan det forskningen visar är att den modell som bäst kan förklara uppkomsten av ADHD är en stress-sårbarhetsmodell.

Detta har tydligt visats i psykiatern och forskaren Tomas Ljungbergs bok AD/HD i nytt ljus². SMERs rapport har en diger referenslista men varken Ljungberg eller internationella kritikersom Sami Timimi et al³ finns med. Även om Smer-rapporten förtjänstfullt påvisar även psykosociala faktorer vid ADHD upprepar man det helt vilseledande påståendet att 40-80 % av orsaken hör hemma i genetikens område. Dessa höga siffror är inte hereditet utan det som visats är heritabilitet vilket är något helt annat, vilket lätt borde inses då med samma tvillingmetod TBC har lika hög heritabilitet⁴, 80 %, som ADHD fast vi vet att TBC beror på en bakterie. Smer refererar till artiklar som stödjer sig på forskningsresultat som Ljungberg väsentligen visat tolkats fel. Sedan har man intervjuat flera experter, men inte heller här är Ljungberg med och rapporten har fackgranskats av två psykiatrer som är väl anknutna till den officiella linjen.

Läkemedelsverket

skrev 2009 i sina rekommendationer⁵ att "Läkemedelsbehandling av ADHD ska ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga". Nu 2016 skriver man "Läkemedelsbehandling är en komponent i ett multimodalt behandlingsprogram där också psykosociala och pedagogiska insatser ingår"⁶. Detta trots att SBU⁷ redan 2012 visat att det inte fanns bra studier för längre än 6 mån och att vi inte vet om centralstimulantia ökar missbruk, och att Lars Jacobsson, ordförande i SBU:s expertgrupp om ADHD, på vetenskapsradion⁸ (aug 2015) uppgav att det inte heller ges pengar till någon forskning på långtidseffekter. Fast läkemedelsindustrin gör grova vinster. Och trots att Cochrane-institutet⁹ november 2015 hävdar att det inte finns några tillräckligt bra placebostudier för CS och visar

att det inte finns några studier alls med aktiv placebo vilket krävs för att avgöra att det inte är placeboeffekt.

FN:s barnrättskommitté

har kritiserat Sverige angående ADHD¹⁰. Men vad gjorde Barnombudsmannen med den kritiken? BO citerade visserligen¹¹ "att psykologisk behandling och specialiststöd ska prioriteras framför förskrivning av läkemedel". Men förtar den oro FN:s barnrättskommitté uttrycker om ökning av mediciner *utan utredning av dess biverkningar* då man istället skriver "viktigt att barn är delaktiga i utredningar och får förståelse för hur medicinering kan påverka deras känslor och beteenden".

Och ännu värre. Inte ett ord i BO:s rapport om den oro FN:s barnrättskommitté uttrycker om ökning av *dessa diagnoser, särskilt ADHD*. BO tar upp barnrättskommitténs uppfattning att Sverige behöver utveckla kunskaps och utbildningsprogram för lärare om hur man upptäcker och tillgodoser de särskilda behoven hos barn med funktionsnedsättning och att Regeringen bör ge Skolverket i uppdrag att utveckla detta men inte alls att "44. Kommittén uppmanar konventionsstaten att inrätta ett system av oberoende experter som bevakar diagnosen av adhd och andra beteendeproblem och användningen av läkemedelsbehandling för barn ... och att a) bedriva oberoende forskning om diagnostiseringsmetoder som används i bedömningen av barns psykiska hälsoproblem;"

Barnpsykiatriska föreningen

I *Riktlinje ADHD 2016*¹² sägs visserligen på några ställen att trauma också kan ge ADHD-symtom eller påverka ADHD men

"Riktlinjerna syftar särskilt till att:

1. alla patienter inom BUP screenas vid bedömningssamtal och vid behov även senare för kärnsymtomen på adhd – ouppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet – för att motverka underdiagnostik."

Varför screena för ADHD och inte trauma?

Har man helt missat att dessa s.k. "kärnsymtom vid ADHD" finns även vid PTSD?

Tabell 1

	Jämförelse ADHD "kärnsymtom"	PTSD DSM-IV	PTSD ICD-10
Ouppmärksamhet	B 3 handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, B 4 Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. C 1 Aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat. D Ihållande symtom av överspändhet D 3 Koncentrationssvårigheter D 4 överdriven vaksamhet. D 5 lättskrämhet	B 3 handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, B 4 Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. B 5 fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. D 2 irritabilitet eller vredeutbrott.	B återupplevande av den belastande händelsen såsom återtrippar (flashbacks), levande minnen, C verkligt eller önskat undvikande av omständigheter som påminner om eller associerar till den belastande händelsen. D koncentrationssvårigheter
Hyperaktivitet/impulsivitet	B 3 handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, B 4 Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. B 5 fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. D 2 irritabilitet eller vredeutbrott.	B 3 handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, B 4 Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. B 5 fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen. D 2 irritabilitet eller vredeutbrott.	D Ihållande symtom på ökad psykologisk sensitivitet och arousal, som inte fanns före expositionen hypervigilans (vara på sin vakt, i spänd uppmärksamhet) förstärkt "startle response", skrämnelreaktioner
Utagerande beteende	B 3. handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt C 2 aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat. C 4 klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter. C 5 känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor. C 6 begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek). D 2 irritabilitet eller vredeutbrott. D 4 överdriven vaksamhet.	B 3. handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt C 2 aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat. C 4 klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter. C 5 känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor. C 6 begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek). D 2 irritabilitet eller vredeutbrott. D 4 överdriven vaksamhet.	D Ihållande symtom på ökad psykologisk sensitivitet och arousal irritabilitet eller utbrott av ilska hypervigilans (vara på sin vakt, i spänd uppmärksamhet) förstärkt "startle response", skrämnelreaktioner

Delvis efter Weinstein D. et al Attention-Deficit Hyperactivity Disorder And Posttraumatic Stress Disorder: Differential Diagnosis In Childhood Sexual Abuse Clinical Psychology Review, Vol. 20, No. 3, p. 368

Professor emeritus i psykiatri Allen Frances¹³, som var huvudredaktör för DSM-IV hävdar att redan den omskrivning som gjordes i DSM-IV, och ännu mer i DSM-5, lett och leder till en överdiagnostisering av ADHD. Kom på seminariet med professor Frances 18 juni¹⁴.

Jan Pilotti
Pensionerad ungdomspsykiater

För referenser se www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Referenser till Sveket mot vetenskapen och barnen fortsätter 2 Pilotti J

1. ADHD-etiska utmaningar *Statens medicinsk-etiska råd Stockholm 2015* Smer rapport 2015:2

2. Ljungberg T AD/HD i nytt ljus. Exiris 2008

3. Timini S.& Leo J. Eds. Rethinking ADHD from brain to culture Palgrave 2009

4. Se not 2 s. 58-63” och

”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/>

5. Läkemedelsverket 2009 Läkemedelsbehandling av ADHD – ny rekommendation.

Information från Läkemedelsverket 1:2009. Uppsala

6. Läkemedelsverket 2016 Läkemedel vid adhd- behandlingsrekommendation

Information från Läkemedelsverket 2016;27(2):13–23.

7. ADHD Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet.

En systematisk litteratur-översikt.. SBU-rapport nr 217. 2013.

8. Vetenskapsradion <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=406&artikel=6243774> 31 aug 2015

9. Storebø O J, Ramstad E, Krogh H B, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009885.pub2/abstract;jsessionid=A680C2D6BF>

10. CRC/C/SWE/CO/5

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CR/C/SWE/CO/5&Lang=en

Pilotti J. Sverige får kritik av FN för synen på ADHD Nerikes Allehanda 29 april 2016

<http://na.se/asikt/debatt/1.3814653-sverige-far-kritik-av-fn-om-synen-pa-adhd-behandling>

11. Respekt (2016) - Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd

<http://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/arsrapporter/respekt-2016/>

12 Riktlinje ADHD 2016

http://www.svenskabupforeningen.se/bibliotek/kunskapsoversikter_PM/prio_riktlinjer/SFBUPRiktlinjer%20adhd.pdf

13. Frances A. Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-Of-Control Psychiatric Diagnosis, Dsm-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary life. 2013

14. Psykiatriska modediagnoser: överdiagnostisering och överbehandling – med fokus på ADHD Seminarium med Allen Frances 18 juni kl 9 -17 <http://integrativ-medicin.se/>