

ADHD – psykiatriska modediagnoser med risk för överdiagnostisering och övermedicinering

Varför är detta viktigt?

Hur vi ser på barn och hur vi hjälper dem med olika svåra dilemman är en allvarlig fråga som måste tåla att granskas och omvärderas när så behövs. Tål inte frågan att diskuteras är något mycket fel.

Antalet personer diagnostiserade med ADHD och därmed antalet medicinerade personer ökar kraftigt i världen och i Sverige. Mycket tyder på att vi inte sett slutet på denna trend (Lundström, 2016; Läkemedelsverket, 2016). Samtidigt kommer fler och fler rapporter om att stimulantiamedicinerna inte har den verkan på lång sikt vi hoppats och trott.

Evidensen växer för att läkemedelsbehandling inte medför någon bestående skillnad i skolarbetet eller prestation (Sharpe, 2014). Det ter sig till och med som att medicinerna på lång sikt inte har någon positiv effekt på barns skolprestationer utan snarare visar på en försämring och ökade symtom. Användningen av läkemedel visade sig på sikt förenat med ökade symtom på hyperaktivitet-impulsivitet och trotssymtom samt med större allmän funktionsnedsättning. Sannolikheten ökade att pojkar hoppade av skolan (Currie, Stabile, & Jones, 2014; Government of Western Australia Department of Health, 2009; Jensen, o.a., 2007; Molina, o.a., 2009; Sharpe, 2014; The MTA Cooperative Group, 1999; Whitaker, 2014). Dessutom förefaller läkemedelsbruket vara förenat med ökad risk för ångest och depression (Molina, o.a., 2009; Whitaker, 2014).

Det börjar bli påtagligt att våra tidigare antaganden om orsak och lösning inte håller och att vi behöver tänka om angående hur vi skall hjälpa unga människor med detta dilemma.

Hur kan vi förstå detta fenomen vi idag benämner ADHD?

Ofta när det talas om ADHD impliceras att det skulle bero på ett fel i hjärnan - något neurologiskt, en biologisk defekt hos det enskilda barnet. Sådana biologiska förklaringsmodeller kan kopplas till en medikalisering av människors livsbekymmer (Lundström, 2016).

I dagsläget finns inga biologiska markörer för att diagnostisera ADHD. Diagnostiseringen går till så att man undersöker och kategoriserar symtom, symtomkategorierna benämns med olika namn – psykiatriska diagnoser. Kategorierna säger inget om etiologi, det vill säga om orsaken till symtomen. Detta gäller såväl för de psykiatriska diagnoserna inom DSM 5 som ICD-10 (American Psychiatric Association, 2013; Lundström, 2016; Socialstyrelsen, 2016).

Själva ordet diagnos är en del av det medicinska språkbruket som i vanliga fall indicerar att man funnit en förklaring (etiologin) till ett symtom. Till exempel, jag har ont (symptom) i mitt ben. Läkarna konstaterar att det är brutet(diagnos). I och med att vi vet diagnosen vet vi vad som bör göras för att reparera/ behandla (terapin), till exempel gipsa (Ekeland, 2004). Men om diagnosen inte säger något om etiologin, det vill säga den förklarar inte varför – vad ger den oss då för information?

Diagnoser är identitetsskapande – de påverkar vår självbild. Vad vill vi som vuxna skapa för identiteter hos våra barn? Vad gör det med ett barns tro på sig själv och sin förmåga att ta sig ut i livet och ta för sig om det växer upp med dessa diagnoser som en del av sin självbild (Hertz, 2011)? Vad gör det med föräldrarnas bild av sitt barn? Hur påverkar det föräldrarskapet över tid?

Vad använder vi för ord när vi talar om dessa svårigheter? Använder vi ord som har en inneboende potential till förändring/växt och utveckling eller ord som riskerar låsa fast och signalera att detta bekymmer kommer att vara för alltid (Hertz, 2011)? Om vi inte med säkerhet vet att ett bekymmer kommer att vara resten av livet (som när vi inte förstår ett symtoms etiologi)– vad bör vi använda för ord?

Frances beskriver korrelationen man funnit mellan att bli diagnostiserad med en ADHD-diagnos och att barnen är pojkar födda sent på året. Är detta snarare ett tecken på omognad; barn födda senare på året har inte haft samma möjligheter att mogna och utvecklas som sina kamrater i samma årskull (Elder, 2010; Frances, 2013)? Vad händer när vi betecknar detta som en defekt/ sjukdom/ störning/ neuropsykiatrisk diagnos?

Flera vetenskapliga artiklar och studier talar om risken för att barn som utsatts för trauma i olika former kan uppvisa symptom som misstas för ADHD-symptom då dessa symptom är mycket lika (Ford, o.a., 2000; Weinstein, Staffebach, & Biaggio, 2000). En av de största studier som gjorts, den så kallade ACE studien visade att svåra barndomsupplevelser ofta är okända men desto mer vanliga. Studien visade att svåra barndomsupplevelser var den mest grundläggande orsaken till hälsoriskbeteenden, sjuklighet, funktionshinder, dödlighet och i förlängningen stora sjukvårdskostnader (U.S Department of Health and Human Services, 2016).

Den farmakologiska behandlingen för ADHD är ofta stimulantiamedicin. Vad händer om vi behandlar omognad eller sociala bekymmer/trauma med stimulantialäkemedel?

Hur kan vi verka för att denna diagnos inte skenar även i Sverige?

I USA och andra länder har man bekymmer med en skenande utveckling av bl a ADHD- diagnoser (Frances, 2013). Man har olika förklaringar till skälen. En del hävdar att det beror på lobbyverksamhet från läkemedelsindustrin, andra pekar på de sänkta kraven i DSM för att ställa diagnosen (Frances, 2013). Dessutom talar man om hur vårt samhälles krav ständigt ökar och förändras och att detta kan leda till en utslagningseffekt (Hertz, 2011; Frances, 2013).

Även i Sverige drabbas vi av denna trend eller explosion av ADHD diagnostisering som Lundström skriver om i sin artikel (Lundström, 2016). Det visar sig dessutom att diagnosen fått mycket ojämn spridning i olika sociala grupper, regioner och länder. Lundström lyfter tesen om att det pågår en medikalisering av sociala bekymmer i vårt moderna samhälle. Hur kommer det sig att ADHD diagnoser är vanligare inom utsatta socialgrupper (Lundström, 2016)?

Om vi ställer diagnos efter att vi mött en människa 4 gånger i samtal, som är riktlinje för dagens barnpsykiatriska arbete i Stockholm, hur väl känner vi individen och dess sammanhang då (Stockholms Läns Landsting och Sten Lundqvist, 2011)? Hur tillitsfull är den diagnosen? Är detta något vi bör göra som första insats?

Hur kan vi hejda den spiral som uppstår när föräldrar som värnar sina barn motas in i en spiral där de behöver söka en diagnos för att delar av samhället till exempel skola, BUP skall ta dem på allvar och hjälpa dem med extra resurser för deras barn (Frances, 2013).

Vill vi ha denna ökande trend av diagnostisering av ADHD? Hur kan vi stoppa denna trend? Är det rätt väg att gå att minska normalitets begreppet och definiera fler och fler beteenden som avvikande och sjuka... eller skall vi välja att gå åt andra hållet och vidga toleransen för olikheter?

Hur kan vi hjälpa de människor som tampas med dessa svårigheter på andra sätt?

I riktlinjer för BUP i Stockholm hänvisas till att barn med ADHD-diagnos och deras familjer i första hand skall hjälpas genom information om diagnosen, psykoedukativa insatser samt familjeinriktade insatser. Samtidigt står att alla familjer med barn med diagnostiserad ADHD skall erbjudas läkartid för diskussion av läkemedelsbehandling (Barn- och Ungdoms Psykiatri - Stockholms Läns Landsting, 2010).

Det vi ser är en tydlig ökning av stimulantia-medicinering (Frances, 2013; Lundström, 2016; Läkemedelsverket, 2016).

All medicinering som har effekt har även bieffekter. Bieffekter kan uppträda både på lång och kort sikt. Vi vet att en relativt vanlig bieffekt av ADHD-medicinering är minskad matlust. Detta kan låta banalt men är allvarligt då det uppträder hos barn som är i ett skede i livet när det växer. Åter de inte som de behöver riskerar detta att påverka deras tillväxt, något som inte går att återställa senare i livet (Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fass-verksamheten, 2016). Långtidseffekterna av stimulantia medicinering vet vi ganska lite om i dagsläget utifrån att det är en relativt ny medicin. Det finns dock de studier som vi nämnde tidigare i artikeln, studier som påvisar att de inte leder till några positiva resultat på lång sikt vad gäller skolprestation och snarare till ökade symtom och andra tilläggs bekymmer (Currie, Stabile, & Jones, 2014; Government of Western Australia Department of Health, 2009; Jensen, o.a., 2007; Molina, o.a., 2009; Sharpe, 2014; The MTA Cooperative Group, 1999; Whitaker, 2014)

Vad finns det för fler sätt att hjälpa människor med dessa svårigheter?

Vi ifrågasätter inte att bekymren finns och att de skapar ett lidande utan frågan vi vill dryfta är; hur vi kan förstå dessa svårigheter och därmed hjälpa med bättre resultat och mindre bieffekter?

Vad behöver vi skapa för ny sorts kunskap för att möta dessa utmaningar? Hur kan vi utveckla och använda mer tvärvetenskaplig förståelse för att möta komplexa bekymmer? Hur kan vi skapa ny komplex och systemteoretisk/ekologisk kunskap så att vi inte skapar nya bekymmer genom för smala och snäva och lösningsförsök (Bateson, 1972/2000; Graffman, 1998). Vilka olika vetenskaper kan vi kombinera och utveckla ihop istället för att bara forska på en domän (Biologi – och där främst hjärnan och gener) för att öka vår kunskap om ekologin som är involverad i komplexa bekymmer.

Frågor värda att ställa

Hur kan vi omstrukturera i vårt samhälle? Är förskolor och skolor organiserade på bästa sätt för våra barn idag?

Hur påverkas våra barn av att gå på förskola långa dagar från 1-1,5 års ålder? (det är inte bara mammor som kan vara hemma så det behöver inte vara en kvinnofälla, författarnas anmärkning). Dagens skola ställer helt andra krav på en god elev än vad det ställdes på exempelvis 1940-talet. Då var en god elev en elev som stod tyst på led och gjorde som den blev tillsagd, inte talade utan att räkna upp handen. Dagens skola kräver att elever skall ta ansvar för sitt eget kunskapsinhämtande, de skall röra sig mellan olika klassrum och arbeta i projekt. En tyst elev som enbart gör vad den blir tillsagd är inte den som premieras (att lyda kontra att ta eget ansvar och agentskap) (Dencik, Schultz Jörgensen, & Sommer, 2008; Frances, 2013; Hertz, 2011).

Är det skolan eller barnen som skall justeras? Vad får dessa två olika strategier för konsekvenser?

Hur påverkar familjen och hur kan den vara till hjälp?

Hur påverkar vårt radikalt ändrade familjesystem som vi utvecklat i Norden det senaste seklet? Familjen har demokratiserats med bland annat rätten till abort, skilsmässa och barnomsorg (Dencik, Schultz Jörgensen, & Sommer, 2008). Familjekonstellationerna har också förändrats med mina, dina och våra barn, skilsmässor, omgiften och samboskap (Dencik, Schultz Jörgensen, & Sommer, 2008). Hur påverkar detta våra barn och deras livssituation?

Hur kan till exempel familjeterapin bidra till att familjer hittar goda vägar i dessa nya familjekonstellationer? Kan familjeterapin bidra med att se familjen som en resurs för barnet som genom hjälp/stöd/psykoedukation kan utveckla andra/nya/tydligare rutiner/strukturer i hemmet som blir ett stöd för barnet när så behövs. Genom att hjälpa familjer att skapa en annorlunda/ny förståelse för sina barn kan familjerna utveckla nya samspelsmönster (Stockholms Läns Landsting och Sten Lundqvist, 2011).

Genom nya annorlunda berättelser skapas nya förståelse och därmed nya handlingsalternativ för alla i en familj (Hertz, 2011).

Hur har dagens teknikutveckling påverkat våra barns uppväxt?

Dagens barn lever i ett samhälle som inte alls såg ut som när vi växte upp. De möts av datorer, Ipads, smartphones. Alla dessa apparater har olika typer av program och appar för social interaktion – Facebook, Kick, Instagram som ger en möjlighet till kontakt när som helst med vem som helst hela tiden (Dencik, Schultz Jörgensen, & Sommer, 2008). Dessutom har många av dessa teknikprylar spel som är mycket välgjorda och lockande.

Hur påverkar tekniken och de ökade kontaktytorna våra barn? Hur påverkar det våra barn att de sitter stilla med dessa apparater?

Hur påverkar fysisk aktivitet?

Flera forskare talar om en koppling mellan träning och utveckling av hjärnan. När vi tränar får hjärnan mer syre och det bildas nya celler. Fysisk aktivitet bidrar till att förbättra kognitiva funktioner som minne och inlärning (Berwid & Halperin, 2012). I en studie publicerad 2014 (Gapin & Etnier) framkom att föräldrar till barn med ADHD-diagnos upplevde att barnens symtom av hyperaktivitet och impulsivitet minskade och koncentrationen ökade efter fysisk aktivitet

Fysisk träning reducerar dessutom våra stressresponser. Stress är skadligt för hjärnan (Ljung & Friberg, 2016).

Har vi tillräckligt med fysisk aktivitet i våra barns vardag?

Hur påverkar kosten?

I takt med samhällsutvecklingen har även våra livsmedel, måltider och måltidsmönster förändrats. Tekniken att förvara mat i kylskåp är bara ca 70 år gammal. Vår mat har gått från att vara beroende av mikrober för att konserveras, genom exempelvis fermentering, till att anses säker om den är mer eller mindre steril. Vilket den är i den snabbmatskultur som vi har idag. Vi har heller aldrig tidigare i historien ätit så mycket socker, vitt mjöl och konserveringsmedel som idag (Fernholm, 2014).

Hur påverkar vår ändrade kost våra kroppar och vårt fungerande?

Det är tyvärr vanligt att barn har orolig mage idag inte minst barn med diagnostiserad ADHD, ibland som en bieffekt av medicineringen (Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fassverksamheten, 2016). Resultat från INCA-studien, där barn med ADHD under 5 veckor åt en eliminationskost, som i vanliga fall kan ordinerats till barn med multipla allergier, visade ett övertygande gott resultat för att kostbehandling skulle kunna vara en av de behandlingar som erbjuds till barn med symtom av typen ADHD (Pellser, o.a., 2011).

Hur påverkar tarmfloran människans psykiska fungerande?

Nya studier på tarmfloran (mikrobiota) och ADHD gör gällande att man skulle kunna behandla, i de fall det anses lämpligt, som vid en mag-tarm sjukdom istället för som vid en allergi. I en nyligen publicerad Finsk studie kom man fram till att tillskott av probiotika till mamman under de sista 2-4 veckorna av graviditeten och till barnet under första 6 månaderna bidrog till att minska förekomsten av allergi med 50 %. När forskare återigen undersökte barnen vid 13 års ålder hade ingen i probiotikagruppen symtom på ADHD och inte heller Autism. Det här är en liten studie som dock ger indikationer på att tarmfloran och dess koppling till hjärnan, detta nya stora forskningsfält, är väldigt viktigt att ta hänsyn till vid behandling av ADHD (Pärtty, Kalliomäki, Wacklin, Salminen, & Isolauri, 2015).

Detta är några kunskapsdomäner på olika strukturell nivå – samhälle, familj, individ men även teknik, kost och träning med eventuella möjliga bidrag till en lösning. Det finns många fler kunskapsdomäner som kan vara del i en komplex lösning av detta dilemma.

Kom och lyssna och diskutera!

Det vi önskar med detta seminarium är att skapa en dialog och öppna för en utvidgad förståelse för det vi idag benämner som ADHD. Vi önskar också öppna upp samtalet om fler/ alternativa sätt att hjälpa människor som tampas med dessa svårigheter som hjälper mer och har mindre bieffekter.

Välkomna på heldags seminarium omkring frågan den 18 juni i Stockholm med professor Allen Frances (fd chefredaktör för DSM) och flera kända svenska forskare inom många olika vetenskapliga domäner med relevans för ämnet. Nora Bateson och Fanny Marell är moderatorer för dagen.

Kom och hjälp oss utveckla ny sorts tänkande och kunskap! – ekocybernetik!!

Läs mer om dagen på: <http://integrativ-medicin.se/allen-frances/>

Leena K Nygren

Leg. sjuksköterska
Samtalsterapeut
Ordförande för FIM
leena.k.nygren@integrativ-medicin.se
www.integrativ-medicin.se

Jenny Levin

Leg. dietist
jenny@dietistan.se
<http://dietistan.se>

Fanny Marell

Auktoriserad socionom
Leg. psykoterapeut/ familjeterapi
fanny.marell@gmail.com
www.fannymarell.se

Litteraturförteckning

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 Rev ed.* Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Barn- och Ungdoms Psykiatri - Stockholms Läns Landsting. (2010). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling.* Stockholm: Allofset.
- Bateson, G. (1972/2000). *Steps to an ecology of mind.* Chicago: The University of Chicago Press.
- Berwid, O. G., & Halperin, J. M. (2012). Emerging Support for a Role of Exercise in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Intervention Planning. *Current Psychiatry Reports, 14 (5)*, 543-551.
- Currie, J., Stabile, M., & Jones, L. (2014). Do Stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD? *Journal of Health Economics, 37*, 58-69.
- Daud, A., & Rydelius, P.-A. (2009). Comorbidity/Overlapping Between ADHD and PTSD in Relation to IQ Among Children of Traumatized/ Non-Traumatized Parents. *Journal of Attention Disorders, Volume 13, Number 2*, 188-196.
- Dencik, L., Schultz Jörgensen, P., & Sommer, D. (2008). *Familie og barn i en upbrudstid.* Köpenhamn: Hans Reitzels Förlag.
- Ekeland, T.-J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. Arbetsnotat nr: 6. Høgskolen i Oslo - senter for profesjonsstudier.
- Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics, 29*, 641-656.
- Fernholm, A. (2014). *Det sötaste vi har: om socker och växande kroppar.* Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child Maltreatment, Other Trauma Exposure, and Posttraumatic Symptomatology Among children

- With Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Journal of child maltreatment, Vol 5, No 3, 205-217.*
- Frances, A. (2013). *Saving Normal - an insider's revolt against out of control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life.* New York: William Morrow.
- Gapin, J. I., & Etnier, J. L. (2014). Parental perceptions of the effects of exercise on behavior in children and adolescents with ADHD. *Journal of sport and health science, Vol 3 Issue 4, 320-325.*
- Government of Western Australia Department of Health. (2009). *Raine ADHD Study: Long -term outcomes associated with stimulant medication in the treatment of ADHD in children.* Government of Western Australia Department of Health.
- Graffman, E. (1998). *Mönster som förbinder - Ekocybernetiska texter i urval av Erik Graffman med bidrag av Rollo May, Anthony Wilden mfl.* Stockholm: Mareld.
- Hertz, S. (2011). *Barn- och ungdomspsykiatri : nya perspektiv och oanade möjligheter.* Stockholm: Studentlitteratur AB.
- Jensen, P. S., Arnold, E. L., Swanson, J. M., Vittiello , B., Abifkoff, H. B., Greenhill, L. L., . . . Hur, K. (2007). 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 46:8, 989-1002.*
- Ljung , T., & Friberg, P. (den 18 april 2016). *läkartidningen.* Hämtat från Itarkiv:
<http://itarkiv.lakartidningen.se/artNo28278>
- Lundström, T. (2016). ADHD: Om förekomst, Ökning och konckvencerna för social barnavård. *Socionomen - kvalifierat socialt arbete och psykoterapi. Nr: 1, ss. 18-31.*
- Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fass-verksamheten. (den 08 april 2016). *Concerta.* Hämtat från FASS Vårdpersonal:
<http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20021101000328#side-effects>
- Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fass-verksamheten. (den 26 april 2016). *Ritalin.* Hämtat från FASS Vårdpersonal:
<http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20040607007457#side-effects>
- Läkemedelsverket. (den 18 aril 2016). *Läkemedelsverkets följer upp behandlingen med centralstimulantia vid ADHD.* Hämtat från Läkemedelsverket:
<https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Lakemedelsverkets-foljer-upp-behandlingen-med-centralstimulantia-vid-ADHD/>
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, E. L., Vitiello, B., Jensen, P. S., . . . GROUP, a. t. (2009). The MTA at 8 Years: Prospective Follow- up of Children Treated for Combined -Type ADHD in Multisite Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48:5, 484-500.*
- Pellser, L. M., Frankena, K., Toorman, J., Savelkoul, H. F., Dubois, A. E., Pereira, R., . . . Bultelaar, J. K. (2011). Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *The Lancet. Vol 377, nr: 9764, 484-503.*

- Pärty, A., Kalliomäki, M., Wacklin, P., Salminen, S., & Isolauri, E. (2015). A possible link between early probiotic intervention and the risk of neuropsychiatric disorders later in childhood: a randomized trial. *Pediatric Research*. vol 77, issue 6, 823–828. Hämtat från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25760553>
- Sharpe, K. (2014). Evidence is mounting that medication for ADHD doesn't make a lasting difference to schoolwork or achievement. *Nature*. Vol 506, 146-148.
- Socialstyrelsen. (den 4 april 2016). *Diagnoskoder (ICD -10)*. Hämtat från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>
- Stockholms Läns Landsting och Sten Lundqvist. (2011). *BUP rapport 2011/1. Grunder i Barn- och Ungdomspsykiatriskt Arbete. Om värderingar, möten, förhållningsätt och bedömningar*. Karlskrona: Printfabriken.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. vol 56, 1073-1086.
- U.S Department of Health and Human Services. (den 18 04 2016). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. Hämtat från Center for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
- Whitaker, R. (den 3 november 2014). *ADHD-mediciner fungerar inte på lång sikt*. Hämtat från SVT Nyheter opinion: <http://www.svt.se/opinion/article2429200.svt>