

Psykofarmaka til barn: en nødvendig debatt

«ADHD-debatten er på villspor» skrev Hovda et al i sitt innlegg i Utpostens nr 7 i fjor. En debatt som tar for seg faglige og problematiske sider ved økende bruk av medisiner i barne- og ungdomspsykiatrien, er ingen debatt på villspor. Det er en debatt som bør pågå hele tiden.

I mitt essay i Samtiden nr 3/2011 stilte jeg spørsmål ved hvorfor og hvordan ADHD er blitt Vestens vanligste barne- og ungdomspsykiatriske diagnose. Ifølge tall fra det norske reseptregisteret fikk 17500 norske barn i fjor utskrevet en resept på et ADHD-medikament – og enda flere har diagnosen også uten å bli medisinert.

I sitt svar til mitt essay redegjør Hovda og medforfattere blant annet grundig for forskjellen mellom ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. At ADHD, som ikke engang er oppført i vår europeiske diagnosemanual ICD 10, er så etablert og brukt som diagnose, forteller tydelig hvordan diagnosen er etablert som «merkevare» influert av en amerikansk psykiatri og DSM IV. Og det illustrerer nettopp noe av mitt poeng; at ADHD også bør diskuteres som et kulturelt, pedagogisk og samfunnsvitenskapelig fenomen.

Jeg benekter selvfølgelig ikke at symptomene finnes og at mange barn og foreldre i dag strever med disse symptomene. Jeg ønsker selvfølgelig heller ikke å legge noen ekstra byrde på dem det gjelder ved å mistenkeliggjøre pårørende eller pasienter med diagnosen – og er overrasket over at teksten kan tolkes slik.

Jeg forsøkte å argumentere for at det er helt nødvendig at fagmiljøene hele tiden diskuterer med seg selv – og andre fagmiljøer – hvordan man velger å håndtere disse problemene, nettopp fordi det vitenskapsteoretiske ved diagnosen er svakt (1, 2). Og ikke minst fordi medisiner i økende grad ser ut til å være løsningen på problemet.

Med referanse til den toneangivende MTA-studien skriver Hovda og medarbeidere at «Lunde (...) gir uttrykk for at den medikamentelle behandlingen av hyperkinetisk forstyrrelse er dårlig dokumentert. Det medfører heldigvis ikke riktighet.»

Jeg har aldri hevdet at sentralstimulerende ikke virker på ADHD-symptomer. Jeg tilbakeviser derimot myten om at pasienter som responderer på sentralstimulerende medisiner beviselig har diagnosen, slik mange feilaktig tror. Flere studier viser at også friske brukere

har effekt av sentralstimulerende, og et økende «off-label» forbruk blant friske, først og fremst studenter, vitner også om det samme (3, 4).

MTA-studien som Hovda viser til har hatt sentral betydning for retningslinjene for behandlingen av ADHD. Det er derfor viktig å få presisert at gruppen som fikk behandling med legemidler og gruppen som fikk legemidler og adferdsterapi i kombinasjon, kom likt ut i en 14 måneders oppfølgingsstudie (5). Behandlingsforskjellen mellom alle de fire gruppene var likevel nærmest opphørt etter tre år (6). Med andre ord: Longitudinelle studier kan altså ikke dokumentere at medikamentell intervensjon er mer effektiv enn andre typer behandling – selv om de viser en dokumentert effekt initialt (7).

Hovda, Johnsen Wangenstein og Alexandersen hevder i sin kommentar at det er misforstått å stille spørsmål ved om kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av ADHD-pasienter i Norge i dag er god nok. De beskriver hvor grundig de selv jobber når de utreder disse pasientene, og legger til grunn at det er slik det foregår for majoriteten av norske barn som utredes og behandles for ADHD.

Ingenting er bedre enn det. Hovda og medforfattere kan likevel ikke dokumentere at de har rett. Tall fra det norske reseptregisteret dokumenterer at det er store geografiske forskjeller når det gjelder forekomst av ADHD i Norge (8) og dette antar man handler om ulike nasjonale «diagnosekulturer». En norsk studie fra «Barn i Bergen»-materialet (9) viser også at forekomsten av ADHD varierer sterkt avhengig av hvilke tester som blir brukt. Det er også nok av enkeltteksempler og rapporter som bekrefter at det i virkeligheten litt for ofte ikke er så grundige utredningsløp som Hovda beskriver. Noe som har bekymret flere fagmiljøer de siste årene (2).

Han mener det er en myte at det er et ensidig fokus på medisiner i behandlingsapparatet når det kommer til hyperkinetisk forstyrrelse og underbygger påstanden med at retningslinjene fra HD sier at medisiner bare skal forsøkes «når det er vist at hjelpetiltak alene ikke har vist effekt». Selv om Hovda og kolleger opplever at dette er praksis der de er, betyr ikke det at retningslinjene nasjonalt blir fulgt.

«Diagnostiske kriterier er konvensjoner og ikke objektive størrelser, og derfor må en rekke perspektiver tas med når diagnosesys-

temene utvikles. Imidlertid er dette ikke noe som bare gjelder for psykiatrien; også i somatiske fag trekkes grensen mellom normalt og patologisk ved verdivalg som får stor samfunnsmessig betydning», skriver Hovda og medarbeidere. Jeg kunne ikke vært mer enig. Problematisk er det når disse diagnosekriteriene nå i økende grad utvider grensene for hva som patologiseres og medisineres – spesielt når det kommer til barn og barns adferd. ADHD skal være en eksklusjonsdiagnose.

I dag er inntrykket at den mer fungerer som en «sjekklistediagnose» – der man i sammensatte kliniske situasjoner velger ADHD som hovedforklaring på barnets problemer.

Mitt anliggende har overhode ikke vært å harselere eller underkjenne de problemene ADHD pasienter sliter med, slik Hovda ufint insinuerer. Mitt anliggende er at man må hele tiden tørre å være kritisk og stille spørsmål ved om denne gruppen barn og unge får den behandling og oppfølging de bør ha, spesielt tatt i betraktning at dette er en gruppe som stadig øker i omfang.

Charlotte Lunde,

Assistentlege, SSE, Nevroklinikken, OUS

REFERANSER

1. Getz L., Kirkengen A.L et al, «ADHD, kunnskapsmessige utfordringer og dilemmaer sett fra et allmennt medisinsk perspektiv». Fagrapport publisert 1.11.2008 på www.legeforeningen.no
2. Lunde C., «Fra hyperaktiv til sentralstimulert», Samtiden – tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsproblemer, nr 3, 2011
3. Setlik J m.fl.: «Adolescent prescription ADHD medication abuse is rising along with prescriptions for these medications», Pediatrics, Vol.124, No 3 September 2009, 875–880.
4. Smith EM m fl.: «Are prescription stimulants 'Smart Pills'? The Epidemiology and Cognitive Neuroscience of Prescription Stimulant Use by Normal Healthy Individuals», Psychological Bulletin, Vol 137, no 5 2011, 717–741.
5. The MTA Cooperative Group.: National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder., Pediatrics, 2004 Apr;113(4): 754–61
6. Jensen, P et al, 3 year follow-up of the NIMH MTA study, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007 Aug; 46 (8); 989–1002
7. Clinical Evidence: ADHD in children and adolescents, BMJ publishing group 2011
8. www.reseptregisteret.no
9. Heiervang E et al, «Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use», J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Apr;46(4): 438–47.