

# Ritalin-behandling: “Børn dør af ADHD-medicin”



Foto: [FGMB](#)

Fra [ritalindeath.com](http://ritalindeath.com)

Oversat til dansk i 2010 af [Thomas Wagner Nielsen](#)

Info til forældre, der bliver presset til at diagnosticere og medicinsk behandle deres børn for ADD eller ADHD. Historien bag vores søns dødsfald forårsaget af ADHD-medicin, Ritalin.

Mellem 1990 og 2000 blev der indberettet 186 dødsfald som følge af Methylphenidat til MedWatch-programmet [medicinovervågning] i fødevarer- og medicinalstyrelsen i USA, en frivillig indberetningsordning, hvoraf antallet ikke udgør mere end 10 til 20% af den faktiske forekomst.



9/1/1985 – 3/20/00. Vores 14-årige søn døde af brug af Ritalin.

April 15, 2001. Denne [hjemmeside](#) blev oprettet i håb om at oplyse forældre og værger om sandheden bag ADHD og den medicin, der anvendes til behandling af børn diagnosticeret med ADD eller ADHD.

Vi opbyggede denne hjemmeside, fordi vi ikke ønsker, at andre børn dør eller lider af bivirkninger på grund af deres forældres manglende viden.

Vi gjorde alt, hvad vi kunne for at overbevise den statslige og føderale regering om de metoder, der anvendes i fejl-diagnosticering af tusindvis af børn med ADD – [Attention Deficit Disorder] forstyrrelse, der resulterer i underskud af opmærksomhed og ADHD [Attention Deficit Hyperactivity Disorder] forstyrrelse, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed, og psykotropisk medicinering af børn med Ritalin og anden medicin.

Siden vores 14-årige søn Matthew's død, forårsaget af brugen af Ritalin ordineret til ADHD (forstyrrelse, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed), har vores familie været i gang med at informere andre verden over via Internettet om ADHD og farerne ved psykotropisk medicin til minde om vores søn og utallige andre børn, der er døde i løbet af årene, som en direkte følge af brugen af psykotropiske stoffer.

Vi ønsker at afsløre de sundhedsmæssige risici, farer, dødsfald og selvmord, som er en direkte følge af tildelingen af Ritalin og andet psykiatrisk medicin til børn.

Vi håber, at vores historie og oplysninger på en eller anden måde vil gavne din familie og forhindre, at vores tragedie bliver jeres familiers virkelighed og mareridt.

Vores fjorten år gamle søn Matthew døde pludselig den 21. marts 2000. Dødsårsagen blev fastslået til at være på grund af den langsigtede (alder 7-14) brug af Methylphenidat, et lægemiddel almindeligvis kendt som Ritalin.

Ifølge lægen Ljuba Dragovic, chefpatolog i Oakland County [amt], Michigan, viste Matthew's hjerte efter obduktionen tydelige tegn på skader i små blodkar forårsaget af brugen af Methylphenidat (Ritalin).

\* Dødsattesten lyder: "Død som følge af langvarig brug af Methylphenidat, Ritalin."

Jeg fik at vide af en af lægerne, at en fuldvoksen mands hjerte vejer omkring 350 gram, og at Matthew's hjertes vægt var omkring 402 gram. Lægen Dragovic sagde, at denne type skader på hjertet ulmer og ikke let afsløres med standardtesten udført for receptpligtige genopfyldninger. Standardtesten består normalt af at arbejde med blodet, lytte til hjertet, og spørgsmål om adfærd i skolen, sove- og spisevaner.

\* Det, der er vigtigt at bemærke her er, at Matthew ikke havde nogen allerede eksisterende hjertesygdom eller -defekt.

Matthew's historie startede i en lille by i Berkley, Michigan. Mens han gik i første klasse blev Matthew evalueret af skolen, der troede på, at han havde ADHD. Skolens socialrådgiver blev ved med at indkalde os til møder. En morgen, på et af disse møder, mens vi ventede på, at de andre ankom, sagde Monica til os, at hvis vi nægtede at tage Matthew med til lægen og få ham på Ritalin, kunne børneforsorgen anklage os for at forsømme hans uddannelses- og følelsesmæssige behov. Min kone og jeg følte os truet og var bange. Vi troede på, at der var en meget reel mulighed for at miste vores børn, hvis ikke vi rettede os efter skolens trusler.

Monica forklarede yderligere ADHD for os, om at det var en virkelig hjernesygdom. Hun gik også videre til at fortælle os, at Methylphenidat (Ritalin) var en meget mild medicin og ville stimulere hjernestammen og hjælpe Matthew med at fokusere.

Vi gav efter for skolens pres og tog vores søn med til en børnelæge, som de anbefalede. Hans navn var læge John Dorsey i Birmingham, Michigan. Under besøget hos læge Dorsey med skolens anbefaling af Methylphenidat (Ritalin) i hånden, bemærkede jeg, at han virkede frustreret over skolen. Han bad os om at minde skolen om, at han ikke var et apotek.

Jeg kan kun konkludere ud fra hans kommentar, at vi ikke var de første forældre, som blev sendt til ham af denne skole. Læge John Dorsey diagnosticerede officielt Matthew med ADHD. Testen, der blev anvendt til diagnosen, var et fem minutters trick med en snurrende blyant, hvilket resulterede i, at Matthew blev diagnosticeret med ADHD.

\* Det er vigtigt at bemærke, at skolens insisteren og rolle i vores søns medicinering blev dokumenteret i et brev skrevet af Monica til børnelægen med følgende ordlyd: "Vi ville have håbet, at du allerede nu ville have startet Matthew op på et medicinsk forsøg".

På intet tidspunkt fik min kone og jeg nogensinde betydelige fakta at vide, hvad angår spørgsmålet om ADHD og medicinen, der bruges til at "behandle det". Disse væsentlige kendsgerninger tilbageholdt for os ville uundgåeligt have ændret den vej, vi var på vej ned af, ved i sidste ende at ændre de beslutninger, vi ville have taget.

Vi fik ikke at vide, at den amerikanske lægemiddelstyrelse [The Drug Enforcement Administration] havde klassificeret methylphenidat (Ritalin) som et liste-II stof, der kan sammenlignes med kokain.

Vi fik ikke at vide, at methylphenidat også er på top ti for misbrugt receptpligtigt medicin.

På intet tidspunkt blev vi informeret om forstyrrelsens uvidenskabelige karakter.

Vi fik ikke at vide, at der var udbredt uenighed blandt det etablerede medicinske samfund med hensyn til forstyrrelsens gyldighed.

Desuden var vi ikke bekendt med oplysninger, der inddrager risici ved brug af methylphenidat (Ritalin) som "behandling" for ADHD. En af disse farer inkluderer det faktum, at methylphenidat, Ritalin, forårsager indsnævring af vener og arterier, hvilket får hjertet til at arbejde på overtid og uundgåeligt fører til skade på selve organet.

Vi blev ikke gjort opmærksom på det store antal af børnedødsfald, der har været forbundet med disse former for narkotika, der har været brugt som "behandling".

Mens Matthew tog methylphenidat (Ritalin) blev vi på intet tidspunkt informeret om nogen som helst test: ekkokardiogram, MR-billeddannelse. Disse typer af forsøg kunne have opdaget skaden på hans hjerte. Disse tests betragtes ikke som "standard" i forbindelse med overvågning af "behandling" af ADHD, de gives som regel aldrig til børn. Desværre er døden uundgåelig uden mulighed for opdagelse af det.

\* Jeg vil bede alle forældre om at stille sig selv disse vigtige spørgsmål:

Hvor anderledes ville dine beslutninger være, hvis oplysninger blev tilbageholdt for dig? Hvor anderledes ville dine beslutninger være, hvis du kun modtager fordrejede data?

Jeg ved selv, at vore familiers og Matthews resultat ville have været helt anderledes havde vi fået alle oplysninger. Hvis jeg havde kendt til visse fakta, ville jeg have handlet anderledes, og min søn ville være i live i dag. Det er jeg sikker på.

Informeret samtykke, "der i uddrag siger, En persons enighed i at tillade, at noget skal ske (såsom kirurgi), der er baseret på en fuldstændig fremlæggelse af de faktiske omstændigheder, der er nødvendige for at træffe beslutningen intelligent, dvs. viden om indblandede risici, alternativer osv." og "de sandsynlige risici imod de forventede fordele".

Krænkelser af forældrenes rettigheder er, når de ikke får fortalt den uvidenskabelige karakter af såkaldte lidelser såsom ADHD eller risici ved de behandlinger, der omfatter stoffer som Ritalin, og de får helt sikkert ikke alternativer til deres barns adfærd at vide, såsom udiagnosticeret allergi eller fødevarerfølsomheder, som kunne vise sig med symptomer på, hvad psykiatrien kalder ADHD.

\* Her er nogle fakta, som bliver tilbageholdt for forældre, der muligvis kunne ændre deres livs beslutninger og resultater.

Vidste du, at skoler modtager ekstra penge fra staten og den føderale regering for hvert barn, som mærkes og medicineres? Dette viser klart en eventuelt "økonomisk tilskyndelse" for skoler til at mærke og medicinere børn. Det bakker også op om den foruroligende stigning i/forøgede mærkning og medicinering, der har fundet sted i det sidste årti indenfor vores skoler.

Vidste du, at forældre, der modtager bistandshjælp fra regeringen kan få yderligere penge for hvert barn, som de har mærket og medicineret? På denne måde bliver mange socialøkonomisk laverestående forældre (mange gange enlige mødre) væltet ind i medicinering på grund af disse finansielle tilskyndelser viftede foran dem i hårde tider, der gør livsstilsændringer mulige.

Vidste du, at ved mærkning af dit barn med ADHD, mærker du dem faktisk med en psykisk sygdom, der er listet i DSM-IV [diagnostiserings- og statistikhåndbog for psykiske lidelser], den uvidenskabelige faktureringsbibel indenfor psykiatri?

Vidste du, at et barn som tager et psyko-tropisk, psyko-stimulerende stof som Ritalin efter 12 årsalderen er uberettiget til værnepligt?

Vidste du, at de subjektive tjeklister, der bruges som kriterier for diagnosen, er meget lig de tjeklister, der anvendes til at udpege begavede og talentfulde børn? Disse to tjeklister er næsten identiske.

Den amerikanske lægemiddelstyrelse udtaler klart i deres rapport om methylphenidat: "Men i modsætning til hvad mange tror, vil stimulanser som methylphenidat påvirke normale børn og voksne på samme måde, som de påvirker ADHD-børn. Opførsels- eller opmærksomhedsforbedringer med methylphenidat-behandling er derfor ikke en diagnose af ADHD." (S. 11) Denne erklæring modsiger grundigt, hvad der bliver fortalt til mange forældre af de mange "fagfolk", der har en personlig interesse i diagnosen i sig selv.

Lægemiddelstyrelsen i USA udtaler endvidere, at: "Af særlig bekymring er, at det meste af ADHD-litteraturen udarbejdet af CHADD [organisationen Børn og voksne med ADD/ADHD] og andre grupper til offentlig brug og til rådighed for forældre, ikke løser problemet med potentielt misbrug eller faktisk misbrug af methylphenidat. I stedet bliver methylphenidat (ofte omtalt som Ritalin af disse grupper) rutinemæssigt portrætteret som et godartet, mildt stof, der ikke er forbundet med misbrug eller alvorlige bivirkninger. I virkeligheden er der imidlertid en overflod af videnskabelig litteratur, som tyder på, at methylphenidat deler samme misbrugspotentiale som andre liste-II-stimulanser." (S. 4)

Vidste du, at grupper som CHADD og andre til rådighed for forældrene bliver støttet økonomisk af farmaceutiske virksomheder? Dette er et rødt flag og viser en interessekonflikt i den rolle, disse grupper har med hensyn til vores børns sundhed og trivsel.

Vidste du, at der findes undersøgelser som f.eks Berkeley-studiet, der anfører, at Ritalin og andre stimulanser yderligere øger risikoen for stofmisbrug? Fra Wall Street Journal, mandag 17. maj 1999 af Marilyn Chase: "Nadine Lambert, professor i uddannelse, fulgte næsten 500 børn gennem 26 år. Hun hævder, at udsættelse for Ritalin gør hjernen mere modtagelig for den vanedannende effekt af kokain og fordobler risikoen for misbrug."

Denne undersøgelse ser ud til aldrig at nå i hænderne på forældrene, fordi den ikke understøtter teorier af dem, der benytter diagnosen til at drage fordel af vores børn. Det, der til gengæld ser ud til at nå i hænderne på mange forældre, er forskning der tyder på, at hvis børn går rundt "ubehandlet", hvilket svarer til "umedicineret", vil de "selv-medicinere" eller ende som unge kriminelle. Desværre er mange af disse forældre ikke klar over, at meget af denne ensidige og udokumenterede forskning (en sådan er Beiderman-undersøgelsen), der infiltrerer vores skoler, faktisk bliver distribueret af farmaceutiske virksomheder, såsom Novartis. Dette i sig selv er et andet rødt flag og en interessekonflikt omkring vores børns sundhed.

Jeg efterlader dig dette spørgsmål: Hvor mange flere 11-årige Stephanie Hall's, 14-årige Matthew Smiths og 10-årige Shaina Dunkle's skal dø, før vi indser, hvad der sker, og taler ud og handler for at sætte en stopper for det?

Et stykke legetøj kaldes måske tilbage, hvis 1 eller 2 børn dør af det. Hvor mange børn skal dø af disse stoffer, før vi indser det, og sætter en stopper for denne rædsel. Hvorfor skulle hundreder eller tusinder dø, før vi bliver rasende og handler?

Er fortjenesten for så mange, mere værd end vores børns sikkerhed og liv? Desværre er døden af disse børn forblevet ueksponeret og undertrykt i så lang tid, fordi der er en enorm mængde penge og profit på spil for så mange. Min søns stemme vil ikke være en af dem, der undertrykkes og bliver gjort stille.

---

**\* Nedenfor findes en kopi af et brev sendt til lægen, af vores søns skoles socialrådgiver og psykolog, som beder lægen om, at vores seks-årige kommer på Ritalin.**

11/22/91

IEP [program for tidlig indblanding] vil blive den 6. december. Vi har anerkendt hans indlæringsvanskeligheder. Vi vil sandsynligvis give ham maksimal tid i et ressourceværelse (3 timer/dag).

Vores bekymring er, at hans psykologiske test har vist stærk gennemsnitlige intelligens. Underresultater er svagest i områderne opmærksomhed og hukommelse (som vores psykolog mener er tegn på ADHD).

Han har haft en lang fortid med impulsiv over-aktivitet. Vi (socialrådgiver-psykolog var vidner til dette i Matt's førskole hos Miss Molly's, Det er derfor, vi har certificeret ham som berettiget til PPI – førskole for hæmmede. Han fik sit PPI-år, så børnehavear og nu 1. klasse.

Mange miljømæssige ændringer er blevet forsøgt for at hjælpe Matt koncentrere sig og fokusere, men han har stadig en parathed svarende til børnehavebegyndelse. Vi mener, at hans høje niveau af distraktion er endnu mere et handicap end hans indlæringsunderskud.

Vi havde i september håbet at du og Matt's forældre ville have indledt et prøveforløb med medicin, så vi kunne vurdere, om hans indlæring ville have nydt godt af en øget fokusering og koncentration.

Ville du overveje at få Matt til påbegynde sine 3 timer i et ressourceværelse samtidig med en ordineret medicinsk terapi? Forældrene angiver, at de ville føle sig godt tilpas med denne beslutning, hvis du gør det.

Vi er så bekymret over, at Matt er begyndt at se sig selv som "slem" og en som gør "slemme ting" Jeg, som skolens socialrådgiver, vil fortsætte med at arbejde med Matt på selvværd og sociale færdigheder.

---

Matthew havde angiveligt brug for dette stof Ritalin på grund af en subjektiv diagnose kaldet ADHD, indtil det gjorde ham tavs for evigt den 21. marts 2000, endnu mere trist, har jeg selv fundet ud af, at tusindvis af børn er døde som en direkte følge af brugen af psykotropisk medicin gennem årene.

**\* Matthew's stemme i døden vil blive hørt af alle 01/09/1985 - 21/03/2000**

Til slut vil vi håbe, at denne hjemmeside om Attention Deficit Hyperactivity Disorder, "ADHD" eller Attention Deficit Disorder "ADD". og hvor dødbringende disse psykotropiske stoffer kan være. Med venlig hilsen, "Familien Smith"

---

## Ritalin: Børnemishandling på recept?

Undersøgelses manglende evne til at rapportere om den afgørende sammenligning mellem umedicinerede og medicinerede ADHD-forsøgspersoner.

Familie læger er i disse dage ofte under pres (normalt fra lærere og socialrådgivere, som ikke ved noget som helst om medicinsk behandling og formentlig ikke forstår noget som helst om, hvordan den internationale medicinalindustri fungerer) til at ordinere stoffet kaldet Ritalin til børn, som er anklaget for at opføre sig dårligt, som er indrapporteret for ikke at gøre det godt i skolen og 'diagnosticeret' som lidende af noget, der kaldes Attention Deficit Hyperactivity Disorder (kendt som ADHD) [forstyrrelse, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed].

I flere årtier nu er Ritalin og andre lægemidler af typen amfetamin, blevet ordineret til børn, som er forstyrrede og er diagnosticeret som lidende af forskellige typer af hyperaktivitet i hjernen. (Andre psyko-stimulanser, der på et eller andet tidspunkt har været betragtet som konkurrenter til Ritalin, inkluderer Dexedrine).

Efter min opfattelse er det første problem, at Attention Deficit Hyperactivity Disorder (og andre variationer over temaet hyperaktivitet) er en temmelig vag diagnose, som lærere, socialrådgivere og forældre ofte springer på for at undskylde og forklare enhver uacceptabel eller ukontrollérbar opførsel.

Forældre til børn hvis adfærd på en hvilken som helst måde betragtes som forskellig eller usædvanlig bliver ofte opmuntret til at tro på, at deres barn lider af en sygdom af to enkle grunde. For det første er det mere socialt acceptabelt at give et barn en pseudovidenskabelig etiket end at skulle indrømme, at han eller hun måske blot er uopdragen.

For det andet, når et barn har fået en etiket, er det muligt at tilbyde en behandling. Almindeligvis vil det være én, såsom et lægemiddel, der tilbyder en eller anden en fortjeneste. ADHD, som også er kendt som Attention Deficit Disorder (eller ADD), hyperkinetisk barn-syndrom, minimal hjerneskade, minimal hjerneforstyrrelse hos børn og psyko-organisk syndrom hos børn, er en bemærkelsesværdig ikke-specifik lidelse. De symptomer, der kendetegner lidelsen kan omfatte: en kronisk fortid med en kort opmærksomhedsevne, tendens til at blive distraheret, følelsesmæssigt belastet, impulsivitet, moderat til svær hyperaktivitet, mindre neurologiske tegn og unormal EEG. Indlæringen er muligvis eller muligvis ikke forringet.

Læs den temmelig meningsløse liste af symptomer omhyggeligt, og du vil opdage, at næsten ethvert barn i live, sandsynligvis vil kunne beskrives som lidende af ADHD.

Hvilket barn er ikke lejlighedsvist impulsivt? Hvilket barn græder og ler ikke (det er, hvad følelsesmæssigt belastet betyder)? Hvilket barn kan ikke distraheres?

En stor bekymring, som jeg har, er, at Ritalin kan anbefales til enhver barn, som så ud til at kede sig og være rastløs eller som udviste usædvanlige tegn på intelligens eller kunnen. Læs biografierne af genier, og du undrer dig måske over, hvad vi gør mod vores nuværende generation af de mest talentfulde individer.

'Er Ritalin et lægemiddel, der leder efter en sygdom?' skrev en forfatter, og det er ikke svært at se hvorfor.

## Brugt første gang i 1960'erne

Ritalin har været anbefalet til behandling af funktionelle opførselsmæssige problemer siden 1960'erne. Da CIBA første gang foreslog det i 1961 blev de afvist af FDA [fødevarer- og lægemiddelstyrelsen i USA], men i 1963 blev godkendelse givet til denne brug af stoffet.

Op til 1966 havde 'eksperterne' fundet på en definition af det type barn, for hvem Ritalin nyttigt kunne ordineres. Børn, der lider af 'minimal hjerneskade' (MBD), det første syndrom, som Ritalin blev anbefalet til, blev defineret som 'børn hvis intelligens er nær gennemsnittet, gennemsnitligt eller over generelt gennemsnit med visse indlærings- eller adfærdsmæssige handicap lige fra mild til svær, som er forbundet med afvigelser i funktionen af det centrale nervesystem. Disse afvigelser kan manifestere sig ved forskellige kombinationer af forringelse i opfattelse, begrebsdannelse, sprog, hukommelse og kontrol af opmærksomhed, impulser eller motorik'.

Andre symptomer, som børn muligvis kunne udvise, som kunne henføres til MBD omfattede: at være sød og ligevægtig, at være samarbejdsvillig og venlig, at være godtroende og let at lede, at være let at vække, at sove tungt og så videre og så videre.

Når man får den type liste at arbejde med, er det svært at komme i tanke om et barn, som ikke ville drage fordel af Ritalin – selvom det officielle skøn syntes at være, at kun omkring 1 barn ud af 20 børn virkelig var ramt af MBD.

## En bekvem diagnose

Pointen er, at det er blevet nemt for socialrådgivere og lærere at definere hvilke som helst børn, som ikke opfører sig ordentligt eller ikke lærer tingene 'ordentligt', som lidende af MBD eller ADHD. Det er en nem diagnose, der undskylder forældre, lærere og socialrådgivere fra ansvar eller nogen som helst følelse af skyld. Hvordan kan forældrene eller læreren blive beskyldt for at fejle, når barnet er sygt?

Lederen af arbejdsgruppen, der identificerede og satte navn på MBD blev angiveligt efterfølgende ansat i den virksomhed, der producerede Ritalin og udarbejdede dens håndbog for læger om tilstanden. Kommercielt blev Ritalin og MBD en kæmpe succes. I 1975 blev omkring én million børn i USA diagnosticeret som lidende af MBD. Halvdelen af disse blev givet medicin og halvdelen af dem, som fik medicin var på Ritalin.

For fuldstændighedens skyld vil jeg gerne understrege, at Ritalin ikke altid udelukkende har været anvendt til behandling af uopdragne børn.

Da læge Andrew Malleon skrev sin bog 'Behøver din læge at være så ubrugelig' i 1973, oplyste han, at det farmaceutiske firma CIBA havde foreslået 'læger at bruge deres vanedannende stof Ritalin på 'miljømæssig depression' forårsaget af 'STØJ: et ny socialt problem'.

## Virker Ritalin?

Det næste spørgsmål, der skal stilles, er: 'Virker Ritalin?'

Tja, jeg er bange for, at jeg ikke kan besvare dette spørgsmål. Og jeg tror ærligt talt heller ikke, at andre kan. Novartis, medicinalfirmaet, der nu har ansvaret for Ritalin i Storbritannien og Nordirland, indrømmer, at 'data om... virkningen af langtidsbrug af Ritalin ikke er fuldstændige'.

Med et barn ud af tyve børn, som siges at lide af MBD (eller ADHD eller ADD eller hvad nogen ellers ønsker at kalde det), med Ritalin, der været på markedet og brugt til denne tilstand i over tre årtier, og med nogle eksperter, som siger, at én million børn om året får Ritalin i USA alene, synes du måske, at dette er en anelse skuffende.

Præcis hvor lang tid tager det at finde ud af, om et lægemiddel virker eller ej? Er jeg frygtelig kynisk ved at antyde, at det kan være imod medicinalfirmaets interesse at finde ud af, om Ritalin virkelig virker eller ej? Når alt kommer til alt, hvis langsigtede undersøgelser viste, at Ritalin ikke virkede, ville en meget indbringende medicin formentlig miste noget af sin appel. Nogle undersøgelser er blevet foretaget. En undersøgelse foretaget over fem år af hyperaktive børn, som fik Ritalin på Montreals Børnehospital konstaterede, at børnene ikke adskilte sig på lang sigt fra hyperaktive børn, der ikke fik medicinen. Mindst én forsker har rapporteret, at stoffer som Ritalin kan give en forringelse i det at lære nye færdigheder i skolen og forældre har rapporteret, at symptomerne på MBD mirakuløst er forsvundet i løbet af skoleferien.

Billedet bliver forvirret af, at der kan ske en kortvarig forbedring af adfærd blandt børn, som gives Ritalin. Men er det en reel forbedring? Eller bliver barnet simpelthen bedøvet? Lægemidler af amfetamintypen mindsker forskelligheden af den adfærd, der udvises af børn. Et barn på Ritalin udviser måske mere fokuseret adfærd. Men selv om det kan betyde færre afbrydelser i undervisningen, hjælper det så virkelig barnet? Og burde vi give et barn et kraftfuldt og potentielt farligt stof, fordi det lukker munden på ham?

Noget tyder på, at børn, der virkelig er hyperaktive, kan være blevet forgiftet af tilsætningsstoffer i fødevarer eller af bly indåndet fra luften forurenet af benzindampe. Hvis dette er tilfældet, er det at give et andet potentielt giftigt stof så virkelig løsningen på dette problem?

### **Potentielt giftigt**

Det næste problem er, at jeg tror, at Ritalin med rimelighed kan beskrives som potentielt giftigt. Ritalin er blevet beskrevet som 'meget sikkert', men for en god ordens skyld er der her en liste over nogle af de mulige bivirkninger, som kan være forbundet med Ritalin: Nervøsitet, søvnløshed, nedsat appetit, hovedpine, døsigthed, svimmelhed, dyskinesi [stivhed i leddene], sløring af synet, muskeltkræmper, tics, Tourettes syndrom, toksisk psykose (nogle med visuelle og taktile hallucinationer), forbigående nedtrykthed, mavesmerter, kvalme, opkastning, mundtørhed, takykardi [høj puls], palpitationer [ubehag knyttet til opmærksomhed om hjertets aktivitet], arytmier [rytmeforstyrrelser], ændringer i blodtryk og puls, angina pectoris [hjerterkrampe], udslæt, kløe, urticaria [nældefeber], feber, ledsmerter, alopecia [hårtab], trombocytopeni purpura [for få blodplader], exfoliativa dermatitis [hudsygdom], erythema multiforme [hudsygdom], leukopeni [få hvide blodlegemer], anæmi [blodmangel] og mindre forsinkelse i vækst under længerevarende behandling hos børn.

Læger, som ordinerer Ritalin, og som har tid og lyst til at læse advarslerne, der er udstedt sammen med lægemidlet, vil opdage, at Ritalin ikke bør gives til patienter, som lider af mærket angst, uro eller spænding, da det kan forværre disse symptomer.

Ritalin er kontraindikeret [imod hensigten] hos patienter med tics, tics hos søskende eller ved diagnose af Tourettes syndrom, eller ved en familiefortid med diagnosen. Det er også kontraindikeret hos patienter med svær angina pectoris, hjertearytmier, glaucom [grøn stær], tyreotoksikose [forhøjet stofskifte], eller kendt følsomhed over for methylphenidat, og det bør anvendes med forsigtighed hos patienter med hypertension (blodtryk bør kontrolleres med passende mellemrum). Ritalin bør ikke anvendes til børn under seks år, bør ikke anvendes til behandling af svær depression af enten eksogen eller endogen oprindelse og kan forværre symptomer på adfærdsmæssige forstyrrelser og tankeforstyrrelse, hvis det gives til psykotiske børn.

Selskabet, der sælger det, hævder, at selv om tilgængelige kliniske data viser, at behandling med Ritalin i barndommen ikke øger sandsynligheden for afhængighed, så kan kronisk misbrug af Ritalin føre til markant tolerance og psykisk afhængighed med varierende grad af unormal adfærd.

Der advares om, at Ritalin bør anvendes med forsigtighed hos følelsesmæssigt ustabile patienter, såsom dem, som har en fortid med stofafhængighed eller alkoholisme, fordi sådanne patienter kan øge dosis på eget initiativ.

Ritalin bør også anvendes med forsigtighed hos patienter med epilepsi, da der kan ske en stigning i anfaldsfrekvensen.

Og højde og vægt bør overvåges nøje hos børn, da længerevarende behandling kan resultere i væksthæmning. (Et barn kan måske miste flere centimeter af mulig højde – men hvis behandlingen bliver stoppet, sker der generelt en voldsom vækst). Det er måske her værd at nævne min opfattelse, at hvis et lægemiddel er stærkt nok til at forsinke vækst, så forekommer det ikke helt urimeligt at antage, at chancerne er store for, at det måske har andre magtfulde effekter på og i kroppen.

Læger bliver også advaret om, at omhyggelig overvågning er nødvendig under afvænnning fra stoffet, da depression samt fornyet overaktivitet kan afsløres. Langsigtet opfølgning kan være nødvendigt for nogle patienter.

Der har også været rapporter om, at børn har begået selvmord efter afvænnning fra stoffet. Og en undersøgelse har vist, at børn, der bliver behandlet med stimulanser alene havde flere anholdelsesattester og var mere tilbøjelige til at blive anbragt i institutioner. Det er blevet sagt, at langtidsbrug af Ritalin forårsager irriterabilitet og hyperaktivitet (disse er, kan du måske huske, problemer, som stoffet ofte ordineres imod). I en undersøgelse offentliggjort i Psykiatrisk Forskning med titlen "Kortikal atrofi [svind] hos unge voksne med en fortid med hyperaktivitet" blev der rapporteret om hjernesvind hos mere end halvdelen af 24 voksne behandlet med psykostimulanser (selvom jeg ikke tror, at nogen med sikkerhed kan sige, om psykostimulanser forårsager hjernesvind eller ej, bør den mulige forbindelse få ordinerende læger, lærere og forældre, der er tilhængere af Ritalin, til at stoppe op og tænke et øjeblik).

I Johannesburg, siges det, at en undersøgelse af 14 børn kun har produceret ét svar hos 2 børn. Ét barn udviste en vis forværring og en anden udviste markant forværring.

Den endelige fornærmelse er helt sikkert, at selskabet, der sælger Ritalin, fortæller lægerne, at 'Data vedrørende sikkerhed og effekt af langtidsbrug af Ritalin ikke er fuldstændige.' Af denne grund anbefaler de, at patienter med behov for langtidsbehandling bør overvåges omhyggeligt med regelmæssige komplette og differentielle blodtællinger, og blodpladetæl.

Jeg opfatter det som en fornærmelse, fordi Ritalin ikke er et nyt lægemiddel.

Jeg har ikke i skrivende stund været i stand til at finde ud af, hvornår det første gang blev indført, men jeg har været i stand til at spore det tilbage til 1961.

Nu er jeg måske ret krævende, men det forekommer mig, at når et lægemiddel har været på markedet i mere end et kvart århundrede, er det ikke helt urimeligt overfor de involverede lægemiddelselskaber at være færdig med at studere dataene, om det virker eller ej, og om det er sikkert.

## **Kræft hos mus**

Da tidlige sikkerhedstests blev udført på mus fandt forskerne ud af, at stoffet forårsagede en stigning i hepatocellulære adenomer [leverceller] og, kun hos hanmus, en stigning i hepatoblastomas (beskrevet som 'en relativ sjælden ondartet type svulst hos gnavere'). Betydningen af disse resultater for mennesker er ukendt' siger Novartis, selskabet der sælger Ritalin.

Her er igen endnu et bevis på den samlede værdiløshed af dyreforsøg og den hensynsløse og kyniske holdning udvist af medicinalfirmaerne, og de ministerier, der angiveligt eksisterer for at beskytte offentligheden imod usikre stoffer.

Jeg har ofte fremført, at når medicinalfirmaerne udfører prækliniske forsøg med dyr, gør de det velvidende, at hvis testene viser, at et lægemiddel ikke forårsager nogen problemer, når det gives til dyr, kan de bruge resultaterne til at overbevise myndighederne om, at stoffet er sikkert.

På den anden side, når et lægemiddel er årsag til et problem, når det gives til dyr, kan der ses bort fra resultaterne med den begrundelse, at 'betydningen af disse resultater for mennesker er ukendt'.

Spørgsmålet her er et meget enkelt ét: Hvis forsøg på mus, der viste, at Ritalin forårsager kræft, var af værdi, hvorfor er stoffet så stadig tilgængeligt på recept til børn? Og hvis forsøgene trygt kan ignoreres (med den begrundelse, at dyr er så forskellige fra mennesker, at resultaterne er irrelevante), hvorfor fanden blev testene så udført i første omgang?

### **Uvidenhed og fejlplaceret tillid**

Min egen fornemmelse er, at de mennesker, som fortalte dig, at Ritalin er 'meget sikkert' enten er ude af stand til at læse eller for dovne til at lave nogen som helst udforskning af sikkerheden af et produkt, som de anbefaler med sådan en begejstring.

Mange års erfaring betyder, at jeg ikke er den mindste smule overrasket over at finde sådan en stupid dumhed, som bliver udvist af socialrådgivere. Jeg er dog mere overrasket over at finde skolelærere, som udviser sådan en potent blanding af uvidenhed og fejlplaceret tillid. Nogle iagttagere hævder, at Ritalin kan komme i betragtning til et barn, når test og kliniske undersøgelser har vist, at der foreligger en klar neurologisk lidelse – med unormale hjernebølgemønstre.

Psykiatere, psykologer, sundhedsplejersker, lærere, almene læger og forældre bør, siges det, alle tages i betragtning før behandling overvejes.

Selv selskabet, der sælger Ritalin, siger, at 'Ritalin-behandling ikke er ikke indikeret til alle børn med dette syndrom, og beslutningen om at bruge lægemidlet skal være baseret på lægens vurdering af barnets fortid og varigheden og sværhedsgraden af symptomerne'.

Men trods dette, da et hold forskere fra De forenede nationale's råds internationale kontrol af narkotika [United Nations International Narcotics Control Board] undersøgte dokumentationen fra næsten 400 børnelæger, som havde ordineret Ritalin, fandt de, at halvdelen af børnene, som var blevet diagnosticeret som lidende af MBD [minimal hjerneskade] (eller ADD eller hvad ved jeg) ikke blev givet psykiske eller pædagogiske prøver, før de fik lægemidlet. De forenede nationer konkluderede, at frustrerede forældre, lærere og læger var for hurtige til at smække en ADD-etiket på børn med adfærdsmæssige problemer (eller, mere præcist, på børn hvis adfærd irriterede forældre, lærere og læger).

### **Mindre end entusiastisk**

Jeg er mindre end entusiastisk over dette stof. Efter min mening ville verden være et sundere sted, hvis alle leverancer af dette usle stof blev pakket ind i beton og begravet i murbrokkerne fra det selskabs hovedkvarter, der laver det forbandede skrammel.

Du har måske nu gættet, at jeg ikke ville ordinere Ritalin til nogen som helst – for noget som helst.

Men andre læger er tydeligvis ikke enige med mig. Nogle iagttagere har beskrevet Ritalin som et lægemiddel, der kan låse op for et barns potentiale. Og selv om det skønnede antal af børn på Ritalin varierer i USA alene, er det blevet hævdet, at op til 12% af alle amerikanske drenge i alderen mellem 6 og 14 bliver ordineret Ritalin for at behandle forskellige adfærdsmæssige forstyrrelser. I 1990 var produktionen af stoffet i hele verden mindre end tre tons. Op til 1994 blev produktionen af stoffet næsten tredoblet. Det er nu ikke ukendt for skoler at sørge for, at børn bliver behandlet med Ritalin uden at have fået forældrenes tilladelse.

Det er værd at huske, at selv om læger, forældre og lærere i over tredive år nu entusiastisk har anbefalet brugen af Ritalin (og lignende stoffer) i behandlingen af MBD [minimal hjerneskade], er der stadig en række ubesvarede spørgsmål.

Vi ved stadig ikke, om lægemidlet virker, og vi ved heller ikke, om det medfører nogen varig langsigtet skade. Vi ved ikke, om de anførte potentielle bivirkninger gør mere skade end nogen gavn, lægemidlet muligvis gør. Og måske mest overraskende af alt, trods det faktum, at millioner af børn er blevet diagnosticeret som lidende af ADHD, ADD eller MBD, og behandlet med kraftfulde stoffer, ved vi ikke engang, om nogen af disse tilstande – eller hyperaktivitet – virkelig eksisterer.

Tilbage i 1970 undersøgte Udvalget for regeringindsatser i Repræsentanternes Hus i USA [Committee on Government Operations of the U.S. House of Representatives] brugen af adfærdsmodificerende stoffer på børn. På det tidspunkt blev omkring 200.000 til 300.000 børn om året i USA givet disse stoffer og synspunktet blev derefter fremsat, at hyperaktivitet betragtes som en sygdom, fordi det gør det vanskeligt for skolerne at blive kørt som 'fængsler med maksimal sikkerhed, for at give lærere og administratorer, som arbejder i dem, komfort og bekvemmelighed...'.

Siden da er det eneste, der har ændret sig, at populariteten af Ritalin er fortsat med at stige og stige og stige ubønhørligt.

Det, at ordinere Ritalin, er efter min mening tilladt børnemishandling på en massiv, global skala.

Men det er klart, at ordineringen af kraftfuldt sindsændrende medicin til små børn er en kæmpe forretning.

I USA er brugen af antidepressiver og stimulanser blandt småbørn i alderen mellem to og fire tredoblet mellem 1991 og 1995. Perioden mellem fødsel og fire år er en tid med store forandringer i den menneskelige krop. Vigtigst af alt er det en tid, hvor hjernen modnes. Gud ved, hvilken virkning disse stoffer har på de små hjerner i udvikling.

Ritalin bliver nu i vid udstrækning ordineret til småbørn. Det bliver mange andre antidepressiver, stimulanser og andre magtfulde stoffer også. Husk på: Typiske symptomer på denne påståede sygdom omfatter 'rastløshed' og 'uopmærksomhed'.

Jeg glæder mig over, at mine protester og klager over disse absurde og modbydelige ordineringsvaner har udløst en række hadefulde klager fra læger.

Efter min mening burde enhver læge, som ordinerer sådanne lægemidler til børn med påstået ADHD blive frataget sine rettigheder, modtage en god omgang prygl med gensplejsede brændenælder og blive tvunget til at emigrere til USA.

---

## Sandheden bag hjerneskaninger

En undersøgelses manglende evne til at rapportere om den afgørende sammenligning af umedicinerede og medicinerede ADHD-personer.

2004 Institutet for sind og opførsel, Inc. [A/S]

Tidsskriftet for sind og opførsel, foråret 2004, bind 25, nummer 2

Side 161-166

ISSN 0271-0137

En opdatering på forskning i neurologisk billeddannelse af ADHD

David Cohen, Det Internationale Universitet i Florida, og Jonathan Leo, Lake Erie Osteopatiske Medicinske Universitet i Bradenton [skelet og muskler]

Siden offentliggørelsen af en kritisk anmeldelse af neurologisk billeddannelse af ADHD i en tidligere udgave af dette tidsskrift (Leo og Cohen, 2003), er en række relevante undersøgelser dukket frem, herunder en undersøgelse, der havde en undergruppe af umedicinerede ADHD-børn (Sowell, Thompson, Welcome, Henkenius, Toga og Peterson, 2003). I denne opdatering af vores tidligere anmeldelse kommenterer vi på denne sidste undersøgelses manglende evne til at rapportere om den afgørende sammenligning af umedicinerede og medicinerede ADHD-personer. Spørgsmålet om tidligere udsættelse for medicinering hos ADHD-patienter udgør en alvorlig forvirring i dette forskningsværk, og fortsætter stadig med at blive afvist og med vilje skjult af forskere på dette område.

I en foregående udgave af dette tidsskrift gennemgik vi forskningen indenfor neurologisk billeddannelse af forstyrrelsen, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed (ADHD) (Leo og Cohen, 2003). Vi påpegede vanskeligheden i at uddrage meningsfulde konklusioner ud fra dette forskningsværk på grund af en betydelig forvirrende variabel: ADHD-patienters tidligere eller nuværende brug af medicin. Som vi dokumenterede, har forskere i langt de fleste undersøgelser af neurologisk billeddannelse af ADHD sammenlignet hjerneskaninger fra normale kontrolpersoner med hjerneskaninger fra medicinerede ADHD-personer. Dette gør det vanskeligt at vide, om mellem-gruppe-forskelle rapporteret af forskere måske er resultatet af en organisk hjernefejl af ukendt oprindelse – som det antydes eller angives i de fleste undersøgelser – eller fra hjerneændringer som følge af tidligere stofmisbrug hos de personer, som er diagnosticeret med ADHD. Kritikere gennem det sidste årti påpegede, at tidligere brug af medicin udgør en vigtig potentiel forvirrende variabel, der begrænser gyldigheden af disse undersøgelser, men de fleste forskere har fortsat med at bruge medicinerede patienter i deres studier, nogle gange uden at anerkende problemet.

Til trods for afvisning af spørgsmålet om tidligere brug af medicin i offentliggjorte rapporter, må spørgsmålet have været ganske følsomt i hovedet på forskerne alligevel. Faktisk umiddelbart efter offentliggørelsen af en stor undersøgelse (n=291) af Castellanos, Lee, Sharp, Jeffries, Greenstein og Clasen (2002), som inkluderede en undergruppe af ADHD-patienter, som aldrig havde taget medicin, frigav sponsoren af denne undersøgelse, Det Nationale Institut for Mental Sundhed [National Institute of Mental Health (NIMH)], en pressemeddelelse og erklærede: "Hjernesvind indenfor ADHD forårsages ikke af medicin" (NIMH, 2002). Denne meddelelse hvilede på resultaterne af en undergruppe-sammenligning mellem 103 medicinerede og 49 umedicinerede ADHD-personer, der fandt ud af, at ligesom deres medicinerede jævnaldrende, udviste umedicinerede unge også statistisk set betydelige mindre hjernerumfang end normale kontrolpersoner. Der var i denne undersøgelse ingen omtale af de medicinerede børns specifikke medicinske fortid. I vores tidligere undersøgelse (Leo og Cohen, 2003) diskuterede vi flere problemer med undersøgelsen af Castellanos m.fl. Det følgende er en kort sammenfatning af den diskussion:

I gennemsnit var de umedicinerede ADHD-personer to år yngre end de medicinerede ADHD-personer.

De umedicinerede ADHD-personer blev angivet til at være lavere og veje mindre end de normale kontrolpersoner, men præcise tal på højde og vægt blev ikke meddelt.

Der blev ikke oplyst nogen detaljer om tidligere behandlingsfortid for medicinerede ADHD-personer, såsom varighed, dosis, eller endda hvilket stof eller stoffer, der blev ordineret.

Siden vores gennemgang kom frem, er flere undersøgelser af neurologisk billeddannelse af ADHD blevet offentliggjort. Desværre viderefører disse undersøgelser, ved ikke at udøve passende kontrol med variabelen forudgående medicin, den forvirring og usikkerhed som, fremførte vi, karakteriserer resultater i dette forskningsværk. For eksempel, havde Mostofsky, Cooper, Kates, Denckla og Kaufmann (2002) 12 ADHD-personer med i deres undersøgelse, hvor ti af dem havde en forhistorie med medicin.

MacMaster, Carrey, Sparkes og Kusumakar (2003) gav deres undersøgelse titlen "Proton-spektroskopi i medicinfri pædiatri [hos børn] af forstyrrelsen, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed" ["Proton Spectroscopy in Medication-Free Pediatric Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder"], men otte af deres 9 ADHD-personer havde en forhistorie med medicin: Tre stoppede med at tage deres medicin 48 timer før skanningen, og fem stoppede med at tage det én til 3 uger før skanningen. At tage medicinerede ADHD-personer fra deres medicin, før billeddannelsen og derefter klassificere dem som "medicinfrie" er uforsvarligt. Vi kan ikke understrege nok, at en undersøgelse, der ønsker at nå frem til konklusioner om neuropatologien [undersøgelse af sygdomme i nervesystemet] i forbindelse med ADHD, bliver nødt til at skaffe en kontrolgruppe bestående af personer, uden erfaring med medicin, især når de veldokumenterede neuropatologiske virkninger af psykotropiske stoffer (Leo og Cohen, 2003) tages i betragtning.

Efter vores mening var den mest betydningsfulde seneste rapport fra en relativ stor undersøgelse, der involverer 27 ADHD-personer og 46 normale kontrolpersoner, som blev gennemført af Laboratoriet for Neurologisk Billeddannelse hos Californiens Universitet, Los Angeles (LONI). Sowell, Thompson, Welcome, Henkenius, Toga og Peterson (2003) rapporterede, at ADHD-børn havde mindre frontallapper sammenlignet med normale kontrolpersoner, men generelt havde ADHD-personer mere grå barkmaterie. Efter vores opfattelse får denne undersøgelse betydning, ikke nødvendigvis på grund af dette resultat, men – som med adskillige tidligere undersøgelser af neurologisk billeddannelse af ADHD – fra vigtige sammenligninger, som forskere kunne have gjort, men ikke gjorde.

Som i undersøgelsen fra Castellanos m.fl. (2002), var nogle af ADHD-personerne i undersøgelsen fra Sowell m.fl. (2003) tilsyneladende uden erfaring med medicin. Vi siger "tilsyneladende", fordi specifikke beskrivelser ikke blev givet: "15 af de 27 patienter tog stimulerende medicin på tidspunktet for billeddannelsen" (s. 1705). Det er uklart, hvordan man kategoriserer de resterende 12 patienter. Havde de en fortid med medicin og stoppede derefter med at tage det i 48 timer, eller en anden vilkårlig periode, før billeddannelsen? Det overrasker os, at en undersøgelse offentliggjort i Lancet [en førende medicinsk journal] kunne være så vag omkring en af de vigtigste variabler i undersøgelsen.

Konklusioner baseret på en sammenligning af normale kontrolpersoner med ADHD-personer uden medicinerfaring ville være meget anderledes end konklusioner baseret på en sammenligning af kontrolpersoner med ADHD-personer med udsættelse for medicin af forskellige varigheder, og med nogle patienter, som gennemgår pludseligt ophør.

Spørgsmålet bliver betydeligt mere rodet og forvirrende på grund af en kort drøftelse af den potentielle rolle af stimulerende medicin i deres resultater i slutningen af dokumentet fra Sowell m.fl. (2003). Forfatterne anerkendte først passende, at eftersom 55% af deres ADHD-børn var på stimulanser, "kan virkningerne af stimulerende stoffer have forvirret vores konstatering af unormal hjernemorfologi hos børn med (ADHD)" (s. 1705). Den enkleste måde korrekt at evaluere denne

forvirrende virkning på, ville have været at sammenligne de 15 medicinerede ADHD-børn med de 12 umedicinerede ADHD-børn. Men Sowell m.fl. valgte bevidst ikke at lave denne sammenligning: "Vi har ikke direkte sammenlignet hjernemorfologi på tværs af grupper af patienter på og ikke på stoffer, fordi den pågældende prøvestørrelse blev betydeligt truet, når man tog en fortid med stimulanser gennem livet i betragtning" (s. 1705).

Forfatterne anfører videre, at denne sammenligning mellem umedicinerede og medicinerede ADHD-børn, ikke er nødvendig, fordi en forudgående undersøgelse af Castellanos m.fl. (2002) foreslog, at lægemidler ikke påvirker hjernens størrelse (en påstand, der ignorerer de problemer, vi identificerede i vores lange anmeldelse).

Sowell m.fl.'s metodevalg, og dets begrundelse, er både utroværdigt og forvirrende. For det første, selv om man naturligvis kan sympatisere med deres vurdering, at "når man tog en fortid med stimulanser gennem livet i betragtning" truede det deres prøvestørrelse, så ignorerer denne vurdering, at i tredive år har forskere i neurologisk billeddannelse af ADHD fundet det helt i orden at sammenligne ADHD-personer og normale kontrolpersoner uanset medicinsk fortid (Leo og Cohen, 2003). Faktisk er næsten alle de undersøgelser, Sowell m.fl. nævner for at give deres undersøgelse mening og fortolke deres resultater, eksempler på denne praksis. Det er således svært at se, hvorfor Sowell m.fl. ville føle, at de ikke burde sammenligne medicinerede og umedicinerede ADHD-personer. Det er klart, at ligesom de anerkendte begrænsninger på deres væsentligste resultater af undersøgelsen, kunne Sowell m.fl. naturligvis have rapporteret resultaterne af den mere specifikke sammenligning med en anerkendelse af passende begrænsninger.

For det andet, citerer Sowell m.fl. Castellanos m.fl. for at støtte metodevalget med ikke at sammenligne medicinerede og umedicinerede ADHD-personer. Men Castellanos m.fl. lavede præcis den sammenligning uanset medicineringsfortid!

For det tredje, og mest vigtigt, ser Sowell m.fl.'s data ud til at være direkte relevante til enten at støtte eller afkræfte de konklusioner, Castellanos m.fl. (2002) trak ud af deres sammenligning. Sagt på en anden måde, resultaterne af Castellanos m.fl.'s sammenligning af hjernerumfang af medicinerede og umedicinerede ADHD-børn blev anset for at være en større pressemeddelelse værdig fra NIMH [Det Nationale Institut for Mental Sundhed] om stimulerende stoffers indvirkning på hjerner under udvikling, men den samme sammenligning i undersøgelsen fra Sowell m.fl.'s er ubetydelig og rapporteres ikke engang. Af ovennævnte grunde har vi mistanke om, at sammenligningen af medicinerede med umedicinerede ADHD-personer i Sowell m.fl.'s undersøgelse kunne have givet resultater, som ville have udvandet de konklusioner, som Sowell m.fl. valgte at understrege i stedet.

Efter offentliggørelsen af undersøgelsen fra Sowell m.fl. (2003) lagde medierne betydelig mærke til den. I et interview udtalte undersøgelsens sidste forfatter: "Den næste fase af arbejdet vil være at se på, om omfanget af unormaliteter hos disse individer kan påvirke forløbet af denne lidelse, deres reaktion på medicin, og hvilken medicin forskellige børn reagerer på" (citeret i Edelson, 2003, kursiver tilføjet). Vi antager, at denne næste fase af undersøgelsen vil omfatte en sammenligning af medicinerede med umedicinerede børn – men hvordan dette vil adskille sig fra deres tidligere undersøgelse, eller fra de fleste undersøgelser af neurologisk billeddannelse af ADHD, forbliver fortsat fuldstændig uklart.

## Diskussion:

I vores tidligere anmeldelse (Leo og Cohen, 2003) diskuterede vi vores bekymring over den sjuskede eller fordrejede måde, som resultater af billeddannelse ofte blev rapporteret på, i [... ?]. Efter offentliggørelsen af Sowell m.fl.'s undersøgelse, udvekslede vi breve med den ledende forfatter, som venligt besvarede vores spørgsmål, men ingen interesse udtrykte i at sammenligne data for hjernerumfang for medicinerede og umenticinerede ADHD-børn. En måned før den nuværende artikel blev sendt til offentliggørelse, kommunikerede vi med alle forfattere af Sowell m.fl.'s undersøgelse, og bad dem om at dele dataene, så vi kunne lave den nævnte sammenligning, men modtog intet svar.

Videnskabelig litteratur, fagpressen og medierne. Under flere drøftelser med forskere i billeddannelse, har vi, siden vores anmeldelse kom frem, hørt flere gange, at medierne er synderen, når det kommer til "at læse for meget" i en undersøgelse. Men eksempler på oversimplificering findes der masser af indenfor den faglige og videnskabelige litteratur. For eksempel, i en ny artikel om Castellanos m.fl.'s undersøgelse på hjemmesiden Medscape, uddraget fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Møde i 2004, erklærer forfatteren: "På et anatomisk niveau, er det totale hjernerumfang ca. 3% mindre hos unge med ADHD" (Gutman, 2004). Det er svært at forestille sig et mere passende eksempel på en kompleks undersøgelse præsenteret på en alt for forenklet måde.

Gutman diskuterer ingen problemer eller begrænsninger af Castellanos undersøgelse; hun fastholder simpelthen overfor et kæmpe publikum bestående af klinikere, at det er et faktum, at ADHD-børn har mindre hjerner. Hjemmesiden indeholder en test, klinikere kan tage efter at have læst artiklen, hvis de ønsker at optjene kredit til efteruddannelse på lægeområdet, og et af spørgsmålene lyder: "Når man ser på ADHD og hjernerumfang hos børn, har forskere fundet..." – og det "rigtige" svar er givet som: "Det totale hjernerumfang er ca. 3% mindre hos unge med ADHD." Det er dybt bekymrende for os, at et professionelt samfund kan sprede en sådan erklæring baseret på én enkelt undersøgelse med store begrænsninger. At udelukke virkningerne af psykotropisk medicin er blot én af de opgaver, som forskere indenfor neurologisk billeddannelse af ADHD-patienter, står overfor. Selv om dette felt udfører denne opgave, er der flere andre vigtige opgaver tilbage. En af disse vil medføre at forsøge at finde mening i fund af unormaliteter i hjernen hos, eller forskelle mellem, nogle personer med diagnosen ADHD.

Og i denne opgave vil nogle få observationer fortjene alvorlige overvejelser, dog bliver de meget sjældent diskuteret i litteraturen om neurologisk billeddannelse af ADHD. En undtagelse er en artikel af Rubia (2002), hvorfra vi finder det nyttigt at citere i en vis grad, trods vores uenighed med forfatterens karakterisering af ADHD som en "forstyrrelse": Psykiatriske, neurologiske udviklingsforstyrrelser, i modsætning til neurologiske degenerative lidelser, er kendt for at være dynamiske og er meget sandsynligt endnu mere dynamiske end antaget i dag . . . . Kun omkring en tredjedel af børn med ADHD opfylder stadig kriterierne for ADHD i voksenalderen . . . . Et meget dynamisk samspil mellem natur og pleje er sandsynligt og årsagssammenhænge mellem dem er måske tovejs snarere end envejs.

Indtil i dag har det været fejlagtigt antaget, at biologiske sammenhænge med unormal adfærd nødvendigvis er årsagen til hjerne-"grundlaget" af unormal adfærd. Nye rapporter fra den neurologiske videnskab peger i retning af et langt mere formlagt begreb om hjerne-adfærd-forholdet med årsagssammenhænge, der virker i begge retninger . . . . Brugsafhængige, funktionelle og strukturelle omlægninger i [hjernens] sensor-barker, for eksempel, er blevet observeret hos dygtige personer, pianister og musikere.

Post-traumatisk stress-syndrom hos krigsveteraner og ofre for børnemishandling er årsag til mindre hippocampi [center i hjernen] og unormal aktivering af amygdala. Amputationsundersøgelser viser, at funktionen er nødvendig, for at der kan udvikles struktur. Disse eksempler viser, at adfærd, erfaring og funktion kan ændre og bestemme hjernens struktur. Dette har grundlæggende betydning, især for psykiatrisk forskning, eftersom psykiatriske lidelser er karakteriseret og defineret som afvigelse fra normal funktion. (Rubia, 2002, s. 49)

Alt i alt er hjerneforskelle (eller "unormaliteter") muligvis knyttet til tilstanden snarere end syndromets karaktertræk eller den udviste adfærd, og dette fundamentale spørgsmål vil kræve enorm kreativitet og enorme anstrengelser at håndtere. Til sammenligning er spørgsmålet om forudgående medicin yderst ukompliceret: For at udelukke virkninger på hjernerumfang på grund af udsættelse for medicin, bliver man blot nødt til at sammenligne en gruppe af almindelige, medicinerede ADHD-patienter med en kontrolgruppe af almindelige, umedicinerede ADHD-patienter, som passer sammen i alder og vægt. En enkelt undersøgelse af denne type med højst 60 personer kunne næsten afgøre spørgsmålet. Desværre, givet hvordan feltet indenfor neurologisk billeddannelse af ADHD hidtil har behandlet dette enkle spørgsmål, er det tvivlsomt at forvente, at forskere på dette felt vil gøre fremskridt overfor de mere betydelige videnskabelige udfordringer.

## Referencer

\* Castellanos, F.X., Lee, P.P., Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K. og Clasen, L.S. (2002).

\* Udviklingsbaner for unormaliteter i hjernerumfang hos børn og unge med forstyrrelsen, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed. Det Amerikanske Medicinske Sammenslutnings tidsskrift, 288, 1740-1748. [Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Medical Association]

\* Edelson, E. (2003). Bedre billeder af hjernen kunne føre til bedre ADHD-behandling. Nyheder for forældrecenteret, Gutman, A. (2004). Introduktion til ny forskning: At finde vej blandt komplekse behandlingsmuligheder for ADHD (marts 2004). Medscape fra WebMD. [Better brain images could lead to better ADHD treatment. Parent Center News] [Introduction to new research: Navigating complex treatment options for ADHD]

\* 464787 Leo, J.L., og Cohen, D. (2003). Ødelagte hjerner eller undersøgelser med fejl i? En kritisk gennemgang af undersøgelser af neurologisk billeddannelse af ADHD. Tidsskriftet for sind og opførelse, 24, 29-56. [Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging studies. The Journal of Mind and Behavior]

\* MacMaster, F.P., Carrey, N., Sparkes, S. og Kusumakar, V. (2003). Proton-spektroskopi i medicinfri pædiatri [hos børn] af forstyrrelsen, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed. Biologisk Psykiatri, 53, 184-187. [Proton spectroscopy in medication-free pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder. Biological Psychiatry]

\* Mostofsky, S.H., Cooper, K.L., Kates, W.R., Denckla, M.B. og Kaufmann, W.E. (2002). Mindre præfrontale og præmotoriske rumfang hos drenge med forstyrrelsen, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed. [Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder]

\* Biologisk Psykiatri, 52, 785-794. NIMH. (2002). Hjernsvind indenfor ADHD forårsages ikke af medicin. [Biological Psychiatry. Brain shrinkage in ADHD not caused by medications.]

\* Rubia, K. (2002). Den dynamiske tilgang til psykiatriske, neurologiske udviklingsforstyrrelser: Brug af fMRI [billeddannelse ved hjælp af funktionel magnetisk resonans] kombineret med neurologisk psykologi til at belyse psykiatriske lidelsers dynamik, eksemplificeret i ADHD og skizofreni. Opførselsmæssig Hjerneforskning, 130, 47-56. [The dynamic approach to neurodevelopmental psychiatric disorders: Use of fMRI combined with neuropsychology to elucidate the dynamics of psychiatric disorders, exemplified in ADHD and schizophrenia. Behavioral Brain Research]

\* Sowell, E.R., Thompson, P.M., Welcome, S.E., Henkenius, A.L., Toga, A.W. og Peterson, B.S. (2003). Unnormaliteter i hjernebarken hos børn og unge med forstyrrelsen, der resulterer i hyperaktivitet og i underskud af opmærksomhed. The Lancet, 362, 1699-1707. [Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder.]

\* Anmodning om genoptryk bør sendes til Jonathan Leo, Ph.D., Department of Anatomy, Lake Erie College of Osteopathic Medicine Bradenton, 5000 Lakewood Ranch Blvd, Bradenton, Florida 34211. Jonathan Leo kan nås på [jonleo@lecom.edu](mailto:jonleo@lecom.edu); David Cohen kan kontaktes på [David.Cohen@fiu.edu](mailto:David.Cohen@fiu.edu) [Afdelingen for anatomi. Lake Erie Osteopatiske Medicinske Universitet i Bradenton (skelet og muskler)].