



**TYST  
I  
KLASSEN!**

**Vad Socialstyrelsen  
inte vill att vi ska veta  
om centralstimulantia**

**Harald Blomberg  
Cupiditas Discendi AB**

## Varning till läsaren

Centralstimulerande medel som amfetamin eller Ritalin är farliga att ta, speciellt för barn. Hjärnan utvecklas och mognar under hela barndomen och fortfarande efter 25 års ålder. Ju tidigare ett barn får centralstimulerande och ju längre medicineringen pågår desto mer påverkas hjärnan.

Dessa medel är emellertid inte bara farliga att börja med. De är också farliga att sluta med. När man sätter ut dem kan de ursprungliga symtomen återkomma med förnyad kraft och nya symtom kan tillkomma, som depression, självmordstankar, agitation och hallucinationer.

Utsättande av centralstimulerande bör göras långsamt och gradvis och i samråd med läkare.

Om du önskar information om metoder både som alternativ till behandling med centralstimulerande och för att underlätta utsättandet av sådana medel kan du vända dig till författaren:

Dr Harald Blomberg  
Stamgat. 21, 125 74 Älvsjö  
Tel. 08/722 78 70

Eller till

Läshoppet  
Box 90, 595 21 Mjölby  
Tel. 0142/149 22

Eller till

Alla sinnen/Positiv inlärning  
Oxbacksgat. 24, 151 73 Södertälje  
Tel. 08/550 400 22

## **Inledning**

I en informationsbroschyr utgiven 2004 "Kort om ADHD hos barn och vuxna" rekommenderar Socialstyrelsen användningen av centralstimulantia vid behandling av ADHD. Det framhålls hur väldokumenterade dessa medel är framför allt i stora studier gjorda på barn, hur verksamma de är och hur lindriga biverkningar de har.

Centralstimulerande som amfetamin och Ritalin är starkt beroendeframkallande narkotiska preparat och länge var det inte tillåtet att skriva ut sådana medel i Sverige. De senaste tio åren har sådana preparat blivit accepterade bland svenska läkare och alltför många barn med symtom på hyperaktivitet medicineras nu regelbundet med amfetamin. Socialstyrelsen skriver:

"Till följd av den snabbt växande kunskapen om ADHD och att vi i Sverige tagit del av internationella erfarenheter av medicinering har antalet barn som behandlats med centralstimulantia snabbt ökat på samma sätt som i många andra länder."<sup>1</sup>

Det är förvisso sant att kunskapen om centralstimulerande och dess effekter ökar snabbt, speciellt kunskapen om de stora riskerna med dessa medel vid behandling av barn. Socialstyrelsen har dock valt att inte på minsta sätt redovisa forskningen om dessa risker utan hänger sig istället åt rena skönmålningen av dem.

Som en motvikt mot Socialstyrelsens ensidigt positiva bild av behandling med centralstimulerande medel har jag skrivit denna broschyr där jag redovisar forskningen om de risker som Socialstyrelsen valt att förtiga.

## **Centralstimulerande och ADHD**

I USA finns det en lång tradition att behandla hyperaktivitetssymtom med amfetamin eller preparat som har likartad verkan som amfetamin. Sådana preparat kallas också centralstimulerande medel. Ritalin är det mest använda centralstimulerande medlet mot hyperaktivitet i USA och tillverkas av Ciba Geigy. Det godkändes som läkemedel vid beteendestörningar hos barn redan på 50-talet av FDA, den amerikanska motsvarigheten till Läkemedelsverket. Under 90-talet har produktionen av Ritalin i USA tiodubblats och man räk-

nar med att mellan 7 och 10 % av landets skolbarn, främst överaktiva pojkar, nu medicineras med Ritalin eller andra centralstimulerande medel.

Pådrivande i denna utveckling har varit de stora läkemedelsföretagen som marknadsför centralstimulerande och the National Institute for Mental Health (NIMH). NIMH är en statlig institution som leds av psykiatrer, som är uttalade förespråkare för att behandla ADHD med centralstimulerande medel och som bl.a. har till uppgift att fördela forskningsmedel. Enligt en artikel i U.S. News & World Report ”koncentrerar NIMH nu sina undersökningar nästan uteslutande på hjärnforskning och genetiska förklaringar till psykiska sjukdomar.” NIMH ger miljoner dollar i anslag till forskning om centralstimulerande medel. Av dessa bidrag går nästan allt till forskare som förespråkar behandling med centralstimulerande. Inga bidrag går till kritiker. Inga medel ges till forskning som syftar till att undersöka riskerna med långtidsbehandling av barn med centralstimulerande medel. <sup>2</sup>

### **Är ADHD en genetiskt betingad biologisk rubbning?**

Barn som lider av hyperaktivitet får i USA diagnosen ADHD. För diagnosen krävs symtom på uppmärksamhetsstörning, hyperaktivitet och impulsivitet.

I USA har företrädarna för den medicinska modellen inom psykiatri med stöd av NIMH och de läkemedelsbolag, som gör miljardvinster på försäljning av amfetamin och andra centralstimulerande medel, gjort stora ansträngningar för att visa att ADHD är en genetiskt betingad biologisk rubbning som bör behandlas med centralstimulerande. Detta har inte varit så enkelt.

National Institute of Mental Health (NIMH), vars styrelse mot slutet av 90-talet uteslutande bestod av förespråkare för amfetaminbehandling, ansåg 1998 att det var dags att ordna en konsensuskonferens för att en gång för alla slå fast att ADHD var en genetiskt betingad biologisk rubbning som borde behandlas med amfetamin eller andra centralstimulerande ämnen.

### **NIMHs konsensuskonferens om ADHD**

Barnpsykiatern Peter Jensen fick i uppdrag att förbereda konsensuskonferensen om ADHD som skulle hållas 1998. Han har bl.a. gjort sig känd för sin

åsikt att föräldrar som var negativa till att deras barn skulle medicinera för ADHD borde tvingas att medverka. Han motiverade detta med att samhället kräver av vårdnadshavare att ”se till att barn blir vaccinerade, får mat och kläder och behandling för andra sjukdomar som astma och diabetes”.<sup>3</sup>

Man kan kanske förmoda att det var för att underlätta konsensus (som betyder samförstånd) vid konferensen som inga kritiker av amfetaminbehandling inbjöds att tala. Dessutom planerades ingen presentation av biverkningar vid sådan behandling. Uppenbarligen ansåg konferensens arrangörer att sådana biverkningar saknade intresse.

Psykiatern Peter Breggin vände sig då till NIMHs paraplyorganisation National Institute of Health (NIH) och begärde att man skulle skapa bättre balans på konferensen genom att bjuda in talare som var kritiska till medicinering. Man gjorde en eftergift för detta krav och Peter Breggin inbjöds att som ende kritiker av medicinering ingå i konferensens panel och göra en vetenskaplig föredragning om biverkningar vid läkemedelsbehandling av ADHD.<sup>4</sup>

Peter Breggin beskrev i sin föredragning bl.a. hur man i djurförsök hade visat att relativt låga doser amfetamin dödar hjärnceller och orsakar permanenta hjärnskador. Det är speciellt två viktiga områden i hjärnan, de basala ganglierna och pannloberna, som skadas vid amfetaminbehandling. De basala ganglierna har grundläggande betydelse för vår motorik och skador på basala ganglierna kan orsaka Parkinsons sjukdom. Pannloberna har hand om förmågor som planering, omdöme, abstrakt tänkande och impuls kontroll.

## **Hjärnförändringar som falska bevis på att ADHD är biologiskt betingad rubbning**

På konferensen presenterades också en rapport som gick igenom en hel rad hjärnscanning-undersökningar. Sådana undersökningar har påvisat små förändringar i basala ganglierna och frontalloben hos barn som fått diagnosen ADHD. Skillnaderna baserar sig på jämförelse mellan grupper av normala barn och barn som hade fått diagnosen ADHD. I det enskilda fallet kunde

inga skillnader upptäckas och sådana undersökningar har inte kunnat användas för att ställa diagnosen ADHD.

I diskussionen efter genomgången av denna rapport tillfrågades den föredragande psykiatern i vilken utsträckning undersökningarna gjorts på barn som behandlats med mediciner för ADHD, d. v. s. centralstimulerande medel. Han kunde inte nämna en enda undersökning som gjorts enbart på obehandlade barn. Han tvingades medge att *alla barn med hjärnförändringar i samtliga undersökningar hade varit utsatta för läkemedelsbehandling*. Han hade heller inget svar när han tillfrågades hur han kunde undanhålla denna vitala information i sin presentation.

Innebörden stod klar. De fynd som presenterats som bevis för att ADHD beror på förändringar i hjärnan hade inte nödvändigtvis något som helst samband med ADHD utan var sannolikt orsakade av behandling med centralstimulerande.

Efter att ha hört de vetenskapliga föredragningarna och diskussionerna drog konferensens panel slutsatsen att ”det inte förelåg några data som visade att ADHD beror på en hjärndysfunktion.”<sup>6</sup>

Detta var förvisso inte den slutsats som NIMH och psykiateretablissemanget hade räknat med. Slutsatsen var så hotande att den redigerades bort ur NIMHs slutrapport efter att konferensdeltagarna åkt hem. Icke desto mindre bekräftades denna slutsats av det amerikanska Barnläkarsällskapet, som i sina riktlinjer för diagnos av ADHD utgivna 2000 inte kunde finna några övertygande bevis för att ADHD har biologiska orsaker. Sällskapet drog slutsatsen att undersökningar med hjärnscanning ”inte visar några pålitliga skillnader mellan barn med ADHD och en kontrollgrupp.”<sup>7</sup>

## **DAMP/ADHD**

I Sverige har diagnosen DAMP (Dysfunktion i fråga om Avledbarhet/ Aktivitetskontroll, Motorikkontroll och Perception) använts istället för ADHD. Det är först på senare år som man lagt till diagnosen ADHD och ofta talar man nu om DAMP/ADHD eller enbart ADHD.

Professor Christoffer Gillberg har gjort följande definition av DAMP:

”DAMP diagnostiseras om ett barn har kombinationen av uppmärksamhetsbrist och svårigheter att kontrollera motoriken på ett för åldern adekvat sätt... Svår DAMP föreligger om barnet har uppmärksamhetsbrist *plus* finmotoriska svårigheter *plus* grovmotoriska problem *plus* perceptionsstörningar (varseblivningssvårigheter inom syn, hörsel, känsel eller lägesuppfattning) *plus* språk- och/eller talstörningar (omoget eller avvikande språk tal).”<sup>8</sup>

I det material som år 2000 sammanställdes av en grupp experter inom svensk barn- och vuxenpsykiatri, ”Vård av barn och unga med DAMP/ADHD”, propageras för uppfattningen att DAMP/ADHD är en genetiskt betingad biologisk rubbning. Expertgruppen gör även en genomgång av orsaker till och diagnostik av DAMP/ADHD och långtgående rekommendationer om hur myndigheterna bör hantera detta ”folkhälsoproblem”.

Expertgruppens material har uppenbarligen legat till grund för de rekommendationer som Socialstyrelsen gör i broschyren ”Kort om ADHD hos barn och vuxna”. Jämfört med expertgruppens förslag är Socialstyrelsens rekommendationer betydligt nedtonade utom beträffande synen på behandling med centralstimulerande medel.

### **Orsaker till DAMP/ADHD enligt expertgruppen**

Enligt avsnittet om orsakssamband vid DAMP/ADHD, som författats av Gillberg/Eriksson, är visserligen grundorsaken i det enskilda fallet okänd, men ”avvikande funktioner i pannloben, basala ganglier, corpus callosum och hjärnstam/lillhjärna har dokumenterats i många fall.” Sedan hänvisas till de amerikanska hjärnscanningundersökningarna. ”Studier av PET (positron emission tomography) och SPECT (single photon emission tomography) tyder på nedsatt funktion i basala ganglierna och frontalloberna, särskilt corpus striatum.”<sup>9</sup>

Dessa påståenden är både ogrundade och vilseledande. Gillberg/Eriksson hänvisar enbart till de amerikanska undersökningarna av barn med ADHD som bevis för att även DAMP skulle bero på förändringar i hjärnan. Några motsvarande undersökningar på barn med DAMP har inte gjorts i Sverige.

Som vi har sett drog den amerikanska konsensuskonferensen om ADHD 1998 slutsatsen att ”det inte förelåg några data som visade att ADHD beror på en hjärndysfunktion”. Och två år senare uttalade det Amerikanska Barnläkarsällskapet att det inte kunde finna några övertygande bevis för att ADHD har biologiska orsaker.

I själva verket är det ju så att de förändringar i basala ganglierna och frontalloberna som anförts som bevis på att ADHD är en biologisk rubbning med största sannolikhet uppstått genom behandling med centralstimulerande medel.

De undersökningar expertgruppen hänvisar till tillåter alltså inte att man drar slutsatsen att DAMP/ADHD skulle ha samband med avvikande funktioner i olika delar av hjärnan.

Expertgruppen hävdar också att DAMP/ADHD har genetiska orsaker. För det första finns det inga studier på DAMP och genetik.<sup>10</sup> Och som vi har sett finns det dessutom inga hållbara bevis för att ADHD är en biologiskt betingad sjukdom. ADHD är därför ingen sjukdom eller rubbning i egentlig mening utan en samling beteenden hos barn. Möjligen skulle man kunna kalla det ett sätt att reagera på vissa förhållanden.

De förhållanden som ger upphov till kardinalsymtomen vid ADHD, dvs. uppmärksamhetsbrist, hyperaktivitet och impulsivitet, skiftar från fall till fall. En del av dessa barn kan vara uttråkade, andra kan leva i svår psykisk stress. Ibland kan det röra sig om födoämnesöverkänslighet, och ibland kan det röra sig om hjärnskador och hjärndysfunktioner. Hjärnskador som uppstått under graviditet eller förlossning eller p.g.a. febersjukdomar, vaccinationsreaktioner eller olycksfall kan också ha orsakat symtomen. Det verkar väldigt osannolikt att alla dessa faktorer skulle kunna vara genetiskt betingade.

### **Prognosen vid DAMP/ADHD enligt expertgruppen**

Trots att varken DAMP eller ADHD har visats vara en sjukdom eller rubbning med biologiska orsaker utan mer ett reaktionssätt på olika förhållanden

drar sig expertgruppen inte för att måla upp en dystert prognos för de drabbade barnen.

”Funktionshindren DAMP och ADHD ... bör bemötas som ett folkhälsoproblem,” skriver man. ”De berör en stor andel av alla barn och ungdomar med en allvarlig negativ inverkan på utveckling, självbild och hälsa i vid mening. Uppföljningsstudier visar en dystert bild med bristande skol- och yrkesframgång och ofta en allvarlig social och psykiatrisk problematik i vuxenålder.”<sup>11</sup>

Gillberg hänvisar till en amerikansk undersökning om långtidsprognosen för hyperaktiva barn publicerad 1991, när han skriver: ”De flesta studier som visat CNS-avvikelser hos barn med ADHD har gjorts på barn som identifierats enligt DSM IV. Olika studier som utgår från lärarbedömning har visat att dessa barn löper stor risk för framtida psykiatriska problem.”<sup>12</sup>

Som framgått ovan har samtliga amerikanska studier som visat CNS-avvikelser vid ADHD gjorts på barn som fått läkemedel för sina symtom. De har alltså behandlats med centralstimulerande medel. När man talar om långtidsprognosen för dessa barn handlar det därför mindre om prognosen för ADHD än prognosen för barn som fått behandling med centralstimulantia.

### **Att tysta kritiken**

Vi har sett hur barnpsykiateretablissemangent både i USA och Sverige gjort ihärdiga men fruktlösa ansträngningar för att få ADHD och DAMP erkända som biologiskt betingade sjukdomar med genetiska orsaker.

För att uppnå detta är det viktigt att få tyst på kritikerna. Dessutom måste man mobilisera opinionen för sina idéer så att politikerna kan övertalas att gå i barnpsykiateretablissemangets ledband. Det är mot bakgrund av detta man kan förstå varför expertgruppen skriver på följande sätt: ”Den missvisande debatten om ’bokstavs barn’ måste ersättas av konstruktiv insikt om att DAMP/ADHD är verkliga funktionshinder med potentiellt förödande psykosocial prognos, men också med goda möjligheter till kraftigt minskad handikappgrad under förutsättning att de som drabbas får tillgång till ’evidensbaserade’ insatser.”<sup>13</sup>

## **Rekommenderade insatser vid DAMP/ADHD**

Trots att det alltså inte finns några vetenskapliga belägg för att DAMP/ADHD är en sjukdom som bör behandlas på ett visst sätt har expertgruppen skissat upp en grandios organisation, som med ”evidensbaserade” metoder (dvs. metoder som vetenskapsmän kommit överens om är vetenskapliga) skall diagnostisera och behandla ca 10% av Sveriges barn som beräknas lida av dessa rubbningar.

Som vi sett anser expertgruppen att DAMP/ADHD är ”verkliga funktionshinder med potentiellt förödande psykosocial prognos men också med goda möjligheter till kraftigt minskad handikappgrad under förutsättning att de som drabbas får tillgång till evidensbaserade insatser”.

Vilka behandlingsinsatser behövs då för att rädda en tiondel av Sveriges barn undan denna förödande psykosociala prognos?

Expertgruppen skisserar upp ett multimodalt behandlingsprogram som inriktar sig på information, individstöd, föräldrastöd, anpassning av förskola/skola och dessutom i de svåraste fallen läkemedel. Gillberg menar att läkemedelsbehandling skall utökas rejält men troligen inte lika mycket som i USA.

Först och främst behövs det information. Det behövs omfattande utbildningsinsatser för att höja kompetensen inom barn- och skolhälsovård, barn- och ungdomshabilitering och barn- och ungdomspsykiatri. Expertgruppens teser om orsakerna, prognosen och behandling av DAMP/ADHD måste spridas och omfattas av alla. Barnomsorg, skola, socialtjänst, barnmedicin, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, missbruksvård, kriminalvård, patient- och anhörigföreningar m.fl. måste alla engageras att ställa sig bakom den grundsyn som expertgruppen företräder.

Framför allt behövs ingen diskussion eller ”onödig splittring”. Expertgruppens maktpolitiska strävanden framkommer tydligt när man skriver: ”Ett brett engagemang kräver utbildningsinsatser, riktade till ett stort antal professioner, ett öppet debattklimat som eliminerar onödig splittring i synen på de neuropsykiatriska störningarna och tydliga politiska ställningstaganden till gruppens existens och behov.”<sup>14</sup>

Sedan behövs det individstöd och föräldrastöd. De drabbade barnen och deras föräldrar måste även de fås att acceptera expertgruppens grundsyn:

Det rör sig om en sjukdom i hjärnan med biologiska, ärftliga orsaker, ett livslångt handikapp som kan få förödande psykosociala konsekvenser. Men det finns en räddning! Om besvären inte förbättras av att man accepterar att man är annorlunda och lider av ett livslångt handikapp kan man få behandling med amfetamin.

Tack vare detta ”glada budskap” förutsätts barnen och deras föräldrar slippa så mycket skuld känslor och känna sig så lättade att barnens tillstånd förbättras så att de kanske inte behöver börja medicinera.

### **Att ge handikappinsikt**

De lidanden och problem som barn med ADHD/DAMP har är verkliga. Jag har behandlat många barn som fått denna diagnos eller uppvisat sådana symptom och erkänner att Gillberg och andra på ett förtjänstfullt beskrivit de problem och svårigheter som barnen har.

Att träffa någon som ser, förstår och känner igen sådana svårigheter och bekräftar att man gör så gott man kan innebär säkert en lättnad för barn som av lärare och föräldrar kanske fått höra att de är lata, ouppfostrade, hopplösa, destruktiva etc. Detta gäller i synnerhet om barnen har börjat tro på alla dessa negativa omdömen som bara är uttryck för omgivningens hjälplöshet och oförmåga att hjälpa barnen med problemen.

Men jag har svårt att förstå hur man kan tro att barn mår bra av att höra att deras problem beror på en sjukdom i hjärnan som ger ett livslångt handikapp, ett påstående som dessutom är en lögn.

På vilket sätt skulle barnen gagnas av att föräldrars och lärares negativa projektioner ersätts av läkares och experters? Blir skammen och känslan att inte vara som andra mindre?

Det värsta med den lögn som barnpsykiateretablissemanget försöker få dessa barn och deras föräldrar att tro på är inte att det saknas vetenskapligt stöd för att problemen beror på en genetiskt betingad biologisk rubbning i hjärnan.

Det värsta är att barnen och deras föräldrar förleds att tro att det handlar om ett livslångt handikapp med "förödande psykosocial prognos" och att det enda hopp om "kraftigt minskad handikappgrad" är att följa de rekommendationer som expertgruppen ger.

Expertgruppens rekommendationer leder inte till minskad handikappgrad. Tvärtom!

### **Medicinering med centralstimulerande medel**

De läkemedel som brukar användas i Sverige är centralstimulerande medel som amfetamin och det amfetaminliknande ämnet metylfenidat (Ritalin) På det hela taget har dessa medel likartade verkningar och biverkningar.

Socialstyrelsen skriver i sin broschyr att det inte finns något psykofarmaka till barn som undersökts lika väl som centralstimulantia men medger samtidigt att det ännu inte är känt hur effektiva dessa medel är efter många års behandling.

Om de positiva effekterna av centralstimulerande medel skriver Gillberg i sin bok "Ett barn i varje klass" att de ger "mer välorganiserad aktivitet, bättre koncentration och även bättre inlärningsförmåga... Barnet blir lugnare, mer samlad och lyssnar bättre. ...De negativa effekterna har varit få och är reversibla vilket betyder att om medicinen sätts ut försvinner de utan att ge bestående men." Socialstyrelsen skriver att centralstimulantia förbättrar koncentrationen och minskar överaktivitet och impulsivitet.

Gillberg skriver: "Centralstimulerande medel ökar vakenheten i centrala nervsystemet. Med ökad vakenhet ökar koncentrationsförmågan... Inlärningsförmågan ökar." Socialstyrelsen går ett steg längre och påstår att "medicinen tycks förbättra kognitiva funktioner som att tänka ut lösningar på problem".

Om risken för beroende skriver Gillberg: "Med angivna doser och adekvat kontroll av att medicinen tas på föreskrivet sätt finns ingen risk för dosökning eller narkotiskt beroende... Ingenting talar för att de löper ökad risk för missbruk i vuxen ålder."<sup>15</sup> Socialstyrelsen påstår rentav att behandling med centralstimulantia "tvärtom tycks minska" risken för framtida missbruk.

Angående biverkningar skriver Gillberg i kapitlet om DAMP i ”En bok om hjärnan” att behandlingen ”är effektiv och förhållandevis (mycket) biverkningsfri”.

I ”Ett barn i varje klass” tar han upp några konkreta biverkningar som kan göra det nödvändigt att avbryta medicineringen. De är kraftigt viktnedgång, sömnstörning och hallucinationer, som enligt Gillberg är mycket sällsynt, och svåra tics.

Socialstyrelsen skriver att biverkningarna oftast är lindriga men att det i sällsynta fall kan förekomma att ”barnens psyke och beteende påverkas så negativt att behandling med medicin inte kan fortsätta.”

Peter Breggin, som var vetenskaplig föredragande angående läkemedelsbiverkningar vid NIMHs konsensuskonferens 1998 har gjort utmärkta sammanställningar om biverkningar av centralstimulerande medel, som han publicerat i sin bok ”Talking Back to Ritalin”. Låt oss med hjälp av hans sammanställningar granska Gillbergs och Socialstyrelsens påståenden.

### **En ”förhållandevis mycket biverkningsfri behandling” med ”få negativa effekter”**

Av Breggins sammanställning framgår att biverkningsfrekvensen långtifrån att vara låg i vissa undersökningar uppgår till mer än 50 %. De vanligaste biverkningarna är trötthet, slöhet, nedstämdhet, tillbakadragenhet, ointresse för andra och brist på aptit. I en undersökning med 41 barn mellan fyra och sex år led 62% av slöhet, 75% av dålig aptit, 62% var ointresserade av andra.

I en annan undersökning med 83 något äldre barn hade 45% biverkningar främst i form av tillbakadragenhet, nedstämdhet eller gråt.<sup>16</sup>

Tvångssymtom är mycket vanliga biverkningar. De tar sig uttryck i ett tvångsmässigt uppreparande av enkla oftast meningslösa aktiviteter. I en undersökning med 45 barn utvecklade 51% tvångssymtom som i vissa fall var mycket allvarliga. Ett barn lekte med lego i 36 timmar utan att sova eller äta. I en annan undersökning med 19 barn upptäckte man att 42% bara efter

en enda dos utvecklade en tvångsmässig överfokusering och hade svårt att avsluta olika uppgifter de tilldelats.<sup>16</sup>

Tics och rörelserubbningar är också vanliga. I en undersökning med 45 barn utvecklade så många som 58% tics och onormala rörelser. I en annan undersökning med 122 barn utvecklade 9% tics och onormala rörelser. Ett barn fick ett irreversibelt syndrom med ”ansiktsryckningar, huvudvridningar, smackande med läpparna, strykningar över pannan och utstötande av läten.”<sup>17</sup>

I en kanadensisk undersökning från 1999 kom man fram till att minst 9% och sannolikt en större andel av 98 barn som behandlats med centralstimulerande utvecklade psykotiska symtom.<sup>18</sup>

Enligt Gillberg är hallucinationer en mycket sällsynt biverkan. Detta stämmer inte ens med hans egen undersökning från 1997 med 62 barn som behandlades med centralstimulerande. Av dessa utvecklade tre barn hallucinationer, d.v.s. 5%.<sup>19</sup> Även Socialstyrelsen framhåller att det bara är i sällsynta fall som biverkningarna blir så allvarliga att medicineringen måste avbrytas. Kanske räknar Socialstyrelsen inte hallucinationer till de allvarliga biverkningarna?

Enligt texten i Fass klassas annars läkemedelsbiverkningar som har en frekvens mellan en och tio procent som vanliga. Om frekvensen är mindre än en promille klassas de som sällsynta.

Men som vi har sett har Gillberg andra kriterier på vad som är vanliga och sällsynta biverkningar än Fass har. Om man anser att läkemedel som i många undersökningar har allvarliga biverkningar i en frekvens på mer än 50% är en ”förhållandevis mycket biverkningsfri behandling” med ”få negativa effekter” blir det kanske helt naturligt att anse att biverkningar som ”bara” har en frekvens på 5% är mycket sällsynta.

### **Biverkningar av metylfenidat enligt Fass**

I Sverige säljs metylfenidat (Ritalin) under namnet Concerta, ett namn som har en mer positiv klang än Ritalin. Om man studerar Fass kan man dock konstatera att Concertas biverkningar är av samma förskräckande omfatt-

ning som Ritalins trots det skönklingande namnet och Gillbergs besvärjelser att det skulle röra sig om ”en förhållandevis mycket biverkningsfri behandling”. Flera av Concertas biverkningar är ”mycket vanliga”, vilket enligt Fass innebär att de förekommer i en frekvens på mer än tio procent. Dessa biverkningar är huvudvärk, magont, aptitförlust och insomningssvårigheter.

Anmärkningsvärt är att nästan inga andra preparat som finns med i Fass har biverkningar som är ”mycket vanliga”, dvs. förekommer i en frekvens på mer än tio procent.

Till de vanliga biverkningarna, som drabbar mellan en och tio procent av de barn som behandlas med Concerta, hör enligt Fass ryckningar (tics), yrsel, känslomässig labilitet, sömnlighet, ångest, depression, nervositet och fientlighet. Andra sådana vanliga biverkningar är viktförlust, illamående och/eller kräkningar, utslag och högt blodtryck.

En mindre vanlig biverkning är självmordsförsök.

Enligt Socialstyrelsen är det bara i sällsynta fall som ”barnens psyke påverkas så negativt av behandlingen att medicineringen måste avbrytas”. Vad Socialstyrelsen här med ”sällsynta fall” är dock oklart. Det ligger dock nära till hands att tolka Socialstyrelsens skrivning som att vanliga biverkningar som känslomässig labilitet, ångest, depression, nervositet och fientlighet, inte skulle anses påverka barnens psyke tillräckligt negativt för att föranleda att preparatet sätts ut.

### **”Mer välorganiserad aktivitet... Lugnare, mer samlade och lyssnar bättre.”**

Centralstimulerande medels positiva effekter vid ADHD/DAMP beror på att de gör barnen mer fogliga och mer villiga att göra som vuxna säger, speciellt när det gäller att utföra tråkiga, enformiga klassrumsuppgifter och läxor.

En mängd studier av hur centralstimulerande verkar på djur har visat slående likheter med barns reaktioner. Inför NIMHs konsensuskonferens 1998 sammanfattade Peter Breggin resultatet av ett par dussin djurstudier på centralstimulerande på följande sätt:

”För det första undertrycker centralstimulerande medel normala spontana och oförmedlade aktiviteter, inklusive nyfikenhet, umgänge och lek.”

”För det andra främjar centralstimulerande medel stereotypa, tvångsmässiga beteenden som ofta innebär meningslösa upprepningar”<sup>20</sup>

På samma sätt minskar barns spontanitet och nyfikenhet. De drar sig undan umgänge. Lekbeteenden minskar eller förändras och ersätts av stereotypa upprepningar av meningslösa uppgifter.

Det är just dessa effekter av centralstimulerande medel som ger intryck av att barnen förbättras. Gillberg skriver att 70% av alla med ADHD förbättras markant av sådana medel.<sup>21</sup> Men är det verkligen en förbättring? Om man skulle ge centralstimulerande medel till normala barn skulle resultatet bli detsamma som att ge dem till barn som fått diagnosen ADHD, dvs. minskning både av spontanitet, nyfikenhet, umgänge och lek och tillkomsten av tvångsmässiga beteenden och ständigt upprepande av meningslösa aktiviteter. Är det så vi vill att våra barn skall vara?

Borde inte sådana symtom väcka oro och stämma till eftertanke istället för att framställas som markanta förbättringar? Är det kanske i själva verket så att de berövas sin barndom för att bli ”lugnare, mer samlade och välorganiserade och kunna lyssna bättre?”

### **Centralstimulerande ökar vakenheten... ökar koncentrations- och inlärningsförmågan**

Gillberg skriver att centralstimulerande ökar vakenheten i centrala nervsystemet, vilket ökar koncentrationsförmågan och inlärningsförmågan. Detta påstående rimmar illa med att slöhet och dåsighet är en av de vanligaste biverkningarna.

I själva verket minskar centralstimulerande medel vakenheten i hjärnbarken genom att störa funktionen i det retikulära aktiverande systemet. Då minskar flödet av signaler upp till hjärnbarken, signaler som är nödvändiga för att ”väcka” hjärnbarken. En störning av signalerna i det retikulära aktiverande systemet leder till minskad energinivå, sänkt vakenhet och försämrade

reaktioner på yttre stimuli. Personen blir mer apatisk och mindre medveten om omvärlden och sluter sig inom sig själv.<sup>22</sup>

Att centralstimulerande medel ökar inlärningsförmågan är ett påstående som saknar grund. Redan 1976 publicerades en undersökning där man inte kunde påvisa någon förbättring av skolresultaten hos elever som ansågs ha blivit förbättrade av medicineringen. 1992 visade en genomgång av olika studier en påtaglig risk för att den ökade fokuseringen på stereotypa meningslösa aktiviteter försvårar inläringen. Man präglade termen ”kognitiv toxicitet” för att beskriva hur en sådan överfokusering förhindrar inläring. Flexibel problemlösning och självständigt tänkande försvåras av de centralstimulerande medlen. Dessa undersökningar förtogs helt av Socialstyrelsen, som istället påstår att centralstimulantia förbättrar kognitiva funktioner som att tänka ut lösningar på problem.

Breggin drar följande slutsats: ”Det föreligger inga bevis för att Ritalin och andra centralstimulerande medel förbättrar inläring i verkliga livet och i skolan, medan det finns övertygande bevis för att sådan inläring kan försvåras.”<sup>23</sup>

### **”Ingen risk för narkotiskt beroende”**

Gillberg tar liksom andra förespråkare för amfetaminbehandling mycket lätt på riskerna för dosökning eller narkotiskt beroende bara man följer doseringen och kontrollerar att medicinen tas på föreskrivet sätt.

Både USAs federala narkotikabyrå DEA och FNs narkotikabyrå har upprepade gånger varnat för riskerna med förskrivningen av centralstimulerande medel. En hög tjänsteman vid DEA gav följande varning ”Många människor vet inte att Ritalin är som kokain... Det finns föräldrar som missbrukar sina barns förskrivna läkemedel, barn som säljer till barn, illegala drogligor och langning”.<sup>24</sup>

1995 rapporterade FNs narkotikabyrå: ”Metylfenidat (Ritalin min anm.) missbrukas vanligen av ungdomar som får tillgång till substansen i tablettform från barn som behandlas för ADD.”

Följande år rapporterade byrån att antalet anmälda barn mellan 10–14 år som uppsökt akutmottagningar p.g.a. metylfenidatrelaterade tillstånd hade ökat mer än 10 ggr mellan 1990 och 1995 och uppnått samma nivå som kokainrelaterade tillstånd för samma åldersgrupp.<sup>25</sup>

Vid NIMHs consensuskonferens 1998 rapporterade DEAs representant bl.a. ”Färska rapporter om ritalinmissbruk bland ungdomar och unga vuxna är särskilt oroväckande, eftersom denna grupp har den friaste tillgången till denna drog. Rapporter från många stater och kommuner visar att ungdomar ger och säljer sin Ritalintabletter till vänner och klasskamrater, som ofta krossar tablettorna och sniffar tablettorna som kokain”.<sup>26</sup>

Alla dessa varningar och rapporter om hur centralstimulerande som skrivits ut till barn med ADHD säljs på svarta marknaden och ger upphov till allvarliga missbruksproblem bland ungdomar rimmar illa med Gillbergs och Socialstyrelsens bagatellisering av riskerna för missbruk.

I USA har det inte visat sig så lätt att kontrollera att medicinen tas på föreskrivet sätt. Man undrar hur Socialstyrelsen tänkt sig sköta den kontrollen här i Sverige. Eller har man tänkt sig att lägga över den på barnen och föräldrarna?

### **Ingen ökad risk för missbruk i vuxen ålder**

Gillberg skriver vidare att ingenting talar för att barn som behandlas med centralstimulerande medel löper ökad risk för missbruk i vuxen ålder. Socialstyrelsen gör det häpnadsväckande påstående att centralstimulantia ”tvärtom tycks minska” risken för framtida missbruk.

Det är ett välkänt faktum att centralstimulerande medel, precis som alkohol och andra beroendeframkallande droger, har en starkt sensibiliserande verkan på hjärnan. Sensibiliseringen innebär att personer som utsätts för en sådan drog, i synnerhet om det sker i barndomen, löper större risk att hamna i beroende samma eller andra liknande droger i vuxen ålder. Detta har varit känt länge. Det är också p.g.a. denna sensibilisering som man i Sverige försöker förhindra att barn och ungdomar börjar använda beroendeframkallande medel som nikotin och alkohol.

Beträffande centralstimulerande har den ökade risken för framtida drogberoende nu också bekräftats av en vetenskaplig undersökning vid Berkeley-universitetet i Kalifornien. Vid NIMHs konsensuskonferens refererade professor Nadine Lambert en långtidsundersökning hon gjort på barn med ADHD. Hon jämförde en grupp barn som hade behandlats med centralstimulerande med en annan som inte medicinerats. Hon fann ett signifikant samband mellan behandling med centralstimulerande i barndomen och drogmissbruk i vuxen ålder. Hennes slutsats var att medicinering med centralstimulerande medel i barndomen ”på ett signifikant och genomgripande sätt bidrar... till daglig rökning hos vuxna, kokainberoende och ett livslångt bruk av kokain och centralstimulerande medel”.<sup>27</sup>

Även den amerikanska narkotikabyrån (DEA) har uttryckt stark oro för att Ritalinbehandling leder till missbruk av andra droger. Man rapporterade 1995 att ”ett antal nya undersökningar, fall av drogmissbruk, och trender bland ungdomar från olika källor visar att Ritalinbehandling kan vara en riskfaktor för drogmissbruk”.<sup>28</sup>

DEA citerade även undersökningar som visar att centralstimulerande medel korsensibiliserar varandra, vilket innebär att personer får en starkare effekt, eller kanske man kan säga bättre kick, av kokain, amfetamin eller Ritalin om de tidigare varit utsatta för någon av dem.

Om nu Socialstyrelsens påstående att behandling med centralstimulantia minskar risken för framtida missbruk är riktigt borde väl detta i konsekvensens namn föranleda Socialstyrelsen att rekommendera att barn även ”behandlas” med små doser nikotin och alkohol för att minska missbruket av tobak och alkohol i vuxen ålder.

### **”Inga bestående men”**

Gillberg skriver att de negativa effekterna av amfetamin försvinner när medicinen sätts ut utan att ge några bestående men. Hur förhåller det sig då med detta?

I många djurstudier bl.a. med apor har man visat att relativt låga doser amfetamin dödar hjärnceller och orsakar permanenta hjärnskador. Det är speciellt basala ganglierna och frontalloberna som skadas p.g.a. att amfetamin ökar frisättning och minskar återupptaget av dopamin. Synapserna i basala ganglierna och frontalloben blir då översvämmade av dopamin och hjärnan försvarar sig bl.a. genom att stänga av receptorerna, vilket i anses var en orsak till de kvarstående hjärnskador som påvisats i djurförsök efter tillförsel av amfetamin i relativt små doser.<sup>29</sup>

I en undersökning på apor med hjälp av PET kunde man visa uttalad minskning av syntes och koncentration av signalsubstansen dopamin upp till tre månader efter tillförsel av relativt små doser amfetamin, motsvarande 2 mg per kg kroppsvikt vid två tillfällen med fyra timmars mellanrum. Hos en av aporna kvarstod förändringen ännu åtta månader efter tillförseln.<sup>29</sup>

Centralstimulerande medel minskar också blodflödet i hjärnan, skadar blodkärlen och orsakar mikrobldningar i hjärnan. I en lärobok i psykiatri skriver Jaffe: ”Hos apor inbegriper de toxiska effekterna av kroniskt amfetaminbruk skador på hjärnans blodkärl, neuronförlust (hjärncellsdöd) och mikrobldningar.”<sup>30</sup>

De undersökningar med PET och SPECT som bekräftar att centralstimulerande ger hjärnskador på barn har gjorts i ett helt annat syfte, nämligen att visa att barn med ADHD har en störning i hjärnan. Eftersom det inte gjorts några undersökningar på obehandlade barn visar sådana undersökning inget annat än att barn reagerar på samma sätt som försöksdjur på centralstimulerande medel. De får bestående hjärnskador!

En undersökning av 24 unga vuxna som behandlats för hyperaktivitet med amfetamin eller amfetaminliknande medel sedan barndomen visade att 50% led av hjärnatrofi eller minskning av hjärnvävnaden. Författarna menade att atrofi av hjärnbarken kunde vara en negativ långtidseffekt av sådan behandling.<sup>31</sup>

Dussintals undersökningar visar att Ritalin rubbar produktionen av tillväxthormon och hämmar tillväxten. Vid djurförsök har bekräftats att Ritalin minskar tillväxten i olika organ, inklusive hjärnan.<sup>32</sup>

## **”Inget psykofarmaka till barn har undersökts lika väl som centralstimulantia”**

De rapporter som låg till grund för godkännandet av behandling av överaktivitet med Ritalin har förkommit och går inte längre att få fram, men 1977 lämnade CIBA en ansökan till FDA om godkännande av en ny beredningsform av Ritalin. Detta medel hade då testats på 90 barn i *två veckor*.<sup>33</sup>

Och trots att centralstimulerande medel har använts i USA i mer än 50 år vid hyperaktivitet och trots alla alarmerande rapporter om hjärnskador hos apor vid tillförsel av enstaka små doser av amfetamin och andra allvarliga biverkningar har det inte gjorts några vetenskapliga undersökningar om långtidseffekterna av denna behandling. Undersökningar som följt upp barn som tagit dessa medel har som regel begränsats till några veckor eller högst ett par månader.

Ett undantag är den multicenterundersökning som NIMH nyligen genomförde på eget bevåg och som löpte över en period på fjorton månader. Undersökningen ansågs bevisa att centralstimulantia var säkra och effektiva medel vid behandling av ADHD.

Problemet med denna undersökning var dock att den bröt mot de flesta grundläggande vetenskapliga regler för hur en klinisk prövning ska genomföras. T.ex. saknades kontrollgrupp som fick placebo och man tillämpade inte ett double-blind förfarande vilket innebar att de som bedömde läkemedelseffekterna visste vilka barn som hade behandlats. Om en sådan prövning gjorts av ett läkemedelsföretag hade den knappast godkänts av FDA. Detta hindrar dock inte NIMH att torgföra den som bevis på hur säker och effektiv behandling med centralstimulantia är.<sup>34</sup>

### **Små doser**

Gillberg tycker det är viktigt att framhålla att doserna av amfetamin som ges ”är små i förhållande till dem man tar för att bli hög”. Medicinen ”går ur kroppen mycket snabbt och dagen därpå finns inga kvarstående effekter”.<sup>35</sup>

Barn som får amfetamin i den rekommenderade dosen, 5–40 mg per dag,

blir alltså inte höga. Jag vet inte hur Gillberg kommit fram till denna slutsats. Han har kanske gjort en enkätundersökning.

Jag vet däremot att barn som får amfetamin i de rekommenderade låga doserna mycket väl kan uppvisa samma beteende som vilken påtänd amfetaminmissbrukare som helst. Ett barn som leker med lego 36 timmar i sträck utan att äta eller sova beter sig faktiskt som en påtänd knarkare.

Själv tycker jag det är viktigt att framhålla att det räcker med *två* sådana små engångsdoser, som enligt Gillbergs lugnande försäkringar ”går ur kroppen mycket snabbt”, för att åstadkomma förändringar i hjärnan hos apor upp till åtta månader eller mer. Den dos på två mg per kg kroppsvikt, som med fyra timmars mellanrum gavs till aporna i det ovan refererade försöket, motsvarar drygt en dagsdos för ett barn. Om man då betänker att en del barn äter sådana ”små” doser i åratalsverkar det inte särskilt trovärdigt när Gillberg påstår att de inte ger några kvarstående effekter.

### **Har signalsubstanser betydelse för uppkomsten av sjukdomen?**

Som vi sett anser den citerade expertgruppen att DAMP/ADHD är en biologiskt betingad sjukdom i hjärnan, som bör behandlas med farmaka, d.v.s. centralstimulerande medel. Då man tyckt sig se så goda effekter av dessa medel har man dragit slutsatsen att hjärnans signalsubstanser skulle vara inblandade i ”sjukdomens” uppkomst. Gillberg/Eriksson skriver i expertgruppens rapport: ”Den goda effekten av centralstimulerande farmaka mot *sjukdomens* (min kursivering) kardinalsymtom har lett till hypotesen att dopamin och/eller noradrenalin är av betydelse för sjukdomens patofysiologi...”<sup>36</sup>

Detta påstående saknar vetenskapligt stöd och är i själva verket inget annat än en rökrida som läkemedelsföretag som Novartis, som tillverkar Ritalin, brukar använda för att få det att framstå som att ADHD beror på någon slags brist som centralstimulerande medel rättar till.

För det första finns det inga belegg för att det rör sig om en sjukdom.

För det andra beror den ”goda effekten” av centralstimulerande medel inte

på att de rättar till någon obalans i hjärnan utan på att de undertrycker normala spontana och oförmedlade aktiviteter, inklusive nyfikenhet, umgänge och lek samt främjar stereotypa, tvångsmässiga beteenden som ofta innebär meningslösa upprepningar. Effekten blir densamma både hos barn och försöksdjur. Sådana beteendeförändringar tolkas som förbättring hos barn med DAMP/ADHD. I själva verket rör det sig om en försämring.

Det finns således absolut inga belägg för att centralstimulerande medels "goda effekt" skulle bero på att hjärnans signalsubstanser har någon betydelse för "sjukdomens" uppkomst.

I läkemedelsföretagens marknadsföring till läkare, som i USA måste godkännas av FDA, finns heller inga sådana påståenden. Tvärtom heter det i Cibas information om ADHD till läkare på följande sätt: "Specifik etiologi för detta syndrom är okänd... Det finns varken specifika bevis som klart fastställer på vilket sätt Ritalin har sin mentala och beteendemässiga verkan på barn. Ej heller finns det några avgörande bevis för vilket samband denna verkan har med tillståndet i det centrala nervsystemet."<sup>37</sup>

Barde inte Gillberg känna till detta lika väl som Ciba?

### **Expertgruppen och Ciba går hand i hand**

I USA måste läkemedelsföretagens marknadsföring till läkare godkännas av FDA och, som i exemplet ovan, ge korrekt och balanserad information om läkemedlen, information som varken får vara missvisande bedräglig eller falsk.

När man vänder sig till amerikanska allmänheten gäller dock inga sådana restriktioner.

Då är det fritt fram att vara både missvisande, bedräglig och falsk.

Så skriver t.ex. Novartis på sin hemsida: "ADHD är ett neurobiologiskt handikapp.... Fastän den exakta orsaken till ADHD är okänd tror forskare att det är ett resultat av obalans eller brist på specifika kemiska ämnen i hjärnan... Novartis har utvecklat en medicin som tycks rätta till bristen på vissa kemiska ämnen i hjärnan."

I sin broschyr om ADHD för lärare går Novartis ännu längre då man skriver följande om centralstimulerandes verkningssätt: ”De tycks verka genom att rätta till en brist på vissa nödvändiga hjärnkemikalier i nervsystemet. Föräldrar bör vara medvetna om att dessa mediciner inte ”drogar” eller ”förändrar” barnets hjärna. De gör barnet normalt genom att rätta till en neurokemisk obalans.”<sup>38</sup>

Detta påståenden är uppseendeväckande lögnaktigt. Långt ifrån att rätta till någon kemisk obalans i hjärnan orsakar centralstimulerande medel just de obalanser som de påstås rätta till!

Som vi sett ovan verkar medlen genom att öka frisättningen och minska återupptaget av dopamin i synapserna. Hjärnan försvarar sig med att minska dopaminsyntesen och stänga av dopaminreceptorerna. Effekten kan sitta i flera månader efter enstaka doser av centralstimulerande medel och årtal efter några veckors användning.

I Sverige kan inte Novartis vända sig direkt till allmänheten och till svenska lärare med sådan missvisande och falsk information. Här får läkemedelsföretagen inte rikta sig direkt till allmänheten med reklam för receptbelagda läkemedel... Men vad gör väl det? Vi har ju en expertgrupp av ledande svenska barnpsykiatrer som kan sprida samma missvisande information, dessutom utan att det kostar läkemedelsbolagen ett öre.

### **Motstånd i USA mot läkemedelsbolagens marknadsföring av centralstimulerande**

Att nära 10% av USAs barn behandlas med centralstimulerande medel innebär att marknaden snart är mättad där. De stora företagen har därför vänt sig till andra marknader i Canada och Europa där det nu sker en snabb ökning av andelen barn som behandlas med sådana medel.

I Sverige får marknadsföringen av dessa medel, som vi sett, god draghjälp av det barnpsykiatriska etablissemangen och av Socialstyrelsen.

Samtidigt växer motståndet och protesterna i USA mot denna massdrogning av barn. Det är inte ägnat att förvåna att flera av USAs mest erfarna

advokater efter det framgångsrika kriget mot tobaken nu fått upp ögonen för läkemedelsföretagens marknadsföring av centralstimulerande medel för behandling av barn med ADHD. Bl.a. har en stämning för bedrägeri mot Novartis lämnats in.

Som en av dessa advokater skriver i förordet till Peter Breggins bok ”Talking Back to Ritalin”: ”På samma sätt som tobaksindustrin marknadsförde sina produkter med inriktning på barnen började jag undra om våra sårbara barn åter blivit måltavla för storföretagens profit... Cigaretter kan naturligtvis orsaka cancer. Men centralstimulerande kan orsaka många slags fysisk skada på barn. Att tvinga på barn diagnoser och läkemedel övar våld mot deras självkänsla och självaktning, får dem att känna sig oförmögna att ta kommando över sina liv. Inte minst berövar centralstimulerande medel barnen deras barndom. De gör barn mer lätthanterliga på bekostnad av deras själ.”

## Referenser

- <sup>1</sup> Socialstyrelsen: ”Kort om ADHD hos barn och vuxna.” Sid. 38–39
- <sup>2</sup> Peter Breggin: Talking Back to Ritalin, sid 259–261
- <sup>3</sup> Breggin, sid. 6
- <sup>4</sup> Breggin, sid. 11
- <sup>5</sup> Breggin, sid. 70–76
- <sup>6</sup> Breggin, sid. 15
- <sup>7</sup> Breggin, sid. 24
- <sup>8</sup> En Bok om Hjärnan, sid. 294
- <sup>9</sup> Eva Kärfve, Hjärnspöken DAMP och hotet mot folkhälsan sid. 187
- <sup>10</sup> Kärfve sid. 189
- <sup>11</sup> Kärfve sid. 184
- <sup>12</sup> Kärfve sid. 181
- <sup>13</sup> Kärfve sid. 194
- <sup>14</sup> Kärfve sid. 197
- <sup>15</sup> Christoffer Gillberg, Ett barn i varje klass, om DAMP, MBD, ADHD
- <sup>16</sup> Breggin sid. 34–35
- <sup>17</sup> Breggin sid. 40
- <sup>18</sup> Breggin sid. 45
- <sup>19</sup> Breggin sid. 35
- <sup>20</sup> Breggin sid. 86
- <sup>21</sup> Gillberg, Ett barn i varje klass sid. 171
- <sup>22</sup> Breggin sid. 63
- <sup>23</sup> Breggin sid. 49–50
- <sup>24</sup> Breggin sid. 95
- <sup>25</sup> Breggin sid. 101
- <sup>26</sup> Breggin sid. 99
- <sup>27</sup> Breggin sid. 97
- <sup>28</sup> Breggin sid. 101
- <sup>29</sup> Breggin sid. 71
- <sup>30</sup> Breggin sid. 74
- <sup>31</sup> Breggin sid. 67
- <sup>32</sup> Breggin sid. 53
- <sup>33</sup> Breggin sid. 264
- <sup>34</sup> Breggin sid. 17
- <sup>35</sup> Gillberg sid. 172
- <sup>36</sup> Kärfve sid. 188
- <sup>37</sup> Breggin sid. 225
- <sup>38</sup> Breggin sid. 224



Antalet barn som behandlas med amfetamin och andra centralstimulantia p.g.a. överaktivitet ökar snabbt i Sverige. Centralstimulantia som amfetamin och Ritalin är starkt beroendeframkallande narkotiska preparat, som anses förbättra koncentrationen och minska överaktivitet och impulsivitet. Enligt Socialstyrelsen och ledande experter är biverkningarna lindriga med få negativa effekter och försvinner när preparatet sätts ut. Behandlingen ger inga bestående men och någon risk för beroende eller framtida missbruk föreligger inte heller enligt Socialstyrelsen.

I denna broschyr redogörs för omfattande forskning om centralstimulantia och dess negativa effekter som Socialstyrelsen helt förtiger och som bl.a. visar följande:

- Centralstimulantia hämmar nyfikenhet, umgänge och lek och främjar stereotypa tvångsmässiga beteenden som innebär upprepningar av meningslösa aktiviteter.
- Behandling med centralstimulantia försvårar inlärning och flexibel problemlösning.
- Behandling i barndomen med centralstimulantia ökar risken för ett livslångt bruk av tobak, kokain och centralstimulerande medel i vuxen ålder.
- Djurförsök visar att dessa preparat ger bestående hjärnskador.

Harald Blomberg är psykiater och ger kurser i hur man med rörelseträning kan hjälpa barn med motoriska problem, uppmärksamhetsproblem och inlärningssvårigheter. Han har skrivit om metoden i boken "Helande Liv".