

AD/HD är en funktionsnedsättning och barn med AD/HD är mer ouppmärksamma och/eller aktiva och impulsiva än andra barn. Cirka 5% av alla barn anges ha AD/HD. Enligt den i Sverige av myndigheter och media accepterade neuropsykiatriska teorin är AD/HD huvudsakligen ärftligt orsakat och psykosociala omständigheter anses inte viktiga för att AD/HD ska uppkomma. Som en följd av detta synsätt har läkemedelsbehandling av AD/HD kraftigt ökat och idag behandlas var 7:e skolpojke med läkemedel mot AD/HD i vissa delar av Sverige.

I boken ”AD/HD i nytt ljus”, som gavs ut 2008, gick författaren igenom det dåvarande vetenskapliga stödet för den neuropsykiatriska teorin. Slutsatsen var att det inte var vetenskapligt hållbart att benämna AD/HD för en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. En stress-sårbarhetsmodell presenterades som en alternativ förklaringsmodell. I en sådan modell ingår att förutom biologiska förhållanden är även barns uppväxtmiljö och psykosociala situation mycket viktiga för om AD/HD ska uppkomma eller inte.

I denna uppföljande bok, 13 år efter att den tidigare boken kom ut, har författaren gjort en förnyad genomgång av den vetenskapliga litteraturen. Genomgången visar att stödet nu är än starkare för en stress-sårbarhetsmodell. Det visas i boken att man fortfarande inte har kunnat påvisa någon form av avvikelse i hjärnans struktur, form eller funktion som specifikt går att relatera till AD/HD. Ärftligheten för AD/HD är inte heller så hög som neuropsykiatrin anger. Två nya kapitel har lagts till i denna uppdaterade bok och dessa beskriver vilka krafter som lett till att neuropsykiatrin kunnat växa sig så stark i Sverige. Det beskrivs också hur myndigheter och organisationer aktivt har tystat vetenskapliga diskussioner där den neuropsykiatriska teorin har ifrågasatts.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord till den reviderade nyutgåvan.....	I
1 Inledning.....	1
2 Bakgrund	5
3 Verkligheten tolkas utifrån paradigm	17
4 Diagnostik av AD/HD och associerade problem	31
5 Vad händer när barn med AD/HD blir vuxna	67
6 Ärftlighetens betydelse för uppkomst av AD/HD.....	75
7 Övriga biologiska orsaker till AD/HD	123
8 Psykosociala förhållanden och AD/HD	133
9 Vad orsakar AD/HD – en sammanfattning	163
10 Hjärnskada vid AD/HD - finns det?	175
11 Dopaminsystemets funktion vid AD/HD	207
12 Neuropsykologi och hjärnfunktion vid AD/HD	247
13 Psykologisk behandling och stress	257
14 Är AD/HD ett neuropsykiatriskt funktionshinder?	273
15 Aktuella trender och en fördjupad analys	287
16 Krafter bakom neuropsykiatriens framväxt	323
17 Källförteckning och referenser	377
18 Ämnesregister	414
19 Tillkännagivanden	415

FÖRORD TILL DEN REVIDERADE NYUTGÅVAN 2021

2008 gav jag ut boken "AD/HD i nytt ljus". Boken var ett försök att visa att det inte var vetenskapligt hållbart att benämna AD/HD för ett neuropsykiatriskt funktionshinder. Med detta begrepp menade man vid den tiden att orsakerna till AD/HD primärt var biologiska och att psykologiska eller psykosociala orsaksfaktorer var oviktiga. Slutsatsen i boken blev att ett s.k. stress-sårbarhetsparadigm bättre kunde förklara tillgänglig vetenskaplig forskning vad gäller uppkomst och utveckling av AD/HD.

Efter det att boken kommit ut var det många som hörde av sig och bjöd in mig som föredragshållare och jag reste runt i Sverige och föreläste om boken och dess slutsatser i många olika sammanhang. Oftast efterfrågades utbildningar riktade till personal från verksamheter där man kommer i kontakt och arbetar med personer med AD/HD, t.ex. inom socialtjänst och sjukvård. Slående var att i stort sett alla jag träffade och diskuterade slutsatserna med var rörande överens om att psykosociala faktorer är utomordentligt viktiga för att kunna förstå och hjälpa personer med AD/HD och att ett neuropsykiatriskt synsätt inskränkte perspektivet på personerna de arbetade med och deras problematik. Ett stress-sårbarhetsperspektiv upplevdes som mycket mer konstruktivt och viktigt för dem i deras arbete.

Från myndighetshåll, t.ex. från Socialstyrelsen, och från neuropsykiatriföreträdare, de som legat bakom den då alltmer framväxande neuropsykiatriseringen av AD/HD, var det däremot i princip helt tyst. Det var också i princip helt tyst från den samlade svenska pressen. Jag tror inte någon av de stora dagstidningarna ens nämnde denna bok, än mindre diskuterade dess innehåll och slutsatser, varken med mig eller någon annan. Den egentliga enda kritik som kom mig till del, kritik som hävdade att jag hade fel, inte var värd att ta på allvar och borde tystas, kom från Riksförbundet Attention och dess ordförande Anki Sandberg.

Det är nu 13 år sedan boken kom ut och en del har hänt, och både vad som hänt och förhållandena bakom det som hänt kan vara värda att analysera lite närmare. Ett sådant förhållande som jag mött är att vissa neuropsykiatriföreträdare under senare år har börjat tillstå att boken faktiskt funnits och att den också har diskuterats. Men man är samtidigt mycket mån om att säga att forskningen och den vetenskapliga kunskapen sedan 2008 har gått så pass mycket framåt att vi idag vet att det neuropsykiatriska synsättet är det rätta och det bäst vetenskapligt underbyggda synsättet. Boken med sina gamla och inaktuella forskningsresultat har därför inte längre något värde och kan helt bortses ifrån, har de sagt till mig.

Det som har hänt på den officiella samhällsnivån i Sverige är att det neuropsykiatriska synsättet, med sina slutsatser om att AD/HD beror på en biologiskt orsakad förändring i hjärnans sätt att arbeta och fungera och att denna förändring är ärftligt betingad, har i princip fått totalt genomslag. Låt mig ta bara några exempel.

En av de viktigaste myndigheterna bakom neuropsykiatriseringens genomslag är Socialstyrelsen. Efter att boken gavs ut har Socialstyrelsen publicerat en rad skrifter om AD/HD, och dessutom skapat websidan "Kunskapsguiden" (www.kunskapsguiden.se) där man presenterar den officiella synen på AD/HD, i vissa fall tillsammans med kunskapssammanställningar från andra myndigheter (som t.ex. SBU, Läke-medelsverket och Folkhälsomyndigheten). Sammantaget presenteras den officiella synen på denna funktionsnedsättning på denna hemsida. Och vad står då att läsa där?

Kunskapsguiden har nyligen gjorts om och i mars 2021 kan man läsa att:

"Forskning visar att det vid adhd, som vid de flesta former av psykisk ohälsa, finns tydliga ärftliga orsaker. Men det finns ingen enskild genetisk avvikelse med stor effekt som kan förklara ärftligheten. Istället är det hundratals små genvariationer som var och en har en mycket liten effekt men som sammantaget bidrar till de funktionsnedsättningar som adhd medför.

Genförändringarna innebär minskad aktivitet i de delar av hjärnan som är inblandade i den viljemässiga styrningen av uppmärksamhet, aktivitetsreglering och impuls kontroll.”¹

Längst ner på sidan ”Vad är adhd?” står som källa till ovan slutsatser Socialstyrelsens kunskapsstöd ”Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd” (2014-10-42). I den står vidare att läsa om AD/HD ”att genetiska faktorer är det som har störst betydelse för uppkomsten men olika riskfaktorer under graviditet och förlossning kan också ha betydelse”. Lite längre ned på samma sida (sidan 17) står:

”Genom moderna undersökningsmetoder har man kunnat visa att det finns vissa avvikelser i hur hjärnan fungerar hos personer med adhd, även om det inte rör sig om någon hjärnskada. Studier har visat störningar och minskad aktivitet i impulsöverföringen till de delar av hjärnan som är involverade i viljemässig styrning av uppmärksamhet, aktivitetsreglering, impuls kontroll, planering, organisation och samordning, så kallade exekutiva funktioner.”

Man diskuterar också om huruvida psykosociala omständigheter är viktiga för att AD/HD ska kunna uppkomma men skriver som svar på detta:

”Frågan har ofta rests om psykosociala faktorer såsom ogynnsam uppväxtmiljö eller traumatiska upplevelser skulle kunna orsaka adhd. Man har inte kunnat finna några belägg för att det skulle vara så.”

I samma dokument skriver man vidare på sidan 16 att:

”Baserat på ett antal studier från olika delar av världen beräknas prevalensen för barn i skolåldern till drygt 5 procent. ... Många vuxna har kvar symtom men lär sig strategier för att hantera svårigheterna. I de flesta fall får man ändå betrakta adhd som ett livslångt problem och planera stödet utifrån det. ... Cirka 2,5 procent av den vuxna befolkningen uppskattas ha adhd enligt en internationell studie.”

I rapporten ”Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen 2019-6-25) skriver

man vidare att ”ADHD har mycket hög ärftlighet”, och i referensen som man anger som stöd för denna slutsats anger man att ärftligheten för AD/HD är 70-80%².

Socialstyrelsen ger förutom kunskapsstöd och kunskapsöversikter även ut s.k. Nationella riktlinjer, och i dessa beskriver man bl.a. hur hälso- och sjukvården bör respektive ska bedriva vård vid olika sjukdomar och ohälsotillstånd. För att öka användningen av och följsamheten till Socialstyrelsens kunskapsöversikter, rapporter och Nationella riktlinjer har beslut fattats om att initiera ett ”Nationellt system för kunskapsstyrning” inom hälso- och sjukvård. Som en förlängning av det arbetet har det s.k. Vård- och insatsprogrammet tagits fram, vilket i framtiden ska ligga till grund för hur hälso- och sjukvården ska arbeta (www.vardochinsats.se). Man skriver på sin hemsida:

”De nationella vård- och insatsprogrammen för psykisk ohälsa ska tillsammans med insatser för att stödja implementering öka användningen [av] evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ. Genom att sammanställa och tillgängliggöra olika kunskapsunderlag på en gemensam plats för både specialpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola ökar förutsättningarna för likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn.”

Det ”Nationella vård- och insatsprogrammet för adhd” lanserades den 11 februari 2021. Vad skriver man då där om tillståndet ”Adhd hos barn, ungdomar och vuxna”. Under rubriken ”Riskfaktorer” står t.ex. att läsa:

”Adhd orsakas till närmare 80 % av genetiska faktorer. Även om vissa specifika gener har visats korrelera med adhd, har man inte kunnat påvisa något direkt orsakssamband. Övriga riskfaktorer är relaterade till händelser under graviditet, förlossning eller nyföddhetsperiod eller miljön under tidig uppväxt.”

Man skriver vidare under rubriken ”Förekomst”:

”Hos barn och ungdomar är förekomsten av adhd ungefär 5 %”. ”Hos vuxna är förekomsten något

lägre, ca 3–4 %. Cirka 60–70 % av de som får diagnosen adhd i barndomen har kvar betydande uppmärksamhetssvårigheter i vuxen ålder, medan problem med att reglera aktivitetsnivå och impulser avtar.”

Man lägger till under rubriken ”Behandling och stöd” att ”Adhd anses inte vara ett tillstånd som går att bota”. Som vetenskaplig källa till dessa slutsatser anges samma rapport som nämndes ovan, nämligen Socialstyrelsens rapport ”Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd” (2014-10-42).

Så enligt Socialstyrelsen är AD/HD alltså ett höggradigt ärftligt funktionshinder där det man ärver, det som finns i våra gener, minskar aktiviteten i de delar av hjärnan som är inblandade i styrningen av uppmärksamhet, aktivitetsreglering och impulskontroll, dvs. de funktioner som man menar fungerar annorlunda hos personer med AD/HD. Man skriver också att det är att betrakta som ett livslångt problem och att ungefär vartannat barn med AD/HD har kvar sina problem upp i vuxen ålder.

Man har lagt till på den uppdaterade hemsidan ”Kunskapsguiden” att det är hundratals små genvariationer som bidrar till detta. Är detta exempel på ny viktig vetenskaplig kunskap som kommit fram under senare år? Har man alltså kunnat visa att hundratals små genvariationer påverkar specifika hjärnfunktioner och i och med det orsakar en 80% ärftlighet för AD/HD? Är frågan om orsaken till AD/HD nu alltså löst? Det är precis sådana påståenden som jag ska granska i denna uppföljande bok.

Under de senaste åren har den ökande psykiska ohälsan hos bl.a. barn och ungdomar diskuterats mycket och flera statliga utredningar om detta har presenterats. I rapporten ”Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?” (Folkhälsomyndigheten, 2018, nr 18023-2) skriver man på sidan 47 att: ”det finns långsiktiga samband mellan ett antal faktorer kopplade till familjen och internaliserande problem bland barnen.” Följande riskfaktorer identifierades i översikterna:

- psykisk ohälsa i form av depressiva symtom hos föräldrar
- konflikter mellan föräldrar
- att barnet upplever våld i hemmet
- en otrygg anknytning
- diverse faktorer i föräldraskapet (t.ex. hård kontroll eller psykologisk kontroll av barnet).

Det är två saker som är intressanta här. För det första nämner man ett antal psykosociala omständigheter, som är väldokumenterade sedan tidigare och som har visats kunna resultera i ökad psykisk ohälsa hos de barn som utsätts för dem under sin uppväxt. Detta är alltså inte så konstigt. Men det andra som nämns är det som gör resultaten intressanta, nämligen att man bara relaterar sådana psykosociala belastningsfaktorer till s.k. ”internaliserande” problem, t.ex. ångest, depression och psykosomatiska problem som ont i magen, huvudvärk eller sömnproblem. Men varför begränsar man det bara till internaliserande problem, varför tar man inte med externaliserande problem som AD/HD, som också har ökat kraftigt under de senaste 10 åren?

En av de saker som jag försökte visa i min bok ”AD/HD i nytt ljus” är ju att nästan exakt samma förhållanden som nämns ovan har vetenskapligt visats vara riskfaktorer även för AD/HD. Förklaringen till att AD/HD inte har tagits med är det stora genomslaget som den neuropsykiatriska förklaringen av AD/HD har fått (eller korrektare, har givits) i Sverige – att AD/HD beror på en ärftlig förändring av hjärnans sätt att arbeta och fungera. Psykosociala orsaker har ju slagits fast av Socialstyrelsen att inte vara av någon betydelse.

Hela detta sätt att se på AD/HD framkommer också tydligt i den statliga offentliga utredningen ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa” (SOU 2018:90). Man skriver där om funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa på sidan 41 att: ”När det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är logiken lite

annorlunda, eftersom det handlar om att hjärnan hos en person på ett eller flera områden fungerar på ett annat sätt jämfört med hur det är för de flesta andra. Det är medfött och alltså inte övergående eller ”botbart” även om många lär sig att leva med sin funktionsnedsättning.”

Parallellt med att det har blivit alltmer accepterat hos myndigheterna att AD/HD ska betraktas som ett ärftligt och biologiskt orsakat funktionshinder har det också blivit alltmer accepterat att AD/HD ska behandlas med läkemedel. Läkemedelsverket har två gånger sedan 2008 ändrat och uppdaterat sina rekommendationer om läkemedelsbehandling av AD/HD (2009 och 2016). Huvudbudskapet i rekommendationerna från 2009 var att: ”Läkemedelsbehandling av ADHD ska ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga” (Information från Läkemedelsverket 1: 2009). Detta huvudbudskap är viktigt eftersom det innebär att först ska andra behandlingsinsatser ges och om och endast om dessa visat sig vara otillräckliga ska läkemedelsbehandling övervägas.

Detta kom dock att ändras när de nya rekommendationerna kom 2016. Där hade huvudbudskapet ändrats till att: ”Läkemedelsbehandling är en komponent i ett multimodalt behandlingsprogram där också psykosociala och pedagogiska insatser ingår.” (Information från Läkemedelsverket 2: 2016). Detta innebär att läkemedelsbehandling i princip från 2016 kan erbjudas som första behandling, i samband med att också övriga behandlingsinsatser erbjuds. Övriga behandlingsinsatser behövs alltså inte längre erbjudas först, och endast när dessa inte fungerar så kunde läkemedelsbehandling bli aktuellt. Detta är en väldigt viktig principiell förändring av rekommendationerna.

Denna viktiga förändring av synen på läkemedelsbehandlingens plats kom snabbt att få genomslag i Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri ”Riktlinje – adhd” från 2016. Det är den riktlinjen som ligger till grund för hur barn- och ungdomspsykiatrin rekommenderas behandla AD/HD. Där skriver man

på sid 14 att: ”Patienter i 6-17 års ålder med medelsvår eller svår adhd ska informeras om och föreslås farmakologisk behandling med metylfenidat.” Alla barn och ungdomar med medelsvår och svår adhd som söker BUP ska alltså (min understrykning) informeras om och föreslås behandling med ett centralstimulerande läkemedel mot sin AD/HD.

Motsvarande rekommendation hittar man i det ovan diskuterade och nyligen lanserade vård- och insatsprogrammet för AD/HD. Där skriver man under rubriken ”Behandling och stöd”:

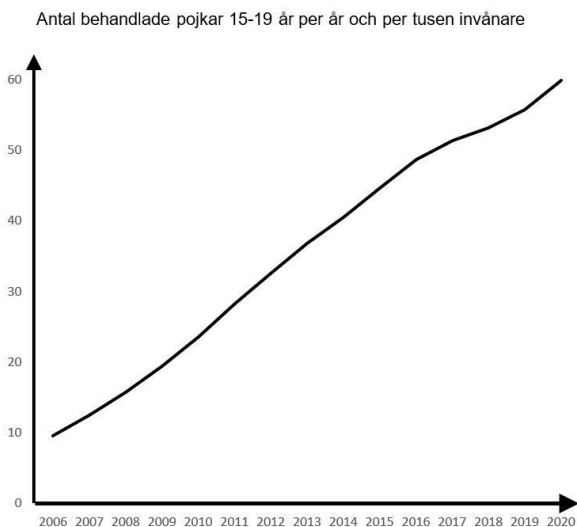
”Adhd anses inte vara ett tillstånd som går att bota, men med rätt behandling kan symtomen lindras och många med adhd kan leva ett bra liv. Adhd bör behandlas med flera olika typer av insatser parallellt. I första hand rekommenderas en kombination av läkemedel och psykoedukation. Psykoedukationen bör ges till både individen med adhd och till närstående. Om symtomen kvarstår efter läkemedelsbehandling och psykoedukation kan man lägga till psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi, och kognitivt stöd för bättre funktion i vardagen.”

Med ”psykoedukation” menas här att utbildning och information om funktionsnedsättningen ges till patienten och anhöriga, och utbildningen ska dessutom ge strategier för att bättre kunna hantera vardagsproblem. Självklart är att innehållet i utbildningen ska följa den kunskap som Socialstyrelsen har tagit fram och står bakom, t.ex. att AD/HD är en höggradigt ärftlig och i princip livslång funktionsnedsättning. Men man går här ännu lite längre och skriver att det är först om symtomen kvarstår efter läkemedel och psykoedukation som psykologisk behandling kan bli aktuell.

Som en följd av att både synen på AD/HD som ett neuropsykiatriskt funktionshinder har fått allt större genomslag samtidigt som ändringar gjorts i rekommendationerna av hur AD/HD ska behandlas med läkemedel har användningen av läkemedel mot AD/HD kraftigt ökat sedan 2008. I Läkemedelsverkets rekommendationer från 2016 beskriver man att en rimlig målnivå är att ca 5% av alla barn bör behandlas

med läkemedel mot AD/HD då man menar att det motsvarar förekomsten av denna medfödda hjärnfunktionsförändring hos barn och ungdomar. Hur har man då lyckats med att uppnå detta mål?

Som figuren nedan visar är man på god väg att nå detta mål. Statistik från Socialstyrelsens hemsida³ visar att det nu är c:a 6% av alla pojkar i hela Sverige i åldern 15-19 år som någon gång under året har hämtat ut läkemedel mot AD/HD. Man ser också den påtagliga ökningen som skett under de senaste 13 åren. Hos lite yngre pojkar (10-14 år) är användning till och med lite högre. Högst i landet ligger Region Gotland där 9,5% av alla pojkar i åldern 15-19 år behandlades med läkemedel mot AD/HD. Man har alltså i princip redan uppnått målet sett över hela landet och till och med slagit målet med nästan dubbelt upp på Gotland!



Figur 1. Figuren visar antalet pojkar per 1.000 inom åldersspannet 15-19 år som någon gång under året hämtat ut läkemedel mot AD/HD (data från Socialstyrelsens statistikdatabas).

Och inte nog med det. Går man in ännu lite djupare i statistiken från Socialstyrelsen kan man också titta på kommunnivå, men där finns bara statistik redovisat till och med 2016⁴. Man finner där att Arjeplog låg högst i landet med 14% av pojkarna i åldern 10-17 år behandlade med AD/HD-läkemedel, alltså nästan var 7:e pojke som erhöll läkemedel mot AD/HD!

Andra kommuner som ligger högt är Älvkarleby med 13,6% och Lycksele och Degerfors med 13,2% av pojkarna behandlade med läkemedel mot AD/HD.

Man kan också finna statistik på hur stor andel av patienter som diagnostiserats med AD/HD som sedermera kommer att behandlas med just läkemedel mot AD/HD. Siffror från kvalitetsregistret BUSA (Nationellt kvalitetsregister för uppföljning av ADHD-behandling) visar t.ex. att 2018 så behandlades c:a 95% av barn- och ungdomar med AD/HD med läkemedel i Örebro län (Årsrapport 2018⁵). Tittar man hur det ser ut hos vuxna så redovisas i samma Årsrapport 7 län där 90% eller fler av patienter med AD/HD behandlas med läkemedel. Högst ligger Västerbottens län där i princip alla patienter med AD/HD behandlas med läkemedel.

Intressant nog förefaller det också vara så att läkemedelsbehandling tagit över så till vida att det i praktiken kommit att innebära att bara läkemedelsbehandling erbjuds, inte att läkemedelsbehandling i enlighet med rekommendationerna bör ingå som en del i ett större multimodalt behandlingsprogram. Siffror från samma årsrapport från BUSA visar att i genomsnitt över riket så är det bara c:a varannan manlig patient med AD/HD som erhållit både läkemedelsbehandling och icke-farmakologiska behandlingsinsatser mot sin AD/HD. Varannan patient fick alltså bara läkemedel.

Så det som skett sedan 2008 i Sverige är att den neuropsykiatriska förklaringsmodellen för AD/HD alltmer har accepterats som den officiella och etablerade synen på AD/HD och det är nu denna förklaringsmodell som man generellt sett möter i t.ex. massmedia och i rapporter från myndigheter och som genomsyrar hur sjukvården idag bemöter och behandlar patienter med AD/HD. Det är alltså lite intressant att utvecklingen i Sverige gått så entydigt åt det hållet trots att det funnits kritik rörande att det vetenskapliga stödet för den neuropsykiatriska tolkningen av uppkomsten av AD/HD inte var starkt, eller till och med i vissa avseenden byggde på rena felaktigheter.

Socialstyrelsen, som redan på denna nivå måste bedömas som en nyckelaktör i denna utveckling, har känt till den kritik som har riktats mot det neuropsykiatriska synsättet men har aktivt valt att bortse ifrån denna kritik för att istället lyfta fram den mer biologiskt vinklade neuropsykiatri som det som ska gälla i Sverige. På motsvarande sätt kan man se hur företrädare för neuropsykiatri har agerat (utan att på denna nivå nämna några namn), de har känt till den kritik som har förts fram, utan att bry sig om den eller till och med försökt att tysta den.

Och vi kan nu alltså tydligt se, efter ytterligare 13 år, hur det har gått – antalet patienter med diagnos AD/HD har kraftigt ökat och parallellt med det har också läkemedelsbehandling av AD/HD kraftigt ökat. Det som dock inte har besvarats är varför det gick som det gjorde, varför det blivit som det blivit. En förklaring kan ju vara just det som företrädare för neuropsykiatri framfört till mig, nämligen att det under senare år kommit en rad nya och tungt vägande forskningsstudier som visat att den neuropsykiatriska förklaringen alltid har varit rätt. Då är det ju fullt följdriktigt att det gått som det har gjort. Men är det så?

Under åren som gått sedan min bok kom ut har jag följt forskningen på AD/HD, både genom att läsa forskningslitteratur och genom att ha deltagit i ett flertal konferenser om AD/HD. Jag har också varit medlem i ett antal grupper på nätet där AD/HD har vetenskapligt diskuterats. Det som då slår mig är att det i själva verket är precis tvärtom, den vetenskapliga forskning som presenterats under senare år visar faktiskt att det vetenskapliga stödet för en stress-sårbarhetsmodell än mer har stärkts, inte i högre grad ifrågasatts. Det är snarast så att klyftan mellan det som en renodlad neuropsykiatrisk tolkning av AD/HD anger här i Sverige och det som forskningen internationellt visar har ökat under de 13 år som gått. Trots det har neuropsykiatri som begrepp fått alltmer acceptans i Sverige. Varför? Hur kan det ha blivit så?

Det som är tanken bakom denna nyutgåva av min bok ”AD/HD i nytt ljus” är att göra en ny sammanställning av forskningsresultat som

tillkommit under senare år för att visa hur stödet för en stress-sårbarhetsmodell faktiskt ytterligare har stärkts. När man börjar fundera runt att skriva en sådan bok upptäcker man snabbt att man kan göra det på flera olika sätt, sätt som säkerligen var för sig har olika för- och nackdelar. För min del har jag dock valt den kanske lite udda lösningen att i princip helt behålla texterna från min tidigare bok. Resonemangen och slutsatserna där tycker jag fortfarande står sig så pass bra att de fortfarande kan tjäna som bakgrund till hela problemområdet och det som sen komma skall.

Följer man forskningslitteratur inom ett visst område märker man ofta att det är vissa nyckelpersoner och deras resultat, slutsatser och åsikter som väger tungt och som liksom kan sägas prägla hela forskningsfältet. Man märker också att det är vissa enskilda forskningsrapporter som anses mer viktiga än andra och som också anger tonen i de fortsatta diskussionerna. Det jag har gjort i denna nya bok är därför att efter respektive ursprungligt kapitel ta upp och diskutera ny nyckelforskning som har tillkommit och de slutsatser den fört med sig, t.ex. genom att ange hur nyckelpersoner har kommit att använda sig av denna forskning i sina slutsatser och tolkningar.

Då några helt nya aspekter har aktualiserats under de senaste 13 åren, aspekter som jag inte hade med i den ursprungliga boken, har jag också valt att lägga till två nya kapitel (15 och 16) för att specifikt kunna diskutera dessa delar lite mer i detalj. Det är egentligen rätt olika saker som jag har valt att föra samman och diskutera där, men alla dessa delar har att göra med hur dagens syn på AD/HD i Sverige har kommit att växa fram under de senaste 13 åren.

Jag vill på intet sätt göra gällande att jag i de kortfattade sammanställningar efter respektive ursprungligt kapitel, och i de två nya kapitlen, har tagit med all litteratur om AD/HD som har publicerats under de senaste 13 åren. Jag har istället valt att diskutera några utvalda nyckelrapporter, rapporter som har fått extra stor betydelse för forskningsområdet. Jag har också valt att beskriva vissa andra nyckelhändelser

som också har fått stort genomslag för synen på AD/HD internationellt. De tidigare kapitlen har jag i princip behållit som de är och jag har bara gjort några smärre språkliga eller redaktionella korrigeringar, som t.ex. att jag har varit tvungen att ändra numreringen av figurerna då en ny figur 1 lagts in (den ovan). Jag har också ändrat några faktadetaljer i delar som inte direkt rör AD/HD (vilket anges i respektive kapitel när det skett).

Det som visar sig i min nya genomgång av litteraturen är just detta med att trots att nytillkommen forskning än mer stöder ett stress-sårbarhetsperspektiv så har utvecklingen här i Sverige istället gått mot ett alltmer uttalat stöd för det neuropsykiatriska synsättet. Detta väcker ju givetvis frågan om varför nya vetenskapliga framsteg inte har fått genomslag här i Sverige? Något förefaller bromsa eller motverka att vetenskaplig forskning som inte ger stöd åt det neuropsykiatriska paradigmet ges möjlighet att få inflytande just här. Varför? Vad finns det för krafter och processer som leder till att det som presenteras för t.ex. allmänheten och medarbetare i sjukvården förefaller vara filtrerat (av någon eller något) och bara sådan forskning som passar in i de redan förutbestämda slutsatserna och mallarna släpps igenom och accepteras?

För att förstå vad som hänt i Sverige vad gäller AD/HD så räcker det inte med att bara gå igenom och presentera den nytillkomna vetenskapliga forskningen på AD/HD. Det som också måste till, och som därför är nytillkommet i denna utgåva, är ett försök att analysera de krafter som förefaller styra och filtrera hur vetenskaplig kunskap inom detta område accepteras och får komma till mer allmän kännedom och användning. Det är först på den nivån som riktlinjer och rekommendationer från myndigheter och slutsatser i offentliga utredningar ligger, det är den filtrerade informationen som ligger till grund för sådana skrivelser och rapporter. För att också få med en diskussion om sådana förhållanden har jag alltså lagt till två nya kapitel sist i boken (15 och

16) och i dessa kapitel kommer jag att närmare diskutera just detta.

Min analys inom detta område är gjord på motsvarande sätt som vid genomgången av nytillkommen forskning, det är endast ett urval av nyckelaktörer som jag kommer att beskriva och diskutera, framför allt de två aktörer som direkt kommit att påverka mig själv och mitt arbete, två aktörer som också har stor betydelse vad det gäller den information som når vården och allmänheten, nämligen Socialstyrelsen och Riksförbundet Attention. Det finns flera andra nyckelaktörer som är utomordentligt viktiga, som t.ex. läkemedelsindustrins betydelse för den ökande förskrivningen av AD/HD-läkemedel. Sådana faktorer har andra redan granskat utomordentligt väl⁶ och visat hur deras arbetsmetoder fungerar och detta kommer jag endast i mer kortfattad och sammanfattande form diskutera mot slutet av boken.

Vetenskaplig forskning och socialt accepterade slutsatser

Det förefaller alltså finnas två nivåer som vi måste förhålla oss till när vi försöker förstå hur fenomenet neuropsykiatri har fått sådant genomslag i Sverige som det har fått. Den ena nivån är den vetenskapliga forskningen som har bedrivits och de vetenskapliga rapporter som har publicerats. Den andra nivån förefaller vara hur vetenskapliga resultat väljs ut och tolkas, för att därigenom kvalificera sig för att gå vidare och tas hänsyn till av personer, organisationer och myndigheter i maktställning. För att förstå neuropsykiatriens framväxt behöver båda dessa nivåer tas hänsyn till. Det räcker inte med att hänvisa till enskilda studier som tycks stödja ett neuropsykiatriskt synsätt för att kunna försvara det. Det gäller att både försöka hitta och analysera studier som av någon anledning har valts bort och dessutom analysera hur de studier som man har valt att släppa fram faktiskt har tolkats och vilka slutsatser som man dragit av dem. Det gäller också att förstå det sociala och politiska sammanhang i vilket forskningsresultat både tas fram, presenteras och förvaltas.

Dessa förhållanden gör tyvärr att boken blir mer svårläst eftersom en rätt noggrann vetenskaplig analys behöver göras av det vetenskapliga material som redovisas. Det är alltså inte bara att skriva att forskare A har visat resultat B i sin forskning. Det skulle ju vara lätt. Det gäller också att förstå sådant som vilken ekonomisk vinning kan forskare A ha haft av att presentera sitt resultat B. Man behöver också ta hänsyn till vilken vinning politiker, beslutsfattare och myndigheter kan ha av att lyfta fram just forskare A's forskning och de slutsatser som forskare A dragit av sin forskning.

Diskussionen ovan är ett teoretiskt resonemang och det kan tyckas vara väldigt abstrakt och svårt att förstå varför jag har tagit med det. Ett sådant resonemang är dock höggradigt aktuellt och väldigt relevant när det gäller att förstå hur det s.k. vetenskapliga stödet för neuropsykiatri har tagits fram. Det min genomgång i boken kommer att visa är att dels har relevant vetenskaplig kunskap utelämnats eller bortsetts ifrån, för att denna kunskap motsäger neuropsykiatriens slutsatser. Dels har vetenskaplig ursprunglig forskning tolkats om av neuropsykiatri förespråkare för att därigenom kunna användas som (ett egentligen icke korrekt) stöd för ett neuropsykiatriskt synsätt. De förvridna vetenskapliga slutsatserna som dessa båda metoder resulterar i har sedan vissa delar av allmänheten, massmedia, politiker och myndighetspersoner tacksamt tagit till sig och använt sig av när informationskampanjer, riktlinjer och rekommendationer har utarbetats. Signaler om att det vetenskapliga underlaget till slutsatserna som presenteras kan vara svagt eller inte korrekt har man aktivt viftat bort för att de slutsatser som nåtts har bedömts som varande mer politiska och/eller socialt fördelaktiga och gångbara.

Resonemanget ovan är vetenskapligt intressant. Hävdar man att alla äpplen är gröna (en liknelse som jag använde i den ursprungliga texten; se kapitel 4) räcker det inte med att stödja sitt påstående med än så många studier som visar att äpplen kan vara gröna. Det räcker med en enda bra vetenskaplig studie som visar att det

också finns röda äpplen så faller hela resonemanget om att alla äpplen är gröna. Det idé- och vetenskapshistorien har visat är att reaktioner från det "etablerade" vid liknande tillfällen är att försöka motarbeta kunskapen om att det faktiskt finns röda äpplen. Det kan antingen vara att man helt enkelt ljuger bort att sådan kunskap finns eller att man riktar in sig på att "tysta budbäraren" för att genom det få bort kritiken. Hela detta resonemang har fått skrämmande aktualitet under de senaste åren när man följt vad som hänt i flera länder med auktoritär ledning.

Detta som en bakgrund till det som denna bok kommer att innehålla. Jag kommer att lyfta fram vetenskapliga rapporter som man bortsett ifrån både inom Socialstyrelsen och bland företrädare för det neuropsykiatriska paradigmet, bara för att de inte passar in. Jag kommer också att visa hur man tolkar om vetenskapliga rapporter för att genom detta få dem att passa in i sina slutsatser, och jag kommer att visa hur man på olika sätt har försökt att "tysta budbäraren" för att därigenom försöka hindra att vetenskapliga resultat kommer fram som ifrågasätter neuropsykiatri. Jag kommer att fokusera på sådant som hänt under de senaste 13 åren men jag kommer också att visa några exempel på sådant som hände innan dess men som har fått stor inverkan på hur det sedan gick och hur vi har landat i var vi står idag.

För att kunna visa hur vetenskaplig forskning har omtolkats och börjat användas som stöd för helt andra slutsatser än de som ursprungligen drogs, har jag i vissa kapitel relativt noga behövt gå igenom de ursprungliga forskningsrapporterna var för sig. Detta gör att texten i dessa delar blir tungläst. För att försöka underlätta läsningen har jag efter en sådan mer detaljerad genomgång lagt till en mer överskådlig sammanfattning. Den som inte i detalj önskar sätta sig in i varje enskild forskningsrapport kan gå direkt till sammanfattningen efteråt för att få en överblick över det som har gått genom tidigare i kapitlet.