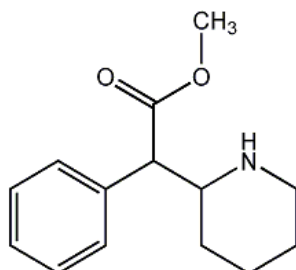


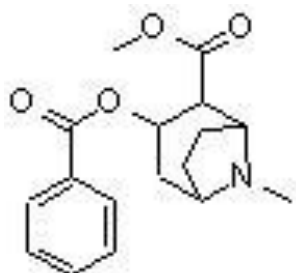
METYLFENIDAT

- lek dla choroby, czy choroba dla leku?

metylfenidat:



dla porównania kokaina:



cocaine

Metylfenidat¹, stymulant z grupy amfetaminy zalecany na całym świecie jako lek na ADHD, promuje się jako bardzo bezpieczny. Rzeczywistość jest jednak zupełnie inna. Kokaina i metylfenidat mają nie tylko podobną budowę, ale też niemal identyczny wpływ na mózg. Oba są silnymi stymulantami powodującymi wzmożoną czujność i wydajność. Oba zwiększają poziom dopaminy w mózgu, blokując białka odpowiedzialne za zwrotny wychwyt dopaminy w synapsach. Oba charakteryzują podobne objawy odstawienia: zaburzenia nastroju z przewagą splątania i depresji oraz skłonność do objadania się i patologicznej otyłości.²

¹ Nazwy handlowe: **Ritalin**, **Concerta**, Centedrin, Meridil, Attenta, Methylin, Metadate, Rubifef, Daytrana.

² „Ritalin & Cocaine: The Connection and the Controversy”, The University of Utah, Genetic Science Learning Center.

Choć początkowe efekty zastosowania metylfenidatu u dziecka mogą budzić entuzjazm rodziców, na dłuższą metę ceną „chemicznej grzeczności” jest nie tylko trwałe uszkodzenie narządów wewnętrznych takich jak serce, nerki czy wątroba, ale przede wszystkim trwałe zmiany w mózgu, osobowości i charakterze.

Statystyki nagłych zgonów obejmują wyłącznie dobrze udokumentowane przypadki, jednak ani producent ani lekarze przepisujący metylfenidat nie prowadzą długofalowych obserwacji przyjmujących go dzieci. Jeśli młody człowiek umiera na zawał, nikt nie docieka, czy był on w dzieciństwie ritalinizowany. Przeciwnie – wszelkie badania kwestionujące bezpieczeństwo stosowania tego środka są tuszowane lub podważane, jak to miało miejsce np. ze wcześniejszymi testami na myszach. Stwierdzono w nich znaczące podwyższenie ryzyka nowotworu wątroby (hepatocellular adenoma i hepatoblastoma). „Znaczenie tych skutków w odniesieniu do ludzi jest nieznane” – twierdzi producent Ritalinu.

„Jeszcze raz potwierdza to całkowitą nieprzydatność prób na zwierzętach w badaniach bezpieczeństwa i skuteczności leków u ludzi, jak również cyniczne podejście do wyników badań koncernów oraz ministerstw, które rzekomo istnieją po to, by chronić społeczeństwo. Jeśli w próbach na zwierzętach lek okazuje się niebezpieczny, ignorują to twierdząc, że znaczenie tych skutków u ludzi jest nieznane. Jeśli jednak okaże się, że nie powoduje problemów, wówczas wyniki te wykorzystują do przekonania władzy, że lek jest bezpieczny. W tym momencie rodzi się jednak proste pytanie: jeśli eksperymenty na myszach mają wartość, a dowodzą, że Ritalin powoduje raka wątroby, to dlaczego jest on nadal dostępny na receptę dla dzieci? Jeżeli natomiast eksperymenty spokojnie mogą zostać zignorowane, bo zwierzęta są tak różne od ludzi, że skutki są nieistotne, to po co u licha wykonywać te eksperymenty?” – pytają rodzice zmarłych po Ritalinie dzieci.³

W ostatnim czasie badacze z M.D. Anderson Cancer Center University of Texas⁴ potwierdzili ryzyko kancerogennego działania metylfenidatu wykazując powstawanie uszkodzeń chromosomów u dzieci po zaledwie trzymiesięcznym przyjmowaniu środka. Ale i te badania są marginalizowane, tak jak każdy przypadek nagłego zgonu czy innego ostrego powikłania.

Jedna z matek, których dzieci zmarły nagle na skutek ostrych powikłań po Ritalinie, pisze:

„Zabawki wycofuje się, gdy umrze 1 lub 2 dzieci. Ile dzieci musi umrzeć, zanim położymy kres temu dramatowi?”

Mechanizm działania metylfenidatu a rzeczywista etiologia nadpobudliwości

Porównując choćby tylko strukturę cząsteczki metylfenidatu i kokainy trudno uwierzyć w zapewnienia producenta, że ten pierwszy nie jest groźnym, uzależniającym narkotykiem, lecz, jak pisze moderator (!) jednego z polskich forów poświęconych ADHD, „substancją posiadającą wszelkie zalety amfetaminy, lecz pozbawioną jej wad”⁵. (Amfetamina to również bliska krewna kokainy).

³ www.ritalindeath.com

⁴ El-Zein R.A., et al. (2005). "Cytogenetic effects in children treated with methylphenidate". *Cancer Lett.* 2005 Dec 18;230(2):284-91.

⁵ Forum internetowe „Kampania na rzecz ADHD”, wątek „Czy metylfenidat jest pochodną amfetaminy czy kokainy?”, www.portal.adhd.org.pl

Jak może nim nie być, skoro mechanizm jego działania jest identyczny, tzn. (podobnie jak kokaina i wiele innych czynników uzależniających) podnosi w mózgu poziom dopaminy, czyli tzw. hormonu szczęścia?

To właśnie dopamina, a konkretnie jej gwałtowne „wyciekanie z mózgu” ma być wg oficjalnych teorii główną przyczyną zaburzeń zachowania i dekoncentracji u dzieci ADHD. Przyczyną wyciekania dopaminy miałby być uwarunkowany genetycznie defekt. Metylfenidat blokujący ucieczkę dopaminy jawi się więc jako środek pasujący jak klucz do zamka.

W rzeczywistości jednak teoria ta niczego nie wyjaśnia. Nie wiadomo, w jaki sposób ten tajemniczy defekt mógłby na przestrzeni zaledwie kilkudziesięciu lat rozprzestrzenić się na 15-20% amerykańskich dzieci, jak możliwy jest tak lawinowy wzrost liczby przypadków w jednym tylko pokoleniu, jak wyjaśnić wyraźny związek pomiędzy narastaniem problemu ADHD a pogłębiającym się rozpadem rodziny, dlaczego, z drugiej strony w społeczeństwach tradycyjnych (np. Amishów) problem ten w ogóle nie występuje? Dlaczego poprawa okoliczności życiowych bądź samego nastawienia opiekunów do dziecka bardzo wyraźnie wpływa na poprawę jego zachowania?

Jednym słowem: czy dzieci ADHD są nieszczęśliwe, bo mają genetycznie uwarunkowany zbyt niski poziom dopaminy, czy mają zbyt niski poziom dopaminy, bo są nieszczęśliwe?

Rozpatrzmy następujący przykład. W sytuacji nadmiernego obciążenia wysiłkiem dochodzi w każdym zdrowym organizmie do fizjologicznych zmian biochemicznych polegających na spadku poziomu jednych markerów a wzroście poziomu innych. Zachodzące zmiany biochemiczne budzą odczucie dyskomfortu mające na celu zmuszenie człowieka do odpoczynku. Nikt nie dałby wiary teorii wyjaśniającej np. wysiłkową zadyszkę genetycznie uwarunkowanym defektem powodującym zbyt szybki ubytek tlenu czy nadmierny przyrost dwutlenku węgla, choć faktyczne poziomy tych substancji są inne u osób wypoczętych a inne u przeciążonych wysiłkiem. Po wszechnie uznają się jednak, że „dyskomfort” i wynikające z niego „złe” zachowanie jest u dzieci ADHD wynikiem (a nie przyczyną) niedostatku „hormonu szczęścia” w mózgu.

Dorosły człowiek czuje się nieszczęśliwy i przybity, bo np. stracił pracę, rzuciła go żona i opuścili przyjaciele – biochemicznie przekłada się to na spadek poziomu dopaminy. Aby go podwyższyć, podświadomie stosuje różne sposoby: ktoś przywołuje „pozytywne uzasadnienia” i szuka konstruktywnych rozwiązań, ktoś inny modli się i powierza sprawę

Bogu, a jeszcze inny sięga po alkohol, objada się albo... bierze narkotyk.

Sytuacja cierpiącego dziecka jest identyczna, tylko że ono nie jest w stanie samo zastosować optymalnych rozwiązań. Zamiast nich, dorośli *a priori* wypychają mu narkotyk, nie dociekając nawet, jakie cierpienie wyraża niegrzecznym zachowaniem.

Dziecko czuje dyskomfort, bo jego dopamina jest wyczerpywana⁶ przez ważny dla niego problem. Może czuje się nieakceptowane przez poświęcających całą uwagę pracy i karierze rodziców? Może rodzice zbyt późno zdecydowali się na pierwsze dziecko i teraz brak im siły i cierpliwości? Może jest ofiarą przemocy, a może czuje się zagrożone z powodu narodzin młodszego rodzeństwa? Może ma „złamane serce” (rozwód rodziców, śmierć ulubionego zwierzęcia, przeprowadzka z domu rodzinnego) lub doznało szoku wskutek zagrożenia życia (trudny poród, udział w wypadkach)? Może jest po prostu przestymulowane (telewizja, komputer, słodczyce, napoje zawierające kokainę, itp.)? Może padło ofiarą błędnego koła: dziecko, jak to dziecko, jest naturalnie ruchliwe i głośnie, przemęczona matka dzieląca serce pomiędzy rodzinę i pracę nie może tego znieść i je ucisza, wtedy ono naturalnie staje się jeszcze bardziej ruchliwe, matka robi się bardziej nerwowa i karci dziecko albo sadza dla świętego spokoju przed komputerem lub telewizorem, migający natłok wrażeń jeszcze bardziej podrażnia układ nerwowy (niezależnie od tego, czy patrzymy na wirtualną czy realną przemoc, wydzielają się te same hormony), a wszystko nasila się podczas pierwszych dni w szkole, gdzie wymagają od uczniów absolutnego spokoju. Dziecko czuje się wtedy jeszcze bardziej nieakceptowane, więc jego pobudzony układ nerwowy reaguje większą ruchliwością i tak błędne koło narasta robiąc ze zdrowego „wariata na psychotropach”. Dla-

⁶ konkretnie pod wpływem stresu hormon „szczęścia” (dopamina) ulega hydroksylacji w hormon „stresu” **noradrenalinę**, stąd stwierdzane u dzieci ADHD zaburzenia w poziomie obu neuromediatorów. Na niedobór dopaminy podaje się metylfenidat, który blokuje jej wychwyt, na nadmiar noradrenaliny – atomoksetynę (nazwa handlowa Strattera), inhibitor noradrenaliny. Oba leki z czasem prowadzą do depresji z ryzykiem samobójstwa, ponieważ organizm broniąc się przed sztucznie wywołanym nadmiarem dopaminy (w stosunku do potrzeb określonej sytuacji życiowej) zmniejsza jej produkcję, tak, że podczas przerwy w podawaniu leku poziom dopaminy jest jeszcze niższy niż przed rozpoczęciem leczenia. Skutkiem tego jest „poczucie nieszczęścia” znacznie większe niżby tego wymagała dana sytuacja. Jest to jeszcze jeden przykład totalnego ignorowania fizjologii, w szczególności kluczowego dla zapewnienia homeostazy organizmu mechanizmu sprzężenia zwrotnego.

czego ADHD jest w ogóle nieznane np. w społeczeństwie Amiszków? Czyżby dlatego, że gdy ich dzieci są małe, to matki nie pracują, delektując się w tym czasie macierzyństwem, wiodą proste tradycyjne życie, pokładają ufność w Bogu i odzegnują się od cywilizacyjnych udogodnień typu telewizja czy komputer?

Za przedstawionym wyjaśnieniem przemawia jeszcze kilka innych ciekawych faktów.

Warto zwrócić uwagę, że metylfenidat jest przepisywany **4 razy częściej chłopcom niż dziewczynom**. Wg niektórych badaczy koreluje to z rosnącą liczbą rodzin, w których synów wychowuje matka – kobieta niezamężna lub mężatka tylko z nazwy, np. żona biznesmena wracającego do domu dopiero na noc (dobrze, jeśli codziennie, często – na weekendy lub rzadziej), albo, co gorsza, alkoholika bądź narkomana. Brak „wzoru ojca” może skutkować ADHD, będącym niczym innym jak wołaniem o ojcowską uwagę i troskę. Tezę tę potwierdzają np. badania przeprowadzone w ciągu ponad 10 lat na grupie 4700 dzieci przez prof. Lisę Strohschein (University of Alberta). Wykazały one, że ADHD występuje ponad **2 razy częściej wśród dzieci, których rodzice się rozwiedli, i ponad 2 razy częściej u dzieci wychowywanych przez samotne matki** (*Canadian Medical Association Journal*; June, 2007).

Tabletka podwyższa sztucznie poziom dopaminy i zmniejsza odczucie dyskomfortu, ale nie jest w stanie wyleczyć chorej rodziny. Znamienny jest fakt, że **w społecznościach kultywujących tradycyjny model rodziny zaburzenia zachowania typu autyzm czy ADHD są niespotykane**. Dowodzą tego np. badania przeprowadzone na grupie 800 Amiszków przez profesora pediatrii z Indiana University, Michaela Ruffa (*Medscape Pediatrics*, 2007).

Ciekawe też, że a USA metylfenidat jest podawany **11 (!) razy częściej dzieciom „kolorowym” niż białym**. Podobnie rzecz ma się z dziećmi rudymi oraz posiadającymi inne „defekty”. Brak poczucia akceptacji i równości prowadzą do zwiększonego napięcia, tym większego, im bardziej wrażliwe jest dziecko, a stąd już krótka droga do nadpobudliwości, dekoncentracji i nadaktywności. (*P. Breggin, The War Against Children of Colour, 1998*).

Dowiedziano też zależności między występowaniem i natężeniem ADHD a liczbą godzin spędzonych we wczesnym dzieciństwie przed telewizorem. Badania przeprowadzone w roku 2004 przez University of Washington wykazały, że na **każdą godzinę spędzoną dziennie przed telewizorem ryzyko rozwinięcia ADHD wzrasta o 10%**. Dalsze otumanianie otumanionych telewizją dzieci narkotykami jest jawnym bezsenssem.

Badania Narodowego Instytutu Zdrowia w USA wykazały, że **niesubordynację i agresję wykazuje prawie jedna piąta dzieci poniżej czwartego roku życia przebywających w żłobku co najmniej 30 godzin tygodniowo**. Taką zależność zaobserwowano szczególnie u tych maluchów, którym matki poświęcały mało uwagi również podczas pobytu w domu.

W tych wszystkich przypadkach narkotyków podnosi poziom dopaminy, ale nie pomaga rozwiązać problemów. Otumanianie dzieci psychotropami przypomina więc leczenie psychicznie chorych elektrowstrząsami.

Elektrowstrząsy po raz pierwszy zastosowano we Włoszech w 1838 r. Wówczas to psychiatra Ugo Cerletti, będąc świadkiem użycia tej techniki w rzeźni (w celu ogluszenia świń przed przecięciem im gardła), zdecydował się użyć jej w celach leczniczych u ludzi. W USA praktykę tę wprowadzono do szpitali w roku 1940. Dwa lata później Abraham Myerson, publicznie oceniając terapię elektrowstrząsami, oświadczył: „W procesie leczenia ważnym czynnikiem jest obniżenie inteligencji. Najlepsze wyniki uzyskuje się u tych osobników, u których redukujemy ją niemal do stanu niedorozwoju umysłowego.” Początkowo stosowano szok elektryczny bez podawania leków znieczulających, ale konwulsje często powodowały złamania kości pacjentów, więc w latach 50. zaczęto stosować środki zwiotczające mięśnie. Co dzieje

się w mózgu pacjenta poddanego elektrowstrząsom? Psychiatra Lee Coleman mówi: „Zmiany, jakie widzi się podczas stosowania wstrząsów elektrycznych, są identyczne ze skutkami każdego silnego uszkodzenia mózgu, takiego, jakie może na przykład wywołać uderzenie młotkiem w głowę (...). Ponieważ ani mózg, ani elektryczność nie zmieniły się od lat trzydziestych, wynik jest stale ten sam: uszkodzenie mózgu (...). Mózg przez jakiś czas pozostaje uszkodzony, a zatem pacjent nie wie, ani nie pamięta, co go martwi. Niestety, kiedy zaczyna dochodzić do siebie, problemy zwykle wracają, ponieważ elektryczność nie zrobiła nic w celu ich rozwiązania.”

Po psychotropach – tak jak po elektrowstrząsach – obserwuje się uszkodzenie mózgu objawiające się zanikiem kory i zmniejszeniem jego objętości nawet o 3%.

„Spostrzeżenia te zostały potwierdzone badaniami rezonansem magnetycznym. Naukowcy wykazali, że dojrzewanie kory czołowej, która odpowiada za odczucia i myśli, trwa średnio do 30. roku życia. Tyle samo czasu potrzebują na rozwój też inne struktury mózgu, np. ciało modzelowate, które wpływa na intelekt i kształtowanie świadomości. (...) Naukowcy ustalili, że **obserwowane przez nich zmiany w mózgu chorych psychicznie dzieci zostały spowodowane lekami, a nie samym schorzeniem**. Takie wnioski wyciągnął dr Xavier Castellanos z New York University Child Studies Center, który za pomocą rezonansu magnetycznego badał dzieci z ADHD. Uczony wykazał, że **objętość mózgu dzieci leczonych psychotropami jest o 3 proc. mniejsza niż zdrowych**”⁷.

W innym badaniu stwierdzono korowy zanik mózgu u ponad połowy badanych dorosłych leczonych w dzieciństwie psychostymulantami.⁸

Choć producent metylfenidatu zaprzecza, w rzeczywistości środek ten nie jest niczym innym, jak otumaniającym narkotykiem. Stosowanie go, podobnie jak innych substancji psychoaktywnych, prowa-

dzi do wyraźniej tolerancji i uzależnienia z szerokim zakresem różnorodnych nienormalnych zachowań.

Opinię taką potwierdzają np. badania przeprowadzone przez University of California, Berkeley. W jednostronnym raporcie (*News release*, 5/5/99), czytamy: „Dzieci traktowane lekami stymulującymi, takimi jak Ritalin, w celu kontroli ADHD, wcześniej popadają w nałóg palenia papierosów, palą znacznie więcej niż przeciętna, a w późniejszym okresie są znacznie bardziej podatne na uzależnienie od kokainy.”

Prof. Nadine Lambert przeprowadziła trwające 26 lat badania na grupie 500 dzieci. Ujawniły one, że Ritalin czyni mózg podatniejszym na uzależniającą władzę kokainy i podwaja ryzyko przyszłego nadużycia. Lambert tłumaczy to zjawisko mechanizmem „uczulenia, uwrażliwienia” (sensitization). Jego istnienie potwierdzono w badaniach na zwierzętach, które dowiodły, że wczesna ekspozycja na amfetaminę lub metylfenidat powoduje powstanie predyspozycji do późniejszego nadużywania kokainy. (*Monitor on Psychology*, vol. 32, nr 5, June 2001)

Niestety, wyniki tych badań nie docierają do rąk przeciętnych rodziców. Natomiast do szkół trafiają informacje, z których wynika, że jeśli dzieci pozostaną nieleczone, wówczas same zaczną brać narkotyki, a w przyszłości mogą skończyć jako młodzi przestępcy. Niestety, większość rodziców nie wie, że wiele z tych stronniczych i niesprawdzonych badań (np. badanie Beiderman) trafiających do szkół rozprowadzają firmy farmaceutyczne, takie jak firma

⁷ Newsweek nr 45/03

⁸ Psychiatric Research, 1986: 245.

produkująca metylfenidat. Fakt ten sam w sobie stanowi czerwoną flagę.

Dr Eric Heiligenstein, dziekan psychiatrii na University of Wisconsin Health Services, stwierdza: „Ponieważ Ritalin ma prawie ten sam chemiczny make-up co kokaina, jest często nadużywany. Nadużywanie Ritalinu jest bardzo rozpowszechnione, ponieważ wielu studentów ma na niego recepty, często zagwarantowane przez medyczną potrzebę.” (The Massachusetts News, “Ritalin – violence against boys”).

„U.S. Drug Enforcement Administration zalicza metylfenidat do 10 środków najczęściej kradzionych z gabinetów lekarskich i aptek. Dzieci kruszą pigułki Ritalinu na proszek, który wdychają albo wstrzykują. Niektórzy uczniowie handlują Ritalinem, który otrzymali na receptę. W miarę wzrostu liczby prywatnych szkół wzrasta liczba dzieci uzależnionych od Ritalinu. Środek ten jest też często nadużywany przez studentów. „To podtrzymuje cię, kiedy jesteś zmęczony, i czyni cię bardziej świadomym tego, co robisz. Chociaż jest z tym związane jakieś ryzyko, myślę, że jest ono tego warte.” pisze student Harvardu David Green. (The Massachusetts News, “Ritalin – violence against boys”)

Dr Breggin, autor wielu publikacji, twierdzi: „Nasze społeczeństwo patrzy z obrzydzeniem na tych, którzy wpychają w nasze dzieci narkotyki. Jednak dzisiaj więcej dzieci otrzymuje Ritalin i amfetaminę od lekarzy niż kiedykolwiek otrzymywało ją od nielegalnych dealerów narkotyków.”

Sytuacja wygląda więc tak: jakiś czynnik (problemy rodzinne, tłumienie naturalnych potrzeb rozwojowych poprzez szkolny przymus nieruchomego siedzenia w ciszy przez wiele godzin, przestymulowanie nadmiarem bodźców i informacji itp.) zaburza naturalną równowagę układu nerwowego, co prowadzi do fizycznych i biochemicznych zmian adaptacyjnych w mózgu (zmiany w ukrwieniu określonych obszarów, zmiany poziomu poszczególnych neuromediatorów, m.in. dopaminy itp.). Zmiany te, uważane za wrodzoną przyczynę, w rzeczywistości są jedynie następstwem, reakcją na zaburzający czynnik, bo gdyby były wrodzone, nie zniknęłyby, często jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, po podaniu właściwie dobranego leku homeopatycznego lub po prostu po usunięciu czynnika zaburzającego. Ileż dzieci wyleczyło się z ADHD np. po tym, jak zmieniono im system kształcenia na *homeschooling*⁹!

⁹ Jak doniósł ostatni raport amerykańskiego Departamentu Edukacji, już blisko 2 procent amerykańskich uczniów uczy się we własnym domu w systemie *homeschooling*. Z roku na rok wzrasta liczba rodziców, którzy decydują się przejąć całkowitą kontrolę nad edukacją swoich dzieci - w roku 2000 było to około miliona osób. We-

Wracając do głównej myśli: zaburzający czynnik powoduje zmiany adaptacyjne w mózgu, przejawiające się m.in. spadkiem poziomu dopaminy¹⁰. Na czym polega ta adaptacja? Dziecko przestaje czuć się szczęśliwe, a dyskomfort ten zmusza je do działania. W takiej sytuacji niemowlę po prostu zaczyna krzyczeć. Niezależnie od tego, czy jest głodne, mokre, zmarznęte, przestraszone, czy samotne, jedynym ratunkiem dla niego jest matka, a jedynym sposobem na jej wezwanie – krzyk, który jest reakcją automatyczną, odruchową i całkowicie niekontrolowaną (ono nie jest niegrzeczne, ono jest po prostu nieszczęśliwe). Dziecko czuje się nieszczęśliwe, ale nie wie, dlaczego. Jest mu źle, więc krzyczy. Podobnie reaguje starsze dziecko: podrażnienie mózgu prowadzi do dyskomfortu rozładowywanego poprzez reakcje automatyczne, niezamierzone, niezależne od jego woli i zwykle niemożliwe do opanowania. Dziecko nie wie, dlaczego tak się czuje i zachowuje (nie jest w stanie skojarzyć swego pobudzenia np. z nadmiernym oglądaniem telewizji czy brakiem stabilnej rodziny). Po prostu czuje się źle, więc podryguje. Te reakcje, podobnie jak krzyk niemowlęcia, są zawsze WOŁANIEM O POMOC.

Niestety: jedyne, co dziecko dostaje w odpowiedzi, to kolejny „cios w głowę” – tym razem psycho-

dług rzeczniczki Departamentu Edukacji Rod Paige, do podjęcia takiej decyzji przyczynia się z jednej strony rozwój technologii i internetu, a z drugiej – zły, zdaniem rodziców, poziom i inne problemy szkoły publicznej.

Badania prowadzone w krajach, w których *homeschooling* jest bardziej popularny, wykazały, że dzieci kształcące się tą metodą wykazują się lepszymi wynikami w nauce oraz efektywniej wykorzystują czas. Zaletą, a zarazem wadą tego rodzaju edukacji, jest ograniczony kontakt z rówieśnikami. Kuratorzy postrzegają to jako ułomność *homeschoolingu*. Psychologowie natomiast brak kontaktów z rówieśnikami wiążą z brakiem przemocy szkolnej.

Także w Polsce ta forma edukacji jest coraz popularniejsza. Powstało nawet Stowarzyszenie Edukacji Domowej (www.edukacja.domowa.pl).

Ustawa o systemie oświaty z września 1991 r. (artykuł 16, punkt 8) mówi: „Na wniosek rodziców dziecka dyrektor szkoły publicznej, w której obwodzie dziecko mieszka, może zezwolić na spełnianie przez dziecko obowiązku szkolnego poza szkołą oraz określić jego warunki. Dziecko spełniające obowiązek szkolny w tej formie może otrzymać świadectwo ukończenia poszczególnych klas (...)”. Wszyscy uczący się w domu - od podstawówki po liceum - muszą zdawać semestralne lub roczne egzaminy.

We własnych domach uczyli się m.in: Blaise Pascal, Hans Christian Andersen oraz Mark Twain.

¹⁰ która ulega przekształceniu, jak to zostało wyżej wyjaśnione (przypis nr 6), w mediator stresu **noradrenalinę**. (Introduction to Autonomic Pharmacology, Elsevier International).

tropem. Nie jest to nic innego jak potworne nadużycie, czyli PRZEMOC.

„...Łatwiej dzieciakowi dać »cudowną« pigułkę, niż się nim zająć. Można jeszcze mu dać kielicha, albo stuknąć głową o kaloryfer. Efekt ten sam, tylko że stuknięcie o kaloryfer nie uzależnia...” (Pink Hyde Park „Państwowe dragi dla dzieci”)

Przemocy tej dopuszczają się ci, którzy powinni chronić: matki, ojcowie, nauczyciele.

Teraz już wiemy, skąd biorą się dramatyczne historie o dzieciach ADHD, które pomordowały własnych rodziców (wspomina o tym dr Schepper w „Hahnnemann Revisited”), czy też masakry uczniów i nauczycieli dokonane przez biorących „narkotyki na receptę” uczniów.

Jak przemoc rodzi przemoc, możemy prześledzić na przykładzie historii Stephanie, która **zmarła w wieku 12 lat wskutek przewlekłego przyjmowania Ritalinu na ADHD**, którego prawdopodobnie wcale nie miała.¹¹



W pierwszej klasie. „Stephanie była nieśmiałą dziewczynką. Kochała książki, kochała szkołę... Łatwo nawiązywała nowe znajomości. Potem... to było około 2. albo 3. tygodnia szkoły, jej nauczyciel powiedział: „Stephanie ma problemy z rozwiązywaniem zadań, a poza tym hałasuje w klasie. Ale ona nie hałasowała w domu. Jednak nauczyciel zasugerował, że Stephanie powinna być przebadana pod kątem ADD i że szkolny psycholog zbada ją bezpłatnie. Zamiast tego wzięliśmy ją do innego lekarza. Stwierdził on, że nasza córka łatwo się rozprasza, ale poza tym ładnie czyta i jest normalnie inteligentna... W okresie przedszkolnym nie chorowała z wyjątkiem

infekcji ucha. Mimo to ostatecznie została zdiagnozowana jako ADD i przepisano jej Ritalin. Dokładnie w tym samym czasie zaczęły się jej bóle głowy (...) każdego dnia, oprócz weekendów, kiedy nie brała leku.”

Poprawa po leku nie satysfakcjonowała nauczyciela, który wciąż narzekał na jej zachowanie. Psycholog zasugerował, że Stephanie potrzebuje modyfikacji podejścia do upartych pozostałości zaburzenia, ale jedyną rzeczą, którą ostatecznie zmieniono, była dawka Ritalinu.

Tak zaczęła się seria dostosowań Ritalinu przez następne pięć lat – począwszy od 5 mg rano i w południe, na 40 mg każdego dnia kończąc.

Kiedy jej zachowanie i wypełnianie zadań w szkole wydawały się lepsze, wyłoniły się niepokojące symptomy. Do bólów głowy podczas szkolnego tygodnia pokrywającego się z okresem, kiedy była na leku, dołączyły się nudności i bóle żołądka. Występowała huśtawka nastrojów i dziwaczne zachowanie. Jej neurolog zauważył podczas badania zaburzenia koordynacji.

W czwartej klasie. Stephanie miała dobre wyniki w szkole, ale jej zachowanie było niepokojące. Na co dzień miła i łagodna, miewała napady niekontrolowanego buntu. Np. pewnego dnia wybiegła samowolnie ze świetlicy. Opiekunowie próbowali ją gonić, ale nie mogli jej schwytać. Wrzasnęła: „Mam już 10 lat!” Przebiegła na oślep przez ruchliwą wielopasmówkę, jak w transie.

Pracownicy świetlicy krzyczeli do niej, aby wracała, ale nie słuchała. Nie mogli uwierzyć, że mogła się tak zachować.

W tym samym czasie przejściowo zaczęły pojawiać się też okresy „wyłączenia” i omamy wzrokowe.

„Widzę ją znów”, powiedziała Stephanie. „Kogo?” „Anielicę – ona wygląda obłędnie.”

Wtedy Stephanie się ocknęła. Powiedziała, że anielica otoczona była bielą i czerwienią. Niektóre anioły były niebieskie. I wszystkie miały 4 skrzydła.

„To mi przypomniało, że kiedy zaczęła przyjmować Ritalin w pierwszej klasie, też widziała anioły.”

„Stephanie łatwo zawierała przyjaźnie. Nauczyciele wróżyli jej wspaniałą przyszłość. Chciała zajmować się paramedycyną, chciała pomagać ludziom. Miała chłopca, którego lubiła. Wszystko szło dobrze do pewnego październikowego dnia, kiedy wezwał nas wicedyrektor i powiedział, że ona potwornie przeklina, co całkiem nie pasuje do jej charakteru.

¹¹ Pełne opisy tych i innych przypadków oraz komentarze a także szereg innych publikacji i badań dotyczących problematyki nadpobudliwości oraz zespołu ADHD można znaleźć na stronie www.ritalindeath.com.

Była zawsze dobrą dziewczyną. Nigdy nie słyszałam, żeby przeklinała. Nie mogłam uwierzyć, ale kilka tygodni później przyłapałam ją, jak kłęła do chłopaka po wyjściu ze szkoły. Byłam wstrząśnięta, solidnie jej nawymyślałam. Wtedy jej stopnie zaczęły się pogarszać.”

Spowodowało to kolejne podwyższenie dawki.

„Kiedy Stephanie wzięła zwiększoną dawkę poranną, wyglądała naprawdę niesamowicie. Jednak już po powrocie ze szkoły z powrotem wyglądała normalnie.

Poszła na piętro skacząc dookoła z najmłodszą siostrą. Potem położyła się do łóżka.

Kiedy rano tata poszedł na górę ją obudzić, nie odpowiadała, była już całkiem zimna.

W badaniu sekcyjnym ustalono, że bezpośrednią przyczyną śmierci było zatrzymanie serca wskutek arytmii.”

Analiza i pytania postawione przez matkę:

Czy ADHD powoduje splątanie, dezorientację (nieobecność, niesamowitość), halucynacje (4-skrzydło, czerwone i niebieskie anioły pojawiające się od początku pierwszej klasy), stany dysocjacji, organiczną psychozę (ucieczka ze szkolnej świetlicy, przebieganie przez ruchliwą autostradę, nienormalne reagowanie aż do chwili, gdy oddaliła się o wiele kilometrów), syndrom Tourette’a (napady całkowicie przeciwnego charakterowi przeklinania), niezdarność, brak koordynacji (wskazuje na uogólnione albo rozproszone zaburzenie mózgu), bóle głowy, nudności i wymioty (skutki uboczne Ritalinu) u poza tym zupełnie normalnej 12-letniej dziewczynki? Stephanie nie miała żadnego z tych objawów zanim zaczęła brać Ritalin. Także w badaniach lekarskich i testach diagnostycznych z okresu poprzedzającego przyjmowanie leku nie było żadnych odchyleń od normy.

Jest chyba jasne, że żaden z występujących u Stephanie objawów subiektywnych (wywiad) i obiektywnych (wyniki badań lekarskich) uszkodzenia mózgu nie został spowodowany ADHD.

Jedyną chorobą jej mózgu było zatrucie Ritalinem – ritalinowa encefalopatia, możliwa do zweryfikowania np. badaniem moczu lub płynu mózgowo-rdzeniowego.

Podobnie ma się rzecz z bezpośrednią przyczyną śmierci. Oczywiście odpowiedź na pytanie, czy ADHD powoduje zaburzenia rytmu serca, brzmi NIE. Jest to natomiast częste powikłanie po stosowaniu leków amfetaminopodobnych.

Choć oficjalnie Ritalin wprowadza się na światowe rynki jako „łagodny” psychostymulant, w rze-

czywistości stanowi on uzależniający narkotyk z rodziny amfetaminy i jest klasyfikowany jako narkotyk.

A oto inny przypadek.



**Leanne M. Bessner miała 15 lat, gdy przepisa-
no jej Concertę. Po 2 miesiącach powiesiła się.**
Czarująca, błyskotliwa, lubiana, iskierka kochającej się rodziny.

Z rozmów z innymi rodzicami, których dzieci były na tym leku, matka dowiedziała się, że powoduje on tendencje samobójcze i agresję. Kolega z klasy Leanne biorący Concertę, trzy miesiące wcześniej usiłował popełnić samobójstwo tym samym sposobem. Inna przyjmująca ten środek dziewczynka podcięła sobie żyły.

„...Lekarze nie zalecają kontrolnych spotkań, nie interesuje ich, co się dzieje z pacjentem na leku, po prostu rozdają go jak cukierki. Należy ostrzec rodziców, że środek ten powinien być wycofany, jednak musi minąć wiele lat i musi zginąć wiele ofiar, zanim uda się zebrać dostateczny materiał dowodowy, by zmierzyć się z finansowymi gigantami...”

Istnieje wiele doniesień o tym, że dzieci leczone psychostymulantami popełniały samobójstwa w trakcie przyjmowania leku lub po jego odstawieniu. Z kolei badania przeprowadzone przez American Academy Children Adolescent Psychiatry pokazuje, że dzieci, które są potraktowane stymulantami, częściej schodzą na drogę przestępczą.¹²

Czytamy też o tym w innym doniesieniu¹³:

„Ostatnio zaczęto się czujniej przyglądać Ritalinowi i podobnym lekom wpychanym do szkół publicznych (...). Rozważa się istnienie związku pomię-

¹² J. Am. Acad. Child Adol. Psych., 1987; 26,1: 56-64

¹³ The Massachusetts News, “Ritalin – violence against boys”.

dzy gwałtownym zachowaniem dzieci i użyciem Ritalinu. Warto przeanalizować poniższe fakty:

- Shawn Cooper, 15-letni drugoklasista z liceum w Notus, Idaho, w kwietniu strzelał z broni palnej do kolegów. *Cooper był na Ritalinie.*
- Thomas Solomon, 15-letni uczeń Heritage High School in Conyers, Georgia, w maju strzelał i zranił sześciu kolegów z klasy. *Solomon był na Ritalinie.*
- Kip Kinkel, 15-letni uczeń Thurston High School in Springfield, Oregon, w ubiegłym roku zabił rodziców i dwóch kolegów z klasy oraz zranił 22 innych uczniów. *Kinkel był na Ritalinie i Prozacu, środka przeciwdepresyjnym.*
- Eric Harris, uczeń szkoły w Littleton, który rok temu zastrzelił kilkunastu kolegów i nauczyciela, a potem popełnił samobójstwo, *był leczony na depresję. Zazwyczaj Luvox, środek antydepresyjny.* Być może jego rodzice mieli w związku z tym złudne poczucie bezpieczeństwa – byli pewni, że agresja syna jest pod chemiczną kontrolą. Pokój Harrisa był arsenałem. Nastolatek nieomal na oczach wszystkich szykował ładunki, którymi chciał wysadzić szkołę. Nakręcił na wideo scenariusz przyszłej zbrodni i opisywał krok po kroku swe zamierzenia w pamiętniku. Ale przecież znajdował się pod opieką fachowców. Luvox likwidował niepokojące objawy.
- Rod Matthews, 14-latek, pobił na śmierć kolegę kijem baseballowym w Kantonie, Massachusetts. *Matthews był na Ritalinie od trzeciej klasy.*

Jak opublikowano w marcu 1991 w „*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*” lekarze z Yale badali 12-letniego chłopca, który po rozpoczęciu leczenia Prozakiem zaczął mieć w nocy koszmary. O czym? Chłopiec snił o zabijaniu kolegów z klasy w szkole, aż sam został rozstrzelany. Kiedy odstawiono Prozac – wyzdrowiał. Wtedy lekarze znów włączyli lek, widocznie myśląc, że środek przeciwdepresyjny nie mógłby spowodować koszmarów. *Powtórnie narkotyzowany, chłopiec znów zaczął mieć dotkliwie samobójcze myśli.*

Pewien ojciec napisał na forum: „*Jeżeli wszystko jest OK, to jedynym uciążliwym skutkiem ubocznym jest [upośledzenie] rozwoju fizycznego (głównie wzrostu). Ale zawsze coś za coś. Jak ma mieć problemy w szkole z nauką i całe życie później się z tym borykać, to może warto się zastanowić, czy nie jest to cena warta zapłacenia...*”¹⁴

¹⁴ Forum Polskiego Towarzystwa ADHD, wątek „Concerta”.

Pomijając fakt, że jeśli lek jest dostatecznie silny, by opóźnić wzrost, to całkiem rozsądne wydaje się podejrzenie, że może wywołać również inne potężne efekty w organizmie, konieczne wydaje się pytanie, co naprawdę otrzymujemy za cenę tego ryzyka? Innymi słowy mówiąc:

Czy metylfenidat działa?

Niestety, na to pytanie nikt nie jest w stanie udzielić odpowiedzi. Producent oświadcza, że „dane odnośnie... długotrwałego użycia nie są kompletne”.

Biorąc pod uwagę fakt, że ADHD występuje u 1 na 10 dzieci, metylfenidat jest na rynku już blisko pół wieku i w samym USA bierze go 5 milionów dzieci, stwierdzenie powyższe budzi wielkie rozczarowanie.

„Więc ile czasu potrzeba, aby stwierdzić, czy lek działa, czy nie?” – pytają rodzice dzieci zmarłych po metylfenidacie. „Czy zabrzmi to potwornie cynicznie, gdy powiemy, że byłoby wbrew interesowi firmy odkryć w końcu, czy Ritalin naprawdę działa, czy nie? W końcu, gdyby długoterminowe badania wykazały, że nie, znacząco spadłby popyt na ten nadzwyczaj dochodowy lek.”

Jednak pewne badania przeprowadzono. Trwające 5 lat badania grupy dzieci z Montreal Children's Hospital wykazały, że nie ma różnic w zakresie nadpobudliwości pomiędzy grupą otrzymującą metylfenidat a nieleczoną. Stwierdzono też, że metylfenidat zaburza nabywanie nowych umiejętności, a są również raporty rodziców donoszących o „cudownym” ustąpieniu objawów podczas wakacji.

Oczywiście obraz zamazuje fakt, że po podaniu leku może wystąpić przejściowa poprawa zachowania. Ale czy to rzeczywiście poprawa, czy też dziecko jest po prostu narkotyzowane? Leki amfetaminopodobne zmniejszają różnorodność zachowań dziecięcych. Pacjenci biorący metylfenidat mogą więc być bardziej skupieni. Może to oznaczać poprawne zachowanie na lekcjach, ale czy naprawdę pomaga dziecku? Czy powinniśmy dawać dziecku potężny i potencjalnie niebezpieczny lek, tylko dlatego, że trzyma je w spokoju?

Tekst jest streszczeniem materiałów zawartych na stronie National Alliance against Mandated Mental Health Screening & Psychiatric Drugging of Children. (www.ritalindeath.com), organizacji nagrodzonej 15 lutego 2003 za wybitny wkład w Obronę Praw Człowieka przez Citizens Commission on Human Rights.

OBRAZ TOSYKOLOGICZNY

Bank Informacji o Substancjach o Potwierdzonej Toksyczności, stworzony w ramach
Międzynarodowego Programu Bezpieczeństwa Chemicznego IPCS INCHEM

(streszczenie danych dostępnych na www.inchem.org)

Methylphenidate hydrochloride, pochodna fenyletyloaminy, stymulant z grupy amfetaminy.

synonimy: Centedrin, Meridil, Ritalin, Concerta, Attenta, Methylin, Metadate, Rubifef, Daytrana

Nazwa chemiczna: 2-piperidineacetic acid, alpha-phenyl-, methyl ester, hydrochloride.

Inne nazwy chemiczne: methyl alpha-phenyl-2-piperidineacetate hydrochloride.

Wzór: C₁₄H₁₉NO₂, HCL

Metylfenidat (MPH) jest inhibitorem zwrotnego wychwytu dopaminy, co oznacza że zwiększa poziom tego neuroprzekaźnika w połączeniach synaptycznych. Jedną z najnowszych hipotez zakłada jednak, że hamowanie zwrotnego wychwytu dopaminy („hormon szczęścia”), a tym samym zatrzymywanie tej substancji w przestrzeni synaptycznej, powoduje jednocześnie hamowanie dalszego wydzielania dopaminy do synapsy, a więc de facto poziom dopaminy ulec może obniżeniu. Najnowsze doniesienia mówią, że stałe podawanie MPH obniża ilość receptorów dopaminowych m.in. w prążkowiu i jądrze półleżącym. Wyjaśniałoby to, dlaczego osoby przyjmujące przewlekłe ten środek po zakończeniu leczenia mają poważne problemy z nastrojem (zobojętnienie, depresja) oraz skłonność do przejadania się i patologicznej otyłości.

Z powodu właściwości odurzających, metyfenidat należy do substancji bardzo często nadużywanych. Palony i wciągany nosem działa narkotycznie, powodując „haj” (*high*) zbliżony do amfetaminowego i kokainowego. Może uzależniać psychicznie.

Główne ryzyko i narządy docelowe

Ostre pobudzenie centralnego systemu nerwowego, kardiotoxyczność prowadząca do częstoskurczu, zaburzenia rytmu, nadciśnienie, zapaść sercowo-naczyniowa. Wysokie ryzyko uzależnienia i nadużywania.

Systematyczny opis efektów klinicznych

Układ sercowo-naczyniowy – objawy częste: kołatanie serca (1/3 badanych), bóle w klatce piersiowej, częstoskurcz (2/3 badanych), arytmia i nadciśnienie. Derlet et al. (1989)

Objawy zagrażające życiu: zapaść sercowo-naczyniowa. Niedokrwienie mięśnia sercowego i zawał. Zaburzenia komorowe. Ostra i przewlekła kardiomiopatia. (Call et al., 1982). Przełom nadciśnieniowy.

Układ oddechowy

Zwłóknienie płuc; w badaniu pośmiertnym często stwierdza się przerost prawego przedsionka serca i cechy nadciśnienia płucnego.

Centralny układ nerwowy (CNS) - pobudzenie CNS, drżenie, niepokój ruchowy, tiki, agitacja, bezsenność, zwiększona aktywność motoryczna, sztywność mięśni, bóle i zawroty głowy, drgawki, śpiączka i wyolbrzymienie odruchów.

[Długotrwałe stosowanie Ritalinu powoduje drażliwość i nadpobudliwość (czyli objawy, na które lek często jest przepisywany). W badaniu opublikowanym w „Psychiatric Research” zatytułowanym „Korowy zanik u młodych dorosłych z hyperaktywnością w wywiadzie” odnotowano zanik mózgu u ponad połowy z 24 dorosłych leczonych psychostymulantami. (Psychiatric Research, 1986: 245).]

Dystonia i dyskinezja są częste przy dawkach terapeutycznych. (Mattson & Calverley, 1968).

Zaobserwowano też zmiany w naczyniach mózgowych i udary mózgu typu zatorowego lub w następstwie wylewu.

Przewód pokarmowy – wymioty, biegunka, kurcze żołądka i jelit.

Przy przewlekłym nadużyciu ostre kolki związane z niedokrwieniem jelit. Ciężka anoreksja. Bóle w nadbrzuszu i krwawe wymioty. (Beyer et al., 1991).

Wątroba – zapalenie wątroby i śmiertelna ostra martwica wątroby (Kalant & Kalant, 1975).

Narządy moczowo-płciowe – zwiększone napięcie zwieracza pęcherza moczowego może prowadzić do bolesnego oddawania moczu, zaburzeń oddawania moczu, a nawet zagrażającego życiu bezmocz. Objawy zagrażające życiu: bezmocz, ostra lub przewlekła niewydolność nerek, martwica nerek wskutek niedokrwienia. Opisano też przypadek pęknięcia pęcherza moczowego na skutek blokady zwieracza. (Schwartz, 1981).

Skóra – blada i diaforetyczna, błony śluzowe suche. Uszkodzenia skóry, ropnie, owrzodzenia, cellulitis, martwica. Trudne do opanowania łysienie.

Układ wewnątrzwydzielniczy – zaburzenia czynności tarczycy (o typie nadczynności).

Metabolizm – wzmożona aktywność metaboliczna i mięśniowa może skutkować hiperwentylacją i hipertermią, a także zaburzeniami wagi (utrata wagi podczas przyjmowania leku, potem skłonność do patologicznej znacznej nadwagi).

Płyny/elektrolity – zaburzenia poziomu potasu oraz odwodnienie (często).

Układ mięśniowo-szkieletowy – drżenie mięśni, sztywność i rhabdomyolysis (rozpad mięśni poprzecznie prążkowanych) są ważnymi objawami zatrucia. Rozpad mięśni poprzecznie prążkowanych prowadzi do hemoglobinurii i zagrażającej życiu niewydolności nerek. (Kendrick et al., 1977).

Psychika – typowe objawy to: wzburzenie, splątanie, podwyższenie nastroju, czujność, gadatliwość, drażliwość i ataki paniki. Przewlekłe nadużycie prowadzi do złudzeń i paranoi. W przypadkach długotrwałego stosowania po nagłym odstawieniu środka pojawia się zespół wycofania.

Zespół wycofania charakteryzuje się apatią, depresją, letargiem, niepokojem i zaburzeniami snu. Towarzyszą bóle mięśni, bóle brzucha, żarłoczność. Głęboka depresja może prowadzić do myśli samobójczych.

Charakterystyczna jest ogromna osobnicza zmienność prądu terapeutycznego i toksycznego:

podczas gdy u jednych objawy zatrucia występują przy 3000 µg/L., u innych wystarczy 20 µg/L.

Wpływ na płód

W tym zakresie nie przeprowadzono dokładnych badań, wiadomo jedynie, że u dziecka może wystąpić zespół objawów wycofania.

Przy nadużyciu ryzyko powikłań ze strony dziecka jest duże i obejmuje: opóźnienie wzrostu wewnątrzmacicznego, wcześniactwo, zwiększoną podatność na choroby zarówno u dziecka, jak i matki. Uszkodzenia mózgu u noworodków in utero wydają się być bezpośrednio związane z obkurczającymi naczynia właściwościami tego środka. Badania przeprowadzone przez Erickssona et al. (1989) wykazały też skłonność do występowania u dzieci tych matek zachowań agresywnych.

Zastosowanie

Wskazania

Narkoleptyczny i hiperkinetyczny stan u dzieci (jako środek wspomagający właściwe leczenie, tj. metody psychologiczne, edukacyjne i społeczne)

Niewłaściwe użycia

Zwiększenie możliwości osiągnięcia sukcesów.

Usuwanie odczucia zmęczenia.

Nadużycia:

Nadużywanie tego środka jest skrajnie powszechne.

(Dollery, 1991; Reynolds, 1996)

Przeciwwskazania

Pacjenci cierpiący na wyraźne stany lękowe, pobudzenie lub napięcie, jak również stany depresyjne, nie powinni przyjmować tego leku, gdyż może on nasilić powyższe objawy. Ponadto przeciwwskazaniem jest anoreksja, bezsenność, psychopatyczne zaburzenia osobowości, zespół Gilles de la Tourette'a, nadczynność tarczycy, jaskra, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, uzależnienia lekowe, alkoholizm.

[Nie stosować u dzieci poniżej 6 lat.]

[Stosowanie metylofenidatu u pacjentów z psychozami może zaostrzać objawy zaburzeń zachowania i myślenia. Preparat należy podawać ostrożnie pacjentom z występującym w wywiadzie uzależnieniem od leków lub alkoholizmem. Przewlekłe nadużywanie może prowadzić do znacznej tolerancji

oraz uzależnienia psychicznego z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania różnego stopnia. Mogą wystąpić prawdziwe epizody psychotyczne, szczególnie podczas nadużywania parenteralnego leku. Podczas przerywania nadużywania leku należy zachować szczególną ostrożność, ponieważ może wystąpić ciężka depresja. Odstawienie leku po jego długotrwałym przyjmowaniu może ujawnić objawy ukrytej choroby, co może wymagać późniejszej obserwacji.

Należy zachować ostrożność u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. U pacjentów przyjmujących metylfenidat należy je okresowo kontrolować, zwłaszcza. Preparat powoduje zwiększenie częstości akcji serca oraz indukuje wzrost skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi. Dlatego też należy zachować ostrożność podczas stosowania preparatu u pacjentów, u których wzrost powyższych parametrów mógłby pogorszyć przebieg występujących schorzeń. Podczas długotrwałego leczenia zaleca się badania hematologiczne (pełna morfologia krwi, rozmaz i oznaczenie liczby płytek krwi).

Ciąża i laktacja:

Stosowanie podczas ciąży jest przeciwwskazane. Kobiety w okresie rozrodczym (po pierwszej miesiączce) powinny stosować skuteczną antykoncepcję w trakcie przyjmowania preparatu. Matki karmiące piersią nie powinny przyjmować metylfenidatu.]

Lek ten wchodzi też w niebezpieczne reakcje krzyżowe z wieloma innymi środkami.

OSTRE ZATRUCIE

Charakterystyczna jest triada objawów: Hiperaktywność, Hiperpyreksja i Hipertensja. Głównymi narządami docelowymi są: CUN, układ sercowo-naczyniowy i mięśniowy.

Pobudzenie, splątanie, bóle głowy, majaczenie i urojenia, po których następuje śpiączka, krwotok wewnątrzmożgowy i śmierć.

Bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, częstoskurcz, zaburzenia rytmu przedsionkowe i komorowe, zawał serca.

Przykurcz mięśni, bruxizm (zgrzytanie zębami), szczękocisk, drżenia pęczkowe, rabdomioliza prowadząca do niewydolności nerek; uderzenia gorąca, poty, hipertermia, mogąca powodować rozsianą wewnątrznaczyniową zakrzepicę zagrażającą zatorem.

(Brust, 1993; Derlet et al., 1989)

PRZEWLEKŁE ZATRUCIE

Ryzyko stosowania tego środka zwiększa fakt, że bardzo szybko rozwija się tolerancja w zakresie jego pobudzającego wpływu na OUN (szybciej u dzieci niż u dorosłych). Powoduje to konieczność ciągłego podwyższania dawki w celu uzyskania pożądanego efektu. Następstwem jest niezwykle rozpowszechnione nadużywanie tego środka.

Psychika. Nawykowe lub przewlekłe nadużywanie skutkuje rozwojem psychozy aż do stopnia paranoi, przejawiającej się urojeniami i złudzeniami ze strony wszystkich zmysłów (w odróżnieniu od typowych dla schizofrenii złudzeń słuchowych). Pod wpływem złudzeń pacjent może przejawiać gwałtowne zachowania, agresję wobec innych i/lub siebie (prowadzącą niekiedy do zabójstwa lub samobójstwa). Powszechna jest dyskineza, zachowania kompulsywne i zaburzenia działania. Pacjent jest pełen niepokoju i podejrzeń, pobudzony ruchowo i gadtliwy.

Rozwój. Zwolnienie rozwoju, zwłaszcza w zakresie wagi i wzrostu.

Narządy. Organicznemu uszkodzeniu ulegają narządy wewnętrzne: mózg, serce, wątroba, nerki, naczynia.

Przyczyną śmierci może być: krwotok do mózgu, ostra niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca, rabdomioliza, hiperkaliemia i niewydolność nerek, a także gwałtowne zaburzenia psychiczne prowadzące do samobójstwa lub utraty życia np. w bójce. (Kalant & Kalant, 1975).

Długotrwałe następstwa po odstawieniu leku, patrz niżej.

REFERENCES

- Bashour TT (1994) Acute myocardial infarction resulting from amphetamine abuse: a spasm-thrombus interplay? *Am Heart J*, 128: 1237-1239.
- Beyer K., Bickel JT & Butt JH (1991) Ischemic colitis associated with dextroamphetamine use. *J Clin Gastroenterol*, 13: 198-201.
- Birkhahn HJ & Heifetz M (1973) Accidental intra-arterial injection of amphetamine: an unusual hazard of drug addiction. *Brit. J Anaesthesia*, 45: 761-763.
- Briggs GG, Samson JH & Crawford DJ (1975) Lack of abnormalities in a newborn exposed to amphetamine during gestation. *Am J Dis Child*, 129: 249-250.
- Briggs G, Freeman J & Yaffe S (1990) *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk*, ed 3. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Brust JCM (1993) *Neurological aspects of substance abuse*. Stoneham, Butterworth-Heinemann.
- Budavari S ed. (1996) *The Merck Index: an encyclopedia of chemical, drugs, and biological*, 12th ed. Rahway, New Jersey, Merck and Co., Inc.

- Call TD, Hartneck J, Dickinson WW, Hartman CW & Bartel AG (1982)
- Acute cardiomyopathy secondary to amphetamine abuse. *Ann Int Med*, 97: 559-560.
- Carson P, Oldroyd K & Phadkale K (1987) Myocardial infarction due to amphetamine. *Brit Med J*, 294: 1525-1526.
- Derlet RW, Price P, Horowitz BZ & Lord RV (1989) Amphetamine toxicity: experience with 127 cases. *J Emerg Med*, 7: 157-161.
- Dollery CT (1991) Therapeutic drugs. Edinburgh Churchill, Livingstone.
- Ellenhorn, M.J. (1997) *Ellenhorn's Medical Toxicology*, 2nd edition. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Eriksson M, Billing L, Steneroth G & Zetterstrom R (1989) Health and development of 8-year-old children whose mothers abused amphetamine during pregnancy. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 78: 944-949.
- Espelin DE, Done AK (1968) Amphetamine poisoning. Effectiveness of chlorpromazine. *New Eng J Med*, 278:1361-1365.
- Flaum M & Schultz SK (1996) When does amphetamine-induced psychosis become schizophrenia? *Am J Psych*, 153: 812-815.
- Ginsberg MD, Hertzman M & Schmidt-Nowara WW (1970) Amphetamine intoxication with coagulopathy, hyperthermia and reversible renal failure. A syndrome resembling heatstroke. *Ann Intern Med*, 73: 81-85.
- Hall RCW, Popkin MK, Beresford TP & Hall AK (1988) Amphetamine psychosis: clinical presentation and differential diagnosis. *Psychiatric Med*, 6: 73-79.
- Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW & Goodman Gilman A (1996) *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*, 9th ed. New York, McGraw Hill.
- Hart JB & Wallace J (1975) The adverse effects of amphetamines. *Clin Toxicol*, 8: 179-190.
- Henry JA, Jeffreys KS & Dawling S (1992) Toxicity and deaths from 3,4-methylenedioxymetamphetamine ("ecstasy"). *Lancet*, 340: 384-387.
- Johnson J & Milner G (1966) Psychiatric complications of amphetamine abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42: 252-263.
- Kalant H & Kalant OJ (1975) Death in amphetamine users: causes and rates. *Canad Med Assoc J*, 112: 299-304.
- Kaku DA & Lowenstein DH (1990) Emergence of recreational drug abuse as a major risk factor for stroke in young adults. *Ann Int Med*, 113: 821-827.
- Kendrick WC, Hull AR & Knochel JP (1977) Rhabdomyolysis and shock after intravenous amphetamine administration. *Ann Int Med*, 86: 381-387.
- Klawans HL (1968) Chlorpromazine vs. amphetamine. *New Engl J Med*, 279:329.
- Kramer JC, Fischman VS & Littlefield DC (1967) Amphetamine abuse. Pattern and effects of high doses taken intravenously. *JAMA*, 201: 305-304.
- Mattson RH & Calverly JR (1968) Dextroamphetamine-sulphate-induced dyskinesias. *JAMA*, 204: 400-402.
- Morley JE, Schafer RB, Elson MK, Slag MF, Raleigh MJ, Brammer L, Yuwiler A & Herschman JM (1980) Amphetamine-induced hyperthyroxinemia. *Ann Int Med*, 93: 707-709.
- Packe GE, Garton MJ & Jennings K (1990) Acute myocardial infarction caused by intravenous amphetamine abuse. *Brit Med J*, 64: 23-24.
- Reynolds JEF (1996) *Martindale; The extra pharmacopoeia*, 31st ed. London, Pharmaceutical Press.
- Schwartz DT (1981) Idiopathic rupture of the bladder. *J Urol*, 125: 602.
- Selmi F, Davies KG, Sharma RR & Neal JW (1995) Intracerebral haemorrhage due to amphetamine abuse; report of two cases with underlying arteriovenous malformation. *Brit J Neurosurg*, 9: 93-96.
- Soong WJ, Hwang BT, Tsai WJ & Deng JF (1991) [Amphetamine poisoning in infants: report of 2 cases]. *Chung-Hua-I-Hsueh-Tsa-Chih*, 48: 228-231.
- Stockley IH (1994) *Drug interactions*, 3rd ed. Oxford, Blackwell Science.
- Tuma TA (1993) Depressive stupor following amphetamine withdrawal. *Brit J Hosp Med*, 49: 361-363.

DLUGOTRWAŁE NASTĘPSTWA PO Odstawieniu METYLFENIDATU

Na wstępie należy zaznaczyć, że prowadzenie jakichkolwiek poważnych badań wymaga ogromnych nakładów czasu i pieniędzy. Rynek badań nad lekami jest niemal w 100% kontrolowany przez koncerny farmaceutyczne. Gra idzie o naprawdę wielkie sumy. W samym USA pacjenci kupili w ciągu roku leki o wartości 216 mld dolarów – to jedna trzecia wszystkich wydatków Amerykanów na żywność! Z trzech miliardów wypisanych w ub. roku w USA recept, blisko 30 mln to recepty na Ritalin i leki pochodne!¹⁵ Biorąc pod uwagę te wielkie liczby oraz fakt, że me-

tylfenidat jest narkotykiem (Schedule II, ACS), jasne się chyba staje, że koncerny nie są zainteresowane prowadzeniem długofalowych badań nad ritalinizowanymi dziećmi, zadawając się od pół wieku stwierdzeniem: „dane odnośnie (...) długotrwałego użycia Ritalinu nie są kompletne”.

Pieniądze, które można by przeznaczyć na takie badania, koncerny wolą wydać na korumpowanie lekarzy, lobbowanie polityków i machinę promocyjno-reklamową¹⁶. Wydawcom czasopism medycznych grożono nawet procesem, jeśli ujawnią szkodliwe

¹⁵ „Weź pigułkę”, Nauka 29/05

¹⁶ „Weź pigułkę”, Nauka 29/05

działanie testowanych preparatów – mówiła Catherine DeAngelis, wydawca pisma „Journal of The American Medical Association” na konferencji bioetyki w Warszawie kilka lat temu. „Wiele czasopism medycznych stało się tylko przedłużonym ramieniem producentów leków” – powiedział niedawno BBC dr Richard Smith, były szef British Medical Journal.

Możemy tylko wnioskować, że gdyby przyjmowanie metylfenidatu w dzieciństwie miało jakieś pozytywne skutki dla przyszłości lub choćby pozostawało obojętne, firmy nie omieszczałyby przeprowadzić i spopularyzować stosownych badań.

Badań niezależnych jest niewiele i z powodu braku dostatecznych środków finansowych nie docierają one do opinii publicznej (proszę sprawdzić np. na naszych polskich portalach poświęconych ADHD). Należy do nich np. opublikowane w „Psychiatric Research” badanie zatytułowane „Korowy zanik u młodych dorosłych z hiperaktywnością w wywiadzie”, gdzie odnotowano zanik mózgu u ponad połowy z 24 dorosłych leczonych w dzieciństwie psychostymulantami.¹⁷ Inne, to opisane wcześniej badanie University of California, Berkeley¹⁸, dowodzące znacznie większej podatności leczonych metylfenidatem dzieci na uzależniającą moc kokainy i innych narkotyków, oraz badanie American Academy Child Adolescent Psychiatry¹⁹, wykazujące, że dzieci te w przyszłości częściej schodzą na drogę przestępczą.

Wnioski na temat odległych skutków można jednak łatwo wysnuć na podstawie obrazu toksykologicznego i obserwacji społeczeństwa amerykańskiego (10% dzieci narkotyzowanych na receptę, plus niewiadomy odsetek – nielegalnie).

Jak podaje Fukuyama w książce „Our Posthuman Future”, leki psychotropowe kreują androgyniczną osobowość pośrednią, zadowoloną z siebie i uległą (kobiety bardzo pewne siebie, mężczyźni mniej agresywni).

„W społeczeństwie, w którym nie ma agresji, nie ma też sympatii, męstwa, współczucia, heroizmu, siły charakteru. Będą to ostatni ludzie bez celów i pragnień, bez owego pierwiastka thymos. (...)”

Ludzie »na prochach« są funkcjonalni dla systemu: wystarczy raz się do nich zalogować. A wtedy można już kontrolować nie tylko to, co czynimy, ale i co myślimy.”

Dodajmy do tego niski wzrost i patologiczną otyłość, a uzyskamy typowy wizerunek coraz częściej spotykany w społeczeństwie amerykańskim.

Na poziomie fizycznym patologia będzie odzwierciedleniem toksycznego wpływu na narządy wewnętrzne – mózg, serce, wątrobę, nerki, naczynia. Na pierwszym miejscu można się spodziewać dolegliwości sercowych, takich jak: kardiomiopatia, niewydolność wieńcowa, arytmia.

Widzimy tu wyraźne powiązanie z diagnostyką TCM (Tradycyjnej Medycyny Chińskiej). Z jej punktu widzenia metylfenidat uszkadza dwa najważniejsze, najcenniejsze i wzajemnie powiązane narządy: serce i mózg.

W TCM zaburzenia psychiczne, a nawet codzienne nerwice, są przypisywane zaburzeniom sercowej Qi. Niszczący emocjonalną stronę natury metylfenidat trafia więc prosto w serce. Serce wg Chińczyków, otwiera się poprzez *język*, tak więc serce zarządza mową (wyjaśnia to występowanie wśród objawów zatrucia metylfenidatem np. symptomów zespołu Tourette’a).

Niedobór Qi serca prowadzi m.in. do spłycenia oddechu, kołatania serca, nocnych potów, wyczerpania, zaburzeń rytmu i zziębnięcia. Zastój Qi w sercu (do którego dochodzi w przypadku zablokowania jej przepływu) skutkuje jękiem się, histerią, gorczyzą w ustach, bezsennością i przyspieszeniem tętna.

Całą tę dramatyczną zbrodnię przewidział i opisał Andersen(!), cierpiący podobno na ADHD, na szczęście jednak dla niego i pokoleń wielbicieli jego twórczości, w tamych czasach nie wynaleziono jeszcze ani tego leku, ani tej choroby.

W bajce o Królowej Śniegu pisze on o chłopcu, który został ugodzony w serce odłamkiem diabelskiego lustra. Ten cios pozbawił go całej emocjonalności i wrażliwości zmieniając w pozbawionego uczuć robota, który całymi dniami siedzi grzecznie w bezruchu rozwiązując zagadki logiczne.

¹⁷ Psychiatric Research, 1986: 245

¹⁸ News release, 5/5/99

¹⁹ J. Am. Acad. Child. Adol. Psych., 1987; 26,1: 56-64

NIEWIEDZA I ZAWIEDZIONE ZAUFANIE

Moje własne uczucie jest takie, że ludzie, którzy powiedzieli Ci, że Ritalin jest „bardzo bezpieczny”, albo nie umieją czytać, albo są zbyt leniwi, aby poczytać na temat bezpieczeństwa produktu, który polecają z takim entuzjazmem.

Lata doświadczenia sprawiają, że nie jestem w najmniejszym stopniu zaskoczony bezdenną głupotą pracowników opieki społecznej. Jednakże znacznie bardziej zaskakuje mnie niewiedza, ignorancja i brak poczucia odpowiedzialności nauczycieli.

Z jednej strony, wg DSM IV²⁰, żeby stwierdzić ADHD, trzeba obserwować dziecko w ciągu co najmniej 5 godzinnych spotkań, a także w różnych sytuacjach życiowych, tzn. w domu, szkole, w czasie zabawy, a decyzję o podaniu psychotropu należy poprzedzić wypróbowaniem wszelkich innych możliwych praktyk oraz szczegółowymi testami klinicznymi. Z drugiej strony, w praktyce dano lek do ręki pediatrom mającym na jednego pacjenta nie więcej niż 15 min.

Kiedy zespół badaczy United Nations International Narcotics Control Board (Międzynarodowa Organizacja ds. Kontroli Narkotyków) przeanalizował ordynacje prawie 400 pediatrów, którzy przepisywali Ritalin, stwierdzono, że u połowy dzieci zdiagnozowanych jako MBD (albo ADD lub ADHD) nie zostały przeprowadzone żadne testy psychologiczne ani zalecane obserwacje. Organizacja Narodów Zjednoczonych konkluduje, że sfrustrowani rodzice, nauczyciele i lekarze zbyt pochopnie etykietują dzieci z problemami zachowania (albo, dokładniej mówiąc, dzieci, których zachowanie drażni rodziców, nauczycieli i lekarzy) jako ADHD.

Mniej niż entuzjastyczny

Jestem mniej niż entuzjastyczny wobec tego leku. Z mojego punktu widzenia, świat byłby zdrowszym miejscem, gdyby całe zapasy tego nieszczęsnego środka zostałyby bezpiecznie opakowane i zakopane w gruzowisku po centrali firmy produkującej tę przekłętą rzecz.

Jak się domyślasz, nie przepiszę Ritalinu nikomu, na żadną chorobę.

Jednak inni lekarze wyraźnie się z mną nie zgadzają. Jacyś obserwatorzy opisali Ritalin jako lek, który może otworzyć potencjał dziecka. I, chociaż szacunki co do liczby dzieci biorących Ritalin w USA się wahają, to twierdzi się, że aż 12% wszystkich amerykańskich chłopców między 6. a 14. rokiem życia bierze legalnie Ritalin na różne nieakceptowane zachowania. (...) Nie jest dziś czymś niezwykłym podawanie dzieciom w szkole Ritalinu bez zgody rodziców.

Warto pamiętać, że – chociaż lekarze, rodzice i nauczyciele od półwiecza entuzjastycznie polecają użycie Ritalinu (i podobnych środków) w leczeniu MBD – wciąż pozostaje kilka pytań bez odpowiedzi.

Nadal nie wiemy, czy lek działa, nie wiemy też, czy powoduje jakieś długotrwałe uszkodzenia. Nie wiemy, czy korzyści wynikające z jego zastosowania są większe niż ogromna lista choćby tylko tych udowodnionych skutków ubocznych, I, co być może najbardziej zadziwiające ze wszystkiego, wbrew faktowi, że miliony dzieci zostały zdiagnozowane jako cierpiące na ADHD, ADD albo MBD i potraktowane potężnymi lekami, nie wiemy nawet, czy w ogóle te jednostki chorobowe istnieją, czy też zaburzenia zachowania są wynikiem konstytucji (dzieci z natury żywe i rozproszone), złego wychowania, czy rzeczywistych, wymagających leczenia chorób wewnętrznych. U dzieci dłużej biorących Ritalin przyczyną może też być sam lek (np. występujące w pierwszej klasie problemy adaptacyjne mogły ustąpić, alergia mogła zostać wyleczona, ale zaburzenia zachowania mogą być nadal stymulowane przez lek).

W roku 1970 Committee on Government Operations of the US House of Representatives analizował użycie leków modyfikujących zachowanie u dzieci. W przeszłości zgodzono się uznać nadaktywność za chorobę dla komfortu i wygody pracujących w szkołach nauczycieli i administratorów, ponieważ utrudniała ona funkcjonowanie tych placówek.

Jedynym, co się od tamtego czasu zmieniało, jest to, że popularność Ritalinu rosła i rosła nieubłaganie.

Przepisywanie Ritalinu jest, według mnie, upoważnionym nadużyciem dziecka w ogromnej, globalnej skali. Ale, co oczywiste, przepisywanie potężnych, zmieniających umysł leków małym dzieciom, to ogromny interes.

²⁰ Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego obowiązująca teoretycznie także w Polsce.

W Stanach Zjednoczonych użycie antydepresantów i stymulantów u maluchów pomiędzy 2. a 4. rokiem życia potrojiło się między rokiem 1991 a 1995. Okres pomiędzy narodzinami a 4. rokiem życia to czas wielkich zmian w ludzkim organizmie. Co najważniejsze, jest to okres intensywnego dojrzewania mózgu. Bóg jeden wie, jaki wpływ może mieć ten lek na młody delikatny mózg.

Ritalin jest teraz powszechnie przepisywany maluchom, podobnie jak wiele innych antydepresantów, stymulantów i innych bardzo silnych leków. Zapamiętaj: typowe symptomy tej domniemanej choroby zawierają „pobudzenie ruchowe i nieuwagę”.

Mówimy tutaj o dzieciach, które dorastają i potrzebują psychicznie zdrowej, oddanej rodziny, do-

brego odżywienia i ruchu. To, co dostają w zamian, to: brak rodziców, gry komputerowe i kompletny pakiet chemii skierowanej prosto w mózg.

Jestem zachwycony tym, że moje protesty i skargi na te absurdalne i nieprzyzwoite nawyki przepisywania leków poruszyły lawinę zawziętych skarg lekarzy. (...)

*Powyższy tekst pochodzi ze strony
www.ritalindeath.com*