

JAK POWSTAJĄ MITY

*List otwarty do autora artykułu opublikowanego w „Pulsie medycyny”
pod znamionnym tytułem: „ADHD, bez leków się nie uda”*

Artykuł opublikowany w numerze: 5 (148) Pulsu Medycyny

Oraz w Internecie na stronie: www.pulsmedycyny.com.pl: 2007-03-07

Autor wypowiedzi: **prof. Shmouel Tyano**, ekspert Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, dyrektor szpitala psychiatrycznego Geha w Petah Tiqva w Izraelu, autor 180 publikacji, w tym podręcznika na temat zespołu ADHD:

Szanowny Panie Profesorze!

W nawiązaniu do Pańskiej wypowiedzi opublikowanej na łamach Pulsu Medycyny (5/2007) zwracam się z uprzejmą prośbą o podanie wiarygodnych źródeł naukowych, które potwierdziłyby prawdziwość następujących, zawartych w Pana artykule stwierdzeń:

(1) „ADHD, bez leków się nie uda”

Wg ogólnodostępnych źródeł skuteczność leczenia nefarmakologicznego sięga w zależności od zastosowanej metody 45-95%, na czym więc opiera Pan swój sąd? ¹

(2) „Częstość występowania ADHD jest podobna we wszystkich kulturach”

ADHD określa się dziś mianem epidemii XXI wieku i z pewnością słusznie, biorąc pod uwagę fakt, że w połowie ub. stulecia chorobę tę rozpo-

znawano w sporadycznych przypadkach, dziś mówi się natomiast o 5, 10, a wg. niektórych źródeł nawet 20% populacji. Oczywiście, jak każda epidemia i ta nie wybuchła nagle, jednocześnie na całym globie, lecz gdzieś miała swe ognisko pierwotne. Gdzie? Oczywiście w Stanach Zjednoczonych. To tam postawiono pierwsze rozpoznanie i tam sformułowano kryteria diagnostyczne. To stamtąd choroba wyruszyła na podbój świata, wcale niejednakowo atakując wszystkie populacje.

Czy studiując dane statystyczne nie odnosi Pan wrażenia, że rozprzestrzenianie się tej epidemii najściślej pokrywa się z rozprzestrzenianiem, tj. zdobywaniem nowych rynków przez zalecane na tę chorobę leki psychotropowe? I tak krajem, który przewyższa w częstości zachorowań każdy inny na świecie jest USA; właśnie tam rozpoczęła się epidemia, i tam do dziś konsumuje się 85% światowej produkcji „psychotropów na ADHD”. W okresie pomiędzy rokiem 1975 a 2006 liczba zachorowań w USA wzrosła 6-ciokrotnie! I to pomimo intensywnego leczenia farmakologicznego.

Z danych statystycznych wynika, że już w samej Ameryce obserwuje się ogromne różnice w stopniu zaatakowania poszczególnych subpopulacji; i tak, dzieci kolorowe padają ofiarą ADHD 10 razy częściej niż dzieci białe! Równocześnie dzieci kolorowe żyjące w swoich rodzinnych krajach nie mają z tym problemu do czasu aż na ich terytorium nie pojawią się biali. Z kolei społeczność Amiszków jest wolna od tej choroby, ale nie dzieci adoptowane przez Amiszków spoza społeczności.²

¹ Np. wg danych zawartych na oficjalnej stronie *Polskiego Towarzystwa ADHD* biofeedback jest skuteczny w 85-95% przypadków, terapia ta jest nawet częściowo refundowana przez NFOZ. Inne przykładowe doniesienie, to przeprowadzone przez *University of Berne, Switzerland* oraz *Spezialarzt FMH für Kinder und Jugendliche, FA Homöopathie SVHA, Laupen, Switzerland* „Porównanie skuteczności homeopatii i metylfenidatu w leczeniu ADHD”, podczas którego więcej dzieci uzyskało poprawę po zastosowaniu homeopatii (75%), niż po leczeniu psychotropowym (65%). Inne badanie dowodzące wyższej skuteczności terapii PCIT (Parent-Child Interaction Therapy – terapia rodzin, dosłownie „terapia interakcji rodzic – dziecko”), opublikowano w *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Volume 22, Issue 1 March 1993, pages 42 – 51*, autorzy badania: Toni Hembree Eisenstadt; Sheila Eyberg; Cheryl Bodiford McNeil; Katharine Newcomb; Beverly Funderburk.

To są tylko przykłady spośród licznych badań dowodzących istnienia możliwości wyleczenia dziecka z ADHD bez pomocy leków psychotropowych.

² W społecznościach, w których kultywuje się tradycyjny model rodziny zaburzenia zachowania typu autyzm czy ADHD są niespotykane. Dowodzą tego np. badania przeprowadzone na grupie 800 Amiszków,

Jeśli chodzi o inne kraje, to np. w Polsce lawinowy wzrost zachorowań rozpoczął się po usunięciu „żelaznej kurtyny”, dzięki któremu z jednej strony zaczęły masowo napływać wzorce i produkty stymulujące u dzieci nadpobudliwość, z drugiej – swobodnie mogli działać przedstawiciele firm przygotowujący rynek na wprowadzenie pierwszego psychotropu. Jak grzyby po deszczu zaczęły powstawać fora internetowe, portale informacyjne, Towarzystwa Przyjaciół itp. Kiedy w 2005 roku zarejestrowano pierwszy lek, ADHD było już u nas poważnym problemem.

W UE każdego roku liczba zachorowań się podwaja. Ten wzrost zachorowalności nie dotyczy jednak krajów, w których leki na ADHD nie są dopuszczone do obrotu.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w krajach uprzemysłowionych co najmniej co piąte dziecko cierpi na zaburzenia psychiczne, najczęściej na depresje i stany lękowe. Z drugiej strony społeczności, które po pierwsze żyją zgodnie z naturą, po drugie są ze względów kulturowych zamknięte na dobrodziejstwa psychofarmakologii, w tajemniczy sposób omija zarówno ADHD, jak i autyzm, czy depresja.

(3) „To jedna najłatwiej dziedziczonych chorób diagnozowanych w psychiatrii dziecięcej.”

Jednak, wg powszechnie dostępnych źródeł, nie tylko nie jest ona najłatwiej dziedziczona, ale wręcz w ogóle nie udało się wykazać jej dziedzicznego charakteru. Istnieje bowiem zasadnicza różnica pomiędzy sformułowaniem „uwarunkowana genetycznie”, a stwierdzeniem „dziedziczna. Wg prelegentów Konferencji Naukowej „Zrozumieć Dziecko z ADHD” – Gdańsk 18, 19 listopada 2006:

„Wieloletnie badania nad bliźniętami wykazują, że ADHD jest uwarunkowane genetycznie, bowiem często występuje rodzinnie. Jednak nie znaczy to, iż ADHD jest dziedziczne, raczej wpływają na nie wczesne wpływy środowiska, już od okresu prenatalnego i wczesnoniemowlęcego.”

Tak więc geny warunkują jedynie istnienie podatności na ten typ reagowania. (Twierdzenie, że ta czy inna choroba jest uwarunkowana genetycznie, zwłaszcza, jak ADHD, wielogenowo, wydaje się odkrywaniem oczywistych oczywistości i robieniem wideł z igły w celu wywołania na nieorientowanym w temacie czytelniku większe-

go wrażenia. Przecież każda choroba jest powiązana z układem genetycznym – wiadomo, że geny warunkują naszą konstytucję, a tym samym i sposób reagowania oraz słabe punkty. Jeden pod wpływem stresu zachoruje na astmę, inny na wrzody a jeszcze inny się powiesi, oto cała tajemnica dziedziczenia tzw. wielogenowego. Brzmi ono bardzo naukowo, w rzeczywistości to nic innego jak konstytucja. Np. rak piersi może być dziedziczny (np. BOC, HBOC³) i niedziedziczny, ale zawsze jest genetycznie uwarunkowany (w pierwszym przypadku najczęściej jednogennie i chodzi zwykle o mutację, czyli defekt prawidłowego genu, w drugim – wielogenowo, i chodzi zwykle o pewien układ, czy zestaw genów).

(4) „Pierwszy opis kliniczny zespołu ADHD powstał w 1902 roku.”

Jak to możliwe skoro nazwę ADHD sformułowano dopiero w 1987 roku?⁴

Początek historii tej choroby zbiega się raczej z narodzinami mającego leczyć ją leku – metylfenidatu bliskiego krewnego amfetaminy. Oczywiście nadpobudliwe dzieci istniały już w starożytności, jednakże aż do czasów wprowadzenia do powszechnego obrotu syntetycznych narkotyków, problem ten stanowił zjawisko całkowicie marginalne. To triumfalny pochod kokainy, a potem jej następców, w tym amfetaminy, doprowadził do rozwoju gałęzi medycyny zwanej psychofarmakologią. Czy nie zastanawiająca jest dziwna zbieżność dat:

1956 – delegalizacja amfetaminy

1960 – wprowadzenie do legalnego obrotu pochodnej amfetaminy – metylfenidatu

1966 – ustalenie w drodze *głosowania (!)* kryteriów diagnostycznych nowej choroby zwanej wówczas MDB.

Na przestrzeni następnych lat zmieniały się zarówno kryteria, jak i nazwa, aż w końcu w 1987 r. ustalono obowiązującą do dziś nazwę ADHD wraz z kryteriami DSM-IV.⁵

³ Dziedziczny rak piersi i jajnika (zespół raka sutka i jajnika, zespół sutek-jajnik, ang. (hereditary) breast-ovarian cancer, BOC, HBOC) – heterogenna etiologicznie i klinicznie grupa zespołów predyspozycji do nowotworów sutka i (lub) jajnika. Do najczęstszych przyczyn dziedzicznych raków tych narządów należą mutacje w genach *BRCA1* i *BRCA2*.

⁴ Np. www.en.wikipedia.org, lub www.eizinearticles.com

⁵ www.eizinearticles.com

przez profesora pediatrii (Indiana University) Michaela Ruffa (Clinical Pediatrics Data)

A swoją drogą zastanawiam się, dlaczego podmiotom promującym farmakoterapię ADHD psychotropami tak bardzo zależy na przesunięciu momentu odkrycia tej choroby w mroki przeszłości. Spotkałam się nawet gdzieś ze wzmianką, że to Hipokrates jako pierwszy rozpoznał i opisał tę jednostkę.

(6) „Już w 1937 roku podjęto próby leczenia tego schorzenia benzedryną.”

Jakie próby leczenia ma Pan na myśli i dlaczego używa Pan nic nie mówiącej laikom nazwy handlowej „benzedryna”? Mam nadzieję, że nie chciał Pan zataić przed czytelnikiem, że w genealogii leków na ADHD występuje amfetamina (benzedryna to ówczesna nazwa handlowa amfetaminy)? A co do prób leczenia, to zapewne chodzi Panu o prowadzone w latach 1930 – 1950 przez dr. Charlesa Bradleya **doświadczenia z amfetaminą na dzieciach (!) hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym Emma Pendleton Bradley Home**. Niemożliwe? Niestety możliwe. Fakt ten jest dokładnie udokumentowany w *American Journal of Psychiatry*⁶, ale próżno by szukać informacji o tym na stronach portali poświęconych terapii ADHD.

Poruszając temat doświadczeń dr. Bradleya wkraczamy w ten fragment historii „leków na ADHD”, który ich twórcy i promotorzy najchętniej wymazaliby z historii, a to dlatego, że doświadczenia te stanowią *pomost łączący amfetaminę i metylfenidat*. To właśnie dr Bradley jako pierwszy zaobserwował bardzo korzystny wpływ amfetaminy na złe zachowanie u dzieci.

On jako pierwszy wpadł na pomysł, by podawać psychotropy niegrzecznym dzieciom. Uważany jest zresztą za ojca psychiatrii dziecięcej.

(5) „W 1955 roku w ADHD zaczęto stosować litalin – lek z grupy psychostymulantów. Litalin w konwencjonalnej postaci działał przez cztery godziny, toteż w następnej generacji opracowano lek o przedłużonym działaniu. W nowej postaci Litalin mógł działać przez 12 godzin. Niezależnie od tych kwestii, nadal borykaliśmy się ze skutkami niepożądanymi terapii psychostymulantami.”

Nie spotkałam się z literaturą na temat stosowania środka o tej nazwie. Ale jestem wdzięczna, że otwarcie przyznał Pan przynajmniej, że psychostymulanty są do tego stopnia szkodliwe, iż

trzeba było poszukiwać nowych leków. Natomiast nasuwa się niestety retoryczne pytanie: skoro są tak niebezpieczne i skoro mamy inne, jak Pan sugeruje, pozbawione tych niebezpiecznych wpływów leki, to dlaczego psychostymulanty nie zostały do tej pory wycofane, a wręcz przeciwnie, ich sprzedaż lawinowo rośnie?

(6) „Dziś mamy kolejny przełomowy w leczeniu tego zaburzenia lek – atomoksetynę. Ten selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny ma korzystną charakterystykę: ulega szybkiemu i całkowitemu wchłonięciu z przewodu pokarmowego i, co ważniejsze, nie jest to psychostymulant...”

Ponieważ Pańska wypowiedź jest swobodnie dostępna w internecie, co znaczy że jest zapewne kierowana do szerokiego grona odbiorców, także laików, którzy niekoniecznie wiedzą, co to jest noradrenalina, sumienie podpowiada mi, iż warto by było dodać, że lek ten jest także psychotropem, czy, jak kto woli, psychomodulatorem, i to w dodatku jednym z niebezpieczniejszych, stwarzającym m.in. ryzyko depresji samobójczej, o czym ostrzega nawet sam producent na swojej własnej stronie. Za chwilę zresztą do tego wrócimy.

(7) To jedyny na świecie lek niestymulujący wskazany w leczeniu ADHD.

I to nie wydaje się być prawdą, bo w leczeniu ADHD zaleca się też inne środki, jak np. Lamictal, czy inne leki przeciwpadaczkowe, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (imipramina – preparat Imipramin, klomipramina – preparaty: AnafranilR, AnafranilRSR, Hydiphen, dezimipramina – preparat Petylyl); alfa-mimetyki (klonidyna – preparat Iporel), które w żadnym wypadku nie są stymulantami, co wcale nie jest gwarancją (jak zdaje się sugerować autor), że nie są one toksyczne. Są i to bardzo, podobnie jak cała psychofarmakologia.

(8) ADHD to schorzenie organiczne, stosowanie leków, moim zdaniem, jest konieczne.

Chciałabym się dowiedzieć na podstawie jakich badań twierdzi pan, że ADHD jest chorobą organiczną. Wg dostępnych źródeł⁷ właśnie nie udało się dowieść żadnych organicznych uszkodzeń w mózgach dzieci ADHD, najwyżej te spowodowane leczeniem psychotropami.

⁶ American Journal of Psychiatry 94:577-585, November 1937 doi: 10.1176/appi.ajp.94.3.577, © 1937 American Psychiatric Association

⁷ (Study's failure to report on the crucial comparison between unmedicated and medicated ADHD subjects).©2004 The Institute of Mind and Behavior, Inc.The Journal of Mind and Behavior Spring 2004, Volume 25, Number 2, ss. 161-166).

Aby rozwiązać wszelkie wątpliwości, polecam rozważenie uwag Jamesa M. Swansona, Ph.D., badacza ADHD i członka Profesjonalnej Komisji Doradczej CHADD, wygłoszonych 5-8 marca 1998 na spotkaniu American Society for Adolescent Psychiatry:

„Chciałbym mieć obiektywną diagnozę dla zaburzenia (ADHD). Obecna diagnoza psychiatryczna jest zupełnie subiektywna... Chcielibyśmy mieć biologiczne testy, lecz na dziś możemy tylko o nich pomarzyć.”

Lawrence Diller, MD, z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco, tak charakteryzuje badania nad ADHD: *„Powód, dla którego nie mogliście otrzymać artykułu albo opracowania przedstawiającego jasne i potwierdzające dowody na istnienie wyróżniających fizycznych lub chemicznych odchyłeń od normy, jest taki, że nie ma żadnego... Poszukiwanie biologicznego markera*

jest skazane od samego początku na niepowodzenie z powodu dwuznaczności formuły diagnostycznej ADHD zdefiniowanej przez DSM. Wysyłki, by odkryć marker (anormalność), mogą porównać do szukania Świętego Graala.” (cytaty pochodzą ze strony National Alliance Against Mandated Mental Health Screening & Psychiatric Drugging of Children (www.ritalindeath.com))

(9) „Ten selektywny inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny ma korzystną charakterystykę (...) i, co ważniejsze, nie jest to psychostymulant. Skuteczność i tolerancję atomoksetyny potwierdzono w licznych badaniach klinicznych.”

Jeśli atomoksetyna jest rzeczywiście taka bezpieczna, to dlaczego nawet producent umieścił na swojej stronie (www.strattera.com) następujące ogłoszenie:

Important Safety Information for Strattera® (atomoxetine HCl)

In some children and teens, Strattera increases the risk of suicidal thoughts. A combined analysis of 12 studies of Strattera showed that in children and teens this risk was 0.4% for those taking Strattera compared to none for those taking a sugar pill. A similar analysis in adults treated with Strattera did not reveal an increased risk of suicidal thoughts. **Call your doctor right away if your child has thoughts of suicide or sudden changes in mood or behavior, especially at the beginning of treatment or after a change in dose.**

Powyższe ostrzeżenie mówi o tym, że atomoksetyna zwiększa u dzieci i nastolatków ryzyko śmierci samobójczej. Jest też zalecenie: jeśli twoje dziecko ma myśli samobójcze, skontaktuj się z lekarzem. No tak, problem tylko w tym, że dziecko, które ma myśli samobójcze, najczęściej nie idzie z tym do mamy, lecz po prostu się zabija...

Dalej na tej samej stronie mamy kolejne zalecenia. Z lekarzem należy się też skontaktować, jeśli dziecko ma bóle w klatce piersiowej, skrócenie oddechu czy omdlewanie, gdyż mogą to być sercopochodne objawy zagrożenia życia. Należy też wezwać doktora, gdy pojawią się groźne objawy ze strony wątroby, albo nowe objawy psychiczne (myśli, zachowania), zwłaszcza jeśli w rodzinie ktoś chorował na schizofrenię. Trzeba też dzwonić po lekarza, gdy dziecko płci męskiej ma bolesne przedłużone wzwody trwające ponad 4 godziny! Producent ostrzega także przed możliwymi objawami alergicznymi, zaburzeniami funkcji układu moczowego, pokarmowego oraz wewnętrzwydzielniczego (ryzyko opóźnienia wzrostu u dzieci). Dalej następuje lista niebezpiecznych objawów u dorosłych, które tutaj pominie-

my. Jest też ważna informacja, że atomoksetyna nie była testowana u dzieci poniżej 6. roku życia.

Naprawdę podałby Pan to swojemu dziecku?

Oczywiście informacje zawarte w Pana wypowiedzi jak świeże bułeczki rozeszły się po całym internecie – każdy się chętnie powoła na wybitny profesorski autorytet. Problem w tym, że na podstawie tychże informacji rodzice podejmują decyzje mogące zaważyć na zdrowiu, a nawet życiu ich dzieci. Jeśli więc przypadkowo rozminął się Pan z prawdą, to żywię nadzieję, że dopełni Pan wszelkich starań w celu sprostowania nie tylko w Pulsie Medycyny, ale także na wszystkich innych stronach, które zaczerpnęły informację z Pańskiej wypowiedzi. W końcu dobro dzieci jest przecież najcenniejsze.

Z poważaniem
Anna Sosnowska