

Una critica ad una Dichiarazione Internazionale di consenso sull'ADHD

Perché un gruppo di psichiatri e psicologi hanno prodotto una Dichiarazione Internazionale di consenso che tenta di prevenire un dibattito sui meriti della diffusa diagnosi e trattamento farmacologico del disturbo da carenza di attenzione e iperattività (ADHD)? Se le prove sono già buone, non è necessaria alcuna dichiarazione. Tuttavia la realtà è che rivendicazioni sul fatto che l'ADHD sia davvero un disturbo medico e che le sostanze psicotrope siano senza dubbio correttivi, sono state scosse dalla critica. Non solo. E' del tutto contrario allo spirito e alla pratica della scienza cessare di mettere in discussione la validità dell'ADHD come proposto dalla citata Dichiarazione di Consenso e si delinea una responsabilità etica e morale nel farlo. La storia insegna in continuazione che le idee e le pratiche terapeutiche più amate di una generazione – soprattutto quando applicate ai reietti – sono ripudiate da quella successiva, ma non senza lasciare innumerevoli vittime sulla loro scia. La mancanza di riconoscimento della natura soggettiva delle nostre pratiche psichiatriche lascia un margine ampio all'abuso. Per queste ragioni noi, un altro gruppo di accademici e professionisti, ci sentiamo obbligati a rispondere a questa Dichiarazione.

MERITI DELLA DIAGNOSI DELL'ADHD

Le prove non sostengono la conclusione che l'ADHD identifichi un gruppo di bambini sofferenti di un comune e specifico disturbo neurobiologico. Non sono stati rilevati indicatori cognitivi, metabolici o neurologici dell'ADHD e quindi qualcosa come un esperimento medico per questa diagnosi non ha avuto luogo. Resta un'ovvia incertezza su come determinare questo disturbo, con definizioni varianti negli ultimi 30 anni a seconda di quale sia l'attuale teoria preferita sottostante l'eziologia, e con ogni revisione che produce un numero sempre maggiore di bambini potenzialmente ritenuti ammalati. E' a mala pena sorprendente che studi epidemiologici producano percentuali di diffusione enormemente differenti dallo 0,5% al 26% dei bambini. Nonostante i tentativi di uniformare i criteri, studi culturali incrociati sulle percentuali dei sintomi dell'ADHD mostrano importanti e significative differenze tra le percentuali di diffusione nei diversi paesi, tra quelle dei bambini di differenti culture e persino all'interno delle stesse culture (per esempio, si è mostrato che le percentuali di diagnosi dell'ADHD variano con un fattore del 10% da contea a contea all'interno dello stesso Stato negli U.S.A.) Vi sono alte percentuali di comorbidità tra ADHD e comportamento, ansietà, depressione e altri disturbi, con circa tre quarti dei bambini cui è stata diagnosticato l'ADHD che potevano adempiere anche a criteri di un altro disturbo psichiatrico. Questi alti livelli di comorbidità suggeriscono che il concetto di ADHD è inadeguato a spiegare la realtà clinica. Ricerche sulla neuroimmaginazione sono spesso citate come "prove" di una carenza biologica nelle persone affette da ADHD: tuttavia dopo 25 anni e oltre 30 studi, i ricercatori devono ancora fare un semplice confronto tra i bambini cui è stata diagnosticato l'ADHD ma non medicalizzati e un gruppo di controllo della stessa età. Gli studi hanno mostrato cambiamenti non specifici e incoerenti in alcuni bambini di alcune ricerche. Tuttavia le dimensioni dei campioni sono state ridotte e in nessuno degli studi i cervelli erano considerati clinicamente anormali; e nemmeno è stata dimostrata in modo convincente alcuna specifica anomalia. Con ancora maggiore preoccupazione, ricerche sugli animali suggeriscono che qualunque differenza osservata in queste osservazioni potrebbe ben essere dovuta agli effetti dei medicinali, che la maggior parte dei bambini in queste indagini ha assunto. Anche un rapporto del governo federale degli Stati Uniti sull'ADHD ha concluso che non vi è una prova schiacciante a sostenere la pretesa che l'ADHD sia un disturbo cerebrale biochimico. Osservazioni su eventuali cause

*Campagna sociale nazionale
contro gli abusi nella prescrizione
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

*Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di www.giulemanidaibambini.org
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

ambientali dei comportamenti tipo dell'ADHD sono state largamente ignorate, nonostante crescenti prove sul fatto che fattori psicosociali, quali esposizioni a traumi o abusi, possano causarli. In merito alla pretesa che l'ADHD sia una condizione genetica fortemente ereditabile, l'evidenza è aperta a interpretazione. L'ADHD condivide una genetica comune con disturbi comportamentali e altri comportamenti esteriorizzanti, e quindi se c'è una componente ereditaria non è specifica all'ADHD.

EFFICACIA DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

L'implacabile crescita nella pratica della diagnosi di disturbi psichiatrici infantili e adolescenziali ha anche condotto a un inesorabile aumento del quantitativo di medicinali psicotropi prescritti a bambini e adolescenti. L'ammontare di medicinali psicotropi prescritta ai bambini negli Stati Uniti è aumentato di circa tre volte tra il 1987 e il 1996, con oltre il 6% dei ragazzi di età tra i 6 e i 14 anni che assumono psicostimolanti nel 1996 -numero che è probabilmente di molto superiore ora. E' stato anche registrato un ampio aumento nella prescrizione di psicostimolanti a bambini in età prescolastica (tra i 2 e i 4 anni). Uno studio in Virginia ha rilevato parimenti che in due distretti scolastici, il 17% dei ragazzi bianchi nelle scuole elementari stavano assumendo psicostimolanti. Eppure nella citata Dichiarazione Internazionale di Consenso gli autori credono ancora che meno della metà delle persone affette da ADHD siano sottoposti a trattamento. Molti degli autori della Dichiarazione di Consenso sono ben noti sostenitori dei trattamenti farmacologici per bambini con ADHD ed è notevole che nella Dichiarazione essi non rivelino i loro interessi finanziari e/o legami con le ditte farmaceutiche. Nonostante le rivendicazioni sugli effetti miracolosi degli stimolanti, essi non sono un trattamento specifico per l'ADHD, perché è ben risaputo che hanno effetti simili su bambini altrimenti normali e su altri bambini indipendentemente dalla diagnosi. Una recente meta-analisi di esperimenti sul metilfenidato, controllati a random, hanno evidenziato che gli esperimenti stessi erano di scarsa qualità, con una forte prova di pregiudizio editoriale: gli effetti a breve termine erano irregolari su scale percentuali differenti, gli effetti collaterali erano frequenti e problematici e gli effetti a lungo termine oltre le 4 settimane di trattamento non sono stati dimostrati. Gli autori della Dichiarazione di Consenso rivendicano il fatto che l'ADHD non curato conduce a danni significativi per gli individui che ne soffrono; non solo gli autori alludono a un'associazione statistica con la causa non dimostrata, ma altre prove suggeriscono che il trattamento farmacologico ha al massimo un effetto irrilevante sui risultati a lungo termine. Occorre che i potenziali effetti nocivi a lungo termine della somministrazione di farmaci psicotropi ai bambini producano in noi più preoccupazione di quanto gli autori della Dichiarazione di Consenso vogliono intendere. Gli stimolanti sono farmaci che producono potenzialmente assuefazione con effetti collaterali cardiovascolari, nervosi, digestivi, endocrini e psichiatrici. A livello psicologico l'uso di un trattamento farmacologico scrive il copione di una storia lunga una vita di potenziali inabilità e carenza a cui bambini fisicamente sani potrebbero finire col cedere. I bambini possono vedere il trattamento farmacologico come una punizione per un comportamento dispettoso e possono assorbire il messaggio di non essere in grado di controllare o apprendere a controllare il loro comportamento. Il trattamento farmacologico può anche allontanare tutte le persone che ne sono coinvolte dal trovare strategie più efficaci e a lungo termine. Il bambino e chi si prende cura di lui possono essere educati in maniera del tutto superflua all'atteggiamento di una "pillola per i problemi esistenziali".

UNA PROSPETTIVA CULTURALE SULL'ADHD

Perché l'ADHD è divenuto così popolare da risultare in percentuali con crescita a

*Campagna sociale nazionale
contro gli abusi nella prescrizione
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti
Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di www.giulemanidaibambini.org
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

spirale di diagnosi di ADHD e prescrizioni di psicostimolanti, nel mondo occidentale? Questa domanda ci richiede di esaminare la natura culturale di come costruiamo quelli che riteniamo bambini "normali" e "anormali" e i metodi pedagogici. Sebbene l'immaturità infantile sia un fatto biologico, i modi in cui questa immaturità viene compresa e resa significativa è un vero e proprio fatto culturale. Differenze tra culture, e all'interno delle culture stesse, nel tempo, spiegano che quelle che sono considerate pratiche desiderabili in una cultura sono spesso viste come abusive in un'altra. Oggigiorno, i bambini delle società occidentali sono visti come individui con i loro diritti, con la necessità di esprimere le loro opinioni così come di essere potenzialmente vulnerabili, e di necessitare di protezione dallo Stato quando i genitori siano considerati inadeguati. Allo stesso tempo, c'è stato un crescente dibattito e convinzione sul fatto che l'infanzia nella moderna società occidentale abbia subito una strana morte. Molti osservatori contemporanei sono preoccupati dall'aumento di violenza e abuso di droghe e alcol, di depressione e suicidio in una generazione che è stata percepita come quella cui è stato dato il meglio di tutto. Alcuni commentatori credono che stiamo testimoniando la fine dell'innocenza infantile, ad esempio, attraverso il maggiore sfruttamento sessuale e la commercializzazione degli interessi dell'infanzia. Si rivendica che l'infanzia stia scomparendo, attraverso media come la televisione, poiché i bambini hanno accesso quasi completo al mondo dell'informazione dell'adulto, la qual cosa conduce a un collasso dell'autorità morale degli adulti. Associato a questa paura sulla scomparsa del confine tra infanzia ed età adulta è un crescente senso che i bambini stessi siano un rischio, con alcuni bambini che arrivano a essere visti troppo pericolosi per la società e bisognosi dunque di essere controllati, "riplasmati" e cambiati. Perciò, negli ultimi decenni del 20° secolo, nella cultura occidentale il compito dell'educazione dei bambini è stato gravato di ansia. Da una parte, genitori e insegnanti sentendo la pressione dell'interruzione del discorso dell'autorità adulta, percepiscono di dover agire per controllare i bambini indisciplinati; dall'altra parte si sentono inibiti nell'agire così, per paura delle conseguenze, ora che la gente è cosciente del fatto che le famiglie possono essere rovinare e le carriere distrutte se lo Stato dovesse decidere di intervenire. Quest'ansia culturale ha procurato il contesto sociale ideale per la crescita della popolarità del concetto di ADHD. La nozione di ADHD ha aiutato a far spostare il fuoco da questi dilemmi sociali all'individuo bambino. E' stato nei migliori interessi dell'industria farmaceutica facilitare questo cambio di focus. La strategia delle ditte farmaceutiche per il mercato in espansione dei trattamenti farmacologici per bambini non è confinata alla promozione diretta dei farmaci, ma include la campagna pubblicitaria della malattia (ad esempio associazioni per gruppi di aiuto ai genitori come il CHADD), incidendo sulle attività di ricerca. Perciò l'attuale "epidemia" di ADHD in Occidente può essere compresa come sintomo di un profondo cambiamento nelle nostre aspettative culturali sui bambini, i quali sono associati a un'alleanza involontaria tra ditte farmaceutiche e alcuni dottori. Questo serve a legittimare culturalmente la pratica di dispensare prestazioni che aumentino le sostanze, in un grossolano tentativo di domare le nostre attuali ansie per l'educazione dei bambini (particolarmente dei ragazzi). Nella citata Dichiarazione di Consenso, gli autori si danno da fare a dimostrare che non è colpa del bambino, del genitore o dell'insegnante. Tuttavia, provare a comprendere le origini e i significati delle persone etichettate comportamentali, come per l'ADHD, non necessita l'implicazione della vergogna. Ciò che si richiede davvero è un tentativo di impegnarsi positivamente nelle relazioni interpersonali della vita umana. Questo può essere promosso attraverso consulenze familiari e approcci educativi individualizzati, così come con l'utilizzo di prospettive multiple per rafforzare bambini, genitori, insegnanti e altri.

*Campagna sociale nazionale
contro gli abusi nella prescrizione
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti
Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di www.giulemanidaibambini.org
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

CONCLUSIONE

Gli autori della Dichiarazione di Consenso "tagliano corto" dichiarando che "mettere in discussione le pratiche attuali di diagnosi e trattamento dell'ADHD è come dichiarare che la terra è piatta". E' deplorabile il fatto che essi desiderino chiudere definitivamente e prematuramente il dibattito e in modo indegno per degli accademici. Le prove infatti dimostrano che il dibattito è ben lontano dall'essere concluso.

Sami Timimi e 33 cofirmatari
(traduzione di Patrizia Berutti)

fonte: *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 7, No. 1, March 2004
(C° 2004)

Bibliografia

- Barkley, R. et al. (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 89–111.
- Baumeister, A. A., & Hawkins, M. F. (2001). Incoherence of neuroimaging studies in attention deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neuropharmacology*, 24, 2–10.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564–577.
- Breggin, P. (1999). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Part II—Adverse effects on brain and behavior. *Ethical Human Sciences and Services*, 1, 213–241.
- Breggin, P. (2000). *Reclaiming our children: A healing solution for crises*. Cambridge, MA: Perseus.
- Breggin, P. (2001). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children* (Rev. ed.). Cambridge, MA: Perseus.
- Breggin, P. (2002). *The Ritalin fact book*. Cambridge, MA: Perseus.
- Carey, W. B. (2002). Is ADHD a valid disorder? In P. Jensen & J. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of science, best practices*. Kingston NJ: Civic Research Institute.
- Cohen, D., Leo, J. L., Stanton, T., Smith, D., McCreedy, K., Laing, M. S., et al. (2002). A boy who stops taking stimulants for "ADHD": Commentaries on a Pediatrics case study. *Ethical Human Sciences and Services*, 4, 189–209.
- DeGrandpre, R. (1999). *Ritalin nation*. New York: Norton.
- Diller, L. H. (1998). *Running on Ritalin*. New York: Bantam.
- Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., et al. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 786–789.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., et al. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205–217.
- Green, M., Wong, M., Atkins, D., Taylor, J., & Feinleib, M. (1999). *Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder*. Rockville, MA: Agency for Healthcare Policy and Research.
- Hendrick, H. (1997). Constructions and reconstructions of British childhood: An interpretive survey, 1800 to the present. In A. James & A. Prout (Eds.), *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood* (pp. 28–56). London: Falmer.
- Hynd, G. W., & Hooper, S.R. (1995). *Neurological basis of childhood psychopathology*. London: Sage.
- Joseph, J. (2000). Not in their genes: A critical review of the genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Review*, 20, 539–567.
- Joughin, C., & Zwi, M. (1999). *Focus on the use of stimulants in children with attention deficit hyperactivity disorder. Primary evidence-base briefing No.1*. London: Royal College of Psychiatrists Research Unit.
- Jureidini, J., & Mansfield, P. (2001). Does drug promotion adversely influence doctors' abilities to make the best decisions for patients? *Australasian Psychiatry*, 9, 95–100.
- Kopelman, L. (1990). On the evaluative nature of competency and capacity judgements. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13, 309–329.

*Campagna sociale nazionale
contro gli abusi nella prescrizione
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti
Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di www.giulemanidaibambini.org
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

- LeFever, G. B., Dawson, K. V., & Morrow, A. D. (1999). The extent of drug therapy for attention deficit hyperactivity disorder among children in public schools. *American Journal of Public Health, 89*, 1359–1364.
- Leo, J. L., & Cohen, D. A. (2003). Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging research. *The Journal of Mind and Behavior, 24*, 29–56.
- Mann, E. M., Ikeda, Y., Mueller, C. W., Takahashi, A., Tao, K. T., Humris, E., et al. (1992). Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1539–1542.
- Moll, G., Hulse, S., Ruther, E., Rothenberger, A., & Huether, G. (2001). Early methylphenidate administration to young rats causes a persistent reduction in the density of striatal dopamine transporters. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 11*, 15–24.
- National Institutes of Health. (1998). *Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder*. Rockville, MD: Programs and abstracts, NIH Consensus Development Conference. Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M., & Jensen, P. S. (2002).
- National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 514–521.
- Prout, A., & James, A. (1997). A new paradigm for the sociology of childhood? Provenance, promise and problems. In A. James & A. Prout (Eds.), *Constructing and re-constructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood* (pp. 1–27). London: Falmer.
- Postman, N. (1983). *The disappearance of childhood*. London: W.H. Allen.
- Rapoport, J. L., Buchsbaum, M. S., Zahn, T. P., Weingartner, H., Lublow, C., & Mikkelsen, E. J. (1978). Dextroamphetamine: Cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys. *Science, 199*, 198–214.
- Rappley, M. D., Gardiner, J. C., Jetton, J. R., & Howang, R. T. (1995). The use of methylphenidate in Michigan. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 149*, 675–679.
- Schachter, H., Pham, B., King, J., Langford, S., & Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal, 165*, 1475–1488.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Minocha, K., Taylor, E. A., & Sandberg, S. (1993). Inter-ethnic bias in teacher's ratings of childhood hyperactivity. *British Journal of Developmental Psychology, 11*, 187–200.
- Sproson, E. J., Chantrey, J., Hollis, C., Marsden, C. A., & Fonel, K. C. (2001). Effect of repeated methylphenidate administration on presynaptic dopamine and behavior in young adult rats. *Journal of Psychopharmacology, 15*, 67–75.
- Stephens, S. (1995). Children and the politics of culture in late capitalism. In S. Stephens (Ed.), *Children and the politics of culture*. New Jersey: Princeton University Press.
- Taylor, E., & Hemsley, R. (1995). Treating hyperkinetic disorders in childhood. *BMJ, 310*, 1617–1618.
- Timimi, S. (2002). *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Van Praag, H. M. (1996). Comorbidity (psycho) analysed. *British Journal of Psychiatry, 168*(Suppl. 30), 129–134.
- Zito, J. M., Safer, D. J., DosReis, S., Gardner, J. F., Boles, M., & Lynch, F. (2000). Trends in prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA, 283*, 1025–1030.
- Zwi, M., Ramchandani, P., & Joughlin, C. (2000). Evidence and belief in ADHD. *BMJ, 321*, 975–976.