

CHE COSA FARE A PROPOSITO DELLA DIFFUSIONE DELL' ADHD

Negli Stati Uniti, durante gli ultimi due decenni, e' stato riscontrato un grande aumento di diagnosi di Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) e dei suoi trattamenti con farmaci stimolanti. Molta gente e' confusa ed ora la preoccupazione sta crescendo con l'estensione delle diagnosi e uso di farmaci per bambini nei primi anni di scuola materna. Alcuni tra noi pediatri moderati, stanno cercando di mediare fra i conservatori difensori della presente diagnosi, non certamente perfetta, e i radicali critici i quali le giudicano come imbrogli.

Le diagnosi sono ufficialmente basate sul criterio DSM-IV: cioe' si perfezionano quando si realizzano almeno 6 criteri di diagnosi su un totale di 9 di disattenzione, oppure 6 sintomi su 9 di iperattivita'/impulsivita' per sei o piu' mesi, da prima del compimento dei sette anni d'eta'; problemi comportamentali devono apparire in due o piu' situazioni (p. es. scuola e casa) e non devono essere provocati da altre condizioni. Ulteriori presupposti indicano che questi comportamenti siano facilmente distinguibili da quelli cosiddetti normali; siano coinvolte disabilita' di sviluppo neurologico; non siano influenzate dall'ambiente esterno; e possano essere adeguatamente diagnosticate con semplici questionari.

La piu' autorevole pubblicazione su queste problematiche e' stata proposta nel 1998 dalla Consensus Conference del National Institutes of Health su "Diagnosi e Trattamento di ADHD". E' stato concluso che "Ci sono evidenze che sostengono la validita' del disturbo" ma e' stato sottolineato che "sono necessari maggiori sforzi per legittimare la diagnosi del disordine" e che "una serie molto piu' consistente di procedure diagnostiche e di indicazioni pratiche e' della massima importanza". Nel 2000 l'Accademia Americana di Pediatria ha pubblicato alcune indicazioni pratiche basate sul vecchio ed imperfetto manuale (DSM-IV). Una delle proposte di soluzione raccomandava che quando ci si confronta con un bambino che ha problemi comportamentali e accademici a scuola, il medico deve prima pensare all'ADHD e poi procedere a diagnosi differenziali solo dopo che il bambino non puo' essere classificato secondo i criteri soggettivi e flessibili dell'ADHD. Alcuni tratti temperamentali normali ma conflittuali, frustrazione derivante da problemi nell'apprendimento, reazioni all'ambientamento, fatica, ansia, depressione, ecc., pur essendo situazioni tutte piu' comuni di un malfunzionamento neurologico, sono purtroppo scarsamente considerate. E' opinione generale che siano realmente identificabili attraverso i criteri ICD-10 come "ipercinetici" con iperattivita' o disattenzione a tutto campo, solamente l' uno o il due % dei bambini; questi tratti (caratteristiche) sono un problema clinico a se' stante e non solamente una predisposizione o una coincidenza. Pertanto questo non copre il 15% o di piu' dei bambini diagnosticati con ADHD negli Stati Uniti. Quali sono i problemi? Come dimostrato nella mia presentazione alla conferenza dell'NIH e come pubblicato nel documento finale edito da Jensen & Cooper, il problema risiede principalmente nella diagnosi stessa di ADHD e secondariamente nel modo in cui viene applicata:

1) I sintomi di ADHD che correntemente vengono presi in considerazione non sono chiaramente distinguibili da un comportamento normale. Il sistema DSM ignora l'esistenza del temperamento e delle sue variazioni.

2) L'assenza di chiare evidenze che i sintomi di ADHD siano correlate ad un malfunzionamento neurologico. I sintomi potrebbero derivare da altre cause, come detto prima. Studi genetici non dimostrano che l'ADHD e' una malattia esattamente come non lo dimostrano nel caso di semplici variazioni temperamentali. Prove chimiche e tecniche di immagini cerebrali non hanno dimostrato nulla. Le correlazioni

*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*

fin qui verificate sono state inconsistenti e non e' chiaro se sono la causa, la correlazione o la conseguenza dei sintomi. Tutti questi studi mancano di controlli appropriati, che devono essere sempre gli stessi come per i soggetti scelti ad eccezione del comportamento disfunzionale, che e' stato studiato.

3) Il non considerare l'ambiente e le interazioni con esso come fattori che condizionano l'eziologia del disturbo. L'ambiente e' sempre importante nella determinazione del comportamento: il problema non e' tutto nel cervello del bambino.

4) I questionari diagnostici ora in uso sono altamente soggettivi e aleatori. Espressioni come: "Spesso parla eccessivamente" asseriscono il disagio e l'opinione di chi si prende cura del bambino, non del bambino stesso.

5) I piu' importanti fattori predisponenti al disagio e al fallimento scolastico potrebbero essere attribuiti a una scarsa adattabilita' e a problemi cognitivi, piuttosto che ad iperattivita' o disattenzione.

6) Mancanza di prospettive evoluzionistiche. I tratti varianti non adeguatamente appropriati al sistema scolastico, moderno ed artificiale, potrebbero avere un valore legato alla sopravvivenza dell'individuo ed essere state una caratteristica di alta adattabilita' in tempi antichi.

7) Pochi vantaggi pratici e possibili danni dall'essere stato etichettato con ADHD. Questa diagnosi, infatti, non definisce un problema specifico e potrebbe creare un ostacolo per alcune occupazioni piu' tardi nella vita.

8) Sia che si accettino o meno i criteri attuali di diagnosi, non c'e' dubbio che vengano mal applicati. Alcuni studi dimostrano che di solito questi criteri non vengono applicati affatto.

9) Effetti aspecifici del metilfenidato. Molti professionisti e il pubblico in generale, non si rendono conto che gli stimolanti variano il comportamento anche della maggior parte dei bambini "normali".

Quali sono le soluzioni?

1) Un miglior sistema diagnostico. Come suggerito dall' NIH, c'e' urgentemente bisogno di migliorare i criteri diagnostici. Deve essere fatta una chiara distinzione tra il bambino "ipercinetico", che e' veramente e decisamente iperattivo o disattento dappertutto, e quello che ha soprattutto altri problemi.

2) Una migliore ricerca. Nonostante la sicurezza di alcuni esperti di ADHD, come quella espressa nella dichiarazione del 2002 del International Consensus Committee sull'ADHD, poche sono le certezze. Questo gruppo dice che i critici dell'attuale interpretazione e applicazione dell'ADHD parlano di storie mitologiche e favole.

3) Una migliore cultura specifica da parte di professionisti e del pubblico. Entrambi devono avere piu' informazioni di base su alcuni aspetti. Ad esempio devono sapere che esiste una vasta gamma di variabilita' nei comportamenti normali e che stimolanti sono aspecifici. Oggi una parte considerevole del problema deriva da aspettative non realistiche da parte di chi si prende cura del paziente, genitori compresi, per cui si esigono risultati migliori e conformi mentre si preme su i medici affinche' prescrivano i medicinali.

4) Una migliore valutazione- Il medico dovrebbe considerare per prima cosa tutte le possibili diverse diagnosi, e non solo dopo essere stato incapace di classificare il bambino con i vari criteri molto flessibili dell'ADHD. I problemi scolastici richiedono esami comprensivi i quali includono test psico-educazionali, le valutazioni del temperamento e della salute mentale del bambino. La conclusione deve essere dettagliata, completa e dimensionale e deve includere i punti di forza del bambino.

5) Migliori trattamenti- Devono essere programmati per adeguarsi alle specifiche qualità del bambino e ai problemi che derivano primariamente da interventi psicosociali ed educazionali. I controlli comportamentali possono essere appresi. Un temperamento negativo non può essere eliminato, ma può essere accomodato con successo da trattamenti alternativi.

6) Un miglior controllo sulle pubblicità aggressive da parte delle compagnie farmaceutiche verso il pubblico e i medici. I conflitti d'interesse di un medico che non rispetta l'etica professionale dovrebbero essere eliminati.

7) Un sistema migliore di quello che è ora a disposizione da parte delle compagnie di assicurazioni e centri ospedalieri per sostenere finanziariamente i medici che hanno bisogno di più tempo per dare una valutazione adeguata.

8) Una migliore regolazione sia delle diagnosi mediche che dell'insistenza degli insegnanti a favore delle medicine.

di William B. Carey, MD.

References:

American Academy of Pediatrics: *Clinical practice guidelines: Diagnosis and evaluation of the child with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Pediatrics* 105: 1158-70; 2000.

Carey WB: Is ADHD a valid disorder? In Jensen, Cooper (Eds.) 2002 (see below).

Diller LH: *Running on Ritalin*. New York. Bantam Books. 1998.

Jensen PS, Cooper J (Eds.): *Attention Deficit Hyperactivity disorder: State of Science; Best Practice*. Kingston, NJ: Civic Research Institute. 2002.