



Critica di: Rare delezioni cromosomiche e duplicazioni nella sindrome da deficit di attenzione e iperattività: un'analisi sull'intero genoma.

By Dr [Nigel M Williams](#) PhD [a](#), [Irina Zaharieva](#) BSc [a](#), [Andrew Martin](#) BSc [a](#), [Kate Langley](#) PhD [a](#), [Kiran Mantripragada](#) PhD [a](#), [Ragnheidur Fossdal](#) PhD [b](#), [Hreinn Stefansson](#) PhD [b](#), [Kari Stefansson](#) MD [b](#), [Pall Magnusson](#) MD [c](#), [Olafur O Gudmundsson](#) MD [c](#), [Omar Gustafsson](#) PhD [b d](#), Prof [Peter Holmans](#) PhD [a](#), Prof [Michael J Owen](#) MD [a](#), Prof [Michael O'Donovan](#) MD [a](#), Prof [Anita Thapar](#) MD
The Lancet, Early Online Publication, 30 September 2010 doi:10.1016/S0140-6736(10)61109-9

By Fred A. Baughman Jr., MD, 10/21/10

Traduzione a cura di Cecilia Metta

Williams, et al [1], affermano: "La sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), un disordine dell'età infantile, è caratterizzato da una grave e compromettente disattenzione, da un'iperattività motoria e dall'impulsività." Ma il riferimento degli autori non prova che l'ADHD sia un disordine con "disordine" = anomalia fisica = malattia = fenotipo anomalo.

In tutta la medicina e genetica, il primo passo verso la fissazione di una causa genetica, o di qualsiasi altra causa fisica, è (1) definire il disordine (disordine = anomalia fisica = malattia = fenotipo anomalo) in questione, e (2) diagnosticare/dimostrare la sua presenza in ogni soggetto/paziente. E tuttavia, in psichiatria e nella "genetica psichiatrica", dove non sono provati i fenotipi/malattie/disordini, si continua a chiamarli formule (insegnante) pedagogiche, sociali, psichiatriche, psicologiche soggettive, fenotipi di malattie/disordini e a cercare il nesso di causalità dei cromosomi e dei geni umani, nonostante il fatto che tali studi, nessuno con i fenotipi attuali, sono destinati a fallire.

Williams, et al, continuano, affermando: "Nonostante l'alta ereditarietà, le caratteristiche dello sviluppo neurologico e le relative difficoltà di apprendimento, alcuni continuano a sostenere che il disordine è soprattutto un costrutto sociale."

La citazione non prova, l'ADHD rimane un costrutto psico-sociale, non un disordine/malattia/anomalia fisica/fenotipo.

La seguente citazione è tratta dal Manuale di statistica e diagnostica dell'associazione psichiatrica Americana, quarta edizione, testo rivisto (DSM-IV-TR) pubblicato nel 2000, pagine 88-89: "Non esistono test di laboratorio, valutazioni neurologiche o valutazioni dell'attenzione che sono stati stabiliti come diagnostici nella valutazione clinica del disturbo da deficit di attenzione e iperattività. I test che richiedono una faticosa elaborazione mentale sono stati notati essere anormali in gruppi di individui con disturbo da deficit di attenzione e iperattività rispetto ai coetanei, ma questi test non hanno un'utilità dimostrata quando si prova a determinare se un singolo individuo ha il disordine."

Di recente ho aiutato un padre canadese di un ragazzo di dodici anni "drogato", con "diagnosi" psichiatrica a scrivere una lettera all'Health Canada – controparte canadese del nostro FDA. In una risposta datata 10 novembre 2008 gli è stato detto: "Generalmente per i disordini mentali/psichiatrici, incluse la depressione, l'ansia, la schizofrenia e l'ADHD non sussistono conferme di anomalie evidenti, chimiche o microscopiche che sono state convalidate tramite una diagnosi fisica oggettiva. Piuttosto, le diagnosi di possibili condizioni mentali sono descritte strettamente in termini di modello di sintomi..."

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

Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di www.giulemanidaibambini.org



Affermare che le "diagnosi di possibili condizioni mentali sono descritte strettamente in termini di modelli di sintomi" è una chiara ammissione che dette diagnosi sono del tutto soggettive e non possono quindi essere malattie, disturbi, malanni, mali, fenotipi anormali o genotipi anormali. Essendo nessuna delle precedenti l'ADHD – per eliminazione può essere soltanto di natura psico-sociale e non può quindi avere una causa genetica o una causa di qualsiasi altro tipo.

Il termine "disordine" significa "un disturbo della funzione, della struttura o di entrambi" ed è, quindi, l'equivalente di un'anomalia/malattia fisica. "Disordine" è un termine spesso utilizzato dagli psichiatri e non è generalmente conosciuto dal pubblico e permette agli psichiatri di parlare di malattie in modo trasversale quando non sono abbastanza coraggiosi di mentire senza mezzi termini, dicendo la parola "malattia".

Il 12 marzo 2009, Donald Dobbs del FDA Center for Drug Evaluation and Research (CDER) ha ammesso la stessa cosa, scrivendo: "Mi sono consultato con il FDA new drug review divisione responsabile dell'approvazione dei farmaci psichiatrici e sono stati d'accordo con la risposta a voi allegata dalla Health Canada."

È chiaro che gli psichiatri (come i pediatri e i neurologi), gli psicologi e gli insegnanti parlano di tutte le cose psichiatriche come se fossero malattie e come se la psichiatria fosse la pratica della medicina. Non è vero. Health Canada, come il nostro FDA è un partner nella frode delle cosiddette "malattie" con diagnosi psichiatrica in modo da poter essere in grado di poter descrivere i "trattamenti" farmacologici /medici come terapie psicologiche, non mediche, "giustificate" e "logiche" come barriere illogiche per cure mediche necessarie.

Senza un fenotipo anormale non ci può essere causale, genotipo anormale (cromosoma o gene anormale) lo scopo di tutte le loro pretese di "genetica psichiatrica". Nessuna malattia/fenotipo anormale – nessuna causa fisica / genotipo anormale.

In "Effetti citogenetici nei bambini trattati con metilfenidato" El-Zein, e al. [1] hanno riferito: "Negli ultimi anni c'è stato un aumento dell'uso di metilfenidato (Ritalin) per il trattamento del disordine del deficit di attenzione e iperattività (ADHD) nei bambini. Tuttavia, vi sono scarse informazioni su se questo farmaco presenta potenziali rischi per la salute come la mutagenicità o cancerogenicità per gli uomini. Per risolvere questo problema, abbiamo studiato se questo stimolante del sistema nervoso centrale produce anomalie citogenetiche nei pazienti in età pediatrica a livello terapeutico. In un gruppo composto da dodici bambini trattati con dosi terapeutiche di metilfenidato, abbiamo analizzato tre end-point citogenetici nei linfociti del sangue periferico ottenuto prima e tre mesi dopo l'inizio del trattamento con questo farmaco. In tutti i partecipanti, il trattamento ha comportato un aumento significativo 3, 4.3 e 2.4 nelle modifiche cromosomiche, scambi di cromatidi sorelle e frequenza di micronuclei, rispettivamente (P=0.000 in tutti i casi). Questi risultati giustificano ulteriori indagini dei possibili effetti sulla salute umana del metilfenidato, soprattutto in vista della relazione ben documentata tra elevata frequenza di modifiche dei cromosomi e un aumento del rischio di cancro."

Nello "Studio di follow-up di prospettiva non ha trovato mutagenicità cromosomica della terapia a base di metilfenidato nei bambini affetti da ADHD, Walitza e al, hanno riferito: dal cinque al dieci per cento di tutti i bambini soffrono di disordine di deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD), che è spesso trattata con il metifenidato (MPH), stimolante del sistema nervoso centrale. Nel 2005 è sorta una controversia a causa di un rapporto di maggiori effetti citogenetici in 12 bambini dopo tre mesi di trattamento a base di MPH. Da allora, diversi studi prospettici sono stati eseguiti e pubblicati, che qui sono stati riassunti. È presentata una tabella che paragona le frequenze dei

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

Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di www.giulemanidaibambini.org



micronuclei, un marcatore analizzato in tutti questi studi. Un'induzione degli effetti citogenetici da MPH è stata riferita soltanto in uno, lo studio del 2005 di El-Zein e al., mentre tutti gli altri studi con complessivamente 110 soggetti esposti al MPH, non hanno mostrato alcun aumento." "Sebbene gli unici due studi epidemiologici disponibili non riferiscano un rischio elevato per l'esposizione a MPH, i risultati non sono ancora conclusive e si suggeriscono ulteriori monitoraggi della popolazione esposta."

Con le anomalie cromosomiche, l'attenzione principale dell'articolo di Williams, e al, articolo, perché non sono stati citati gli articoli di El-Zein [2], Walitza [2]? E perché Williams, et al, non hanno riferito sullo stato medico dei loro pazienti affetti da ADHD, la maggioranza dei quali sono stati "trattati"? come può un gruppo di ricerca trovare la prova evidente dei danni citogenetica/cromosomici ed altri no?

Leggendo la letteratura medica di oggi (non soltanto la letteratura psichiatrica), si deve essere consapevoli del potere editoriale assunto dall'industria farmaceutica. Nel loro rapporto del 1998 "Trattamento stimolante come fattore di rischio per uso di nicotina e abuso di sostanze", Lambert and Hartsough [3] hanno concluso: "Questo studio longitudinale in prospettiva dei soggetti con ADHD e controllo di pari età ha fornito la prova che l'uso in età pediatrica di trattamenti CNS (anfetamine - incluso il Ritalin) è significativamente e pervasivamente implicate in (1) assorbimento di fumo in modo regolare, (2) fumo quotidiano in età adulta, (3) dipendenza dalla cocaina e (4) uso occasionale di cocaina e stimolanti". I partecipanti allo studio erano adulti che sono stati soggetti fin dall'età pediatrica ad un'indagine longitudinale in prospettiva delle storie della vita di soggetti con ADHD e i loro controlli durante la crescita. Tutti i 492 soggetti sono stati classificati secondo la presenza e la gravità della loro ADHD in età pediatrica. 132 erano considerati gravi, 99 moderati, 61 lievi e 200 non soddisfacevano i criteri di ricerca DSM-IV.

Poco dopo, Biedermann, un amico appassionato e ben pagato dell'industria ha concluso tutto il contrario. In Farmacoterapia del disordine del deficit dell'attenzione e dell'iperattività riduce il rischio di disordine da uso di sostanze, Biedermann e al [4] espongono di fissare il rischio di disordini da utilizzo di sostanze (SUD) associato con la precedente esposizione a farmaci psicotropi, in uno studio longitudinale di ragazzi con disturbo di deficit dell'attenzione e iperattività. L'incidenza cumulativa di SUD (disordine da utilizzo di sostanze) per tutta l'adolescenza è stata confrontata in 56 soggetti con ADHD sottoposti a terapie, 19 soggetti con ADHD non sottoposti a terapia e 137 soggetti di controllo non affetti da ADHD. Constatando che i soggetti con ADHD non sottoposti a terapia presentavano un rischio di aumento significativo di SUD in confronto ai soggetti di controllo non affetti da ADHD, hanno concluso: "I soggetti con ADHD non sottoposti a terapia erano a rischio considerevole di SUD durante l'adolescenza. Al contrario, la farmacoterapia (terapia a base di Ritalin/stimolanti - sostanze da dipendenza) era associata al 85% di riduzione del rischio di SUD nei giovani affetti da ADHD. Immagine- trattamento con sostanze da dipendenza per prevenire l'aggiunta di sostanze/disordini dall'utilizzo di sostanze SUD.

Nel 1998, gli istituti nazionali della salute, Consensus Conference sull'ADHD, Swanson & Castellanos hanno esaminato 13 studi di risonanza magnetica cerebrale MRI che hanno tutti dimostrato "un'atrofia cerebrale media del 10%" e hanno concluso che era la prova che l'ADHD è una malattia vera e propria. Ho preso un microfono da terra e ho chiesto al Dr. Swanson perché non avesse detto alla platea che tutti i 13 studi erano stati condotti su pazienti che erano stati trattati per lungo tempo con stimolanti, l'unica variabile fisica e la sola causa dell'atrofia cerebrale. Il Comitato del Consensus Conference avrebbe potuto soltanto concludere: non sussiste la prova che l'ADHD sia

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

Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di www.giulemanidaibambini.org



una malattia e nessun test può essere questa diagnosi." Ma essi non hanno fatto nulla per rendere pubblico che non si trattava di una malattia! Nessuna epidemia! E il Ritalin, l'Adderall e le anfetamine hanno continuato a scorrere. Nel 1998 l'epidemia era pari a 4.0 milioni.

Nel 2003 Leo e Cohen hanno esaminato gli studi di 14 risonanze magnetiche cerebrali MRI e hanno concluso che non vi era la prova che esiste l'ADHD, prova soltanto, 14 volte di più che l'esposizione a anfetamine/stimolanti causa l'atrofia del cervello.

La questione non è se Williams e al hanno dimostrato il genotipo dell'ADHD o se la "genetica psichiatrica" è un valido campo della ricerca medica, ma piuttosto, se o meno la psichiatria "biologica" – che sostiene diagnosi e cura le malattie attuali, è un inganno totale. Secondo sia la Health Canada e la FDA, lo è.

BIBLIOGRAPHY

1. [El-Zein RA](#), [Abdel-Rahman SZ](#), [Hay MJ](#), [Lopez MS](#), [Bondy ML](#), [Morris DL](#), [Legator MS](#) *Cancer Lett.* 2005 Dec 18;230(2):284-91
2. [Walitza S](#), [Kämpf K](#), [Oli RG](#), [Warnke A](#), [Gerlach M](#), [Stopper H](#). Prospective follow-up studies found no chromosomal mutagenicity of methylphenidate therapy in ADHD affected children. *Toxicol Lett.* 2010 Mar 1;193(1):4-8. Epub 2009 Dec 22.
3. Lambert N, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependence among samples of ADHD and non-ADHD subjects. *J Learn. Disabil.* 1998;31:533-544.
4. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder. *PEDIATRICS* Vol. 104 No. 2 August 1999, p. e20.