

ADHD: IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE, SOCIALI, POLITICHE E LEGALI.

La diagnosi di Disturbo dell'Attenzione (ADD) è non dimostrata ed è altamente discutibile, eppure è la base per mettere in terapia con pericolosi farmaci stimolanti decine di migliaia di bambini australiani. L'ADD e il suo popolare sottotipo Disturbo dell'Attenzione con Iperattività (ADHD), sono patologie discusse, e gli sforzi per rendere popolare queste diagnosi hanno probabilmente basi politiche ed economiche ed hanno poco a che fare con la medicina.

In Australia, nel 21° secolo, se un bambino si comporta male, si dice che ha un "disturbo".

I sintomi di questo "disturbo" sono, ad esempio: stare in piedi, quando si dice di stare seduti, agitarsi e non avere voglia di fare i compiti. Da quando questi comportamenti tipici dell'infanzia sono diventati una malattia?

Chiunque abbia un po' di buon senso, leggendo i criteri diagnostici dell'ADD o dell'ADHD, può rendersi conto dell'assurdità di questa "malattia" creata "ad hoc". Quando poi la comunità medica e le compagnie farmaceutiche (i principali sostenitori di questo modello di malattia), ammettono di non sapere che cosa la provochi e non possono nemmeno dimostrare che esista, i sorrisi suscitati dalla lettura dei criteri diagnostici si trasformano in incredulità. Quando poi veniamo a sapere che decine di migliaia di bambini australiani vengono posti in terapia con farmaci potenti e pericolosi, sulla base di questa "malattia", l'incredulità diventa rabbia.

Esistono importanti implicazioni nell'etichettare i bambini come "malati", a causa di comportamenti indesiderabili, e nel renderli docili con i farmaci. Vogliamo che crescano pensando che le risposte ai loro problemi si trovino in un farmaco? Vogliamo che imparino a non assumersi le proprie responsabilità e diano la colpa ad una malattia? Vogliamo permettere ad una certa psichiatria, che fino a 25 anni fa ci diceva che l'omosessualità è una malattia, di etichettare ogni cattivo comportamento come "malattia"? Vogliamo una società che medicalizza i non-allineati e valorizza il conformismo contro la creatività e la libera espressione?

La sicurezza fisica e il benessere psicologico dei bambini australiani sono minacciati dalla diagnosi di ADD/ADHD e dalla conseguente proliferazione di prescrizioni di farmaci stimolanti.

Un'indagine approfondita deve andare al di là del gergo della comunità medico/farmaceutica e assicurare, almeno, che genitori e bambini siano informati di entrambi gli aspetti di questa controversia e che venga loro data l'opportunità di un consenso pienamente informato, prima di accettare la diagnosi e seguire le prescrizioni.

PUNTI CHIAVE

Il numero di bambini australiani diagnosticati con ADHD (o ADD) continua ad aumentare vertiginosamente.

Ad una percentuale significativa di questi bambini vengono somministrati farmaci stimolanti, altamente pericolosi, con effetti collaterali a breve e lungo termine.

La disponibilità di questi farmaci rappresenta una minaccia per la salute pubblica in Australia.

La diagnosi di ADHD dimostra mancanza di attendibilità. La validità della diagnosi di ADHD è spuria.

Ai genitori e ai bambini non viene data sufficiente informazione, perché siano in grado di esprimere un consenso davvero informato, prima di iniziare la terapia con farmaci stimolanti.

L'ADHD rimane un concetto popolare e seducente, e in assenza d'interventi è probabile che le diagnosi e le terapie con farmaci stimolanti continueranno ad aumentare.

LA POPOLARITA' DELL'ADHD

Il numero di bambini diagnosticati con l'ADHD o con ADD è sconcertante e continua a salire. La popolarità della diagnosi in Australia si può dedurre dal numero sempre maggiore di bambini in trattamento con stimolanti.

Da anni i medici hanno notato che gli stimolanti hanno un "effetto paradossoso" sui bambini. Sono state avanzate innumerevoli teorie per spiegare le ragioni fisiologiche di ciò, ma nessuna è accettata universalmente.

Negli anni passati l'industria farmaceutica ci ha detto che l'ADHD continua anche nell'età adulta e ha promosso l'uso di stimolanti anche per gli adulti. Questo suggerisce che l'effetto in apparenza "calmante" del farmaco, potrebbe invece essere dovuto ad una forma di intensa concentrazione su qualcosa (o su niente) in contrapposizione all'essere consapevole e coinvolto nei vari aspetti dell'ambiente.

Secondo il Sidney Sun-Herald del 30 giugno 2002, si stima che almeno 50.000 bambini australiani siano in trattamento con stimolanti (1). L'aumento è stato vertiginoso.

"Tra il 1991 ed il 1995, il consumo di destroanfetamine è aumentato del 590%, mentre quello del Ritalin del 490% nello stesso periodo" (2). "Tra il 1991 e il 1998 le prescrizioni di destroanfetamine sono aumentate del 2400%, mentre nello stesso periodo sono aumentate del 620% quelle del Ritalin" (3).

La Commissione per i Bambini e gli Adolescenti del New South Wales, ha ascoltato molte voci preoccupate: "durante l'indagine sono state espresse preoccupazioni sull'aumentato uso di farmaci psicotropi in bambini con ADHD/ADD, soprattutto per gli effetti a lungo termine"(4)

Il Brisbane Courier-Mail dell'1 luglio 2002 ha notato che "i bambini australiani prendono più farmaci psicotropi di quelli degli USA"(5). Poiché la prevalenza dell'ADHD negli USA va dal 15 al 18% dei bambini in età scolare, questa tendenza è spaventosa e costituisce un'emergenza di salute pubblica in Australia.

I PERICOLI DEI FARMACI STIMOLANTI

Gli stimolanti più usati per l'ADHD, il Ritalin (metilfenidato) e le destroanfetamine, sono farmacologicamente simili alla cocaina. Infatti, come la cocaina, hanno effetti importanti. Rendono i bambini più docili, tutti i bambini: il mito che solo quelli con ADHD reagiscono in questo modo, è stato ampiamente sfatato. "I farmaci stimolanti hanno effetti simili sia nei bambini con diagnosi di ADHD che nei gruppi di controllo: questi risultati dimostrano che la diagnosi di ADHD non può essere formulata in base alla risposta positiva al farmaco"(6).

I bambini trattati con stimolanti diventano più docili e compiacenti, danno "meno preoccupazioni", quindi sono più piacevoli per i genitori e gli insegnanti. Ma a quale prezzo? A volte il bambino paga il prezzo estremo: "Stephanie Hall, di Canton, Ohio, credeva che l'ADHD fosse una malattia e prendeva fiduciosa il suo Ritalin, anche i suoi genitori lo credevano. Stephanie è morta nel sonno sei giorni prima di compiere 12 anni, non per l'ADHD, ma per il Ritalin, perché le anfetamine hanno una lunga storia di morte cardiaca improvvisa, persino nei ragazzi" (7). "Morte causata dall'uso

*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*

prolungato di metilfenidato (Ritalin): certificato di morte 14 y/o Matthew Smith, 21/3/01, Oakland County, Michigan" (8).

In un certo senso, non dovrebbe sorprendere il fatto che l'uso di psicostimolanti possa essere pericoloso e persino fatale.

Questi farmaci sono tra i più controllati e limitati per il loro riconosciuto pericolo: in Queensland, come in altri Stati australiani, i medici devono ottenere l'autorizzazione per ogni prescrizione e, se la terapia si prolunga oltre i due mesi, devono fornire una spiegazione. "Sia le destroanfetamine che il metilfenidato sono sostanze classificate nella Tabella 8 (sostanze stupefacenti e veleni) del Regolamento sulla Salute del 1996, e sono specificate nella sezione 78 dello stesso Regolamento, con limitazioni di detenzione e di uso" (9).

I farmaci stimolanti possono portare depressione e quindi potrebbero indurre al suicidio. "La Commissione Parlamentare del Sud Australia è preoccupata nell'ascoltare o leggere esempi di bambini che avevano manifestato pensieri suicidari"(10). "Il suicidio è la complicità maggiore dell'interruzione degli stimolanti o di altri farmaci simili alle anfetamine" (11).

Gli psicofarmaci in generale, e gli stimolanti in particolare, presentano importanti rischi nei bambini per i loro potenziali effetti sulla crescita. E' una cosa intuitivamente ovvia che farmaci potenti potrebbero interferire con il normale processo di sviluppo in un bambino e ciò è stato ampiamente riconosciuto, persino dall'American Psychiatric Association, che ha pubblicato nel Diagnostic and Statistical Manual (DMS IV): "Il termine *tossicologia dello sviluppo*, si riferisce a quegli effetti collaterali particolarmente gravi, causati dall'interazione tra un farmaco e il processo di crescita e di sviluppo. I bambini e gli adolescenti stanno crescendo non solo fisicamente, ma anche dal punto di vista cognitivo ed emotivo. E' importante che i farmaci non interferiscano con l'apprendimento scolastico o con lo sviluppo di relazioni sociali all'interno della famiglia o con gli amici" (12).

Inevitabilmente, dobbiamo considerare il fatto che se gli stimolanti influenzano la crescita e lo sviluppo, molto probabilmente influenzeranno anche lo sviluppo del cervello: "ci sono prove certe che gli stimolanti riducono la produzione dell'ormone della crescita e che possono ridurre la crescita totale, sia in altezza che in peso. E' difficile immaginare un pericolo più serio dell'inibizione della crescita, perché agisce su tutti gli organi del corpo, compreso il cervello" (13).

"Il farmaco usato per i bambini Australiani con ADHD, può causare danni cerebrali a lungo termine. Ricercatori dell'Università di Buffalo hanno dimostrato che il Ritalin produce delle modificazioni nel cervello dei topi, simili a quelle prodotte dalla cocaina. Il prof. John Balzer, autore dello studio, sostiene che la scoperta smentisce la convinzione che il metilfenidato abbia effetti solo a breve termine" (14).

"Somministrando farmaci psicotropi ai bambini, di fatto creiamo un'interazione tra la chimica, il farmaco e l'organismo in fase di sviluppo, in particolare il cervello, che è l'organo bersaglio dei farmaci psicotropi" (15). "Gli stimolanti come il Ritalin e le anfetamine hanno un impatto pericoloso sul cervello, poiché riducono il flusso sanguigno, disturbano il metabolismo del glucosio e probabilmente causano un'atrofia cerebrale permanente" (16).

Lo spettro di questi effetti negativi sulla crescita e sullo sviluppo è persino più sinistro, se si pensa che gli stimolanti sono regolarmente prescritti anche a bambini al di sotto dei sei anni, a dispetto delle avvertenze che specificano che tali farmaci non sono sicuri in quella fascia di età. Sono stati riportati casi di bambini australiani dai 15 ai 18 mesi (!) a cui erano stati prescritti stimolanti, e alla Conferenza della Gioventù nello stato di Queensland, nel 2003, una madre ha affermato che il medico le aveva

*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*

suggerito che il suo bambino di nove mesi poteva avere l'ADHD e aveva bisogno di trattamento farmacologico (fortunatamente lei aveva rifiutato).

Quasi più spaventoso dei potenziali effetti a lungo termine degli psicostimolanti è il relativamente comune "effetto zombie". Due tra i principali assertori della biopsichiatria negli USA, Eugene Arnold e Peter Jensen, riconoscono "l'effetto zombie" nel capitolo dedicato all'ADHD nel loro testo di psichiatria: "l'aspetto indotto dalle anfetamine, un'espressione apatica e triste, è in sé una cosa innocua, ma preoccupa i genitori. Il conseguente comportamento da "zombie", cioè l'incapacità di esprimere emozioni e spontaneità, può rispondere a una riduzione della dose, ma qualche volta occorre cambiare farmaco" (17).

L'effetto zombie è stato descritto dal Dr. Peter Breggin in questo modo: "Questo comportamento indotto dal farmaco è causato dall'ottundimento e dalla repressione chimica delle più alte funzioni cerebrali del bambino. Quella parte del cervello che richiede creatività, libertà, energia per attività educative, sarà come attutita" (18).

Con l'aumento vertiginoso dei tassi di prevalenza di questa "malattia", c'è la reale possibilità di creare una generazione di bambini in cui creatività, pensiero e vigore saranno repressi dai farmaci, senza una verificabile giustificazione medica.

IL PROBLEMA DELLA SALUTE PUBBLICA

Classificando gli psicostimolanti come farmaci della Tabella 8, il Governo Australiano intendeva ovviamente limitare la loro disponibilità. Attualmente la proliferazione di prescrizioni per l'ADHD ha reso disponibile di fatto il loro uso come droghe ricreative nelle scuole australiane.

L'uso illecito di farmaci per l'ADHD è un grave problema nel Queensland, come notato dalla commissione Crime and Misconduct: "l'abuso di prescrizioni per l'ADHD è un potenziale problema per la società, per la salute pubblica e per la polizia" (19).

Nella regione del New South Wales "è stata espressa preoccupazione, durante l'inchiesta, per bambini che a scuola vendevano o scambiavano i loro farmaci con altri bambini" (20).

L'International Narcotics Control Board delle Nazioni Unite ha lanciato l'allarme sull'aumentato abuso ricreazionale del metifenidato nel mondo (21). Tale abuso è stato anche associato con altre forme di dipendenza e spesso costituisce un facile primo passo verso il mondo della droga.

La Drug and Enforcement Administration negli Usa ha affrontato questo problema, sostenendo che "un numero di studi recenti e casi di abuso tra gli adolescenti indicano che il metilfenidato può essere un fattore di rischio per abuso di sostanze" (23).

Un recente studio dell'Università della California, che ha seguito 500 ragazzi per 26 anni, ha trovato che "il Ritalin è la porta d'ingresso per altre sostanze, in particolare cocaina. La ricercatrice Nadine Lambert conclude che il Ritalin rende il cervello più suscettibile alla dipendenza da cocaina e raddoppia il rischio di abuso" (24).

Esiste un ampio riconoscimento, anche tra i sostenitori del modello medico dell'ADHD, che ci sono altre forme di trattamento disponibili, come la terapia familiare e l'educazione dei genitori. Nessuna di queste ed altre modalità d'intervento comporta un pericolo per la salute fisica del bambino. In particolare, alla luce di una metanalisi che dimostra che non c'è nessun miglioramento nell'apprendimento scolastico per i bambini trattati con psicostimolanti (25), appare completamente senza senso mettere a rischio non solo la salute del bambino, ma anche la comunità dell'infanzia nel suo insieme, continuando a permettere l'indiscriminata distribuzione di questi pericolosi psicofarmaci.

MANCANZA DI ATTENDIBILITA' NELLE DIAGNOSI

L'attendibilità di una diagnosi si riferisce al suo grado di "discutibilità", cioè fino a che punto possiamo fidarci del fatto che la diagnosi sarà la stessa, indipendentemente da chi fa gli accertamenti o in che luogo. Ad esempio, un braccio fratturato si riconosce ai raggi X e c'è un'alta probabilità che, interpellando 100 ortopedici con la stessa radiografia, tutti e 100 faranno la stessa diagnosi. "Braccio fratturato" è una diagnosi altamente attendibile. Al contrario, quella di ADHD è completamente inattendibile. "Non ci sono criteri diagnostici obiettivi per l'ADHD, né sintomi fisici, né segni neurologici o test ematici... Non si può effettuare nessun esame fisico per verificare che il bambino ha l'ADHD" (26).

La considerazione che 100 medici esprimerebbero pareri diversi su di un bambino che qualcun altro ha diagnosticato come affetto da ADHD, nasce dalle forti differenze nei tassi di prevalenza internazionali.

"La prevalenza di ADHD nel Regno Unito è dell'1% o meno, mentre negli Usa o in Australia sembra 10/12 volte maggiore" (27).

Sorprendentemente ciò significa che se si portano 12 bambini con diagnosi di ADHD da Perth a Londra, per degli accertamenti, è statisticamente verosimile che solo uno avrà la conferma della diagnosi. Quindi la "malattia" è grossolanamente sovrastimata in Usa, Canada e Australia, oppure è grossolanamente sottostimata nel Regno Unito (e nella maggior parte del resto del mondo). In entrambi i casi è una diagnosi su cui non si può fare affidamento: manca di attendibilità. Persino all'interno dei singoli paesi ampie variazioni dei tassi di prevalenza sottraggono attendibilità: per esempio, un'analisi sull'uso di stimolanti per l'ADHD negli USA ha rilevato che "gli adolescenti del Sud hanno il 71% di probabilità in più di quelli del Nord di assumere farmaci, e quelli degli stati centroccidentali il 51% in più" (28).

Uno sguardo attento ai criteri diagnostici e una comprensione del DSM mette in luce alcune delle ragioni di questa inattendibilità: la gente crede che esista un processo scientifico o obiettivo per identificare le malattie e questo è vero di solito in medicina, ma spesso non è vero in psichiatria. L'American Psychiatric Association ha pubblicato "la bibbia" delle diagnosi psichiatriche, il Diagnostic and Statistical Manual, giunto alla sua quarta edizione (DSM IV). Un osservatore nel 1987 aveva così commentato: "il livello di sforzo intellettuale era paurosamente basso. Le diagnosi erano sviluppate con voto a maggioranza, nello stesso modo in cui si sceglie un ristorante: a te piace mangiare italiano, a me cinese, allora andiamo al bar. E poi questo viene immesso nel computer." Un famoso psichiatra americano, già responsabile del Centro per lo studio della schizofrenia al National Institute of Mental Health, affermò: "Il DSM-IV è un'invenzione con cui la psichiatria cerca consenso dalla medicina in generale. Gli addetti ai lavori sanno bene che è un documento più politico che scientifico".

Il Dr. Lawrence Diller, parlando del procedimento con cui furono decisi i criteri del DSM-IV, illustra questo fatto: "il gruppo di studio aveva deciso che solo 5 dei 9 sintomi, fossero richiesti per una diagnosi di ADHD, ma sorprendentemente i supervisori del DSM-IV annullarono questa decisione e aumentarono il numero dei sintomi richiesti a 6. Presumibilmente erano preoccupati che 5 criteri fossero troppo pochi e che questo potesse risultare in un numero eccessivo di bambini diagnosticati con questo tipo di ADD. L'arbitrarietà della loro azione ha poco a che fare con la scienza" (31).

Nella società occidentale, che spesso mette i medici su un piedestallo, può essere veramente scioccante per la gente rendersi conto che questa diagnosi psichiatrica così popolare fu "inventata" da un gruppo di persone sedute intorno a un tavolo e non da ricercatori che avevano scoperto qualcosa in laboratorio.

*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*

Il risultato del procedimento del DSM è una categoria diagnostica, l'ADD/ADHD, completamente arbitraria e basata esclusivamente su comportamenti. I criteri diagnostici fanno sorgere ovvie questioni sulla validità della diagnosi stessa, ma anche la descrizione dei sintomi è totalmente soggettiva, quindi intrinsecamente non attendibile: per formulare diagnosi di ADHD il bambino deve avere 6 di una lista di 9 sintomi di inattenzione, oppure 6 di una lista di 9 sintomi di iperattività-impulsività; tali sintomi devono persistere per almeno sei mesi, ad un grado incompatibile col normale livello di sviluppo. Comunque, non esistono linee-guida obiettive per accertare il "grado" richiesto di incompatibilità, e ciò è lasciato alla discrezione del singolo medico. Ancora peggio, ognuno dei 18 sintomi di ADHD è qualificato dalla parola "spesso". Che cosa si intende per: agitarsi "spesso", oppure avere "spesso" difficoltà ad organizzare i propri compiti? Per un osservatore, un bambino che è agitato "tutti i giorni" potrebbe sembrare normale, ma per un altro (che magari non ha figli) un bambino che si agita in due occasioni potrebbe apparire come "spesso". I problemi di attendibilità non finiscono qui.

"Persino al di là del termine "spesso", il resto della definizione usa una terminologia ambigua e vaga. Quali errori sono "di distrazione"? Che cosa costituisce una "difficoltà" nell'organizzarsi? Chi decide quali attività richiedono "notevole impegno mentale"? Che cosa significa "facilmente" distraibile? Quando un movimento diventa "agitazione"? Chi stabilisce quando "ci si aspetta che rimanga seduto"? Quand'è che correre, o saltare, o parlare, diventano atteggiamenti "eccessivi?" (33).

Alcuni dei principali sostenitori del modello medico dell'ADHD negli USA, che pure credono che sia una vera malattia, hanno riconosciuto la mancanza di attendibilità diagnostica. Nel 1998, i National Institutes of Health tennero una Conferenza di Consenso sulla diagnosi e il trattamento dell'ADHD, con testimonianze di esperti che supportavano il modello medico. Alla fine della conferenza il Dr. David Kupfer riconosceva che "non c'è attualmente nessun test diagnostico" (34) e un altro membro del gruppo notò che "la diagnosi è un pasticcio" (35).

MANCANZA DI VALIDITA' DELLA DIAGNOSI

La validità di una diagnosi si riferisce al grado con cui essa descrive qualcosa di reale e che può essere provato. "A dispetto dei milioni di dollari spesi negli ultimi 20 anni in ricerca, molta della quale finanziata dall'industria farmaceutica, nessuno è ancora capace di definire questa malattia" (36).

Incredibilmente ci sono molti professionisti in vari campi, che riconoscono che non ci sono prove dell'esistenza dell'ADHD. Ad esempio la psicologa Diane McGuinness dice: "la ricerca meticolosamente rigorosa, indica che l'ADHD come sindrome semplicemente non esiste" (37).

Il neurologo Fred Baughman: "noi non stiamo sottodiagnosticando o sovradiagnosticando, sottotrattando o sovratrattando l'ADHD: questa malattia è stata al 100% una frode totale, nei suoi 35 anni di storia" (38).

Il Professor Robert Reid, dell'Università del Nebraska: "le cause dell'ADHD sono semplicemente sconosciute" (39).

L'Australian National Association of Practising Psychiatrists: "l'ADHD non è una malattia ereditaria o organica e non c'è nessuna prova scientifica che esista come disturbo" (40).

Lo psichiatra Denis Donovan: "genitori e insegnanti hanno fretta di identificare una patologia. La nostra attuale tendenza a classificare patologico il comportamento, conduce ad un massiccio incremento della schiera dei malati, quelli disfunzionali, quelli che presentano disordini o disabilità" (41).

*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*

Il medico pediatra William Carey, dell'Ospedale Infantile di Filadelfia: "ciò che ora, negli USA, viene descritto come ADHD, appare come un insieme di normali variazioni comportamentali. Questa discrepanza mette in dubbio la validità del costrutto" (42).

Lo psicologo John Breeding: "la diagnosi di ADHD è una frode" (43).

Tunku Varadarajan, del Wall Street Journal: "l'ADHD è una sciocchezza, così come lo era l'ADD" (44).

La scrittrice Beverly Eakman: "questi farmaci rendono i bambini più malleabili, non certo migliori. L'ADHD non è una malattia del cervello. Poiché la diagnosi è fraudolenta, non importa se il farmaco funziona. I bambini sono costretti ad assumere una sostanza più potente della cocaina per una malattia che ancora deve essere provata" (45).

Lo psicologo Richard DeGrandpre, cita una ricerca pubblicata su *Pediatric*, una rivista medica americana, che mostra come l'80% dei bambini considerati iperattivi a casa o a scuola manifestavano un comportamento esemplare nello studio del medico: "questa ricerca è consistente, con numerosi studi e articoli che riportano un notevole disaccordo tra genitori, insegnanti e medici, su chi è meglio qualificato per formulare una diagnosi. Ciò fa sorgere dei dubbi sull'esistenza dell'ADHD come reale fenomeno medico, visto che solo questi sintomi sono la base per la diagnosi" (46).

Lo psichiatra Peter Breggin: "è importante per la Commissione Educazione capire che la diagnosi di ADD/ADHD è stata formulata per giustificare l'uso di farmaci che rendessero più docili i bambini a scuola" (47).

Hillary Clinton, Senatrice degli USA (ex first lady): "alcuni di questi ragazzi hanno problemi che non sono nient'altro che i sintomi dell'infanzia e dell'adolescenza" (48).

Lo psichiatra Sidney Walker: "la comunità medica ha elevato l'ADD/ADHD allo stato di diagnosi e la gente crede che siano delle vere malattie, ma non lo sono, e i medici che etichettano un bambino con l'ADHD o l'ADD non hanno idea di che cosa essi siano malati" (49).

L'educatore e ricercatore Brenton Prosser: "la definizione dominante di questa condizione sostiene che è essa ha basi fisiologiche e deve essere trattata con anfetamine, ma non c'è nessuna prova biologica per queste affermazioni" (50).

La Conferenza di Consenso del 1998, tenuta dai National Institutes of Health, giunse a queste conclusioni. "Non abbiamo un test valido per l'ADHD e non ci sono dati per credere che sia dovuto ad un cattivo funzionamento del cervello" (51).

Rimane la questione del perché sia i medici che il pubblico si riferiscono all'ADHD come ad un disturbo dimostrabile, mentre c'è un'ampia evidenza che non lo è. Questo fenomeno è stato spiegato dal Dr. John Jureidini, capo del Dipartimento di Medicina Psicologica all'Ospedale delle Donne e dei Bambini di Adelaide, Sud Australia, in risposta ad una domanda di una commissione parlamentare affermò: "c'è un'abbondante letteratura che considera un dato di fatto che l'ADHD sia una condizione neurobiologica, e da qui si parte per parlare delle varie forme di trattamento. Una volta che si hanno migliaia di articoli pubblicati su qualcosa, come può qualcuno alzarsi e dire "questa cosa non esiste"? Voglio dire che riconosco senza problema che ci sono bambini in difficoltà a causa di disturbi dell'attenzione o iperattività. Non sto dicendo che questi bambini non hanno disagi o non sono meritevoli d'attenzione, sto solo dicendo che l'ADHD, come malattia, è un'entità spuria" (52).

Per distinguere tra malattie reali e malattie metaforiche, lo psichiatra americano Thomas Szasz nota: "dire che, ad esempio, AIDS e ADHD sono tipi radicalmente diversi di malattie o più precisamente che la seconda non è affatto una malattia, è una cosa così politicamente scorretta che viene scartata a priori" (53).

*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*

I sostenitori del modello biomedico di ADHD amano dire che siamo sul punto di trovare un'eziologia, ma lo stanno dicendo da almeno 20 anni. Resta il fatto che non c'è nessuna validità scientifica nella malattia chiamata ADHD.

MANCANZA DI CONSENSO INFORMATO

Non esiste più il fondamentale diritto umano del diritto all'integrità del proprio corpo. Una garanzia dei principali sistemi legali è che le persone innocenti devono essere protette da tutto ciò che capita al loro corpo senza il loro consenso.

Secondo un articolo del DePaul Journal of Health Care Law: "il vero consenso è l'esercizio di una scelta informata, il che implica l'opportunità di ottenere le conoscenze per valutare le opzioni disponibili e i rischi connessi" (54).

Il consenso senza informazione non è affatto un consenso: non vengono mai segnalate ai genitori ai cui figli viene fatta diagnosi di ADHD né la mancanza di affidabilità della diagnosi, né la mancanza di validità. Non viene detto che non ci sono prove organiche o fisiologiche associate con la diagnosi e che nessuno è stato in grado di dimostrare che la malattia esista. Spesso non si illustrano ai genitori i pericoli degli psicostimolanti. La legge australiana e la legge internazionale (in particolare la Convenzione sui Diritti del Bambino delle Nazioni Unite) richiedono che ogni individuo abbia il diritto di esprimere un consenso riguardo alla violazione della sua integrità personale e fisica. Ai bambini ed agli adolescenti non viene quasi mai data la possibilità di un consenso al trattamento con psicostimolanti, ed ovviamente non sono al corrente del dibattito nella comunità scientifica riguardo alla diagnosi. Questa palese violazione di un elementare diritto umano, non sarebbe tollerata se fatta direttamente, ma come "cura medica" essa diventa più elusiva e difficile da combattere.

PERCHE' LA DIAGNOSI DI ADHD E' COSI' POPOLARE?

Negli ultimi 25 anni c'è stata una vera e propria impennata nel numero di bambini a cui è stata fatta diagnosi di ADHD in Australia. Data la riconosciuta mancanza di una causa nota o di un marcatore organico/biologico, sorge il problema del perché tale diagnosi è così popolare: ci sono quattro categorie, per cui la diagnosi di ADHD rappresenta una manna dal cielo, dal punto di vista economico, pratico ed emotivo.

1) **Le industrie farmaceutiche.** Il mercato degli stimolanti specifici per l'ADHD supera i 600 milioni di dollari all'anno di profitto netto solo negli USA (oltre 2 miliardi di dollari giro d'affari lordo, ndr). Con un tale profitto, non c'è da stupirsi che le maggiori compagnie farmaceutiche siano state dei grandi fautori delle diagnosi psichiatriche in generale e dell'ADHD in particolare. La Novartis, detentrica del brevetto originale del metilfenidato (Ritalin ®, il farmaco più comune per l'ADHD), l'ha ampiamente pubblicizzato su riviste mediche e media, con annunci che puntavano direttamente a convincere i genitori che i loro figli avrebbero tratto beneficio dall'uso di stimolanti. La Novartis ha anche generosamente finanziato un gruppo di supporto di genitori per l'ADHD: Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD). Forse la più preoccupante affermazione è quella di un neuroscienziato, Professore Emerito di Psicologia all'università del Michigan: "sono convinto che l'industria farmaceutica spenda un'enorme quantità di denaro per aumentare i suoi profitti, influenzando i medici e l'opinione pubblica, con metodi che a volte distorcono la verità e che spesso non sono nel migliore interesse della scienza e del pubblico" (57).

2) **I medici.** Il primo motivo per cui i medici sono attratti dall'idea dell'ADHD come entità biomedica, è che essi desiderano essere utili ai loro pazienti. Un paziente va a farsi visitare con un sintomo e loro formulano la diagnosi e la terapia. Se l'ADHD non

*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*

esistesse e i cattivi comportamenti facessero parte della normale esperienza dell'infanzia, oppure dipendessero da qualche difetto ambientale, i medici non potrebbero dare aiuto. Invece i farmaci stimolanti che essi possono prescrivere producono l'effetto desiderato dai genitori e dagli insegnanti, così i medici si sentono gratificati per essere stati d'aiuto ai loro pazienti (o almeno ai genitori dei loro pazienti). Inoltre non bisogna trascurare il motivo del profitto. Lo psichiatra americano Peter Breggin ha affermato: "gruppi di interesse hanno fatto pressioni per decenni, per impadronirsi del mercato dei farmaci per i bambini e i loro medici" (58).

Tunku Varadarajan ha scritto sul Wall Street Journal: "perché gli psichiatri ricevano rimborsi dalle compagnie di assicurazione, occorre che essi etichettino un paziente con una patologia riconosciuta. Per questo motivo essi diagnosticano sempre più condizioni. Aspetta la prossima edizione del DSM e vedrai almeno altre 50 condizioni patologiche aggiungersi alla lista!" (59).

3) **I genitori.** La più importante forza per rendere popolare la diagnosi di ADHD (ed il consumo di stimolanti) sono stati i genitori. Senza un mercato il fenomeno sarebbe morto alle origini. Molti gruppi di supporto per i genitori sono convinti che l'ADHD sia una malattia "reale" e parlano della diagnosi e della terapia con stimolanti come di "un miracolo" per i loro bambini e le loro famiglie. Chiunque abbia lavorato con famiglie che hanno problemi di comportamento di un bambino sa perfettamente quale fascino abbia la diagnosi sui genitori: infatti nella società occidentale è un luogo comune che se tuo figlio si comporta male, tu non sei un bravo genitore; se tuo figlio dà dei problemi a scuola o con gli altri bambini, è sottinteso che tu non sei capace o non vuoi educarlo. L'idea che il comportamento dei loro bambini sia causato da una malattia libera alcuni genitori dal sospetto di essere inadeguati e li trasforma in "martiri" che devono lottare per la salute del figlio. Invece di sottoporsi a terapia familiare, per comprendere come mai il bambino si comporta male e cosa potrebbero fare, vanno dai gruppi di supporto dove ricevono solidarietà per essere stati toccati da un destino crudele. La seduzione è completa quando inizia il trattamento con stimolanti: gli studi hanno dimostrato che i farmaci stimolanti rendono più docili tutti i bambini, sia quelli che hanno problemi di comportamento che quelli che non ne hanno. Ovviamente i genitori, preoccupati dai problemi dei loro figli, sono felici nel vederli più obbedienti. Non c'è più disagio sociale, né richiami a scuola: nessuna meraviglia che i genitori richiedano la diagnosi di ADHD e vi credano.

4) **La scuola.** E' un dato di fatto che la scuola pubblica è sovraffollata e male finanziata. Gli insegnanti hanno a che fare con 30, 35 alunni per classe, a cui tentano di dare un'istruzione dignitosa. Se uno studente rappresenta un elemento di disturbo, l'insegnante giustamente vuole che tale disturbo cessi. Quando poi altri genitori si lamentano con la Direzione per il comportamento di quello studente, la direzione pretende che tale comportamento cessi. Se il ragazzo può essere "diagnosticato e trattato", le cose andranno meglio per la classe e l'intera scuola. Queste dinamiche sono state così potenti, che alcuni stati negli USA hanno dovuto emanare delle leggi che impedissero al personale non medico di fare diagnosi e consigliare terapie.

La combinazione di tutte queste forze rende chiaro il perché l'ADHD è diventata un'epidemia in Australia. Quando la diagnosi è formulata e il bambino è in terapia, tutti sono felici, e il cerchio si chiude: le compagnie farmaceutiche aumentano le vendite, il medico acquista un altro cliente, i genitori sono riabilitati e la scuola ha risolto un problema. Tutti sono felici, tranne il bambino. E il bambino non ha voce in capitolo.

RACCOMANDAZIONI

(tratte da "Bambini del Queensland a rischio: sovradiagnosi di ADHD e abuso di farmaci stimolanti") (60)

Medici, educatori e ricercatori a volte tendono a giocare sull'equivoco per apparire più professionali, ma quando la salute e il benessere emotivo dei nostri bambini sono in pericolo, è il momento di essere espliciti, guardare i fatti e dire la verità. Stiamo somministrando farmaci potenti e pericolosi per una malattia la cui esistenza non è dimostrata.

Stiamo permettendo che bambini in età prescolare siano trattati con stimolanti, a dispetto del fatto che il loro uso è sconsigliato al di sotto dei 6 anni e non si conoscono i potenziali danni a lungo termine.

Stiamo permettendo una tale proliferazione di stimolanti, che questi farmaci vengono venduti e scambiati tra i bambini, come caramelle.

Stiamo esponendo i nostri bambini a farmaci pericolosi, contro l'evidenza che l'unico effetto è quello di creare bambini più docili ed obbedienti.

Non diamo sufficienti informazioni ai genitori perché siano in grado di esprimere un consenso davvero informato, e non diamo nessuna informazione di base ai minori, violando l'etica medica, la legge dello Stato e la legge internazionale.

Ci sono pochi punti di accordo nella controversa materia dell'ADHD, ma dovrebbe esserci un accordo almeno sul fatto che occorrono ulteriori ricerche. Ci sono troppe incognite e chi sostiene che "ci sono le prove" non dice la verità.

E' cattiva scienza trattare qualcosa, prima di sapere che cos'è. Dati i riconosciuti rischi degli stimolanti per il bambino, la famiglia e la società, il buon senso richiede di sospendere l'uso di questi farmaci, finché non abbiamo identificato con precisione che cos'è l'ADHD, se pure c'è qualcosa da identificare.

Abbiamo urgente bisogno di:

- 1) dichiarare una moratoria sull'uso degli stimolanti in attesa che i ricercatori trovino una causa organica dell'ADHD, dimostrino che gli stimolanti sono efficaci nel curare questa patologia e sicuri a lungo termine per la crescita del bambino. Almeno va dichiarata un'immediata moratoria per i bambini al di sotto dei 6 anni;
- 2) garantire che genitori e bambini siano consapevoli del dibattito scientifico sull'ADHD e che firmino un consenso informato prima di ricevere la terapia farmacologica;
- 3) richiedere un consulto da parte di un esperto nel campo dell'infanzia prima di iniziare terapie sui bambini, e richiedere approcci alternativi con altri tipi di intervento prima del trattamento con farmaci stimolanti.

Mettere un freno agli ingranaggi dell'ADHD non sarà popolare per i genitori, che affidano agli stimolanti il controllo dei loro figli e nello stesso tempo evitano di assumersi le proprie responsabilità; non sarà popolare per gli insegnanti, che affidano agli stimolanti il compito di calmare gli alunni che creano difficoltà nella classe; non sarà popolare per certi medici, che non conoscono altro modo di essere utili se non prescrivere farmaci stimolanti per il controllo del comportamento; sicuramente non sarà popolare per le compagnie farmaceutiche, che vedranno ogni discussione aperta e onesta come una minaccia ai loro profitti da miliardi di dollari.

Questa presentazione è una preghiera a prendere una posizione chiara e onesta su questa controversa materia, una preghiera a proteggere i nostri bambini, che non possono proteggersi da soli da questi pericoli, e non hanno bisogno di "etichette" e farmaci.

In definitiva è una preghiera a celebrare la creatività, la spontaneità e l'energia dell'infanzia e a cogliere la bellezza unica di ogni bambino.

Dr. Bob Jacobs

(fonte: NEXUS, ed. Australiana)

Nota sull'autore: il dr. Bob Jacobs da oltre 30 anni assume le difese di bambini, come insegnante, psicologo e procuratore. Ha conseguito una laurea in Psicologia all'International University e una laurea in Legge all'università della Florida. Tra le molte altre attività è attualmente "Equal Justice Works Yellow" e fa parte del Comitato nazionale organizzatore del "Children Rights Network" di Amnesty International negli USA. Questo suo articolo si basa su una ricerca personalmente condotta nel 2002, in associazione con Youth Affaire Network of Queensland (<http://www.yanq.org.au>) e sulla sua vasta esperienza personale.

Note:

1. Psychologist Rosemary Boon, quoted in "50,000 hyperactive children on pills", The Sun-Herald, Sydney, June 30, 2002, p. 10.
2. Shaw, Mitchell and Hilton, "Are stimulants addictive in children?", Australian Family Physician, vol. 29, no. 12, December 2000.
3. Mackey, P. and Koprass, A., "Medication for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): An Analysis by Federal Electorate", Parliament of Australia, Current Issues Briefs 11, 2000-2001, April 3, 2001, p. 2.
4. New South Wales Commission for Children and Young People, Issue Paper No. 5, 2002, p. 6.
5. Ryan, Siobhain, "Australian kids first in mind medicine", The Courier-Mail, Brisbane, July 1, 2002, p. 5.
6. National Health and Medical Research Council (NHMRC), "Attention Deficit Hyperactivity Disorder", 4.1, 1997.
7. Baughman Jr, Fred A., MD, The ADHD Consensus Conference: End of the Epidemic.
8. Smith, Lawrence and Parent, "Ritalin prescription takes life of 14-year-old", available at <http://www.rense.com/general25/14.htm> (last visited 05/07/02)
9. "Is Drugging Children the Answer?", Media Release, Youth Affairs Network of Queensland, July 1, 2002, at <http://www.yanq.org.au/>.
10. Parliament of South Australia, Inquiry Into Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Sixteenth Report of the Social Development Committee, January 10, 2002.
11. "ADHD" Facts, available at http://www.fightforkids.com/adhd_facts.htm (last visited July 5, 2002).
12. Dulcan, M. (1994) Treatment of Children and Adolescents", in R.E. Hales, S.C. Yudofsky and J.A. Talbot (eds), The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Association Press, Washington, DC, 1994, 2nd edition, pp. 1209-1250.
13. Breggin, Peter R., Talking Back to Ritalin, 1998, p. 25.
14. The Courier-Mail, Brisbane, November 13, 2001, p. 3.
15. Benedetto Vitiello, at National Institutes of Mental Health (NIMH) and Food and Drug Administration (FDA) joint conference on future testing and use of psychotropic drugs in children, 1995.
16. Breggin, supra note 13, p. 54.
17. Arnold, L. Eugene and Jensen, Peter S., MD, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1995.
18. Breggin, Peter R., MD, "Upcoming Government Conference on ADHD and Psychostimulants Asks the Wrong Questions", available at <http://www.breggin.com/consensuswrong.html> (last visited July 5, 2002).
19. Crime and Misconduct Commission (CMC), "The Illicit Market for ADHD Prescription Drugs in Queensland", Crime Bulletin Series, no. 4, April 2002, p. 2.
20. New South Wales Commission for Children and Young People, Issue Paper No. 3, 2002, p. 6.

*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*

21. CMC, "The Illicit Market for ADHD Prescription Drugs in Queensland", *ibid.*, p. 3.
22. USA Today Magazine, March 2001.
23. Drug Enforcement Administration (DEA), "Methylphenidate (A Background Paper)", Drug and Chemical Evaluation Section, Office of Diversion Control, DEA, US Department of Justice, Washington, DC, October 1995.
24. Massachusetts News, "Ritalin: Violence Against Boys", available at <http://www.massnews.com/vioboy.htm> (last visited July 2, 2002).
25. Purdie, N., Hattie, J. and Carroll, A., "A Review of the Research on Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: What Works Best?", *Review of Educational Research*, Spring 2002.
26. Breggin, Talking Back to Ritalin, *ibid.*, pp. 141-142.
27. Jacobs, Bob, "Queensland Children At Risk: The Over Diagnosis of 'ADHD' and the Overuse of Stimulant Medication", Youth Affairs Network of Queensland, August 2002, available at <http://www.yanq.org.au/pdfs/Queensland%20Children%20at%20Risk%20Web%20version.pdf>.
28. Elias, Marilyn, "Ritalin Prescribed at Disparate Rates", USA Today, February 4, 2003.
29. Caplan, Paula, "They're Driving Us Crazy", quoted in "Death from Ritalin: The Truth Behind ADHD", available at <http://www.ritalindeath.com/Page/Contro4/html> (accessed June 7, 2002).
30. Loren Mosher quoted in "Death from Ritalin: The Truth Behind ADHD", available at <http://www.ritalindeath.com/Page/Contro4/html> (accessed June 7, 2002).
31. Diller, Lawrence, *Running on Ritalin*, Bantam, 1998, p. 60.
32. Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition, 1994.
33. Jacobs, *supra* note 27, p. 16.
34. Kupfer, David J., NIH Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of ADHD, November 16-19, 1998.
35. Vonnegut, Mark, NIH Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of ADHD, November 16-19, 1998.
36. Jacobs, Bob, "Australian Children at Risk", *Law and Policy Journal of the National Children's and Youth Law Centre* 6, September 2002, Article 13, p. 7.
37. McGuinness, Diane, "Attention deficit disorder: The emperor's new clothes, animal 'pharm', and other fiction", in S. Fisher and R.P. Greenberg (eds.), *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1989, pp. 151-188.
38. Baughman, Fred A., "The Totality of the ADD/ADHD Fraud", available at <http://www.home.att.net/~Fred-Alden/Es5.html> (accessed August 7, 2002).
39. Robert Reid, Oral Testimony to the South Australia Parliamentary Committee Inquiry into Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hansard, June 21, 2001, p. 9.
40. Gil Anaf, Oral Testimony to the South Australia Parliamentary Committee Inquiry into Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hansard, August 24, 2001, p. 61.
41. Denis Donovan, quoted in "ADHD" Facts, available at http://www.fightforkids.com/adhd_facts.htm (accessed May 7, 2002).
42. Carey, William B., National Institutes of Health Consensus Conference on ADHD, November 16-18, 1998.
43. Breeding, John, "Does ADHD Even Exist? The Ritalin Sham", *Mothering*, July 2000, available at <http://www.wildcolts.com> (accessed May 7, 2002).
44. Varadarajan, Tunku, "Shrinking to Excess: I'll be damned if I let a psychiatrist near my son", *The Wall Street Journal*, August 21, 2001.
45. Eakman, Beverly, quoted in "ADHD" Facts at http://www.fightforkids.com/adhd_facts.htm (accessed 07/05/02).
46. DeGrandpre, Richard, from *Ritalin Nation* (Norton, 2000), quoted in "ADHD" Facts, available at http://www.fightforkids.com/adhd_facts.htm (accessed 07/05/02).
47. Breggin, Peter R., Testimony before Subcommittee on Oversight and Investigations, Committee on Education and the Workforce, US House of Representatives, September 29, 2000.
48. Rodham Clinton, Hillary, in USA Today Magazine, March, 2001.
49. Walker III, Stanley, quoted in "Death from Ritalin: The Truth Behind ADHD", available at <http://www.ritalindeath.com/Page/Control.html> (accessed 07/05/02).
50. Prosser, Brenton, "Hearing Silenced Voices: using narrative research with marginalised youth", Flinders Institute for the Study of Teaching, August 1998,

available at <http://www.users.senet.com.au/~tolls/rants/hearingsilenced.htm>
(accessed 07/03/02).

51. National Institutes of Health Consensus Development Conference on ADHD, Final Statement, November, 18, 1998.
52. John Jureidini, Oral Testimony to the South Australia Parliamentary Committee's Inquiry into Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hansard, September 21, 2001, p. 119.
53. Szasz, Thomas, *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America*, Praeger, 2001, p. xxiv.
54. Baker, J., "Tardive Dyskinesia: Reducing Medical Malpractice Exposure Through a Risk-Benefit Analysis", *DePaul Journal of Health Care Law*, 1997.
55. Queensland Law Reform Commission, *Consent to Health Care of Young People*, Volume Three: Summary of the Commission's Report, Report No. 51, December 1996.
56. New South Wales Commission for Children and Young People, "Inquiry Into The Use of Prescription Drugs and Over-the-Counter Medications in Children and Young People", Issue Paper No. 1: Background Issues, 2002, p. 15.
57. Elliot Vanetin quoted in "Death from Ritalin: The Truth Behind ADHD", available at <http://www.ritalindeath.com/Page/Contro6.html> (accessed July 5, 2002).
58. Breggin, supra note 13, p. 176.
59. Varadarjin, supra note 44.
60. Jacobs, "Queensland Children At Risk", supra note 27