

Farmacovigilanza e psicofarmaci ai minori: il farmacista di supporto alle famiglie

Autore: Prof.ssa Emilia COSTA, Professore Emerito di Psichiatria (titolare 1^a Cattedra di Psichiatria dell'Università di Roma "La Sapienza" e Primario di Psicofarmacologia al Policlinico "Umberto I°" di Roma)
Prof. Claudio AJMONE, psicologo e psicoterapeuta, Presidente dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Mentale
Dr. Luca POMA Giornalista scientifico, Portavoce nazionale del Comitato "Giù le Mani dai Bambini", Segretario Generale della Federazione delle Associazioni di Volontariato Ospedaliero e Socio-Sanitario (Ospedale San Giovanni Battista "Molinette" di Torino)

"Giù le Mani dai Bambini"® è un organizzazione (di seguito per praticità denominato "il Comitato") composta da oltre duecento enti, tra i quali undici università, Ordini dei Medici, ASL, Ospedali, associazioni socio-sanitarie e di promozione sociale, che promuove l'omonima campagna nazionale di farmacovigilanza in età pediatrica, la più visibile iniziativa di questo genere in Italia, con focus sulla disinvoltata somministrazione di farmaci psicoattivi (di seguito per praticità denominati "psicofarmaci") a bambini ed adolescenti, con particolare riguardo al diritto al consenso informato e al diritto alla libertà di scelta terapeutica. La nostra organizzazione, che mette in rete oltre 260.000 "addetti ai lavori" del settore salute, si giova – oltrechè di un nutrito numero di consulenti

esterni - anche di un comitato scientifico permanente (di seguito per praticità denominato "gli esperti"), composto da accademici di chiara fama, tutti esperti indipen-



denti nel proprio campo di specializzazione. Il Comitato gestisce inoltre il portale www.giulemanidai-bambini.org, il più visitato sito internet in lingua italiana su questi argomenti, che raccoglie un ricco database di ricerche scientifiche ed un significativo corpo di informazioni approfondite sull'argomento, quotidianamente consultate da giornalisti, medici, specialisti, insegnanti e famiglie. Il Comitato ha preso con chiarezza posizione sulle strategie ed i passaggi operativi che stanno contraddistinguendo la reimmissione in commercio del metilfenidato, prodotto d'elezione negli interventi terapeutici sull'ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder, la sindrome dei bambini agitati e distratti) e più in generale sull'attuale scenario nazionale in tema di

somministrazione di psicofarmaci ai minori, che investe ben più ampie fasce di popolazione rispetto a quelle diagnosticate a diagnosticabili "ADHD". In linea di principio e salvo diversa indicazione, i rilievi posti in questo nostro intervento s'intendono quindi estesi al fenomeno delle diagnosi improprie, dell'abuso ed anche solo dell'improprio uso di tutte le categorie di farmaci psicotropi somministrati a bambini ed adolescenti, primi tra tutti quelli somministrati a fronte di episodi depressivi, oggetto di recente delibera EMEA per l'abbassamento ad otto anni della soglia minima d'età per la somministrazione.

E' di tutta evidenza che la figura professionale del farmacista ricopre un ruolo cruciale in questo scenario, in quanto, dopo il pediatra di famiglia, è il sanitario che più frequentemente s'interfaccia con i genitori. Proprio per questo il nostro Comitato ha da tempo avviato collaborazioni a più livelli con il

mondo delle farmacie: 2.500 farmacie italiane nel 2007 hanno distribuito materiali informativi su queste delicate tematiche, predisposti dal nostro ente, Fenagifar è un partner stabile della Campagna, e con le FederFarma regionali vi sono collaborazioni a vari livelli. La formazione del farmacista, come operatore "di prima linea" del settore sanità, è quindi per noi una priorità. Per quanto concerne l'ADHD, il nostro Comitato condivide in toto i contenuti della lettera a firma dei dottori Galves, Walzer, Cohen, Duncan, Dunlap, Friedman, Greening, Johnson, Karon, Schneider, Simon e Sliclen, tutti autorevoli membri dell'ICSPP - International Center for the Study of Psychiatry and Psychology in USA, indirizzata all'APA (American Psychiatric Association), della quale pure diversi tra i citati specialisti - specializzati in psichiatria e psicologia - fanno parte. Questi medici hanno contestato le seguenti affer-

mazioni dell'APA, riprese indirettamente anche nei protocolli approvati dall'Istituto Superiore di Sanità che regolano la somministrazione di psicofarmaci ai bambini:

"l'ADHD è generalmente considerata un'anormalità neurochimica"
"la maggior parte delle persone affette da ADD/ADHD presenta tale anormalità sin dalla nascita, per quanto essa possa non essere diagnosticata fino all'età adulta."

"L'ADHD non è in ogni caso causata da un 'non ottimale' rapporto con i genitori, da un contesto familiare difficile, nè da formazione inadeguata o nutrizione inappropriata."

La lettera citata è una vera e propria descrizione delle falle nell'argomentazione scientifica usata da certi specialisti per sostenere che l'ADHD è un disordine neurochimico presente sin dalla nascita e che non ha niente a che vedere con un'inadeguata educazione del bambino, con contesti familiari difficili o contesti sociali ed educativi oppressivi od inumani. Essa descrive anche il pericolo derivante da queste convinzioni e dall'approccio terapeutico basato su dette convinzioni, che paiono disconoscere completamente - ed erroneamente - le reciproche e bidirezionali interazioni mente/corpo. Il nostro Comitato intende quindi con questa comunicazione sottoscrivere tale lettera, diversi passaggi della quale vengono qui di



seguito letteralmente richiamati, con l'aggiunta di numerose riflessioni redatte dai nostri esperti. Nell'ordine:

1) "L'ADD/ADHD è generalmente considerata un'anormalità neuro-chimica"

Per quanto l'ADD/ADHD possa essere comunemente considerata un' "anormalità neurochimica", non ci sono prove scientifiche certe per sostenere questa tesi. Come per la documentazione dell'APA analizzata dall'ICSP, le dimostrazioni scientifiche richiamate nel protocollo diagnostico-terapeutico dell'ISS contengono prove ambigue e per certi versi incoerenti, secondo le quali il cervello di individui con ADD/ADHD diagnosticata sarebbe "diverso" da quello degli individui cui il disordine non è stato diagnosticato (Goldstein and Goldstein, Barkley, Ross and Ross). Tuttavia, anche se ci fossero prove ben più solide ed evidenti, e così non è, ciò non dimostrerebbe che l'ADD/ADHD sia **causata** da tali dinamiche biologiche.

Tutto ciò che possiamo dedurre dall'esame attento di questa letteratura scientifica, è che è provata una **correlazione** fra le dinamiche biologiche e la categoria ADHD. Poiché quest'argomentazione è riferita a delle correlazioni e poiché il cervello è un organo vivente e funzionante, che reagisce costantemente agli stimoli



mediante complessi cambiamenti neurochimici e di altro tipo, è altrettanto - se non maggiormente - possibile che le dinamiche biologiche siano il **risultato** di un'interazione di emozioni, pensieri, intenzioni e comportamento sperimentati dagli individui diagnosticati. Vi invitiamo a leggere in quest'ottica i risultati delle seguenti ricerche, già richiamate nella citata lettera dell'ICSP:

- Jeffrey Schwartz ed altri dell'UCLA hanno scoperto che un gruppo di persone sofferenti di disordini ossessivi-compulsivi presentavano "anormalità" cerebrali. Metà di tali individui era sottoposta a terapia farmacologia, mentre l'altra metà riceveva una "terapia della parola" di tipo conognitivo-comportamentale. Tutti i pazienti sono migliorati e, quando Schwartz

ha controllato i loro cervelli, ha rilevato che erano cambiati allo stesso modo. Presumibilmente, la terapia cognitiva-comportamentale ha avuto sulla conformazione cerebrale lo stesso impatto della terapia farmacologica;

- Mark Rozensweig et altri hanno scoperto che i cervelli delle scimmie cresciute in ambienti più salutari avevano un maggior numero di neuroni e connessioni fra i neuroni (sinapsi) più complesse di quelle delle scimmie cresciute in ambienti impoveriti;
- Franz Alexander ha scoperto che le persone private dai genitori di supporto, stima e tempo sufficiente durante la crescita, erano più soggette a rischi di iperattività tiroidea rispetto alle persone cresciute in ambienti

migliori sotto il profilo educativo;

- James Pennebaker ha scoperto che gli studenti incaricati di scrivere circa i traumi sofferti e le proprie paure, relazioni e aspettative, avevano un sistema immunitario più forte ed erano più in salute degli studenti incaricati di scrivere su temi emotivamente meno coinvolgenti;
- altri studi hanno dimostrato una relazione fra la tendenza alla depressione e le seguenti variabili psicologiche:

- essa (Lehmicke & Hicks);
- basso livello di autostima e alto livello di stress (Kreger);
- perdita di controllo su alcune importanti variabili della propria vita (Jense, Cardello & Baun);
- sistema competitivo stabile piuttosto che flessibile (Seligman);
- alto livello di personalità auto-distruttiva (McCutcheon).
- uno studio recente dei ricercatori della Cornell University ha scoperto che un corso di due settimane di lettura terapeutica



- traumi subiti in età infantile (Kramer);
- elevato bisogno di un'importante relazione, o perdita di

ha cambiato significativamente la fisiologia del cervello in studenti dislessici (Rappaport, 2003);

- un recente studio dello psichiatra di Seattle Arif Khan (Khan ed altri) ha indicato una notevole affinità fra gli effetti di placebo e di farmaci antidepressivi nella sperimentazione originale FDA di queste medicine;
- Leuchter e altri ricercatori dell'UCLA (Leuchter ed altri) hanno scoperto che questi effetti placebo consistono in rilevanti cambiamenti nelle funzioni cerebrali. Studi simili **non** sono stati effettuati su soggetti affetti da ADD/ADHD nè su individui che potrebbero aver subito alterazioni cerebrali temporanee o permanenti in conseguenza di cure mediche stimolanti tipicamente escluse o controllate nelle ricerche su ADD/ADHD (Leo & Cohen);
- Baumeister e Hawkins hanno effettuato un'esauritiva ricerca sui tentativi di identificare uno o più siti neuroanatomici correlati all'ADD/ADHD, mediante tecniche strutturali e funzionali di neurovisualizzazione come PET, scanning positronico, MRI e misurazioni elettrofisiologiche. I ricercatori hanno affermato che, *"nonostante sembri essere oggi condiviso dagli esperti che l'ADHD sia associata ad anomalie cerebrali strutturali e/o funzionali l'indagine in corso indica che la letteratura di neurovisualizzazione non fornisce prove convincenti sull'esistenza"*

di anomalità nei cervelli di persone affette da ADHD”;

- tre recenti ricerche scientifiche (Max ed altri, Peterson ed altri, Zametkin ed altri) affermano che *“l’iperattività e la disattenzione possono essere causati da diversi fattori nocivi cerebrali non riconducibili all’ADHD, come un basso peso prenatale, l’intossicazione da piombo, la sindrome feto-alcologica, etc”* e che *“nei bambini diagnosticati ADHD non sono stati riscontrati indicatori neurologici particolari, ne strutturali, ne funzionali, ne chimici”*. I dati scientifici non depongono a favore di un’anomalia cerebrale, ma suggeriscono invece che i comportamenti dei bambini presentino variazioni nella popolazione generale, e non già secondo dei picchi specifici con variazioni tali da evidenziare un preciso disturbo. I comportamenti “anormali” propri dell’ADHD non sono infatti quasi mai distinguibili dalle normali variazioni del temperamento (W. Carey), e sostenere a priori l’origine biologica dell’ADHD ha quindi più a che fare con un sorprendente “pregiudizio” che non con un approccio scientifico basato sulle evidenze;
- inoltre, una ricerca di Rapoport e Inoff, della Divisione di Psichiatria dell’Infanzia del National Institute of Mental



Health (USA), svolta anche su bambini, adolescenti e giovani adulti “normali”, ha indicato chiaramente come questi psicofarmaci stimolanti *“hanno effetti comportamentali simili sia in bambini iperattivi che in bambini normali”*. Anche in questo caso quindi, la non univocità del parere degli esperti deve suggerirci perlomeno la necessità di prestare una grandissima attenzione prima di procedere alla somministrazione di psicofarmaci ad un minore;

- tra gli ulteriori motivi di preoccupazione, così numerosi da non rendere possibile una citazione esaustiva in questo contesto, ricordiamo ancora quanto citato nella nostra pubblicazione *“Bambini e Psicofarmaci: nuova emergenza sanitaria”* (3^a ed, aprile 2005):
- come confermato da Brandon,

White ed Andersen esiste il timore che l’assunzione di questi potenti psicofarmaci possa incidere sensibilmente sulla capacità di reazione neuronale agli stimoli esterni, con effetti che persistono nei periodi di vita successivi, inclusa la predisposizione all’abuso di sostanze stupefacenti in adolescenza e nell’età adulta. Questa evidenza scientifica e riscontrabile anche in ricerche analoghe effettuate presso il Dipartimento di Psichiatria dell’Università di Miami e presso ospedali e cliniche universitarie (Mendes et altri, Lambert et altri);
- una recente ricerca (Bolanos, Barrot et altri) dimostra ad esempio che il trattamento con questo tipo di psicofarmaci altera in misura significativa in età adulta la risposta comporta-

mentale alle emozioni. Sono infatti ormai sempre più numerosi gli esperimenti che dovrebbero indurre gli operatori sanitari ad una ben maggiore prudenza. I ricercatori sanno già da tempo che alcuni tipi d'esperienze, come quelle coinvolte nell'apprendimento, possono modificare fisicamente la struttura del cervello e influenzare il comportamento. Per contro, i più recenti studi dimostrano che l'esposizione a psicofarmaci stimolanti può ridurre la capacità di specifiche cellule cerebrali di mutare come conseguenza dell'esperienza. *“La capacità delle esperienze di alterare la struttura del cervello - spiega infatti la dott. sa Nora Volkow, del National Institute on Drug Abuse (NIDA), Stati Uniti - e forse uno dei meccanismi principali con cui la rielaborazione del “passato” può influire sul comportamento e la cognizione nel futuro. Tuttavia, quando queste alterazioni vengono prodotte da psicofarmaci, la situazione cambia”*;

- Kolb e Robinson hanno effettuato una serie di esperimenti per studiare come gli psicofarmaci interagissero per produrre cambiamenti nella struttura del cervello, scoprendo che questi psicofarmaci aumentano la ramificazione e la densità dei neuroni in alcune regioni, ridu-

cendola però in altre, e causando quindi una diversa reazione ai cambiamenti strutturali indotti dall'ambiente e dall'esperienza. A conclusioni simili sono giunti Brown, Carrey e Wilkinson hanno provato che la somministrazione quotidiana di psicofarmaci ai bambini e direttamente la causa di modificazioni di alcuni geni a livello di sistema nervoso centrale, mentre Moll, Hause, Ruther ed altri hanno per la prima volta accertato *“cambiamenti duraturi - e persistenti dopo il termine dei trattamenti - nello sviluppo di parti del sistema nervoso centrale, causati dalla somministrazione precoce di psicofarmaci stimolanti durante la fase giovanile”*;

- occorre richiamare anche i commenti ad una nota ricerca scientifica di Henderson e Fischer: *“...cambiamenti patologici ed una vasta catena di alterazioni furono osservate dopo 14 settimane di sperimentazione, sia in soggetti sottoposti a somministrazione di psicofarmaci a mezzo iniezione, che in soggetti sottoposti a somministrazione per via orale. Le osservazioni mostrano definitivamente che nei soggetti trattati con dosi terapeutiche si presentavano lesioni cardiache, e che esse persistevano anche dopo la sospensione delle somministrazioni. Degno di nota fu*

anche il rapido sviluppo dei cambiamenti patologici, a volte entro sole 3 settimane. La possibilità d'irreversibilità e i profondi cambiamenti strutturali osservati in un paziente in terapia a lungo termine con psicofarmaci stimolanti, suggerisce che queste scoperte possono avere conseguenze cliniche delle quali i medici dovrebbero essere coscienti...”

- un'equipe di specialisti dell'Università di Maracaibo, richiamata in bibliografia, ha fornito informazioni dettagliate sulla riduzione dei sintomi del disordine da disattenzione ed iperattività, comparando un programma di addestramento dei genitori con terapia cognitivo-comportamentale (senza l'ausilio di psicofarmaci), con un esperimento clinico con psicofarmaci stimolanti: *“entrambi i gruppi mostrarono un miglioramento nei loro sintomi, ma non ci fu differenza in efficacia nei due gruppi di trattamento”*.

L'efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali e di pedagogia clinica non supportate da psicofarmaci è stata anche confermata da altri studi (Frolich et al.) e da successivi esperimenti, perfezionati anche in Italia (p.es. equipe Tarracchini/Salvadori), di imminente pubblicazione a cura dello scrivente Comitato. Molti opera-

tori continuano a pensare che, se gli stimolanti portano ad un miglioramento nel comportamento del bambino, questa e di per se una buona ragione per persistere con la diagnosi ADHD e proseguire nella somministrazione dei farmaci. Cio che viene trascurato e che **tutti gli stimolanti cerebrali**, inclusi quelli di origine naturale come la caffeina, ottengono il risultato di migliorare le prestazioni cognitive di tutti i soggetti, inclusi quelli normali. Ma a quale prezzo le prestazioni vengono migliorate utilizzando psicofarmaci?

- infine, ultimo ma non ultimo, una recente meta-analisi di esperimenti sul metilfenidato, controllati a random, ha evidenziato che diversi dei più noti esperimenti che concludevano con rilievi a favore della terapia farmacologica erano di scarsa qualità e 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 quattro settimane di trattamento non venivano presi in considerazione.

Le prove sopra presentate contraddicono le affermazioni contenute nel protocollo diagnostico-

terapeutico dell'ISS. Il criterio scientifico della funzionalità ci porta quindi a conclusioni completamente diverse rispetto a quelle raggiunte dall'ISS, un sistema di conclusioni secondo il quale le dinamiche biologiche che l'ISS afferma legate all'ADD/ADHD a livello cerebrale **possono essere spiegate più accuratamente come risultato di variabili psicologiche ed ambientali** piuttosto che di un cervello danneggiato nel suo sviluppo, malato o disfunzionante. La dinamica psicofisica che è stata studiata più approfonditamente a questo proposito è la reazione umana allo stress. La reazione umana allo stress è una profonda e complessa dinamica biochimica e fisiologica, preceduta dalla percezione di un pericolo e dalla comprensione che il pericolo è reale e va affrontato. Le variabili psicologiche dalla reazione umana allo stress precedono e probabilmente causano le variabili fisiologiche, piuttosto che il contrario (Everly, Selye).

Come sostenuto dall'ICSPP, chiamare l'ADHD una "anormalità neurochimica" con "cause biologiche" significherebbe sottendere che questa non abbia a che fare con il modo in cui il bambino pensa, sente, reagisce, comprende, percepisce, riorganizza e reagisce. Implica invece che i comportamenti non siano sotto il controllo del bambino o di chi entra a far

parte del mondo del bambino e che questi non abbiano per certi versi nulla a che vedere con il modo in cui il bambino scopre e organizza il significato di quel mondo.

Inoltre, la dizione "l'eziologia di questa sindrome [ADHD] è sconosciuta" è adottata:

- 1) dalla Novartis ©, nel "Riassunto delle caratteristiche del prodotto" del metilfenidato (Ritalin®) redatto per gli addetti ai lavori
- 2) dalla Food and Drug Administration (FDA)
- 3) dalla Drug Enforcement Administration (DEA)
- 4) dal National Institute of Mental Health (NIMH) che ha dichiarato quanto sopra in occasione di una deposizione giurata del suo rappresentante Dr. Richard Nakamura davanti al "Committee on Government Reform, United States House of Representatives";
- 5) dal Consensus di Torino, maggio 2005.

Il Comitato ha quindi del tutto legittimamente richiesto all'ISS una rettifica della frase adottata a seguito dell'emanazione delle linee guida SINPIA, laddove si afferma che "l'ADHD è una malattia cronica". L'aggettivo "cronica", riferito ad una malattia, è in questo caso del tutto illegittimo, in quanto solo una parte non ancora esattamente definita di bambini

manifesta in età adulta il disturbo, ed inoltre tale dicitura prefigura fin da subito una prescrizione farmacologica a vita, ed è quindi con ragionevole certezza un chiaro presupposto di abuso.

2) La maggior parte delle persone affette da ADD/ADHD presenta tale anomalia sin dalla nascita, per quanto possa non essere diagnosticato fino all'età adulta."

Questo implicherebbe che l'ADD/ADHD sia un disordine genetico. Viene ampiamente promozionata dall'ISS tutta una serie di ricerche intente a dimostrare che questo disordine è essenzialmente il risultato di fattori genetici. La maggior parte di queste ricerche trova ragione di esistere in studi che paragonano il tasso di corrispondenza di tale disordine fra gemelli monozigoti e gemelli dizigoti. In teoria queste ricerche hanno evidenziato corrispondenze molto maggiori fra i gemelli monozigoti che fra i gemelli dizigoti (Goodman & Stevenson, Pauls, Biederman ed altri, Gillis ed altri, Edelbrock ed altri, Sherman ed altri). Ciononostante, il risultato di questo tipo di ricerche è distorto da errori molto importanti, come i seguenti, rilevati nel documento ICSP:

- tutte queste ricerche sono basate sull'assunto che gemelli



monozigoti e dizigoti siano cresciuti in ambienti identici. Tale assunto è sbagliato. Come ha spiegato Jey Joseph, "i gemelli monozigoti trascorrono più tempo insieme di quelli dizigoti, e ancora più spesso si vestono in maniera simile, studiano insieme, hanno gli stessi amici stretti e frequentano le occasioni sociali insieme. James Shields, nel suo celebre studio sui normali gemelli compagni di scuola ha rilevato che il 47% dei gemelli monozigoti aveva un "rapporto molto stretto", che si aveva invece solo nel 15% dei gemelli dizigoti. Secondo un test condotto da Kringlen, il 91% dei gemelli monozigoti ha provato "confusione di identità durante l'infanzia", cosa avvenuta solo per il 10% dei gemelli dizigoti. Kringlen ha anche rilevato che i gemelli monozigoti erano più spesso considerati dagli altri simili come due gocce d'acqua (76% nei monozigoti contro lo 0% dei dizigoti), "cresciuti come se fossero una cosa sola" (72% contro il 19%) e "bambini inseparabili" (73% contro il 19%). Il 65% dei gemelli monozigoti ha affermato di avere un livello d'intimità "estremamente alto" a fronte solo del 19% dei di zigoti". Poichè l'assunto dell'ambiente identico **non è valido**, le correlazioni richiamate possono essere perlomeno tanto il risul-

tato di fattori ambientali quanto di fattori genetici;

- le scoperte di influenze genetiche sul comportamento sono confutate dal fatto che i geni dirigono la sintesi proteica, ma che la sintesi proteica può essere distorta da fattori ambientali come lo stress, un trauma e la mancanza di attenzione da parte dei genitori (Hubbard & Wald). Il processo di manifestazione dei geni è molto più complesso di quanto si possa pensare seguendo gli articoli di giornali popolari (Commoner). Perciò il processo d'influenza dei geni sul comportamento di una persona è esso stesso notevolmente influenzato da fattori ambientali;
- per dimostrare scientificamente il nesso di causalità fra i geni e alcuni aspetti del comportamento della persona, dovrebbe essere identificato il preciso meccanismo genetico coinvolto. Come Ross & Ross hanno sottolineato: *“gli unici procedimenti che potrebbero definire precisamente il meccanismo genetico sarebbero gli studi di segregazione - che potrebbero essere effettuati su esseri umani tenuti in condizioni molto poco comuni - e studi di correlazione, che richiederebbero l'identificazione della sequenza genetica associata all'iperattività... e queste sono possibilità per le quali non c'è ancora alcuna prova”*

Come ancora sostenuto degli specialisti dell'ICSP, queste mancanze portano a dubbi sulla validità del filone di ricerca che intenderebbe dimostrare una causalità genetica dell'ADD/ADHD. Pur senza considerare questi notevoli fattori di contaminazione e ostacolo agli esperimenti, la ricerca sui fattori genetici dell'ADHD è obiettivamente valida per non oltre il

suggerito che fattori caratteriali come il livello di attività, la soglia di reattività, l'intensità della reazione, la distrazione, la durata dell'attenzione e la persistenza di questi elementi nel tempo possano essere associati con le caratteristiche di disordini comportamentali come l'ADD/ADHD, che compaiano successivamente. Thomass & Chess hanno indicato,



50% del campione. Questa è una base molto poco affidabile per la dichiarazione secondo la quale l'ADD/ADHD è presente sin dalla nascita.

Un secondo approccio alla dimostrazione della causalità genetica è lo studio della correlazione fra il temperamento infantile (Thomas e Chess) e le successive diagnosi di ADD/ADHD. Alcuni studiosi hanno

per esempio, che *“gli aspetti del temperamento hanno un ruolo significativo nello sviluppo di disordini comportamentali infantili”*. Ciononostante, questi stessi ricercatori hanno concluso che *“in nessun caso un dato schema comportamentale ha causato disturbi comportamentali. Uno sviluppo deviante è sempre stato il risultato di un'interazione*



fra l'attitudine individuale del bambino e aspetti significativi del contesto in cui cresce". Inoltre, uno studio più accurato di questi fattori ha rivelato che *"il contributo delle caratteristiche familiari e delle caratteristiche prenatali è superato dal contributo di fattori costitutivi (iperattività in famiglia, malattie croniche infantili e caratteristiche del temperamento) e dall'ambiente domestico (ambiente competitivo, garanzia di apprendimento in età infantile e interazione fra genitore e figlio, etc)"* (Lambert & Harsough).

Un terzo approccio alla dimostrazione della causa genetica per l'ADHD è la ricerca che confronta l'incidenza di ADHD o di simili

disordini comportamentali sui parenti dei bambini diagnosticati, con quella sui parenti dei bambini non diagnosticati (Safer, Biederman et altri, Pauls). Questa ricerca è confutata dall'impossibilità di controllare i molti fattori ambientali che potrebbero concorrere a spiegare la trasmissione intergenerazionale delle anomalie mentali nelle famiglie. Ricerche sulle dinamiche di "attaccamento ai genitori" e dei traumi dimostrano la profonda influenza del rapporto genitore-bambino nei primi mesi di vita sulla salute mentale degli individui (Holmes, Bretherton, Crittenden, Lewis, Amini & Lannon, Herman, Van der Kolk, McFarlane &

Weisath). Nessuna delle ricerche sull'incidenza dell'ADHD nelle famiglie ha purtroppo posto attenzione a questi fattori fondamentali, e questa superficialità d'analisi parebbe sufficiente per sollevare dubbi seri circa l'affidabilità delle conclusioni raggiunte da queste ricerche.

La ricerca ed il senso comune confermano che l'aspetto genetico deve avere una certa influenza sul temperamento e, dunque, su altri comportamenti che caratterizzano l'ADHD. Ciononostante, le ricerche dimostrano anche che l'influenza genetica non è un fattore scatenante. I tre psichiatri Lewis, Amini e Lannon hanno posto la questione in questi termini: *"il patrimonio genetico soggiace alla macro e micro-anatomia di base del cervello; l'esperienza dunque restringe il campo delle molteplici possibilità di realizzazione ad un esito determinato. Anzichè molte possibilità, solo alcune. Anzichè alcune possibilità, una sola. Mentre i geni sono fondamentali nello stabilire alcuni aspetti dell'emotività, l'esperienza gioca un ruolo centrale nell'attivare e disattivare i geni. Il DNA non è il destino del cuore; la lotteria genetica può decidere le carte del mazzo, ma l'esperienza sceglie quelle che avrai in mano... Come molti dei loro giocattoli, i bambini una volta nati hanno bisogno di attuare un vero e pro-*

prio assemblaggio. Il cervello di un bambino non si può sviluppare normalmente senza l'influenza coordinatrice fornitagli dalla comunicazione limbica. Le parole confuse e rumorose che si scambiano i bambini piccoli con i genitori, gli sguardi fissi, roteanti e buffi fra le facce del bambino e del genitore, sembrano innocui se non insensati; non si sospetterebbe che dietro tutto ciò ci sta svolgendo il processo formativo della vita. Ma sin dal loro primo incontro, i genitori guidano lo sviluppo cerebrale del bambino con cui stanno avendo a che fare. Nei primi anni di vita del bambino, i genitori ne modellano il cervello donandogli emozioni e costituendo il nucleo neurale del suo io”

Un esame bilanciato di queste ricerche indica che non c'è prova evidente che l'ADD/ADHD sia presente sin dalla nascita come sostenuto dall'ISS, e che i fattori genetici sono, al più, un'influenza secondaria sui comportamenti che caratterizzano l'ADD/ADHD.

Inoltre ricordiamo come molti degli esperti consultati dall'ISS rivendicano il fatto che l'ADHD non curato conduce a danni significativi per gli individui che ne soffrono, ma non solo gli autori alludono a un'associazione statistica con la causa che **non è affatto dimostrata**, ma come se non bastasse le prove richiamate in questa nostra lettera suggeriscono che il tratta-

mento farmacologico ha al massimo un effetto **irrilevante** sui risultati a lungo termine.

Peraltro genera allarme **il rischio di alterazione genetica derivante dall'uso del farmaco a normale dosaggio terapeutico**: un recentissimo studio scientifico del

Dipartimento di Medicina dell'Università del Texas, che è seguito ad altri studi dello stesso tipo giunti alle medesime conclusioni (vedi sezione Ricerca Scientifica del portale www.giulemanidaibambini.org), ha infatti fatto chiarezza su questo punto.

La ricerca - effettuata non su cavie ma su bimbi in normale cura con metilfenidato - conferma un triplicamento delle anomalie nei cromosomi dopo soli 3 mesi di terapia, associata ad un aumento del rischio tumore oltre la norma. *“E' stato abbastanza sorprenden-*

te che tutti i bambini che assumevano metilfenidato manifestassero un aumento di anomalie genetiche in un così breve periodo di tempo”, afferma il dott. Randa A. El-Zein, Professore di Epidemiologia al M.D. Anderson. L'uso - non l'abuso - di metilfenidato (principio base del metilfenidato e di altri psicofarmaci somministrati ai minori) pare quindi causare quindi una maggiore esposizione al rischio di cancro e di mutazioni genetiche per i bambini.

3) “L'ADHD non è causata da un non ottimale rapporto con i genitori, da un contesto familiare difficile, nè da formazione inadeguata o nutrizione inappropriata.”

Nei fatti, la maggior parte delle prove scientifiche dimostra che l'ADHD è significativamente asso-



ciata a bisogni d'attenzione non corrisposti durante l'infanzia, difficili contesti familiari, scuola oppressiva e contesti sociali inadeguati. Pur senza voler criminalizzare i genitori od investire la famiglia dell'intero pacchetto di responsabilità, non possiamo non rilevare come un numero significativo di ricercatori abbiano scoperto un'associazione fra le caratteristiche comportamentali dell'ADHD e le seguenti caratteristiche del contesto familiare:

- instabilità familiare, differenze nel sostegno alla competizione all'interno della famiglia, apprendimento prematuro, pratiche disciplinari eccessivamente rigide, interesse soffocante sull'andamento scolastico del bambino, percezione negativa e pessimistica da parte dei genitori circa le competenze scolastiche e intellettuali del figlio accompagnata da un minore livello di aspettativa e minore desiderio di partecipare col figlio ad attività didattiche (Lambert & Harsough)
- emotività dei genitori pericolosa e inadeguata, nonché rifiuto inconscio del figlio da parte dei genitori che scaricano sul figlio i propri problemi (Lambert)
- eccesso di critiche da parte della madre e generale insoddisfazione circa il proprio ruolo di genitore (Goodman & Stevenson)
- attitudine ipercritica e distruttiva

del padre, approccio incoerente, impaziente e di eccessiva pressione sul bambino e madri giudicate emotivamente disturbate (Thomas & Chess)

- ansia materna e preoccupazione per la maternità (Sameroff & Chandler)
- madri autoritarie, genitori sofferenti di depressione, alcolismo, disordini comportamentali, comportamenti anti-sociali e difficoltà di apprendimento, madri meno reattive alla comunicazione positiva o neutra dei propri bambini (Barkley)
- attitudine negativa, critica e autoritaria verso l'attività educativa (Campbell)
- poco impegno nell'attività educativa da parte dei genitori, ostilità e discordie coniugali (Cameron)



- maggiore ostilità familiare durante i litigi, livello di aggregazione familiare insufficiente e liti ripetute riguardo problemi scolastici o problemi dei fratelli, genitori che si irritano di fronte alle richieste di autonomia dei figli in crescita e che attribuiscono la disobbedienza dei figli a cattive intenzioni degli stessi (Robin, Kraus, Koeple & Robin)
- genitori dal comportamento aggressivo e di ostilità indiscriminata, ma sottomessi e accondiscendenti con i figli durante gli incontri relativi all'educazione dei figli (Patterson)
- disarmonia nella relazione fra madre e figlio nei primi mesi (Battle & Lacy)
- esperienze altamente stressanti per i genitori o bassi livelli di autostima (Goldstein & Goldstein)
- madri troppo critiche verso i figli vivaci durante l'infanzia e che hanno mostrato una disaffezione per essi, che hanno in seguito continuato a disapprovare e a usare punizioni severe per la disobbedienza durante gli anni di scuola elementare e che reputano bassa l'intelligenza dei figli (Ross & Ross).

Per contro, gli autori e gli studi citati nei documenti ISS non riescono a considerare due importanti aree di ricerca che hanno chiaramente dimostrato l'impatto dell'esperienza infantile familiare

sulle caratteristiche comportamentali dell'ADHD: il bisogno di attenzione ed i traumi. Gli studiosi specializzati nella disamina del bisogno di attenzione hanno rilevato significative correlazioni fra la qualità della relazione tra il bambino e i genitori a un anno di vita e le capacità scolastiche e sociali ed i livelli di ansia e di salute generale del bambino nella scuola primaria e secondaria (Goldberg, Muir & Kerr). Come afferma J. Holmes *"lo studio sul bisogno di attenzione ha mostrato come il senso di sicurezza di un bambino in età scolare sia enormemente influenzato dalla coerenza, reattività e sintonia che il bambino ha sperimentato con i genitori durante l'infanzia"*. Probabilmente, il comportamento che è usato come indice per diagnosticare ADHD può essere visto come la reazione normale e comprensibile di un bambino insicuro ad una situazione di stress.

Inoltre, è d'**estrema importanza** ricordare come i ricercatori che hanno studiato i traumi infantili hanno scoperto che le esperienze traumatiche in età infantile hanno un enorme impatto sulla capacità di chi le subisce di modulare l'emotività e di reagire in maniera efficace ed appropriata ad esperienze impegnative e frustranti (Van der Kolk, Mc Farlane & Weisaeth, Herman). Le vittime di traumi infantili tendono a reagire



più esageratamente a situazioni di minaccia e di avversità, a reagire impulsivamente, o si proteggono rifugiandosi dentro se stesse. Tutti questi tipi di comportamento vengono utilizzati come indicatori a se stanti per diagnosticare l'ADHD. Le esperienze traumatiche non devono necessariamente mettere a rischio la vita per produrre impatti del genere. Possono consistere in mancanza di amore, di supporto, di attenzione durante l'infanzia, di affermazioni che vengono percepite come minacce alla vita stessa. Deutsch ed altri hanno scoperto che i bambini adottati – ad esempio - sono più esposti alla diagnosi di ADHD dei bambini non adottati. Ciò può essere compreso se consideriamo il fatto che tutti i bambini adottati hanno sofferto il trauma di essere allontanati dalla madre naturale. La scarsa attenzione ai due punti chiave della ricerca riguardo a)

l'attaccamento ai genitori e b) i traumi in relazione alle prime esperienze e ai tipi di comportamento usati per classificare l'ADHD, sono le mancanze forse più eclatanti tra quelle riscontrate nelle ricerche citate dall'ISS. Il protocollo diagnostico-terapeutico dell'ISS, così come gli analoghi documenti dell'APA che hanno generato la presa di posizione del ICSP, negano anche l'impatto della "bassa qualità dell'insegnamento" sull'ADHD. L'ICSP sostiene, ed il nostro Comitato condivide appieno, che per quanto la bassa qualità dell'insegnamento da sola non vada colpevolizzata per l'insorgere dell'ADD/ADHD, l'ambiente - probabilmente non ottimale per bambini con qualche disturbo del comportamento - della tipica scuola pubblica rimane comunque uno dei fattori principali di acuzie del disagio. I programmi educativi in atto sembra-

no progettati apposta per “tirar fuori a forza” nozioni dalle bocche passivamente recettive degli studenti attraverso metodi spesso ripetitivi, noiosi, schematizzati, generalizzati e standardizzati, e non c’è quasi mai la minima opportunità per un “apprendimento attivo”. Non si chiede quasi mai ad un bambino “che cosa voglia realmente imparare”, nè come lo voglia fare. I bambini sono soggetti ad un sistema di valutazione tarato in modo discutibile, in cui viene posta al centro della griglia di valori l’intelligenza linguistico-matematica, a discapito di altri tipi di intelligenza altrettanto importanti: musicale, spaziale, meccanica, cinestetica, interpersonale e intrapersonale. Se i bambini diventano annoiati, frustrati, e se ne lamentano, si dice loro di stare zitti oppure li si sanziona sotto il profilo disciplinare. Quel

che è peggio, questi bambini potrebbero essere etichettati nella categoria educativa speciale dell’ADD/ADHD ed essere portati in classi “meno iperstimolanti”. In queste circostanze, è al bambino che si attribuiscono le cause del “problema” e dell’“anormalità”, piuttosto che ad un più vasto sistema sociale che fallisce nel suo compito. Molti studenti hanno testimoniato i modi in cui la scuola tipica colpisce i bambini smettendo di incoraggiarli a diventare quegli esseri unici, diversi e creativi che vorrebbero essere (Leonard, Holt, Gatto). Altri hanno osservato che l’ADHD viene diagnosticata sulla base del comportamento che i bambini tengono in una classe tipica e che, se posti in ambienti meno “oppressivi”, questi stessi bambini non manifestano comportamenti del genere. Così Alfie Kohn si chiede se “si

diagnosticano i bambini o l’ambiente didattico”. E Willerman chiede: “*dovremmo classificare come una malattia quello che è un alto livello di attività e una mancanza di tolleranza all’essere forzati a prestare attenzione a una cosa a cui non si vuole prestare attenzione?*”. Anche alcuni tra i ricercatori citati dall’ISS hanno trovato prove dell’impatto ambientale scolastico sulla diagnosi di ADHD:

- la disattenzione si presenta più drammaticamente in situazioni che richiedono al bambino di prestare attenzione a compiti banali, noiosi, ripetitivi e che non abbiano le benchè minime implicazioni immediate (Barkley)
- il fallimento di un compito o un’improvvisa riduzione di una ricompensa promessa, o un controllo più serrato sul bambino possono compromettere



seriamente il comportamento (Barkley);

- i bambini iperattivi in età pre-scolare erano notevolmente più vivaci, difficili e disobbedienti dei loro compagni non iperattivi quando veniva loro richiesto di partecipare ad attività di tipo didattico-passivo, come sedersi intorno a un tavolo e ascoltare, ma erano indistinguibili dai loro compagni nelle normali attività di ricreazione (Ross & Ross);
 - il punto in cui si comincia a manifestare l'iperattività coincide spesso con il portone della scuola (Ross & Ross);
 - i bambini iperattivi danno il proprio meglio in attività incentrate sull'autonomia, mentre il loro comportamento deteriorava spesso in attività "incentrate sugli altri" (Ross & Ross);
 - i bambini iperattivi hanno un momento difficile a scuola, soprattutto nell'adolescenza, in cui l'impegno diventa più serrato e il successo diventa un importante obiettivo; questa situazione migliora una volta adulti, quando possono **scegliere autonomamente** un lavoro in cui possono aver successo (Ross & Ross);
- Stiamo diagnosticando un bambino o stiamo diagnosticando un ambiente didattico che è intollerabile e danneggia un particolare gruppo di bambini con certe caratteristiche, alle quali

si dà poi il nome di "malattia mentale" solo perchè alcuni di noi hanno scelto di chiamarle così? Possiamo pensare a molte ragioni per le quali un bambino possa decidere di opporsi all'obbligo di prestare attenzione a qualcosa che non vada incontro ai suoi bisogni o che lo distolga da qualcosa che considera più importante in quel momento:

- potrebbe avere pensieri tanto preoccupanti da togliergli spazio per qualunque altro pensiero: avrò mai amici affidabili e che mi diano sicurezza? Posso fare qualcosa per aiutare i miei genitori ad essere felici, così che possano lavorare meglio per darmi attenzione? Perchè ho così tanti problemi a svolgere questo lavoro e gli altri bambini ne sembrano invece capaci?
 - potrebbe avere un desiderio irrefrenabile di esprimere un talento o una qualità che non gli viene riconosciuta. Quando Picasso aveva 10 anni, i suoi insegnanti erano molto preoccupati perchè l'unica cosa che voleva fare era... disegnare (!).
- Per i più pratici psicologi professionisti trattare preoccupazioni del genere come una "malattia mentale" e spiegarla come una "predisposizione innata" non rende giustizia ad un bambino la cui crisi individuale merita di essere compresa e usata come opportunità

di apprendimento, al fine di imparare non come leggere, scrivere e fare i conti, ma come gestire le proprie emozioni, i pensieri e le intenzioni e come sentirsi a proprio agio con gli altri bambini senza perdere di vista se stesso. Che l'ADD/ADHD sia generalmente considerata un'anormalità genetica e neurochimica, senza legami con l'attitudine educativa dei genitori e dell'ambiente, è un esempio di contrasto fra l'opinione comune e la prova scientifica. Che cosa si può guadagnare da opinioni del genere? Questo, purtroppo, non è certo un nuovo dilemma per la nostra disciplina. L'ICSPP sostiene, ed il nostro Comitato condivide, che ci sono diversi studiosi convinti che l'attuale criterio di definizione diagnostica dell'ADHD - come quello di molte altre malattie contenute nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali) - sia stato redatto in maniera controversa (Caplan) e che l'ADHD stessa sia stata dimostrata solo attraverso procedimenti poco accurati e approfonditi, con strumenti di discutibile validità e affidabilità (Carey, Armstrong). Ricordiamo a tal proposito, come sostenuto da Sami Timimi e da altri 33 specialisti del suo team, che 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' come minimo sorprendente che studi epidemiologici tutti apparentemente "seri" 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, con margini di variazione anche a due cifre percentuali. Inoltre, 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. La diffusione della categoria diagnostica dell'ADHD sta avvenendo a spese dello sviluppo di un movimento culturale attento alla cura dei bambini che possa sorgere da un cambiamento di valori, costumi e di obiettivi nella vita sociale e lavorativa, nell'impegno educativo, nel rapporto coi media, nella percezione ed organizzazione del tempo. Ogni accademico dovrebbe essere

aperto alla moltitudine di voci e prospettive che ci aprono a questi cambiamenti, piuttosto che "vendere" la propria credibilità ad una singola prospettiva che disprezza o minimizza fattori come questi in favore di una sospetta spiegazione riduzionista e biologica.

Questa nostra presa di posizione dovrebbe giungere come un allarme, all'attenzione delle autorità di controllo sanitario del nostro paese, com'è stato per quella indirizzata dall'ICSPP all'APA: il rischio è di giustificare ed esorcizzare il nostro fallimento nell'identificare con precisione e nel risolvere efficacemente i problemi del bambino, che traggono origine dall'iniquità, dall'ingiustizia, dalla mancanza di solida guida dei genitori e dai difetti dell'istruzione pubblica. Se vediamo l'iperattività, l'impulsività e la "disinibizione" che caratterizzano l'ADHD come dettate dalla genetica o da non meglio definite dinamiche biologiche, allora le chiamiamo "malattia" e le curiamo con psicofarmaci e tecniche di condizionamento attivo. Se vediamo quegli **stessi identici** comportamenti come una reazione del bambino ad una situazione difficile, repulsiva, oppressiva, abusiva, che non gli dà rilievo, peso ed affermazione, allora li consideriamo come una reazione normale e comprensibile e la curiamo aiutando il bambino, la famiglia e gli educatori ad iden-

tificare una reazione ed una soluzione migliore, più adatta e più stimolante.

Gli specialisti dell'ICSPP, ed i nostri esperti con loro, osservano: cosa c'è di male se dei medici, degli psicologi e degli psichiatri come noi non condividono con l'esistenza di cause biologiche o neurobiologiche dell'ADHD? Cosa c'è di male se noi abbiamo messo in guardia contro l'uso e l'abuso della categoria di ADHD su bambini agitati, disobbedienti, traumatizzati o stranieri con atteggiamenti difensivi? Cosa c'è di male se ci si interroga sull'affidabilità e sulla validità delle procedure diagnostiche dell'all'ADHD e degli altri disturbi comportamentali dell'infanzia e dell'adolescenza? Se i bambini siedono immobili o prestano attenzione agli insegnanti e agli educatori, non significa certo che essi **non** abbiano dei problemi. Tutto ciò che desideriamo dimostrare è che non esiste una "vera ADHD", ma solo un'ADHD "supponibile". Ci sono moltissimi medici che non sottoscriverebbero il modello medico riduzionista legato ai tentativi di legittimare l'ADHD come un cosiddetto "disordine neurochimico". **Hanno considerato le stesse prove considerate dall'ISS, e sono giunti a conclusioni opposte!** Le istituzioni pubbliche hanno a nostro avviso il compito **e l'obbligo** di rappresentare una sintesi

equilibrata fra i punti di vista professionali delle diverse categorie di specialisti, **che ha eguale dignità scientifica**, e che in quanto tale egualmente dovrebbe essere tenuto in considerazione ed adeguatamente pubblicizzato dal Ministero della Sanità italiano. Come potremmo mai accettare un protocollo diagnostico-terapeutico che sostiene l'estremismo della lettura psichiatrico-biologica dell'ADHD e la presenta come indiscutibilmente vera, quando è invece ben lungi dall'esserlo, ed al tempo stesso minimizza - se non nega - il valore delle spiegazioni psicosociali che si possono offrire?

La prospettiva culturale in questo acceso dibattito ci appare come decisamente trascurata dalla Pubblica Amministrazione. Come sostenuto dallo staff del prof. Sami Timimi, la situazione ci richiede di esaminare la natura culturale di come costruiamo quelli che riteniamo bambini "normali" e "anormali" ed i relativi 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, peri-

colose o patologiche in un'altra. 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 rovinate e le carriere distrutte se lo Stato dovesse decidere di intervenire. Quest'ansia culturale ha generato il contesto sociale ideale per la crescita della popolarità del concetto di ADHD. La nozione di ADHD ha aiutato a far spostare il focus da questi dilemmi sociali all' "individuo-bambino". Peraltro è 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 le "interferenze" nell'attività di libera ricerca e anche la campagna pubblicitaria della malattia, ad esempio tramite associazioni per gruppi di aiuto ai genitori come il CHADD in USA e l'AIFA (Associazione Italiana Famiglie ADHD) in Italia, che - entrambe - traggono a vario titolo giovamento dalle risorse finanziarie dei produttori dei farmaci. Ciò non deve suonare come un attacco ai gruppi genitoriali, i quali spesso e volentieri trovano nel farmaco l'unica possibile risposta, in carenza di altre proposte dalla sanità statale, ma deve comunque richiamarci ad una più obiettiva disamina dello scenario. 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 alcune categorie di specialisti. Questo pare servire a legittimare culturalmente la pratica di dispensare prestazioni che aumentino il consumo delle sostanze, in un grossolano tentativo di "domare" artificialmente le nostre attuali ansie per l'educazione dei bambini e degli adolescenti. Alcuni autori si danno poi da fare a dimostrare che non è colpa del bambino, del genitore o dell'insegnante. Tuttavia, provare a comprendere le origini e i significati dei disagi delle persone etichettate come sofferenti di disturbi comportamentali, come per l'ADHD, non necessita a nostro avviso l'implicazione del concetto di "vergogna" od iandeguatezza. 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. Inoltre i bambini possono vedere il trattamento farmacologico come una punizione per un comportamento dispettoso e rischiano di assorbire il messaggio di non essere in grado di controllare o apprendere a controllare il loro comportamento. Il trattamento psicofarmacologico può anche correre il rischio di allontanare tutte le persone che ne sono coinvolte dal ricercare e 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 a far proprio l'atteggiamento della "pillola che risolve i problemi esistenziali". Inoltre, dal momento che lo psicofarmaco in questo caso non cura alcunché, ma pone

sotto controllo il problema e apre la strada ad altri interventi, limitarsi ad un intervento di carattere farmacologico significa di fatto non intervenire affatto in termini di efficacia.

Inoltre è nostra convinzione che l'Ente pubblico, per il ruolo del quale è investito, debba sentir Suo l'obbligo di promuovere un rapporto schietto, franco, obiettivo, imparziale e genuino con il cittadino. Abbiamo evidenze scritte di come in più occasioni tali presupposti di carattere morale (se non a volte anche legale) siano stati violati, per motivi che non comprendiamo e secondo dinamiche che comunque ci lasciano sconcertati. A puro titolo esemplificativo e non esaustivo, citiamo per estratto il contenuto della risposta scritta all'interrogazione parlamentare presentata dall'On. Valpiana nel corso della precedente legislatura, che chiedeva al Ministro per la Salute precisazioni circa l'attuale strategia della Pubblica Amministrazione sui temi in discussione. I tecnici del Ministro, possiamo supporre con il concorso dell'ISS che è appunto l'organo tecnico di consulenza del Ministero per la Salute, replicarono affermando che (riportiamo le affermazioni loro in corsivo e di seguito ad ognuna i nostri commenti nel merito):

** "non sono state attivate procedure o progetti specifici sulla*

somministrazione di psicofarmaci a bambini e adolescenti in Italia da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, ne specifici programmi di screening". Al di là dei virtuosismi linguistici, non si comprenderebbe allora in che categoria d'azione possa essere ricompreso il "Progetto Prisma" (batterie di test psichiatrici somministrati nelle scuole a migliaia di bambini) il "Protocollo Diagnostico Terapeutico ADHD" e l'autorizzazione all'apertura dei centri regionali per la somministrazione, prevista dagli stessi schemi di strategie Ministeriali sottoposti alla nostra attenzione (uno per regione inizialmente, ma solo in Veneto ne sono già stati autorizzati dodici). Nel merito dei test psichiatrici, si precisa che essi sono proseguiti come iniziativa autonoma di singole ASL in collaborazione con singole scuole, in tutta Italia, al fine – a loro dire – di "intercettare preventivamente il disagio". Tali test sono stati somministrati a volte anche senza il consenso scritto dei genitori, tanto che diverse sono state le iniziative di singole Procure della Repubblica per una migliore tutela dei diritti dei genitori e dei minori coinvolti;

* "nessun farmaco antidepressivo registrato in Italia è indicato per il trattamento della depres-

sione nei bambini e degli adolescenti, ed anzi l'impiego di tali medicinali è controindicato nei bambini". Anche in questo caso la risposta, ineccepibile sotto il profilo formale ed esaustiva forse per l'aula parlamentare, è certo lontana dal registrare la verità dei fatti così come verificati sul territorio nazionale dallo stesso Istituto Mario Negri di Milano, centro di ricerca di indubbia credibilità, che ha recentemente evidenziato come perlomeno 30.000 (trentamila) minori in Italia facciano uso di molecole antidepressive la cui circolazione è stata posta sotto controllo in USA ed interdetta nella fascia pediatrica. I primi "warning" di Giu le Mani dai Bambini® sono stati indirizzati a mezzo stampa, e per conoscenza al Ministero, ad inizi 2004, sulla scorta di ricerche scientifiche americane, e solo dopo la presa di posizione dell'EMEA l'organo italiano di vigilanza (AIFA) ha ritenuto di prendere a sua volta posizione, richiamando ne più e ne meno le raccomandazioni EMEA, con un'azione di farmacovigilanza che non esiteremmo a definire tardiva. Si precisa peraltro come buona parte di tali psicofarmaci continuano ad venire somministrati (trattasi per la circolare AIFA di "raccomandazione" e non certo di interdizione alla somministra-

zione). Solo 15 gg fa il Ministero ha emanato una direttiva concernente la limitazione alla prescrizione di antidepressivi ai minori, limitandola però alla tipologia dei "triciclici", quando tale limitazione non era prevista nelle raccomandazioni USA ed U.E. e ben sapendo che gli antidepressivi invece più diffusi sono quelli di tipo "SSRI" (Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina);

* "la *Sindrome da Iperattività/Deficit di Attenzione (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD)* è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino". Questa circostanza è tutt'altro che dimostrata, ed anzi l'origine biologica del disturbo è oggetto di accese polemiche proprio in seno alla comunità scientifica nazionale ed internazionale, come provano al di là di ogni ragionevole dubbio le ferme prese di posizione di accademici di chiara fama e le numerosissime polemiche a mezzo stampa, anche specializzata;

* "l'*adolescente deve essere diagnosticato sulla base di classificazioni internazionali e differenziali definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità*". Quest'affermazione poi è del tutto non genuina, ben sapendo i tecnici del Ministero che la classificazione normalmente uti-

lizzata è quella del DSM-IV R, testo redatto da un'organizzazione di stampo privatistico e non già dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I criteri OMS – decisamente più condivisibili – appaiono infatti **ben più restrittivi**, prevedendo la classificazione ADHD sono in caso di “*evidenti anomalie funzionali*”;

- * “*la terapia dell'ADHD comprende interventi psicoeducativi e trattamenti farmacologici*”. Non si comprende a quali interventi psicoeducativi si faccia riferimento, dal momento che non sono previsti stanziamenti per questa voce di spesa, che nel protocollo diagnostico-terapeutico – improntato nettamente sul modello riduzionista-farmacologico – si riservano 5 righe su 30 pagine agli interventi alternativi, e nei centri non è attualmente previsto alcun percorso certificato se non quello che prevede l'utilizzo del farmaco, ed infine che qualora previsto l'intervento psicoeducativo è sempre e comunque affiancato a quello farmacologico e mai alternativa preliminare ad esso;
- * “*l'efficacia e tollerabilità del metilfenidato sono state oggetto di numerosi studi controllati*”. Altrettanti studi scientifici affermano l'esatto opposto, mettendo in allarme la comunità medica ed accademica circa i gravi rischi propri della

somministrazione di questo prodotto, che come sappiamo è stato solo recentemente derubricato “per decreto” dalla tabella stupefacenti, e nonostante tali numerose evidenze scientifiche critiche il Ministero non ha ritenuto di citare neppure uno dei motivi di allarme o di prudenza;

- * “*l'approccio all'ADHD è multidisciplinare e la terapia farmacologica viene attivata solo nei casi gravi*”. Attualmente la risorsa farmacologia appare l'unica sulla quale il Ministero stà investendo, ed il farmaco più che “l'ultima” risorsa sembra invece “l'unica” risorsa;
- * “*su questi aspetti esiste il consenso nella comunità scientifica internazionale*. Questa affermazione ancora non risponde al vero, in quanto sono così tanti i motivi di dissenso in seno alla comunità scientifica internazionale su ogni aspetto di questa vicenda da non renderne possibile l'enumerazione in questa sede. Alcuni di essi vengono tuttavia posti in evidenza in questo nostro intervento, rilevando come peraltro in molte occasioni gli organismi di controllo sanitaria abbiano dato per scontato un consenso scientifico **assolutamente inesistente**;
- * “*la Consensus Conference di Cagliari ha prodotto una serie di raccomandazioni in materia*”.

Analogo documento redatto a Torino nel maggio 2005, che come abbiamo ricordato ha ottenuto il quadruplo di autorevoli sottoscrizioni, è divenuto a conclusioni **esattamente opposte**, eppure il Ministero non si è sentito **in alcun modo in dovere di richiamarlo**;

- * “*verrà fornita adeguata informazione alle famiglie anche tramite la consegna di uno specifico stampato*”. Ricordiamo ancora le gravissime lacune sotto il profilo di una corretta informazione proprie dello stampato proposto dal Ministero, lacune che non possiamo che augurarci vengano sollecitamente colmate.

In quanto prima e più visibile campagna di farmacovigilanza in età pediatrica a livello nazionale, abbiamo chiesto con determinazione all'ISS di prendere in seria considerazione quanto affermato in questa nostra comunicazione e di voler provvedere a correggere ed integrare il proprio protocollo diagnostico terapeutico, in modo da riflettere una sintesi più equilibrata delle prove scientifiche disponibili e dell'enorme varietà di prospettive proposte dagli psicologi che stanno studiando questi disturbi del comportamento dell'infanzia. In particolare il Ministero per la Salute e l'ISS, nell'interesse della salute della popolazione minorile della nazione

ne, dovrebbe a nostro avviso:

- * indicare sui protocolli diagnostico-terapeutico, sui moduli di consenso informato da consegnare alle famiglie, e più in generale su ogni documento afferente la possibile somministrazione di psicofarmaci in età pediatrica - che le spiegazioni strettamente neurobiologiche sono basate sui risultati di ricerche limitate e comunque controverse, e che molto spesso **le cause ambientali e sociali sono colpevolmente trascurate**, e prevedere in ogni caso un completo ed obbligatorio screening medico preliminare, al fine di procedere per esclusione all'eliminazione delle possibili concause, patologie correlate o malattie in grado di "mimare" i disturbi del comportamento;
- * porre **la psicoterapia come scelta di prima linea**, anche nel modulo di consenso informato, e prevederla come interamente a carico del servizio sanitario nazionale, al fine di non correre il rischio di indirizzare di fatto le famiglie sull'opzione farmacologica, quella si erogata in regime di gratuità;
- * **limitare il ruolo di genitori ed insegnanti nell'iter diagnostico**, in quanto questi soggetti non sono addestrati all'osservazione, e la prassi ad oggi prevista nelle linee guida proposte dal Ministero è a nostro avviso ille-

gittima, in quanto "osservare e certificare" i comportamenti di un minore è cosa molto più complessa e difficile di quanto possa apparire a prima vista, ed è del tutto scorretto che le risultanze delle osservazioni di genitori ed insegnanti entrino a far parte dell'iter diagnostico (magari con il rischio di non venir ripetute dallo specialista in quanto considerate esaustive) vincolando significativamente il giudizio dello psichiatra o dello psicologo, con il risultato di un perfezionamento diagnostico di fatto "eteroindotto" e probabilmente gravemente viziato da errori di fondo.

L'esperienza ci ha insegnato inoltre che l'assenza di una valutazione diagnostica affidabile e seria comporta da un lato una sovrastima del fenomeno e dall'altro un'ovvia e conseguente elevata quantità di "successi", che però prescindono dalla reale efficacia della soluzione proposta, sia essa farmacologica o di altro tipo;

- * com'è legittimo e doveroso, **indicare nel modulo di consenso informato tutti gli effetti collaterali** segnalati sui documenti di accompagnamento redatti dalla casa farmaceutica produttrice, inclusi quelli molto rari, al fine di favorire una scelta pienamente consapevole da parte dei genitori con riguardo

ai rischi ai quali sottopongono i loro figli, risultando del tutto insufficiente e di fatto gravemente omissiva le attuali elencazioni previste dal Ministero. Nel rispetto del "Principio di Precauzione" (*"better safe than sorry"*) assumere preventivamente ogni altra possibile cautela, anche in caso di incertezza scientifica sul rischio, sulla base di un'attenta e prudente analisi costi-benefici, perché il solo principio corrente di "prevenzione", che si può applicare esclusivamente ai "rischi certi", non pare adeguato in questa circostanza, essendo in discussione un aspetto delicatissimo qual è il diritto alla salute delle giovani generazioni;

- * dal momento che il problema affierisce in generale il rischio di abusi nella somministrazione di psicofarmaci ai minori, ovvero l'uso improprio od anche gli eventuali effetti tossici nell'uso a normale dosaggio terapeutico (qualora sussistenti), il Ministero dovrebbe altresì **disporre l'obbligatorietà del "black box"** (il riquadro nero già adottato con successo in USA e Canada) sulle confezioni degli psicofarmaci ad uso pediatrico o comunque di fatto somministrati in fascia pediatrica, riportante in linguaggio chiaro e comprensibile al comune cittadino tutti i più gravi tra gli

effetti collaterali dello psicofarmaco;

- * in concerto con Ministero della Pubblica Istruzione, porre in essere i più opportuni accorgimenti per **evitare di proseguire con test psichiatrici “preventivi” sulla popolazione infantile**, promossi in nome di una mal interpretata “autonomia” delle singole ASL e scuole, test che pongono i bambini ad elevato rischio di “etichettatura” e stigma in futuro, nonchè procedere alle più opportune determinazioni amministrative affinché – in caso di prosecuzione di detti test – essi vengano comunque effettuati nel pieno rispetto delle normative sulla privacy, con particolare attenzione ad evitare che la compilazione di semplici questionari di carattere statistico-epidemiologico vadano di per se ed automaticamente l’avvio di un processo di indirizzo verso la terapia farmacologica;
- * garantire un approccio più etico alla ricerca, con l’**obbligo per tutti i soggetti coinvolti di dichiarare per iscritto gli eventuali interessi finanziari condivisi con i produttori** o con altri aventi causa, che se pure non possono aprioristicamente considerabili come un impedimento ad esprimere giudizi equilibrati, devono comunque a nostro avviso essere resi pubblici con tra-

sparenza a miglior tutela del diritto del cittadino ad un’informazione esaustiva;

- * riaffermare con forza il diritto della **completa libertà di scelta terapeutica per la famiglia** a favore del bambino, non potendosi intendere l’indisponibilità a sottoporre il minore a terapie a base di psicofarmaci come un mancato assolvimento ai propri obblighi di tutela della salute del minore stesso;
- * intervenire nelle forme più opportune affinché i modelli di comportamento degli specialisti non risultino uniformati e “viziati” da un punto di vista univoco, quale quello attualmente presentato, ma al contrario possano variare a seconda di cosa ognuno di essi ritenga professionalmente più sensato e **di ciò che appare più consono** alle necessità dei singoli pazienti;

Ricordiamo in conclusione il punto di vista espresso nel Consensus Torino 2005, il documento scientifico su queste tematiche che ha ottenuto in assoluto la maggior quantità di sottoscrizioni individuali e collettive: “...negli ultimi anni sono comparse, sempre più numerose, ricerche che individuano correlazioni di varia natura con l’ADHD. Si tratta di patologie fisiche, reazioni a terapie mediche, condizioni ambientali di vario tipo

e di gravidanza sfavorevoli, psicopatologie, in grado di mimare la sintomatologia dell’ADHD raggiungendo i medesimi criteri diagnostici. La nosografia ADHD ha di fatto l’effetto di depistare i medici che omettono di indagare queste cause, con un danno potenzialmente rilevante per la salute del minore. Non possiamo dimenticare che studiare e stare fermi ed attenti a scuola sono condizioni che richiedono a tutti i bambini un sacrificio che viene diversamente assolto in armonia con la curva di Gauss, e che le variabili che possono spiegare tali variazioni sono talmente numerose che per ora non siamo in grado di valutarle ed esprimere giudizi clinici. Tutte queste correlazioni che sono emerse possono essere reinterpretate come cause? Possiamo ipotizzare che la sintomatologia ADHD sia in realtà una costellazione aspecifica di sintomi, indicatori di un disagio della persona che rimandano alle più svariate cause? Possiamo abolire la nosografia ADHD con il suo fardello ideologico così come anni fa si fece con l’omosessualità (originariamente, come a tutti noto, classificata come malattia mentale al pari dell’ ADHD)? Questa è la vera sfida che abbiamo di fronte, una ipotesi che merita tutta l’attenzione scientifica di cui siamo capaci, un diverso modo di fare sperimentazione, ed un approccio etica-

mente diverso all'utilizzo degli psicofarmaci su bambini ed adolescenti, che dovrebbe essere ispirato alla massima cautela e come ultima risorsa in casi estremi, al fine di prevenire e contenere i possibili rischi di abuso su larga scala, in più occasioni documentati sia nella letteratura scientifica che da autorevoli fonti di informazione". La risposta alle domande sollevate nel brano citato, da parte nostra, è evidentemente positiva, perché sulla base degli attuali criteri della scienza medica l'ADHD non può che apparirci come una sintomatologia, senza una chiara anatomia patologica, senza la prova oltre ogni ragionevole dubbio di una specifica alterazione, senza esami di laboratorio con sensibilità sufficiente a poter distinguere con chiarezza i "sani" dai "malati". Tale sintomatologia può quindi essere la conseguenza di una quantità infinita di circostanze che possono essere poste in relazione con problemi didattici, relazionali, con svariate malattie organiche e quant'altro evidenziato in questa nostra relazione. Ricordiamo anche come la carenza di attenzione sostenuta e delle funzioni esecutive, l'impulsività e l'iperattività, contrariamente a quanto viene affermato da diversi consulenti dell'ISS, sono sintomi che non caratterizzano il Disturbo di Attenzione e/o Iperattività, in quanto essi sono

presenti in numerosissime patologie tanto psichiatriche che fisiche. Molte patologie hanno tassi di comorbidità talmente alti che rendono l'ADHD una patologia senza contenuti semiologici specifici che la possano caratterizzare. A titolo esemplificativo, riportiamo i dati certificati da alcune ricerche scientifiche che indicano i seguenti dati sui tassi di comorbidità: Corea di Sydenham 30,4%; diabete 31%; epilessia 77%; lesioni cerebrali 38,23%; meningite tubercolare 100%; otite media 94%; disordini del sonno da rinite allergica 80%; disordini della tiroide



68,7%; neurofibromatosi di tipo uno 38%, problemi visivi 15%; uso materno in gravidanza di sostanze psicotrope quali caffeina 60%, nicotina 25%, alcol 41%; abusi sessuali 13,6%; disabilità di apprendimento 94%; disordini pervasivi dello sviluppo 85%; dinamiche familiari sfavorevoli 40%; mania infantile 99,33%; tics 59%; alimentazione scorretta 60%; carenza di bioelementi quali Zinco 100%, Magnesio 95%, Ferro 84%; coloranti alimentari sintetici 75%. Quindi, **l'approccio semplicistico** che classifica tutte queste variabili in un'unica patologia appare non solo "ascientifico", ma accademicamente alquanto bizzarro ed anche potenzialmente pericoloso, poiché il rischio è quello di negare ai minori coinvolti la possibilità di un reale aiuto per il superamento dei propri disagi.

Pur permanendo a nostro avviso gravi criticità nell'attuale panorama nazionale circa i temi affrontati in questo nostro intervento, noi abbiamo sollecitato l'Istituto Superiore di Sanità ad esaminare i nostri punti di vista con con spirito di collaborazione. Diversi loro consulenti dichiarano che *"mettere in discussione le pratiche attuali di diagnosi e trattamento dell'ADHD è come dichiarare che la terra è piatta"*. E' **per lo meno discutibile** che degli accademici desiderino chiudere definitivamente

te e prematuramente il dibattito, in quanto le prove sopra richiamate dimostrano che il dibattito è ben lontano dall'essere concluso.

Effetti collaterali del metilfenidato come indicati dal produttore

Il "Foglio illustrativo" ed il "Riassunto delle caratteristiche del prodotto" del farmaco Ritalin® - che è solo uno dei prodotti a base di metilfenidato presenti in commercio - indicano i seguenti effetti collaterali (nota: quelli evidenziati in grassetto compaiono anche sul Modulo di Consenso Informato dell'ISS):

1. **nervosismo**
2. **insonnia**
3. **riduzione appetito**
4. **cefalee**
5. sonnolenza
6. **vertigini**
7. discinesia
8. difficoltà dell'accomodamento e visione sfocata
9. iperattività
10. convulsioni
11. crampi muscolari
12. movimento coreo-atetotico
13. **tic o esacerbazione della sintomatologia in pazienti già affetti da tic**
14. sindrome di Gilles de la Tourette
15. **psicosi tossica accompagnata talvolta da allucinazioni visive e tattili**
16. **stato depressivo passeggero**

17. arterite cerebrale e/o occlusione cerebrale
18. sindrome maligna da neurolettici
19. **dolori addominali**
20. nausea e vomito
21. secchezza delle fauci
22. disturbi della funzione epatica fino al coma epatico
23. tachicardia
24. palpitazioni
25. aritmia
26. variazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca
27. rash cutaneo
28. eruzioni cutanee
29. pruriti orticarie
30. febbre
31. artalgie
32. alopecia (in testa)
33. porpora trombocitopenica
34. dermatite esfoliante
35. eritema polimorfo
36. leucopenia
37. trombopenia
38. anemia
39. angina pectoris
40. **riduzione della crescita in altezza**
41. **riduzione della crescita del peso corporeo**

Le ricerche scientifiche pubblicate nella sezione Ricerca Scientifica del portale www.giulemanidaibambini.org riportano inoltre questi ulteriori effetti collaterali/effetti indesiderati/rischi nella somministrazione, che a nostro avviso –

nel rispetto dell'approccio prudentiale che l'Ente pubblico dovrebbe adottare a migliore tutela del cittadino, dovrebbero altresì essere riportati nel modulo di consenso informato da consegnare alle famiglie:

1. aberrazioni cromosomiche con rischi tumorali
2. inibizione del sistema CYP450
3. tumore al fegato
4. ipertrofia epatocellulare
5. aumento del peso del fegato
6. degenerazione e necrosi dell'epitelio del tubulo renale
7. attenuazione della gene-espressione (c-fos) nel cervello
8. alterazione memoria di riconoscimento
9. riduzione riflesso di esplorazione
10. disfunzione dell'elaborazione dell'informazione simile a quello dei pazienti schizofrenici
11. riduzione dell'interesse verso le ricompense
12. aumento della sensibilità per situazioni avverse
13. colpo apoplettico
14. danni alle strutture e ultrastrutture miocardiali
15. effetti intropici sui muscoli papillari ferret
16. cambiamenti duraturi nello sviluppo del sistema dopaminergico centrale
17. inibizione/concentrazione dell'efflusso calcio-attivato del potassio dei globuli rossi
18. comportamenti ossessivi-com-

- pulsivi
19. ipomania e mania
 20. apatia
 21. ritiro sociale
 22. docilità
 23. dipendenza dal farmaco e rebound
 24. decesso
 25. stereotipia
 26. acinesia
 27. mutismo
 28. priapismo connesso al ritiro da sostenuto rilascio di metilfenidato
 29. profonda depressione d'attività dell'enzima galattosiltransferasi e dello xiloso
 30. atrofia cerebrale
 31. riduzione del flusso sanguigno nella regione cerebrale
 32. dipendenza
 33. variazioni del livello del magnesio e del rapporto calcio-magnesio nel plasma
 34. infiammazione dello scroto
 35. ipertensione
 36. dolore toracico
 37. arresto cardiaco
 38. agitazione
 39. irritabilità
 40. ostilità
 41. aggressività
 42. sensibilità emozionale
 43. pianto facile
 44. ridotta vigilanza
 45. confusione
 46. deterioramento mentale (cognitivo e nell'apprendimento)
 47. zombi simile (comportamento robotico)

48. comportamento con perdita di spontaneità emotiva
49. anoressia
50. alterazioni nel senso del gusto/gusto cattivo
51. stitichezza
52. diarrea
53. disfunzione pituitaria, incluso la distruzione dell'ormone della crescita e prolattina
54. soppressione della crescita
55. disfunzioni sessuali
56. mal di testa
57. ipersensibilità all'esantema
58. congiuntivite
59. orticaria

Fattori che possono "mimare" l'ADHD, concause e patologie correlate

A - Problematiche Psicologiche

- Abusi sessuali e fisici
- Bambini prodigio
- Bambini viziati
- Bambini indisciplinati
- Bulimia
- Depressione
- Disturbo Oppositivo-provocatorio
- Disturbi dell'Adattamento con sintomi di Disturbo della condotta
- Disturbo della Condotta
- Disturbi dell'Umore
- Disturbi d'ansia
- Disturbo ossessivo compulsivo
- Disabilità di Apprendimento
- Disturbi specifici dell'apprendimento
- Disturbo pervasivo dello sviluppo
- Enuresi

- Encopresi
- Gioco d'azzardo
- Problemi situazionali, ambientali, familiari, scolastici, qualità della vita

Psicosi:

- Dissociativi
- Disturbo bipolare
- Disturbi di personalità
- Mania
- Schizofrenia

-
- Ritardo mentale
 - Sindrome di Gilles de la Tourette
 - Tics

B - Patologie Mediche

- Accesso subclinico post traumatico
- Akatisia
- Allergie
- Anemia
- Ascessi del Lobo frontale
- Candida Albicans
- Cardiaci (malattie e disfunzioni)
- Chemioterapia per il cancro
- Cisti cerebrali
- Corea
- Diabete precoce
- Epilessia
- Ferite e danni alla testa
- Genetiche:**
- Deficienza della CoA-transferasi dei 3-oxoacidi
- Disordine primario di vigilanza (sindrome di Weinberg)
- Distrofia miotonica congenita o giovanile
- Emofilia
- Fenilketonuria
- Incrementata attività nucleotidase

cellulare
Lunghezza del cromosoma Y
Malattia celiaca
Mosaicismo trisomia 17
Sindrome di Dubowitz
Sindrome di Down
Sindrome di Prader-Willi
Sindrome di Rett
Sindrnome velo-cardio-facciale
Sindrome X fragile

Inalamento volontario o involontario di sostanze
Infezioni virali o batteriche
Integrazione sensoriale (disfunzione)
Iper/ipotiroidismo
Ipoglicemia
Lupus con infiammazione del sistema nervoso centrale
Metabolici (disordini)
Monossido di carbonio (avvelenamento da)
Obesità
Otite media
Parassiti intestinali
Parto (complicazioni da)
Perinatali (fattori sfavorevoli)
Porfiria
Prenatali (scarsa salute e malnutrizione della madre, uso di droghe)
Problemi spinali
Rene (malattia renale cronica)
Sindrome delle gambe irrequiete
Sonno (disturbi del)
Streptococco Beta-Emolitico
Tossine (esposizione alle)

Tumori:
Neoplasie del Lobo frontale
Cerebrali incipienti
Neuroepiteliale disembrionoplastico

Neurofibromatosi tipo 1
Udito (disordine dei processi centrali auditivi)
Vascolari cerebrali (danni)
Vista (problemi visivi)
Vivacità fisiologica

C - Sostanze psicotrope

Acido d-lisergico (LSD)
Alcolici
Caffeina
Cocaina
Colle e aerosol (inalazione)
Fenilciclidina (PCP)
Marijuana
Nicotina
Eroina

D- Alimentazione

Calcio (carenza di)
Conservanti alimentari
Coloranti sintetici alimentari
Dieta errata
Ferro (carenza di)
Iodio (carenza di)
Magnesio ionico (carenza di)
Mg(2+)
Malnutrizione
Manganese (alto livello di)
Magnesio (carenza di)
Omega 3 (carenza di)
Rame (carenza di)
Vitamine (eccesso di)
Vitamina B (carenza di)
Zinco (carenza di)

E - Situazioni Sfavorevoli

Affaticamento
Dolore fisico
Fame

Movimento (mancanza di esercizio)
Nuove tecnologie (uso intensivo e/o precoce del computer, videogiochi, TV)

Medicinali (principi attivi)

Antiallergici da banco che contengono antistaminici o stimolanti
Sinusite: medicine da banco che contengono antistaminici o stimolanti
Raffreddore: medicine da banco che contengono antistaminici o stimolanti

Sonniferi che compromettono la concentrazione e la vigilanza

Antiasmatici

Ephedrine: (1R,2S)-2-(methylamino)-1-phenylpropan-1-ol
Pseudoephedrine: (1S,2S)-2-methylamino-1-phenylpropan-1-ol
Theophylline / methylxanthine: 1,3-dimethyl-7H-purine-2,6-dione

Antistaminici

Antidepressivi

Citalopram
Escitalopram
Fluoxetina
Fluvoxamina
Paroxetina
Sertralina

Antiepilettici

Gabapentin
Carbamazepina
Fenitoina

Divalprex Sodio

Antipsicotici

Clorpromazina
Tioridazina
Flufenazina
Proclorperazina

Aloperidolo

Tioxanteni

Olanzapina

Quetiapina

Risperidone

Barbiturici

Fenobarbital: 5-ethyl-5-phenyl-1,3-diazinane-2,4,6-trione

Amobarbital: 5-ethyl-5-(3-methylbutyl)-1,3-diazinane-2,4,6-trione

Butobarbital: 5-sec-Butyl-5-ethylbarbituric acid

Pentobarbital: 5-Ethyl-5-(1-methylbutyl)-2,4,6(1H,3H,5H)-pyrimidine-trione

Secobarbital: 5-(1-methylbutyl)-5-prop-2-enyl-hexahydropyrimidine-2,4,6-trione

Stimolanti, inclusi gli stessi farmaci usati per curare l'ADHD

Desossiefedrina

Destroamfetamine

Metilfenidato

Pemolina

Tranquillanti minori, sedativi, sonniferi

Alprazolam

Clonazepam

Clordiazepossido

Diazepam

Flurazepam

Lorazepam

Triazolam

Stabilizzanti dell'umore

Litio carbonato

Verapamil

Antibiotici

Antibiotici (alcuni)

Steroidi

Testosterone (attaccato a vari esteri

enantati, cipionato, propinate o sospesi in olio o acqua)

Metandrostenolone/ methandienone

Nandrolone Decaonato

Nandrolone Phenylpropionate

Boldenone Undecylenate

Stanozolol

Ossimetolone

Oxandrolone

Fluossimesterone

Trenbolone

Metenolone Enantato

4-chlordehydromethyltestosterone

Mesterolone

Mibolerone

Prednisone/steroid hormones: 17-hydroxy-17-(2-hydroxyacetyl)-10,13-

dimethyl-

7,8,9,10,12,13,14,15,16,17-decahydro-6H- cyclopenta[a]phenanthrene-3,11-dione

F - Inquinamento Ambientale

Alluminio (alti livelli)

DDT

PCB (policlorobifenili)

Piombo (moderati o alti livelli di)

Mercurio (alto livello di)

Un particolare ringraziamento per la predisposizione di questi listati è rivolta al Prof. Claudio Ajmone, membro del nostro comitato scientifico permanente



UNA POSSIBILE SOLUZIONE ALTERNATIVA.....

L'alga Klamath e i suoi estratti: un Ritalin-simile, per l'ADHD e non solo...

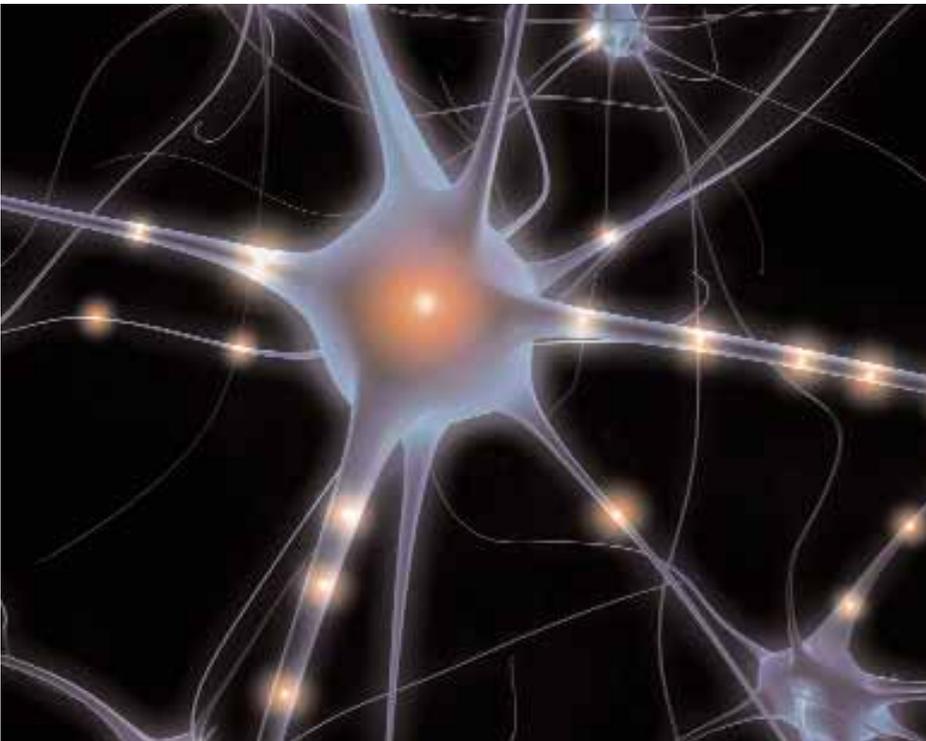
Un raro estratto naturale svela in laboratorio proprietà neuroprotettive straordinarie, senza gli effetti collaterali tipici degli psicofarmaci. Scopriamo di cosa si tratta...

Negli ultimi mesi il dibattito si è ulteriormente acceso sul fronte delle cosiddette medicine dolci o non convenzionali, con accuse di lassismo rivolte all'Agenzia Italiana del Farmaco riguardo alla mancata speri-

mentazione clinica di rimedi di origine naturale, ma in grado di impattare positivamente sul metabolismo e sullo sviluppo neurologico dei minori. I media denunciano: "Perché tutta questa fretta ad autorizzare il Ritalin e per contro una scarsissima attenzione per molecole naturali che hanno dato buona prova di sé nel trattamento di bambini iperattivi"? "Giù le Mani dai Bambini" non prende posizione circa questo o quell'altro rimedio all'iperattività dei bambini, né consiglia alcuna soluzione: le strategie terapeutiche devono venir

concordate dai genitori in collaborazione con équipe mediche multidisciplinari (psicologo, pedagogista clinico, nutrizionista, etc). Tuttavia, in virtù delle discussioni in corso sugli organi d'informazione, è certamente utile un minimo di approfondimento.

Ammesso e non concesso che l'ADHD sia una reale patologia, resta il fatto che i sintomi ad essa correlati sono reali e in evidente crescita nella popolazione infantile e scolastica. In rapporto a questi sintomi ed alle crescenti difficoltà e disagi del comportamento, la ricerca evidenzia come uno degli aspetti più importanti - e tuttavia troppo spesso trascurato - sia quello della nutrizione. Che l'abuso di zucchero, caffeina, grassi idrogenati, glutammato e pesticidi etc. nei bambini non possa non provocare effetti negativi importanti nei bambini pare un dato comprensibile con il solo buon senso ma ci sono anche importanti evidenze scientifiche al riguardo. Appare anche sufficientemente evidente che questa "nutrizione negativa" sia ulteriormente aggravata dalle carenze nutrizionali tipiche della alimentazione moderna, che ci privano del supporto antiossidante e protettivo di essenziali vitamine, minerali e molecole attive come clorofilla, caroteni, etc., e che la gravità di queste carenze determina un vero e proprio



crollo della cosiddetta “nutrizione positiva”. Non posso entrare nel merito di questi dati e del modo in cui, ad esempio, un'alimentazione caratterizzata da eccesso di zuccheri possa generare sintomi generalmente classificati come ADHD, ma questo e altri dati e spiegazioni sugli effetti della nutrizione in questo ambito sono ampiamente contenuti nel libro “Non è Colpa dei Bambini”, di Stefano Scoglio (prefazione di Luca Poma, Macro Edizioni) a cui rimando.

La semplice eliminazione dei fattori inquinanti e di “nutrizione negativa” dall'alimentazione del bambino è sufficiente a risolvere gran parte dei problemi, ma la sola eliminazione dei nutrienti negativi può non bastare, perché occorre fare i conti anche con il problema delle carenze nutrizionali ed anche con l'instaurazione di meccanismi fisiologici alterati che richiedono un tipo di intervento attivo che riesca a risolvere il grave problema delle carenze nutrizionali e a riattivare meccanismi alterati o bloccati. Va detto che negli ultimi anni sono emerse sempre più evidenze che i normali integratori di vitamine e minerali sono scarsamente assimilati, perché di origine sintetica e/o inorganica, quando non sono addirittura dannosi.¹ Ecco perché diventa sempre più importante trovare fonti alimentari di nutrienti naturali facilmente assimilabili. Un aiuto può venire in tal senso dall'uso della rara microalga Klamath e di un suo

specifico estratto, che fornisce sia un adeguato supporto nutrizionale che, guarda caso, proprio specifiche molecole nutraceutiche capaci di produrre importanti effetti fisiologici.

La microalga Klamath ha il grande vantaggio di poter reintegrare utilmente la nostra alimentazione, grazie alla sua dotazione di:

- **14 vitamine**, tra cui elevate dotazioni delle vitamine più rilevanti dal punto di vista del sistema nervoso, come la vitamina A e le vitamine B. In particolare, la Klamath ha dimostrato di essere un'ottima fonte di vitamina B12 assimilabile²; e contiene elevate quantità di vitamina K, essenziale per le ossa e il sangue.
- **60 minerali**, incluse buone quantità di calcio, magnesio, fosforo, fluoro, e un'ampia gamma di oligoelementi, tra cui minerali come il ferro e il vanadio, presenti in concentrazioni elevate nell'alga, e particolarmente rilevanti per la sintomatologia ADHD, e più in generale per attenzione, concentrazione ed energia;
- **Omega 3**, anch'essi dimostratisi rilevanti per le problematiche ADHD, per i problemi dell'apprendimento, e più in generale per il benessere generale dell'organismo. La Klamath ne contiene una buona quantità, e soprattutto grazie alla sinergia di tali grassi benefici con le sue numerose molecole antiossidanti e antinfiammatorie, ha dimostrato di poter normalizzare il metabolismo dei grassi.³

La Klamath possiede anche elevatis-

sime quantità di **clorofilla** (oltre l'1%), dotata di svariate proprietà antiossidanti, antinfiammatorie, epatotoprotettive e neuroprotettive, e **caroteni**, sia precursori di vitamina A, sia antiossidanti autonomi. Diversi studi hanno dimostrato come la Klamath non solo abbia aumentato in maniera significativa i livelli di retinolo plasmatici nei soggetti che l'hanno assunta, ma anche di caroteni specifici come luteina, licopene, alfa e beta carotene.⁴

Soprattutto la Klamath è ricca di specifiche ficocianine (molecole tipiche delle alghe verdi-azzurre, che, oltre ad essersi dimostrate essere le molecole più antiossidanti in assoluto (assai più potenti delle più note catechine e quercetina)⁵, hanno dimostrato di avere un elevatissimo potere di neuroprotezione, e dunque di poter difendere noi e i nostri figli dagli attacchi subiti dai nostri neuroni in seguito all'ingestione diretta o indiretta (nutrizionale e ambientale) di svariati tipi di sostanze tossiche.⁶ Oltre a ciò, le ficocianine sono dei potenti antinfiammatori, soprattutto grazie alla loro capacità di inibizione selettiva delle COX-2 e delle lipossigenasi, e dunque della produzione delle principali prostaglandine e leucotrieni infiammatori, con effetti significativi sui più diversi comparti fisiologici, dall'intestino (sindrome dell'intestino irritabile, etc.) alle articolazioni (artriti, etc.), come dimostrato da numerosi studi animali.⁷ Di recente il Centro di Ricerche

Nutriterapiche di Urbino diretto dal Dottor Stefano Scoglio (Ph. D) – in collaborazione con l'Università di Urbino, ha scoperto che le ficocianine della Klamath sono strutturalmente diverse da quelle di altre microalghe come la spirulina⁸, e che hanno un'azione sia antiossidante che di inibizione delle COX-2 notevolmente più potente⁹. La capacità antinfiammatoria dell'estratto di Klamath, che concentra le AFA-ficocianine, è stata confermata da diversi studi animali, sia a livello articolare che gastrointestinale e urinario.¹⁰ Le ficocianine inibiscono anche direttamente l'enzima 5-lipossigenasi, e dunque la produzione del leucotriene B4 (LTB4), responsabile in particolare dei sintomi allergico-respiratori. Nella Klamath l'azione antinfiammatoria è aumentata dalla sinergia con l'enorme quantità di antiossidanti, clorofilla e Omega-3.

Ma Klamath contiene anche una specifica molecola neuromodulante che è la versione endogena e fisiologica proprio delle molecole sintetiche usate nel Ritalin e affini, ovvero la feniletilamina o PEA. Il Ritalin è un'anfetamino-simile, e le anfetamine sono versioni modificate in laboratorio della feniletilamina o PEA. In altre parole, tra PEA ed anfetamine esiste lo stesso rapporto che esiste tra oppiacei ed endorfine: come queste sono considerati gli oppiacei endogeni, così la PEA può essere definita una sorta di anfetamina endogena e fisiologica. Essa costi-

tuisce dunque una grande fonte di energia fisica e mentale, di moderazione dell'appetito, di sostegno della libido e soprattutto di grande stimolo delle funzioni intellettuali essenziali come attenzione, concentrazione e memoria. La PEA agisce sia autonomamente che attraverso la stimolazione e il sostegno del meccanismo della dopamina, ed è noto che la dopamina è considerato il neurotrasmettitore della "felicità". I primi ricercatori studiosi di questa molecola naturale la definirono "la molecola dell'amore", perché il nostro organismo ne produce in abbondanza proprio quando siamo innamorati, e dunque essa regola anche i processi dell'empatia e della socializzazione. La PEA è presente in numerosi alimenti, inclusi cioccolato, formaggi stagionati, legumi e vino rosso, anche se per ottenere delle concentrazioni sufficienti ad avere effetti significativi occorrerebbe fare dei pasti troppo abbondanti e dieteticamente molto scorretti. La Klamath è invece naturalmente ricca di questa molecola, al punto che pochi grammi ne forniscono quantitativi sufficienti a produrre chiari effetti psicotonici e di forte sostegno dell'umore e dell'attenzione, come recentemente verificato in diversi studi scientifici. Il problema è che l'assunzione di sola PEA può non essere sufficiente, perché una volta ingerita essa viene rapidamente distrutta dallo specifico enzima MAO-B. E' per questo che la ricerca si è mossa in direzione di

cercare possibili inibitori selettivi naturali delle MAO-B nella Klamath: ne sono stati rintracciati ben tre, le stesse AFA-ficocianine, specifiche molecole chiamate MAAs o micosporine algali, e una molecola unica della Klamath, chiamata AFA-fitocromo. Tutte queste molecole hanno una potenza d'azione simile alla seligilina, ma con un'azione fisiologica e senza effetti collaterali. Questo consente alla PEA presente nell'alga Klamath, e soprattutto nel suo estratto, di poter agire in maniera benefica sui neurotrasmettitori. Uno studio americano ha mostrato come l'unione di PEA e inibitore delle MAO-B abbia prodotto importanti risultati anche su soggetti depressi.¹¹ Ritornando all'ADHD, si è riscontrato che i bambini iperattivi, così come gli autistici, sono fortemente carenti di PEA¹². E d'altra parte, gli studi hanno rivelato che il meccanismo di azione del Ritalin passa proprio attraverso la stimolazione della PEA (ma con forti effetti collaterali).¹³ Dunque la Klamath – e soprattutto il suo specifico estratto denominato Klamin, che ne concentra PEA e altre molecole sinergiche necessarie al suo funzionamento – pare rappresentare una valida alternativa naturale per i bambini "ADHD" e un ottimo aiuto per tutti bambini, dato che la fisiologia dell'attenzione e dell'iperattività è tema che riguarda tutti i minori, e non solo quelli etichettati con il marchio Adhd.

La combinazione di alga Klamath ed

estratto di Klamath fornisce dunque sia tutti i principali fattori nutrizionali, sia potenti molecole neuroprotettive e neuromodulanti, ma come componenti di un alimento naturale dotato quindi di effetti fisiologici negativi ben meno impattanti dei corrispondenti prodotti di sintesi farmaceutica.

¹ Heart Protection Study Collaborative Group (Oxford University), *MRC/BHF Heart Protection Study of antioxidant vitamin supplementation in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial*, in *Lancet* 2002; 360: 7-22; Edgar R. Miller, III, et al., *Meta-Analysis: High-Dosage Vitamin E Supplementation May Increase All-Cause Mortality*, in *Annals of Internal Medicine*, 2005 142: 37-46.

² Baroni L. Scoglio S. et al., *Effect of a Klamath algae product on blood levels of vitamin B12 and homocysteine in vegan subjects: a pilot study* (submitted).

³ Rafail I. Kushak, et al., *Favorable Effects of Blue Green Algae Aphanizomenon Flos Aquae on Rat Plasma Lipid*, in *Journal of the American Nutraceutical Association*, Vol.2, n°3, Jan 2000, pp.59-65.

⁴ Benedetti S., Scoglio S., et al., *Stato antiossidante e perossidazione lipidica in risposta alla supplementazione con alga Klamath*, in *Medicina Naturale*, 2003, Novembre, n°6, pp. 67-71; inoltre, uno studio svolto presso l'Università di Modena e in corso di pubblicazione, ha dimostrato notevoli effetti della Klamath sui caroteni men-

zionati, ma anche sulle diverse forme di vitamina E, tutte aumentate nei due mesi di supplementazione.

⁵ Benedetti S. et al., *Oxygen radical absorbance capacity (orac) of phycocyanin and phycocyanobilin from Aphanizomenon flos-aquae* (submitted).

⁶ Gli studi sulla attività di neuroprotezione dell'estratto di Klamath, risultata molto più elevata della media delle altre sostanze naturali, sono stati fatti presso l'Università di Salamanca e, in attesa di pubblicazione, sono stati presentati nella tesi di dottorato: Benedetti Y., *Attività neuromodulatoria e neuroprotettiva della microalga Aphanizomenon Flos Aquae*, Università di Urbino, Facoltà di Scienze, Dottorato in Metodologie Biochimiche e farmacologiche.

⁷ Romay C. et al., *Antioxidant and anti-inflammatory properties of C-phycocyanin from blue-green algae*, in *Inflamm Res* 1998 Jan;47(1):36-41; Romay C., et al., *Further studies on anti-inflammatory activity of phycocyanin in some animal models of inflammation*, in *Inflamm Res*, 1998, Aug; 47(8): 334-8; Romay C., et al., *Effects of phycocyanin extract on prostaglandin E2 levels in mouse ear inflammation test*, in *Arzneimittelforschung* 2000 Dec; 50(12):1106-9; Vadiraja BB. Et al., *Hepatoprotective effect of C-phycocyanin: protection for carbon tetrachloride and R-(+)-pulegone-mediated hepatotoxicity in rats*, in *Biochem Biophys Res Commun*, 1998 Aug 19;

249(2):428-31.

⁸ Benedetti S. et al., *Purification and characterization of phycocyanin from the blue-green alga Aphanizomenon flos-aquae*, in *J. Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci.*, 2006 Mar 20;833(1):12-8.

⁹ Le AFA-ficocianine della Klamath, grazie alla loro particolare struttura, hanno dimostrato di essere antiossidanti da 75 a 200 volte più potenti delle ficocianine di altre verdi-azzurre come la Spirulina. Benedetti S. Scoglio S. et al., *Antioxidant properties of a novel phycocyanin extract from the blue-green alga Aphanizomenon flos-aquae*, in *Life Sci.* 2004 Sep 24;75(19):2353-62. Studi in attesa di pubblicazione hanno mostrato che anche l'inibizione delle COX-2 da parte delle AFA-ficocianine è di circa un 50% superiore a quelle delle altre ficocianine,

¹⁰ Questi studi sono in preparazione per la pubblicazione. Per riceverne copia contattare il Centro Ricerche Nutriterapiche: 0722-351483; scoglio@nutriterapia.it

¹¹ Sabelli et al, *Sustained antidepressant effect of PEA Replacement*, in *J Neuropsychiatry Clin Neur.*,1996, 8(2):168-7.

¹² Kusaga A., *Decreased beta-phenylethylamine in urine of children with attention deficit hyperactivity disorder and autistic disorder*, in *No To Hattatsu.* 2002 May;34(3):243-8).

¹³ Kusaga A. et al., *Increased urine phenylethylamine after methylphenidate treatment in children with ADHD*, in *Ann Neurol* 52(3), 2002, pp. 372-4.

24 REGOLE PER UN BIMBO IPERATTIVO

La lista che segue è frutto dell'armonizzazione a cura del nostro staff di due noti riferimenti per specialisti, "La sindrome di Pierino: il controllo dell'iperattività", del dott. Daniele Fedeli, docente di Psicopatologia Clinica dell'Università di Udine, e "How to operate an ADHD clinic or subspecialty practice", di : M. Gordon - GSI Publications. Si tratta di alcune facili regole pratiche per la gestione in classe ed a casa di bimbi irrequieti e disattenti ...

1) AIUTAMI A FOCALIZZARE L'ATTENZIONE SU DI TE

Considera il mio "modo" di entrare in contatto con l'ambiente: ho bisogno di movimento, gesti e mani alzate!

2) PERCHE TUTTE QUESTE REGOLE?

Le regole vanno commisurate alle mie possibilità: poche regole e molto chiare

3) MI SPIEGHI COSA DEVO FARE?

Mi devi descrivere - di volta in volta e con molta linearità - il comportamento od il risultato che ti aspetti da me

4) SEI TROPPO COMPLICATO

I messaggi vanno formulati in

maniera molto diretta, senza "giri di parole"... sennò mi confondo!

5) PERCHE QUANDO MI PARLI NON TI FAI SENTIRE?

Devi mostrarmi come un compito va eseguito, dandomi delle istruzioni con voce chiara. Per me è utile ripetere le Tue istruzioni, esprimendole ad alta voce, finché non avrò interiorizzato la sequenza.

6) MI DICI TROPPE COSE TUTTE ASSIEME

I messaggi vanno trasmessi uno per volta, altrimenti io li "cumulo" e poi me li dimentico! Se tu "segmenti" i comportamenti in una sequenza operativa ("...ora prendo il libro, cerco la pagina, la leggo tutta senza interruzioni..."), per me è tutto più facile. Se poi i compiti sono troppo lunghi o complessi... spezzettili in parti più piccole!

Così mantengo la capacità d'attenzione ed il controllo sull'obiettivo da raggiungere.

7) NON L'HO DIMENTICATO... È SOLO CHE NON L'HO SENTITO LA PRIMA VOLTA!

Dammi le indicazioni un passo alla volta e chiedimi che cosa penso che tu abbia detto, e se non capisco subito... ripetimelo usando parole diverse!

8) SONO NEI GUAI, NON RIESCO A FARLO

Offrimi delle alternative alla soluzione dei problemi: aiutami ad usare una strada secondaria se la principale è bloccata.

9) HO QUASI FINITO ADESSO?

Dammi dei periodi di lavoro brevi, con obiettivi a breve termine

10) HO BISOGNO DI SAPERE COSA VIENE DOPO

Dammi un ambiente in cui ci sia una routine costante, ed avvertimi se ci saranno dei cambiamenti.

11) SE NON TI DO RETTA...E' PERCHE' MI ANNOIO!

Io mi stanco facilmente, mi annoio, e peggioro nettamente in situazioni poco motivanti. Stabilire una "routine", gestendo senza sorprese le varie fasi della giornata non deve significare "appiattare i contenuti" della giornata stessa!

12) MI REGALI UN PAUSA?

In effetti, nessuno meglio di me sa come mi sento io. Quindi, se in extremis ti chiedo un momento di pausa per guardarmi attorno e mettermi in comunicazione con l'ambiente che mi circonda, stabiliamolo assieme, ma non me lo negare...

13) SE HO FATTO BENE DIMMELLO SUBITO

Dammi un feedback “nutriente” ed immediato su quello che sto facendo e ricordami (e ricordati!) delle mie qualità, specialmente nelle giornate negative!

14) È SEMPRE TUTTO SBAGLIATO?

Premiami anche solo per un successo parziale, non solo per la perfezione.

15) NON MI PUNIRE DURAMENTE SE FACCIO QUALCOSA CHE NON VA BENE PER TE...

Quando disturbo o mi oppongo, le punizioni dure servono a poco: così avviamo un’escalation senza fine!

16) ...E SE FACCIO BENE DAMMI UN PREMIO!

Se mi gratifichi o mi fai pagare un simbolico “prezzo” per i miei comportamenti, mi incentivi ad auto-correggermi! (gli adulti lo chiamano “autocontrollo cognitivo”)

17) DISORDINE CHIAMA DISORDINE

Certo che se l’ambiente nel quale mi fai lavorare mi distrae di per se...possiamo eliminare tutte queste distrazioni?

Per esempio, quando si fanno i compiti, fammi tenere sul tavolo solo ciò che è realmente indispensabile...

18) NON SAPEVO CHE NON ERO AL MIO POSTO

Ricordami di “ascoltarmi”, di ascoltare le mie emozioni, e ricordami di pensare prima di agire. Se imparo a “mettere del tempo” tra il pensiero e l’azione...farò meno disastri!

19) SE ASCOLTO, VERRÒ ASCOLTATO

M’insegna anche a coltivare la capacità di ascoltare gli altri? Aiutami a capire che se non ascolto difficilmente verrò ascoltato quando ne avrò bisogno. Così imparerò a comprendere i sentimenti altrui, e quindi – di riflesso – i miei.

20) M’INSENGNI A FARMI VOLER BENE?

Dimmi cosa è adeguato per Voi adulti, come posso chiedere qualche cosa senza essere aggressivo, come posso risolvere un conflitto, come posso conversare senza interrompere sempre l’interlocutore. Se facciamo delle “simulazioni” io e Te da soli, per me sarà tutto più facile quando mi capiterà veramente!

21) PREVENIRE È MEGLIO CHE REPRIMERE

Prima di portarmi in ambienti in cui posso scatenarmi con comportamenti troppo agitati (come le feste di compleanno!), ricordami come mi dovrò comportare... ed

intervieni subito quando capisci che sto per perdere il controllo di me.

22) OGNI AZIONE HA UNA REAZIONE

Se mi fai comprendere bene che ogni mia azione avrà poi una reazione, da parte dell’ambiente e delle persone, mi aiuterai molto. Fammi esempi a me vicini e facilmente comprensibili, anche mediante il gioco degli opposti (“se maltratto il gatto, il gatto mi graffia”, “se aiuto il cane, il cane mi vorrà bene” etc.)

23) MA IO NON VALGO NULLA?

Spesso ho un basso senso di autostima e mi sento “un fallimento”: mi puoi valorizzare nei miei aspetti positivi, sostenendomi ed incoraggiandomi? Fammi percepire la Tua fiducia in me, per favore...

24) IO “SONO COME MI COMPORTO”?

Io non sono “sbagliato”. E pericoloso e dannoso confondermi con i miei comportamenti, perché così divento “totale effetto” di essi e non posso più intervenire per modificarli/risolverli. Ciò che c’è di “sbagliato” non sono io, ma il modo in cui mi comporto: fammi comprendere che io posso sempre decidere di far qualcosa di concreto per impegnarmi a migliorare!

L'International Narcotic Control Board dell'ONU ha affermato:

"...l'uso di sostanze eccitanti quali il metilfenidato/Ritalin per la cura del Deficit di Attenzione/Disturbi d'Iperattività (ADHD) è aumentato di un sorprendente 100% in più di 50 paesi. In molti paesi - Australia, Belgio, Canada, Germania, Islanda, Irlanda, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Spagna e Regno Unito - l'uso delle sostanze stupefacenti potrebbe raggiungere livelli alti quanto quelli degli Stati Uniti.

Il Consiglio si appella quindi affinché le nazioni valutino la possibile sovrastima dell'ADHD e frenino l'uso eccessivo del metilfenidato/Ritalin..."

Il rapporto "Concluding Observations Committee on the Rights of the Child dell'ONU", nelle osservazioni finali circa il rispetto dei principi enunciati nella Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo, in relazione alla prescrizione di psicostimolanti recita:

"l'ADHD è mal diagnosticata e che gli psicostimolanti per la sua cura sono prescritti in eccesso, nonostante la crescente evidenza circa la pericolosità dei loro effetti... [la commissione] raccomanda ulteriori ricerche sul trattamento e la diagnosi di ADHD, incluse ricerche sui possibili effetti negativi degli psicostimolanti e su ogni altro trattamento - medico e non - che possa essere usato con efficacia per contenere i disagi del comportamento dei minori"

Fonti: "INCB Report" + "ONU", United Nations Committee on the Right of the Child, Concluding observations committee on the rights of the child, CRC/C/15/Add.268, 2005

IN ITALIA...

Sono stati aperti solo 40 centri per la somministrazione di psicofarmaci ai bambini, su **112 autorizzati**. I rimanenti 72 apriranno nei prossimi mesi

Inoltre, i centri sono stati aperti recentemente, quindi hanno etichettato come "iperattivi" solo poche centinaia di bambini. Ma il numero è certamente destinato a crescere

E' interessante tuttavia esaminare le seguenti affermazioni, rilasciate a più riprese - anche recentemente - da rappresentanti degli organismi di controllo sanitario italiani:

"Il farmaco è solo una delle opzioni terapeutiche disponibili, e comunque viene utilizzato solo nei casi limite, qualora gli altri strumenti non abbiano dato alcun risultato"

(Fonte: Istituto Superiore di Sanità, conferenza stampa 16/11/07)

"Lo psicofarmaco non è certo la prima delle soluzioni adottate, e sarà riservato ai soli casi più gravi"

(Agenzia Italiana del Farmaco, conferenza stampa 16/11/07)

Allora analizziamo l'incidenza dell'utilizzo dello psicofarmaco sui casi di bambini diagnosticati ADHD in Italia rispetto ad altri paesi...

In Gran Bretagna, su 500.000 minori etichettati ADHD, circa 90.000 sono in terapia farmacologica, e tra questi 55.000 mediante Ritalin o Concerta (un farmaco analogo al Ritalin). La percentuale di ricorso al farmaco è quindi di **circa il 18%**

In USA, su oltre 7.000.000 di minori etichettati ADHD, circa 2.300.000 sono in terapia farmacologica, mediante Ritalin,

Strattera, Concerta, etc. La percentuale di ricorso al farmaco è quindi di **circa il 32%**. Analizzando i dati forniti dagli organismi di controllo sanitario del nostro paese ed i trattamenti ricevuti dai bambini iscritti nel registro per l'ADHD dalla recente data di apertura dei centri fino ad oggi, **in Italia si verifica il ricorso al farmaco nel 83% dei casi**

Ma il farmaco non doveva essere utilizzato - tra i bambini etichettati "ADHD" - solo nei casi più gravi e come ultima risorsa terapeutica?

Fonti: Istituto Superiore di Sanità, conferenza stampa 16/11/07 + Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine + US Census Bureau)

"Gli effetti negativi a lungo termine degli psicofarmaci sono spesso trascurati, sottostimati oppure subordinati ai risparmi sui costi di breve periodo. Vi è un ampio spettro di approcci di trattamento, complementari o alternativi, per molti dei diversi disturbi mentali e per le condizioni dolorose che vengono trattate attualmente con specialità farmaceutiche (psicoterapia, consulenza, medicina tradizionale) e tali alternative possono spesso essere culturalmente più adeguate e molto più efficaci (...) Le autorità sanitarie dovrebbero promuovere l'uso di modalità di trattamento, complementari o alternative, scientificamente valide e collaudate, prendendo anche in considerazione in fatto che, affidandosi a tali opzioni terapeutiche piuttosto che alla farmacoterapia in sé, i risparmi sui costi possono essere significativi".

(Fonte: International Narcotic Control Board - ONU)

Riferimenti bibliografici

- Alexander, F. (1984). Psychological aspects of medicine. *Advances*, 1: 53-60
- Armstrong, T. (1997). *The myth of the ADHD child*. New York: Plume Books.
- Ajmone, C. (2006) *New data-base on ADHD*, by Osservatorio Italiano Salute Mentale (OISM - Italian Observatory on Mental Health)
- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit-hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford
- Battle, E.S. & Lacy, B. (1972). A context for hyperactivity in children, over time. *Child Development*, 43, 757-773
- Baumeister, A. & Hawkins, M. (2001). Incoherence of neuroimaging studies of attention deficit/hyperactivity disorder, *Clinical neuropharmacology*, 24:1, 2-10.
- Biederman, J., Munir, K, Knee, D, Habelow, W., Armentano, M, Autor, S, Hoge, S.K., & Waternaux, C. (1986). A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls. *Journal of Psychiatric Research*, 20, 263-274
- Biederman et al. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738
- Bolanos C., Barrot M., Berton O, Wallace Black D., Nestler E. et altri, Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze dell'Universita del Texas Bretherton, I (1995). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.). Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Cameron, J. R. (1977). Parental treatment, children's temperament, and the risk of childhood behavioral problems: I. Relationships between parental characteristics and changes in children's temperament over time. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 568-576
- Campbell, S. B. (1990). *Behavior Problems in Preschoolers: Clinical and Developmental Issues*. New York: Guilford Press
- Caplan, P. (1996). *They say you're crazy: How the world's most powerful psychiatrists decide who's normal*. Cambridge, MA: Perseus.
- Carey, W. (1998, November 16-18). Is ADHD a valid disorder? Invited address to the National Institute of Health, Consensus Conference on ADHD. Available from William Carey, MD, 511 Walnut Lane Swarthmore, PA 19081-1140.
- Chase, Brown, Carrey e Wilkinson, Dipartimento di Fisiologia e Biopsichiatria dell'Universita di Halifax (Canada)
- Commoner, B. (2002). Unraveling the DNA myth: The spurious foundation of genetic engineering. *Harper's*, 304, 39-47
- Consensus "GiùleManidaiBambini"®, "Internationa Consensus: ADHD and Abuse in the Prescription of Psychopharmaceutical Drugs to Minors", January 2005, redatto dal comitato scientifico permanente del Comitato "GiùleManidaiBambini"®, coordinamento a cura del prof. Claudio Ajmone, ref. http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/consensus_it.html, oppure per la lingua inglese http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/consensus_en.html
- Crittenden, P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.) Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Deutsch, C.K., Swanson, J.M., Bruell, J.H., Cantwell, D.V. (1982).

- Over-representation of adoptees in children with attention deficit disorder. *Behavioral Genetics*, 12, 231-238
- Edelbrock et al. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 775-786
- Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Books.
- Frolich, Dopfner, Berner e Lehmkuhl, Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie
- Galves A., Walker D, Cohen D, Duncan B., Dunlap M., Friedman H., Greening T., Johnson T. B. Karon B. P., Schneider K. J., Simon L., Sliclen R. J., "Debunking the Science behind ADHD ad a Brain Disorder", traduzione a cura della redazione di "GiùleManidaiBambini, 2005
- Gatto, J.T. (2001). *The Underground History of American Education*. Oxford, NY: Oxford Village Press
- Gillis et. Al. (1992). Attention-deficit disorder in reading disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 303-315
- Goldberg, S., Muir, R. & Kerr, J. (Eds.)(1995). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit-hyperactivity disorder in children: A guide to practitioners*. New York: John Wiley & Sons
- Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity – II. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(5), 691-709
- Henderson e Fischer, The American Journal of Cardiovascular Pathology , USA, 2003
- Herman, J. (2000). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books
- Holmes, J. (1995). "Something there is that doesn't love a wall:" John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.). Hillsdale, NJ The Analytic Press
- Holt, J. (2000). *How Children Fail*. New York: Perseus Books
- Hubbard, R & Wald, E. (1993). *Exploding The Gene Myth*. Boston: Beacon Press
- Jensen, J. Cardello, F. & Baun, M (1996). Avian companionship in alleviation of depression, loneliness and low morale in older adults in skilled rehabilitation units. *Psychological Reports*, 78, 339-348
- Johnson, S.L. & Roberts, J.F. (1995). Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories. *Psychological Bulletin*, 117(3), 434-449
- Joseph, J. (2003). *The Gene Illusion: Genetic Research in Psychiatry and Psychology Under The Microscope*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books
- Khan A., Leventhal, R. M., Khan, S. R., & Brown, W. A. (2002). Severity of depression and response to antidepressants and placebo: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 40-45.
- Kohn, A. (2000). *Schools Our Children Deserve: Moving Beyond Traditional Classrooms and "Tougher Standards."* New York: Houghton Mifflin
- Kolb B. et altri, Universita di Lethbridge (Canada), Robinson T., Universita del Michigan (USA), ricerca finanziata dal National Institute on Drug Abuse (USA)
- Kramer, P.D. *Listening to Prozac*. New York: Penguin
- Kreger, D.W. (1995). Self-esteem, stress and depression among graduate students. *Psychological Reports*, 76, 345-346
- Lambert, N.M. (1982). Temperament profiles of hyperactive children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 458-467
- Lambert Nadine e Hartsough Carlyne, Journal of Learning Disabilities

- Lambert, N.M. & Harsough, C.S. (1984) Contribution of predispositional factors to the diagnosis of hyperactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54 97-109
- Lehmiche, N & Hicks, R. (1995). Relationship of response-set differences in Beck Depression Inventory among undergraduate students. *Psychological Reports*, 76, 15-21
- Leo, J.T. & Cohen, D. (2002). Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging research. *The Journal of Mind and Behavior*, 24, 29-56
- Leonard, G. (1987). *Education and Ecstasy*. Berkeley: North Atlantic Books
- Leuchter AF, Cook IA, Witte EA, et al.: Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:122-129.
- Lewis, T. Amini, F & Lannon, R. (2000). *A General Theory of Love*. New York: Random House
- Montiel Nava, Pena, Espina Marines, Ferrer-Hernandez, LopezRubio, Puertas Sanchez e Cardozo Duran, Universita di Maracaibo (Venezuela)
- Moll, Hause, Ruther, Rothenberger ed Huether, del Dipartimento di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Universita di Gottingen (Germania)
- Max, J. E., Arndt, S., Castillo, C. S., Bokura, H., Robin, D. A., Lindgren, S. D., Smith, W. L. Jr., Sato, Y, & Mattheis, P. J. "Attention deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37)
- McCutcheon, L. (1995) Further validation of the Self-defeating Personality Scale. *Psychological Reports*, 76, 1135-1138
- Patterson, G.R. (1982) *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia
- Pauls, D.L. (1991). Genetic factors in the expression of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Pharmacology*, 1, 353-360
- Pennebaker, J.W. (2000). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health; The values of writing and talking about upsetting events. In *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. J. Volanti & D. Paton (Eds.)
- Peterson B. S.: "Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34)
- Rappaport, J. (2003). Cornell improves the brain. *Stratiawire.com*, February, 2003
- Robin, A.L., Kraus, D, Koepke, T. & Robin, R.A. (1987). *Growing up hyperactive in single versus two-parent families*. Paper presented at the 95th annual convention of the American Psychological Association, New York
- Rosenzweig, M.R., Bennett, E.L. & Diamond, M.C. (1972). Brain changes in response to experience. *Learning and Memory*, 8: 294-300
- Ross, D.M. & Ross, S.A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research and theory* (2nd Ed. New York: Wiley & Sons
- Randa A. El-Zein, Matthew J. Hay, Mirtha S. Lopez, Melissa L. Bondy, Debra L. Morris, Sherif Z. Abdel-Rahman e Marvin S. Legator (University of Texas, Medical Branch) Safer, D.J. (1973). A familiar factor in minimal brain dysfunction. *Behavioral Genetics*, 3, 175-186
- Sami Timimi and 33 coendorsers, Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 7, No. 1, March 2004, "A Critique of the International Consensus Statement on ADHD"
- Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaker causality. In *Review of Child Development Research, Vol. 4*. F. B. Horowitz (Ed). Chicago: University of Chicago Press
- Schwartz, J.M., Stoessel, P.W., Baxter, L.R., Karron, M. et.al. (1996) Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-

compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(2): 109-113

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman

Selye, H. (1974). *Stress Without Distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott

Sherman, D.K., Iacono, W.G. & McGue, M.K. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 745-753

Thomas A. & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner-Mazel

van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisath, L (Eds) (1996). *Traumatic Stress*. New York: Guilford

Willerman, L. (1973). Activity level and hyperactivity in twins. *Child Development*, 44, 388-293

Zametkin, A. J., Ernst, IA., & Silver, R.: "Laboratory and diagnostic testing in child and adolescent psychiatry: a review of the past 10 years" (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37)