

L.U.I.N.A.
Libera Università Italiana
di Naturopatia Applicata
Scuola di Naturopatia - Heilpraktiker

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER (ADHD)
POSSIBILE INTEGRAZIONE CON
TECNICHE NATUROPATICHE

Tesi di GIANNONI SONIA
2005

INDICE

	PAGINA
1. RIASSUNTO.....	4
1. INTRODUZIONE E SCOPI	5
2. COSA E' LA SINDROME ADHD	7
3. QUANDO E' NATA LA SINDROME ADHD.....	13
4. CAUSE NEURO-BIOLOGICHE	14
4.1 CAUSE GENETICHE.....	14
4.2 CAUSE BIOLOGICHE	18
4.3 CAUSE LEGATE ALLA GRAVIDANZA.....	19
4.4 OTITE MEDIA	20
5. CAUSE NON NEURO-BIOLOGICHE	22
5.1 FAMIGLIA.....	23
5.2 SCUOLA.....	25
5.3 ALLERGIE ED INTOLLERANZE.....	26
5.4 TELEVISIONE	32
6. ADHD E BAMBINI INDACO	33
7. TEST DIAGNOSTICI	40
7.1 TEST DIAGNOSTICI PER IL DEFICIT DI ATTENZIONE	43
7.2 TEST DIAGNOSTICI PER L'IPERATTIVITA'/IMPULSIVITA'.....	44
7.3 TEST PER INDIVIDUARE UN BAMBINO INDIGO	45
7.3.1 ETA' FRA 0 E 5 ANNI.....	46
7.3.2 ETA' FRA 6 E 10 ANNI.....	47
7.3.3 ETA' FRA 11 E ADULTI.....	48
8. APPROCCIO TRADIZIONALE.....	50
8.1 FARMACI UTILIZZATI.....	50
8.2 EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI.....	52
8.3 SITUAZIONE NEL MONDO	56
8.4 PSICOTERAPIA	65
9. APPROCCIO NATUROPATICO	68
9.1 FIORI DI BACH	68
9.2 VERIFICA DI INTOLLERANZE O ALLERGIE.....	70
9.3 KINESIOLOGIA	73
9.4 SE IL BAMBINO E' UN "INDACO"	75
9.5 ALTRI COMPORTAMENTI CHE AIUTANO	76

10	ALCUNI ESEMPI	78
10.1	LUCA.....	78
10.2	GIULIO	81
10.3	GIORGIO.....	83
11	CONCLUSIONI	86
12	BIBLIOGRAFIA	95

1. RIASSUNTO

La tesi affronta un disturbo del comportamento che colpisce principalmente i bambini in età scolare ma può protrarsi anche nell'adolescenza e nell'età adulta. Questo disturbo è definito Sindrome da Deficit di Attenzione con Iperattività ed Impulsività (ADHD).

Verranno descritti i sintomi di questo disturbo ed i test che sono stati messi a punto dai neuropsichiatri per effettuare la diagnosi.

Verranno descritte le cause neuro-biologiche e soprattutto genetiche che la classe medica e neuropsichiatrica sta cercando di dimostrare, per giustificare la definizione di "sindrome" (e quindi malattia) e la terapia di tipo farmacologico associata.

Verranno descritte le altre possibili cause sia di tipo organico che psicologico, ma soprattutto verrà introdotto un punto di vista innovativo, e cioè la definizione e le modalità per riconoscere un bambino "indaco" ovvero, un bambino che fa parte di una evoluzione della specie umana, un bambino con qualità e caratteristiche difficili da accettare in una società come la nostra in cui c'è poco spazio per la creatività, fantasia, sentimento e sensibilità e sicuramente poco tempo per il dialogo.

Verranno quindi descritte le diverse modalità, a seconda dei punti di vista e delle cause che si riconoscono, per aiutare un bambino a ritrovare la serenità e la stima in se stesso.

In questo lavoro cerco di evidenziare che questo disturbo non è affatto una malattia e che nella maggior parte dei casi non ha cause genetiche. Avrei voluto portare molti casi che testimoniano la validità del mio punto di vista, ma purtroppo ancora non ho avuto la possibilità di creare una mia casistica, anche se in letteratura possiamo trovare molte testimonianze positive a riguardo. Non è facile per un genitore che si trova ad affrontare una tale problematica decidere di rivolgersi ad un naturopata, in parte perchè non conosce questa figura ed in parte perchè viene inviato subito da uno psicologo iniziando così la terapia farmacologica e psicanalitica.

1. INTRODUZIONE E SCOPI

Negli ultimi dieci anni i disturbi dell'età infantile si sono moltiplicati a dismisura. Non tanto le sindromi più gravi (psicosi e autismo), costanti nel tempo, quanto quelle intermedie (patologie del carattere e nevrosi). Ansia da prestazione, disturbi del sonno e alimentari (bulimia e anoressia), asocialità, deficit di attenzione e ipercinesia, fobie e ossessioni, ecc. sono aumentati in misura vertiginosa.

Inutile negare che il fenomeno riguarda l'interazione del bambino con l'ambiente: la famiglia, le scuole materne, gli asili nido, le baby-sitter, l'istituzione scolastica, i servizi per l'infanzia ecc.. L'affermazione della psichiatria organicista che i disturbi infantili sono di natura genetica risulta ridicola se si considera l'estensione del problema, il quale tocca ormai la metà delle famiglie nel mondo occidentale.

In questa sede si tratterà specificatamente del disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, più comunemente indicato con la sigla ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

L'ADHD è uno dei disturbi psichiatrici più dibattuti negli ultimi tempi, anche se il primo studioso che la descrisse fu l'inglese George Fredrick Still che la espose al Royal College of Physicians nel 1902 (1).

Trattandosi di un disturbo tipico dell'infanzia, tanta attenzione è comprensibile; il fatto che solo da qualche anno se ne discuta tanto è dovuto, soprattutto, ai dubbi sul larghissimo ricorso alla terapia farmacologica che si fa da anni negli Stati Uniti, ma che si sta diffondendo anche in Europa, Italia compresa.

Il bambino che ne è colpito non è in grado di restare focalizzato sugli eventi esterni, sugli stimoli ambientali, per un tempo adeguato e, inoltre, mostra un'incapacità più o meno grave a restare fermo. Insomma il bambino distratto e sempre pronto ad alzarsi dal banco o da tavola senza apparente ragione. Non stupisce, dunque, che sia soprattutto in età scolare che viene la

diagnosi: infatti è il primo ambiente che il bambino incontra nel quale gli siano richiesti tanto attenzione, quanto disciplina.

Peraltro oggi si distinguono tre forme differenti, a seconda che prevalga la disattenzione (come avviene più spesso nelle bambine), oppure l'iperattività e impulsività (forma più frequente nei bambini) o che queste coesistano in misura più o meno equivalente (il disturbo classico).

2. COSA E' LA SINDROME ADHD

La sigla ADHD (Attention Deficit Hyperactiv Disorder) ha dei corrispettivi nelle diverse lingue ed in particolare: ADD, Attention Deficit Disorder, ADS nella letteratura di lingua tedesca e DDAI (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività) nella letteratura italiana.

Oggi, l'ADHD viene diagnosticato ai bambini e agli adulti che mostrano costantemente determinate caratteristiche comportamentali per un certo periodo di tempo. I più comuni comportamenti sono inclusi in tre categorie base: disattenzione, iperattività e impulsività.

Disattenzione. Le persone che soffrono di disattenzione hanno serie difficoltà a rimanere concentrati su qualsiasi cosa e possono annoiarsi di un'attività intrapresa, dopo solo pochi minuti. Possono prestare attenzione alle attività e alle cose che piacciono spontaneamente, senza sforzo e in modo automatico. Ma risulta loro molto difficile focalizzare l'attenzione deliberatamente per organizzare e finire un lavoro o imparare qualcosa di nuovo.

Ad esempio un bambino affetto da deficit di attenzione spesso, dimentica di pianificare in anticipo le attività, non prende nota dei compiti, perde continuamente oggetti legati alla scuola o non porta a casa i libri giusti sui quali studiare. Quando prova a lavorare, tempo pochi minuti e i suoi pensieri, spontaneamente, si spostano su qualcosa d'altro. Risultato: raramente finisce ciò che ha da fare e il suo lavoro è pieno di errori.

Iperattività. Le persone iperattive sembrano sempre in movimento. Non riescono a rimanere seduti tranquilli. Possono parlare ininterrottamente o buttare le cose all'aria. Per un bambino affetto da iperattività rimanere seduti al banco durante una lezione può essere un compito impossibile. I bambini iperattivi si dimenano nei loro banchi o vagano per la classe. Oppure possono muovere i piedi, toccare ogni cosa o tambureggiare noiosamente con la

penna. Adolescenti e adulti iperattivi possono sentirsi fortemente irrequieti. Possono essere agitati o possono fare diverse cose contemporaneamente, saltando da un'attività all'altra.

Impulsività. Le persone che sono eccessivamente impulsive sembrano incapaci di tenere a freno reazioni immediate o di pensare prima di agire. Il risultato è lasciarsi scappare di bocca commenti inappropriati. Oppure possono correre per la strada senza guardare se ci sono macchine che stanno passando. L'impulsività può rendere loro difficile aspettare per avere qualcosa che vogliono o attendere pazienti il loro turno durante alcuni giochi. Possono strappare di mano un giocattolo ad un altro bambino o picchiare quando sono arrabbiati o frustrati.

Non tutti coloro che sono eccessivamente iperattivi, disattenti o impulsivi hanno un disturbo dell'attenzione. Dal momento che la maggior parte delle persone alcune volte si lascia sfuggire di bocca qualcosa che non aveva intenzione di dire, salta da un'attività all'altra o diventa disorganizzata e smemorata, come può riuscire uno specialista a dire se il problema è l'ADHD? Per valutare se una persona ha l'ADHD, gli specialisti considerano diverse domande critiche cui dare una risposta: questi comportamenti sono eccessivi, pervasivi e si manifestano continuamente nel tempo? Ovvero, si manifestano più spesso rispetto alle altre persone della stessa età? Sono un problema continuo, non esclusivamente una risposta ad una situazione temporanea? Questi comportamenti avvengono in diverse situazioni e circostanze o solo in specifici luoghi, come in ufficio o nel cortile durante la ricreazione? L'insieme dei comportamenti della persona deve essere confrontato con un serie di criteri e caratteristiche del disturbo. Questi criteri appaiono all'interno del Manuale (statunitense) Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-IV).

In accordo con il manuale diagnostico, ci sono tre insiemi o modelli di comportamento che indicano l'ADHD; uno per ogni categoria del disturbo: disattenzione, iperattività e impulsività.

Esistono due modalità leggermente diverse per effettuare una diagnosi:

- una è quella dettata dall'organismo europeo OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e raccolti nel ICD-10 (International Classification of Diseases 10th edizione);
- una propriamente descritta nel manuale diagnostico statunitense DSM-IV.

Per gli ulteriori dettagli si rimanda ai cap. 7.1 e 7.2.

In ogni caso, l'ADHD non dovrebbe essere diagnosticato a chi nel lavoro e nelle amicizie non è seriamente limitato o ostacolato da questi comportamenti. Allo stesso modo, ciò non dovrebbe accadere per un bambino che sembra troppo attivo a scuola, ma non ha problemi comportamentali in altri luoghi e in altre situazioni.

L'ADHD non è un problema marginale che si risolve con l'età, la condizione può persistere in età adulta.

Fino a qualche tempo fa si riteneva che l'iter naturale di questa sindrome fosse caratterizzato dalla persistenza fino all'adolescenza nel 70% dei casi e fino all'età adulta nel 65% dei casi (2). Recenti studi (Faraone 2004; Kessler 2004) hanno però ridimensionato questi valori per cui la percentuale di persistenza fino all'età adulta è del 3%-5% (33). Tuttavia, molti di quelli che non rientrano più nella descrizione clinica dell'ADHD hanno ancora significativi problemi di adattamento nel lavoro, a scuola o in altri contesti sociali. I soggetti affetti da ADHD in età adolescenziale o adulta adottano nel 25-40% dei casi condotte antisociali ed hanno un rischio più elevato per tossicodipendenza, fallimento lavorativo e separazioni coniugali. (2)

L'ADHD, infatti, significativamente si associa a disturbi dell'adattamento sociale (personalità antisociale, alcoolismo, criminalità), basso livello accademico ed occupazionale, problemi psichiatrici, fino ad essere considerato uno dei migliori predittori, in età infantile, di cattivo adattamento

psicosociale nell'età adulta. Anche se è strettamente dipendente dal contesto evolutivo in cui cresce il bambino con ADHD, è la persistenza stessa dell'ADHD a rappresentare il fattore di peggiori prognosi psicosociale.

Spesso i primi problemi si manifestano a tre anni di età, con una evidente iperattività. Le difficoltà aumentano con l'ingresso nella scuola elementare in cui al bambino si richiede il rispetto di regole e prestazioni cognitive. Verso gli ultimi anni della scuola elementare l'iperattività motoria si attenua mentre può persistere l'impulsività e la disattenzione. Con l'ingresso nelle scuole medie alcuni bambini con ADHD sviluppano delle strategie di compensazione con cui riescono a colmare le difficoltà, sebbene persistano difficoltà di concentrazione soprattutto nello studio orale. In età adolescenziale e adulta possono perdurare difficoltà nelle relazioni sociali, incapacità a mantenere un lavoro, ad avere relazioni coniugali stabili. Permane anche una certa disorganizzazione nell'intraprendere azioni e fare scelte di vita. (1)

Per quanto riguarda i problemi relazionali, i genitori, gli insegnanti e gli stessi coetanei concordano che i bambini con ADHD hanno anche problemi nelle relazioni interpersonali (Pelham e Millich 1984). Vari studi di tipo sociometrico hanno confermato che bambini affetti da deficit di attenzione con o senza iperattività:

- ricevono minori apprezzamenti e maggiori rifiuti dai loro compagni di scuola o di gioco (Carlson et al, 1987);
- pronunciano un numero di frasi negative nei confronti dei loro compagni dieci volte superiori rispetto agli altri;
- presentano un comportamento aggressivo tre volte superiore (Pelham e Bender, 1982);
- non rispettano o non riescono a rispettare le regole di comportamento in gruppo e nel gioco;
- laddove il bambino con ADHD assume un ruolo attivo riesce ad essere collaborante, cooperativo e volto al mantenimento delle relazioni di amicizia;

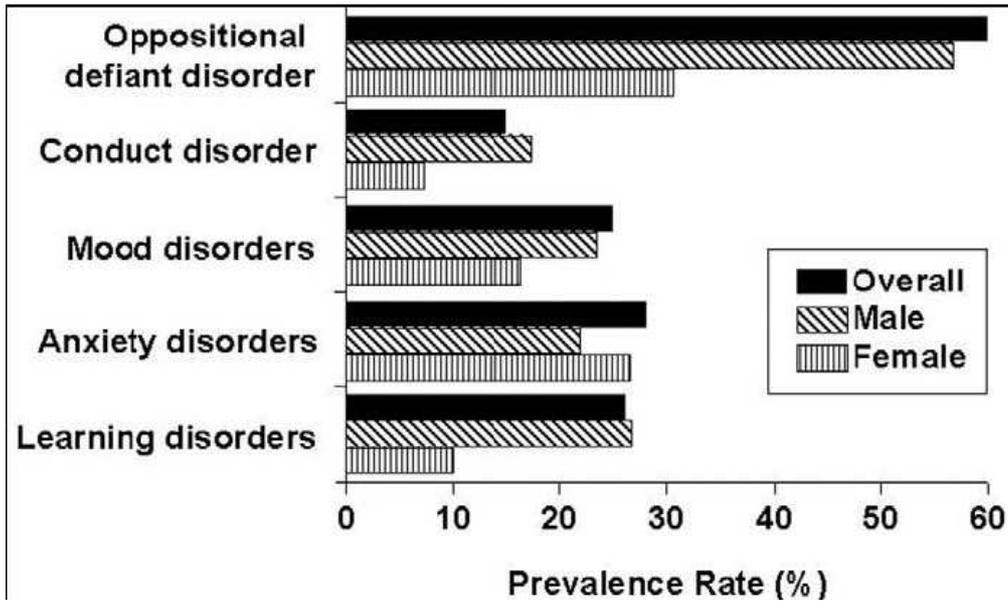
- laddove, invece, il loro ruolo diventa passivo e non ben definito, essi diventano più contestatori e incapaci di comunicare proficuamente con i coetanei.

Gli inevitabili fallimenti che il bambino ADHD accumulerà nella sua esperienza di vita (sociali, scolastici e familiari) favoriranno, inevitabilmente, lo sviluppo di tratti oppositivi e provocatori che rappresenteranno un aspetto molto problematico dell'ADHD, dal momento che questi tratti saranno i predittori di prognosi infauste: i ragazzi, infatti, che manifestano comportamento da deficit di attenzione/ iperattività e aggressività, saranno più a rischio di altri nello sviluppare comportamenti devianti, nell'incorrere in problemi con la giustizia o nell'uso di alcool e/o sostanze stupefacenti (Taylor et al 1996).

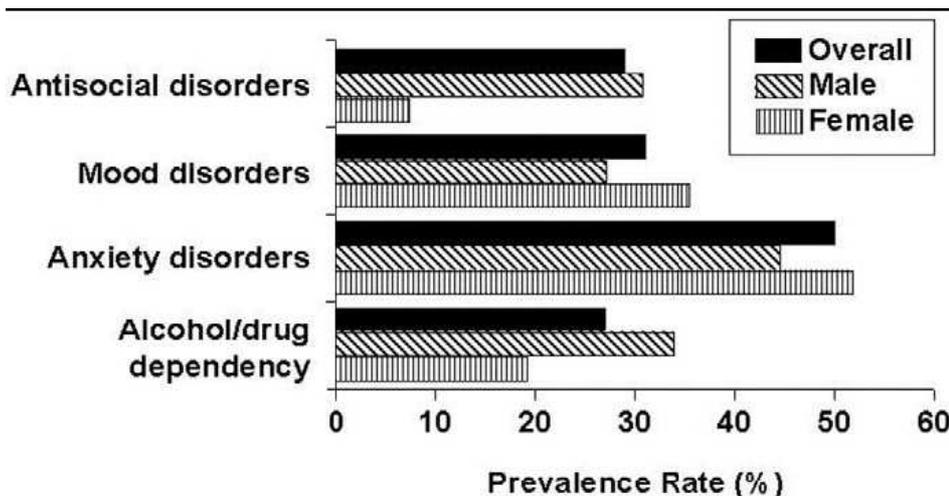
I soggetti con ADHD, oltre ai sintomi primari, manifestano anche altri comportamenti disturbanti ritenuti secondari in quanto si presume derivino dall'interazione tra le caratteristiche patognomoniche del disturbo e il loro ambiente.

I bambini con DDAI sono quindi maggiormente a rischio per altre problematiche psicologiche. Circa il 44% di essi presenta almeno un altro disturbo, il 32% ne presenta altri due e l'11% altri tre (Szatmari, Offord & Boyle, 1989 in Barkley 1998).

In base a studi eseguiti da Biederman et al 1996, 1999; Pliszka 1998; Spencer et al 1999 (33) si evince che i disturbi associati alla sindrome ADHD nei bambini sono quelli riportati nella seguente tabella:



Mentre base a studi eseguiti da (Biederman et al 1993, 1994; Shekim et al 1990 (33), in caso di sindrome ADHD in età adulta, i sintomi associati sono i seguenti:



3. QUANDO E' NATA LA SINDROME ADHD

Nel seguito sono riportate cronologicamente le date importanti per l'individuazione e classificazione di questo disturbo (1):

- 1902, Still: "deficit nel controllo morale...ed una eccessiva vivacità e distruttività".
- Anni '20: secondo diversi autori le manifestazioni comportamentali sono legate a precedenti encefaliti (Ebaugh, 1923).
- Anni '30, Levin : Danno Cerebrale Minimo.
- Anni '40: Disfunzione Cerebrale Minima (intossicazioni, traumi, infezioni).
- 1968, DSM- II: reazione Ipercinetica del Bambino.
- 1980, DSM-III: DDA, con o senza Iperattività.
- 1987, DSM-III-R: DDAI (14 sintomi).
- 1994, DSM- IV: DDAI e tre sottotipi.

Gli psichiatri hanno utilizzato molti nomi per definire i bambini caratterizzati da iperattività e da una disattenzione e impulsività fuori della norma. Questi soggetti sono stati considerati affetti da "Minima disfunzione cerebrale", da "Sindrome infantile da lesione cerebrale", da "Reazione ipercinetica dell'infanzia", da "Sindrome da iperattività infantile" e, più recentemente, da "Disturbo dell'attenzione con o senza iperattività e impulsività". I frequenti cambiamenti nelle definizioni rispecchiano l'incertezza che hanno avuto i ricercatori sulle cause del disturbo e perfino su quali fossero esattamente i criteri diagnostici.

In Italia la sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività si affaccia dopo la pubblicazione negli Stati Uniti - circa venti anni fa - del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM III, che definiva le caratteristiche cliniche di questo disordine. Le critiche iniziali, però, furono molto marcate sia in Italia che in altri Paesi.

4. CAUSE NEURO-BIOLOGICHE

Nell'ultimo decennio, gli scienziati hanno formulato possibili teorie circa le probabili cause dell'ADHD. Alcune di queste teorie hanno condotto a vicoli ciechi, altre hanno alimentato le speranze per nuovi percorsi di ricerca.

Una delle teorie più deludenti postulava che tutti i disturbi dell'attenzione e dell'apprendimento fossero causati da piccole ferite alla testa o da danni al cervello non facilmente rintracciabili, dovuti probabilmente a infezioni precoci o complicazioni alla nascita. Basandosi su questa teorie, per molti anni questi disturbi venivano chiamati "danni minimali al cervello" o "disfunzioni cerebrali minimali". Nonostante, in alcuni casi, certi tipi di ferite alla testa possono spiegare alcuni casi di disturbo dell'attenzione, la teoria fu abbandonata perché poteva spiegare solo un piccolissimo numero di casi. Non tutti coloro che soffrono di ADHD hanno subito un trauma infantile alla testa o complicazioni alla nascita.

Recentemente, fra i ricercatori e neuropsichiatri si è andata affermando la concezione che l'ADHD non è un semplice disturbo del comportamento e non ha cause che dipendono dall'ambiente in cui nasce e cresce un bambino, ma piuttosto è un disturbo neuro-biologico, quindi con basi organiche ed in particolare genetiche. L'ipotesi viene dalla diagnostica per immagini, alla quale sono risultate alcune caratteristiche tipiche nei piccoli pazienti.

Inoltre sono state individuate anche cause che dipenderebbero dallo stile di vita della mamma durante la gravidanza e dalle condizioni del feto durante il parto.

Nel seguito tali cause verranno dettagliatamente descritte.

4.1 CAUSE GENETICHE

La diagnostica per immagini ha individuato, in bambini affetti da questa sindrome, un volume inferiore allo standard di cervello e cervelletto, in particolare la corteccia prefrontale destra (che controlla la programmazione

del movimento, la resistenza alla distrazione e lo sviluppo della consapevolezza di sé e del tempo), i gangli della base (interrompono le risposte automatiche e coordinano gli impulsi), il sistema meso-libico e sostanza reticolare che, attraverso la produzione di neuromediatori quali dopamina, noradrenalina e serotonina, controllano attenzione, aggressività ed impulsività. (2)

In linea più generale, alcune aree hanno una funzionalità ridotta e altre una funzionalità superiore alla norma, ed ad essere ipofunzionanti sono proprio le aree cui spetta il controllo dell'attenzione. Insomma il bambino sarebbe meno attrezzato in partenza per soffermarsi sugli stimoli esterni.

Molti studi sembrano avvalorare l'ipotesi che il fenomeno possa essere dovuto a una disfunzione di alcuni dei numerosi geni che normalmente sono attivi durante la formazione e lo sviluppo della corteccia pre-frontale e dei gangli basali. La maggior parte dei ricercatori attualmente pensa che l'ADHD sia un disturbo poligenico, ossia determinato dal concorso di più geni.

Le prime indicazioni sull'origine genetica dell'ADHD sono venute da ricerche condotte sulle famiglie dei bambini affetti dal disturbo. Varie ricerche hanno dimostrato che i famigliari di soggetti con DDAI hanno circa il 30 – 35% di probabilità di presentare il medesimo problema. (1)

In base ad alcuni studi effettuati da Biederman et al 1990; Faraone et al 1992; Frick et al 1991; Schachar and Wachsuth 1990 (33) si è osservato che i fratelli e le sorelle di bambini con ADHD hanno una probabilità di sviluppare la sindrome da 2 a 8 volte superiore a quella dei bambini appartenenti a famiglie non colpite.

I figli di un genitore affetto da ADHD hanno fino a cinquanta probabilità su cento di sperimentare le stesse difficoltà (4).

La prova più conclusiva del contributo genetico all'ADHD, però, viene dallo studio sui gemelli. Nel 1992, Jacquelyn I. Gillis, allora all'Università del Colorado, e suoi colleghi scoprirono che il rischio di ADHD in un gemello monozigote di un bambino affetto dal disturbo è tra 11 e 18 volte superiore a

quello di un fratello non gemello di un bambino con ADHD; si valuta che tra il 55 e il 92% di gemelli monozigoti di bambini affetti da ADHD finisca con sviluppare la sindrome.

Uno dei più ampi studi sull'ADHD relativo a gemelli fu condotto da Helene Gjone e Jan M. Sundet dell'Università di Oslo, insieme con Jim Stevenson dell'Università di Southampton in Inghilterra. Coinvolgeva 526 gemelli monozigoti, che ereditano esattamente gli stessi geni, e 389 gemelli eterozigoti, la cui somiglianza genetica è analoga a quella di fratelli nati a distanza di anni. Il gruppo di ricerca scoprì che l'ADHD è ereditario quasi all'80%, cioè che circa l'80% delle differenze nell'attenzione, nell'iperattività e nell'impulsività tra persone affette da ADHD e persone sane può essere spiegato da fattori genetici (4). Anche più recenti studi eseguiti da Martin et al. nel 2002 indicano una percentuale intorno al 75% (33).

Altri studi indicano che l'ADHD nasce da un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo. A sua volta, questa mancanza di autocontrollo pregiudica altre importanti funzioni cerebrali necessarie per il mantenimento dell'attenzione, tra cui la capacità di posticipare le gratificazioni immediate in vista di un successivo e maggiore vantaggio. Insomma, questi bambini sono quelli che preferiscono l'uovo oggi alla gallina domani!

I bambini affetti da ADHD, pertanto, non riescono a controllare le loro risposte all'ambiente. E' come se in questo momento che state leggendo veniste bombardati da tanti altri eventi disturbanti, come la televisione accesa, i vostri figli che gridano fuori la stanza, il telefono che squilla e voi non riuscite ad annullare tutti questi stimoli per focalizzare la vostra attenzione solo su quello che state facendo e che vi interessa tanto. Se non aveste questa capacità di "filtrare" gli stimoli e "prestare attenzione" comincereste a sentirvi agitati perché vi rendereste conto di non riuscire nel vostro intento. Pensate se poi l'attenzione vi venisse richiesta per cose non tanto gradite, come studiare una pagina di storia medioevale, cosa fareste?

Sono stati individuati almeno 10-20 geni che potrebbero avere un ruolo nell'origine del disturbo, alcuni dei quali sono coinvolti nella funzione del neurotrasmettitore dopamina che ha il compito di trasportare segnali chimici da una cellula nervosa a un'altra (6).

La dopamina svolge un ruolo fondamentale nel controllo di molte funzioni fisiologiche, fra cui l'attività motoria e la coordinazione dei movimenti, la regolazione dei processi cognitivi e neuroendocrini.

La dopamina è secreta dai neuroni in particolari zone del cervello per inibire o modulare l'attività di altri neuroni, in particolare di quelli coinvolti nell'emozione e nel movimento. I disturbi del movimento nel morbo di Parkinson, per esempio, sono provocati dalla morte di neuroni produttori di dopamina in una formazione del cervello, la substantia nigra, che si trova al di sotto dei gangli basali.

Alcuni studi (33) mettono in particolare evidenza il ruolo svolto dai geni che impartiscono le istruzioni per la produzione dei recettori e dei trasmettitori della dopamina: questi geni sono molto attivi nella corteccia pre-frontale e nei gangli basali. I recettori della dopamina si trovano sulla superficie di alcuni neuroni. La dopamina trasporta il suo messaggio a questi neuroni legandosi ai recettori. I trasportatori di dopamina si protendono dai neuroni che secernono il neurotrasmettitore e recuperano la dopamina inutilizzata in modo che possa essere usata di nuovo. Mutazioni nel gene per il recettore della dopamina possono rendere i recettori meno sensibili alla dopamina. Al contrario, mutazioni nel gene per il trasportatore della dopamina possono rendere eccessivamente attivi i trasportatori facendo in modo che essi eliminino la dopamina secreta prima che essa abbia la possibilità di legarsi agli specifici recettori situati su un neurone adiacente.

Secondo studi recenti (Lancet 1999;354:199; Neurosci Lett 2000;285:107), i soggetti con ADHD avrebbero un numero molto elevato di trasportatori della dopamina (con un aumento di circa il 70% rispetto ai controlli), con conseguenti basse concentrazioni di dopamina cerebrali extracellulari. (5)

La conseguenza è che il bambino con Disturbo di Concentrazione non sarà in grado di reagire agli stimoli ambientali attraverso un'adeguata scelta e graduazione del repertorio motorio e comportamentale.

In definitiva, si potrebbe affermare che i difetti genetici e di struttura cerebrale osservati in alcuni bambini affetti da ADHD portano ai comportamenti caratteristici del disturbo dell'attenzione associato a iperattività riducendo la capacità di inibire comportamenti inadeguati e di autocontrollo.

4.2 CAUSE BIOLOGICHE

Gli scienziati hanno dimostrato un legame tra l'abilità di una persona a mantenere costantemente l'attenzione e il livello dell'attività cerebrale. A soggetti adulti fu chiesto di imparare una lista di parole.

Durante il compito, gli scienziati usarono la PET (tomografia ad emissione di positroni) per osservare il funzionamento del cervello al lavoro. I ricercatori misurarono il livello di glucosio usato dalle aree del cervello che inibiscono gli impulsi e controllano l'attenzione. Il glucosio è la principale fonte di energia del cervello; in questo modo misurando in che quantità è presente, ossia quanto ne viene usato, si ha un buon indicatore del livello di attività cerebrale.

Si evidenziarono importanti differenze tra le persone con ADHD e le persone che non ne soffrivano. In quelle con ADHD, le aree del cervello che controllano l'attenzione usavano meno glucosio, a indicare quindi un più basso livello di attività cerebrale. Da questa ricerca appare che un livello basso di attività in alcune parti del cervello può causare disattenzione (25). Ovviamente se ho un livello basso di attività celebrare userò meno glucosio e quindi sarebbe interessante capire come si fa a stabilire chi è la causa di questi risultati, se la carenza di glucosio o piuttosto la carenza di attività.

Anche le tossine nell'ambiente possono interferire con lo sviluppo del cervello e/o i processi cerebrali, causando probabilmente l'ADHD.

Il piombo è una di queste probabili tossine (33). Si trova nella polvere, nel terreno, negli intonaci, in aree dove un tempo si usava benzina o vernici con piombo. Inoltre, può essere presente anche in alcuni acquedotti. Alcuni studi su animali suggeriscono che i bambini esposti al piombo possono sviluppare sintomi associati al ADHD, ma solo pochi casi sono stati al momento confermati (25).

Esistono infine condizioni patologiche generali che possono più facilmente associarsi a sintomi tipo ADHD. Tra queste disturbi neuroevolutivi, quali disturbi sensoriali (visivi, uditivi), disturbi dello sviluppo linguistico, disturbi specifici dell'apprendimento, ritardo mentale o livello intellettivo "borderline". Anche condizioni quali alcune forme di epilessia (es. piccolo male), traumi cranici, disturbi tiroidei, affezioni dermatologiche, disturbi del sonno, nascita pretermine, ed anche alcuni farmaci (antiepilettici, benzodiazepine, anti-istaminici) possono associarsi a sintomi tipo ADHD (22).

4.3 CAUSE LEGATE ALLA GRAVIDANZA

Le ricerche sullo sviluppo normale del feto offrono alcuni indizi su cosa può interferire e danneggiare il normale processo di crescita. Attraverso la gravidanza e per tutto il corso del primo anno di vita, il cervello è in costante sviluppo. Origina da poche cellule adatte per tutti gli scopi, ed evolve in un organismo complesso formato da milioni di cellule nervose altamente interconnesse e specializzate. Studiando lo sviluppo del cervello negli animali e negli umani, gli scienziati acquisiscono sempre più informazioni circa il funzionamento del cervello quando le cellule nervose sono correttamente o non correttamente connesse tra di loro. Gli scienziati del NIMH (National Institute of Mental Health) e altri ricercatori stanno mappando i fattori che possono impedire alle cellule nervose di formare connessioni appropriate.

Le ricerche (25) dimostrano che l'uso di sigarette, alcool e altre droghe da parte della mamma durante la gravidanza può avere effetti dannosi sul nascituro. Queste sostanze possono essere pericolose per lo sviluppo del cervello del feto. Pare che l'alcool e la nicotina contenuta nelle sigarette possano interferire nello sviluppo normale delle cellule nervose. Ad esempio, l'abuso di alcool durante la gravidanza è stato collegato alla sindrome del feto alcolista (FAS), una condizione che può condurre ad un basso peso alla nascita, deterioramento intellettuale e difetti fisici. Molti bambini nati con FAS dimostrato la stessa iperattività, disattenzione e impulsività dei bambini con l'ADHD.

Altre droghe, ad esempio la cocaina (compreso il tipo che si fuma conosciuto come "crack") , sembrano interferire col normale sviluppo dei recettori cerebrali. Queste cellule del cervello permettono la trasmissione di segnali in arrivo dalla pelle, dagli occhi, dalle orecchie e aiutano a controllare le nostre risposte nei confronti dell'ambiente. Attuali ricerche suggeriscono che l'uso di droghe possa danneggiare questi recettori. Alcuni scienziati credono che questo danno possa condurre all' ADHD. (25)

In base a studi effettuati da Sprich-Buckminster et al 1993 (33) sembra che una scarsa salute della mamma durante la gravidanza, un parto prematuro o oltre il termine, un basso peso alla nascita, situazioni di emorragie ante parto ed elevata età materna, possono essere segni premonitori di una sindrome ADHD.

4.4 OTITE MEDIA

Secondo le relazioni fornite da genitori di bambini con ADHD, sembra che molti presentano dolori all'orecchio molto più frequenti durante i tre mesi precedenti l'apparizione dei sintomi ed infezioni all'orecchio molto più frequenti nell'anno precedente l'apparizione dei sintomi.

Anche se è stata stabilita una relazione frequente tra otite media, in bambini in età prescolare con conseguenti disturbi del linguaggio, uno studio (28) suggerisce che l'otite media in bambini in età prescolare si può anche relazionare con iperattività e/o mancanza di attenzione e addirittura con problemi di apprendimento.

E' stata fatta un'indagine paragonando la frequenza di otiti media in bambini iperattivi con problemi di apprendimento con la frequenza di otiti medie in 722 bambini normali utilizzando gli stessi criteri diagnostici per entrambi i gruppi. Sono stati raggruppati secondo l'età e l'appartenenza alla classe sociale (i bambini avevano un'età compresa fra i 7 ed i 13 anni). Una percentuale molto elevata di bambini iperattivi (54%) ha presentato 6 casi in più di otite media che nella percentuale riscontrata nel gruppo di quelli normali (15%). Il 36% dei bambini iperattivi hanno avuto dieci casi in più di otite media rispetto al 5% del gruppo normale (27).

5. CAUSE NON NEURO-BIOLOGICHE

Il bambino assimila e fa suoi i valori affettivi e culturali dell'ambiente in cui viene cresciuto, spesso in modo acritico, tuttavia reagisce con sintomi di diverso tipo se tali valori si rivelano incompatibili con la sua più intima natura. Il mondo sociale (genitori, scuola, chiese, istituzioni) si ossessiona a "costruirlo", a "modellarlo", a "formarlo" secondo modelli prestabiliti e socialmente accettati come "normali".

Se il bambino non risponde alla "normalità" i genitori o la scuola lo inviano ai servizi sociali o in terapia affermando che è un bambino "difficile", "problematico", "malato", dunque che ha bisogno di cure e questo spesso è oggettivamente vero; ma purtroppo spesso non comprendono che se il bambino ha bisogno di cure i primi ad essere curati dovrebbe essere loro stessi e l'ambiente che circonda il bambino.

E' questo, infine, il lato difficile della terapia con un bambino: i genitori e gli insegnanti sono disposti a includersi nel processo di guarigione e della cura? E fino a che punto?

Esistono condizioni ambientali particolarmente sfavorevoli che possono associarsi ad una sintomatologia tipo ADHD, quali ad es. contesti sociali degradati, con modelli impulsivi, oppure situazioni familiari caotiche, con incoerenza dei modelli di riferimento, oppure condizioni educative incongrue (ad es. ipostimolazione), oppure inadeguatezza della organizzazione scolastica (es. eccessiva rigidità), oppure condizioni psicopatologiche familiari (es. depressione materna), o problemi familiari situazionali (es. divorzi traumatici). Come verrà descritto in seguito, una causa non organica ma che influisce organicamente sul bambino e che può fargli adottare comportamenti "anormali" è l'ingestione o inalazione di alimenti o sostanze verso le quali l'organismo è allergico o intollerante.

Recenti studi hanno infine indicato anche la televisione come possibile causa di deficit di attenzione e iperattività/impulsività .

5.1 FAMIGLIA

Durante il Primo Congresso Internazionale sui Problemi Psico-sociali nell'Infanzia tenutosi nel 2001 all'Università di Mainz (*Info3 n° 5, maggio 2002*), è emerso che lo stress vissuto nei primi anni di vita può causare cambiamenti irreversibili nel sistema ormonale (31). Se fino a un decennio fa gli scienziati ritenevano che il cervello umano fosse completo al momento della nascita, le nuove ricerche stanno portando ad altre conclusioni: il cervello si forma e si modifica attraverso gli stimoli. Oltre a maltrattamenti fisici e a pesanti conflitti familiari, anche l'essere trascurati a livello emotivo costituisce un fattore di rischio per il resto della vita che spesso non viene sufficientemente tenuto in considerazione.

È interessante che la scienza sottolinei che fattori animico-spirituali possano condizionare lo sviluppo organico e che quindi l'essere umano abbia bisogno oltre che del cibo fisico anche di altro "nutrimento" per il suo sviluppo. Bisogna partire allora dal presupposto che genitori che non trattano i loro bambini in maniera adeguata possano favorire l'insorgere dell'ADHD e che il progressivo peggioramento delle condizioni di vita nelle famiglie possa contribuire in buona parte alla crescente sintomatologia.

Le famiglie attuali sono costituite normalmente da madre e padre che lavorano e che quindi, soprattutto vivendo in grandi città caotiche, hanno poco tempo a disposizione per i propri figli. In un tale contesto è normale che ad una richiesta del figlio segua subito la soddisfazione del desiderio, perchè è più facile dare, che perdere tempo a spiegare perchè non si può avere subito o chiedere al figlio di dimostrare di meritarselo con una qualche prova di comportamento. Infatti una delle cause psicologiche per questo disturbo, indicate anche dagli psicologi, è il "Debole insegnamento del saper aspettare una gratificazione" (2). E' proprio questa mancanza di pazienza nell'aspettare una gratificazione che porta ad un comportamento impulsivo.

Secondo me, un bambino può non sentirsi amato dal genitore, non solo perchè non riceve abbastanza coccole, ma anche perchè ottiene tutto subito,

non riceve mai un no, non ha dei limiti nel suo comportamento e nei suoi desideri. Una delle cause indicate dagli psicologi è infatti un "atteggiamento distratto e frettoloso dei genitori" (2) che assecondano i capricci perché pensano ad altro o non hanno abbastanza tempo di spiegare loro le motivazioni di un "no".

Questa mancanza di limiti è vista come mancanza di attenzione (e spesso è vero) e porta il bambino ad un comportamento sempre più esuberante e antisociale sperando di essere rimproverato seriamente da genitori e quindi di comprendere ciò che si può fare e ciò che non si può fare.

Questo può portare al comportamento disturbante sia a casa che a scuola di un bambino che vuole stare al centro dell'attenzione e fa di tutto per ottenerla. E' la confusione e l'"Incoerente insegnamento di regole educative e routine giornaliere" (2) che crea disorientamento nel bambino.

Non dimentichiamo che la fiducia che un bambino ha di se stesso è costruita sulla base della fiducia che i suoi genitori hanno in lui e se il bambino si sente eccessivamente e continuamente rimproverato per essere distratto, iperattivo, peggiore degli altri ecc... crederà di essere veramente così e di non avere nessuna possibilità di migliorare.

I bambini che hanno un comportamento disturbante come quelli a cui viene diagnosticata la sindrome ADHD, ricevono molti rimproveri e poche o incoerenti gratificazioni quando manifestano comportamenti adeguati e quindi possono non sentirsi stimolati ad impegnarsi per comportarsi secondo le "regole".

A mio avviso un altro comportamento che crea molti problemi sono le eccessive aspettative che molti genitori hanno nei confronti dei propri figli, soprattutto del primo figlio. Questo può comportare che un bambino che non si sente mai abbastanza bravo per i suoi genitori, alla fine scoraggiato si arrende e l'unica arma che ha è isolarsi e distrarsi, adottando appunto un atteggiamento da deficit di attenzione. Il bambino distratto, spesso è un bambino che ha una scarsa considerazione delle sue capacità ed infatti

spesso si sente ripetere che è un incapace perchè non porta a termine i suoi compiti, o che sembra uno stupido sempre con la testa fra le nuvole ecc..

5.2 SCUOLA

Come visto nei capitoli precedenti, spesso la diagnosi di bambino affetto dalla sindrome ADHD è fatta in età scolastica, cioè quando inizia a confrontarsi con regole, spesso molto più rigide di quelle ricevute in famiglia, ed è richiesta una maggiore attenzione e calma.

Non credo che la causa di una iniziale iperattività o distrazione del bambino, dipenda dalle maestre e dalle loro regole, ma penso che l'approccio negativo di alcune (per la verità della stragrande maggioranza) delle maestre nei confronti di questi alunni, difficili da gestire, sia la causa di un protrarsi del disturbo e spesso della diagnosi di sindrome ADHD.

Ho due figli e quindi per esperienza diretta, ho visto maestre che additano bambini iperattivi, che non riescono a stare seduti per tutte le ore richieste, come bambini "diversi". Vengono continuamente isolati e puniti soprattutto durante le ore di gioco che, servirebbero proprio per scaricare la loro esuberanza, con il risultato di riprendere la lezione ancora più nervosi di prima e disturbanti. Questi bambini anche se didatticamente sono bravi, non possono essere gratificati come gli altri perchè disturbano e quindi devono essere puniti anche con una votazione inferiore ai loro meriti. La conseguenza è che perdono fiducia in se stessi e spesso diventano distratti perchè scoraggiati.

In questa situazione i bambini "normali" hanno paura a stare con loro perchè potrebbero essere rimproverati a loro volta e quindi gli "iperattivi", possono stare solo con bambini simili ed in gruppo formeranno "la banda", allontanata da tutti come la peste. I bambini "diversi" sentendosi allontanati possono diventare maneschi verso alcuni coetanei e questo peggiorerà la situazione.

Sembra una descrizione eccessiva ma vi assicuro che è rispondente ad una realtà che ho vissuto.

A volte ci si mettono anche i genitori dei bambini "normali" a raccomandare ai loro figli di non frequentare le cattive compagnie, come se a 6 anni ci potessero essere cattive compagnie.

Per quanto riguarda i bambini distratti ma non iperattivi, spesso sono bambini che arrivano in prima elementare con un livello di maturazione leggermente inferiore alla media della loro età, semplicemente perchè non tutti hanno gli stessi tempi di sviluppo. Sentendosi continuamente ripetere di essere delle lumache, di essere distratti, di non portare a termine i loro compiti, di non essere abbastanza bravi ecc.. si isoleranno nel loro mondo sempre più e, soprattutto se hanno dei genitori che pretendono troppo da loro, si sentiranno sconfitti e falliti.

Non dimentichiamo che a quell'età i coetanei possono essere molto "cattivi" e quindi deridere queste "diversità" ed additare con appellativi vari questi bambini anche fuori dal contesto scolastico, rendendoli sempre più insicuri.

5.3 ALLERGIE ED INTOLLERANZE

Il Dott. Doris J. Rapp autore del libro " il bambino difficile a scuola a casa" (21) è professore associato di Clinica pediatrica presso la State University of New York a Buffalo ed ha svolto numerosi programmi di ricerca clinica in allergologia e immunologia. Secondo i suoi studi afferma che una ragione per cui alcuni bambini sembrano incapaci di apprendere o si comportano in maniera impropria a scuola può essere l'assunzione di alcuni alimenti o l'esposizione ad odori chimici o sostanze allergizzanti comuni.

Le variazioni di personalità o della capacità di apprendimento includono:

- Iperattività, emissione di urla, irritabilità, aggressione, volgarità ed ostilità;
- incapacità di rimanere fermi, concentrati o di pensare;

- facile distrazione ed impulsività;
- rifiuto di rispondere a normali e semplici comandi.

Le reazioni alle sostanze non tollerate sono altamente individuali e molto numerose, ovviamente in questa sede prenderò in considerazione solo quei sintomi associabili alla sindrome ADHD, rimandando al libro di Doris J. Rapp (21) per ulteriori approfondimenti.

La Dott.ssa Ilaria Forte, medico naturopata (docente della scuola di Naturopatia per corsi di formazionamento post-laurea per medici e psicologi) H.Q.I. Human Quality Improvement afferma che: l'allergia esprime una iperattività dell'organismo di fronte a stimoli di natura fisica (materiale) e/o psichico-vibrazionale (non materiale), quindi esistono anche degli allergeni "immateriali" quali:

- situazioni cronicamente stressanti;
- perturbazioni emozionali;
- conflitti psicologici;
- energie sottili.

Questo tipo di allergie sono in forte aumento. Ad esempio, la separazione e i conflitti tra i genitori, la rigidità educativa, i messaggi contraddittori, l'inserimento nella scuola materna, la nascita di un fratellino, etc. possono essere eventi che scatenano nel bambino ipersensibile una sindrome allergica. Questa può riguardare vari apparati: respiratorio, linfatico, digerente, cutaneo, ma anche sistema nervoso, stati di ipercinesia, irritabilità ed insonnia, o all'opposto torpidità mentale, difficoltà nell'apprendimento (24).

Alcune volte, l'origine dei problemi di apprendimento è legata agli odori emanati dai materiali presenti in molte scuole o case (prodotti per la pulizia o per la ristrutturazione, tappeti sintetici, articoli morbidi di plastica vinilica, pannelli a copertura delle pareti che emanano formaldeide) oppure da molti tipi di isolanti o pesticidi.

Alcune comuni sostanze tossiche includono: profumi o essenze di profumi, spray per capelli, aerosol, salviette per il viso, ammorbidenti, cloro, canfora, tessuti in poliestere, tabacco. Inoltre, gli odori di muffe presenti nei bagni, nelle docce, nelle palestre ecc.. è molto probabile che provochino l'insorgere di particolari sintomi. Alcuni bambini possono non tollerare perdite di gas dalle stufe, oppure gli aromi diffusi in una mensa.

Altri oggetti, che normalmente possiamo trovare a scuola o a casa, in grado di scatenare comportamenti anomali nei bambini sono: pastelli profumati, penne, matite a cera, plastilina, colla, inchiostro fresco, creta, liquido per correzioni, gesso, vernice, materiali per lavori artistici, decorazioni e addobbi, piccoli animali o cibo per cuccioli.

Alcuni studi (21) dimostrano che alcuni bambini diventano iperattivi se siedono direttamente sotto lampade fluorescenti o molto vicini ad un televisore, altri soggetti si agitano quando si trovano su una sedia di plastica e si rilassano stando in silenzio su una sedia di legno.

E' noto che la comune polvere è un problema per molti bambini che soffrono di allergia con rinite, arrossamento degli occhi e crisi asmatiche ecc., tuttavia pur non presentandosi questi classici sintomi, la polvere può causare cambiamenti comportamentali. Un ragionamento analogo può essere fatto per i pollini.

Anche l'esame di alcuni comportamenti del bambino sin dalla sua vita intrauterina, possono fornire indizi che individuino una allergia od intolleranza quale probabile causa scatenante un comportamento iperattivo/impulsivo o problemi di apprendimento nella crescita. Per esempio alcuni soggetti iperattivi pare che rivelino un profilo di attività uterina problematica prima della nascita. Le loro madri spesso ricordano chiaramente che il feto singhiozzava troppo, oppure che si sentivano "indolenzite dentro" o piangevano dal dolore per i frequenti calci del piccolo. Molte donne hanno correlato l'insorgenza di tali disturbi all'ingestione di determinati cibi o all'esposizione a determinate sostanze chimiche.

L'anamnesi remota di alcuni bambini iperattivi, inoltre, potrebbe rivelare la presenza di parte dei seguenti sintomi nei primi due anni di vita:

- necessità di cambiare più volte il tipo di latte;
- coliche prolungate;
- incapacità di sorridere;
- sonno disturbato;
- salivazione o vomito frequenti;
- riluttanza nel farsi cullare;
- sudorazione intensa;
- pianto frequente o irritabilità;
- prolungati e frequenti capricci;
- capacità precoce nella deambulazione (entro i dieci mesi);
- danneggiamento della culla;
- frequenti traumi alla testa;
- eccessiva balbuzie.

Nel caso in cui un bambino presenti una storia in cui compaiono alcuni dei suddetti sintomi ed abbia difficoltà a scuola, i genitori e gli insegnanti dovrebbero cercare fra le cause del problema la presenza di alimenti o sostanze chimiche, comunemente assunti ai quali i bambini possono essere allergici o intolleranti, oppure l'eventuale allergia a pollini, muffe, polvere e peli di animali.

A volte gli alimenti o gli odori verso i quali i bambini sono allergici od intolleranti sono proprio quelli verso i quali il bambino è enormemente attratto o che rifiuta in maniera decisa.

Esistono diverse modalità per individuare una allergia ma meno possibilità per individuare una intolleranza.

Poichè è frequente, anche in campo medico, fare confusione fra allergia ed intolleranza ed in campo scientifico l'intolleranza (che non sia una allergia) non è riconosciuta, penso sia importante chiarire la differenza fra le due situazioni.

Il termine "allergia" può essere definita come una alterata capacità acquisita o specifica, di reagire a sostanze estranee alle cellule dell'organismo. La reazione si esplica tramite l'azione del sistema immunitario, che rappresenta un vero e proprio sistema di difesa dell'organismo da tutti gli agenti esterni all'organismo stesso. Tali agenti estranei possono essere: nocivi come i batteri ed i virus od innocui come polvere, polline, alimenti o sostanze chimiche. Molto semplicemente, il sistema immunitario è composto da globuli bianchi che si dividono in: linfociti macrofagi, granulociti neutrofilii, monociti (tutti chiamati fagociti in quanto deputati all'inglobamento di sostanze tossiche ed alla loro successiva eliminazione) ed i linfociti B e T. I linfociti B sono molto importanti per la loro capacità di produrre le immunoglobuline, sostanze chimiche dirette contro il corpo estraneo, dette anticorpi specifici, che possono difendere l'organismo in diverse patologie infettive ed allergiche. Quando si presenta un'infezione da microrganismi, il sistema immunitario, di solito, conserva la memoria del corpo estraneo che ha provocato l'infezione. Si costituisce così il fenomeno dell'immunità. Questo complesso fenomeno si può riassumere brevemente nel seguente modo: alcuni linfociti contattano il corpo estraneo (detto antigene) che si introduce nell'organismo, passano informazioni ad altre cellule deputate a produrre specifiche sostanze, chiamate anticorpi, che aggrediscono a loro volta gli antigeni. Gli anticorpi o immunoglobuline sono di 5 tipi principali: le IgA, le IgM, le IgD, le IgG e le IgE.

Da quando si sono scoperti gli anticorpi IgE e si è visto chiaramente che molti sintomi allergici (rinite, naso chiuso, congiuntivite, occhi che lacrima, asma ecc..) sono correlati alla quantità di questi anticorpi nel sangue, si definiscono malattie allergiche solo quelle dove vi è una presenza elevata dei suddetti anticorpi.

Questo ha escluso dalla definizione di allergia tutti quei fenomeni di intolleranza alimentare che implicano un coinvolgimento del sistema immunitario ma non una contemporanea produzione di anticorpi IgE.

Quindi, riassumendo, si parla di **allergia** solo quando ritroviamo nel sangue un eccesso di immunoglobuline IgE che, in presenza della sostanza estranea (allergene) sia essa polvere, polline o alimento, si agganciano su alcuni tipi di globuli bianchi che liberano istamina che causerà infiammazione, gonfiore dei tessuti, ecc..

Si parla di **intolleranze**, invece, quando non vi è la produzione di anticorpi IgE, quando le reazioni non sono immediate ma croniche e quindi i disturbi non sono in diretta relazione all'assunzione ma si possono verificare a distanza di tempo dall'assunzione. I sintomi e le malattie, nel caso delle intolleranze, si possono sviluppare a carico di qualsiasi organo-apparato-sistema. Per meglio chiarire le caratteristiche della intolleranza si deve precisare che:

- le Intolleranze Alimentari sono una reazione cronica ad alimenti assunti frequentemente (grano, latte, pomodoro, olivo, caffè ecc..);
- il disturbo che provocano non è in relazione diretta all'assunzione ma può avvenire a distanza di tempo, fino a 72 ore dopo;
- si possono manifestare con sintomi e malattie a carico di qualsiasi organo o apparato o sistema;
- il fenomeno si può accompagnare a disturbi di assuefazione, dipendenza e relativa astinenza in caso di sospensione;
- i sintomi non sono proporzionali alla quantità di alimento intollerato introdotto, quindi non sono dose-dipendente, anche piccole quantità possono mantenere l'intolleranza;
- sono frequenti reazioni trasversali fra alimenti della stessa famiglia biologica o gruppo, quindi assumere alimenti collaterali vuol dire non disintossicare l'organismo e quindi mantenere l'intolleranza;

le intolleranze possono essere eliminate con una appropriata disintossicazione.

5.4 TELEVISIONE

Secondo una ricerca l'eccesso di televisione in età prescolare aumenta il rischio di sviluppare l'ADHD.

L'ultimo, inquietante allarme contro la televisione arriva dagli Stati Uniti. Secondo un studio condotto dai ricercatori del Children's Hospital di Seattle e pubblicato dalla rivista *Pediatrics*, ci sarebbe un collegamento tra l'eccessiva esposizione alla televisione nei primi anni di vita e l'insorgenza dell'ADHD, l'Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Sotto accusa le immagini, non i contenuti. Secondo lo studio ogni ora al giorno passata davanti al piccolo schermo in età prescolare aumenta del 10 per cento la possibilità di mostrare i sintomi della sindrome all'età di sette anni.

La ricerca ha calcolato anche il tempo che i bambini americani passano davanti alla televisione: in media 2,2 ore al giorno al primo anno di età che salgono a 3,6 ore al giorno compiuti i tre anni. Alcuni bimbi tuttavia sono parcheggiati davanti al piccolo schermo ben 12 ore al giorno e tre su dieci hanno la tv in camera. Secondo i ricercatori di Seattle non sono i contenuti dei programmi televisivi ad essere sul banco degli imputati per il rischio aggiuntivo da sindrome da deficit di attenzione. Al loro giudizio sono invece le immagini visive irreali e veloci di molti programmi che potrebbero alterare lo sviluppo del cervello. (7)

6. ADHD E BAMBINI INDACO

Esiste un punto di vista completamente diverso da quelli fino ad ora trattati, che può spiegare alcune forme di ADHD e cioè quello antroposofico.

Come contenuto nel nuovo libro di Georg Kühlewind (antroposofa di origine ungherese, tra i primi ad occuparsi del fenomeno). Secondo tali concezioni, buona parte dei bambini affetti da ADHD sono persone nate per compiere una missione particolare sulla Terra. Questi piccoli sarebbero dotati di grandi forze di amore e di comprensione che caratterizzano gli "Indigo children" ("bambini indaco") o "bambini delle stelle". Vengono chiamati bambini indaco perchè la loro aura è di questo colore.

Secondo Georg Kühlewind, i "bambini delle stelle", che possiedono prima di tutto una stupefacente maturità, portano con sé un potente impulso spirituale e sono insoddisfatti del mondo degli adulti che trovano nascendo. Dispongono di un surplus di energia vitale e spirituale, doti che, invece di essere riconosciute, valorizzate e accompagnate da una pedagogia adeguata, vengono sbrigativamente interpretate come sintomi di disturbi più o meno gravi e "curate" con psicoterapie premature o con farmaci che tendono a "normalizzare" questi bambini.

I numerosi problemi nella vita quotidiana dei bambini colpiti e delle loro famiglie - che nemmeno i fautori di questa tesi negano - sarebbero a loro avviso dovuti al fatto che questi piccoli non vengono trattati in modo adeguato alle loro speciali caratteristiche. Alcuni "bambini indigo" divengono quindi degli autentici piccoli demoni rendendo impossibile la loro missione sulla Terra, sostiene Georg Kühlewind (10).

"La nostra società si sente bene se può chiamare le cose con il loro nome, questo ci dà un senso di controllo", scrive Thom Hartmann, il pioniere americano dell'ADHD (11).

Inoltre, poiché la nostra società è costruita in modo gerarchico, la diversità diventa una malattia e quindi un'inferiorità.

La nostra psichiatria e la nostra pedagogia considerano l'ADHD come qualcosa di negativo. Questo modo di valutare comportamenti ribelli e 'non normali ha una lunga tradizione. Secondo Hartmann, normale è ciò che serve ai governi e alle multinazionali. In realtà nell'affrontare il tema dell'ADHD bisogna occuparsi anche della "differenza fra persone".

Appoggio alle tesi di Thom Hartmann arriva dal terapeuta americano Jeffrey Freed (8) che sulla base di anni di esperienza nel trattamento di bambini ADHD, l'autore parte dal presupposto che essi siano persone in cui prevale l'emisfero destro del cervello e che sviluppano un modo di apprendimento visivo.

I problemi di questi bambini nella vita quotidiana sono quindi il risultato del loro modo di percepire e della loro ipersensibilità. In questo senso devono essere analizzati la loro estrema inclinazione alla distrazione, l'impulsività, i numerosi problemi di coordinamento oppure le difficoltà a leggere e scrivere correttamente. A fronte di tutti questi problemi, i bambini ADHD sono dotati di grande creatività, forte empatia, enorme memoria e tendenza al perfezionismo.

Nel suo lavoro con i bambini, Freed punta, apparentemente con grande successo, sui lati positivi di questo loro modo di essere. Freed ha sviluppato la teoria di un continuum nell'attività dei due emisferi cerebrali. A seconda del modo di elaborare le informazioni si può definire con quale metà cerebrale la persona lavori principalmente. Per le persone con un lato sinistro sviluppato, il nostro normale sistema scolastico è ideale: "Le personalità da emisfero sinistro fioriscono durante una lezione in cui si debba ascoltare molto ma non sia richiesta una collaborazione diretta. Adorano parlare e scrivere. In genere non hanno difficoltà ad apprendere le regole di ortografia, di grammatica e della punteggiatura. Anche imparare lingue straniere non è un problema per loro. Persone di questo tipo danno il loro meglio di fronte ad esami con a disposizione un tempo limitato o a problemi che richiedono pensiero logico e consequenziale" (8).

Quanto più una persona utilizza l'emisfero destro tanto più intuitiva e più soggettiva sarà la rielaborazione degli stimoli che vengono registrati sotto forma di immagini. A fronte della buona memoria visiva, la sua capacità di risolvere problemi di tipo logico o verbale-linguistico è minore: *"La persona da emisfero destro ha un vantaggio nel mondo delle immagini, è invece in difficoltà in quello delle parole. La sua sfortuna è che le nostre scuole sono prevalentemente dei mondi di parole"*, dice Freed.

Anche Freed, come già Ronald Davis nel suo libro "Legastenia come segnale di talento", ritiene che i bambini ADHD abbiano un altro modo di percepire la realtà. Davis paragona le loro capacità alla percezione globale dei delfini, Freed parla di una specie di "super-radar" che permette loro di vedere, sentire e percepire più degli altri. A questo proposito, Freed riferisce una sua impressionante esperienza con un ragazzino tredicenne che da una distanza di quattro metri poteva riferire che cosa il terapeuta stesse scrivendo. Mentre Freed ritiene che il ragazzino potesse "udire" a distanza che cosa il terapeuta stesse annotando, si tratta invece probabilmente di un fenomeno riconducibile a quanto sostiene la concezione esoterica: molti bambini ADHD hanno capacità di percezione che non sono legate ai sensi. Questo non è necessariamente un "dono". Poiché i bambini non sanno consapevolmente utilizzare queste capacità, esse possono alla lunga diventare un fattore di disturbo nel quotidiano.

Se la tesi della "personalità da emisfero destro" venisse empiricamente provata allora anche la medicina tradizionale dovrebbe accettare il fatto che ci troviamo davanti alla crescente discriminazione di persone con nuove strutture mentali, le cui esigenze non vengono sufficientemente riconosciute e considerate.

Si trova così confermata la tesi di Henning Köhler - in Germania uno dei pionieri nel campo dei "bambini speciali" (12) - che già negli anni Novanta sosteneva che questi bambini diventano un problema soprattutto perché le strutture intorno a loro non sono in grado di reagire alle loro necessità.

Molto utili sono in questo senso i libri sui bambini Indigo, anche se non si condivide la concezione sulla quale si fondano. Alcuni testi consigliati sono: "Bambini Indigo" di Carolina Hehenkamp e "Bambini Indigo" di Carroll Lee e Tober.

In ogni caso vale la pena almeno tentare di adeguare le condizioni di vita all'interno della famiglia alle particolari esigenze dei bambini ADHD che mostrano alcune caratteristiche dei bambini "indigo".

La premessa è tuttavia che essi vengano accettati nei loro comportamenti dai genitori, cosa non facile, visto che a differenza degli anni Sessanta vige oggi una forte pressione ad adeguarsi alla cosiddetta normalità.

Thom Hartmann sul suo libro scrive: *"Le ferite inferte alla maggior parte dei bambini ADS non deriva dalla sindrome in sé ma dall'esterno. È il mondo intorno a loro ad emettere sentenze e critiche come quelle che in passato colpivano i mancini. E quando tali giudizi implicano parole come 'cattivo, pigro, stupido, pazzo, non funzionale, disturbato o disabile', allora la ferita può lasciare cicatrici molto profonde. In questo senso, l'etichetta 'Sindrome da deficit di attenzione' è già un modo per ferire una persona, è un marchio. Nessuno può immaginare che sia bello presentarsi agli amici dicendo: 'Io sono quello disturbato'"*(10).

Cambiando le condizioni sociali potrebbe essere che questi "bambini di un nuovo tipo" portino nuovi impulsi ad una civiltà irrigidita, come sostiene l'impostazione esoterica. Purtroppo, però, nella nostra società essi necessitano soprattutto di cure speciali. Senza aiuto e consulenza per i genitori, i bambini ADHD non affronteranno la loro vita con sufficiente autostima.

È sicuramente tragico che i bambini ADHD debbano vivere in un tempo in cui si è convinti che essi possano essere lasciati soli con il loro problema e cresciuti mentre si è impegnati in molte altre attività, e che gli adulti antepongano altre priorità alla loro funzione di genitori. È questo ciò che sottolinea Jeffrey Freed, quando rivolgendosi a genitori impegnati

nell'educazione di un bambino ADHD sottolinea: *"Posso assicurarvi che non sarà un'impresa facile, ma con molto tempo, amore, incoraggiamento e sostegno incondizionato potrete aiutare il vostro bambino a scoprire i suoi particolari talenti. Imparerete che non potrete investire il vostro tempo in modo più produttivo. Cambierete il mondo se cambiate la vita di un bambino"* (8).

I sostenitori dei bambini "indigo" li descrivono in questo modo: fin dalla culla ci osservano con occhi intensi e concentrati; niente a che vedere con il consueto sguardo "acquoso" e sognante dei neonati. Il loro è uno sguardo acuto e consapevole, serio, a volte severo, da adulto. E' lo sguardo di chi "sa". Più avanti, quando sono in grado di parlare, anticipano quel che stiamo per dire, ci leggono letteralmente nel pensiero. La nostra interiorità è, per loro, del tutto trasparente.

A tre, quattro anni, ci regalano perle di saggezza, aprono per noi finestre su quel mondo spirituale che per loro è tanto reale quanto per noi il mondo fisico che ci circonda. A sette, otto anni ci danno lezioni di morale, rifuggono le bugie e le piccole ipocrisie di noi adulti, smascherano le non verità che a volte mettiamo avanti anche con buone intenzioni, smontano le nostre complesse dinamiche psicologiche con poche, semplici parole che ci lasciano senza fiato. Sono pieni non solo di sapienza ma anche di compassione verso ogni creatura della Terra.

Sono quei bambini che a migliaia si stanno incarnando - secondo alcuni fin dagli anni Sessanta - per portare soccorso a questo nostro pianeta agonizzante e che, non riconosciuti o accolti da genitori e insegnanti inadeguati a coglierne le straordinarie caratteristiche e gli speciali talenti, spesso finiscono ad ingrossare le statistiche dei bambini e degli adolescenti disadattati.

I genitori e gli insegnanti ricorrono ai medici che diagnosticano la sindrome ADHD e prescrivono psicofarmaci come il Ritalin per ridurne l'irrequietezza.

Il fatto è che questi bambini speciali sono talmente dotati da annoiarsi nel sistema scolastico tradizionale.

Nel loro libro "The Indigo Children" (1999), Lee Carroll e Jan Tober descrivono il "bambino Indigo" come un essere dotato "di un patrimonio nuovo e fuori dal comune di caratteristiche che rivelano un modello di comportamento senza precedenti". Bambini che fanno la loro comparsa in qualsiasi paese del mondo e nelle culture più diverse.

Secondo Carroll e Tober, il fenomeno non ha ancora ricevuto attenzione mondiale per il semplice fatto che è troppo difficile da incanalare nei paradigmi psicologici tradizionali che considerano l'essere umano e l'umanità nel suo insieme come un modello statico e non in evoluzione.

"In generale - scrivono - la nostra cultura tende a credere nell'evoluzione ma solo riferendola al passato. Il pensiero che potremmo assistere al lento arrivo sul pianeta - che si manifesta in questi bambini - di una nuova coscienza umana va al di là delle possibilità di questo pensiero conservatore".

Nel suo recente libro James Donahue (13) parla del fenomeno di "bambini con speciali doni psichici e una conoscenza spirituale subconscia che nascono da genitori 'normali' e vengono istruiti da insegnanti del nostro tempo che non li comprendono".

Sono considerati anormali perché rifiutano di accettare gli standard educativi tradizionali o anche di obbedire all'autorità dei genitori o del maestro in quanto possiedono una conoscenza e una saggezza antiche che vanno ben al di là dei limiti degli adulti con cui hanno a che fare. In un saggio su quelli che chiama i "Crystalline Children", un altro autore americano, Keth Luke, osserva che "questi bambini sono altamente intuitivi. Vedono tutto e percepiscono tutto in un'unità. Non pensano in modo lineare ma per così dire olograficamente".

Non riconosciuti dunque dagli adulti cui sono stati affidati e che non sanno come comportarsi con loro, i "bambini delle stelle" possono allora diventare davvero "bambini difficili" e, crescendo, arrivare addirittura ad essere

tossicomani o criminali. Nel suo libro, Kühlewind sottolinea come la pedagogia Waldorf sia la più adatta a trattare con questi bambini e di come sia richiesto all'adulto un profondo lavoro su di sé per avvicinarsi ai "bambini delle stelle" con un atteggiamento pieno di rispetto e di veridicità.

Il fatto che il fenomeno sia relativamente nuovo e ancora poco discusso porta con sé alcuni rischi che è bene sottolineare. Per esempio quello, diffuso negli Stati Uniti, di ricondurre il fenomeno in parametri di tipo New Age, con conseguenti interpretazioni a volte estreme.

Ovviamente non tutti i bambini con deficit di attenzione o iperattività sono dei bambini indigo, a tale proposito esistono dei test, differenziati per età, per individuarli o almeno evidenziare una loro tendenza ad essere bambini "speciali". Nel seguito verranno descritti tali tests.

Il fatto che molti bambini affetti da questa sindrome siano bambini con una intelligenza superiore alla media è confermato da diverse fonti, completamente estranee alle tesi antroposofiche o esoteriche.

Il Dott. Paul Elliott ha affermato (14) che il quoziente di intelligenza (Q.I.) medio nei soggetti affetti dalla sindrome ADHD è più elevato di quello medio delle altre persone. Queste persone hanno una maggiore predisposizione verso il pensiero creativo non solo per quanto riguarda il talento artistico o musicale ed hanno una maggiore capacità di risolvere i problemi e di inventare. I loro sensi sono maggiormente sviluppati e questo rende i soggetti più facilmente distraibili.

Inoltre asserisce che se una persona raggiungesse o superasse un Q.I. di 160 sarebbe sicuramente affetto dai sintomi dell'ADHD. Se questo vuol dire avere una disfunzione neuro-biologica, vorremmo essere tutti danneggiati.

Anche il Dipartimento statunitense della salute, dell'istruzione e della previdenza sociale ha definito l'ADHD "un'affezione che colpisce non solo ragazzi d'intelligenza media, ma anche superiore alla media, talvolta nettamente, ma incapaci di tenere un comportamento "normale". (17)

7. TEST DIAGNOSTICI

E' unanimemente accettato che lo strumento diagnostico principale per porre un sospetto diagnostico fondato di ADHD è il DSM, il "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", nelle sue forme III-R e IV.

Si tratta di un questionario in grado di esplorare i sintomi tipici che appartengono ai tre aspetti comportamentali classici dell'ADHD: deficit di attenzione, iperattività ed impulsività.

In realtà, la positività a questi test pone solo il sospetto di un ADHD e impone, quindi, l'attenta visita di uno specialista in grado di definire la diagnosi. La diagnosi può essere effettuata sia dal pediatra che da uno psicologo o da uno psichiatra. In realtà la diagnosi viene fatta spesso in maniera molto superficiale, soprattutto perchè si arriva a farla quando l'ambiente che circonda il bambino è completamente esaurito e non vede l'ora di trovare una via di uscita al problema.

Inoltre gli specialisti ritengono che, anche se la diagnosi di ADHD è in alcuni casi non semplice, questo non deve spingere a non diagnosticare perché dei due errori possibili, il secondo - quello cioè di non riconoscere l'ADHD - è certamente il più denso di conseguenze pratiche.

Come già detto esistono due modalità per diagnosticare questa sindrome una è quella indicata dall'OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) e l'altra dal DSM IV (Manuale diagnostico dei disturbi mentali) statunitense.

Vediamo queste due modalità in dettaglio.

L'ICD-10 considera questa sindrome solo nel caso di contemporanea presenza del deficit di attenzione e della iperattività/impulsività, infatti viene chiamata più comunemente sindrome ipercinetica e richiede che siano verificate le seguenti condizioni: (2)

- Presenza di almeno 6 sintomi di deficit di attenzione (cap. 7.1) che persistono da almeno 6 mesi, in una misura che è inadeguata ed incompatibile con il livello di sviluppo del bambino;

- Presenza di almeno 3 sintomi di iperattività (cap. 7.2) che persistono da almeno 6 mesi, in una misura che è inadeguata ed incompatibile con il livello di sviluppo del bambino;
- Almeno 1 sintomo di impulsività (cap.7.2);
- Esordio prima dei 7 anni;
- Pervasività: i sintomi devono essere soddisfatti in più di una situazione di vita del bambino (casa, scuola, attività sportiva, ecc.);
- I sintomi di disattenzione ed impulsività causano disagio o compromissione clinicamente significative nel funzionamento sociale, scolastico o lavorativo;
- Non soddisfa i criteri per: Sindrome da alterazione Globale dello Sviluppo Psicologico, Episodio maniacale, Episodio depressivo, Sindromi ansiose.

Il DSM-IV considera invece 3 varianti di questa sindrome individuabili nel seguente modo: (34)

- **Criterio A1.** presenza di almeno 6 sintomi di deficit di attenzione (cap. 7.1), in una misura che è inadeguata ed incompatibile con il livello di sviluppo del bambino;
- **Criterio A2.** presenza di almeno 6 sintomi di iperattività/impulsività (cap. 7.2), in una misura che è inadeguata ed incompatibile con il livello di sviluppo del bambino;
- Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età;
- Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (per es., a scuola (o al lavoro) e a casa);
- Deve esservi una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo;
- I sintomi non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo, di Schizofrenia, o di un altro Disturbo Psicotico, e non risultano meglio attribuibili ad un altro disturbo

mentale (per es., Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo Dissociativo, o Disturbo di Personalità).

Quindi ne derivano tre categorie:

TIPO COMBINATO (che coincide con l'unica diagnosi dell'ICD-10): se entrambi i Criteri A1 e A2 sono risultati soddisfatti negli ultimi 6 mesi

TIPO CON DISATTENZIONE PREDOMINANTE: se il Criterio A1 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il Criterio A2

TIPO CON IPERATTIVITÀ-IMPULSIVITÀ PREDOMINANTI: se il Criterio A2 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il Criterio A1.

Dall'osservazione dei due gruppi di criteri, si evince chiaramente che quelli dell'ICD-10 sono più restrittivi di quelli del DSM-IV e quindi l'ICD-10 consiglia l'utilizzo farmacologico solo nel caso di compresenza dei sintomi di distrazione ed ipercinesia/impulsività.

Di fatto poichè sono molti i casi di deficit di attenzione senza iperattività o di iperattività/impulsività senza un reale deficit di attenzione, molti specialisti, soprattutto quelli che sostengono la validità dell'approccio farmacologico, ritengono che non siano sufficienti i criteri dettati dall'ICD-10.

7.1 TEST DIAGNOSTICI PER IL DEFICIT DI ATTENZIONE

DSM IV *

** Modificato da: DMS IV APA 1995 e Scale SDAG Cornoldi, Gardinale, Masi, Pettenò 1996*

<i>Indicare con crocetta la casella che meglio descrive questo bambino in rapporto a coetanei dello stesso sesso.</i>	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Scala A (Disattenzione)				
1. Incontra difficoltà nell'esecuzione di attività che richiedono una certa cura.	0	1	2	3
2. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione nello svolgere incarichi, compiti o nelle attività varie, interrompendosi continuamente o passando ad attività differenti.	0	1	2	3
3. Quando gli si parla sembra non ascoltare.	0	1	2	3
4. Non segue fino in fondo le istruzioni e non porta a termine i compiti di scuola, le commissioni che deve fare o gli incarichi (ma non per comportamento oppositivo o incapacità a seguire le direttive).	0	1	2	3
5. Ha difficoltà a organizzarsi negli incarichi, nelle attività, nei compiti.	0	1	2	3
6. Evita, non gli piace o è riluttante ad affrontare impegni che richiedono uno sforzo mentale continuato (ad es. i compiti di scuola).	0	1	2	3
7. Non tiene in ordine le sue cose e perde spesso ciò che gli necessita per il lavoro o le attività (ad es. giocattoli, diario, matite, libri).	0	1	2	3
8. Si lascia distrarre facilmente da stimoli poco importanti.	0	1	2	3
9. E' sbadato, smemorato, nelle attività quotidiane.	0	1	2	3
Totale (pos \geq 14)				

7.2 TEST DIAGNOSTICI PER L'IPERATTIVITA'/IMPULSIVITA'

DSM IV *

* Modificato da: DMS IV APA 1995 e Scale SDAG Cornoldi, Gardinale,
 Masi, Pettenò 1996

<i>Indicare con crocetta la casella che meglio descrive questo bambino in rapporto a coetanei dello stesso sesso.</i>	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Scala B (Iperattività)				
1. Da seduto giocherella con le mani o con i piedi o non sta fermo o si dimena.	0	1	2	3
2. Lascia il suo posto in classe o in altre situazioni dove dovrebbe restare seduto.	0	1	2	3
3. Corre intorno e si arrampica di continuo, quando non è il caso di farlo (nell'adolescenza può trattarsi per lo più di irrequietezza).	0	1	2	3
4. Ha difficoltà a giocare o a intrattenersi tranquillamente in attività ricreative.	0	1	2	3
5. E' sempre "sotto pressione" o spesso si comporta come se fosse azionato da un motore.	0	1	2	3
6. Non riesce a stare in silenzio: parla troppo.	0	1	2	3
(Impulsività)				
7. "Spara" le risposte prima che sia terminata la domanda.	0	1	2	3
8. Ha difficoltà ad aspettare il suo turno.	0	1	2	3
9. Interrompe o si intromette (per esempio nelle conversazioni o nei giochi degli altri).	0	1	2	3
Totale (pos ≥ 14)				

7.3 TEST PER INDIVIDUARE UN BAMBINO INDIGO

Il test descritto nel seguito è stato estratto dal libro "Bambini Indigo" di Carolina Hehenkamp (9). Questo test aiuta a scoprire se vostro figlio è Indigo o se ha solo uno strato Indaco, cioè se possiede alcune caratteristiche di un bambino indigo puro.

Il test è stato suddiviso in tre gruppi di età.

Nel rispondere al test è importante non considerare la casualità, il comportamento descritto deve verificarsi frequentemente.

Il punteggio alle varie domande va da 0 a 3 come per i test di Deficit di Attenzione, Iperattività ed Impulsività.

I risultati vanno letti nel modo seguente:

- se avete segnato maggiormente i punteggi 0 e 1, potete dedurre che vostro figlio non è un bambino indigo, ma ha solo qualche comportamento che talvolta è simile a quello dei bambini indigo;
- se avete messo più spesso la crocetta sul 2, potete dedurre che vostro figlio con un rivestimento indaco, il che vuol dire che la sua personalità possiede molte caratteristiche del colore indaco, è un vero bambino della nuova Era e aiuta l'umanità a cambiare in meglio, ma non è un bambino indigo al 100%;
- se avete segnato frequentemente il punteggio 3 potete dedurre di avere un vero e proprio bambino indigo in casa;
- per i bambini che hanno ricevuto più spesso 2 o 3 è molto importante che vi prendiate il tempo e riflettiate su cosa significa crescere un bambino della Nuova Era, comprate dei libri sull'argomento o informatevi tramite internet sull'argomento.

7.3.1 ETA' FRA 0 E 5 ANNI

<i>Indicare con crocetta la casella che meglio descrive il bambino in rapporto a coetanei dello stesso sesso.</i>	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Quando si sveglia è spesso sofferente perchè sarebbe rimasto più volentieri "nel suo mondo"	0	1	2	3
Ha bisogno di dormire poco ed è pieno di energia	0	1	2	3
E' comunque diverso dagli altri bambini	0	1	2	3
Non si lascia coinvolgere dalle situazioni	0	1	2	3
Tratta gli oggetti come se fossero esseri animati e si potesse far loro male	0	1	2	3
Ha un estremo bisogno di sostegno e di sicurezza, vorrebbe rimanere sempre nello stesso ambiente	0	1	2	3
E' estremamente sensibile ed intuitivo. Sa sempre quello che volete dirgli	0	1	2	3
Come prima risposta, dice sempre "no" e questa è una parola che usa più spesso delle altre	0	1	2	3
Gioca con amici invisibili che egli percepisce veramente	0	1	2	3
Vorrebbe avere i suoi genitori sempre vicino e ricevere da loro sempre attenzioni	0	1	2	3
Si annoia	0	1	2	3
E' un solitario	0	1	2	3
Sa cosa vuole, non si lascia facilmente dissuadere	0	1	2	3
Quando parla comincia a balbettare se non trova le parole adatte	0	1	2	3
Parla con convinzione di qualcosa che egli in realtà non può sapere	0	1	2	3
Comunica con animali, piante e pietre	0	1	2	3
Ha capacità medianiche e sente cosa è "vero"	0	1	2	3
Vede con l'occhio interiore colori, forme e immagini	0	1	2	3

che non può spiegare				
Ricorda situazioni legate ad una vita precedente	0	1	2	3

7.3.2 ETA' FRA 6 E 10 ANNI

<i>Indicare con crocetta la casella che meglio descrive il bambino in rapporto a coetanei dello stesso sesso.</i>	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Ha abitudini alimentari diverse dalle vostre, sa di che cosa ha bisogno e cosa vuole mangiare	0	1	2	3
E' sempre in movimento, ha una energia eccessiva, difficile da controllare	0	1	2	3
E' spesso troppo stanco per alzarsi, vestirsi, andare a scuola: in poche parole è stanco per fare tutto	0	1	2	3
E' disattento, distratto, non concentrato	0	1	2	3
L'ingiustizia lo fa star male	0	1	2	3
Non reagisce a chi lo colpevolizza	0	1	2	3
E' tollerante con tutto e tutti	0	1	2	3
Vi fa perdere la pazienza emotivamente e psicologicamente	0	1	2	3
E' socievole, parla con tutti ovunque ed in ogni momento	0	1	2	3
Propende per essere un solitario	0	1	2	3
Sta più volentieri con gli adulti che con i suoi coetanei	0	1	2	3
In tutte le situazioni si batte in difesa dell'amore, della giustizia, della tolleranza e dell'obiettività	0	1	2	3
Ogni occasione è buona per protestare e mostrare una volontà di ferro	0	1	2	3
Non si lascia condizionare dalle convinzioni superate	0	1	2	3

Difficile da domare, si sente come una re/regina e come tale vuole essere trattato/a	0	1	2	3
Preferisce la verità a qualsiasi bugia	0	1	2	3
Dagli altri bambini e dagli adulti non si sente accettato e capito	0	1	2	3
Per lui, il nostro mondo materiale è troppo semplice, troppo noioso	0	1	2	3
Ama le conversazioni vivaci, spiritose	0	1	2	3
Ha un effetto benefico sulle altre persone	0	1	2	3
Non ha legami con la realtà materiale	0	1	2	3
Capisce i rapporti umani e spirituali	0	1	2	3
E' leale e fedele con gli amici e i familiari come se potessero essere suoi per sempre	0	1	2	3
Spesso si sente al posto sbagliato sulla terra e dice: "desidero tornare indietro"	0	1	2	3

7.3.3 ETA' FRA 11 E ADULTI

<i>Indicare con crocetta la casella che meglio descrive il bambino in rapporto a coetanei dello stesso sesso.</i>	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
E' impossibile spronarlo	0	1	2	3
Deve muoversi molto, se studia è sempre in movimento, è iperattivo	0	1	2	3
Soffre spesso di allergie o di eruzioni cutanee	0	1	2	3
Per periodi molto lunghi è spossato e non si riposa	0	1	2	3
Spesso non ha "i piedi per terra" è come sospeso	0	1	2	3
Sa parlare in modo sicuro, logico e privo di emozione	0	1	2	3
Non si lascia punire, si autoinfligge però delle punizioni	0	1	2	3
E' estremamente sensibile e passionale, ma anche	0	1	2	3

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)
 POSSIBILE INTEGRAZIONE CON TECNICHE NATUROPATICHE

forte ed indipendente				
Si sente creativo e spiritualmente "più evoluto" degli altri bambini	0	1	2	3
Nelle situazioni difficili, dimostra forza e da coraggio ai più deboli	0	1	2	3
Non tollera la superficialità nel rapporto con le persone	0	1	2	3
Esige idee precise e progetti chiari dai suoi compagni	0	1	2	3
Vuole essere trattato alla pari dei suoi familiari	0	1	2	3
Per lo più fa quello che ritiene giusto	0	1	2	3
Non tollera che si prendano decisioni per lui senza prima esserne informato	0	1	2	3
Di norma rifiuta quel che gli si dice e fa "orecchi da mercante"	0	1	2	3
E' aperto alle nuove proposte e agli stimoli con buone finalità	0	1	2	3
Vuole rendere note le sue opinioni e le sue idee	0	1	2	3
Capisce i concetti spirituali meglio di quelli materiali	0	1	2	3
Vive secondo principi ed ideali nobili	0	1	2	3
Conosce i suoi doveri ed aspetta impaziente di poter "crescere"	0	1	2	3
Sa che l'energia spirituale è presente in tutte le creature, che tutto è uno e che noi siamo uniti l'uno con l'altro	0	1	2	3

8. APPROCCIO TRADIZIONALE

In tutto il mondo l'approccio per la cura della sindrome ADHD è di tipo farmacologico, affiancato a terapie psicanalitiche. Alcuni studi sono stati eseguiti per dimostrare che sarebbe addirittura superfluo l'intervento psicoterapico e basterebbe solo il supporto farmacologico.

A tale riguardo si riporta il seguente studio. Nel mese di dicembre 1999 il "National Institute of Mental Health " (NIMH) pubblica i risultati della ricerca "Analisi Multimodale del Trattamento dell'ADHD" (The MTA Study) da questo istituto sponsorizzata (15).

La ricerca comparava quattro diverse condizioni sperimentali:

- a) solo trattamento farmacologico,
- b) trattamento farmacologico e psicoterapia,
- c) psicoterapia,
- d) supporto sociale.

Furono studiati 600 bambini, età media 8 anni, 85% maschi, per 14 mesi. I risultati evidenziano una netta superiorità del trattamento farmacologico (gruppo a). Risultato sorprendente in quanto tende a far supporre che la psicoterapia sia sconsigliabile. Molti contestarono la validità di questa ricerca in quanto gravata da rilevanti carenze metodologiche.

8.1 FARMACI UTILIZZATI

Il farmaco maggiormente prescritto in America, (oggi richiesto anche in Italia) è il RITALIN, nome commerciale dato dalla Ciba-Geneva allo stimolante metilfenidato.

La definizione di moderato stimolante del sistema nervoso dipende in parte dal dosaggio e in parte dal raffronto con sostanze simili. L'affinità con la cocaina è molto sostenuta dagli studiosi, ma anche con le anfetamine.

In verità poco si sa sui meccanismi implicati e sugli effetti a lungo termine sui bambini. Tutto quello che si può dire ora è che il metilfenidato funziona sugli adulti come le droghe ad esso simili. Aumenta le prestazioni di qualunque persona, bambino o adulto, con o senza ADHD (Miller, Ken Livingston).

Il Comitato Olimpico Internazionale vieta l'uso del Ritalin agli atleti in quanto aumenta artificialmente le loro prestazioni.

Il Ritalin è uno stimolante e quindi agisce in maniera tale da migliorare la neurotrasmissione della dopamina e della noradrenalina, neurotrasmettitori cui sono associate funzioni importantissime di inibizione e modulazione cerebrale, in sostanza, i freni del cervello. Il loro uso non differisce molto, a titolo d'esempio, dall'uso dell'insulina per il trattamento del diabete. Si tratta, cioè, di una terapia "sostitutiva", ma sfortunatamente, come accade per l'insulina, anche gli psicostimolanti hanno un effetto solamente temporaneo.

E' questo effetto temporaneo che porta a ritenere che lo psicostimolante mascheri il problema senza risolverlo.

Recenti indagini (5) con sofisticate metodiche di neuroimmagine (J Neurochem 2001;21:121) hanno dimostrato che il Ritalin determina, alle comuni dosi terapeutiche per via orale (0,25-1 mg/kg), un aumento significativo delle concentrazioni cerebrali extracellulari di dopamina, mediante il blocco dell'attività dei neurotrasportatori per la dopamina.

Il Ritalin è costituito da una miscela degli isomeri destro e levo del Metilfenidato. La sua durata d'azione è breve (1-4 ore) e l'emivita di eliminazione nel plasma è compresa fra le 2 e 3 ore.

I dati disponibili suggeriscono una notevole variabilità da soggetto a soggetto nella relazione fra dose e risposta del farmaco, per cui la posologia deve essere ottimizzata per ciascun paziente.

Nel Novembre 2001 la Food and Drug Administration Americana (FDA) ha approvato il Dexmetilfenidato (Novartis) nel trattamento dell'ADHD. Il nuovo farmaco contiene solo il d-isomero del Ritalin, quello responsabile dell'effettivo

controllo dei sintomi dell'ADHD e sembrerebbe associato ad una minor incidenza di effetti collaterali (5).

Il Ritalin non è l'unico farmaco che viene dato ai bambini e l'America non è l'unico Stato dove questo viene fatto. Si fa uso anche di Destroanfetamina, Pemolina, Metanfetamina, Adderall.

Quando i bambini sottoposti all'assunzione di farmaci eccitanti come il Ritalin non rispondono, vengono consigliati farmaci non eccitanti. Questi ultimi vengono usati per il 20% dei bambini e adolescenti e sono: Aloperidolo, Pimozide, Clonidina, Guanfacina, Nortriptilina, Amitriptilina, Imipramina, Deprenil, Clomipramina, Desipramina, Bupropione, Fluoxetina, Nicotina, IMAO, Moclobemide, Carbamazepina, Valproato, Litio, Clorpromazina, Venlafaxina, Buspirone, BDZ (17).

Medici diversi usano i farmaci in modi leggermente diversi, poichè esistono anche diverse modalità di assunzione ad esempio: alcuni prodotti sono disponibili in un'unica forma, la cui efficacia dura dalle 5 alle 10 ore, il Ritalin e il Dexedrine si trovano sia in compresse di breve durata, che durano circa 3 ore, sia in compresse di lunga durata che durano per tutta la giornata.

La dose di breve durata è utilizzata per quei bambini che hanno bisogno del farmaco solo durante la scuola o in situazioni speciali (25), come andare in chiesa o a fare una passeggiata, o studiare per un esame importante. Quest'ultima modalità di assunzione, peraltro utilizzata normalmente negli Stati Uniti, va contro la diagnosi stessa di ADHD che non può essere un sintomo presente per 3 ore al giorno o solo in particolari situazioni.

8.2 EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI

E' questo l'argomento più scottante a proposito dell'approccio farmacologico alla sindrome ADHD. Non solo il farmaco non è una cura per la ipotetica malattia in esame, ma addirittura molti studi stanno dimostrando effetti

collaterali molto importanti sia a breve termine che a lungo termine. Nel seguito sono riportati alcuni studi e risultati.

La quota di sintomi psicotici che per prima appaiono durante il trattamento con droghe stimolanti è stata recentemente studiata da Cherland and Fitzpatrick (1999) in uno studio retrospettivo di 5 anni su 98 bambini diagnosticati con ADHD (15). Più del 9% di loro ha sviluppato allucinazioni e paranoia che sono cessate con l'interruzione della somministrazione del farmaco. Gli autori pensano che tale percentuale sia destinata a salire con il ripetersi delle ricerche. Si tratta infatti di uno dei rari studi longitudinali che supera i due anni. Precedentemente si affermava che l'assunzione di queste droghe causasse l'1% di psicosi ed erano ritenute non farmacoindotte ma latenti.

In un nuovo breve ma sorprendente studio (University of Texas - Medical Branch), dei ricercatori hanno scoperto che dopo soli 3 mesi, ognuno dei bambini in esame curati per Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) con il metilfenidato hanno sperimentato un triplicamento delle anomalie nei cromosomi, associato con maggiori rischi di cancro e altri effetti negativi sulla salute (18).

I ricercatori affermano che per la loro conoscenza questo è il primo studio rivolto ai potenziali effetti di mutazione dei cromosomi associati alla cura dei bambini con metilfenidato, il nome generico del gruppo di farmaci includente Ritalin®, Concerta, Metadato CD e altri.

Gli autori della ricerca affermano di aver intrapreso lo studio perché, nonostante il metilfenidato fosse stato approvato per uso sugli uomini più di 50 anni fa, "ci sono sorprendentemente pochi studi" - sia su uomini che su animali - "riguardo la potenzialità di seri effetti collaterali", come mutazioni genetiche e cancro. Nel 1996, un rapporto riguardo gli studi sugli animali durato due anni aveva già mostrato che alti livelli di metilfenidato causavano tumori al fegato a topi di ambo i sessi.

Il nuovo studio Texano è consistito nel prelevare sangue ai bambini con ADHD diagnosticata prima che cominciassero la cura col metilfenidato, in modo da

avere un livello base di anormalità dei cromosomi (i cromosomi sono le strutture in cui le cellule portano i geni e le informazioni genetiche). Tre mesi dopo l'inizio dell'assunzione della medicina, i ricercatori hanno prelevato ed esaminato il loro sangue per una seconda volta. Tutti i bambini sottoposti a esami del sangue erano stati trattati con normali dosi terapeutiche di metilfenidato.

La maggior parte delle anormalità delle cellule studiate è consistita nella rottura di cromosomi, e "una maggiore frequenza di aberrazioni è dimostrata associata ad un aumento del rischio di tumore oltre la norma", afferma l'autore della ricerca Randa A. El-Zein, Professore Assistente di Epidemiologia al M.D. Anderson, che ha eseguito gli studi sul sangue usando diverse tecniche (18).

"E' stato abbastanza sorprendente che tutti i bambini che assumevano metilfenidato manifestassero un aumento di anormalità genetiche in un così breve periodo di tempo", afferma El-Zein.

Il Professore di Tossicologia Ambientale all'UTMB (University of Texas Medical Branch), Marvin Legator, principale ricercatore e più navigato autore dello studio, ha invitato comunque alla cautela: "Questo studio non significa che questi bambini soffriranno di cancro, ma significa che sono esposti ad un fattore di rischio addizionale" Dei 53 agenti cancerogeni umani conosciuti, Legator dice che 48 possono essere rintracciati usando il metodo di analisi dei cromosomi impiegato in questo studio.

El-Zein sottolinea che c'è bisogno di studi molto più estesi in diversi centri medici per confermare i risultati di questo studio e per rispondere ad altri interrogativi che questo ha lasciato irrisolti.

Una delle questioni è che cosa accada quando i pazienti interrompono l'assunzione di metilfenidato. "Si riadatta alla norma il livello di mutazioni genetiche?", si chiede El-Zein, "noi non lo sappiamo". (18)

Gli effetti collaterali, che secondo casistiche recenti americane possono interessare circa il 30% dei bambini trattati (Arch Pediatr Adolesc Med

2000;154:1199) comprendono aumento della frequenza cardiaca, agitazione, letargia e ritardo dello sviluppo fisico (5).

Nel seguito riporto una tabella che descrive gli effetti nocivi causati da Ritalin, Dexedrine, Adderall e Stimolanti secondo i risultati di diversi studi, Tabella I (19) e un'altra tabella che descrive gli effetti nocivi degli stimolanti comunemente considerati terapeutici o benefici in bambini con diagnosi di ADHD, Tabella II (20).

TABELLA I

Cardiovascolari	Palpitazioni, tachicardia, ipertensione, aritmia cardiaca, dolore toracico, arresto cardiaco
Mentali e Cerebrali	Mania, psicosi, allucinazioni, agitazione, ansia, nervosismo, insonnia, irritabilità, ostilità, Aggressione, depressione, sensibilità emozionale, pianto facile, ritiro sociale, sonnolenza, "ottusità", ridotta vigilanza, confusione, deterioramento mentale (cognitivo e apprendimento), zombi simile (comp. robotico), comportamento con perdita di spontaneità emotiva, comportamento ossessivo-compulsivo, convulsioni, discinesie, tics, Tourette, abitudini nervose (es.: tirare i capelli o tormentare la pelle)
Gastrointestinali	Anoressia, nausea, vomito, gusto cattivo, mal di stomaco, crampi, bocca secca, stitichezza, Diarrea, anomalie del fegato ai test
Endocrine Metaboliche	Disfunzione pituitaria, incluso la distruzione dell'ormone della crescita e prolattina, perdita di peso, Soppressione della crescita, ritardo della crescita, disfunzioni sessuali
Altre Funzioni	Visone sfocata, mal di testa, capogiro, ipersensibilità all'esantema, congiuntivite, orticaria
Interruzione e Rebound	Insonnia, crollo serale, depressione, iperattività,

	irritabilità, rebound con peggioramento dei sintomi ADHD simili
--	---

TABELLA II

Ossessivi Compulsivi	<p>Compulsiva persistenza in attività senza scopo (comportamento stereotipato o perseverativo).</p> <p>Incremento di comportamenti ossessivi-compulsivi (es., rifare lavori senza fine in modo inefficace).</p> <p>Rigidità mentale (perseverazione cognitiva).</p> <p>Pensiero inflessibile. Eccessiva meticolosità o concentrazione.</p>
Ritiro Sociale	<p>Socialmente appartato e isolato.</p> <p>Comportamento sociale generale smorzato.</p> <p>Ridotta comunicazione o socializzazione.</p> <p>Ridotta sensibilità verso i genitori e altri bambini.</p> <p>Incremento giochi solitari e diminuzione globale del gioco.</p>
Soppressivi del comportamento	<p>Sottomesso in ambienti strutturati, socialmente inibito, passivo e sottomesso</p> <p>Triste, sottomesso, apatico, letargico, indolente, torpido, intontito, stanco.</p> <p>Mite, emotivamente piatto, senza umore, senza sorriso, depresso, triste con frequenti pianti.</p> <p>Mancanza di iniziative o spontaneità, curiosità, sorpresa o gioia.</p>

8.3 SITUAZIONE NEL MONDO

Il Ritalin è sul mercato Americano da quasi mezzo secolo e per molti rappresenta uno stile di vita. Questa droga ha avuto e ha ancora i suoi

estimatori. Scrive Tom Wolfe nel suo articolo "Il cervello senz'anima", 1996 (32) : ".....da un capo all'altro dell'America si assiste allo spettacolo di un'intera generazione di ragazzini – decine di migliaia – cui viene propinato il rimedio elettivo per il deficit dell'attenzione: il Ritalin. Io ho conosciuto il Ritalin per la prima volta nel 1966 a San Francisco, dove svolgevo ricerche in preparazione di un libro sul movimento psichedelico o hippie. Una certa specie del genere hippie andava sotto il nome di Speed Freak, e un particolare ceppo di Speed Freak era noto come Ritalin Head. I Ritalin Head adorano il Ritalin. A volte li vedevi completamente immersi in un delirio totale da Ritalin. Non un gesto, non un'occhiata: potevano sedere assorti in qualsiasi cosa – un tombino, le rughe del palmo delle proprie mani – per un tempo indefinito, saltando un pasto via l'altro, fino all'insonnia più incoercibile... puro nirvana da metilfenidato. Fra il 1990 e il 1995 le vendite di Ritalin della Ciba-Geneva sono aumentate del 600 per cento, e non per l'avidità di qualche sottoinsieme della specie Speed Freak di San Francisco, ma perché un'intera generazione di ragazzini americani – dai migliori collegi del Nordest alle scuole pubbliche più sfigate di Los Angeles e San Diego – era ormai assuefatta al metilfenidato, che le veniva diligentemente somministrato ogni giorno dal pusher di fiducia, il medico scolastico."(32)

Tra gli adolescenti americani è assunto a scopo ricreativo, per migliorare le prestazioni di studio e di lavoro (smart drugs, Vitamin R, R-ball); è ormai la droga più usata e la DEA (Food and Drug Enforcement Agency) ritiene che molti decessi siano causati dal suo abuso. Nel 1991, nel Texas, 25 giovani tra i 10 e i 14 anni ricorsero a cure di pronto soccorso per abuso di Ritalin. Nel 1995 furono 400, pari alla cocaina e ci furono 2000 furti di Ritalin, prevalentemente nelle farmacie (14).

Newsweek , nel 1995, scrive che è la droga preferita nei campus, facile da reperire e a basso costo, che gli studenti non la considerano pericolosa. Vi sono cantanti e gruppi musicali che sono cresciuti con il Ritalin. "Incapsulata", l'ultima creazione di Nivek Ogre , già cantante dei mitici Skinny Puppy, ha

avviato un nuovo progetto denominato Ritalin. Nel 1994 Kurt Cobain (Nirvana) si suicida, era la vera voce di una generazione. Il 20 febbraio 1967, prese la prima dose di Ritalin, aveva sette anni. Il medico di famiglia l'aveva definito "un piccolo maniaco, ribelle, ipercreativo". Il metifenidato gli causava insonnia, doveva prendere dei sedativi, dolori allo stomaco e nausea che leniva con la cocaina. Nel biglietto che ha lasciato, accennava alle due cose che l'avevano portato al suicidio: i dolori di stomaco che da anni non gli davano pace e la perdita della creatività musicale (14).

L'opinione pubblica crede che sia uno steroide che non ha altro effetto che aumentare le capacità cognitive e le prestazioni nei più disparati ambiti.

Ecco una tipica informazione rivolta ai bambini americani:

"L'ADHD è qualcosa che possono avere sia bambini, che ragazzi che adulti. 1 su 20 ha tale sindrome, quindi non sei solo. Qualsiasi tipo di persona ha l'ADHD: impiegati, insegnanti, agricoltori, dottori, bancari, avvocati, attori del cinema, atleti, presidenti di compagnie, insomma tutti. Molte persone famose hanno l'ADHD, per esempio Thomas Edison che inventò la lampadina, il registratore e la telecamera. Egli fu il più grande inventore di tutti i tempi".(14)

Nel 1991, una direttiva del "U.S. Department of Education" ai sovrintendenti delle scuole statali impartiva le linee guida per percorsi educativi differenziati per scolari con ADHD. Le difficoltà delle scuole ad attuare questi programmi hanno spinto una quota dell'utenza verso le scuole private e il sistema scuola si è appesantito di richieste di percorsi didattici speciali e ore supplementari di apprendimento. Le scuole ricevono ogni anno centinaia di dollari per ogni studente diagnosticato con ADHD e le diagnosi si incrementano del 21% all'anno.

Leggi speciali sono state fatte per tutelare i lavoratori portatori di ADHD con conseguente utilizzo in ambito lavorativo di vari strumenti di aiuto quali registratori, computer, codici a colori, tutoraggio, allarmi sonori e altri marchingegni. Un lavoratore licenziato ha buone probabilità di vincere una causa se affetto da ADHD. Vi sono poi vantaggi assicurativi. Avere questo

disturbo è talmente vantaggioso che molte persone forzano i medici per farselo diagnosticare.

Secondo la DEA negli ultimi cinque anni la prescrizione di Ritalin negli USA è aumentata complessivamente del 600% con un giro di affari di 2 miliardi di dollari. In parte il farmaco è dirottato sul mercato illegale con lievitazione dei costi a pastiglia da 25-50 cents a 3-15 dollari. L'uso illecito è particolarmente praticato nel Texas e nel Michigan.

A Chicago viene usato miscelato con eroina e cocaina. A Detroit e Minneapolis/St. Paul viene polverizzato e inalato. L'inalazione danneggia il naso, l'endovena danneggia il polmone e gli occhi in quanto ci sono additivi non solubili che ostruiscono i capillari. (14).

Il dramma di molti genitori, negli Stati Uniti, è che gli insegnanti minacciano di mettere i loro figli in classi speciali o optare per l'insegnamento a domicilio se non prendono il farmaco, a volte segnalano le famiglie riottose al tribunale dei minori.

Vivono una condizione di doppia condanna: colpevolizzati da chi ritiene la famiglia responsabile dei comportamenti dei loro figli e da chi li ritiene responsabili dei danni che le droghe causano loro.

I consumatori di metilfenidato dichiarano di sentirsi "focused" in modo simile quando assumono cocaina ed è dimostrato che il passaggio a quest'ultima droga avviene a dosaggi superiori rispetto a chi inizia senza aver assunto il Ritalin.

Secondo Fred Baughman Jr (medico in neurologia pediatrica in Lamesa, California, consigliere medico della Fondazione per il Diritto all'Alfabetizzazione (NRRF) e membro dell'Accademia Americana di Neurologia), i bambini diagnosticati sarebbero il 6-33% della popolazione scolastica delle elementari, in alcune classi la metà degli scolari assume Ritalin, il 10-15% dei bambini su scala nazionale sarebbero a rischio; questa diagnosi raddoppia ogni 4-5 anni.

Il metilfenidato è il farmaco più diffusamente prescritto di una categoria di anfetaminoidi usati per curare l'ADHD, con oltre 10 milioni di prescrizioni

effettuate nel solo 1996. Da allora ad oggi vendite di metilfenidato negli Stati Uniti sono aumentate di oltre il 500%.

Il fenomeno riguarda la maggior parte dei paesi industrializzati ed è in preoccupante aumento ovunque. In Australia, la prescrizioni di dexamfetamina, è aumentato da 9.937 nel 1990 a 127.377 nel 1995. Le prescrizioni di Ritalin da 13.398 a 46.543 nel giro di 4 anni. In Inghilterra 200.000 bambini sono curati con droghe con tendenza al raddoppio ogni anno, in Canada circa 1.500.000 (14).

Negli USA ci sono in corso diverse cause legali collettive (Texas, California e New Jersey) per il Ritalin, coinvolgono l'Associazione Americana degli Psichiatri (APA) e l'Associazione degli utenti CHADD, per collusione con la Novartis. L'APA avrebbe preso soldi dalla Ciba-Geigy e formulato criteri diagnostici per l'ADHD progressivamente più "elastici" ad ogni nuova edizione del DSM per favorire le diagnosi e lo smercio di Ritalin. La "Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder" (CHADD) è la più importante associazioni di supporto per i portatori dell' ADHD, ha nel suo staff i migliori specialisti in questo disturbo e sostiene la linea biologica.

Particolarmente attiva sul web, risponde e chiarisce ogni dubbio e attacco all'ADHD e al Ritalin con velocità impressionante (14).

I suoi rappresentanti vanno a fare conferenze nelle scuole Americane sostenendo la necessità del farmaco, distribuiscono a docenti e genitori un opuscolo informativo sull'ADHD che sovente è l'unica fonte d'informazione nelle scuole; l'opuscolo è stampato a cura della Novartis. Nel 1995 ha sferrato una campagna in grande stile per togliere il Ritalin dalla tabella II, cosa che comporta un controllo sulle quote annuali commercializzabili, chiedendo alla DEA (Food and Drug Enforcement Agency) di inserirlo nella tabella III per una fruizione senza problemi di esaurimento di scorte, come sovente accade.

Questa petizione fu sottoscritta dall'American Academy of Neurology e supportata da un nutrito corpo medico: American Academy of Pediatrics, the American Psychological Association, and the American Academy of Child and

Adolescent Psychiatry. Una difesa senza precedenti per una droga della tabella II. Prima che la DEA avesse il tempo di rispondere, un documentario televisivo svelò che la CHADD aveva preso nell'arco di cinque anni \$900.000 dalla Ciba-Geigy, ora Novartis, la casa farmaceutica che produce il Ritalin (14).

La DEA fece notare nella sua risposta che esistono delle vere e proprie lobby per incentivare l'utilizzo del metilfenidato da parte dei bambini con l'ADHD.

La "National Alliance for the Mentally Ill" (NAMI), è la più grande Associazione Americana dei famigliari di persone affette da disturbi psichiatrici. La rivista "Mother Jones", dicembre 1999, pubblica documenti riservati della NAMI che proverebbero l'incasso di \$11.72 milioni dal 1996 al 1999 provenienti da 18 industrie farmaceutiche. Questa Associazione sarebbe particolarmente attiva per far approvare nei vari Stati leggi favorevoli alla consegna e somministrazione a domicilio dei farmaci (14).

Fred Baughman Jr asserisce che in cinque anni di tentativi, non è riuscito ad avere dalla Ciba-Geigy, produttrice del Ritalin, referenze ad alcun lavoro scientifico che provino che l'ADHD è una vera malattia. Il 17 Novembre 1994 scrisse a David Kessler, funzionario della Food and Drug Administration (FDA), chiedendo perchè permettessero alla Ciba-Geigy di descrivere l'ADHD come una sindrome, un termine che significa la stessa cosa di malattia. La risposta dell'FDA fu: "riconosciamo...che non è stata ancora delineata una distinta patofisiologia del disturbo".

Egli deduce che la FDA permette alla Ciba-Geigy di perpetuare l'illusione di una malattia, necessaria, naturalmente, per vendere il Ritalin. Egli accusa la FDA di collusione (14).

Ci sarebbe un rapporto non casuale tra l'incremento delle diagnosi e la quota di Ritalin ammessa dalla U.S. Food and Drug Enforcement Agency (DEA): da 1700 kg del 1990 a 8000 kg nel 1995. A tutto questo va aggiunto un contesto culturale efficientista e il "terrorismo psicologico" degli specialisti dell'infanzia, i quali affermano che i bambini con ADHD tendono a sviluppare: Disturbo della Condotta (DC), Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP), Disturbo

dell'Apprendimento (DAP), Disturbo da Ansia (DA) e Disturbo di Somatizzazione (DS).

Russell Barkley, professore di psichiatria e neurologia alla University of Massachusetts Medical Center, afferma che l'ADHD è più di una piccola ribellione, questi bambini hanno da 6 a 10 punti in meno nei test di intelligenza e sono più predisposti all'insuccesso scolastico e a commettere altri reati quali furti e abuso di droghe, mentre il Ministero della Salute, dell'Istruzione e della Previdenza Sociale Statunitense afferma il contrario (17).

Nel 1995 l'International Narcotics Control Board (INCB) deplorava che il 12% dei bambini tra i 6-12 anni assumesse Ritalin per diagnosi di ADHD negli USA e nel suo rapporto del 23 febbraio 1999 si trova scritto (14):

"L'uso di sostanze eccitanti, methylphenidate, per la cura del Deficit di Attenzione / Disturbi per Iperattività (ADHD) è aumentato di un sorprendente 100 per cento 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, che al momento consumano più dell'85% della quantità totale mondiale. Il Consiglio si appella affinché le nazioni valutino la possibile sovrastima dell'ADHD e frenino l'uso eccessivo del methylphenidate. I pazienti curati con questa droga, che all'inizio degli anni novanta erano per la maggior parte studenti della scuola elementare includono ora un numero crescente di bambini, adolescenti ed adulti. Negli Stati Uniti, è stata diagnosticata l'ADHD nei bambini di appena un anno".(14)

Sempre negli Stati Uniti, sta aumentando rapidamente la somministrazione nella fascia 2-4 anni: tra il 1991 e il 1995, l'uso di Ritalin tra i bambini americani in età prescolastica è infatti aumentato del 150%, e quello di antidepressivi come il Prozac è salito addirittura del 200%, come messo in evidenza dall'articolo dell'American Medical Association.

La first lady Hillary Clinton, dopo l'allarmante rapporto "Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers del Journal of the

American Medical Association, in cui si evidenziava l'allargamento della diagnosi e della farmacoterapia all'età prescolare e adulta, ha lanciato, nel corso dell'anno 2000, una crociata contro l'uso indiscriminato di questi psicofarmaci sui bambini. Sia la Food and Drug Administration (FDA) che la Drug Enforcement Administration (DEA) hanno dichiarato che l'ADHD non ha cause biologiche note. (14)

Possiamo credere al NIMH perchè non solo sostiene fortemente la legittimità di questa chiacchierata nosografia, ma anche la necessità di somministrare il Ritalin; in questo documento si afferma: "Stimulants are usually well tolerated when used to treat ADHD and devoid of acute severe toxicity". La FDA non ha mai approvato la somministrazione di stimolanti per la fascia sotto i sei anni, che molti farmaci usati sui bambini sono off-label, cioè disegnati e studiati per gli adulti e nulla si sa dei loro effetti sui bambini. Malgrado ciò la tesi neurobiologica continua ad imperare con granitica certezza tra gli psichiatri.

La situazione in Italia è parecchio confusa.

Maurizio Bonati capo laboratorio materno-infantile dell'Istituto Mario Negri di Milano, negli atti del Convegno nazionale di consenso sull'ADHD che si è tenuto nel 2003 a Cagliari afferma che: «Circa la prevalenza dell'ADHD abbiamo studi che partono dalla scuola e che mostrano una prevalenza del 5,5-8,5 per cento; studi eseguiti presso gli ambulatori medici danno una stima dell'8,2-12 per cento; studi fatti in centri di riferimento mostrano prevalenze ancora più alte. Questo che cosa significa? Che non sono dati veri! La grossa variabilità dipende dal metodo con cui stimiamo la prevalenza».

Bonati cita uno studio nelle scuole del 1993 che mostra una prevalenza del 3,6 per cento, una indagine a Torino del 1998 negli ambulatori dei Pediatri di famiglia che dava un 2,52 per cento, un altro studio a Roma nel 1999 che mostrava una prevalenza dell'1,51 per cento. In Friuli, sempre i Pediatri di famiglia hanno rilevato una prevalenza soltanto dello 0,43 per cento, bassissima, uno studio a Cesena del 2003 la pone all'1,1 per cento. Si può dire, secondo Bonati, che i bambini ADHD sono almeno l'1 per cento (6).

La commercializzazione del Ritalin venne sospesa in Italia nel 1986 ma, vista "l'elevata incidenza dell'ADHD in età pre-adolescenziale - recita una nota del ministero della Salute nel mese di Ottobre del 2000 - la Commissione unica del farmaco ha invitato la casa farmaceutica Novartis, attuale titolare del Ritalin, a presentare richiesta per la registrazione del farmaco e la sua commercializzazione in Italia" (26).

Per essere commercializzato il Ministero della Salute ha fatto passare questo prodotto dalla fascia delle sostanze classificate come stupefacenti (nella stessa tabella della cocaina, anfetamina, oppiacei e barbiturici) a quella degli psicofarmaci prescrivibili dal medico con decreto del 22 luglio 2003 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 230 del 3/10/2003.

Il dottor Claudio Ajmone, psicologo e psicoterapeuta, presidente dell'Oism (Osservatorio Italiano Salute Mentale) al riguardo non ha dubbi: considera il Ritalin alla stregua di una sostanza stupefacente ed afferma che "i bambini vengono drogati per risolvere problemi che andrebbero superati in termini pedagogici." Anche il professor Luigi Cancrini, noto psichiatra delle tossicodipendenze, è molto preoccupato circa le possibili conseguenze di un abuso del Ritalin: "siamo certi che tutti questi bambini di otto anni a cui diamo il Ritalin, a 16 anni non lo prendano per loro conto e non diventino tossicomani?" (26).

Secondo quanto denunciato dal Collettivo Antipsichiatrico Violetta Van Gogh e dal Laboratorio Antipsichiatrico C.a.S.P. nel marzo 2004, nelle scuole di sei città italiane si starebbe svolgendo una ricerca di tipo epidemiologico, denominata «Progetto Prisma» tesa a individuare «problemi comportamentali» e «disagio e malessere psicologico» nei preadolescenti.

Il progetto in questione consisterebbe nella somministrazione di un questionario a genitori e agli insegnanti e in un colloquio tra psichiatri e un campione casuale di genitori e bambini;

i quesiti che comparirebbero nel questionario sarebbero di estrema vaghezza - con domande del tipo «suo figlio fa pensieri strani?» - e farebbero riferimento alla sindrome ADHD.

Il fatto più preoccupante è che gli psichiatri sperimenterebbero nell'ambito del «Progetto Prisma» la somministrazione ai bambini del farmaco Ritalin (3).

8.4 PSICOTERAPIA

La psicoterapia mira ad aiutare le persone con l'ADHD a piacersi ed accettarsi "nonostante il disturbo". Nella psicoterapia i pazienti parlano col terapeuta dei pensieri e delle emozioni sgradevoli, disturbanti; esplorano i modelli di comportamento autodistruttivi e imparano modi alternativi per gestire le proprie emozioni. Nel dialogo il terapeuta cerca di aiutarli a capire come possono cambiare. Le persone con l'ADHD, comunque, di solito vogliono acquisire un controllo più diretto dei loro comportamenti sintomatici. Date queste premesse si rendono necessarie delle modalità di intervento più dirette. Alcune modalità di intervento sono brevemente descritte nel seguito.

Terapia cognitivo-comportamentale (25):

Questa terapia aiuta le persone a lavorare su risultati immediati. Piuttosto che aiutare le persone a riflettere sui loro sentimenti e le loro azioni, le supporta direttamente nel cambiare il loro comportamento. Il supporto può consistere in assistenza pratica, come insegnare ad un bambino a concentrarsi sui compiti e organizzare il proprio lavoro. Oppure il supporto può significare incoraggiare i nuovi comportamenti facendo degli elogi o dando delle ricompense ogni volta che la persona agisce nel modo desiderato. Un terapeuta cognitivo-comportamentale può usare diverse tecniche per aiutare un bambino aggressivo ad imparare a controllare la sua rissosità o un'adolescente impulsiva, a pensare prima di parlare.

Training sulle abilità sociali (25):

Anche questa terapia può aiutare i bambini ad imparare nuovi comportamenti. Nel training sulle abilità sociali il terapeuta propone e discute dei modelli di comportamento appropriati come aspettare il proprio turno, condividere i giocattoli, chiedere aiuto o rispondere alle provocazioni e successivamente dà ai bambini un'opportunità per metterli in pratica. Per esempio, un bambino può imparare a "leggere" l'espressione facciale o il tono di voce delle altre persone, così da reagire in modo più adeguato. Il training sulle abilità sociali ha aiutato bambini a partecipare alle attività di gruppo, a fare dei commenti appropriati e a chiedere aiuto. Un bambino può imparare a vedere quanto il suo comportamento influenzi gli altri e a sviluppare nuovi modi di reagire quando è arrabbiato o a disagio.

Gruppi di auto aiuto (25):

In questo modo si mettono in collegamento le persone che hanno problemi comuni. Molti adulti con l'ADHD ed i genitori dei bambini affetti dal disturbo trovano utile frequentare un gruppo di supporto locale o nazionale. Molti gruppi trattano le conseguenze dei disturbi dei bambini ed anche in modo specifico dell'ADHD. I membri dei gruppi di supporto sotto la supervisione di specialisti qualificati, condividono sia i successi che i fallimenti, sia le informazioni su cosa funziona contro il disturbo, sia le speranze che hanno per se stessi e per i loro figli. "L'unione fa la forza" e condividere le esperienze con altri che hanno problemi simili aiuta le persone a capire che non sono sole.

Training sulle abilità dei genitori (25):

Questo training viene condotto presso lo studio di terapeuti o in classi speciali, fornisce ai genitori gli strumenti e le tecniche per gestire il

comportamento del figlio. Una delle tecniche è l'uso del "time out" quando il bambino diventa troppo sregolato o fuori controllo. Durante i "time out" il bambino viene tolto dalla situazione che lo agitava e viene fatto sedere da solo tranquillamente per un po' di tempo in modo che si calmi. Si può anche dire ai genitori di dare al bambino "qualità di tempo " ogni giorno, ovvero ricavare del tempo in cui genitori e figli fanno insieme un'attività piacevole e rilassante. Durante questi momenti insieme, i genitori cercano delle opportunità per notare e annotarsi le cose che il bambino fa bene e per lodare le sue abilità e i suoi pregi.

9 APPROCCIO NATUROPATICO

L'approccio naturopatico ovviamente, vuole essere il meno invasivo possibile soprattutto nel caso di diagnosi di ADHD in un bambino. Inoltre, tale approccio, parte dal presupposto che tale sindrome non è una malattia e, se un certo comportamento iperattivo o distratto può avere origini genetiche, nel senso che ognuno di noi nasce con un suo carattere di base (e che spesso somiglia a quello del padre o della madre), il fatto che diventi distruttivo per il bambino e per la famiglia ha una spiegazione che non ha nulla a che vedere con un problema neuro-biologico.

Nel seguito sono descritti gli strumenti che, secondo il mio parere, possono essere utilizzati per aiutare un bambino, ma anche un adolescente ed un adulto, a superare i sintomi di iperattività ed impulsività e/o deficit di attenzione.

Personalmente non ho avuto ancora l'opportunità di sperimentare tutti questi strumenti e comunque non ho trattato molti casi, tuttavia sia attraverso l'esperienza di altri terapeuti, sia attraverso la conoscenza degli strumenti che andrò a descrivere nel seguito, ritengo che prima di sottoporre un bambino od un adolescente ad una terapia farmacologica o psicanalitica, valga la pena di tentare con questi strumenti molto meno dannosi per la salute e per il consolidamento della stima in se stessi.

9.1 FIORI DI BACH

Lo strumento principale per affrontare questa presunta sindrome è l'utilizzo dei fiori di Bach. I fiori di Bach possono da soli risolvere i problemi legati al deficit di attenzione o iperattività/impulsività e comunque vanno affiancati a qualsiasi altra tecnica si voglia adottare.

Se, come afferma Edward Bach, "la malattia non è nè una crudeltà in sè, nè una punizione, ma solo ed esclusivamente un correttivo, uno strumento di cui

la nostra anima si serve per indicarci i nostri errori, per trattenerci da sbagli più gravi ..." si può comprendere come un bambino che non si senta compreso a casa dai genitori, a scuola dalle insegnanti e neppure dai coetanei, possa reagire con sintomi di una pseudo malattia che altro non indicano che un suo disagio emotivo.

Molto spesso neppure un adulto riesce ad esprimere il proprio disagio a parole e tanto meno riesce a superare il giudizio degli altri nei confronti dei propri comportamenti. E' così che, per essere amati, soprattutto dai propri genitori, si cerca di essere come questi vorrebbero. In questo modo si sviluppano degli stati d'animo negativi (e quindi dei comportamenti negativi) come conseguenza della contraddizione esistente fra le aspirazioni della propria anima ed i desideri della personalità, concentrata a compiacere le persone a cui teniamo e da cui vorremmo essere apprezzati ed amati.

Soprattutto un bambino, può sentirsi talmente confuso in questa situazione, da adottare comportamenti quali la distrazione ed il disinteresse verso molte attività in cui dovrebbe invece avere lucidità e concentrazione oppure comportarsi in maniera così frenetica ed impulsiva da sembrare una pallina matta che non sa dove andare e che travolge tutto e tutti al suo passaggio od infine, esternare una tale rabbia che non riesce ad esprimere diversamente. Sicuramente se per lungo tempo non si sente accettato, imparerà a non accettarsi ed adotterà qualsiasi sistema per confermare a se stesso di non essere meritevole di amore.

In fondo tutti i nostri problemi emotivi, non solo quelli legati alla sindrome ADHD, sono legati alla nostra necessità di essere amati, accettati e stimati soprattutto dalle persone che amiamo e se non vi riusciamo, non riusciremo ad amarci ci distruggeremo in varie maniere.

Da quanto detto è evidente che il lavoro con i fiori di bach, per essere realmente efficiente, deve coinvolgere sia il bambino o l'adolescente interessato, sia la sua famiglia.

Per comprendere come funzionano i fiori di Bach a me piace fare un paragone con un pianoforte che ha delle note che non suonano come dovrebbero. In altre parole, noi siamo il pianoforte e il nostro campo energetico sono i tasti, se alcune note sono stonate una qualsiasi melodia risulterà inascoltabile e questo rappresenta il nostro stato d'animo ed il nostro comportamento. Se non chiamiamo in breve tempo un accordatore, che può essere paragonato ai fiori di Bach, prima o poi tutte le note si scorderanno ed il pianoforte si distruggerà. Se invece andiamo a lavorare subito sul tasto o sui pochi tasti che non suonano in armonia, avremo presto e per molto tempo un pianoforte armonioso.

E' ovvio che se accordiamo un pianoforte, ma c'è qualcuno che danneggia costantemente le corde, non riusciremo ad avere mai un pianoforte in condizioni ottimali, è per questo che si deve lavorare non solo con il bambino ma anche con la famiglia o con l'ambiente che sta causando la disarmonia.

I bambini reagiscono meglio e più velocemente degli adulti alle essenze di Bach, perchè i loro modelli di comportamento sono ancora poco consolidati e le resistenze mentali al cambiamento, non sono ancora presenti.

Volutamente non menzionerò i fiori più adatti per la sindrome ADHD, poichè ogni bambino, oltre ad avere un'anima ed una personalità unica reagisce a situazioni simili in maniera diversa, quindi, ad esempio, anche se per la sindrome da deficit di attenzione "Clematis" sarà sempre presente, da solo non risolverà la situazione.

Per approfondire la conoscenza dei fiori di Bach consiglio, oltre ai testi di Eduard Bach, di Mechthild Scheffer "Terapia con i fiori di Bach".

9.2 VERIFICA DI INTOLLERANZE O ALLERGIE

In base a quanto detto nel cap. 4.3 è chiaro che è molto più facilmente individuabile un alimento al quale il bambino è allergico, piuttosto che un alimento al quale è intollerante. Se un alimento causa dei problemi in base ad

una allergia, la maggior parte delle reazioni avviene generalmente nell'arco di un'ora dall'assunzione od inalazione o comunque nel giro di poche ore.

Quindi in caso di dubbio, per individuare una allergia, si può procedere con il metodo dell'"eliminazione del singolo alimento" (21). Per comprendere meglio questo metodo riporto l'esempio fatto dalla dott.ssa Doris J. Rapp (21): se l'alimento sospettato è il latte e lo si ingerisce il lunedì, al bambino non viene somministrato in nessuna forma (quindi neppure sotto forma di formaggi, latticini o prodotti contenenti il lattosio) fino al venerdì seguente, dopo un digiuno di almeno 3 ore. Se i sintomi di iperattività, impulsività o deficit di attenzione si ripresentano in maniera evidente, saremo sicuri che l'alimento è proprio il latte e i suoi derivati.

Per individuare un'allergia esistono anche esami del sangue quali il RAST (Radio-Allergo-Sorbent-Test) ed il test cutaneo di scarificazione oppure il test sottocutaneo.

Dopo aver evidenziato un'allergia, la terapia migliore è impedire il consumo dell'alimento od assumerlo molto raramente ed in piccole dosi (infatti un'allergia è dose dipendente). Qualora il bambino fosse allergico a troppi alimenti e quindi la sua dieta diventasse eccessivamente rigida, si può procedere con terapie desensibilizzanti per mezzo di enzimi (DPE) o un trattamento oligoantigenico. A tale riguardo sono stati fatti degli studi.

Sono stati selezionati 76 bambini iperattivi ai quali è stata somministrata una dieta oligoantigenica 62 di loro migliorarono e 21 di essi rientrarono nella normalità dopo il trattamento. Sono anche diminuiti molti sintomi negativi come mal di testa, dolori addominali e convulsioni. Ventotto dei bambini che migliorarono sono stati sottoposti alla prova doppio cieco controllata con elementi neutrali (placebo) durante la quale furono reintrodotti gli alimenti considerati problematici. I sintomi sono riapparsi e peggiorarono molto di più in pazienti che stavano mangiando gli alimenti reali e non neutrali. Sono stati utilizzati 48 alimenti. Coloranti artificiali e conservanti sono stati gli alimenti

problematici più frequenti però nessun bambino si è mostrato più vulnerabile unicamente a questi (29).

Sono stati individuati 40 bambini con disturbo ipercinetico del comportamento dovuto a cause alimentari. Successivamente sono stati esclusi alimenti che provocavano la iperattività. I 40 pazienti sono stati suddivisi in due gruppi distinti, uno controllato ed uno trattato. Ai pazienti appartenenti al gruppo trattato sono state somministrate tre dosi sottocutanee di DPE (beta-glucosio e piccole quantità di antigeni alimentari) con un intervallo di due mesi. I pazienti del gruppo controllato hanno ricevuto solo alimenti neutrali. Dopo il trattamento si è permesso ai pazienti di mangiare alimenti problematici.

Come conseguenza 16 dei 20 pazienti che hanno ricevuto il trattamento attivo si sono mostrati tolleranti agli alimenti problematici a differenza dei 4 su 20 che ricevettero il trattamento neutrale. Questi risultati mostrano che il DPE aiuta i bambini con sindrome ipercinetica a causa di intolleranze alimentari a mangiare prodotti, che secondo lo studio, in precedenza avevano causato sintomi negativi. I risultati dimostrano inoltre che le allergie alimentari sono un meccanismo probabile della sindrome ipercinetica (30).

Tuttavia nel caso di allergia (a parte i casi di allergia verso molti alimenti), la sintomatologia di iperattività ed impulsività o deficit di attenzione, non sarebbe costante nel tempo e quindi non dovrebbe essere diagnosticata come sindrome ADHD. Purtroppo, come detto precedentemente, le cause che permettono un inizio di comportamenti disturbanti possono essere diverse, ma ciò che fa permanere o rendere stabile o peggiorare tali sintomi è il giudizio e l'incomprensione dell'ambiente che circonda il bambino. Quindi anche una sintomatologia saltuaria può diventare una "sindrome" costante (da qui l'utilizzo dei fiori di Bach come coadiuvanti una terapia alimentare).

Evidenziare una intolleranza è molto più difficoltoso, infatti una dieta ad eliminazione può non essere indicativa ed i comuni test per le allergie non danno spesso informazioni verso reazioni che non producono IgE (vedi cap. 4.3), di qui lo scetticismo della classe medica verso le intolleranze.

Inoltre una intolleranza è una intossicazione di tipo cronico e non saltuario e quindi, non è sufficiente una assunzione intervallata nel tempo o una riduzione delle dosi (le intolleranze sono dose indipendente). E' necessaria una vera e propria disintossicazione secondo modalità che dipendono dal livello di intolleranza. Il lato positivo è che, le intolleranze alimentari non sono perenni, normalmente, dopo un periodo di completa astinenza, gli alimenti risultati positivi vengono reintrodotti nella dieta, evitando assunzioni quotidiane che potrebbero facilitare un nuovo accumulo di tossine nell'organismo. Una volta individuato l'alimento, si devono eliminare dalla dieta anche gli alimenti che appartengono alla stessa famiglia biologica (per l'elenco delle famiglie biologiche si rimanda al testo della dott.ssa J. Rapp (21)) e che contengono sostanze simili, per evitare fenomeni, tipici delle intolleranze, di cross-reaction.

Esistono due modi per individuare una intolleranza alimentare: il Citotest ed il test Kinesiologico. Per quanto riguarda quest'ultimo, verrà trattato nel seguente capitolo.

Il Citotest è un test in vitro che osserva il comportamento dei leucociti in presenza sia del plasma del soggetto in esame che dell'allergene ipotetico. Se non vi è intolleranza non vi è nessuna modificazione dei leucociti ed il grado di intolleranza si evidenzia in base al numero dei leucociti che reagiscono ed al livello di reazione (solo rigonfi o disgregati).

Individuata l'intolleranza, l'astinenza va dai 2 ai 4 mesi senza interruzione.

9.3 KINESIOLOGIA

La Kinesiologia applicata è una tecnica utilizzata per ottenere informazioni sulla salute di un soggetto e per valutare i problemi sia organici che emotivi.

La Kinesiologia Applicata si fonda sul fatto che, il corpo interrogato risponde alle domande postegli e sulle capacità di utilizzare i muscoli scheletrici come indicatori del linguaggio del corpo. Il test della forza muscolare è la base di

questa tecnica. La forza o debolezza di un muscolo in esame ci fornisce l'indicazione che c'è un problema da risolvere.

Per quanto riguarda la sindrome ADHD, le parti di questa tecnica che meglio possono aiutare a risolvere i problemi comportamentali ad essa associati sono: la disorganizzazione neurologica ed il test per le intolleranze alimentari. Possiamo definire la disorganizzazione in un soggetto come l'accumulo, oltre ogni sua possibilità, di eventi stressanti di vario genere (energetici, biochimici, emozionali, strutturali ecc..). Questi accumuli di informazioni creano nel corpo una difficoltà comunicativa fra i vari sistemi (soprattutto a livello neurologico) e costituiscono nell'individuo un punto debole attraverso il quale, nel tempo, si potrà instaurare una malattia.

Ognuno di noi è sottoposto più volte nell'arco della giornata ad eventi stressanti, dai quali esce con un periodo di tempo dedicato al relax. Pensiamo ad un bambino od adolescente che viene rimproverato quotidianamente sia a casa, che a scuola e, come spesso avviene al giorno d'oggi, è impegnato in attività sportive, studio di strumenti musicali, compiti, televisione, videogiochi ecc., in che modo potrà uscire da questo stato di disorganizzazione neurologica?

Disturbi tipici da attribuire a questa disorganizzazione sono proprio le difficoltà di apprendimento, le difficoltà di coordinamento corporeo, difficoltà di relazione, ansie da prestazione, allergie, intolleranze alimentari ecc..

Riequilibrando la disorganizzazione neurologica con opportune tecniche kinesiologiche, si possono risolvere numerosi problemi, fra cui quelli associati alla sindrome ADHD.

In base ai casi trattati da alcuni kinesiologi dal 1996 al 2004 (vedi dispense del corso di Kinesiologia Applicata della L.U.I.N.A.) con la sola riorganizzazione neurologica si sono avuti i seguenti risultati:

TIPO DI PROBLEMA	N° CASI	NOTEVOLE MIGLIORAMENTO	LIEVE MIGLIORAMENTO	NESSUN MIGLIORAMENTO
Problemi di apprendimento	73	51	18	4
Difficoltà relazionali	42	11	29	2
Intolleranze alimentari	301	260	38	3
Allergie	68	41	18	9

Sempre con il test kinesiologico e quindi con il test muscolare è possibile evidenziare l'interazione positiva o negativa (intolleranze ed allergie) fra un alimento od una sostanza e l'individuo sottoposto al test.

Ovviamente, essendo un test manuale, la correttezza del test dipende dall'esperienza e quindi dalla capacità del terapeuta, inoltre pur potendo distinguere fra intolleranza ed allergia, non è possibile individuare il grado di intolleranza.

Tuttavia come si evince dalla tabella riportata, con la sola riorganizzazione neurologica è possibile eliminare molte intolleranze ed allergie.

9.4 SE IL BAMBINO E' UN "INDACO"

Se il bambino a cui viene diagnosticata la sindrome ADHD è evidentemente un bambino intelligente, anche se non lo mostra durante alcune lezioni a scuola od era un bambino geniale fino alla scuola materna e poi è cambiato tutto durante il primo anno di scuola elementare o ha delle qualità quasi autistiche o mostra una sensibilità e/o una maturità superiore alla sua età o vi dice che a scuola si annoia ecc... vi consiglio di comperare un libro sui bambini indaco ("Bambini Indigo" di Carolina Hehenkamp e "Bambini Indigo" di Carroll Lee e Tober) e dopo avergli fatto il test, adottare i comportamenti consigliati.

I bambini in questo modo si possono sentire compresi, apprezzati, si fidano nuovamente dei genitori e si aprono al dialogo, migliorando chiaramente il loro comportamento che non trova più la motivazione di sussistere.

9.5 ALTRI COMPORAMENTI CHE AIUTANO

Un modo efficace di modificare il comportamento del bambino è attraverso un sistema di punizioni e ricompense. I genitori o gli insegnanti individuano pochi comportamenti desiderabili che vogliono incoraggiare nel bambino - come chiedere un giocattolo invece di rubarlo o completare un compito semplice. Al bambino viene detto esattamente cosa deve fare per avere la ricompensa. La riceverà quando effettuerà il comportamento desiderato, riceverà invece una moderata punizione quando non lo farà. La ricompensa può essere piccola, magari un "gettone" che può essere scambiato per avere altri speciali privilegi, ma deve sempre essere qualcosa che il bambino desidera fortemente. La punizione può consistere nel requisire il "gettone" o in un piccolo "time out".

L'obiettivo, in ultima analisi, è di aiutare il bambino a controllare i propri comportamenti e a scegliere quello più appropriato.

La tecnica funziona bene con tutti i bambini anche se quelli con i sintomi dell'ADHD possono aver bisogno di ricompense più frequenti.

Inoltre i genitori possono imparare a costruire appositamente occasioni in cui il bambino avrà alte probabilità di successo.

Per esempio invitare solo un compagno di gioco per volta in modo tale da non essere iper stimolato. Oppure, se il problema è completare i compiti, i genitori possono imparare ad aiutare il bambino a suddividere il lavoro in piccole parti e ricompensarlo per ogni parte completata.

I genitori possono anche imparare alcune tecniche di gestione dello stress, come la meditazione, le tecniche di rilassamento e gli esercizi che aumentano

la tolleranza, in modo che possano rispondere con più serenità ai comportamenti del figlio.

E' importante poi tenere in considerazione l'interazione "energetica" tra genitori e figli.

E' facilmente intuibile come, ad esempio, un genitore troppo ansioso, oppure rigido e stressato, oppure carico di pensieri ed emozioni improntate alla sfiducia e al pessimismo, trasmette inevitabilmente queste vibrazioni interferendo energeticamente con il comportamento e l'emotività del bambino.

Al contrario molteplici osservazioni dimostrano come una figura genitoriale più equilibrata rappresenti di per sé una "buona medicina" per il bambino ipersensibile.

10 ALCUNI ESEMPI

Quelli di seguito riportati sono solo tre esempi di bambini a cui è stata diagnosticata nel complesso od in parte la sindrome ADHD e che ho provato a trattare con alcune delle tecniche descritte.

Nel caso di Luca è stato facile lavorare poichè si tratta di mio figlio.

Nel secondo caso, la mamma di Giulio avendo sentito che stavo facendo la tesi su questo argomento, mi ha chiesto di provare a risolvere il suo problema, prima di accingersi ad iniziare una terapia specifica che le era stata vivamente consigliata.

Nel terzo caso, dopo una iniziale richiesta di aiuto da parte della madre di Giorgio, c'è stata una reazione di diffidenza e paura che ha portato i genitori a cambiare strada, spero solo momentaneamente, date le potenzialità di questo bambino.

10.1 LUCA

Luca aveva 6 anni e frequentava la prima elementare quando gli è stato diagnosticata la sindrome ADHD dalla pediatra di famiglia, dopo la descrizione del suo comportamento soprattutto da parte delle insegnanti, che peraltro non si discostava dal comportamento che adottava in famiglia o in altri ambienti.

Per quanto riguarda i test diagnostici del DSM IV possiamo dire che rispondeva al test per l'iperattività/impulsività con 7 affermazioni su 9 e in quello per la disattenzione con 6 affermazioni su 9.

Questo comportamento, soprattutto l'iperattività e l'impulsività era presente sin dalla vita intrauterina, infatti ricordo benissimo i forti dolori dovuti ai suoi calci e ricordo che Luca era nato con i muscoletti molto più delineati del normale per un neonato, come se avesse fatto palestra. Ad 11 mesi camminava bene e normalmente travolgeva tutto e tutti nei suoi movimenti che erano continui.

A scuola le insegnanti non facevano che lamentarsi soprattutto perchè oltre a distrarsi, distraeva la classe continuamente ed aveva stretto amicizia soprattutto con gli altri bambini che avevano caratteristiche simili alle sue.

Veniva continuamente rimproverato, anche quelle volte che non era responsabile, bastava che qualcuno dicesse che era stato Luca a fare questo o quello e partiva la punizione (che consisteva nello stare seduto vicino alla maestra durante la ricreazione). I bambini "bravi" non volevano stare con lui e questo lo faceva molto soffrire. Purtroppo essendo un bambino di 6 anni non sapeva esprimere correttamente questo suo disagio e reagiva prendendo in giro a parole (quasi mai con le mani) i bambini "buoni", in particolar modo il più bravo della classe elogiato continuamente dalle maestre (almeno secondo i racconti di Luca) ed ammirato dai compagni.

Ovviamente io e mio marito cercavamo con il dialogo di fargli capire i suoi errori, ma non serviva quasi a nulla perchè le promesse erano molte, ma all'uscita di scuola il resoconto delle maestre era sempre lo stesso. Consigliati dalle maestre, imponevamo a Luca continue punizioni che il bambino accettava tranquillamente e in maniera completamente rassegnata.

Era chiaro che questo non bastava e quindi il primo tentativo è stato dargli i fiori di Bach per cercare di calmare questa sua iperattività, distrazione e sbadataggine, nonché per alleviare la sua rabbia ed invidia nei confronti dei compagni bravi ed ammirati e farlo imparare dai suoi stessi sbagli.

I risultati inizialmente furono sorprendenti, le maestre dissero che era completamente cambiato e per certi versi non tornò più come prima ma il problema non era completamente risolto.

In realtà anche in famiglia c'erano dei problemi, infatti io era severa ma il padre cercava di sminuire il problema dicendo che era ancora piccolo e bisognava avere pazienza. Questo disaccordo era spesso mostrato al bambino che forse si sentiva confuso.

Luca era un bambino che non raccontava nulla di ciò che accadeva a scuola e quando gli si chiedevano spiegazioni per il suo comportamento era

abbastanza riluttante nelle risposte e stava diventando sempre più chiuso, ogni tanto, soprattutto in famiglia, si appartava e si ammutoliva senza fornire spiegazioni, piano piano diventò un bambino triste mentre era sempre stato allegro.

Iniziò a non mangiare molto a mensa oppure ad impiegarci molto tempo ed anche questo divenne un ulteriore argomento delle maestre per lamentarsi di lui.

Gradatamente tornò a comportarsi in maniera disturbante anche se non tutti i giorni erano uguali e comunque il rendimento scolastico lasciava a desiderare e non coincideva con le sue reali capacità. In matematica mostrava una capacità spiccata, almeno secondo me e secondo chi lo frequentava fuori dall'ambiente scolastico ma, l'opinione della maestra era diversa, tanto che anche Luca iniziò a dire di essere incapace.

Passavo ogni giorno ore a dimostrare a Luca che era veramente bravo in tutto ciò in cui si impegnava.

Fu allora che conobbi la realtà dei bambini Indaco e feci il test a Luca. Le sue risposte furono in gran parte fra il 2 ed il 3 quindi indicavano molte caratteristiche da personalità indigo. Comprai un libro su questi bambini "speciali" ed iniziai a trattarlo come tale, in poche parole ho iniziato a trattarlo come un bambino più grande della sua età e a fidarmi sinceramente della sua versione dei fatti che accadevano a scuola, seguì poi altri consigli letti in questo testo. Il risultato fu che il bambino iniziò ad aprirsi a sentirsi libero di esprimersi e tirò fuori tutti i suoi problemi.

Si sentiva odiato da molti compagni, lo incolpavano continuamente, certi di essere assecondati dalle maestre poichè era diventato un capro espiatorio per ogni momento di confusione. Si divertivano ad incolparlo di dare fastidio anche se Luca si trovava distante da loro (questo è stato da me verificato più di una volta durante le lezioni di basket). Ciò accadeva non solo in classe ma anche al post scuola ed in palestra, poichè era frequentata da molti compagni di classe.

Luca arrivò a chiedere ai genitori di cambiare scuola poichè era certo che le maestre sarebbero state felici di questa decisione.

Quando io e mio marito decidemmo di spostare Luca in un'altra classe mi sentii libera di dire tutto ciò che pensavo alle maestre, cosa che non riuscivo a fare prima, per paura di ritorsioni nei confronti del figlio.

A questo punto le maestre si accorsero del danno che avevano compiuto e si resero conto della realtà che purtroppo non avevano visto chiaramente, offuscate dal pregiudizio.

Iniziarono a rassicurare Luca, prima a parole, affermando di volergli bene e di desiderare che rimanesse nella loro classe, poi giornalmente gli affidarono dei piccoli compiti come: ritirare i cappotti, o i quaderni o distribuire il pane a mensa ecc..

Luca ha iniziato a sentirsi amato ed apprezzato ed è diventato uno dei più bravi della classe, soprattutto in matematica. E' sempre un bambino molto attivo che non riesce a stare seduto a lungo ma è rispettoso delle regole ed attento quando è il momento.

Cosa più importante di tutte, è tornato ad essere un bambino felice ed è sicuro delle sue capacità.

Per tutto il periodo durato circa un anno e mezzo è stato aiutato dai Fiori di Bach.

10.2 GIULIO

Giulio è un bambino di 10 anni che frequenta la quinta elementare.

Ha due fratelli più piccoli e sta per arrivare il terzo fratellino, i genitori sono molto impegnati lavorativamente ed i bambini sono spesso affidati alla baby sitter. Giulio soffre anche di enuresi notturna. La madre si lamenta della distrazione di Giorgio, soprattutto quando deve fare i compiti ed a scuola, inoltre in casa ha un comportamento nervoso e litiga spesso con il fratello di circa due anni più piccolo, che tra le altre cose è molto bravo a scuola.

Giulio ha una passione enorme per la storia del cinema e conosce tutto sui films, registi ed attori, la sua lettura preferita è il Morandini e per leggerlo non andrebbe neppure a giocare.

Dopo continue discussioni, rimproveri e ripetizioni di matematica da parte della nonna (che essendo una insegnante non accettava le difficoltà scolastiche del nipote), si sono rivolti al Centro di Neuropsicologia e Riabilitazione Cognitiva e del linguaggio: Sinapsy.

Il centro ha sottoposto Giulio a 20 diversi tests ed ha concluso che il bambino ha un deficit di attenzione con una evidente difficoltà generale in alcune componenti attentive e si raccomandava una terapia cognitiva riabilitativa per le funzioni attentive ed esecutive, poichè le strategie di autocontrollo che Giulio utilizza nello svolgimento delle varie attività, non sono sufficienti.

A questo punto i genitori si sono tranquillizzati e quando ho parlato con la mamma, mi ha detto che finalmente aveva capito che Giulio non lo faceva apposta ad essere distratto perchè aveva effettivamente un problema. Poichè la diagnosi era stata fatta ad aprile, la terapia consigliata sarebbe iniziata dopo le vacanze estive.

Sapendo che stavo facendo questa tesi, la madre di Giulio mi ha chiesto di provare a risolvere il suo problema. Ho fatto a Giulio il test sul deficit di attenzione ed è risultato ampiamente positivo, mentre non è risultato positivo nè al test per la iperattività/impulsività nè a quello per bambini Indigo.

A questo punto ho dato a Giulio una prima combinazione di fiori di Bach, senza aver parlato con lui, ma dopo una settimana ho voluto vederlo.

Il bambino mi ha detto che prendeva volentieri i fiori e che aveva fatto un compito di matematica, in quella settimana, con buoni risultati, ma voleva saperne di più sui fiori che gli avevo prescritto. Dopo una descrizione puntuale del motivo per cui avevo pensato a quei fiori, Giulio ha deciso di cambiarne uno. Inoltre dal colloquio era risultato chiaro che Giulio pensava di non essere in grado di stare attento perchè era tanto tempo che glielo ripetevano tutti e lo avevano confermato gli specialisti.

Gli ho fatto notare che quando voleva era in grado di concentrarsi su un compito e che se una persona ha un deficit di attenzione vero, non riesce a soffermarsi a lungo su nessun argomento, mentre lui nella storia del cinema era un campione.

Ho risentito in seguito la madre che mi ha detto che il bambino aveva preso degli ottimi voti all'esame di quinta elementare (frequentava una scuola privata e quindi ha dovuto sostenere l'esame), non aveva avuto più problemi di enuresi notturna e l'inizio della scuola media era stato brillante, senza la necessità di niente altro che quelle due bottigliette di fiori di Bach.

10.3 GIORGIO

Giorgio ha una situazione familiare difficile, con genitori separati e non in ottimi rapporti, con tutte le conseguenze che ne derivano. Il padre ha una nuova compagna e questo non è stato accettato da nessuno. Giorgio ha una sorella gemella ed una sorella più piccola.

E' nato con un carattere introverso ed è un bambino estremamente sensibile, inoltre non è capace di esprimere i suoi sentimenti e disagi e spesso quando succede qualcosa, soprattutto se riguarda il padre, improvvisamente si ammala.

Sin dai quando aveva 4/5 anni sapeva leggere e scrivere (al contrario della gemella che aveva difficoltà anche in prima elementare). In prima elementare scriveva dei piccoli racconti con il computer ed in seconda delle bellissime poesie soprattutto per la mamma, verso la quale è estremamente protettivo. Si trova più a suo agio, o comunque è più sicuro di ciò che vuole, in una libreria piuttosto che in un negozio di giocattoli.

Non fa amicizia facilmente, sia perchè è timido ed insicuro, sia perchè non trova nessuno al suo livello, fatta eccezione per un compagno di classe, anche lui un pò geniale.

Fino alla scuola materna, pur essendo introverso e timido era considerato più intelligente della media dei suoi coetanei. Subito dopo aver iniziato a suonare il pianoforte ha mostrato una estrema facilità nell'imparare, tanto che quando ha deciso di smettere, l'insegnante si è molto dispiaciuta.

Verrebbe da chiedersi: "dov'è il problema?"

Il problema è sorto alla scuola elementare. I programmi scolastici erano per lui estremamente noiosi e lenti, sapeva già tutto e quindi, dato il suo carattere ha iniziato ad estranearsi sempre più, a non partecipare. A volte sembra completamente assente. Quando non stima una insegnante, si rifiuta di seguirla e di rispettare le sue regole. La maestra di matematica gli ha messo insufficienze, non perchè non sa la matematica, ma perchè le dava fastidio il suo atteggiamento di superiorità e di sfida.

Le continue lamentele delle insegnate hanno portato i genitori a rimproverare continuamente Giorgio, che si è sentito sempre più incompreso. La maestra è arrivata a chiamare la sorella gemella (che frequenta una classe limitrofa) e dirle che se Giorgio continuava così sarebbe stato bocciato e che era un incapace. I compagni di scuola lo prendevano in giro, emulando la maestra e Giorgio si isolava sempre più.

Si rifiutava di fare i compiti anche a casa se la mamma non gli stava vicino, ma se la mamma lo assecondava, finiva tutto in un baleno.

A scuola hanno consigliato i genitori di portare Giorgio dallo psicologo che ha diagnosticato un deficit di attenzione e consigliato un sostegno per fare i compiti.

Durante i colloqui con la psicologa, il bambino riusciva ad esprimersi meglio con i disegni (che fa stupendamente) che con le parole ed ogni tanto adottava degli atteggiamenti di sfida per evidenziare che non era uno stupido. Ho fatto a questo punto il test per il deficit di attenzione che è risultato positivo, con frequenza "molto spesso", per 9 comportamenti su 9.

In seguito gli ho fatto il test per i bambini indaco ed è risultato un bambino indaco al 100%.

Ho parlato con la mamma di questi bambini speciali, ma ho avuto come risposta molto scetticismo e paura. Tuttavia, poichè la situazione di Giorgio a quel punto rasentava l'autismo, ha accettato di dargli almeno i fiori di Bach che le avevo consigliato per l'insicurezza e la distrazione.

Giorgio si ricordava personalmente di prendere le gocce e quando è finita la bottiglietta ha chiesto alla mamma di ricomperargli una nuova bottiglietta, nel giro di un mese ha partecipato ad una recita scolastica con un ruolo da protagonista e senza alcuna vergogna.

Nonostante questi risultati la mamma non ha voluto ascoltare il mio consiglio di cambiargli scuola e cercarne una più adatta alle particolari doti di Giorgio e soprattutto non si è documentata sui bambini indaco.

C'è da dire che il padre non asseconderebbe mai questa teoria e non ho mai parlato con lui.

Comunque la mamma non mi ha più chiesto aiuto fino a quando Giorgio stesso non glielo ha chiesto espressamente. I genitori sono andati da un nuovo psicologo e la madre non riesce a capire perchè nessun'altro le ha mai parlato di questo tipo di bambini.

Oggi sembra intenzionata a leggere un libro sui bambini indigo ed affrontare il problema sotto una nuova luce, speriamo che lo faccia veramente.

11 CONCLUSIONI

La comunità internazionale sta prendendo coscienza, con sgomento, che i bambini vengono drogati per risolvere problemi che andrebbero superati in termini pedagogici. Non si tratta di casi isolati ma di molti milioni di fanciulli in tutto il mondo industrializzato. Questo disturbo è diagnosticato a partire dal primo anno di vita e il farmaco è prescritto da questa tenera età.

Definiti malati mentali, contro di loro si sono coalizzati insegnanti, medici, psicologi, giudici, case farmaceutiche, associazioni di utenti, mass media e persino i genitori. Sono disattenti, indisciplinati, creano problemi, nessuno sembra disposto a tollerarli, capirli ed aiutarli. La droga è la scorciatoia per domare i ribelli, in breve tempo il farmaco li trasforma in tranquilli angioletti, meritevoli anche loro di avere le coccole e l'affetto di genitori e insegnanti.

E' particolarmente difficile essere il genitore di un bambino che è sempre in agitazione, che lascia disordine ovunque, che ha scoppi d'ira, non ascolta e non segue le regole, oppure di un bimbo che ha sempre la testa fra le nuvole, non vuole fare i compiti e sembra non interessato a nulla.

I genitori spesso si sentono sconcertati e impotenti. In preda ad assoluta frustrazione, i genitori a volte si ritrovano a sculacciare, a urlare, addirittura a schernire il figlio o la figlia anche se sanno che non è appropriato. La loro reazione lascia tutti più turbati di prima. E a quel punto si incolpano di non essere dei buoni genitori.

Se i bambini sono iperattivi gli viene detto che sono cattivi e vengono puniti per aver disturbato. Se sono disorganizzati e deconcentrati e non hanno finito i compiti, qualcun altro dirà loro che sono dei fannulloni. Se sono impulsivi, rubano i giochi, sono invadenti e spintonano i compagni, possono perdere gli amici.

Una volta che viene fatta una diagnosi di "ADHD" le preoccupazioni si affievoliscono, il problema passa agli specialisti.

I farmaci possono aiutare a mascherare alcuni dei comportamenti problematici che hanno portato queste agitazioni in famiglia, ma le cause che hanno portato il bambino a questa situazione, i medicinali non possono risolverle. Anche se il deficit di attenzione, l'iperattività e l'impulsività si ripercuote in primis sul comportamento del bambino, il disturbo ha anche importanti conseguenze emotive. Per alcuni bambini, venire sgridati è l'unica attenzione che abbiano mai ricevuto. Hanno poche esperienze che costruiscano il senso del loro valore e della loro competenza.

Le frustrazioni quotidiane a cui si va incontro quando si convive con questo tipo di comportamento possono spingere le persone a ipotizzare di essere strane, anormali o stupide.

Il ciclo frustrazione-colpa-ira può essersi protratto così a lungo che ci vuole del tempo per interromperlo. Sia i genitori, sia i figli hanno bisogno sicuramente di un aiuto, ciò che si mette in discussione in questo lavoro è il tipo di aiuto.

Quando il rendimento e il comportamento scolastico di un bambino migliorano subito dopo l'inizio della cura farmacologica, il bambino, i genitori e gli insegnanti tendono a esaltare il farmaco per l'improvviso cambiamento. Dare il merito alle medicine porta il bambino a sentirsi inetto.

Proprio perché prendono il farmaco possono pensare di essere diversi dai compagni di classe o addirittura pensare che ci sia in loro qualcosa di sbagliato.

La validità dell'approccio farmacologico spesso viene dimostrata con sperimentazioni di farmaci fatte su un piccolissimo campione, avvalendosi della dicitura "doppio cieco", ma vale più una sperimentazione o il numero, dei casi di genitori che in USA, con perizie mediche alla mano, chiedono i danni per i loro bambini trattati col Ritalin?

Anche i sostenitori dell'approccio farmacologico affermano che il farmaco è efficace in alcuni casi, è comunque sintomatico ma non curativo.

In un documento datato Dicembre 1999 (Long-Term Effects of Stimulant Medications on the Brain) il NIMH (National Institute of Mental Health) dichiara quanto segue: "Stimulants suppress the symptoms of ADHD but do not cure the disorder. As a result, children with ADHD are often treated with stimulants for many years." Non solo non è una cura ma non migliora il rendimento scolastico dei bambini.

Sintomatico significa che mitiga i sintomi di una malattia ma che non guarisce, dunque chi prende il Ritalin da piccolo lo deve prendere per tutta la vita.

Ci sono notevoli ed autorevoli studiosi che mettono in dubbio che l'ADHD sia una malattia, pensano che sia una disfunzione educativa che debba trovare soluzioni sul terreno delle tecniche educative.

Ciascuno di noi ha avuto l'opportunità, nella sua infanzia, di sperimentare stati d'animo o pensieri poco adatti al mondo delle relazioni sociali, ma solo alcuni hanno vissuto il dramma dell'incomprensione e dell'esclusione. Questo dramma si amplifica, o scoppia per la prima volta, a scuola. I modelli sociali proposti ai bambini sono sempre più univoci e privi di elasticità: il bambino deve essere estroverso e socievole, possedere un saldo senso del dovere, aderenza alla realtà, e dar prova di una forte capacità competitiva. Questo è il modello laico dominante. Quello d'ispirazione religiosa promuove di solito l'altruismo contro l'individualismo, scoraggiando le attività solitarie. Va da sé che il bambino introverso, tendenzialmente solitario, fantasioso, disobbediente, mite e scarsamente competitivo ha vita dura e difficile. Sovente è additato come "anormale" e fatto oggetto, "per il suo bene", di una vera e propria persecuzione.

Ma gli studi di psicologia dell'età evolutiva e il senso comune ci ricordano che il bambino dotato di attitudini emotive e intellettive particolari è di solito un individuo "divergente", sensibile, critico, distratto, sognatore, spesso solitario: quasi un disadattato. E' da queste "strane" caratteristiche che salta fuori l'adulto dotato e talvolta il genio. Viene da pensare che le culture dominanti

non siano in grado di capire e apprezzare la diversità e l'unicità degli individui: esse tendono alla media statistica, e ignorano o, peggio, tentano di correggere le individualità estreme.

Il risultato di questo confronto è spesso drammatico: il bambino introverso e dotato, sentendosi rifiutato e offeso nelle sue caratteristiche di fondo, talvolta si introverte ancora di più, si isola e va in depressione; talaltra si chiude in uno sterile perfezionismo, allo scopo di non deludere, sviluppando così ansia da prestazione e crolli nel panico; altre volte si ribella divenendo ipercinetico e intrattabile.

Albert Einstein incominciò a parlare all'età di quattro anni e a leggere a sette. Il suo insegnante lo descrisse come "ritardato mentale", "asociale" e "in balia di folli sogni". Fu rifiutato dallo Zurich Polytech Institute. L'insegnante di Thomas Edison affermò che egli era troppo stupido per imparare qualunque cosa. Isaac Newton ebbe uno scadente rendimento scolastico. L'insegnante d'Enrico Caruso sosteneva che non aveva abbastanza voce da diventare un cantante. Winston Churchill fu bocciato al sesto grado. Beethoven maneggiava goffamente il violino e il suo insegnante gli disse che non aveva alcuna speranza come compositore (14).

La seguente è una lista di persone famose che, a torto o a ragione, sono state ritenute "malate mentali" di ADHD (14):

Hans Christian Anderson, Ann Bancroft, F. W. Woolworth, Beethoven, Sir Richard Francis Burton, George Burns, Harry Belafonte, Gregory Boyington, Thomas Carlyle, Andrew Carnegie, Lewis Carroll, Prince Charles, Agatha Christie, Winston Churchill, Admiral Richard Byrd, Stephen Hawkins, Sergei Rachmaninoff, Mariel Hemingway, Wright Brothers, Eddie Rickenbacker, Ernest Hemingway, Bill Cosby, John Corcoran, Harvey Cushing, M. D., Leonardo da Vinci, Salvador Dali, Edward Hallowell, M.D., Dwight D. Eisenhower, Michael Faraday, John J. Ratey, M.D., F. Scott Fitzgerald, Henry Ford, Malcolm Forbes, Benjamin Franklin, Galileo, Danny Glover, Steven Hawkins, William Randolph Hearst, Tracey Gold, Samuel Johnson, John F.

Kennedy, Zsa Zsa Gabor, Micheal Jordan, Robert Kennedy, Jason Kidd, John Lennon, Abraham Lincoln, Carl Lewis, Mozart, James Clerk Maxwell, Steve McQueen, David H. Murdock, Napoleon, Nasser, Issac Newton, Nostradamus, Louis Pasteur, Kate Kelly, Picasso, Edgar Allan Poe, Ronald Reagan, Dan Quayle, Russell White, George C. Scott, Sergei Rachmaninoff, John D. Rockefeller, General Westmoreland, Weyerhauser family, Eleanor Roosevelt, Babe Ruth, Anwar Sadat, Howard Morris, Nolan ryan, Pierre Salinger, Peggy Ramundo, Pete Rose, Charles Schwab, George Bernard Shaw, Alberto Tomba, Russell Varian, PucciniRodin, Tom Smothers, Steven Spielberg, Sylvester Stallone, Jackie Stewart, James Stewart, Henry David Thoreau, Leo Tolstoy, Van Gogh, Thomas Thoreau, Jules Verne, William Butler Yeats, Lindsay Wagner, Robin Williams, Stevie Wonder.

Scorrendo questi nomi viene spontaneo chiedersi come abbiano potuto alcuni di loro, con un tale deficit, dare un contributo di inestimabile valore culturale per l'umanità, se sarebbero diventati quello che sono qualora "curati" fin da piccoli con droghe.

Non esiste alcuna prova medica di laboratorio che lo possa evidenziare come malattia organica; tutto si basa sulla compilazione di un questionario da parte dell'insegnante e del genitore e su un colloquio clinico. Non esiste altra malattia che venga diagnosticata con un test carta e matita e una chiacchierata con il medico. Vi fidereste se in questo modo vi fosse diagnosticato un tumore? Se è un disturbo neurobiologico, come si sostiene, dovrebbe stare nei testi di neurologia e non in quelli psichiatrici.

La diagnosi peraltro è molto difficile, poiché l'ADHD è caratterizzata da sintomi abbastanza aspecifici, senza contare che in psichiatria è quasi sempre una questione di gradi: un conto è la vivacità, un altro l'iperattività. Le manifestazioni possono assomigliarsi ma differiscono per intensità.

In altre parole la scarsa attenzione può essere dovuta a caratteristiche dell'ambiente, una lezione poco interessante, ma altra cosa è non riuscire a

seguire nemmeno la spiegazione di un atto relativamente semplice. Di qui il rischio riconosciuto di eccedere nelle diagnosi di ADHD.

Dal 1980 in poi i criteri diagnostici del DSM per questo disturbo sono diventati progressivamente più elastici a tal punto che la diagnosi è estensibile a tutta la popolazione scolastica.

Sovente la diagnosi è fatta da pediatri o medici di famiglia che non hanno sufficiente competenza o tempo per fare una diagnosi accurata.

I medici generici prescrivono farmaci molto più dei pediatri e dedicano meno tempo ad esaminare i bambini.

In Inghilterra, Agosto 2000, il Dr David Foreman è stato sospeso dal servizio dallo "Staffordshire NHS Trust" perché prescriveva il Ritalin senza nemmeno vedere i bambini; in metà dei casi esaminati risultò che il Ritalin non era la cura appropriata. (15)

Si cerca in tutti i modi di trovare un metodo scientifico per confermare che i comportamenti propri dell'ADHD siano indice di una malattia organica e a tale riguardo è da poco giunta una notizia da Londra dove, presso la Brunel University, un team di ricercatori dice di aver messo a punto un test precoce per questo disturbo del comportamento (23).

Il test consiste nel misurare con un "oftalmochinesigrafo" il movimento degli occhi del bambino, che devono seguire lo spostamento di un di un pallino luminoso sullo schermo del computer. Il test, messo a punto da George Pavlidis e Panagiotis Samaras sembra rispondere a parametri di oggettività, ma solo agli occhi, non tanto dei bambini, quanto a quello di un pubblico di ingenui.

Cosa ci dice infatti questo nuovo test, all'apparenza così "scientifico"? Ci dice che un bambino distratto è distratto: nulla di più.

Su quest'onda fra breve potremo scoprire anche altri strumenti quali il "tristometro" che, misurando oggettivamente numero e peso delle lacrime, ci confermi che un soggetto triste è veramente triste. Sarà poi la volta dell'"arrabbiometro" e del "paurometro"?

Sembrerebbe superfluo e persino inopportuno, ricordare a ricercatori e medici che le basi scientifiche ed oggettive della medicina consistono anzitutto nella anatomia patologica e nella semeiotica medica, dove distinguiamo nettamente tra segni e sintomi.

La "misura" dei sintomi non serve a nulla. Le prove oggettive di una malattia, ciò che ci permette di dire che, in primo luogo è una malattia ed in seguito emettere una diagnosi, consistono: nella sua anatomia patologica e nell'evidenza di alterazioni organiche (quindi segni oggettivi, non comportamenti) rilevate oggettivamente tramite esami che abbiano sufficiente sensibilità e specificità.

Lo scoprire che i bambini distratti, sono effettivamente distratti, non è di alcuna utilità, né ci permette di affermare null'altro, oltre alla constatazione che "sono distratti"!

Questa medicalizzazione di massa è avvenuta grazie al predominio incontrastato nella psichiatria del modello medico che considera i problemi mentali come una disfunzione dei neurotrasmettitori, alla politica di espansione commerciale agguerrita delle case farmaceutiche, alle legislazioni che hanno delegato loro così tanto da aver creato una sorta d'immunità.

L'utenza psichiatrica si è allargata alla generalità della popolazione, non vi è problema che non sia di competenza psichiatrica e il farmaco non può mancare nel trattamento terapeutico.

Purtroppo una volta diagnosticata questa "Sindrome" inizia un diverso calvario per questi bimbi. Gli unici che si liberano di un problema sono i genitori ed i loro insegnanti. Il classico atteggiamento di un genitore quando viene a sapere che il figlio è affetto da questa "sindrome" è non incolpare più il figlio di essere un fannullone, un disobbediente ecc.. e magari il bimbo non viene più punito o picchiato perchè non fa i compiti o non sta attento a scuola, ma allo stesso tempo si libera di un grosso peso per quanto riguarda la sua capacità di educarlo. Gli insegnanti poi fanno un respiro di sollievo e invocano

un insegnante di sostegno e si liberano definitivamente di un bimbo fastidioso.

Apparentemente tutti sono soddisfatti, ma è proprio a questo punto che iniziano i veri problemi per il bimbo: diventa un malato, un diverso e inizia la sua terapia, spesso farmacologica e nel migliore dei casi anche psicologica. In classe è il bambino che ha bisogno del sostegno perchè non ha le stesse capacità degli altri e quindi ha bisogno di un insegnante tutto per lui, spesso viene emarginato e come minimo additato perchè "diverso" o "malato".

Anche una terapia psicologica, seppur enormemente migliore dell'approccio farmacologico, deve a mio avviso, non essere considerata in prima battuta. Un bambino che va dallo psicologo è comunque un bambino che ha un problema, mentre il problema è in primis nei genitori e negli insegnanti. In particolare sono i genitori che dovrebbero andare dallo psicologo per imparare a relazionarsi con il proprio figlio, per capire dove è mancata l'attenzione, perchè il bambino non riesce ad esprimere il proprio stato d'animo se non con comportamenti eccessivi o isolandosi con la mente. Alcuni genitori (soprattutto quelli alle prese con il primo figlio o il figlio unico) dovrebbero imparare ad accettare di non avere un bambino che sarà il primo della classe e che gli farà fare sempre una bella figura e che non è perfetto come si aspettavano.

Spesso l'impulsività e l'iperattività si accetta fino ad una certa età perchè rientra nella normalità, tuttavia la maturità di un bambino non è standard ed ogni bimbo impara a gestire la propria irruenza con tempi propri che a volte non coincidono con la prima elementare.

Il problema si può risolvere anche a scuola con una maggiore attenzione alle singolarità intellettuali e caratteriali dei bambini e, nella società, con un maggior rispetto nei confronti delle personalità divergenti.

Spesso, l'ADHD è un ben strano "disordine" che conosce una remissione nei fine settimana e durante le vacanze scolastiche: periodi durante i quali il farmaco é superfluo, oppure serve solo in certe circostanze e questo è

dimostrato dal fatto che esistono farmaci il cui effetto calmante dura 3 ore, 5 ore o 10 ore a seconda del tempo che si vuole tenere il bimbo calmo (vedi cap. 7).

E' evidente che la teoria secondo la quale il disturbo é "all'interno" del cervello del ragazzo e non dipende da fattori esterni (problemi nel rapporto con i genitori, capacità degli insegnanti, affollamento delle classi, rapporti sociali difficili) è semplicemente sbagliata.

Non si riflette abbastanza sul fatto che la causa del disturbo può essere un disagio psicologico che produce livelli biochimici alterati, non il contrario.

Purtroppo, la tendenza culturale attuale sembra esser quella di ignorare i problemi di ampio respiro (scuola, famiglia e società) e di cucinare tutto nel generico calderone della "malattia genetica", che non pone problemi né al genitore, né al preside, né al decisore pubblico, né al legislatore.

Di fronte a questo mito organicista riporto le parole di Umberto Galimberti (16) "... già Kant, due secoli or sono, avvertiva: "C'è un genere di medici, i medici della mente, che pensano di scoprire una nuova malattia ogni volta che trovano un nuovo nome" ... Che cosa sono queste sindromi? Disturbi mentali o artefatti della psichiatria che, medicalizzando tutto ciò che non è a norma (culturale), vuol togliere a ciascuno il peso della cura di sé e soprattutto, quel che più conta, degli altri?"

12 BIBLIOGRAFIA

- (1) <http://www.racine.ra.it> IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE / IPERATTIVITÀ (Dott.ssa Federica Fini, Psicologa centro A.I.D.A.I. Emilia Romagna e Marche)
- (2) <http://www.univirtual.it> VI LEZIONE di ELEMENTI DI NEUROPSICHIATRIA Docente. Dr.ssa Valeria Fenzi DISTURBO DA DEFICIT ATTENTIVO ED IPERATTIVITA' (DDAI o ADHD)
- (3) dal sito www.altremappe.org/Ritalin/DocRitalin.htm
- (4) Associazione Italiana Famiglie ADHD dal sito www.aifa.it
- (5) Numero 15-neuro...PILLOLE Bologna, 25 Febbraio 2002
Notiziario sui farmaci neurologici a cura del Laboratorio di Neurofarmacologia Clinica della Clinica Neurologica dell'Università di Bologna. Bollettino informativo al personale della Clinica Neurologica
- (6) Giordano Stabile - Specchio - La Stampa, sabato, 18 giugno 2005
da:<http://www.aida-ti.ch> Preso dal sito NoPsych
- (7) 13-04-2004 Matteo De Matteis <http://www.guidagenitori.it>
- (8) dal libro di Freed J. - Parsons L., "Right brain children in a left brained world".
- (9) dal libro "Bambini Indigo" di Carolina Hehenkamp
- (10) Kühlewind Georg, „Sternkinder“, Stoccarda 2001
- (11) Thom Hartmann nel libro: "ADS - un altro modo di vedere il mondo"
- (12) V. Henning Köhler, "Es gibt keine schwierige Kinder" (Non ci sono bambini difficili), Stoccarda 1978
- (13) James Donahue "The World's Star Children are under Attack" ("I bambini delle stelle di tutto il mondo sono sotto attacco"), 2002
- (14) Del Dott. Claudio Ajmone, 2001 Psicologo e psicoterapeuta Presidente dell'OISM (Osservatorio Italiano Salute Mentale)
- (15) Osservatorio Italiano Salute Mentale - www.oism.info
- (16) Umberto Galimberti, in "La mente fantastica del viaggiatore", La Repubblica, 26 luglio 2000

- (17) A. Rossi, R. Pollice, Dip. Medicina Sperimentale, Clinica Psichiatrica, Università dell'Aquila, in "Giornale Italiano di Psicopatologia", volume 5, Giugno 1999, n° 2
- (18) fonte primaria: <http://www.medicalnewstoday.com>, Fonte italiana: GiuLeManiDaiBambini)
- (19) Breggin, P. (1999a). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD, Parte I: Acute risks and psychological effects, *Ethical Human Sciences and Services*, 1 13-33.
Breggin, P. (1999c). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 12, 3-35.
- (20) Breggin, P. (1999b). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD, Parte II: Adverse effects on brain and behavior. *Ethical Human Sciences and Services*, 1, 213-241.
Breggin, P. (1999c). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 12, 3-35.
- (21) Carmelo Rizzo e Doris J. Rapp nel libro "Il bambino difficile a casa a scuola".
- (22) Gabriele Masi IRCCS Stella Maris, Istituto di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (Pisa)
- (23) Dott. Roberto Cestari medico e Presidente del Comitato per i Diritti Umani. Dal sito www.italiasalute.it
- (24) www.NATURMEDICA.com
- (25) Istituto Watson: Centro di consulenza psicologica e psicoterapia cognitivo - comportamentale Corso Vinzaglio, 12 - 10121 Torino
- (26) La Leva di Archimede - di Davide Vari
- (27) Hersher L. Percept Mot Skills 1978 Dec; 47 (3 Pt 1): 723-6.
- (28) Adesman AR, Altshuler LA, Lipkin PH, Walco GA. *Pediatrics* 1990 Mar;85 (3 Pt 2):442-6. Division of Developmental and Behavioral Pediatrics,

Schneider Children's Hospital, Long Island Jewish Medical Center, New Hyde Park, NY 11042.

- (29) Egger J, Carter CM, Graham PJ, Gumley D, Soothill JF. Lancet 1985 Mar 9; 1(8428): 540-5.
- (30) Egger J, Stolla A, McEwen LM. Lancet 1992 May 9; 339 (8802):1150-3. University Children's Clinic, Munich, Germany.
- (31) Federazione delle scuole Rudolf Steiner in Italia (gennaio 2003) di Cornelia Unger-Leistner dal sito www.educazione.waldorf.it
- (32) Dall'interrogazione parlamentare dell'on. Mauro Bulgarelli del 4 marzo 2004 dal sito www.avvisatore.it
- (33) Joseph Biederman ADVANCING THE NEUROSCIENCE OF ADHD Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview
- (34) La diagnosi di ADHD: Renato Donfrancesco - centro per lo studio del disturbo da deficit di attenzione/iperattività ASL RM/A - presidio la Scarpetta M.I.U.R.-ufficio scolastico regionale per il Lazio. Dal sito www.lazio.istruzione.it