

# **Carcinosinum e ADHD: un ruolo chiave nei Disturbi Intellettivi e Comportamentali**

**Francesco V. Marino**

Coordinatore Dipartimento Scientifico FIAMO  
Centro Medicina Olistica LOTUS  
Via dei Radiotelegrafisti, 28  
00143 Roma  
Tel/fax: 065912260  
[dr.fmarino@libero.it](mailto:dr.fmarino@libero.it)

*“C’è un genere di medici, i medici della mente, che pensano di scoprire una nuova malattia ogni volta che trovano un nuovo nome.” (I.Kant)*

*“I medici sono soliti curare malattie che non conoscono con farmaci che conoscono ancor meno” (Voltaire)*

## **Premessa e Finalità del Lavoro**

L’ “universo infantile” è un coacervo di contraddizioni e paradossi tali da mettere in crisi le più consolidate certezze scientifiche ed antropologiche. La cosiddetta “debolezza” del bambino, ad esempio, è al tempo stesso uno dei suoi punti di forza: in altri termini, ciò che rende il bambino vulnerabile e dipendente dall’ esterno è proprio quella stessa fragilità (strutturale, emotiva ma soprattutto “contrattuale”) che lo rende, per converso, assolutamente “sensibile” a qualsiasi mutamento della realtà in cui vive. Una sorta di Giano bifronte: da un lato, quindi, si presenta come “anello debole del Sistema”; dall’ altro, invece, funge da “termometro” storico-sociale di sicuro affidamento.

E come ogni anello debole, nei momenti di crisi, è tra coloro che paga il tributo più alto; ma è anche una sorta di antenna, di “marker” ambientale altamente sensibile, in grado cioè di fotografare ed anticipare umori e tendenze di ogni tipo.

Da questo punto di vista il “disagio infantile” denuncia l’ incapacità, da parte della società (adulta), di recepire, accogliere e trasformare le esigenze del bambino. Ma, al tempo stesso, rispecchia ed amplifica le conflittualità e le contraddizioni di quella medesima società che ha, proprio nel bambino, uno dei suoi “targets” privilegiati.

Purtroppo non sempre questo disagio viene adeguatamente raccolto; al contrario, il Mondo degli Adulti tende molto spesso a negarlo ed a restituirlo al mittente, pur di non confrontarsi con le proprie responsabilità. E solo quando il malessere raggiunge la soglia critica, si fa allora avanti il potere arrogante ed ipocrita degli adulti che, grazie alla solita politica di repressione e “scaricabarile”, mira a garantire il “controllo sociale”...

Né bisogna dimenticare che, in una società consumistica, anche il ruolo ed il peso del bambino si sono evoluti: anche lui, come “potenziale consumatore”, deve dare il suo “contributo”. Per questo viene scientificamente “coccolato” dai media e dall’ industria ed, a sua volta, “pretende” determinati prodotti, imposti dalla pubblicità: il bombardamento sistematico cui viene sottoposto, da parte di stimoli sempre più aggressivi e contraddittori, non può quindi non avere qualche conseguenza sul suo sviluppo evolutivo.

Un bambino sempre meno bambino e sempre più “oggetto”, cui la famiglia, per varie ragioni, dedica sempre meno tempo ed attenzioni. In fondo, basta poco per tenerlo buono: è sufficiente “parcheggiarlo”

davanti a TV e DVD (dai contenuti a dir poco preoccupanti), ingozzarlo con “cibi spazzatura” per poi farsi “perdonare” con la complicità di giocattoli costosi come Playstation e cellulari, dagli effetti devastanti sul suo sviluppo cerebrale, come vedremo più avanti ...

In compenso da lui ci si aspetta che “faccia il bravo” (a casa, a scuola, in società), che soddisfi le aspettative di tutti (in particolare le ambizioni “frustrate” dei genitori), che cresca bene ed in fretta “perché non c’è tempo da perdere”, che sappia “competere” in una Società che premia solo i vincenti... Ma cosa succede se il bambino “non ce la fa, non studia, non sta mai fermo, dà fastidio”? Cosa fare se il bambino, oltre che “ingrato”, fa anche il “difficile”? E’ chiaro: quel bambino ha “qualcosa che non va nel cervello” per cui “deve” essere curato, pena la discriminazione e l’ emarginazione. Di fatto è solo un bambino la cui vulnerabilità strutturale e le cui difficoltà espressive mostrano semplicemente che “il Re è nudo” e non sa dove nascondersi.

La “globalizzazione” non ha fatto altro che esasperare ulteriormente una situazione già precaria: infatti il disagio infantile, una volta riconosciuto ufficialmente come “malattia”, si è subito trasformato in un enorme business. Basti pensare che le multinazionali del farmaco sono riuscite a far abbassare la soglia di età per la somministrazione di psicofarmaci: nel mese di giugno 2006, l’ EMEA (l’ ente di controllo sanitario dell’ Unione Europea) ha autorizzato la somministrazione di Fluoxetina (Prozac) persino ai minori di 8 anni! Pochi sanno, tuttavia, che una misura del genere non è opera dell’ EMEA, bensì della Ely Lilly che, guarda caso, è proprio la produttrice del Prozac (1)... Poco importa se questo farmaco è stato al centro di feroci polemiche negli USA per i suoi 907 effetti collaterali (a tutt’ oggi segnalati) ma soprattutto per essere stato posto in relazione con numerosi casi di suicidio infantile e con atteggiamenti violenti (tra cui le stragi scolastiche da parte di adolescenti che ne avevano fatto uso: 2 su 3 erano “sotto Prozac”): l’ etica deontologica ha abdicato in favore dell’ etica del Profitto, così come la Ricerca ha ceduto il passo davanti alle strategie di marketing...

Sembra quindi che “la nuova frontiera farmaceutica” sia interessata non tanto alla ricerca di soluzioni terapeutiche più vantaggiose quanto alla creazione di nuove fasce di mercato, attraverso:

- la fabbricazione di nuove malattie (“disease mongering”)
- la manipolazione dei range di normalità di una serie di parametri (es.: colesterolo)
- l’ alleanza con le Associazioni di pazienti, allo scopo di acquisire un maggiore “consenso sociale”

E’ quanto si è già verificato, ad esempio, nel caso dei nuovi antiipertensivi, ipocolesterolemizzanti, vaccini (leggi: influenza aviaria: altra bufala mediatica...), per non parlare della terapia sostitutiva per la menopausa o per l’ osteoporosi, mai prima d’ ora considerate “malattie”...

La medesima operazione lobbistica è stata abilmente condotta nei confronti dei bambini ed adolescenti affetti da ADHD (Attention Deficit with Hyperactivity Disorder), “i bambini distratti e/o iperattivi”: ecco le nuove “galline dalle uova d’ oro”, altro che “anelli deboli del Sistema”!

E, come se non bastasse, la medesima patologia è stata ben presto riconosciuta, dai soliti “esperti qualificati”, anche negli adulti: l’ estensione della patologia ha significato, ovviamente, un’ immediata espansione del mercato farmaceutico ad una nuova fascia di potenziali consumatori, di colpo divenuti “malati cronici”

Il presente lavoro si pone dunque un duplice scopo:

- ❑ presentare i disturbi intellettivi e comportamentali che caratterizzano l’ ADHD del bambino e dell’ adulto, sia secondo la “versione ufficiale” che secondo quella contestata o “negata”
- ❑ illustrare le enormi potenzialità offerte dall’ Omeopatia, in particolare da un rimedio come Carcinosinum, la cui Materia Medica contiene e riproduce, con fedeltà stupefacente, le caratteristiche salienti dell’ ADHD (ovviamente Carc. non è il solo rimedio cui fare ricorso in simili casi!).

Una serie di casi clinici, brillantemente risolti grazie al rimedio, completerà il lavoro.

## Materiali e Metodi

Allo scopo di riportare dati ed informazioni quanto più attendibili possibile si è scelto di consultare quelle che sono ritenute le “fonti” scientificamente più rigorose (NIH, I.S.S., AIDAI, CHADD, National Resource Center for ADHD, Università di York, Giù le Mani dai Bambini, etc.).

La varie citazioni presenti nel testo sono riportate nella bibliografia che completa il presente lavoro.

Sono stati riportati anche vari testi pubblicati sull’ argomento.

Chiunque può consultare tali fonti per eventuali approfondimenti, sia in letteratura che su Internet.

## ADHD: una breve storia (88)

- 1867: compare per la prima volta il termine “iperattività”, in riferimento a “condizioni cerebrali di mania acuta”
- 1902: il pediatra inglese George Still descrive una serie di disturbi comportamentali dell’infanzia simil-ADHD dovuti, secondo lui, a difetti cerebrali di tipo genetico (“Minimal Brain Damage”) e non a cause sociali (povertà) e/o ambientali
- 1920: numerosi superstiti della micidiale influenza (“spagnola”) riportarono encefalite, ritenuta responsabile di disturbi comportamentali oggi assimilabili all’ ADHD
- 1937: il Dr. Bradley (Providence, USA) riferisce di aver trattato con successo bambini con disturbi comportamentali grazie a farmaci “psicostimolanti”
- 1957: immissione in commercio negli USA del Metilfenidato (Ritalin®), sintetizzato nel 1954, ad opera della Ciba-Geigy
- 1961: per la prima volta il Ritalin viene indicato per trattare “vari problemi comportamentali del bambino”
- 1970: il 10% dei bambini dello Stato dell’ Omaha (USA) assume regolarmente il Ritalin: la notizia provoca enorme scandalo ed una serie di interrogazioni parlamentari
- 1973: il Dr. Feingold (S. Francisco) trova una correlazione positiva tra incremento di ADHD e consumo di conservanti alimentari contenuti nei cibi.  
L’ ADHD viene riconosciuta come “disabilità” e sottoposta alle leggi vigenti in tema di istruzione (Rehabilitation Act of 1973)
- 1991: Il Ministero della Pubblica Istruzione dispone risorse e servizi educativi speciali per questa “speciale” condizione
- 1994: Secondo il DSM-IV vi sarebbero 3 sottogruppi di ADHD
- 1998: l’ esistenza del disturbo è “ufficialmente validata” dalla Consensus Statement degli NIH
- 1999: pubblicato il più grosso trial clinico sull’ ADHD (MTA Study). Asserisce che il trattamento farmacologico è più efficace di quelli psico-sociali ma la combinazione può dar luogo, in talune condizioni, ad un miglior risultato rispetto al solo trattamento farmacologico.
- 2001: pubblicato il “Consensus Statement on ADHD” per controbattere il “discredito mediatico” cui è sottoposta l’ ADHD ma soprattutto per affermare la validità delle cure farmacologiche
- 2005: identica affermazione da parte di 100 esperti europei

# ADHD: la versione “ufficiale”... (88)

Il confronto tra Scuole di pensiero è più acceso che mai, trattandosi di un disturbo estremamente controverso, su cui si sono sparsi fiumi di inchiostro. In questa sezione ci limiteremo ad esporre i dati essenziali attorno ai quali si è formato il “consenso ufficiale”.

## Generalità e Sintomatologia

Secondo la corrente di pensiero “dominante”, l’ ADHD “è uno dei più comuni disordini neurologici dell’ infanzia” (8) (75) e si caratterizza per “livelli inappropriati per l’ età di:



### a) **DISATTENZIONE**

Il soggetto presenta una compromissione dell’ attenzione focale (capacità di prestare attenzione su uno stimolo ben preciso, tralasciando i particolari ritenuti irrilevanti e non utili al compito in corso) e di quella sostenuta (capacità di mantenere l’ attenzione attiva nel tempo durante lo svolgimento di attività scolastiche, nei compiti in casa, nel gioco o in semplici attività quotidiane). Si distrae con estrema facilità e tenderà a perdere gli strumenti di lavoro, con spiacevoli ricadute sul suo rendimento intellettuale. Sembra vivere in un mondo tutto suo (uno degli stereotipi più popolari negli USA per descrivere questo soggetto è il “cadetto dello Spazio).

Ecco i “tratti” comportamentali indice di Disattenzione (secondo i Criteri Diagnostici Formali stabiliti dal DSM-IV) (6):

- (a) spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività
- (b) spesso ha difficoltà a mantenere l’attenzione sui compiti o sulle attività di gioco
- (c) spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente
- (d) spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni)
- (e) spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività
- (f) spesso evita, prova avversione, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa)
- (g) spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es., giocattoli, compiti di scuola, matite, libri, o strumenti)
- (h) spesso è facilmente distratto da stimoli estranei
- (i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane

### b) **IPERATTIVITÀ**

E' l' irrequietezza fatta persona: i soggetti sembrano "come mossi da un motorino", non riescono a star fermi neppure da seduti. Sembrano in preda ad un moto perpetuo senza scopo, come se dovessero scaricare una "sensazione soggettiva di tensione" (sensazione "interna" che diventa spesso prevalente in adolescenza o nell' età adulta, allorché l' iperattività motoria si riduce). Lo stereotipo americano per indicare questi soggetti è "Dennis the Menace" (Dennis la Minaccia: l' equivalente dei nostri "Pierino la Peste" o "Giamburascas"). Questi i tratti più caratteristici:

- (a) spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia**
- (b) spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto**
- (c) spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza)**
- (d) spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo**
- (e) è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato"**
- (f) spesso parla troppo**

### c) **IMPULSIVITÀ'**

E' l' incapacità a procrastinare nel tempo la risposta ad uno stimolo esterno o interno: rispondono senza riflettere, non sanno aspettare il proprio turno, non sanno valutare i rischi, con possibili conseguenze pericolose per sé e/o per altri. Spesso gli elementi di iperattività e impulsività coesistono:

- (g) spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate**
- (h) spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno**
- (i) spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., si intromette nelle conversazioni o nei giochi)**

Il Deficit di Attenzione è ritenuto l' elemento centrale della sindrome, al punto che vari studiosi, soprattutto in U.K., hanno proposto di disgiungerlo dagli altri due elementi (infatti parlano di "ADD": Attention Deficit Disorder); secondo altri studiosi, invece, la disattenzione e l' iperattività-impulsività vanno posti sullo stesso piano (AD/HD).

In ogni caso, i comportamenti su descritti fanno parte del "repertorio" della stragrande maggioranza di bambini per cui bisognerà, in primis, discriminare tra soglia di normalità e soglia di rilevanza clinica: anche nel caso dell' ADHD i comportamenti sembrano seguire un *continuum* che va dal normale al patologico (11) (13). Avranno quindi valore dirimente i seguenti criteri orientativi (12):

- ❑ Precocità di esordio: di solito prima dei 7 anni di età, ma secondo vari ricercatori la soglia andrebbe estesa a qualsiasi periodo dell' infanzia
- ❑ Persistenza dei sintomi: almeno 6 mesi

- ❑ Pervasività: i sintomi sono presenti in diversi ambienti (casa, scuola , società)
- ❑ Intensità
- ❑ Finalizzazione di iperattività-impulsività
- ❑ Interferenza funzionale con i contesti di vita quotidiana

In sostanza, nei soggetti ADHD, questi comportamenti sono “la norma”, non l’ eccezione, come nei soggetti “normali”.

Recenti ricerche mostrano che questi soggetti, soprattutto i “disattenti”, tendono a sviluppare più facilmente dei loro coetanei dei ritardi sul piano evolutivo e ad assumere comportamenti immaturi rispetto alla loro età (14). Al contrario, gli “iperattivi”, tendono a bruciare enormi quantità di energia e di conseguenza a raggiungere rapidamente alti livelli di “stanchezza” e di noia, per cui hanno bisogno di stimoli continuamente nuovi e sempre diversi (5).

Questo genere di comportamenti tende ad avere ripercussioni negative sul rendimento scolastico, professionale, come pure in casa e/o in società: i soggetti colpiti tendono a sperimentare allora una serie di fallimenti (scolastici, accademici, intellettuali), disagi in famiglia con comportamenti dirompenti, depressione, emarginazione sociale, comportamenti delinquenti, tossicodipendenza, perdita del lavoro e fallimenti professionali. Ciò determina conseguenze preoccupanti a lungo termine tra cui un forte calo dell’ autostima e isolamento con “tendenza all’ evitamento sociale” (91).

Esperienze del genere si manifestano, di solito, se la sindrome non viene riconosciuta per tempo; ad esempio, nel periodo adolescenziale, allorché le richieste intellettuali da parte del sistema scolastico e quelle organizzative da parte del contesto sociale si fanno molto più pressanti. In quello stesso periodo, poi, l’ adolescente si trova ad affrontare, in breve tempo, una serie di altre “sfide”: la scoperta della propria identità, del sesso, la conquista della propria indipendenza, il confronto-competizione coi coetanei, l’ esposizione a droghe ed altre sostanze illecite, etc.: evidentemente stimoli e pressione ambientale concorrebbero a “slatentizzare” la sindrome.

Ciononostante, numerosi soggetti con ADHD possono imparare a gestire i propri comportamenti ed a condurre finanche una vita di successo, in maniera del tutto “ignara”, ovvero senza mai essere stati sottoposti a diagnosi e/o a trattamento alcuno (h, i, j, k).

Thomas Brown, dell’ Università di Yale, ha evidenziato che molti dei sintomi di disattenzione, classificati come ADHD, altro non sarebbero se non squilibri della cosiddetta “funzione di coordinamento” (*executive function*), evidentemente carente in questi soggetti. Questa funzione giocherebbe un ruolo cruciale nel successo accademico e professionale (15): Brown e Dandy (16) la paragonano ad un “direttore d’ orchestra” in quanto ad essa fanno capo una serie di funzioni cerebrali superiori che attivano, integrano e gestiscono altre funzioni cerebrali. Le componenti di questa funzione, che regola il comportamento a scuola e sul lavoro, sono infatti:

- Il lavoro di memorizzazione e di “richiamo mnemonico”
- L’ attivazione, l’ eccitazione ed il mantenimento dell’ attenzione
- Il controllo emozionale
- Il “linguaggio interiore”
- La capacità di risolvere problemi complessi, di pianificare il futuro, di mantenere e modificare strategia in funzione di obiettivi a lungo termine

## Diagnosi

Porre diagnosi “corretta” di ADHD è un’ operazione complessa.

- ❑ In primis perché a tutt’ oggi, nonostante l’ enorme profusione di studi e risorse, NON ESISTONO TESTS DIAGNOSTICI di alcun tipo (biologico, genetico, radiologico).
- ❑ In secundis, perché la diagnosi, per forza di cose, non potrà che essere SOGGETTIVA. Infatti non potrà basarsi su segni e sintomi “oggettivi”, dal momento che l’ADHD non si presenta come un’ entità biologica ben definita, bensì come un semplice insieme di aspetti comportamentali “disfunzionali”: infatti non si parla di “malattia” bensì di “sindrome”...
- ❑ In tertiis, bisognerà differenziare la sindrome da altre condizioni in grado di “mimarla”

- Infine, sarà importantissimo riconoscere eventuali psicopatologie associate (comorbidità: vedi oltre)

Inoltre, la diagnosi richiede necessariamente la collaborazione attiva di una serie di figure: da un lato, i genitori ed il corpo docente. Dall' altro gli specialisti (psicologi clinici, psicologi scolastici, assistenti sociali, infermieri specializzati, neurologi, psichiatri, medici di base) ai quali, in ultima analisi, spetta la **RESPONSABILITA' DELLA DIAGNOSI**.

Al fine di favorire il processo diagnostico, l' American Psychiatric Association (APA), ha stabilito un percorso in 6 tappe, come enunciato nel DSM-IV (1997) (6) (89):

- Intervista ai genitori (presentazione del problema, anamnesi familiare, storia naturale ed evoluzione del problema)
- Intervista al bambino (comportamento a casa, a scuola, in pubblico)
- Scale Comportamentali a punteggio (descrizione e valutazione del rendimento scolastico)
- Intervista agli Insegnanti (voti, compiti in classe, interrogazioni, comportamento, etc.)
- Tests di valutazione intellettiva (Q.I.) e Screening di eventuale "disabilità cognitiva"
- Esame fisico e/o neurologico completi

Fondamentale il riconoscimento quanto più precoce possibile dei "sintomi" di disattenzione-iperattività-impulsività esposti poco sopra. A tale scopo l' APA (American Psychiatric Association) ha messo a punto una serie di "Criteri Diagnostici Formali", enunciati nel DSM-IV (6) che ogni professionista è chiamato a rispettare. Questi Criteri sono infatti ritenuti imprescindibili per una diagnosi corretta:

**A.1) sei (o più) dei succitati sintomi di disattenzione persistono da almeno 6 mesi con una intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:**

**A.2) sei (o più) dei succitati sintomi di iperattività-impulsività persistono da almeno 6 mesi con una intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:**

**B. Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età.**

**C. Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (per es., a scuola (o al lavoro) e a casa).**

**D. Deve esservi una evidente compromissione, clinicamente significativa, del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.**

**E. 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*).**

Secondo il tipo di sintomi riscontrati, sarà possibile inquadrare il soggetto in uno dei 3 sottogruppi attualmente riconosciuti nell' ambito dell' ADHD:

- ADHD/HD-I: Tipo con Disattenzione Predominante: se il Criterio A1 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il Criterio A2
- ADHD/HC: Tipo Combinato: se entrambi i Criteri A1 e A2 sono risultati soddisfatti negli ultimi 6 mesi
- ADHD/HI: Tipo con Iperattività-Impulsività Predominanti: se il Criterio A2 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il Criterio A1

Tra gli strumenti di valutazione di comune impiego, un posto centrale spetta alle Scale Comportamentali a punteggio ed ai Questionari. I più adoperati sono senz'altro quelli di Conners, di cui esiste una versione per i genitori (Conners Parent Rating Scale: CPRS), una per gli insegnanti (Conners Teacher Rating Scale: CTRS) ed una per il soggetto stesso (Conners-Wells Self Report Scale: CASS): subito sotto vediamo un tipico schema adottato nelle Scuole Americane (20)

<b>El Camino Pediatrics: ADHD Rating Scale-IV -- School Version</b>		never or rarely	sometimes	often	very often
1.	Fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork.	0	1	2	3
2.	Fidgets with hands or feet or squirms in seat.	0	1	2	3
3.	Has difficulty sustaining attention in tasks or play activities.	0	1	2	3
4.	Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected.	0	1	2	3
5.	Does not seem to listen when spoken to directly.	0	1	2	3
6.	Runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate.	0	1	2	3
7.	Does not follow through on instructions and fails to finish work.	0	1	2	3
8.	Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly.	0	1	2	3
9.	Has difficulty organizing tasks and activities.	0	1	2	3
10.	Is "on the go" or acts as if "driven by a motor."	0	1	2	3
11.	Avoids tasks (e.g., schoolwork, homework) that require sustained mental effort.	0	1	2	3
12.	Talks excessively	0	1	2	3
13.	Loses things necessary for tasks or activities.	0	1	2	3
14.	Blurts out answers before questions have been completed.	0	1	2	3
15.	Is easily distracted.	0	1	2	3
16.	Has difficulty awaiting turn.	0	1	2	3
17.	Is forgetful in daily activities.	0	1	2	3
18.	Interrupts or intrudes on others.	0	1	2	3

Child's Age \_\_\_\_\_ Sex: M F Grade \_\_\_\_\_ Child's Race \_\_\_\_\_

Scale e Questionari seguono i Criteri Diagnostici del DSM-IV: ad ogni voce (item) corrisponde un punteggio diverso secondo la sua rappresentazione temporale (“mai”, “alcune volte”, “spesso”, “molto spesso”). Sono il frutto di oltre 30 anni di ricerche e studi del Dr. Keith Conners e valutano i disturbi

comportamentali del bambino e dell' adolescente, la presenza o meno di ADHD (vedi schema sotto riportato) come pure eventuali comorbidità (vedi oltre).

Anche secondo l' American Academy of Paediatrics Clinical Practice Guidelines for Children with ADHD (21), una diagnosi affidabile deve fondarsi su:

- Criteri diagnostici formali del DSM-IV
- Informazioni attendibili sui sintomi del bambino in almeno un contesto (Scuola)
- Ricerca di Comorbidità

Da quando, nel 1973, l' ADHD è stata riconosciuta come "disabilità" (Rehabilitation Act), soggiace alle leggi vigenti in tema di istruzione. La scuola ha quindi la responsabilità legale di organizzare servizi educativi speciali ed appositi protocolli per la valutazione del rendimento scolastico (89).

Riepilogando: la diagnosi di ADHD è complicata dal fatto che, come ribadito dal DSM-IV (6) e dagli NIH (11), "... non vi sono tests diagnostici indipendenti e validi per l' ADHD..." e che "... la diagnosi deve fondarsi su metodi di interviste diagnostiche ben condotte".

### **Comorbidità** (12) (89) (90) (91)

Una volta posta diagnosi di ADHD, bisogna discriminare se determinati sintomi appartengono all' ADHD, ad altri disturbi o se sono condivisi. Quasi i 2/3 dei bambini affetti da ADHD presentano almeno una condizione psicopatologica associata (17). Sindromi depressive, disturbi dell' apprendimento, disturbi comportamentali, tossicodipendenze, disturbi del sonno sono molto più frequenti nei soggetti con ADHD/HD-I ( Tipo con Disattenzione Predominante) (18) (19). Inoltre i parenti stretti di bambini con ADHD tendono a presentare tanto l' ADHD quanto eventuali comorbidità con frequenza significativamente maggiore rispetto agli altri bambini (18).

E' anche possibile che le comorbidità siano "reattive" all' ADHD: la convivenza forzata con la sindrome può ingenerare sentimenti di frustrazione ed autosvalutazione nei soggetti colpiti ("è tutta colpa mia!") ed indurre uno stato di depressione cronica reattiva (89)

Tra le comorbidità più frequentemente associate all' ADHD, ritroviamo (6, 14, 15, 17, h ,j, k):

- Disturbi Oppositivo-Provocatoria (DOP): atteggiamento di sfida verso gli adulti, rifiuto delle regole, scatti d' ira, atteggiamenti di risentimento, vendetta, provocazione (40 % dei casi)
- Disturbi della Condotta (DC): aggressività verso umani ed animali, distruzione di proprietà, furti, condotta antisociale, delinquenza, tossicodipendenza, difficoltà dell' apprendimento (25% bambini; 50% adolescenti; 25% adulti)
- Disturbi dell' Umore
- Depressione maggiore, Distimia reattiva: esclusione dai giochi, dalle amicizie, feste, etc. (10-30% bambini; 47% adulti)
- Disturbo Bipolare: soggetti maniacali o deliranti (parlano con Dio, si sentono celebrità, spendono e spandono, sono immotivatamente allegri, sentono voci, etc.)
- Disturbi d' Ansia generalizzata
- Disturbi Ossessivo-Compulsivi (tics e sindrome di Tourette): il 7% dei soggetti ADHD ha anche la s. di Tourette ma quasi il 60% di chi ha la Tourette soffre anche di ADHD
- Disturbi dell' Apprendimento (lettura, scrittura, calcolo)

### **Eziopatogenesi**

A tutt' oggi non si conoscono le cause esatte dell' ADHD. Nelle conclusioni del “ Consensus Statement” degli NIH (11) si afferma testualmente: **“Dopo anni di ricerche, le nostre conoscenze sulle possibili cause dell' ADHD sono ancora a livello speculativo. Di conseguenza non abbiamo alcuna strategia per la prevenzione”**. In

compenso, esistono una serie di teorie che postulano, dandola assiomaticamente per certa, l' origine genetica e neurobiologica dell' affezione: da queste malformazioni, su base organica, deriveranno una serie di squilibri a livello neurotrasmettitoriale, biochimico, emodinamico: le evidenze scientifiche si baserebbero infatti proprio su questi reperti.

Grazie a tecniche di neuroimaging dinamico (SPECT), è stato possibile riscontrare:

- una ipoperfusione a livello dei lobi frontali e della corteccia motoria pre-centrale, aree ritenute responsabili dei principali sintomi di ADHD (controllo emozionale, motricità, attenzione ed elaborazione intellettuale) (23)
- deficit in dopamina da aumentato re-uptake a livello dello striato, responsabile della capacità di programmazione a distanza (24)

Courvoisier et al. hanno riscontrato, alla Risonanza Magnetica, “...un contenuto in Glutammato (neuroeccitatore cerebrale) pari a 2.5 volte i livelli normali e, viceversa, un contenuto in GABA (neuroinibitore) significativamente inferiore. La combinazione spiegherebbe l' impulsività dei bambini con ADHD” (22)

Zametkin ha evidenziato, alla PET-Scan, una riduzione del metabolismo del glucosio a livello dei lobi frontali e parietali, ad indicare che la corteccia pre-frontale, che governa l' attenzione uditiva, è meno attiva nell' ADHD (25): l' azione del Ritalin si spiegherebbe, quindi, in termini di ri-perfusione e ri-attivazione delle suddette aree cerebrali che, nell' ADHD, risulterebbero alquanto depresse. Sul suo studio torneremo in seguito (per mostrare che si è trattato di un “falso”).

In uno studio degli NIH, durato 10 anni, è stato riscontrato che il cervello di bambini ed adolescenti con ADHD è del 3-4% più piccolo rispetto a quello di bambini senza ADHD e che “di questa malformazione non va data la responsabilità al trattamento farmacologico” (26)

Studi di genetica molecolare hanno mostrato un legame tra ADHD, gene trasportatore per la Dopamina ed il gene DR-D4 per il recettore della Dopamina stessa (27).

Studi di genetica familiare nel Massachusetts hanno evidenziato che il 10-35% dei familiari “stretti” di bambini con ADHD hanno maggiori probabilità di manifestare la sindrome (28) (29).

## **Fattori ambientali**

Anche se il peso maggiore spetterebbe ai fattori organici di tipo neurobiologico e genetico, si ammette tuttavia da parte degli studiosi un piccolo ruolo dei fattori ambientali, ma solo come “cofattori” o “concause”:

Tra i principali “indiziati” vengono annoverati i seguenti:

- Insulti Pre-Natali (tabacco, alcool, droghe, traumatismi, iperglicemia, dieta ricca in carboidrati.): verosimilmente indurrebbero ipossia a livello feto-placentare
- Basso peso alla nascita
- Insulti Peri-natali
- Esposizione ad agenti tossici (Pb, cocaina, nicotina,etc.) ed eventuali deficit nutrizionali (deficit di Calcio, Ferro, Magnesio, Iodio, etc.)
- Malnutrizione (correlata a disabilità cognitive)
- Alterato metabolismo Zinco-Rame (correlato con la dislessia)

I fattori “psico-sociali”, secondo gli studiosi, non giocherebbero un ruolo primario, benché sia possibile che influenze ambientali negative condizionino in senso peggiorativo il decorso della sindrome, senza tuttavia mai determinarne l' insorgenza.

Particolarmente indagato è stato il ruolo della cocaina in gravidanza: studiosi di varie Università americane (Cornell, Kentucky, Yale, Harvard) nonché della “Addiction Research Foundation” hanno trovato una stretta correlazione tra il consumo di cocaina in gravidanza e l' insorgenza di ADHD, così

come la tossicofilia è 3 volte più frequente negli adulti con ADHD rispetto al resto della popolazione (89).

## **Trattamento**

Data la base organica della sindrome, il trattamento non potrà che privilegiare la cura farmacologica. I trattamenti “psico-sociali” sono ritenuti secondari.

Esaminiamo ora, per sommi capi, i principali presidi:

- Trattamenti Farmacologici di 1° scelta:
  - Metilfenidato (Ritalin®)
  - Amfetamine (destroamfetamina, metamfetamina)
  - Bupropione
  - Atomoxetina
  
- Trattamenti Farmacologici di 2° scelta:
  - Antidepressivi Triciclici (Clomipramina, Amitriptilina, Doxepina)
  
  - Benzfetamina
  - Modafinil
  - Pemolina
  - Clonidina
  
- Trattamenti Psico-sociali:
  - Aiuto Familiare (Counseling)
  - Terapia Comportamentale
  - Programmi di Sostegno Scolastico
  - Psicoterapia
  - Rieducazione Ortofona e Psicomotoria

Dal 1999 si cerca di “integrare” i diversi approcci (“trattamento Multimodale”), sulla base dei risultati emersi dal più grosso studio multicentrico finora condotto (17):

- A parità di trattamento, quello farmacologico, da solo, ha dato risultati migliori rispetto ai trattamenti psico-sociali, da soli
- La combinazione del trattamento farmacologico e delle terapie psico-sociali ha dato un lieve beneficio rispetto al solo trattamento farmacologico

Vanno comunque citate una serie di terapie “complementari” che stanno riscuotendo interesse e successi crescenti. Tra queste:

- Terapie Nutrizionali e Dietetiche
- EEG Biofeedback e Stimolazione Cerebellare
- Fitoterapia
- Fiori di Bach
- Omeopatia

## **Metilfenidato (Ritalin®)** (88)

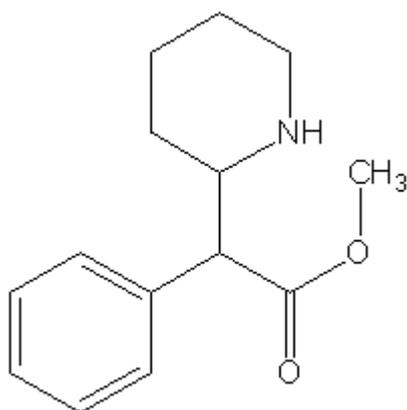
Analogo delle Amfetamine, è ritenuto il farmaco di prima scelta nella terapia dell' ADHD del bambino e dell' adulto. Si usa anche per trattare i sintomi di traumatismi cranici, astenia diurna da narcolessia, Sindrome da Affaticamento Cronico (CFS).

Si ritiene che agisca:

- inibendo il reuptake della Dopamina, aumentandone i livelli intracerebrali ed inibendo parzialmente i recettori che lo rimuovono dalle sinapsi.
- Incrementando la perfusione dei lobi frontali e dei nuclei basali (zone ricche in fibre dopaminergiche) e quindi ripristinando l' attività di queste aree cerebrali (27)

E' ritenuto uno "psicostimolante", ha effetto "calmante" sull' iperattività e riduce il comportamento "impulsivo".

Gli USA, la cui popolazione è pari al 5% della popolazione mondiale, da soli assorbono oltre il 90% del consumo mondiale di Ritalin che viene prescritto, per oltre il 75%, a bambini, perlopiù di sesso maschile. Fino al 2003, negli USA, era classificato tra gli "stupefacenti"; da allora è stato "derubricato" a semplice psicofarmaco, proprio per curare i bambini con ADHD, dietro prescrizione neuropsichiatrica. Dal 2005 può essere prescritto "anche" dai pediatri.



Metilfenidato

(Metil-a-fenil-2- piperidinacetato)

A dispetto delle statistiche che parlano di un' incidenza dell' ADHD attorno al 3-7% (6, 11, 17, a, h, i, j,k), si è registrata negli USA, a partire dagli anni 90', un' autentica esplosione nella prescrizione di questo farmaco. Nel giro di soli 6 anni (1990-96) le diagnosi e le relative prescrizioni sono aumentate del 600% per cui attualmente si contano all' incirca 11 milioni di bambini amfetaminizzati cronici, solo negli USA (1) (2) (3) (5). In alcune zone degli USA, addirittura, il 12% dei bambini tra i 6 ed i 12 anni è sotto Ritalin (32) mentre in alcune scuole lo è il 50% degli alunni maschi (33).

Per il suo effetto "cocaino-simile", è sfruttato dagli adolescenti americani che lo assumono per via nasale dopo aver frantumato le compresse. Alcuni studenti lo assumono per incrementare le prestazioni prima di esami e lavori particolari (31). La maggiore facilità di reperimento ha dunque portato alla creazione di un mercato illegale oramai del tutto fuori controllo.

Non è del tutto chiaro se l' uso compulsivo del metilfenidato predisponga all' abuso di altre sostanze (34), anche se gli NIH contemplano tale possibilità (11). Non disponiamo inoltre di studi retrospettivi prima degli anni 90' per valutare eventuali effetti a lungo termine, benché tutto lasci pensare ad un possibile rischio a carico del sistema dopaminergico (35). Alcuni studi hanno mostrato un rallentamento della crescita (36) che, però, tenderebbe a risolversi durante l' adolescenza (37) (38).

Nel febbraio 2005, un team di ricercatori dell'Università del Texas ha affermato che uno studio condotto su 12 bambini mostrerebbe un rischio cancerogeno associato al metilfenidato. Nello studio ai 12 bambini è stata somministrata la dose standard. Dopo 3 mesi i bambini mostravano aberrazioni cromosomiche farmaco-indotte. I ricercatori hanno affermato che saranno necessari studi ulteriori, data la ristrettezza del campione coinvolto (39).

Per quanto riguarda l'Italia, alla luce delle polemiche e dei possibili rischi, il Metilfenidato non è ancora in commercio e, da aprile 2006, è stato incluso dal Ministero della Sanità tra le “sostanze stupefacenti”. Tuttavia l'Istituto Superiore di Sanità ha predisposto la sua prescrizione da parte di Centri accreditati nell'ambito di un Piano Terapeutico Semestrale: tutto viene annotato in un apposito Registro. E' di solito il Neuropsichiatria infantile ad autorizzare la prescrizione del farmaco, dopo aver consultato i genitori e tutte le figure professionali preposte allo scopo (81).

## ADHD: la “versione negata” (o più semplicemente “contestata”)

Finora abbiamo presentato l' ADHD nella sua versione “ufficiale” ed “edulcorata”. Esiste, tuttavia, una gran quantità di dati, timori e sospetti che ne offusca pesantemente l' immagine, fino a metterne in dubbio l' esistenza stessa: come malattia, come diagnosi, etc. Lo stesso Documento di Consenso emanato dagli NIH, se letto con attenzione, è la prova evidente del “braccio di ferro” che si è venuto a creare tra sostenitori ed avversari della cosiddetta “psichiatria biologica o organicista”: è stata infatti questa corrente ad aver dettato (in tutti i sensi) le linee guida per l' ADHD, supportata in questo non solo dalle lobbies farmaceutiche ma anche dalle Associazioni di pazienti (come la potentissima CHADD: CHildren and adults with Attention Deficit Disorder), vera “longa manus” nonché indispensabile strumento per la conquista del “consenso sociale” da parte delle Aziende stesse...

Sarà nostra cura riepilogare le principali obiezioni in materia.

### □ ADHD come “Malattia”

Secondo gli “organicisti” l' ADHD va riconosciuta come affezione di natura “organica, su base genetica e neurobiologica”: pertanto la soluzione non può che essere farmacologica, a scapito di altri interventi.

Sembra di essere tornati alle vecchie diatribe otto-novecentesche sulla natura ereditaria o socio-culturale della “malattia mentale”, oppure alle polemiche sulla natura “necessariamente” psicopatologica dell' omosessualità o sulla presunta inferiorità “genetica” di neri, ebrei, immigrati, meridionali (per noi che siamo in Italia...), etc.: la Psichiatria biologica, come strumento di “normalizzazione”, di discriminazione e di “controllo sociale” ha un bisogno vitale di trovare reperti “oggettivi” che ne sanciscano le scelte, “nell' interesse supremo dell' Umanità”. Senza cioè “la pistola fumante”, tutta la macchinazione viene a cadere. Per questo motivo si esaltano i fattori genetici e si minimizza il peso dei fattori socio-ambientali, si circoscrive l' eventuale disturbo o “devianza” a determinati gruppi per poterli meglio isolare e perseguire e si investono immani risorse semplicemente per giustificare una condotta che si commenta da sé.

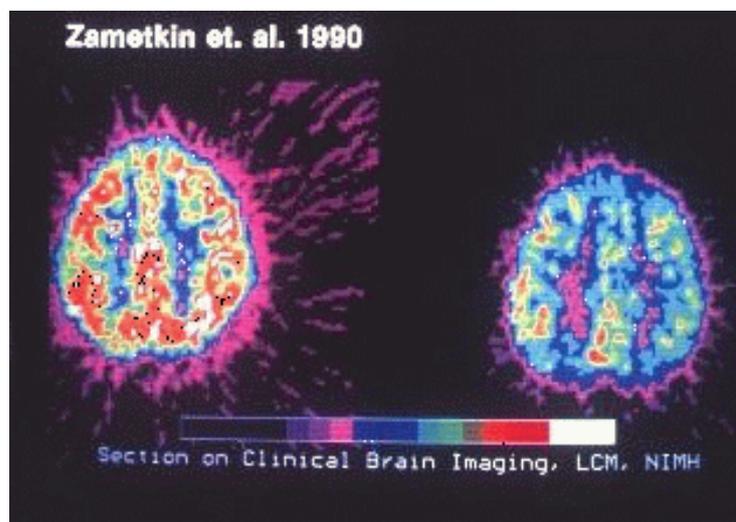
La stessa strategia sembra essere stata adottata anche nel caso dell' ADHD. Con una piccola differenza: nonostante la profusione di mezzi, in questo caso non è stata trovata finora alcuna prova inconfutabile a sostegno di tali tesi (1) (88). Nel “Consensus Statement” degli NIH si lamenta infatti la carenza di evidenze scientifiche e si auspica l' adozione di misure adeguate in tema di criteri diagnostici, ricerche, studi genetici ed epidemiologici (11).

Fred Baughmann, neurologo infantile ed autorevole esponente dell' American Academy of Neurology, contesta da sempre l' ADHD come malattia: « *La "psichiatria biologica" in quarant'anni non ha mai confermato l'esistenza di anomalie, "squilibri chimici" o disturbi "neurologici", "biologici" o "genetici" in una sola delle sue diagnosi o delle condizioni di cui afferma l'esistenza* » (88).

In effetti al giorno d' oggi nessuno psichiatra parla dell' ADHD come “malattia” (entità biologica ben definita) bensì come “sindrome”, ovvero un insieme di tratti comportamentali “disfunzionali”. E' la stessa “storia” dell' ADHD a confermarlo. Fino alla fine degli anni 60' si continuava a classificarla come “*Minimal Brain Damage*”; non avendo trovato nulla di organico, si cominciò allora a parlare di “*Minimal Brain Dysfunction*”. Dopo altri 30 anni di ricerche sostanzialmente infruttuose, si è optato per l' attuale denominazione “*per non avere più alcun riferimento esplicito a un danno o a una disfunzione cerebrale, eppure l'assunzione implicita del danno resta nella mente di chi usa il nuovo termine. ...*” (13)

## □ ADHD come “Malattia Cerebrale Organica”

Pur non avendo ancora riscontrato evidenze oggettivamente chiare, la letteratura scientifica dà per scontato che l' ADHD nasca da uno squilibrio a livello cerebrale (11). Le “evidenze” esposte nel paragrafo precedente sono ritenute, da numerosi studiosi, del tutto insufficienti se non proprio errate, come nel caso del già citato lavoro di Zametkin (25).



Le immagini alla PET-SCAN (di cui sopra) “avrebbero dovuto” comparare le differenze, in termini di attività, delle aree cerebrali di un soggetto senza ADHD (a sinistra) e di un soggetto con ADHD (a destra) mentre stavano compiendo un dato movimento. Si è poi visto che entrambe le figure appartenevano a soggetti con ADHD, uno solo dei quali stava eseguendo un certo movimento. Un “errore di campionamento” del genere, che avrebbe stroncato la carriera di chiunque, è invece “passato sotto silenzio” e non ha comunque impedito ai fautori della “psichiatria biologica” di assumere tale reperto come “evidenza” (25) (h, i, j, k): infatti è citato in tutti gli studi e siti ufficiali che parlano di “Evidence Based ADHD”...

Benché alcuni recenti studi invochino un ruolo chiave per la fibre dopaminergiche dei lobi frontali e dei nuclei basali (40), esistono tuttavia numerose evidenze in contrasto con la supposta base neurobiologica:

- danni cerebrali certi non necessariamente comportano segni di ADHD (41, 42)
- fattori tossici per il cervello (v.: fattori ambientali) possono portare a iperattività e disattenzione (43), contrariamente a quanto sostenuto dagli studi “ufficiali”
- le supposte differenze neurologiche riscontrate nei bambini con ADHD non sono specifiche perché non contemplano fattori importanti (incompetenze scolastiche, sociali, differenze temperamental, etc.) (13). D'altronde è normale registrare differenti funzioni cerebrali in bambini sani con normali variazioni temperamental: quelli “normointegrati” nell' ambiente mostrano maggiore attivazione frontale sinistra, quelli con “tendenza all' evitamento sociale” una maggiore attivazione frontale destra (44)
- la supposta “ereditarietà” della sindrome non è di per sé suggestiva di anomalia cerebrale: come sostiene W. Carey «I comportamenti ADHD variano geneticamente secondo un continuum nella popolazione generale piuttosto che come un disturbo con variazioni discontinue (42). D'altra parte, forti sono anche le evidenze sul forte contributo genetico alle variazioni temperamental (46), e alle strategie di soluzione dei problemi (44), che ci siano o no difficoltà sociali e scolastiche» (13).
- gli studi sui gemelli mono- e di zigoti sono viziati dalla considerazione che l' ambiente in cui crescono i bambini sia “sempre uguale per tutti”. Sappiamo che questo è virtualmente impossibile. Inoltre la

sintesi delle proteine non soggiace solamente al controllo dei geni responsabili ma risente in modo significativo di fattori socio-ambientali (stress, carenza di sensibilità parentale, traumi affettivi, etc.) (2) - l' apprendimento non è determinato solo "geneticamente" ma avviene anche "per imitazione" e "per condizionamento", dunque su base ambientale, come ha ampiamente dimostrato la dottrina comportamentista (2).

Un recente studio dell' American Academy of Pediatrics su un campione di 2000 bambini ha svelato il ruolo determinante della TV, delle Playstation e di tutti quegli strumenti che, in genere, "sparano" immagini ad una velocità tale da compromettere lo sviluppo di determinati circuiti neuronali: ciò altererebbe la "percezione del senso di realtà" nel bambino, con grave pregiudizio per il suo stato evolutivo (66). Il danno si manifesterebbe, guarda un po'!, proprio attorno ai 7 anni, allorché di solito comincia a manifestarsi l' ADHD e sarebbe in relazione sia alla precoce età di esposizione alle immagini televisive che al numero di ore di esposizione. Uno studio più recente sembrerebbe, tuttavia, smentire tali risultati (67).

Nonostante la carenza di evidenze certe e la lacunosità di quelle esibite come tali, persiste il pregiudizio della base neurobiologica. Non dimentichiamo che negli USA vi sono ragioni sociali molto "convincenti" che inducono genitori, educatori e medici a ritenere che l' ADHD vada attribuita tout court ad un deficit neurologico: come hanno ben evidenziato Diller e Reid:

- per i genitori c'è il sollievo dai sensi di colpa e l' evitamento delle responsabilità educative
- per la scuola la difficoltà di attuare un sistema flessibile e adattativo
- per la medicina il bisogno di difendere il proprio ruolo (48, 49).

Inoltre le società anglo-sassoni si sono da sempre poste il problema di conciliare "consenso" e "controllo sociale": il bambino non è educato ad esprimersi liberamente, deve "imparare a controllarsi". E se crea difficoltà, allora va assolutamente "normalizzato", anche semplicemente attraverso un' "etichetta" che lo individui e lo discrimini. Sarà forse un caso se si è cominciato a sperimentare il Ritalin in piena era "maccartista"?

#### □ ADHD come "diagnosi soggettiva e limitata"

Si è già detto che "non esistono tests diagnostici indipendenti validi per l' ADHD". In un ulteriore documento dell' American Academy of Pediatrics si ribadisce: «... *la diagnosi di ADHD resta legata a criteri diagnostici limitati. La diagnosi dipende dall' osservazione del comportamento dei bambini da parte di fonti diverse, spesso discordanti tra loro... Una delle discrepanze nasce dal fatto che i comportamenti sono influenzati dall' ambiente... La classe scolastica potrebbe dare adito a comportamenti diversi da quanto osservato a casa. Inoltre i rapporti delle osservazioni sono soggettivi e privi di specifiche competenze. E poi i criteri di osservazione sono sempre gli stessi, indipendentemente da età e stato di sviluppo, mentre il comportamento dei bambini dipende anche dal loro stato di crescita*» (2, 50, 51).

La diagnosi secondo i criteri del DSM quindi non tiene affatto conto né dell' ambiente (famiglia, scuola, etc.) né tantomeno delle figure preposte a prendersi cura del bambino. Questi fattori, declassati dagli "esperti" a semplici concause, giocano invece un ruolo fondamentale sia sul piano dell' apprendimento che su quello del comportamento (88). In un' editoriale di Clinical Psychology del 2004 si legge: " *Non basta formulare una diagnosi ed un trattamento farmacologico. La nostra esperienza clinica conferma, senza eccezione, che i medesimi comportamenti catalogati come ADHD si osservano nei bambini che si trovano inseriti in un contesto di violenza, abuso, relazioni parentali squilibrate, trauma affettivo*" (2).

Contrariamente a quanto si crede, i bambini con ADHD sono in grado di prestare attenzione e di mantenerla, ma solo per compiti che riescono loro "graditi". Probabilmente i loro problemi di apprendimento dipendono non tanto da incapacità quanto da "disinteresse". Si parla allora di "carenza di attenzione in un contesto di scarsa motivazione", di "ansia da apprendimento" ovvero di

“comportamenti iperattivi in un contesto familiare con gravi psicopatologie” (2): è la conferma del ruolo svolto dai fattori ambientali e familiari. Vedremo più avanti come i soggetti con ADHD siano addirittura in grado di “iperfocalizzare” la loro attenzione, sia pure su argomenti estremamente settoriali, e come l’ “ipereccitabilità” tipica di questi soggetti sia addirittura un indice di creatività, mentre per il DSM è solo un sintomo di Disattenzione...

Da talune parti si ritiene che i tratti comportamentali di tipo ADHD siano la “naturale” risposta del bambino allorquando si trova “bloccato” in una situazione in cui non si sente affatto coinvolto (88). Il ruolo genitoriale e lo stile educativo sono dunque fondamentali nell’ orientamento generale del bambino: se non gli si insegna adeguatamente a comportarsi in un certo modo, a rispettare le regole, a stare al suo posto, etc., quel bambino tenderà ad esibire un comportamento di tipo ADHD (53). La limitatezza e la soggettività della diagnosi emerge ulteriormente se si considerano i Criteri Diagnostici Formali del DSM-IV. Secondo Carey (13) non rispettano affatto i criteri psicometrici: sono troppo pochi ed estremamente “soggettivi”. Cosa vuol dire, riferendosi ad un dato comportamento, “spesso”, “mai”, “raramente”, “parla eccessivamente”? Quali le differenze tra “spesso” tra “molto”?

“Il questionario dà troppa importanza al compilatore: è lui che decide non solo se il comportamento c’ è o non c’ è, ma anche se esso è normale o eccessivo ... Questi questionari sono più una misura del disagio del genitore o dell’ insegnante piuttosto che della disabilità del bambino” (13).

Inoltre, Reid e Maag aggiungono: “Poiché le scale di valutazione pretendono di essere oggettive, i professionisti possono derivare dai loro punteggi la diagnosi certa di ADHD. Ma poiché la diagnosi con una scala può essere altrettanto accurata di un lancio della moneta a testa o croce, le scale non possono in alcun modo sostituire la valutazione informata del professionista” (74).

Facendo poi riferimento ai sintomi già descritti di Disattenzione-Iperattività-impulsività (v. paragrafo precedente), si nota come la diagnosi sia condizionata fortemente dal “numero di sintomi” riscontrati: 6 sintomi di disattenzione “autorizzano” a porre diagnosi di ADHD, mentre con 5 la diagnosi non si pone (13). E’ un metodo del tutto arbitrario, anche perché il “potere di diagnosi” passa attraverso gli specialisti, i genitori, gli insegnanti. Al contrario, ciò che rende clinicamente rilevanti i comportamenti disfunzionali del soggetto ADHD non è la loro numerosità bensì il “cattivo adattamento” e la “cattiva interazione” tra gli aspetti comportamentali del soggetto stesso e le aspettative (e le risposte) dell’ ambiente di vita (13).

Spesso la radice patogena non è nemmeno nell’ ambiente stesso ma nella *relazione* che si viene a creare tra esso ed il soggetto: un bambino pigro in una famiglia di sportivi, che si aspetta un figlio altrettanto sportivo, può essere un elemento *disonante* rispetto ai valori ed alle attese degli adulti. Al contrario, un bambino “difficile” può divenire *adeguato* a livello comportamentale se inserito in una famiglia ed in un ambiente sociale accoglienti e supportivi (55): in tal caso anche un bambino “con basso orientamento al compito” può riportare risultati scolastici soddisfacenti (56).

Un altro limite dei criteri del DSM-IV è il metodo di campionatura: si tratta infatti di popolazioni preselezionate. Woodward ha mostrato come la motivazione decisiva per l’ invio del bambino “a rischio” dallo specialista era “... la palese incapacità dei genitori di fronteggiare il comportamento del bambino, le sue difficoltà emozionali, ma anche lo stile educativo eccessivamente permissivo” (57). In sostanza: la formulazione diagnostica corrente di ADHD, che subordina la diagnosi a un certo numero di espressioni comportamentali, ignora il fatto che questi comportamenti sono tratti temperamentali fondamentalmente normali che possono comportare un disadattamento non tanto per il loro numero ma per il fatto che ognuno di questi può provocare una interazione disfunzionale tra il bambino e un ambiente con lui incompatibile (13).

Infine: benchè la comunità scientifica raccomandi di seguire rigorosamente i criteri DSM, pur con tutti i loro limiti, la gran parte dei professionisti sembra non sapersi o volersi adeguare, come dimostrano chiaramente due studi condotti su oltre 400 medici di base e pediatri del Nord Carolina (58, 59).

Un altro studio addirittura evidenziava un drammatico incremento nella prescrizione di psicofarmaci a bambini di appena due anni di età (60).

E se non parliamo di “malpractice” in questi casi, quando dovremmo farlo?

## □ ADHD come “diagnosi di convenienza”: cui prodest? (13,(88))

A chi serve veramente una diagnosi del genere? Molti genitori provano sollievo e gratitudine nell'apprendere che i problemi del proprio figlio non dipendono da loro ma dal bambino stesso, dalla sua “neurodiversità”. Anche la scuola ha tutto da guadagnare: innanzitutto perché autorizzata a ritenere che il bambino sia la fonte stessa dei suoi problemi. In secondo luogo, perché una diagnosi del genere è sinonimo di “fondi per le classi speciali” (h, 10).

Infine, la diagnosi di ADHD permette una maggiore facilità nella prescrizione di Ritalin (anche se, per questa via, molti adolescenti si procurano illegalmente il farmaco con la complicità dei loro compagni “malati”...).

Tuttavia, la diagnosi di ADHD, benché comoda, non è di alcun aiuto per insegnanti, educatori, medici perché non esplicita problemi e risorse di “quel” bambino.

Non è utile soprattutto per il bambino in quanto quella stessa diagnosi può rivelarsi un “marchio di infamia” nella sua vita futura (servizio militare, patente, lavoro, relazioni, etc.).

Non è utile, infine, per gli studiosi perché la diagnosi di ADHD coinvolge gruppi talmente eterogenei tra loro da non poter studiare adeguatamente il fenomeno e da non poter seguire nel tempo le diverse storie naturali. In queste condizioni, infatti, il confronto tra esperti diventa pressoché impossibile (58).

## □ ADHD come “target” farmacologico

E' interessante osservare che, anche in questo caso, è nata prima la cura della sindrome. Sembra quasi che la sindrome sia stata “confezionata” ad hoc per giustificare l'impiego di una certa classe di farmaci.

“Creare la malattia per trasformarla in consumo”: sembra questa l'ultima trovata del marketing farmaceutico. Eppure diversi operatori pubblici invocano il “criterio ex juvantibus” per giustificare l'impiego del Metilfenidato: il miglioramento dell'attenzione, del controllo motorio ed emozionale sarebbe perciò una valida ragione per continuare il trattamento. La verità è ben diversa: tutti gli stimolanti cerebrali, compresa la caffeina, ottengono il risultato di migliorare le prestazioni specie cognitive in tutti i soggetti, compresi i bambini cosiddetti normali (62, 63, 64). Pertanto la grande diffusione del Ritalin come prova ex juvantibus è del tutto irrazionale (48). Inoltre, benché certamente il metilfenidato abbia dimostrato la sua efficacia in molti casi, tuttavia i suoi effetti, se confrontati con un intervento psicologico ben condotto, sono del tutto sovrastimati (65).

In un documento del dicembre 1999, il NIMH (National Institute of Mental Health) afferma testualmente: “*Gli psicostimolanti sopprimono i sintomi ma non curano il disordine e, come risultato, molti bambini vengono spesso trattati con stimolanti per anni...*” (68).

Va inoltre smentita la leggenda secondo cui il Ritalin migliorerebbe le prestazioni scolastiche: il bambino sotto Ritalin risulta senz'altro più “sedato”, più “gestibile a livello sociale ma il suo apprendimento è tutt'altra cosa rispetto al “prestare attenzione”.

E' quanto si legge chiaramente anche nel Documento degli NIH (13): se da un lato si riconosce l'efficacia clinico-statistica del Ritalin, dall'altro si lamenta il fatto che gli studi fino allora condotti erano tutti studi a breve termine (3 mesi): dunque, incapaci di rivelare efficacia e tollerabilità nel medio-lungo periodo, in particolare gli effetti collaterali. Inoltre, nel Documento si riconosce l'efficacia del farmaco nel controllare semplicemente la “sintomatologia di base (core symptoms)” dell'ADHD, non certo la totalità dei comportamenti. Infine si sottolinea con preoccupazione che “... a dispetto del miglioramento dei sintomi di base, il rendimento scolastico e le prestazioni sociali mostrano solo lievi incrementi”. In ogni caso, l'effetto è tipicamente farmaco-dipendente: alla sospensione, tutto riprende come prima. E' quanto sostiene anche il Prof. Cesare Cornoldi, ordinario di Psicologia all'università di Padova: “... si possono avere effetti positivi sul controllo dei core symptoms dell'ADHD, per la durata della somministrazione. I disturbi dell'apprendimento, della condotta e la difficoltà di interazione sociale richiedono invece un altro tipo di intervento. In assenza di interventi di tipo psicologico e pedagogico-didattico, alla sospensione del farmaco si ripresenta la medesima sintomatologia” (69).

Un altro smacco per gli organicisti si è registrato nel 1993, con la revisione sistematica sull' efficacia del Ritalin che il Dipartimento dell' Educazione degli USA assegnò, guarda guarda!, proprio a James Swanson (noto "organicista"). Questi i risultati, alquanto deludenti (2, 3, 4):

- Nessun beneficio a lungo termine è stato verificato sperimentalmente
- I benefici a breve termine non vanno considerati una soluzione permanente ai sintomi cronici di ADHD
- Gli stimolanti possono migliorare l' apprendimento in alcuni casi ma danneggiarlo in altri
- Nella prassi le dosi prescritte possono essere troppo alte per l' effetto ottimale sull' apprendimento e la durata dell' effetto è troppo breve per agire sul risultato scolastico
- Non ci sono grandi effetti sulle abilità e processi mentali superiori. Genitori ed insegnanti non debbono aspettarsi significativi miglioramenti nello studio o in abilità atletiche, sociali, etc.

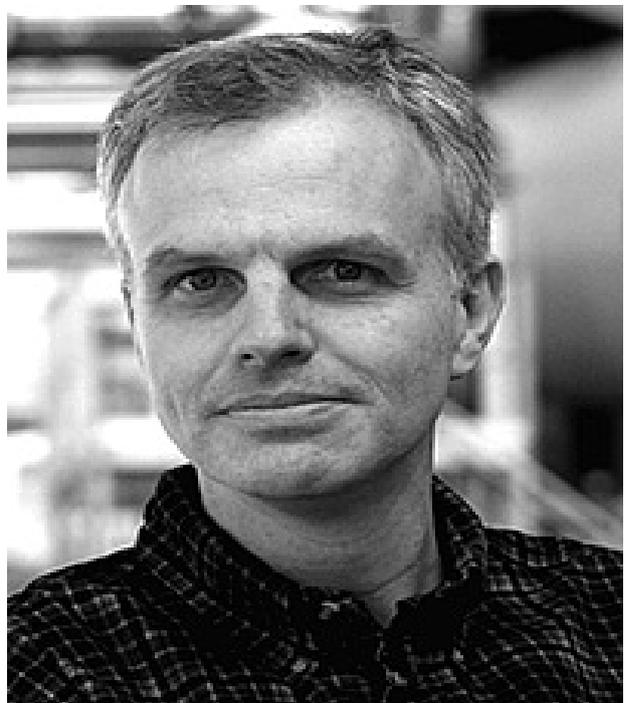
#### □ ADHD come "risorsa"

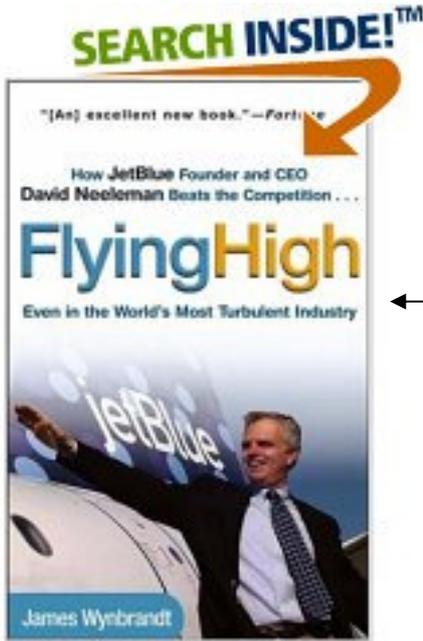
Intendiamo chiudere questo paragrafo di critica serrata all' ADHD con una nota di speranza e di fiducia.

L' immagine preoccupante che dell' ADHD ci è stata fornita finora, da parte della letteratura ufficiale e dei media, è una sorta di luogo comune da ridimensionare. In altri termini, i "tratti" comportamentali della sindrome, oltre che come elementi "disfunzionali", possono configurarsi, in determinate circostanze, come dei veri e propri elementi di forza per il soggetto interessato. Abbiamo visto infatti come costui tenda a fornire risposte e comportamenti "diversi" nelle più disparate situazioni e come questi "tratti" siano, tutto sommato, delle varianti rispetto al "comportamento medio": questa "neurodiversità", di cui il soggetto ADHD è portatore, è la prova evidente di una "diversa modalità di apprendimento" o, più in generale, di una "diversa percezione del mondo". Come sostiene T. Hartmann nei tanti libri che ha scritto sull' argomento: *"Mentre lo studente medio impara i dettagli della fotosintesi, lo studente con ADHD guarda fuori della finestra e si chiede se funzionerà ugualmente anche in una giornata nuvolosa"* (70).

La stessa "impulsività" può essere vista come la capacità di assumersi dei rischi. *"L' impulsività non sempre è negativa. Anziché titubare davanti ad una scelta, essi preferiscono correre dei rischi"* (70). In termini "positivi", è il potere decisionale; in termini negativi, è l' avventurismo puro. E' una facoltà che oggi giorno fa gola a tanti managers, militari, medici, politici. Un esempio eccellente ci è fornito da David Neeleman, fondatore della JetBlue Airways": personaggio famosissimo negli USA, non solo come imprenditore di successo ma soprattutto perché "affetto" da ADHD di cui si considera un testimonial "positivo" e fortunato. Rifiuta da sempre ogni tipo di intervento farmacologico perché, dice, *"non solo sarebbe inutile ma potrebbe addirittura limitare La mia Creatività"* (71).

Nella foto a destra: David Neeleman.





Una pubblicità di successo della JetBlue Airways: **“Per vincere la competizione nell’ industria più turbolenta del mondo, fai come David Neeleman:**

**VOLA PIU’ IN ALTO”**

(davvero emblematica...)

Altro soggetto ADHD di grande fascino e richiamo è Michael Flatley, l’ irlandese dai” Piedi Fiammeggianti”. Grazie alla “sapiente” iperattività motoria di cui sarebbe portatore, è riuscito a creare il celeberrimo balletto “River Dance”: una danza velocissima ed armoniosa che si richiama alle tipiche danze popolari irlandesi (vedi foto sotto).



Di recente è stata sottolineata l’ importanza di una qualità che i soggetti ADHD sembrano possedere più degli altri: la capacità di concentrarsi focalizzando l’ attenzione su un determinato argomento molto ben preciso. E’ lo stato di “HYPERFOCUS” che, in termini di “neurodiversità”, è ritenuto un normale elemento della personalità. In altri termini, sarebbe la versione positiva e creativa della Disattenzione (72) (“hyperfocus”) al punto da astrarsi dal mondo circostante. E’ uno un importante elemento della Meditazione (“meditare non è concentrarsi”. Osho) ma è altresì la “la capacità di trovarsi al posto giusto nel momento giusto”, ad esempio negli sport.

Peccato che il DSM non solo non lo contempli nei suoi criteri diagnostici ma addirittura lo annoveri tra quegli aspetti “patologici” per cui il

soggetto “spesso non riesce a mantenere l’ attenzione sul compito assegnato”...

Tantissimi personaggi famosi nella Storia presentavano questa capacità di “iperfocalizzare”: tra questi, A. Einstein, Nikola Tesla e T. A. Edison, “sospettati” di aver sofferto di ADHD (per loro fortuna, ai loro tempi ancora non si parlava di ADHD ma soprattutto non si ricorreva agli attuali sistemi di cura...)

Da questo punto di vista, l’ ipereccitabilità, unita all’ iperattività ed all’ iperfocalizzazione, costituirebbe un segno di “creatività” ed indicherebbe i soggetti particolarmente “dotati di talento” (“gifted”). Questi

diversi aspetti, legati al concetto di “neurodiversità”, furono in qualche modo anticipati dalla “Teoria della Disintegrazione Positiva”, formulata da Dabrowski nel 1960 (89).

Secondo questa teoria, oggi rivalutata, i soggetti “ipereccitabili” presentano un potenziale evolutivo molto più sviluppato degli altri. La loro “iperreattività” all’ ambiente cioè si esprimerebbe in termini di:

- Psicomotricità
- Sensualità
- Immaginazione
- Comportamento Intellettuale
- Emozionalità

Sono tutti elementi comuni ai soggetti “creativi”. Non è forse un caso se i soggetti con ADHD presentano un livello di creatività “fuori dalla norma”. Ed i creativi tendono anche ad essere “molto più attivi” rispetto agli altri. E’ forse la medesima base neurobiologica dell’ ADHD a stimolare la creatività? Evidentemente tra il cervello dei creativi e quello dei soggetti con ADHD vi sarebbero interessanti analogie.

Dopo decenni di ricerche si sarebbe giunti alla conclusione che l’ ipereccitabilità potrebbe essere usata, anziché per discriminare, per “predire” quali ragazzi sono naturalmente più dotati di altri (72). Da una prospettiva completamente opposta, l’ ipereccitabilità potrebbe essere, invece, indice di difetto neurologico e quindi andrebbe trattata secondo i protocolli vigenti...

In un recente studio condotto su studenti liceali si è voluto confrontare l’ “ipereccitabilità” di studenti “particolarmente dotati” con quella di studenti “non meglio identificati”. Il grafico subito sotto mostra come gli studenti “dotati” presentassero un’ ipereccitabilità molto maggiore di quella dei controlli in tutte e 5 le aree esplorate. Lo studente, per poter essere “dotato”, non deve necessariamente presentare un Q.I. elevato (> 130) ma deve eccellere in un particolare campo o deve essere reputato un “creativo” per definizione (70)

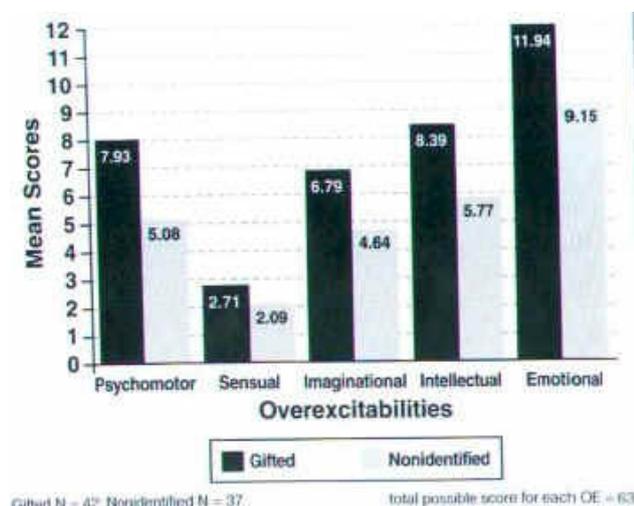


Tavola tratta da "Identifying Gifted Adolescents Using Personality Characteristics: Dabrowski's Overexcitabilities" (Cheryl M. Ackerman, Roeper Review - A Journal on Gifted Education, Volume 19, No. 4, June 1997).

Vari studi hanno mostrato i tratti in comune tra i soggetti creativi e quelli con ADHD (89):

- Disattenzione, aria trasognata (“sognare ad occhi aperti”)
- Ricerca di sensazioni
- Incapacità di portare a termine un progetto
- Iperattività
- Entusiasmo, spirito giocoso
- Temperamento difficile
- Scarso spirito pratico

- Scarso rendimento accademico
- Umore altalenante
- Uso dell'immaginazione per la risoluzione dei problemi

E' sempre bene ricordare che i soggetti ADHD "con alto evitamento sociale" tendono a mostrare una maggiore attivazione dei lobi frontali di destra (44). Indubbiamente si tratta di soggetti "con emisfero destro dominante", magari mancini. Sappiamo inoltre che l' emisfero destro condiziona un certo tipo di apprendimento (più immaginativo, analogico, etc.). E se è vero che i lobi frontali e parietali (corteccia motoria) sono particolarmente coinvolti nella genesi dell' ADHD, allora ciò spiegherebbe il particolare tipo di apprendimento di questi soggetti. Sono infatti degli apprendisti:

- Tattili: molto abili, cioè, nell' uso delle mani e dei piedi (si pensi all' "homunculus motorius" di Penfield). Tipico di artisti, sportivi, lavoratori manuali (di velocità, precisione)
- Cenestesici: molto sensibili, emotivi (artisti)

Il bambino ADHD (con emisfero destro dominante) può essere magari brillante a scuola e riuscire a compensare fintantochè non cominciano i compiti scritti e di lettura. Se invece gli si dà qualcosa da "lavorare con le mani" (una palla di gomma, un pezzo di cera plasmabile), tutte le sue difficoltà tendono ad annullarsi. Ma se la Scuola non premia affatto queste facoltà, anzi le condanna e le reprime, allora il bambino tenderà a sviluppare frustrazione, sensi di colpa, fallimento, autosvalutazione, etc.: proprio quei tratti comunemente diagnosticati come ADHD...(73).

Secondo M. A. Block il bambino con ADHD, in quanto "apprendista tattile", può migliorare il suo apprendimento visivo ed uditivo, ad esempio, facendo lavori manuali ma anche ricevendo "attenzioni tattili" da parte dei genitori: questi dovrebbero frequentemente "toccarlo", soprattutto quando il piccolo risponde alle chiamate: a quel punto l' ordine impartito dal genitore viene realmente recepito come "informazione uditiva" (infatti l' attenzione uditiva è regolata proprio dai lobi frontali e pre-frontali, notoriamente alterati in caso di ADHD).

In conclusione: esistono possibilità non farmacologiche per trattare con successo l' ADHD.

## **ADHD e Carcinosinum**

Questa lunga carrellata sull' ADHD si è ritenuta necessaria per 3 buoni motivi:

1. innanzitutto per spiegare quanta "propaganda ideologica" vi sia dietro un disturbo di cui ancora si sa molto poco (e quel poco è anche "sub sudice")
2. in secondo luogo, per mettere a nudo le contraddizioni della comunità scientifica, che calpesta volutamente quei precetti di E.B.M. che invece pretende di imporre, come una mannaia, a chi, in attesa della faticosa validazione, è costretto a star fuori dalla Cittadella della Scienza. L' etica deontologica ha davvero abdicato miseramente in favore dell' Etica del Profitto?

A questo punto sorge spontanea la domanda: vi sono alternative credibili? Quale ruolo può giocare, nella fattispecie, l' Omeopatia?

Ancora una volta, il clima di sospetto che aleggia attorno all' ADHD, soprattutto a livello terapeutico, ha spinto un numero crescente di famiglie verso le cosiddette CAM (Complementary and Alternative Medicine), con risultati sorprendenti.

Anche nel Consensus Statement degli NIH si fa menzione di questi trattamenti (fitoterapia, omeopatia, biofeedback, meditazione, etc.) di cui si sottolinea l' efficacia clinica ma al tempo stesso si lamenta la mancanza di dati univoci e le carenze metodologiche degli studi effettuati (11).

In alcuni siti istituzionali (91) si dedica addirittura un intero capitolo all' argomento ("Complementary and Alternative Treatments") ma solo per scoraggiare chiunque tenti di allontanarsi dalla retta via.

In altri siti specializzati, invece, è possibile notare un atteggiamento diverso e più aperto (b,c,d,e,f,g,h,i) (HEALING-ART. RCT) .

La letteratura sull' argomento è davvero notevole, segno di una crescente attenzione nei confronti delle MNC. Di recente è uscito uno studio randomizzato in doppio-cieco vs placebo, su 61 adolescenti, che segnala gli effetti altamente positivi dell' estratto di corteccia di pino, notoriamente ricca in Picnogenolo. Questa sostanza agirebbe verosimilmente sul metabolismo delle catecolamine, la cui escrezione a livello urinario risulterebbe ridotta mentre i livelli di attenzione, concentrazione, iperattività, coordinazione visiva e motoria tenderebbero a normalizzarsi (79).

Meritano di essere citati gli studi clinici condotti da H. Frei e Thurneysen in Svizzera (76, 77, 78), da cui risulta che, su 115 bambini con diagnosi di ADHD, cui è stato somministrato il rimedio prescelto, il 75% ha riportato una risposta sufficiente, solo il 22% ha dovuto fare ricorso al Metilfenidato mentre il 3% non ha risposto ad alcun trattamento. E' interessante notare che lo studio in questione ha confermato i dati positivi già fatti registrare da un precedente studio (75). Va anche sottolineata l' attenzione che a questo tipo di ricerche dedica da tempo l' Università di York in Gran Bretagna ([www.york.ac.uk](http://www.york.ac.uk) ). Un' altra pubblicazione di grande successo divulgativo, soprattutto negli USA, è un libro scritto da 2 coniugi americani , entrambi omeopati non medici: si tratta di "Ritalin Free Kids" (7). Vantano una casistica di oltre 2000 tra bambini ed adulti con ADHD ed altri problemi comportamentali. Collaborano attivamente coi più qualificati Centri di riferimento degli USA, come testimonia la prefazione scritta da Edward Hallowell, uno dei più stimati esperti del settore.

A questo punto interviene il terzo motivo di cui sopra:

3. se esaminiamo in dettaglio la sintomatologia dell' ADHD, i comportamenti associati, le comorbidità, le risposte all' ambiente, le caratteristiche individuali, etc. notiamo che tutti questi sintomi comportamentali, proprio per la loro "soggettività", presentano, curiosamente, interessanti analogie con una gran quantità di sintomi e Rubriche Repertoriali. In sostanza: è possibile studiare i "tratti comportamentali" dell' ADHD, definendoli e caratterizzandoli da un punto di vista omeopatico, grazie allo strumento repertoriale.

Non dimentichiamo (reperita juvant!) che l' ADHD, in quanto "sindrome", non è altro che un assemblaggio di comportamenti "disfunzionali". Pertanto, se si raggruppano queste rubriche in modo coerente, è possibile configurare dei veri e propri "Temi" che caratterizzano il soggetto in questione. Facendo riferimento a Radar 9.0, ho cercato di raccogliere i sintomi comportamentali più significativi dell' ADHD per compararli con la Materia Medica di Carcinosinum . Naturalmente, per ragioni di spazio, mi sono limitato ad esporre rubriche e temi più caratteristici.

## **1. Tema della Disattenzione**

MIND - ABSENTMINDED - children

MIND - ABSENTMINDED - dreamy

MIND - CONCENTRATION - difficult - attention, cannot fix

MIND - CONCENTRATION - difficult - children, in  
MIND - CONCENTRATION - difficult - one subject; on  
MIND - CONCENTRATION - difficult - studying  
MIND - CONCENTRATION - difficult - writing, while  
MIND - CONFUSION of mind - writing, while  
MIND - DREAM; as if in a  
MIND - SPACED-OUT feeling  
MIND - UNOBSERVING [= inattentive]

## **2. Tema della Disabilità Cognitiva**

MIND - CONFUSION of mind - calculating, when  
MIND - DYSLEXIA  
MIND - MATHEMATICS - inability for  
MIND - MISTAKES; making - calculating, in  
MIND - MISTAKES; making - homework; in (with all subrubrics)  
MIND - MISTAKES; making - reading, in  
MIND - MISTAKES; making - speaking, in - spelling, in  
MIND - MISTAKES; making - writing, in  
MIND - READING - unable to read - children, in  
MIND - WRITING - inability for  
MIND - DULLNESS - studying; when  
MIND - DYSLEXIA  
MIND - MISTAKES; making - speaking, in - spelling, in  
MIND - STUDYING - difficult  
MIND - STUDYING - easily  
MIND - CONFUSION of mind - calculating, when  
MIND - MATHEMATICS - ability for  
MIND - MATHEMATICS - inability for  
MIND - MATHEMATICS - inability for - algebra  
MIND - MATHEMATICS - inability for - calculating  
MIND - MATHEMATICS - inability for - geometry  
MIND - MATHEMATICS - inability for - horror of  
MIND - MATHEMATICS - inability for - summing up is difficult  
MIND - MISTAKES; making - calculating, in  
MIND - MISTAKES; making - calculating, in - adding; in  
MIND - SLOWNESS - calculating; when

## **3. tema della Debolezza di Memoria**

MIND - FORGETFUL  
MIND - MEMORY - weakness of memory  
MIND - MEMORY - weakness of memory - children, in

## **4. tema della Iperattività**

EXTREMITIES - RESTLESSNESS  
MIND - RESTLESSNESS - children, in  
MIND - IMPULSE; morbid - run; to  
MIND - MANIA - jumps over chairs and tables  
MIND - ROVING - wrapped in fur in the summer  
MIND - HURRY  
MIND - UNDERTAKING - lacks willpower to undertake anything  
MIND - UNDERTAKING - many things, persevering in nothing

MIND - LOQUACITY  
MIND - LOQUACITY - children; in  
MIND - LOQUACITY - foolish  
MIND - RUNS about

#### **5. tema dei Problemi Comportamentali**

MIND - BEHAVIOR PROBLEMS - children; in  
MIND - DESTRUCTIVENESS - children; in  
MIND - DISOBEDIENCE - children, in  
MIND - INSOLENT - children, in  
MIND - KICKING  
MIND - GESTURES, makes - feet; involuntary motions of the - stamping the feet  
MIND - STRIKING - children; in  
MIND - MORAL FEELING; want of  
MIND - RUDENESS - children; of naughty  
MIND - FOOLISH behavior  
MIND - CHILDISH behavior  
MIND - TEMPER TANTRUMS  
MIND - DEFIANT  
MIND - CONTRADICTION - disposition to contradict  
MIND - CONTRARY  
MIND - DISRUPTION; personal

#### **6. tema della Impulsività**

MIND - ANSWERING - hastily  
MIND - ABRUPT  
MIND - IMPATIENCE  
MIND - IMPETUOUS  
MIND - IMPULSIVE

#### **7. tema dell' Autosvalutazione**

MIND - ADMONITION - agg.  
MIND - AILMENTS FROM - reproaches  
MIND - CONFIDENCE - want of self-confidence  
MIND - DELUSIONS - fail, everything will  
MIND - DELUSIONS - succeed, he does everything wrong; he cannot  
MIND - DELUSIONS - wrong - everything goes wrong  
MIND - FEAR - failure, of  
MIND - FEAR - reproaches; of  
MIND - DELUSIONS - appreciated, she is not  
MIND - DELUSIONS - despised; is  
MIND - DELUSIONS - criticized, she is  
MIND - DELUSIONS - laughed at and mocked at; being  
MIND - DISCONTENTED - everything, with  
MIND - DISCOURAGED  
MIND - OFFENDED, easily  
MIND - SADNESS - failure to accomplish; from

#### **8. tema dell' Ipereccitabilità e del Talento**

MIND - TALENTED - very  
MIND - GIFTED (with all subrubrics)

MIND - ART (with all subrubrics)  
MIND - EXCITEMENT - children, in  
MIND - STARTING  
MIND - VIVACIOUS  
MIND - CHEERFUL  
MIND - HIGH-SPIRITED  
MIND - AMUSEMENT - desire for

Ovviamente l' elenco potrebbe continuare ed arricchirsi con nuove rubriche e temi. Ad ogni modo, ciò che mi ha colpito è stata la ricorrenza di Carcinosinum nella gran parte delle rubriche. Inoltre, su 2159 sintomi presenti nel Repertorio, ben 824 appartengono al "Mind" e, di questi, una gran quantità si riferisce al quadro dell' ADHD. Va inoltre sottolineato il gran numero di rubriche riferite a disturbi dell' apprendimento (linguaggio, scrittura, lettura, etc.).

Che rapporto c' è allora tra Carc. e l' ADHD? Carc. è forse "IL" rimedio dell' ADHD? E' uno dei rimedi papabili?

Sicuramente Carc. è UNO dei rimedi più indicati ma non l' unico, anche perché, così facendo, snatureremmo l' intero processo di individualizzazione omeopatica. Ogni soggetto con ADHD presenta un corteo di sintomi personali e comportamentali che lo definiscono in maniera incontrovertibile. Sarà dunque determinante la raccolta "sapiente" dei sintomi da repertorizzare, anche e soprattutto per differenziarlo da altri rimedi analoghi.

In cosa consiste quindi la "specificità" di Carc.?

### **Aspetti salienti di Carcinosinum**

Innanzitutto bisogna notare la gran quantità di sintomi "Ailments from..." (addirittura 67!), ad indicare l' alta valenza "clinica" del rimedio, ovvero la sua efficacia nel curare tutta una serie di disturbi che non sono emersi dalla patogenesi ma dall' esperienza clinica degli omeopati.

Inoltre il rimedio reca in sé le "stimmate" della sostanza di partenza. E' un nosode, preparato cioè da tessuto mammario neoplastico: dunque, abbiamo a che fare con la questione della Proliferazione (o meglio del Controllo sulla "dinamica cellulare impazzita"), della lotta per la Sopravvivenza contro l' incombenza della Morte ma al tempo stesso della Sfiducia nelle proprie capacità (soprattutto a causa dei soprusi e delle vessazioni cui è stato sottoposto, in particolare nell' infanzia) e della conseguente strategia adattativa tramite il bisogno di Perfezione (vuol farsi "perdonare" per le proprie "mancanze" cercando di apparire quanto più perfetto ed accondiscendente possibile).

Molto spesso Carc. ha subito dei gravi traumi infantili (dalla violenza, anche sessuale, ai rimproveri, alla perdita di persone care, etc.) che lo hanno condizionato così pesantemente da "bloccarlo" a livello emotivo e sul piano della "comunicazione": cerca allora, da un lato, di "controllare" le proprie emozioni, di non farle trasparire (anche se queste "premono" dall' interno per uscire); dall' altro, cerca di adattarsi ad un Ambiente da cui si sente sovrastato e violentato ma da cui non riesce ad affrancarsi. E' da questa lotta impari e dalla necessità di mostrarsi imperturbabile, capace, cioè, di "tenere a bada" sia le belve emozionali che il disperato bisogno di comunicazione, che deriva la sua "rigidità", fisica ed istintuale.

Al fine di non rischiare critiche ed umiliazioni, in particolare da parte dell' Autorità, da cui si sente schiacciato (e con cui tende spesso ad entrare in rapporti di codipendenza), fa di tutto per "compiacere" e soddisfare ogni Sua richiesta. Ma si tratta di una falsa accondiscendenza, è puro "interesse": Carc. farebbe qualsiasi cosa pur di sapersi stimato e ricevere affetto. Ecco perché, conoscendo i propri limiti, pensa che il "mostrarsi" al di sopra di qualunque critica sia la sua chance migliore.

Il senso di responsabilità, che si è dovuto dare, così come il bisogno di perfezione, vengono proprio dal bisogno di tacitare ansie e paure. Ma quando queste rompono la crosta e fuoriescono selvaggiamente, allora è la "crisi di panico", una delle manifestazioni classiche dell' intimo conflitto vissuto da Carc.

Il senso di responsabilità, che incarna con ammirevole abnegazione, ha anche lo scopo di placare il profondo senso di colpa e di sfiducia in sé che si porta dietro. Ha bisogno di fare tutto e bene perché non è mai abbastanza ciò che ha fatto e soffre se non riesce a farlo: il suo perfezionismo quasi maniacale non a caso lo rende sensibile ai rimproveri che, come le ansie, tendono a colpirlo sul “nervo scoperto”, a smascherare il suo gioco, mostrando così le sue debolezze, il suo “vero volto”. Eppure proprio quella sua sensibilità, così profondamente ferita, riemerge sotto forma di Amore per il Bello, per la Musica, per la Danza e per l’Arte, verso cui è profondamente portato. Quando riesce ad esprimere questa passione, può diventare un artista di primordine. La creatività di cui è dotato non entra tuttavia in contraddizione con la sua rigidità, semplicemente le fa da contraltare. E’ comunque questa enorme sensibilità ferita a renderlo così “sympathetic” verso umani ed animali, verso la Natura in tutte le sue manifestazioni (da un bel paesaggio ai temporali). Ma, ancora una volta, queste emozioni sono per lui un pericolo: in qualche modo sono “destinate” ad essere ricacciate in profondità, ad essere cioè “soppresse” (Carc. è grande rimedio di emozioni e dermatosi “soppresse”, di “prurito sine materia”) in nome di quell’Ordine che si è dovuto dare per essere accettato.

Per lui tutto è Dovere, tutto va vissuto con grande responsabilità: il rapporto col piacere è del tutto inesistente. Solo di rado riesce ad intravedere in qualcosa un elemento di piacere, come quando, per l’appunto, si lascia andare al flusso delle emozioni, che lo aiutano a recuperare ordine e fluidità, come nel caso delle espressioni: quando riesce ad affrancarsi dal fardello che si è imposto, allora, come d’incanto, spariscono persino i disturbi del linguaggio, dell’apprendimento e del comportamento che solitamente “dominano” le sue modalità espressive, penalizzandolo ulteriormente.

Come dicevamo, è nell’infanzia che di solito affondano i suoi primi, veri problemi di fondo. Non a caso, proprio in questa fase Carcinosinum tende a contrarre malattie di una certa gravità (TBC, mononucleosi, diabete giovanile, tumori di ogni tipo, R.A.A., epilessia, cardiopatie congenite, etc.). Spesso i soggetti Carcinosinum vengono sovraccaricati di responsabilità da genitori ed educatori fin da piccoli oppure viene fatto su di loro una sorta di “investimento” per cui si sentono eccessivamente “responsabili”: guai se fallissero! Perderebbero tutto, a cominciare dalla stima e dall’affetto che sono stati riposti in loro. A volte subiscono un’educazione eccessivamente rigida oppure sono essi stessi a darsi delle regole particolarmente rigide per raggiungere l’Obiettivo, che è quello della Perfezione a scopo compensatorio: per farlo, sanno di dover compiere uno sforzo sovrumano, come sovrumano è lo sforzo di lottare contro una malattia grave (come un tumore, di cui ha estrema paura). Sa di dover mantenere il “controllo” su di sé e sull’ambiente circostante. Riuscire a mantenere quindi un “ordine nel disordine” diventa per lui un imperativo categorico: quel disordine profondo e distruttivo è proprio il Tumore (ma potrebbe essere un’Autorità, un Ambiente ostile, etc. con cui entra in conflitto e collusione) verso cui sa di tendere, da cui sa di sentirsi minacciato e di cui in qualche modo si sente responsabile. E nel tentativo di raggiungere l’Ordine, la Perfezione, tende a consumarsi. Di qui quella stanchezza profonda che spesso lamenta e che, secondo taluni, potrebbe nascondersi dietro una eventuale CFS (Chronic Fatigue Syndrome).

Carcinosinum è riportato in alcune materie mediche come un passionale, che ad un certo punto arriva anche a ribellarsi all’Autorità costituita: apparentemente sembrerebbe una contraddizione con quanto affermato prima. Invece non è escluso affatto che l’eccessiva pressione, per mostrarsi accondiscendente ed aderente al modello di Perfezione autoimposto, possa dar luogo ad una ribellione profonda e violenta, ma è un aspetto diverso della stessa situazione. La ribellione però finisce molto spesso per naufragare miseramente a causa della sua bassa autostima, che finisce per creare fortissimi sensi di colpa, frustrazione, depressione.

I problemi di interazione/adattamento ad un Ambiente/Autorità castrante, che considera responsabile dei propri “blocchi emotivi e comunicativi”, non a caso insorgono durante il periodo infantile: proprio in quel periodo infatti il bambino scopre il bisogno di relazionarsi col mondo esterno ed al tempo stesso di manifestare il “suo” mondo emozionale. Ma l’illusione dura ben poco: il Mondo ricambia la sua “apertura” con la sopraffazione per cui non gli resta altra scelta “se non fa il bravo”. In cambio di questo compromesso, dovrà sacrificare proprio quei “bisogni emozionali e comunicativi” di cui ha necessità vitale. Le sue modalità di apprendimento e di comportamento subiscono così una brusca rottura, proprio nel periodo più fecondo: l’infanzia.

I sintomi di Disattenzione, Iperattività, Impulsività, Condotta Antisociale, Depressione, tendenza suicida, etc. propri dell’ADHD, sono mirabilmente rappresentati nella Materia Medica di

Carcinosinum. Molto probabilmente sono “reattivi” ai traumi patiti nell’infanzia su cui, peraltro, grava una pesante eredità miasmatica: in effetti, tanto nella sua storia personale quanto in quella familiare si ritrovano numerose patologie di tipo lesionale. Ma, proprio grazie alla sua natura di rimedio “polimiasmatico”, Carcinosinum riesce ad esprimere e coprire una gamma estremamente ampia di manifestazioni, con tutte le sfumature possibile (da quelle psoriche di tipo disattentivo a quelle luesiniche di tipo delinquenziale). E’ proprio la valenza miasmatica a dare colore e senso ai sintomi comportamentali, altrimenti anonimi, ed a guidarci verso la classe/famiglia di rimedi più indicati. Ad es.: la prevalenza di sintomi deliranti e violenti ci indirizzerà verso una Solanacea (come Stramonium), ma se compare anche un’ iperattività frenetica e sconclusionata, con attrazione per musiche/danze ritmiche, disturbi della condotta (di tipo sociopatico, intrusivo, manipolatorio), manifestazioni allucinatorie, etc. allora magari penseremo ad un Ragno (Tarentula, Aranea, etc.); il ritardo evolutivo franco (mentale, fisico, sociale), unito ad una sorta di timidezza-depressione dovuta alla consapevolezza dei propri limiti, tendenza alla lentezza in ogni senso ed alle tumefazioni ghiandolari ci farà pensare ad un sale di Bario, e così via.

E’ interessante notare come i “tipi Carcinosinosinum”, descritti da Philip. Bailey nel suo libro su questo rimedio, corrispondano con straordinaria precisione ai sottogruppi individuati dal DSM-IV (8). Ad es.: il “tipo ottuso” ricorda molto da vicino il “tipo prevalentemente Disattento”, mentre il “tipo istrionico” si avvicina al “tipo prevalentemente Iperattivo” ed infine il “tipo rude folletto” al “tipo misto”.

Il rapporto tra Carcinosinum e l’ ADHD si spiegherebbe pertanto in termini di “disadattamento” conseguente agli shock educativi ed ambientali subiti. Il soggetto tenderebbe a ripiegare in se stesso, rifiutando la consolazione, isolandosi, offendendosi per un nonnulla o reagendo anche violentemente. Spesso si tratta di bambini, figli di madri depresse o con familiarità neoplastica, a conferma del fatto che determinati tratti temperamentali possono anche trasmettersi in linea ereditaria oppure esprimersi fenotipicamente allorquando le condizioni ambientali lo permettono (9).

## Casi Clinici

In questa ultima sezione esponiamo 3 casi clinici, abbastanza emblematici, sia dell’ azione di Carcinosinum sia delle condizioni cliniche in cui è in grado di intervenire.

Significativo il caso di Benedetto (ADHD franco) mentre nel caso di Simona sono soprattutto i disturbi del linguaggio a dominare la scena e ad aver risentito positivamente dell’ azione del rimedio. Nel caso di Kate, infine, abbiamo una dermatosi in primo piano (che tuttavia non compare nella Materia Medica di Carcinosinum) con, sullo sfondo, la dislessia che ha condizionato tutta la sua vita scolastica e personale.

### □ Il caso di Benedetto

Benedetto è un ragazzino di 8 anni, che vedo per la prima volta a novembre 2005. I genitori, già miei pazienti, me lo portano perché estremamente preoccupati dalla sua condotta, soprattutto a scuola. La storia di questo bambino si intreccia profondamente con quella del suo contesto familiare ed ambientale. In particolare, il rapporto con la madre gioca un ruolo determinante nella genesi dei suoi disturbi. Non a caso è stata proprio lei ad insistere per una visita. Pertanto, allo scopo di comprendere veramente a fondo la situazione del piccolo Benedetto, si rende necessario sintetizzare in primis la

storia della madre.

Franca, donna di 38 anni, attraente, vestita in modo curato, dice di “non essere più stata la stessa in seguito alla nascita di Benedetto” (1997), allorchè sviluppò una forte depressione post-partum. Questa situazione è precipitata a partire dal 2003, in seguito ad un grave episodio di ischemia cerebrale, che le ha lasciato una brutta diplopia (non può andare a cinema, guardare la TV, etc.), una totale insensibilità al caldo (non avverte l’ acqua bollente, il ferro da stiro, etc.), una discreta riduzione della forza alla mano dx. Da sempre persona “oblativa”, completamente dedita alle necessità e difficoltà altrui, al punto da trascurare le proprie necessità. Sensibilissima alle cattive notizie (es.: sapere che il figlio si comporta male a scuola o che potrebbe capitargli qualcosa), alle sciagure altrui (soprattutto se riguardano bambini). Sente come se non facesse abbastanza per gli altri ma ciò le provoca ansia (che sta trasmettendo anche al marito, al figlio, ai colleghi) e sensi di colpa. E’ preoccupata dalla sua depressione e dal rapporto codipendente che rischia di instaurare col figlio che cerca, senza riuscirci, di “lasciare libero”. Se Benedetto ha un colpo di tosse, si agita perché teme che possa tornare la broncopolmonite che ebbe da piccolino. Se va bene a scuola, è al settimo cielo; ma se va male, cade nel panico. Ha anche l’ “ossessione della pulizia” ed un estremo bisogno di dormire, bene e a lungo, altrimenti peggiora la sua situazione, soprattutto emozionale.

Naturalmente con *Cocculus* la sua situazione è cambiata radicalmente ed è altresì migliorato il suo rapporto col figlio. Ed ora passiamo a Benedetto.

Bambino cicciotello, guarda (e tormenta in mille modi) i suoi durante la visita, in particolare la madre. Sembra distratto, come se non ti ascoltasse, come se visse in un mondo tutto suo, eppure non riesce a stare fermo: le mani cercano in continuazione qualcosa da toccare, da stringere, da mettere in bocca. Se gli rivolgo la parola, dapprima mi guarda sorpreso poi abbassa subito lo sguardo, come se si vergognasse, e parla a voce bassa, con tono “da vittima”. E si comporta come se fosse più piccolo della sua età, quasi volesse intenerire chi lo ascolta.

“Benedetto ci dà da pensare, dottore – dice la madre – Sarebbe un angelo se non avesse dei momenti in cui letteralmente si trasforma, diventa un altro. Ieri ha picchiato un suo coetaneo che aveva offeso lui e tutta la famiglia. E per la rabbia ha scarabocchiato sul muro della classe. Poi, quando è stato ripreso dalla maestra, si è pentito (*mentre la madre parla, Benedetto ascolta in silenzio, ad occhi bassi, con senso di vergogna*). Non è la prima volta che succede e fa sempre così: prima ne combina una delle sue e poi si pente... Per EVITARE I RIMPROVERI, che lo fanno soffrire tantissimo, ha cercato di FARSI PERDONARE dello scarabocchio, così ieri sera ha fatto trovare il caminetto già acceso al padre (*che ridacchia compiaciuto, in silenzio*) perché è di solito lui ad accenderlo. Avrebbe dovuto vederlo ieri sera, dottore: era irrequieto, come un’ anima in pena, proprio NON RIUSCIVA A STARE FERMO UN ATTIMO! E’ come un animaletto: sente l’ ambiente attorno a lui. E poi sembra dipendere dal mio umore: se mi sento ansiosa per qualsiasi ragione, subito lo diventa anche lui!”

*Chiedo se è sempre così, se riesce a distrarsi in qualche modo, come un bambino della sua età*

“Oh sì, gli piace tanto giocare! Ma devono essere GIOCHI DI MOVIMENTO, non ama quelli da tavolino. E poi SI STANCA SUBITO, CON UNA FACILITA’ INCREDIBILE. E’ come se si STANCASSE, come se SI ANNOIASSE. Allora lascia perdere tutto, a meno che LA COSA NON LO INTRIGA...”

*Dico che non deve essere facile per loro trovare sempre qualcosa che “lo tenga impegnato”*

“Se sapesse, dottore... UNA NE FA E CENTO NE PENSA. Non fa in tempo a fare qualcosa che già sta pensando a cosa altro fare. Sarà anche vivace ma ci sta consumando. Questa proprio non ci voleva per la mia depressione... Pensi che INIZIA CENTOMILA COSE E POI LE LASCIA A METÀ: è un continuo corrergli dietro per raccattare tutto ciò che trova e lascia sul suo cammino”

*A questo punto chiedo se e come esprime le sue emozioni*

“Mah, veramente ci sembra che TENGA TUTTO DENTRO. Non è il tipo che viene da te e parla, non confessa i suoi stati d’ animo. Però si aspetta che siano gli altri a farlo, ad interpretare le sue esigenze”

*Domando allora di definirmi un po’ meglio il suo comportamento abituale, su ciò che lo tocca intimamente*

“E’ un bambino estremamente SENSIBILE, soprattutto se vede QUALCUNO CHE SOFFRE, anche se si tratta di un animale: è capace di piangere, è come se stessero facendo del male a lui. Anche i RUMORI lo spaventano, lo impauriscono, specie quelli improvvisi. Forse anche per questo è così diffidente: non è uno che si conceda facilmente, sa... Pensi che ieri sera, dopo l’ episodio dello scarabocchio e dopo che lo abbiamo rimproverato anche noi, ha avuto dei crampi allo stomaco. E’ stato malissimo, eravamo preoccupati e ci siamo colpevolizzati da morire. E poi, come le dicevamo, soffre tantissimo quando viene rimproverato. A dire il vero, dottore, non sappiamo ... come dirglielo...”

*Sento che c’ è dell’ imbarazzo nel racconto della madre, come quando non si sa come esprimere qualcosa di particolarmente spiacevole. La incoraggio a raccontarmi tutto, senza fretta. Intanto chiedo al padre di portare Benedetto a fare una passeggiata, anche “per non tenerlo senza far niente”.*

“Ogni volta che mi sono trovata a raccontarlo mi ha sempre creato fastidio. Deve sapere, dottore, che nella Scuola Elementare, dove andava fino all’ anno scorso, stava con una maestra che era solita SGRIDARLO, PICCHIARLO, UMILIARLO davanti a tutta la classe. Sembrava che lo avesse preso di mira: lo metteva sempre nel BANCO DELLA VERGOGNA. Non perdeva occasione per ridicolizzarlo ed incoraggiava addirittura i suoi amichetti a fare altrettanto! Lo abbiamo scoperto proprio da loro. Ce lo hanno detto loro, i bambini, perchè non ci fidavamo della versione di Benedetto: non potevamo e non volevamo assolutamente credere a qualcosa del genere. E’ così che è diventato VIOLENTO. Ma più veniva punito e più lo diventava. Era diventato un incubo: ci chiamavano in continuazione dalla Scuola. Una vergogna ... Noi ce la prendevamo con lui, lo sgridavamo e lo punivamo anche noi ma era sempre peggio. Siamo stati costretti a cambiargli Scuola: ora va un po’ meglio ma ogni tanto capitano ancora di questi episodi. Le sue reazioni ci fanno paura e ci mettono ansia, anche perché quando sta così, non vuole vedere e sentire nessuno! Quando poi Benedetto mi pizzica in uno di quei giorni in cui mi sento particolarmente giù o sono tesa per qualcosa, allora sembra quasi che perda il controllo. Come se sentisse di non aver più riferimenti di alcun tipo. Ma forse sono io che esagero, non so. Cosa devo fare, dottore?”

*Chiedo se è sempre stato così “reattivo” o se è solo un comportamento recente*

“A dire il vero, queste reazioni violente le ha avute già quando aveva 2 anni e si sono protratte fino ai 4. Poi sembrava si fosse tranquillizzato...”

*Chiedo come va a Scuola*

“Per fortuna va bene, però ha un modo tutto suo di studiare, che a volte ci sconcerta. Poi, a periodi, quando ha di questi momenti, sembra estraniarsi, non risponde quando lo chiami, a meno che non lo tocchi. Voglio dire che non è necessario mettergli le mani addosso: basta chiamarlo e toccarlo, per esempio, su una spalla. Allora sembra come ridestarsi e ritorna finalmente sulla Terra!”

*Evidentemente il contatto fisico è “qualcosa che lo tocca intimamente”, nel bene e nel male: forse è proprio questo il “canale giusto” per poter comunicare con lui. Chiedo dunque conferma*

“Ah, già: mi aveva chiesto se c’ è qualcosa che gli fa particolarmente piacere. Beh, le dicevo che è molto sensibile. Infatti gli è sempre piaciuto il contatto fisico, ADORA ESSERE TOCCATO, accarezzato. Lo fa anche con gli animali. E poi è uno che ragiona, vuole conoscere la ragione delle cose: forse per questo mette tutto in bocca”

*La situazione mi sembra abbastanza chiara. Ad ogni modo, mi piacerebbe sapere se ha sofferto di qualcosa fino a quel momento.*

“Sin da piccolo è sempre stato ALLERGICO al pesce, alle uova ed al latte. Ogni volta che prende qualcosa cui è allergico gli vengono delle chiazze rosse enormi, in faccia soprattutto, si gratta da morire; poi gli vengono le occhiaie e gli si chiude la gola, non respira, SOFFOCA. In passato siamo dovuti intervenire col cortisone. A proposito, mi stavo dimenticando: anche in occasione di una reazione allergica, diventa di nuovo AGITATO, irrecuperabile! Poi ha avuto per 3 volte la BRONCOPOLMONITE: da allora mi è rimasta la paura che possa sempre ripetersi, dottore... Quando lo sento tossire, comincio ad agitarmi, così si agita anche lui, la tosse peggiora e così siamo a cavallo!”

*Il racconto mi sembra chiaro: le vessazioni subite da parte dell' insegnante hanno inciso profondamente sull' equilibrio di Benedetto. Molto probabilmente questo tipo di comportamento era latente e si è manifestato in quella circostanza. Anche la convivenza con la madre depressa ed ansiosa ha fatto sicuramente la sua parte. Inoltre presenta tutto un corteo di sintomi che fanno pensare ad un ADHD in fase iniziale. Inoltre il desiderio di contatto (sicuramente sarà anche lui un “apprendista tattile”), la simpateticità, l' ipersensibilità (a rumori, rimproveri, sofferenze altrui, etc.), l' aggravamento alla consolazione, persino le allergie (che tra l' altro possono scatenare le crisi comportamentali) e la tendenza broncospastica mi orientano senza dubbio verso Carcinosinum. A scanso di equivoci, decido di repertorizzare e, come volevasi dimostrare...*

1	1234	1	MIND - SENSITIVE - external impressions, to all	49
2	1234	1	MIND - SENSITIVE - reprimands, to	33
3	1234	1	MIND - SYMPATHETIC	84
4	1234	1	MIND - STARTING - noise, from	75
5	1234	1	MIND - BITING - nails	69
6	1234	1	MIND - ANIMALS - love for animals	24
7	1234	1	MIND - AILMENTS FROM - anger	117

	carc.	nat-m.	calc.	phos.	ars.	caust.	lach.	lyc.	med.	nux-v.
	7	7	6	6	5	5	5	5	5	5
1	1	1	-	3	1	-	1	-	-	2
2	2	1	1	-	1	-	-	1	2	1
3	3	2	1	3	-	2	1	1	1	2
4	1	3	2	3	1	2	2	2	2	3
5	1	2	1	1	2	1	-	2	3	-
6	1	1	1	1	-	1	2	-	1	-
7	1	2	1	2	2	1	2	2	-	4

Prescrizione: **Carcinosinum 200K**, 1 dose seguita da placebo.

*Dopo un mese circa mi sento telefonicamente con la madre che mi dice di aver notato subito un cambiamento netto nel comportamento del figlio. Anche a scuola se ne sono accorti al punto che gli insegnanti si sono complimentati per l' improvviso cambiamento di Benedetto; si chiedevano, anzi, se avesse per caso seguito “qualche cura particolare”.*

*Ci.rivediamo a febbraio 2006 perché a quanto pare sono riapparsi i vecchi disturbi*

“Finchè ha seguito la cura è andato tutto ok, non ci sembrava vero. Una volta smessa, sono ricominciati i problemi. Dal mese scorso è di nuovo agitato ed il bello è che ne è pienamente consapevole, anche se non capisce come mai”

*Chiedo se è successo qualcosa di nuovo, di diverso: se per caso ha visto o sentito qualcosa che potrebbe averlo turbato*

“Ora che mi ci fa pensare... Sì, tutto è iniziato da quando gli hanno regalato, per Natale, un gioco con la Playstation: sa, uno di quei giochi violenti, macabri, pieni di fantasmi, mostri, scheletri... Brrr... vengono i brividi a me, solo a parlarne, figuriamoci a lui, povera stella... E' rimasto talmente impressionato che se li sogna anche la notte, quei mostri! (Benedetto fa di sì col capo, interrompendo di colpo ciò che stava facendo fino a quel momento: cioè toccare tutto ciò che c'era da toccare nel mio Studio...). Da allora è di nuovo agitato e sembra come se fosse regredito intellettualmente”

*Chiedo lumi al riguardo*

“Per esempio, se viene rimproverato, tende a nascondersi e risponde con un tono di voce che non è il suo, sembra quello di un bambino più piccolo della sua età. E' mai possibile, dottore?”

*E' possibile, Signora, è possibile, purtroppo. Le comunico, anzi, che l' American Academy of Pediatrics ha appena pubblicato uno studio in materia di TV, DVD, Playstation e diavolerie affini. Chiedo allora come va a scuola*

“Abbiamo di nuovo parlato con le maestre, che pure avevano notato un incredibile miglioramento nei mesi scorsi ed ora si chiedono che altro sia successo. Dicono che si distrae in continuazione, non si concentra. E' come se avesse la mente confusa. Ma quel che è peggio è che importuna gli altri compagni anche perché non riesce proprio a stare fermo. E poi dicono che chiede sempre di andare in bagno per fare pipì”

*Ed a casa come si comporta?*

“E' di nuovo disobbediente, anzi peggio! Come le dicevamo l' altra volta, c' è stato un periodo in cui era abbastanza agitato, allora sì che tendeva a reagire con violenza, ma solo se veniva attaccato. In genere, se viene preso con le buone, risponde bene. Ha bisogno di spiegazioni logiche, sennò diventa impaziente, ansioso, irascibile. Eppure è un bambino così affettuoso con tutti, non gli piace atteggiarsi a ducetto, tutt' altro! Tende quasi a sottomettersi, come se non avesse fiducia nei suoi mezzi. Ha ricominciato a mettere tutto in bocca ed a mangiarsi le unghie. Aveva smesso, non ci pareva vero... E poi un' altra cosa, che l' altra volta mi ero dimenticata di dirle: va pazzo per la cioccolata fondente!”

*Cha altro aggiungere? Il pranzo è pronto, Milord!*

**Carcinosinum MK** *ha riportato Benedetto al suo equilibrio naturale. Da allora non ha più manifestato alcun tipo di problema, con grande sollievo per i genitori (la madre, in particolare), per gli insegnanti e per i suoi amichetti. L' ho rivisto un paio di mesi fa, quando ha accompagnato la madre per una visita di controllo e mi ha colpito un particolare: al momento di congedarci, sull'uscio, è tornato indietro e con impeto mi ha stampato un grosso bacio sulla guancia, come a volermi ringraziare. Ammetto di essermi commosso, non me l' aspettavo...*

## □ Il caso di Simona

Simona ha 31 anni, torna da me dopo 9 anni (marzo 2006) perché sono peggiorati i problemi di linguaggio che la affliggono oramai da alcuni anni. E' veramente una persona deliziosa, la classica "ragazza per bene che tutti vorrebbero come figlia, come sorella, come moglie, come amica". Dolcissima, disponibile ed accondiscendente ma niente affatto sottomessa: sa, anzi, ciò che vuole e lotta per ottenerlo. Parla con voce sommessa, come se non volesse dare fastidio

"Ci rivediamo dopo un po' di tempo, ricorda? Circa nove anni fa venni da lei subito dopo la morte di mamma, che mi fece precipitare in un abisso di depressione. Sapevo che sarebbe successo perché mamma da tempo soffriva di cuore. La mia è stata una bella famiglia, molto unita, eppure ogniqualvolta i miei partivano (soprattutto mia madre), io cominciavo a balbettare. Poi, però, quando tornavano, tornavo a posto anch' io. Da un paio di anni mi sta capitando la stessa cosa, anzi peggio. Quando mi sento sotto stress ho proprio problemi di linguaggio, del tipo che confondo singolare con plurale, maschile con femminile, inverto le sillabe oppure, più semplicemente, non mi vengono le parole, nemmeno le più semplici. Poi, però, quando mi tranquillizzo, tutto torna come prima".

*Le chiedo se in questo frattempo è successo qualcosa che potrebbe aver rotto l'equilibrio*

"Sì, è iniziato tutto dopo la morte di mia nonna materna (dicembre 2005): era già allettata da 3 anni. Ho dovuto assistere sia lei che mia zia, l' altra sorella di mamma, che è morta anche lei poco fa"

*Ancora lutti, perdite di persone care, come 9 anni fa... Approfitto per chiederle in quali circostanze le capita di avere difficoltà di linguaggio.*

"di solito mi capita se mi trovo coetanei che mi stanno antipatici. Chissà, forse perché loro sono laureati e già lavorano mentre io no. Sembrano così sicuri, li vedo come se fossero migliori di me, su un altro piano. Magari mi sento giudicata da loro... Però non capisco come mai le loro compagne tendono sempre a mettersi in competizione con me! E poi sono così superficiali, non sanno parlare altro che di moda e frivolezze del genere. Non abbiamo niente da dividere. Mi spiace perché è capitato con un caro amico del mio ragazzo: questo suo amico fa il broker nella City di Londra, si dà tante arie. Per non parlare della sua donna..."

*Le chiedo come vive, cosa le è successo in questi anni*

"Convivo col mio compagno da 2 anni ed in questi 2 anni abbiamo già fatto 2 traslochi che mi hanno provato tantissimo: io mi affeziono alla casa, ho bisogno dei miei spazi! Non sono stati anni facili: tra mia nonna, mia zia... E poi proprio negli ultimi 2 anni, ho perso i miei amatissimi cani, cui ero molto legata. Pensi che ho dovuto portarli personalmente per farli abbattere con la puntura..."

*Altri lutti, in più 2 traslochi: non ha pace questa povera ragazza. Le chiedo, comunque, di precisarmi un po' meglio la dinamica dei suoi problemi espressivi.*

"Quando mi trovo davanti a gente arrogante, mi faccio piccola piccola: non scappo, però mi impappino. E poiché oramai sono sola al mondo, vedo gli altri migliori di me, anche se poi tutti mi cercano perché sono "la buona amica". Certo, mi fa piacere, però... In genere, se mi trovo in un certo ambiente, non ci sono problemi; ad esempio, coi miei colleghi della Scuola di Naturopatia oppure in palestra, non mi capita. Ma se mi trovo a contatto con persone nuove, che non mi stanno molto simpatiche, tipo il broker di Londra, e soprattutto che non conoscono la mia storia, allora mi capita, eccome! Non mi è mai capitato invece quando ho fatto politica"

*Ha fatto anche politica? Una giovane donna che si appassiona alla politica, all' impegno sociale sembra roba di secoli fa. Le chiedo di spiegarmi meglio questo aspetto.*

“Più che politica, ho fatto tanto volontariato sociale (tra cui S.O.S. Blu) perché le ho già detto che mi piace fare qualcosa per gli altri. Poi, avendo fatto Scienze Politiche, ho compreso anche tante cose. Soprattutto che non sopporto affatto le ingiustizie e questo mondo ne è pieno!”

*Mi interessa questo tono appassionato contro le ingiustizie: cosa ci sarà dietro?*

“Da piccola ero costretta a portare l' apparecchio ortodontico per via del prognatismo. Mi dava dolore alle mascelle eppure ho dovuto portarlo per anni, pensi un po'... A scuola, invece, mi vergognavo tremendamente perché leggevo male per via dell' apparecchio, sputacchiavo. Allora le maestre mi sgridavano e tutti ridevano di me. Così mi bloccavo ancora di più! Pensi che me le ricordo tutte le sgridate che ho avuto, dall' asilo fino al liceo!”

*Le chiedo, anche per “spezzare la tensione” che si è venuta a creare, se c' è qualcosa cui ricorre per stare meglio*

“Ah, certamente! Se faccio attività fisica in genere sto benissimo, ne ho proprio bisogno. Anche la distrazione mi aiuta: se ho qualche problema e riesco a distogliere il pensiero, poi va meglio. E poi adoro la Natura, mi piacciono anche i temporali. E adoro ballare”

*Comincio ad avere un' idea del rimedio “papabile” per cui le chiedo se le capita mai di avere sensi di colpa. Mi guarda come se l' avessi colpita al cuore!*

“Sempre! Per me vengono sempre prima le esigenze altrui e poi le mie, non saprei fare diversamente. Ho un fortissimo senso del dovere, Se devo fare qualcosa non mi riduco mai all' ultimo momento. Quando andavo a scuola, facevo sempre i compiti in anticipo, sennò mi sentivo male.

*A questo punto le chiedo di ricordarmi le malattie avute in passato, dal momento che non ho più la sua vecchia cartella*

“In passato ho avuto la mononucleosi che mi sono trascinata per un bel po'. Nel periodo della depressione, ho sofferto di asma. Quest' anno invece mi è tornata la rinite allergica di cui ho sofferto sin da bambina e che era migliorata con la psicoterapia. Ho la tendenza a formare un sacco di nei (nevi): parecchi li ho fatti anche asportare perché erano a rischio. Inoltre credo di soffrire di disbiosi: quando sono sotto stress mi si forma tanta aria in pancia, con dolori addominali molto forti che si calmano soltanto evacuando. Di solito alterno tra stitichezza e diarrea. Devo stare attenta a ciò che mangio: il pesce mi fa fare le feci acquose mentre i carboidrati mi fanno venire il colanaso. Invece se mangio proteine e verdure, va tutto ok”

*Infine le chiedo se ci sono cose che le mettono paura*

“Sicuramente ho paura di diventare matta: con tutto quello che mi è capitato... Per giunta sono rimasta sola, che ne sarebbe di me? Anche per questo cerco di aiutarmi in ogni modo, cercando di prendermi cura di me stessa. La scelta di seguire una Scuola di Naturapatia viene anche da qui, credo. Anche il cancro mi fa tanta paura: ho già avuto l' esperienza di mia madre, mia zia, mia nonna, i miei cani. Che altro?”

*Anche la stima in se stessa mi sembra un po' vacillante, o sbaglio?*

“Assolutamente, dottore. Pensi che mi piacerebbe tanto avere un figlio ma poi mi chiedo: sarò all' altezza? Io ritengo di essere stata una bambina fortunata, eppure ricordo che le assenze dei miei genitori per me erano autentici oceani!”

Anche questo caso mi sembra molto chiaro, paradigmatico, direi. Come nel caso precedente, i disturbi conseguenti a rimproveri, umiliazioni e violenze verbali. In più abbiamo, la dominazione subita per anni, le conseguenze di lutti ripetuti (persone care), i disturbi del linguaggio conseguenti a situazioni stressogene, lo spirito di servizio, la simpateticità, l'avversione per le ingiustizie, la paura del cancro, i nevi "a rischio", le tipiche patologie pregresse (asma, rinite, mononucleosi, etc.). L'elenco potrebbe continuare se la situazione non fosse già molto chiara. La diagnosi è ampiamente confermata dalla repertorizzazione:

1	1234	1	MIND - AILMENTS FROM - death of loved ones	26
2	1234	1	MIND - AILMENTS FROM - mortification	76
3	1234	1	MIND - INJUSTICE, cannot support	55
4	1234	1	MIND - MISTAKES; making - speaking, in	114
5	1234	1	GENERALS - FOOD and DRINKS - farinaceous - agg.	30
6	1234	1	ABDOMEN - DISTENSION - eating - after - agg.	98
7	1234	1	GENERALS - EXERTION; physical - amel.	50

	nat-m.	caust.	ign.	nux-v.	sulph.	calc.	carc.	chin.	dulc.	lyc.
	7	6	6	6	6	5	5	5	5	5
1	1	1	3	1	1	1	1	-	-	1
2	3	1	3	2	2	1	2	2	2	3
3	2	3	2	1	1	1	3	1	2	-
4	3	1	1	1	1	2	1	2	2	2
5	3	2	-	1	1	-	-	2	-	2
6	2	1	1	3	3	1	-	3	1	3
7	1	-	2	-	-	-	1	-	1	-

**Carcinosinum 200 CH**, 1 dose, seguita da placebo.

*Ci rivediamo dopo un mese e mezzo, prima della sua partenza per il Kerala (India), dove si sta recando per fare esperienza in una clinica ayurvedica*

“Sin dal terzo giorno ho avvertito il beneficio alla pancia: era molto più sgonfia, l'intestino poi si è regolarizzato subito. Questo Carcinosinum è una meraviglia!, anche perché l'ho proprio sentito il cambiamento: mi è venuta voglia di uscire, di comunicare agli altri i miei pensieri e le mie esigenze. Prima non ci provavo nemmeno: esistevano solo gli altri e, seppure ci provavo, finivo con l'essere fraintesa, così lasciavo cadere il discorso... Tutti quei pensieri negativi che mi venivano: che fine avranno fatto? Pensio che sta cambiando anche il mio rapporto con gli altri: ora mi faccio rispettare, anche col "broker" e con la sua donna ho messo le cose in chiaro, una volta per tutte! E' stato come sentire che quelle porte, che erano rimaste chiuse per tanto tempo, finalmente si aprivano... Mi sento anche più consapevole delle mie capacità. Incredibilmente non commetto più errori di scrittura o di linguaggio e persino quelle paure (diventare matta, cancro, etc.) cominciano a svaporare. Persino il mio rapporto di coppia sta cambiando, si sta approfondendo e poi ... non ci crederà, ma siamo anche molto richiesti, proprio come coppia! Mai successo prima d'ora!”

*Tornata dal Kerala, dove ha fatto un'esperienza formativa ed umana impagabile, ci siamo sentiti telefonicamente e visti un paio di volte, per semplici controlli. Sta bene, dice di sentirsi un'altra persona, o meglio, ora sente di essere finalmente "se stessa". E per noi, piccoli artigiani, sono queste le soddisfazioni più grandi...*

## □ Il caso di Kate

Kate è mia nipote (sua madre è mia cognata), appartiene al “ramo americano” della mia famiglia. Alta e slanciata, potrebbe sembrare una modella. In passato ha avuto qualche problema con l’ alimentazione, di tipo anoressizzante: si preoccupava eccessivamente del potere calorico dei cibi, come tante ragazze della sua età. Ah, dimenticavo: ora ha 23 anni ma quando l’ ho conosciuta ne aveva 17. Era la classica ragazzina insicura di sé, non ancora consapevole della sua sessualità, con diversi problemi di relazione coi coetanei perché, sin da piccola, era dislessica. Con lei gli insegnanti hanno dovuto usare un “metro” diverso ma, come anche nel caso di Benedetto e di Simona , evidentemente qualcuno non lo ha fatto... E poi, si sa, i bambini, a quell’ età, non si rendono conto e possono essere particolarmente crudeli: di tutto questo, Kate ha indubbiamente sofferto. Per via della dislessia, la sua carriera scolastica è durata più a lungo del solito. La dislessia infatti le ha creato un complesso di inferiorità che ha cercato di vincere “rendendosi utile” in qualsiasi modo. Inoltre, tra poco più di un anno, le tocca l’ Università ed il solo pensiero la scombussola: infatti ha sempre avuto grossi problemi di concentrazione, quando studia. Inoltre fa spesso errori nello scrivere e questo le crea notevole imbarazzo. Così Kate si è chiusa in sé ed ha cercato altre soluzioni “per stare al passo” con gli altri: nata e vissuta a Boston (una delle capitali intellettuali del mondo, con le sue 11 Università, tra le più prestigiose del mondo), dove la competizione fa parte del DNA collettivo. Ha dovuto ovviamente “tenere sotto controllo” bisogni ed emozioni per farsi accettare senza essere compatita.

Nel 2001 sviluppa una dermatite esfoliativa alle dita delle mani molto fastidiosa, sia per il prurito, che per l’ aspetto. A ben poco servono pomate reidratanti e neppure quelle al cortisone riescono a risolvere il problema. Su insistenza di mia moglie, decido di affrontare la sfida: in altri termini, una “reperitorizzazione a distanza”, sulla base delle indicazioni fornitemi da lei (per telefono) e dai familiari. Ne viene fuori il quadro di una ragazza insoddisfatta di sé, con preoccupazioni per il futuro, pochissima autostima. Quando deve affrontare un esame o comunque una prova intellettuale, diventa molto più agitata e la dislessia peggiora inevitabilmente. Ha sempre paura di non farcela, di non essere all’ altezza “perché gli altri sono tutti migliori di me”; ma è al tempo stesso una ragazza dolcissima, capace di sacrificare le proprie esigenze per aiutare chi è in difficoltà. I sintomi più significativi a mia disposizione sono prevalentemente “mentali”: conscio dei rischi che comporta una reperitorizzazione del genere, procedo. Con mia sorpresa noto che Carcinosinum copre tutti i sintomi selezionati tranne quelli relativi alla dermatite, il problema per cui mi aveva chiesto aiuto. Eppure il quadro del rimedio combacia con estrema precisione col profilo psicoemozionale di Kate, stando almeno alla versione dei familiari. Decido di tentare comunque, anche perché non ci sono molte altre scelte a disposizione.

Carcinosinum 30 CH, 3 granuli x 3 vv/die.

### Somma dei sintomi - Somma dei sintomi - Intensità considerata

1	1234	1	<b>MIND - AILMENTS FROM - mental exertion</b>	69
2	1234	1	<b>MIND - CONCENTRATION - difficult - studying</b>	105
3	1234	1	<b>MIND - DISCONTENTED - himself, with</b>	58
4	1234	1	<b>MIND - MISTAKES, makes - writing, in</b>	92
5	1234	1	<b>EXTREMITIES - ERUPTIONS - Fingers</b>	57
6	1234	1	<b>EXTREMITIES - ERUPTIONS - Fingers - desquamation</b>	18

	lyc.	nat-m.	sulph.	agar.	bell.	carc.	dulc.	graph.	kali-c.	kali-s.
	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4
1	1	1	-	1	1	2	-	1	2	2
2	1	1	1	1	1	1	-	-	1	-
3	1	-	2	-	1	2	2	-	1	2
4	3	2	1	1	-	1	2	1	1	1

5	1	1	1	-	1	-	1	1	-	2
6	-	1	2	1	-	-	1	2	-	-

Dopo 10 giorni, Kate mi richiama, trionfante:

*“E’ sparito tutto! Non è possibile... All’ inizio sembra va peggiorata, la cosa. Mi dicevo: ecco, ci risiamo. Me la dovrò portare per chissà quanto, e invece...”*

Le propongo di continuare il trattamento per altre 3 settimane e di aggiornarci tra qualche mese: mi interessa esplorare l’ effetto di Carc. ad un livello più ampio. In effetti, dopo 3-4 mesi mi riferisce di sentirsi “stranamente molto meglio, in tutti i sensi”. Le suggerisco allora di smettere ogni assunzione e di riprendere il rimedio solo se dovesse ripresentarsi la dermatite o qualche momento “critico” a livello personale. Nel sentirci periodicamente (Natale, Thanksgiving, compleanni, etc.) mi ha confermato di aver notato una “svolta” anche sul piano intellettuale e spirituale: ha iniziato a seguire una classe di Yoga che le piace e le sta dando moltissimo. Inoltre si sente molto più “presente” a lezione, meno affaticata nello studio e fa molti meno errori nello scrivere (il suo grande cruccio!). Da allora è stata sempre bene fino a 2 anni fa, allorché, in occasione dello sforzo finale per la tesi di laurea, è riapparsa la dermatite di prima: 1 settimana di Carcinosinum ha riportato la situazione allo “statu quo ante”. Quest’ anno, a giugno, ha mandato a me e mia moglie una lettera di ringraziamento molto toccante, assolutamente esente dal benché minimo errore di scrittura...

### Sintesi conclusiva

L’ ADHD è una delle “sindromi” più controverse e dibattute del nostro tempo. Molti studiosi ne mettono persino in dubbio l’ esistenza. A tutt’ oggi, nonostante l’ incredibile profusione di mezzi e risorse, non si è riusciti a produrre alcuna “evidenza” degna di credibilità. Sarebbe giusto chiedersi, a questo punto, se la cultura dell’ EBM, coi suoi “gold standard”, sia la “conditio sine qua non” cui tutto il mondo scientifico dovrebbe adeguarsi, senza distinzione di sorta, oppure un “optional” ingombrante, di cui sbarazzarsi quando non torna utile, o peggio ancora una sorta di mannaia, da adoperare secondo circostanze e convenienze...

Quel che risulta maggiormente inquietante (per medici, “pazienti” e familiari, scuole, etc.) non è tanto la possibile esistenza di comportamenti “disfunzionali” (peraltro di origine prevalentemente “ambientale” e non genetica, come vorrebbero i sostenitori della “psichiatria biologica”), sui quali sembrano non esserci dubbi, quanto la loro manipolazione diagnostica e nosologica per scopi prettamente “commerciali”: è la cosiddetta “disease mongering”, ovvero la “fabbricazione di malattie finalizzata al profitto”, da parte delle lobbies farmaceutiche. La loro strategia però non si ferma qui: allo scopo di allargare il più possibile la base di credibilità e di consenso sociale, i Signori del Farmaco hanno pensato bene di coinvolgere (oltre ad Università, Centri di ricerca, Società Medico-Scientifiche, testimonials ed opinion leaders famosi, etc.) persino le Associazioni di Pazienti. Fine ultimo di questa strategia mistificante è polarizzare l’ attenzione verso determinati farmaci che, non riuscendo a curare, si limiterebbero ad una mera azione di “controllo sociale” dei sintomi: non a caso, da tempo, si parla infatti di “Ritalin Connection”... In contrasto con la tesi neurobiologica, si vanno accumulando un gran numero di studi e di evidenze che dimostrano come i comportamenti di tipo ADHD siano, perlopiù, non solo degli “aspetti varianti/divergenti” rispetto alla norma, ma che siano addirittura predittivi di personalità “geniali” o comunque dotate di “talento”.

Ad ogni modo, la “via chimica” non costituisce l’ unica soluzione possibile, né tantomeno la migliore. Tra le molteplici risorse “alternative e complementari” a disposizione (fitoterapia, MTC, biofeedback, stimolazioni cerebellari, etc.), abbiamo la Medicina Omeopatica, che annovera una miriade di medicinali la cui Materia Medica “contiene” (e quindi cura alla radice) la molteplicità di manifestazioni

proprie dell' ADHD. Questa capacità di descrivere e “prevedere”, anche con largo anticipo, malattie e sindromi, prima del loro arrivo o addirittura della loro scoperta (come nel caso dell' ADHD), è un' ulteriore conferma della potenza e della profondità del Repertorio Omeopatico come strumento di indagine. Anche nel caso dell' ADHD, la terapia è stata scoperta “prima” della sindrome: solo che in questo caso, la sindrome è stata, per così dire, “costruita” attorno alla terapia...

Tra questi medicinali, una menzione particolare va a Carcinosinum, un nosode a valenza plurimiasmatica, particolarmente indicato per quei soggetti che hanno subito insulti e traumi psicoemozionali, durante l' infanzia, tali da condizionarne lo sviluppo comportamentale. I soggetti Carcinosinum, consapevoli dei propri limiti, mirano a compensare questo “gap” cercando di mostrarsi quanto più “perfetti”, responsabili ed accondiscendenti possibile, particolarmente nei confronti di coloro con cui tendono ad intrattenere rapporti controversi. Pertanto si sforzano di tacitare, o meglio, “sopprimere” il loro mondo emozionale: di qui la loro “rigidità”, a tutti i livelli.

Carcinosinum non è però “il” rimedio per antonomasia dell' ADHD: piuttosto rappresenta la modalità particolarissima con cui determinati soggetti vivono ed “interpretano” le manifestazioni tipiche dell' ADHD.

Una delle sue sfere d' azione principali è rappresentata dai disturbi del linguaggio e del comportamento, di cui i casi clinici esposti sono una testimonianza significativa. Anche questi disturbi, contratti prevalentemente nell' infanzia, depongono per gli insulti e/o l' eccessivo carico di doveri e responsabilità che grava su questi soggetti; al tempo stesso derivano dal “cattivo adattamento” tra il soggetto stesso e le aspettative dell' ambiente (familiare, scolastico, sociale).

In altri termini, esiste una sostanziale ed interessante unità di vedute tra l' approccio omeopatico classico e l' impostazione “critica”, mossa nei confronti dell' ADHD, da parte di vasti settori del mondo accademico e della società.

Crediamo, pertanto, che il mondo omeopatico farebbe bene a cercare “alleanze” in questo senso. Il nostro compito, infatti, non può limitarsi semplicemente alla diagnosi e cura: deve, possibilmente, mirare ad indagare e denunciare situazioni e comportamenti a rischio.

Terapia individuale e prevenzione sociale dovrebbero entrare a far parte del DNA di ogni omeopata in quanto la salute (dell' uomo, dell' animale e dell' ambiente) si consolida proprio dalla consapevolezza dei pericoli che corriamo, oggi più che mai: in tal senso, la Medicina Omeopatica può svolgere un ruolo fondamentale.

### Riferimenti Bibliografici nel testo

1. Comitato “Giù la Mani dai Bambini”: comunicato stampa del 9-06-2006 ([www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org))
2. Comitato “Giù le Mani dai Bambini”: Consensus Internazionale: ADHD e abuso nella prescrizione di psicofarmaci ai minori ([www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)- Gennaio 2005 )
3. H.Kremer, RITALIN E CERVELLO -I disastrosi effetti del narcotico Ritalin e le sue conseguenze sul cervello. Macro Edizioni 2003.
4. Peter Breggin, Stati psichiatrici d'America da “I principi cerebro-debilitanti dei trattamenti psichiatrici - Droghe, electroshock, e il ruolo della FDA”, Springer Publishing Company (1997)
5. Breggin P.: Talking back to Ritalin. Common Courage press, 2001
6. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2001.
7. J. Reichenberg-R. Ullman: Ritalin Free Kids, Three Rivers Press, New York, 2000, 2nd Ed.
8. P. M. Bailey: Carcinosinum, Salus Infirmorum, Padova, 2006
9. Sankaran R.: L' anima dei rimedi. Salus Infirmorum, 3° vol., Padova, 2000
10. R. Moynihan, A. Cassels: Farmaci che ammalano, Nuovi Mondi Media, 2005
11. N.I.H.: Consensus Development Conference Statement, Nov 16-18, 1988
12. G. Masi, S. Millepiedi, M.Mucci: Il disturbo da deficit dell' attenzione e iperattività: diagnosi differenziale. AIDAI, Newsletter, ottobre 2002

13. Carey WB: ADHD: gli interrogativi non risolti. Quaderni acp 2004; 11 (6): 236-241
14. Barkley R.A.: ADHD: a handbook for diagnosis and treatment. New York, Guilford Press, 1998
15. Brown, T.E.: Attention Deficit Disorder and Comorbidities in children, adolescents and adults. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000
16. Dendy C.: 5 Components of executive function. *Attention!*, 26-31, Febbraio 2002
17. MTA Cooperative Group: A 14-month RCT of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psych*, 56, 12 (1999)
18. Biedermann J.: AD/HD. A life span perspective. *J Clin Psych* 59 (suppl. 7): 14-16, 1999
19. Pliszka S.R.: Comorbidity of ADHD with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psych* 59 (suppl. 7): 50-55. 1998
20. Baren M.: Rating Scales. Tratto da "Patient Care", 15 Dic. 1995
21. Perrin J. et al.: Clinical practice guideline: treatment of school-aged children with ADHD. *Paediatr*. 108 (4): 1033-1044, 2001
22. Helen Courvoisier, Stephen R. Hooper, Camille Fine, Lester Kwock, and Mauricio Castillo: Neurometabolic Functioning and Neuropsychological Correlates in Children With ADHD-H: Preliminary Findings. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, Feb 2004; 16: 63 - 69.
23. Lou HC, Henriksen L, Bruhn P et al. (1989), Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Arch Neurol* 46(1):48-52.
24. Dougherty et al.: Dopamine transporter density is elevated in patients with ADHD. *Lancet*, (354), 2132-2133
25. Zimetkin A, Rapaport JL: Neurobiology of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: Where Have We Come in 50 Years?, *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 26:676-686, 1987
26. Castellanos FX et al.: Quantitative brain MRI in ADHD. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53: 607-616
27. Swanson JM et al.: Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a family-based approach. *Mol Psychiatry* 1998; 3:38-41
28. Biedermann J.: Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1792-8
29. Biederman J.: A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:437-46.
30. Volkow N., et al. (1998). "Dopamine Transporter Occupancies in the Human Brain Induced by Therapeutic Doses of Oral metilfenidato". *Am J Psychiatry* 155:1325-1331, October 1998.
31. Pittsburgh Tribune-Review. "More students abusing hyperactivity drugs", 25 ott. 2005
32. The New Yorker. 2 February 1999. "Running from Ritalin"
33. Jensen, Peter S., Lori Kettle, Margaret T. Roper, Michael T. Sloan, Mina K. Dulcan, Christina Hoven, Hector R. Bird, Jose J. Bauermeister, and Jennifer D. Payne. 1999. Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38 (7):797-804
34. Mannuzza, S., Klein, R.G., Moulton, J.L. (2003). "Does Stimulant Treatment Place Children at Risk for Adult Substance Abuse? A Controlled, Prospective Follow-up Study". *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Sep 2003, Vol. 13, No. 3: 273-282
35. Adriani, W. et al. (2005). "Metilfenidato Administration to Adolescent Rats Determines Plastic Changes on Reward-Related Behavior and Striatal Gene Expression". *Neuropsychopharmacology* advance online publication 23 November 2005

36. Rao J.K., Julius J.R., Breen T.J., Blethen S.L. (1996). "Response to growth hormone inattention deficit hyperactivity disorder: effects of metilfenidato and pemoline therapy". *Pediatrics*. 1998 Aug;102(2 Pt 3):497-500
37. Spencer, T.J., et al. (1996). "Growth deficits in ADHD children revisited: evidence for disorder-associated growth delays?". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Nov;35(11):1460-9
38. Klein R.G. & Mannuzza S. (1988). "Hyperactive boys almost grown up. III. metilfenidato effects on ultimate height". *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec;45(12):1131-4
39. El-Zein R.A., et al. (2005). "Cytogenetic effects in children treated with metilfenidato". *Cancer Lett*. 2005 Dec 18;230(2):284-91
40. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological and genetic research. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1998;39:65-9
41. Hetzig ME. Temperament and neurological status. In: Rutter M (ed). *Developmental Neuropsychiatry*. New York: Guilford Press, 1983
42. Rutter M. Issues and prospects in developmental neuropsychiatry. In: Rutter M (ed). *Developmental Neuropsychiatry*. New York: Guilford Press, 1983b
43. Max J, Arndt S, Castillo C, Bokura H, Robin D, Lindgren S, Smith W, Sato Y, Mattheis P. Attention deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:841-7
44. Fox N, Rubin K, Calkins S, Marshall T, Coplan P, Porges S, Long J, Stewart S. Frontal activation asymmetry and social competence at four years of age. *Child Development* 1995; 66:1770-84
45. Levy E, Hay D, McStephen M, Wood C, Waldman. Attention deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetics analysis of a large scale twin study. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:737-44
46. Plomin R, Owen M, McGuffin P. The genetic basis of complex human behaviors. *Science* 1994;264:1733-9
47. Mellins CA, Gatz M, Baker L. Childrens' methods of coping with stress: a twin study of genetic and environmental influences. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1996;37:721-30
48. Diller LH. *Running on Ritalin. A physician reflects on children, society and performance in a pill*. New York: Bantam Books, 1998
49. Reid R, Maag J, Wasa S. Attention deficit hyperactivity disorder as a disability category: a critique. *Exceptional Children* 1993;60:198-214
50. Wolraich ML: Primary Care Providers and Childhood Mental Health Conditions *Pediatrics*, Apr 2000; 105: 963
51. Wolraich ML: da "2000 American Academy of Pediatrics Annual Meeting ADHD Current Diagnosis and Treatment"
52. Englander A: Childhood ADHD and Its Effects on Parents and the Family System, *J Stud Award Winners*, 2005 (<http://jsaw.lib.lehigh.edu/viewarticle.php?id=359&layout=html>)
53. <http://www.psychminded.co.uk/news/news2004/august04/Clinical%20psychology%20publishes%20critique%20of%20ADHD%20diagnosis%20and%20use%20of%20medication%20on%20children.htm>
54. Einsenberg L.: COMMENTARY: Experience, Brain, and Behavior: The Importance of a Head Start, *PEDIATRICS* Vol. 103 No. 5 May 1999, pp. 1031-1035

55. Maziade M. Should adverse temperament matter to the clinician? An empirically based answer. In: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK (eds). *Temperament in childhood*. New York: Wiley, 1989
56. Kanbayashi Y, Nakata Y, Fujii K, Kita MK. ADHD-related behaviour among non referred children:parents' rating of DSM-III-R symptoms. *Child Psychiatry and Human Development* 1994;25,13-29
57. Woodward L, Dowdney L, Taylor F. Child and family factors influencing the clinical referral of children with hyperactivity:a research note. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1997;38:479-85
58. Angold A, Erkanli A, Egger HL, Costello EJ. Stimulant treatment for children: a community perspective. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39:975-84
59. Wasserman R, Kelleher K, Bocian A, Baker A, Childs G, Indacochea F, Stulp C, Gardner W. Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care:a report from pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network. *Pediatrics* 1999;103:E38
60. Zito J: Trends in prescribing of psychotropic medicationtopreschoolers. *JAMA*, 2000, 283; 1025-30
61. Shaywitz B, Fletcher J, Shaywitz S. Defining and classifying learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder. *J of Child Neurology* 1995;10:S50-S57
62. Bernstein G, Carrol M, Crosby R, Perwien A,Go F, Benowitz N.: Caffein effects on learning,performance and anxiety in normal school aged children. *J of American Academy of Child andAdolescent Psychiatry* 1994;33:407-15
63. Rapoport J, Buchsbaum M, Zahn T,Weingartner H, Ludlow C, Mikkelsen E.Dextroamphetamine: cognitive and behavioural effects on normal prepubertal boys. *J of AmericanAcademy of Child and Adolescent Psychiatry*1978;190:560-3
64. Rapoport J, Buchsbaum M, Weingartner H,Zahn T, Ludlow C, Mikkelsen F. Dextroamphetamine:ist cognitive and behavioral effects in normal amd hyperactive boys and normal man. *Archives of General Psychiatry* 1980;37:933-43
65. Carey WB. What the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder did and did not say about the use of metylphenidate for attention deficits. *Pediatrics* 2000;105:863-4
66. Dimitri A. Christakis, MD, MPH<sup>\*,†,§,||</sup>, Frederick J. Zimmerman, PhD<sup>†,§</sup>, David L. DiGiuseppe, MSc<sup>‡</sup> and Carolyn A. McCarty, PhD: Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children. *PEDIATRICS* Vol. 113 No. 4 April 2004, pp. 708-713
67. Tara Stevens, Miriam Mulrow: There Is No Meaningful Relationship Between Television Exposure and Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *PEDIATRICS* Vol. 117 No. 3 March 2006, pp. 665-672
68. NIMH: Long-Term effects of stimulant medications on the brain. Dicembre 1999
69. Cornoldi C.: Iperattività e autoregolazione cognitive. Erickson, 2001)
70. Hartmann T.: Attention Deficit Disorder: a differente perception. Underwood Books, 1997
71. <http://add.about.com/cs/workplaceissues/a/entrepreneur%20.htm>  
<http://www.msnbc.msn.com/id/7102727/site/newsweek/>

72. Cheryl M. Ackerman: "Identifying Gifted Adolescents Using Personality Characteristics: Dabrowski's Overexcitabilities". Roeper Review - A Journal on Gifted Education, Volume 19, No. 4, June 1997
73. Block Mo more Ritalin: treating ADHD without drugs. Amazon Paperback, 1996
74. Reid R, Maag J. How many fidgets in a pretty much: a critique of behaviour rating scales for identifying students with ADHD. J of School Psychology 1994;32:339-54

Studi Clinici Randomizzati (RCT) in ambito Omeopatico e Fitoterapico

75. Lamont J.: Homoeopathic treatment of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. Br Homoeopath J, 1997. 86(10): p. 196-200.
76. Frei, H. and A. Thurneysen: Treatment for hyperactive children: homeopathy and methylphenidate compared in a family setting. Br Homeopath J, 2001. 90(4): p. 183-8.
77. Frei, H. Homeopathy in hyperactive children: observations in a randomized, placebo controlled double-blind trial with individualized treatment in 60th Homeopathic World Congress. 2005. Berlin
78. Frei, H. and A. Thurneysen: Treatment for hyperactive children: increased efficiency through modifications of homeopathic diagnostic procedure. Homeopathy, 2006, 95:3
79. Steinsbekk, A., Data collection in homeopathic practice - a proposal for an international standard. 1999, European Committee for Homeopathy
80. Barclay L., Murata P.: Pine bark extract may effectively treat ADHD in boys. European Child & Adolescent Psychiatry. 2006, May 13

Alcuni siti internet per saperne di più:

81. [www.iss.it/adhdprog](http://www.iss.it/adhdprog)
82. [www.giulemanidaibambini.orgwww.toscananet.it](http://www.giulemanidaibambini.orgwww.toscananet.it)
83. [www.antipsichiatria.it](http://www.antipsichiatria.it)
84. [ww.nopazzia.it](http://ww.nopazzia.it)
85. [www.ecn.org/antipsichiatria](http://www.ecn.org/antipsichiatria)
86. [www.inventati.org/antipsichiatria](http://www.inventati.org/antipsichiatria)
87. [www.club.it/cuculo/indice-i.html](http://www.club.it/cuculo/indice-i.html)
88. [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
89. [www.healing-arts.org/children/ADHD](http://www.healing-arts.org/children/ADHD)
90. [www.aidai.org](http://www.aidai.org)
91. [www.help4adhd.org](http://www.help4adhd.org)

92. <http://www.psychminded.co.uk/news/news2004/august04/Clinical%20psychology%20publishes%20critique%20of%20ADHD%20diagnosis%20and%20use%20of%20medication%20on%20children.htm>