

DISTURBO DI ATTENZIONE E IPERATTIVITA'

BAMBINI- RITALIN

Dott. Claudio Ajmone – Psicologo e Psicoterapeuta

« Faccio sempre di nuovo la stessa esperienza e sempre di nuovo mi ribello ad essa: non voglio crederci, benchè lo palpi con mano: manca ai più la coscienza intellettuale; anzi spesso ho avuto quasi l'impressione che se si esige una tale coscienza, si finisce per essere soli nelle più popolose città, come nel deserto.»

F. Nietzsche – La Gaia Scienza

PREMESSA

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

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

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

L'utenza psichiatrica si è allargata alla generalità della popolazione, non vi è problema che non sia di competenza psichiatrica e il farmaco non può mancare nel trattamento terapeutico. Il caso "Ritalin" (metilfenidato) porta alle estreme conseguenze l'assunto della *psichiatria organicista* ponendoci di fronte alla necessità di ripensare la legislazione, la cultura, la prassi terapeutica, per riportare il tutto entro confini etici, generali e deontologici, ormai ampiamente violati.

Il nostro Ministero della Sanità ha autorizzando la commercializzazione in Italia del Ritalin nel mese di Ottobre del 2000. Si tratta di una droga classificata come stupefacente, nella stessa tabella della cocaina, anfetamina, oppiacei, barbiturici. E' prescritta ad una vasta popolazione di fanciulli vivaci, impulsivi e disattenti a scuola, diagnosticati come portatori del disturbo di "deficit di attenzione" (ADD) e/o "iperattività/impulsività" (ADHD).

E' usato anche per la narcolessia e l'autismo. Questa patologia è stata ufficializzata dall'American Psychiatric Association nel 1980, colpisce prevalentemente i maschi. Il primo studioso che la descrisse fu **George Fredrick Still** che la espose al Royal College of Physicians nel 1902. *Laufer e Denhoff* (1957) e *Stella Chess* (1960) furono i primi a descrivere l'iperattività. La categoria "Hyperkinetic Reaction of Childhood" comparve nel DSM-II nel 1968. In passato questo disturbo ha avuto diversi nomi quali *danno cerebrale, minimo danno cerebrale, ipercinesia* ecc. Questa famiglia di disordini durerebbe tutta la vita e la tendenza è di ritenerla ereditaria.

La seguente è una lista di persone famose che, a torto o a ragione, sono state ritenute "malate mentali" di ADD, in buona parte si tratta di patografia :

Hans Christian Anderson, Ann Bancroft, F. W. Woolworth, Beethoven, Sir Richard Francis Burton, George Burns, Harry Belafonte, Gregory Boyington, Thomas Carlyle, Andrew Carnegie, Lewis Carroll, Prince Charles, Agatha Christie, Winston Churchill, Admiral Richard Byrd, Stephen

Hawkins, Sergei Rachmaninoff, Mariel Hemingway, Wright Brothers, Eddie Rickenbacker, Ernest Hemingway, Bill Cosby, John Corcoran, Harvey Cushing, M. D., Leonardo da Vinci, Salvador Dali, Edward Hallowell, M.D., Dwight D. Eisenhower, Michael Faraday, John J. Ratey, M.D., F. Scott Fitzgerald, Henry Ford, Malcolm Forbes, Benjamin Franklin, Galileo, Danny Glover, Steven Hawkins, William Randolph Hearst, Tracey Gold, Samuel Johnson, John F. Kennedy, Zsa Zsa Gabor, Micheal Jordan, Robert Kennedy, Jason Kidd, John Lennon, Abraham Lincoln, Carl Lewis, Mozart, James Clerk Maxwell, Steve McQueen, David H. Murdock, Napoleon, Nasser, Issac Newton, Nostradamus, Louis Pasteur, Kate Kelly, Picasso, Edgar Allan Poe, Ronald Reagan, Dan Quayle, Russell White, George C. Scott, Sergei Rachmaninoff, John D. Rockefeller, General Westmoreland, Weyerhauser family, Eleanor Roosevelt, Babe Ruth, Anwar Sadat, Howard Morris, Nolan Ryan, Pierre Salinger, Peggy Ramundo, Pete Rose, Charles Schwab, George Bernard Shaw, Alberto Tomba, Russell Varian, Puccini Rodin, Tom Smothers, Steven Spielberg, Sylvester Stallone, Jackie Stewart, James Stewart, Henry David Thoreau, Leo Tolstoy, Van Gogh, Thomas Thoreau, Jules Verne, William Butler Yeats, Lindsay Wagner, Robin Williams, Stevie Wonder.

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

Il Dott. *Paul Elliott* ha affermato: "[...] The average I.Q. of the person with ADD is higher than that of the average person in society. [...] The person with ADD has a greater ability to think creatively. This refers not only to creativity in the fine arts sense, though a person may have such a musical or painting talent, but to the ability to problem solve, create, or invent. The person with the ADD brain structure has an increased sensory awareness. This stems not only from a heightened sensitivity of the senses, but also from the increased intrusion of those sensations into the conscious awareness of the person. In other words, the person sees, feels, hears, tastes, and smells more, and these sensations are more likely to distract the person. Finally, the higher one goes on the I.Q. scale, the greater the percentage of ADD one finds. From an I.Q. of about 160 and above, virtually everyone has ADD. Now, if that is "brain damage," as was previously felt, we should all be so damaged! Certainly it is not brain damage, and the sooner we acknowledge this, the sooner we will be able to take a more appropriate approach to ADD [...]"

La first lady *Hillary Clinton*, dopo l'allarmante rapporto "*Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers*" del *Journal of the American Medical Association*, in cui si evidenziava l'allargamento della diagnosi e della farmacoterapia all'età prescolare e adulta, ha lanciato, nel corso dell'anno 2000, una crociata contro l'uso indiscriminato di questi psicofarmaci sui bambini. Sia la *Food and Drug Administration* (FDA) che la *Drug Enforcement Administration* (DEA) hanno dichiarato che l'ADHD non ha cause biologiche note.

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

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

Malgrado ciò la tesi neurobiologica continua ad imperare con granitica certezza tra gli psichiatri. Di fronte a questo mito organicista proponiamo, come momento di più ampia riflessione, quanto scritto da **Umberto Galimberti**, sempre penetrante su questi temi, in "*La mente fantastica del viaggiatore*", La Repubblica, 26 luglio 2000:

"Quanto incide la cultura del tempo e la cultura del luogo nella "malattia mentale"? Moltissimo. Ne tengano conto gli organicisti ogni volta che sono tentati di risolvere qualsiasi disagio psichico nel fondo enigmatico e buio del nostro cervello, e con loro ne tengano conto i nominalisti a proposito dei quali già Kant, due secoli or sono, avvertiva: "*C'è un genere di medici, i medici della mente, che pensano di scoprire una nuova malattia ogni volta che trovano un nuovo nome*". È noto che la malattia mentale ha bisogno di vittime e di esperti.

Dove ci sono le vittime, ma non gli esperti, oggi diremmo dove ci sono i pazienti ma non gli specialisti, la malattia non è individuata, non è isolata, al limite non è neppure avvertita. [...] Costoro sono affetti da disturbi mentali reali o vittime di concettualizzazioni psichiatriche, di artefatti culturali, di sindromi alimentate da specialisti, di imitazioni o più semplicemente di postulati tipici di una cultura che vuole medicalizzare ogni grattacapo che dà filo da torcere a genitori, insegnanti, datori di lavoro, o più semplicemente ai conducenti degli autobus?

[...] Non meravigliamoci se una definizione ha fatto una vittima. Le definizioni continueranno a farne se è vero, come sosteneva Ludwig Wittgenstein, che la psicologia è quella scienza fatta di "metodi sperimentali e confusione concettuale. [...] Lo stesso dicasi a proposito dei bambini irrequieti che sono sempre esistiti, prima rubricati come affetti da "iperattività", poi "da deficit di attenzione da iperattività", quindi da vero e proprio disturbo clinico che si può sanare con lo steroide **Ritalin**, come si possono sanare i disturbi derivati da mancanza d'affetto con il **Prozac**. Che cosa sono queste sindromi?

Disturbi mentali o artefatti della psichiatria che, medicalizzando tutto ciò che non è a norma (culturale), vuol togliere a ciascuno il peso della cura di sé e soprattutto, quel che più conta, degli altri? A proposito delle malattie mentali il nostro serbatoio di ignoranza è senza limiti, ma nostre sono anche le confusioni concettuali che le nuove conoscenze e soprattutto le nuove definizioni e le nuove diagnosi non aiutano a eliminare, con buona pace di tutti i rigidi seguaci del DSM (il manuale diagnostico- statistico) che si attaccano alle sue definizioni come un naufrago a tutto quello che gli capita sotto mano per non affogare nel mare dell'incertezza e della non conoscenza. Cento anni di osservazione psichiatrica ci hanno abituato al carattere transitorio di molte malattie mentali, non nel senso che queste vanno e vengono nella vita di un individuo, ma nel senso che si presentano in una certa epoca e in un certo luogo e poi spariscono.

RITALIN BACKGROUND

Il Ritalin è sul mercato Americano da quasi mezzo secolo e per molti rappresenta uno stile di vita. Questa droga ha avuto e ha ancora i suoi estimatori. Scrive **Tom Wolfe** nel suo articolo "*Il cervello senz'anima*", 1996:

"Eppure, da un capo all'altro dell'America si assiste allo spettacolo di un'intera generazione di ragazzini – decine di migliaia – cui viene propinato il rimedio elettivo per il deficit dell'attenzione: il Ritalin, nome commerciale dato dalla Ciba-Geneva allo stimolante metilfenidato. Io ho conosciuto il Ritalin per la prima volta nel 1966 a San Francisco, dove svolgevo ricerche in preparazione di un libro sul movimento psichedelico o hippie. Una certa specie del genere hippie andava sotto il nome di Speed Freak, e un particolare ceppo di *Speed Freak* era noto come Ritalin Head. I Ritalin Head adorano il Ritalin. A volte li vedevi completamente immersi in un delirio totale da Ritalin.

Non un gesto, non un'occhiata: potevano sedere assorti in qualsiasi cosa – un tombino, le rughe del palmo delle proprie mani – per un tempo indefinito, saltando un pasto via l'altro, fino all'insonnia più incoercibile... puro nirvana da metilfenidato. Fra il 1990 e il 1995 le vendite di Ritalin della

Ciba-Geneva sono aumentate del 600 per cento, e non per l'avidità di qualche sottoinsieme della specie Speed Freak di San Francisco, ma perché un'intera generazione di ragazzini americani – dai migliori collegi del Nordest alle scuole pubbliche più sfigate di Los Angeles e San Diego – era ormai assuefatta al metilfenidato, che le veniva diligentemente somministrato ogni giorno dal pusher di fiducia, il medico scolastico".

Tra gli adolescenti americani è assunto a scopo ricreativo, per migliorare le prestazioni di studio e di lavoro (smart drugs, Vitamin R, R-ball); è ormai la droga più usata e la DEA ritiene che molti decessi siano causati dal suo abuso. Nel 1991, nel Texas, 25 giovani tra i 10 e i 14 anni ricorsero a cure di pronto soccorso per abuso di Ritalin. Nel 1995 furono 400, pari alla cocaina e ci furono 2000 furti di Ritalin, prevalentemente nelle farmacie. Nel rapporto del 20 Ottobre del 1995 la DEA dichiara:

" DAWN statistics on estimated emergency room mentions indicate that there were 271 mentions in 1990, 657 mentions in 1991, 1,044 mentions in 1992, and 725 in 1993 (of which 28% to 40% were associated with abuse for dependence or psychological effects). The number of mentions for MPH [Ritalin] was significantly greater than mentions for Schedule III stimulants (6 mentions in 1992 and 1 mention in 1993 for all Schedule III stimulants)".

Newsweek, nel 1995, scrive che è la droga preferita nei campus, facile da reperire e a basso costo, che gli studenti non la considerano pericolosa. Vi sono cantanti e gruppi musicali che sono cresciuti con il Ritalin. "Incapsulata", l'ultima creazione di **Nivek Ogre**, già cantante dei mitici Skinny Puppy, ha avviato un nuovo progetto denominato Ritalin. Nel 1994 **Kurt Cobain** (Nirvana) si suicida, era la vera voce di una generazione. Il 20 febbraio 1967, prese la prima dose di Ritalin, aveva sette anni. Il medico di famiglia l'aveva definito "un piccolo maniaco, ribelle, ipercreativo". Il metilfenidato gli causava insonnia, doveva prendere dei sedativi, dolori allo stomaco e nausea che leniva con la cocaina. Nel biglietto che lasciava, accennava alle due cose che l'avevano portato al suicidio: i dolori di stomaco che da anni non gli davano pace e la perdita della creatività musicale.

L'opinione pubblica crede che sia uno steroide che non ha altro effetto che aumentare le capacità cognitive e le prestazioni nei più disparati ambiti. Ecco una tipica informazione rivolta ai bambini:

"ADD is something that kids, teens, or adults can have. About 1 in every 20 people have ADD, so you are not alone! All kinds of people have ADD, and they have all kinds of jobs: office workers, factory workers, teachers, doctors, bakers, lawyers, movie stars, company presidents, athletes – all kinds! Some very famous people had ADD, for example Thomas Edison who invented the light bulb, the record player, and the movie camera. He was the greatest inventor of all time".

Nel 1991, una direttiva del " U.S. Department of Education " ai sovrintendenti delle scuole statali impartiva le linee guida per percorsi educativi differenziati per scolari con ADHD. Le difficoltà delle scuole ad attuare questi programmi hanno spinto una quota dell'utenza verso le scuole private e il sistema scuola si è appesantito di richieste di percorsi didattici speciali e ore supplementari di apprendimento. Le scuole ricevono ogni anno centinaia di dollari per ogni studente diagnosticato con ADHD e le diagnosi si incrementano del 21% all'anno. Leggi speciali sono state fatte per tutelare i lavoratori portatori di ADD con conseguente utilizzo in ambito lavorativo di vari strumenti di aiuto quali registratori, computer, codici a colori, tutoraggio, allarmi sonori e altri marchingegni.

Un lavoratore licenziato ha buone probabilità di vincere una causa se affetto da ADD. Vi sono poi vantaggi assicurativi. Avere questo disturbo è talmente vantaggioso che molte persone forzano i medici per farselo diagnosticare. Secondo la DEA negli ultimi cinque anni la prescrizione di Ritalin negli USA è aumentata complessivamente del 600% con un giro di affari di 2 miliardi di dollari. In parte il farmaco è dirottato sul mercato illegale con lievitazione dei costi a pastiglia da 25-50 cents a 3-15 dollari. L'uso illecito è particolarmente praticato nel Texas e nel Michigan. A Chicago viene usato miscelato con eroina e cocaina.

A Detroit e Minneapolis/St. Paul viene polverizzato e inalato. L'inalazione danneggia il naso, l'endovena danneggia il polmone e gli occhi in quanto ci sono additivi non solubili che ostruiscono i capillari. La richiesta è talmente alta che non sempre è reperibile per gli usi legali. La definizione

di moderato stimolante del sistema nervoso dipende in parte dal dosaggio e in parte dal raffronto con sostanze simili. L'affinità con la cocaina è molto sostenuta dagli studiosi, ma anche con le anfetamine. I consumatori di metilfenidato dichiarano di sentirsi "focused" in modo simile quando assumono cocaina e il passaggio a quest'ultima droga avviene a dosaggi superiori rispetto a chi inizia senza aver assunto il Ritalin.

In verità poco si sa sui meccanismi implicati e sugli effetti a lungo termine sui bambini, vi è un solo studio longitudinale che superi i due anni. Ora gli esperimenti sui primati non umani sugli effetti del metilfenidato superano quelli fatti con la cocaina. Tutto quello che si può dire ora è che il metilfenidato funziona sugli adulti come le droghe ad esso simili. Aumenta le prestazioni di qualunque persona, bambino o adulto, con o senza ADHD (Miller, Ken Livingston). Il *Comitato Olimpico Internazionale* vieta l'uso del Ritalin agli atleti in quanto aumenta artificialmente le loro prestazioni. Errata è l'idea che questa droga sia immune da abuso, persino i bambini delle elementari cercano e trovano dosi in aggiunta a quelle prescritte.

L' *International Journal of Addictions* elenca più di 100 reazioni avverse causate dal Ritalin. Il dramma di molti genitori è che gli insegnanti minacciano di mettere i loro figli in classi speciali o optare l'insegnamento a domicilio se non prendono il farmaco, a volte segnalano le famiglie riottose al tribunale dei minori. Stanno aumentando i casi in cui i giudici sottopongono i bambini a TSO. Vivono una condizione di doppia condanna: colpevolizzati da chi ritiene la famiglia responsabile dei comportamenti dei loro figli e da chi li ritiene responsabili dei danni che le droghe causano loro.

LA GUERRA DEI NUMERI E DELLE OPINIONI

Il 27 Settembre 2000, David Fassler, M.D., in qualità di rappresentante dell'American Psychiatric Association (APA), dell'American Academy of Child e dell' Adolescent Psychiatry, dichiarava al "committee on education and the workforce" del parlamento Americano:

"According to the National Institute of Mental Health (NIMH), Attention Deficit Hyperactivity Disorder, or ADHD, is the most commonly diagnosed psychiatric disorder of childhood. It's estimated to affect between 3 and 5 percent of school-age children, and it occurs three times more often in boys than in girls. The Surgeon General's recent conference cited the under-diagnosis and under-treatment of mental disorders in children, particularly in African-American and other minority populations due to lack of access to medical services. [...] Let me be very clear. ADHD is not an easy diagnosis to make, and it's not a diagnosis that can be made in a 5 or 10 minute office visit. Many other problems, including anxiety disorders, depression and learning disabilities can present with signs and symptoms which look similar to ADHD. There is also a high degree of comorbidity, meaning that over half the kids who have ADHD also have a second significant psychiatric problem. [...] In terms of methylphenidate, we have literally hundreds of studies clearly demonstrating the effectiveness of this medication on many of the target symptoms of ADHD. (see attached AMA CSA Report and NIH Consensus Statement on the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.) It is also generally well-tolerated by children, with minimal side effects. [...] In summary, let me emphasize that child psychiatric disorders, including ADHD, are diagnosable and real illnesses, and they affect lots of kids."

Il 29 Settembre 2000, lo Psichiatra Peter Breggin dichiarava alla medesima commissione:

" [...] The number of children on these drugs has continued to escalate. A recent study in Virginia indicated that up to 20% of white boys in the fifth grade were receiving stimulant drugs during the day from school officials. Another study from North Carolina showed that 10% of children were receiving stimulant drugs at home or in school. The rates for boys were not disclosed but probably exceeded 15%. With 53 million children enrolled in school, probably more than 5 million are taking stimulant drugs. A recent report in the Journal of the American Medical Association by Zito and her colleagues has demonstrated a three-fold increase in the prescription of stimulants to 2-4 year old toddlers. [...] Stimulant medications are far more dangerous than most practitioners and published experts seem to realize. I summarized many of these effects in my scientific presentation on the mechanism of action and adverse effects of stimulant drugs to the November 1998 NIH Consensus Development Conference on the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit

Hyperactivity Disorder, and then published more detailed analyses in several scientific sources (see bibliography). [...] Stimulants even more often become gateway drugs to additional psychiatric medications. Stimulant-induced over-stimulation, for example, is often treated with addictive or dangerous sedatives, while stimulant-induced depression is often treated with dangerous, unapproved antidepressants. As the child's emotional control breaks down due to medication effects, mood stabilizers may be added. Eventually, these children end up on four or five psychiatric drugs at once and a diagnosis of bipolar disorder by the age of eight or ten. [...] **It is important for the Education Committee to understand that the ADD/ADHD diagnosis was developed specifically for the purpose of justifying the use of drugs to subdue the behaviors of children in the classroom.** [...]"

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

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

Viene sostenuto che questo disturbo persiste nell'adolescenza (in forma attenuata) e nell'età adulta (70% dei casi diagnosticati precedentemente) causando fallimenti scolastici, abbandoni della scuola, aggressioni, violenza, criminalità, abuso di droghe. E' certificabile come disabilità che necessita di trattamento medico in quanto è considerato una *malattia del cervello*. Nel 1995 l'International Narcotics Control Board (INCB) deplorava che il 12% dei bambini tra i 6-12 anni assumesse Ritalin per diagnosi di ADD negli USA. Nel suo rapporto del 23 febbraio 1999 si trova scritto:

"L'uso di sostanze eccitanti, methylphenidate, per la cura del Deficit di Attenzione / Disturbi per Iperattività (ADHD) è aumentato di un sorprendente 100 per cento in più di 50 paesi. In molti paesi - Australia, Belgio, Canada, Germania, Islanda, Irlanda, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Spagna e Regno Unito - l'uso delle sostanze stupefacenti potrebbe raggiungere livelli alti quanto quelli degli Stati Uniti, che al momento consumano più dell'85% della quantità totale mondiale. Il Consiglio si appella affinché le nazioni valutino la possibile sovrastima dell'ADHD e frenino l'uso eccessivo del methylphenidate. I pazienti curati con questa droga, che all'inizio degli anni novanta erano per la maggior parte studenti della scuola elementare includono ora un numero crescente di bambini, adolescenti ed adulti. Negli Stati Uniti, è stata diagnosticata l'ADHD nei bambini di appena un anno".

Sempre negli Stati Uniti il Disturbo da Carezza di Attenzione (Attention Deficit Disorder, ADD), si è moltiplicato dai 500 mila casi del 1988 ai 4 milioni e quattrocentomila nel 1997 (**Fred Baughman Jr**). Sta aumentando rapidamente la somministrazione nella fascia 2-4 anni: tra il 1991 e il 1995, l'uso di Ritalin tra i bambini americani in età prescolastica è infatti aumentato del 150%, e quello di antidepressivi come il Prozac è salito addirittura del 200%, come messo in evidenza dall'articolo dell'American Medical Association.

Nel mese di dicembre 1999 il "National Institute of Mental Health" (NIMH) pubblica i risultati della ricerca "Analisi Multimodale del Trattamento dell'ADHD" (The MTA Study) da questo istituto sponsorizzata. Gli esperimenti si sono svolti nelle seguenti sedi: New York State Psychiatric Institute at Columbia University, New York, N.Y. - Mount Sinai Medical Center, New York, N.Y. - Duke University Medical Center, Durham, N.C. - University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA. - Long Island Jewish Medical Center, New Hyde Park, N.Y. - Montreal Children's Hospital,

Montreal, Canada - University of California at Berkeley, CA. - University of California at Irvine, CA.

La ricerca comparava quattro diverse condizioni sperimentali: a) solo trattamento farmacologico, b) trattamento farmacologico e psicoterapia, c) psicoterapia, d) supporto sociale. Furono studiati 600 bambini, età media 8 anni, 85% maschi, per 14 mesi. I risultati evidenziano una netta superiorità del trattamento farmacologico (gruppo a). Risultato sorprendente in quanto tende a far supporre che la psicoterapia sia sconsigliabile. Peter Breggin e il suo staff contestano la validità di questa ricerca in quanto gravata da rilevanti carenze metodologiche.

Il Ritalin non è l'unico farmaco che viene dato ai bambini e l'America non è l'unico Stato dove questo viene fatto. Si fa uso anche di destroanfetamina, pemolina, metanfetamina, Adderall. I farmaci non eccitanti usati per il 20% dei bambini e adolescenti che non rispondono ai farmaci stimolanti, per la presenza di patologie comorbili o indotte dai farmaci sono: Aloperidolo, Pimozide, Clonidina, Guanfacina, Nortriptilina, Amitriptilina, Imipramina, Deprenil, Clomipramina, Desipramina, Bupropione, Fluoxetina, Nicotina, IMAO, Moclobemide, Carbamazepina, Valproato, Litio, Clorpromazina, Venlafaxina, Buspirone, BDZ (A. Rossi, R. Pollice, Dip. Medicina Sperimentale, Clinica Psichiatrica, Università dell'Aquila, in "*Giornale Italiano di Psicopatologia*", volume 5, Giugno 1999, n° 2).

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

Dal 1980 in poi i criteri diagnostici del DSM per questo disturbo sono diventati progressivamente più elastici a tal punto che la diagnosi è estensibile a tutta la popolazione scolastica. I comportamenti/sintomo sono definiti in modo molto generico lasciando all'osservatore un grado di discrezionalità tale da rendere non comparabili le osservazioni ed errata la costruzione di strumenti normativi. Molti dubitano dell'esistenza di questa nosografia. Non esiste alcun strumento psicodiagnostico indipendente o analisi medica che ne possa dimostrare l'esistenza.

Nel rapporto "2000 American Academy of Pediatrics Annual Meeting Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current Diagnosis and Treatment", Mark L. Wolraich, MD, scrive:

" [...] However, the diagnosis of ADHD remains challenging as the diagnostic criteria continue to have limitations. The diagnosis is dependent on reports of a child's behaviors by multiple sources, particularly parents and teachers. However, there frequently are discrepancies between reports by parents and by teachers, [27] with no clear method to handle these discrepancies. One source for the discrepancies is the fact that the behaviors are affected by the environment. Thus, the classroom setting may produce different behaviors from those seen at home. Further, the reports are somewhat subjective because there is no specific normative information for each behavior. Observers must use their own judgment. In addition, the criteria are the same regardless of developmental age, but in reality, children's behavior will vary depending on their developmental level. [...]"

Anche in questo caso possiamo credere a quanto affermato trattandosi di una Istituzione allineata con il NIMH su questo problema: si alla legittimità della nosografia e al Ritalin.

La diagnosi differenziale è particolarmente ardua e l'errore diagnostico è del 50%; questo problema era già stato evidenziato nel 1996 da un rapporto del "U.S. department of justice Drug Enforcement Administration". In uno studio pilota fatto in Canada alcuni anni fa dal Dr. Wendy Roberts, direttore del "Child Development Centre at Sick Children's Hospital in Toronto", solo due bambini su 10 esaminati raggiungevano i criteri per l'ADHD. Sovente la diagnosi è fatta da pediatri o medici di famiglia (35% in Canada) che non hanno sufficiente competenza o tempo per fare una diagnosi differenziale.

I medici generici prescrivono farmaci molto più dei pediatri e dedicano meno tempo ad esaminare i bambini. In Inghilterra, Agosto 2000, il Dr David Foreman è stato sospeso dal servizio dallo "Staffordshire NHS Trust" perché prescriveva il Ritalin senza nemmeno vedere i bambini; in metà

dei casi esaminati risultò che il Ritalin non era la cura appropriata. Sovente si tratta di ADHD/simile per problemi visivi o allergie non diagnosticate. L'efficacia del farmaco sui sintomi è del 70-80%.

RITALIN CONNECTION?

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

I suoi rappresentanti vanno a fare conferenze nelle scuole Americane sostenendo la necessità del farmaco, distribuiscono a docenti e genitori un opuscolo informativo sull'ADHD che sovente è l'unica fonte d'informazione nelle scuole; l'opuscolo è stampato a cura della Novartis. Nel 1995 ha sferrato una campagna in grande stile per derubricare il Ritalin dalla tabella II , cosa che comporta un controllo sulle quote annuali commercializzabili, chiedendo alla DEA di inserirlo nella tabella III per una fruizione senza problemi di esaurimento di scorte, come sovente accade. Questa petizione fu sottoscritta dall'American Academy of Neurology e supportata da un nutrito corpo medico: American Academy of Pediatrics, the American Psychological Association, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Una difesa senza precedenti per una droga della tabella II. Prima che la DEA avesse il tempo di rispondere un documentario televisivo svelò che la CHADD aveva preso nell'arco di cinque anni \$900.000 dalla Ciba-Geigy ,ora Novartis, la casa farmaceutica che produce il Ritalin. La DEA fece notare nella sua risposta che:

"the United Nations International Narcotics Control Board (INCB) had expressed concern about non-governmental organizations and parental associations in the United States that are actively lobbying for the medical use of methylphenidate for children with add".

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

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

Ci sarebbe un rapporto non casuale tra l'incremento delle diagnosi e la quota di Ritalin ammessa dalla U.S. Food and Drug Enforcement Agency (DEA): da 1700 kg del 1990 a 8000 kg nel 1995. A tutto questo va aggiunto un contesto culturale efficientista e il "terrorismo psicologico" degli specialisti dell'infanzia, i quali affermano che i bambini con ADHD tendono a sviluppare: Disturbo della Condotta (DC), Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP), Disturbo dell'Apprendimento (DAP), Disturbo da Ansia (DA) e Disturbo di Somatizzazione (DS). Che l'87% di bambini con ADHD svilupperà un disturbo comportamentale, psichiatrico, somatico o di apprendimento con alta probabilità.. Che circa il 54-67% risponde ai criteri di DOP; il 20-56% risponde ai criteri di DC; il 25-33% risponde ai criteri di DS e il 40% manifesta alcune forme di DAP. **Russell Barkley**, professore di psichiatria e neurologia alla University of Massachusetts Medical Center, afferma che

l'ADHD è più di una piccola ribellione, questi bambini hanno da 6 a 10 punti in meno nei test di intelligenza e sono più predisposti all'insuccesso scolastico e a commettere altri reati quali furti e abuso di droghe.

PRIMO NON NUOCERE

Tabella I: Effetti nocivi causati da Ritalin, Dexedrine, Adderall e Stimulanti

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

Modificato da Breggin (1999a&c) con il permesso di Springer Publishing Company. Le informazioni sono compilate da Arnold e Jensen (1995, Tabella 38-5, p. 2306; Tabella 38-7; e p. 2307), Drug Enforcement Administration(1995b, p. 23), Dulcan (1994, Tabella 35-6, p. 1217), Maxmen e Ward (1995, pp. 365-366), e Food and Drug Administration (1997c, March).Citazioni in Breggin (1999a&c).

Tabella II: effetti nocivi degli stimolanti comunemente considerati terapeutici o benefici in bambini con diagnosi di ADHD

Ossessivi Compulsivi	Ritiro Sociale	Soppressivi del comportamento
Compulsiva persistenza in attività senza scopo (comportamento stereotipato o perseverativo).	Socialmente appartato e isolato.	Sottomesso in ambienti strutturati, socialmente inibito, passivo e sottomesso
Incremento di comportamenti ossessivi-compulsivi (es., rifare lavori senza fine in modo inefficace).	Comportamento sociale generale smorzato.	Triste, sottomesso, apatico, letargico, indolente, torpido, intontito, stanco.
Rigidità mentale	Ridotta comunicazione o socializzazione.	Mite, emotivamente piatto, senza umore, senza sorriso, depresso, triste con frequenti
	Ridotta sensibilità verso i genitori e altri bambini.	

(perseverazione cognitiva). Pensiero inflessibile. Eccessiva meticolosità o concentrazione.	Incremento giochi solitari e diminuzione globale del gioco.	pianti. Mancanza di iniziative o spontaneità, curiosità, sorpresa o gioia.
---	---	---

Modificato da Breggin (1999b&c), ristampato con il permesso di Springer Publishing Co. Riferimento a 20 prove cliniche riportate in Breggin (1999b&c).

CRITERI DIAGNOSTICI

A.1) sei (o più) dei seguenti sintomi di disattenzione sono persistiti per almeno 6 mesi con una intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:

Disattenzione

- (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

A.2) sei (o più) dei seguenti sintomi di iperattività-impulsività sono persistiti per almeno 6 mesi con una intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

Iperattività

- (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

Impulsività

- (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)

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*).

Codificare in base al tipo:

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo Combinato: se entrambi i Criteri A1 e A2 sono risultati soddisfatti negli ultimi 6 mesi

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Disattenzione Predominante: se il Criterio A1 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il Criterio A2

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Iperattività-Impulsività Predominanti: se il Criterio A2 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il Criterio A1

BIBLIOGRAFIA

Breggin, P. (1998). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children*. Monroe, Maine: Common Courage Press.

Breggin, P. (1999a). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD, Parte I: Acute risks and psychological effects, *Ethical Human Sciences and Services*, 1, 13-33.

Breggin, P. (1999b). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD, Parte II: Adverse effects on brain and behavior. *Ethical Human Sciences and Services*, 1, 213-241.

Breggin, P. (1999c). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 12, 3-35.

Breggin, P. (2000). *Reclaiming our children: A healing solution for a nation in crisis*. Cambridge, Massachusetts: Perseus Books.

Lawrence H. Diller, M.D., *Running on Ritalin*, Paperback, 1999.

Michel Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, 1998.

GB LeFever, KV Dawson e Al Morrow, *The Extent of Drug Therapy for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Among Children in Public Schools*, American Journal of Public Health, Settembre 1999, vol. 89, pages 1359-1364.

Anne Rees, *Boys Will Be Boys – That's Why We've Got Them Popping Pills*, The Province, Vancouver, BC, 9 Agosto, 1999.

A. Rossi, R. Pollice, "Giornale Italiano di Psicopatologia", volume 5, Giugno 1999, n° 2.

Julie Magno Zito, Daniel J. Safer, Susan dosReis, James F. Gardner, Myde Boles, Frances Lynch, *Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers*, Journal of the American Medical Association, Vol. 283 No. 8, February 23, 2000.