

PSICOFARMACI AI BAMBINI

— dott.ssa Mitzi Plavier —



Edizioni Senza Guinzaglio 2007

“Il Ministero per la Salute vuole creare una ‘rete di controllo’ sui bambini, che verranno inquadrati e schedati per questi presunti problemi comportamentali, e poi verranno sottoposti a terapie a base di psicofarmaci stimolanti. Poi compileremo la lista dei morti come negli Stati Uniti. Lo voglio dire chiaramente: il Ministero non sa quello che fa ed a cosa andrà incontro.”

— prof. Giorgio Antonucci, medico e psicoanalista,
già collaboratore di Franco Basaglia.

Agli inizi degli anni ‘80, alcuni psichiatri riaffermarono con decisione l’esistenza di una malattia mentale dell’infanzia, della quale troviamo le prime tracce già nel lontano 1845 in un trattato del medico Heinrich Hoffman.

Questo disturbo — a loro dire — colpisce i bambini, e consiste essenzialmente nel fatto che questi (i bambini etichettati come “malati”) sono marcatamente distratti, disattenti e troppo vivaci, agitati ed ingestibili, a volte irrispettosi con l’insegnante o violenti nei confronti dei propri compagni di classe.

La “malattia”, dopo i primi tentativi di catalogazione diagnostica degli anni ‘50, fu successivamente inserita — nonostante il parere contrario di autorevoli ricercatori e specialisti — nel “Manuale Diagnostico e Statistico” (DSM, “Diagnostic and Statistical Manual”), testo di riferimento per la psichiatria mondiale, con il nome “Disturbo da Deficit dell’Attenzione e Iperattività” (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – siglato “ADHD”).



Nel DSM è enumerata una lista di comportamenti o atteggiamenti differenti: per perfezionare una diagnosi di ADHD è sufficiente che chiunque ne abbia interesse riempiam con delle crocette le caselle degli appositi questionari. Sono sufficienti sei risposte affermative su nove — su una di due diverse liste — e la diagnosi è perfezionata.

Le domande (riferite anche a bambini della scuola materna) sono del tipo:

- “muove spesso le mani o i piedi o si agita sulla sedia?”
- “è distratto facilmente da stimoli esterni?”
- “ha difficoltà a giocare quietamente?”
- “spesso chiacchiera troppo?”
- “spesso origina delle risposte prima che abbiate finito di fare la domanda?”
- “spesso sembra non ascoltare quanto gli viene detto?”
- “spesso interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri, per esempio irrompe nei giochi di altri bambini?”

...e altre di questo tenore.

Psicofarmaci e bambini

— a cura della dott.ssa Mitzi Plavier, psicologa clinica —
— con la collaborazione del dott. Claudio Ajmone —

“I medici sono chiamati ad una piena responsabilizzazione ed a tutelare davvero il diritto alla salute dei pazienti, specie se minorenni. Non si può pensare di risolvere tutto con l’apertura di un registro, e si può continuare a prescrivere psicofarmaci contestati ed a rischio di abuso: questo atteggiamento ormai, come dimostrano anche le cronache giornalistiche, è definitivamente sul banco degli imputati.”

— prof. Claudio Ajmone, psicoterapeuta, membro dell’Associazione Europea di Psicoanalisi.

“Il Ministero per la Salute vuole creare una ‘rete di controllo’ sui bambini, che verranno inquadrati e schedati per questi presunti problemi comportamentali, e poi verranno sottoposti a terapie a base di psicofarmaci stimolanti. Poi compileremo la lista dei morti come negli Stati Uniti. Lo voglio dire chiaramente: il Ministero non sa quello che fa ed a cosa andrà incontro.”

— prof. Giorgio Antonucci, psicoanalista, già collaboratore di Franco Basaglia.

Agli inizi degli anni ‘80, alcuni psichiatri riaffermarono con decisione l’esistenza di una malattia mentale dell’infanzia, della quale troviamo le prime tracce già nel lontano 1845 in un trattato del medico Heinrich Hoffman. Questo disturbo - a loro dire - colpisce i bambini, e consiste essenzialmente nel fatto che questi (i bambini etichettati come “malati”) sono marcatamente distratti, disattenti e troppo vivaci, agitati ed ingestibili, a volte irrispettosi con l’insegnante o violenti nei confronti dei propri compagni di classe. La “malattia”, dopo i primi tentativi di catalogazione diagnostica degli anni ‘50, fu successivamente inserita - nonostante il parere contrario di autorevoli ricercatori e specialisti - nel “Manuale Diagnostico e Statistico” (DSM, “Diagnostic and Statistical Manual”), testo di riferimento per la psichiatria mondiale, con il nome “Disturbo da Deficit dell’Attenzione e Iperattività” (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - siglato “ADHD”). Nel DSM è enumerata una lista di comportamenti o atteggiamenti differenti: per perfezionare una diagnosi di ADHD è sufficiente che chiunque

ne abbia interesse riempia con delle crocette le caselle degli appositi questionari. Sono sufficienti sei risposte affermative su nove - su una di due diverse liste - e la diagnosi è perfezionata.

Le domande (riferite anche a bambini della scuola materna) sono del tipo:

- “muove spesso le mani o i piedi o si agita sulla sedia?”
- “è distratto facilmente da stimoli esterni?”
- “ha difficoltà a giocare quietamente?”
- “spesso chiacchiera troppo?”
- “spesso origina delle risposte prima che abbiate finito di fare la domanda?”
- “spesso sembra non ascoltare quanto gli viene detto?”
- “spesso interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri, per esempio irrompe nei giochi di altri bambini?”

...e altre di questo tenore

Si noti l’assoluta assenza di scientificità di definizioni come “spesso” e “frequentemente”

nonché la genericità di altre significative variabili del comportamento quali il contesto, la durata, l'intensità e la forma del disturbo.

Inoltre, secondo gli attuali protocolli diagnostici:

- alcuni dei sintomi di iperattività e disattenzione devono essere presenti prima dei 7 anni d'età. Ci chiediamo: perché non tutti i sintomi? E quali di essi? Per quale durata temporale devono aver persistito?
- una certa menomazione, a seguito dei sintomi, deve essere presente in due o più contesti sociali (scuola/lavoro/casa) "Certa" perché "presente con certezza" o "certa" perché "identificabile per intensità e tipo"? E quale menomazione in particolare?
- deve essere presente una evidente compromissione - clinicamente significativa - del livello di sviluppo e del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo. Chi può valutarla retrospettivamente a distanza di anni? Ci si basa solo sui ricordi di genitori e insegnanti? Cosa si intende per "normale livello di sviluppo"? Esiste una soglia per la "normale" impulsività? Quanto è disattento un soggetto considerato "nella norma"?

A queste e ad altre simili domande non viene normalmente fornita un'adeguata risposta. Ovvio quindi che i fautori della soluzione psicofarmacologica siano sempre più frequentemente accusati di imperdonabile superficialità nelle diagnosi, tanto più in considerazione dell'estrema delicatezza della fascia d'età sulla quale tali diagnosi insistono. Desta inoltre stupore che i criteri diagnostici siano sempre i medesimi, a prescindere dall'età dei soggetti diagnosticati.

Il dott. prof. William Carey, laureato all'Università di Harvard e Clinical Professor di Pediatria presso l'Università della Pennsylvania, esperto riconosciuto a livello internazionale nella misurazione della variazioni di temperamento dell'infanzia, afferma senza alcun dubbio che "il corrente sistema diagnostico ignora il ruolo dell'ambiente ed ignora anche ogni prospettiva evolutiva".

Tornando ai questionari utilizzati per diagnosticare l'ADHD essi sono altamente soggettivi ed impressionistici. Le differenze di

esperienza, tolleranza, stato emotivo etc dell'intervistatore non vengono tenute in alcun conto, e nonostante questa vaghezza e nonostante il fatto che le scale di valutazione utilizzate non soddisfino i criteri psicometrici di base, i sostenitori di questo approccio pretendono che questi questionari forniscano una diagnosi accurata".

La "malattia" (ADHD) si è "diffusa" come un'epidemia. Nei soli USA i bambini etichettati come malati erano 150.000 nel 1970, mezzo milione nel 1985, un milione nel 1990, oltre 8 milioni ad inizi 2003 e circa 11 milioni oggi: il 18-20% dell'intera popolazione infantile scolastica di quella nazione pare soffrire di questa "sindrome", che peraltro, continua a non avere una definizione di carattere clinico sufficientemente precisa da non generare polemiche.

I farmaci più utilizzati come terapia per l'ADHD sono a base di metilfenidato (derivato dell'anfetamina), un eccitante che fino a pochi anni or sono era inserito nella stessa tabella in cui ritroviamo eroina e cocaina. Per un effetto "paradosso" -contrario a quanto ci si aspetterebbe, in virtù del particolare metabolismo dei bimbi - questi eccitanti derivati dell'anfetamina "tranquillizzano" i bambini, permettendo agli stessi una diversa e più mirata gestione del proprio livello di attenzione nei confronti degli stimoli esterni (p.es. la lezione dell'insegnante a scuola, od i compiti a casa).

Questi farmaci sono in teoria somministrabili solo sotto stretto controllo medico, e tassativamente non a minori di età inferiore ai 7 anni.

In realtà sono acquistabili su internet anche senza ricetta, e vengono comunque correntemente prescritti anche a bambini di 2/3 anni; sono state registrate prescizioni anche nel periodo neonatale (meno di un anno di età). Tra i numerosi effetti collaterali, è segnalata con frequenza non trascurabile anche la "sindrome di Gilles de la Tourette": una serie di tic nervosi incontenibili, grossolani e gravemente invalidanti, estesi a tutto il corpo, che non regrediscono neanche con l'eventuale interruzione della somministrazione del farmaco. Numerosi potenziali effetti collaterali

– anche gravi, dalle convulsioni al coma epatico – rilevati durante le sperimentazioni successive alla messa in commercio del farmaco, non figurano inoltre sui foglietti illustrativi che accompagnano le confezioni in commercio.

Diverse centinaia di bambini sono deceduti mentre erano sotto terapia con questi medicinali, la maggioranza per impiccagione, alcuni con l'ossido di carbonio, un numero rilevante per attacco cardiaco, in quanto l'uso prolungato di questo tipo di anfetamine danneggia il miocardio. Anche la Food & Drug Administration (il Ministero della Sanità in USA, ndr) riporta per cause direttamente imputabili all'uso di psicofarmaci - solo nel territorio americano e solo fino all'anno 2000 - 186 bambini ed adolescenti morti, e 569 ricoveri d'urgenza, dei quali 36 attualmente a rischio di morte; queste statistiche escludono ovviamente tutti gli effetti collaterali di lungo periodo.

Tuttavia i derivati anfetaminici non sono l'unico tipo di psicofarmaci prescritti in questi casi: diversi psicofarmaci “di nuova generazione” stanno venendo immessi sul mercato, apparentemente con effetti collaterali meno distruttivi, ma ancora tutti da “collaudare” alla prova dei fatti: l'atomoxetina ad esempio, “venduta” come la nuova soluzione priva o quasi di effetti collaterali, che è in realtà un vecchio antidepressivo, mai autorizzato al commercio a causa della sua pericolosità, e “riciclato” oggi come farmaco-prodigio per i bambini. Ricordiamo peraltro come anche i derivati dell'anfetamina furono immessi sul mercato “sicuri al 100%”, sulla base delle risultanze di ricerche scientifiche spesso finanziate dalle stesse case farmaceutiche produttrici, mentre oggi come oggi la pericolosità di queste soluzioni farmacologiche è sotto gli occhi di tutti, dimostrata scientificamente grazie a numerose ed accreditate ricerche indipendenti.

Inoltre, le altre ragioni mediche che spiegherebbero un atteggiamento di iperattività e disattenzione del bambino (alto livello di piombo nell'ambiente, alto livello di mercurio nel corpo, eccesso di pesticidi, coloranti, additivi o di zuccheri nel cibo, carenze nutritive, etc), sono sistematicamente ignorate da molti

psichiatri, così come le relative terapie, che garantirebbero probabilmente un'efficace risoluzione del problema senza necessità di terapie psicofarmacologiche invasive. Anche i problemi di relazione con il prossimo, con i docenti o con i familiari (problematiche antiche come il mondo e non necessariamente correlate ad alcun tipo di “sindrome”) sono quasi sempre ignorate da molti esperti, i quali privilegiano al dialogo soluzioni più “facili” quali quella della “pillola miracolosa” che pare risolvere tutto.

È evidente che questo approccio “disinvolto” ad un problema così delicato ha generato un acceso dibattito nel mondo scientifico ed accademico, contrapponendo la classe medica e buona parte degli psichiatri ad una minoranza di sostenitori della soluzione farmacologica ad oltranza.

Come spesso accade in questi casi, troviamo su questo argomento “tutto ed il contrario di tutto”.

Possiamo però sollecitare alcune riflessioni, prendendo spunto dalla posizione di alcune associazioni italiane “sponsor” della soluzione farmacologica.

Criticando aspramente ogni tentativo di promuovere una serena riflessione sull'argomento, queste associazioni si schermano dietro il paravento del “diritto alla cura”: il loro punto di vista in sintesi è “chi non somministra psicofarmaci ai bambini con questi disagi li priva della cura, quindi non ha a cuore la salute dei bambini stessi”, quasi che la somministrazione di potenti psicofarmaci sia l'unica soluzione efficace percorribile. Cerchiamo dunque di prendere in esame alcune affermazioni che caratterizzano questa presa di posizione, ricca di apparenti certezze quanto di clamorose inesattezze:

- “*la prima, iniziale descrizione di questi disturbi psichiatrici dell'infanzia risale ad inizio '900*”

Quest'affermazione dimostra una notevole superficialità, ed è inesatta, dal momento che questi disturbi vennero descritti la prima volta già nel 1845 dal medico Heinrich Hoffman in una pubblicazione intitolata “The story of Fidgety Philip”, e solo in un secondo momento riconosciuti come un problema psichiatrico, in seguito ad una serie di conferenze tenute da Sir

George Still per il Royal College of Physicians, in Inghilterra nel 1902;

- *"tutta la comunità scientifica è concorde nell'affermare che l'ADHD e gli altri disturbi comportamentali dell'infanzia sono di origine biologica"*

Questa affermazione è falsa, in quanto il dibattito nella comunità scientifica è tutt'ora aperto, in Italia ed all'estero, ed anzi la maggior parte degli specialisti indipendenti nega che l'ADHD in particolare sia una vera e propria malattia e che abbia origini biologiche.

Le prove scientifiche in tal senso sono parziali ed insufficienti, ed anche gli studi effettuati con la tecnica della neuroimmagine - a seguito dei quali si affermò la "possibilità" (mai la certezza) dell'origine biologica del disturbo, sono stati messi in discussione: recenti ricerche scientifiche affermano che "l'iperattività e la disattenzione possono essere causati da diversi fattori nocivi cerebrali non riconducibili all'ADHD, come un basso peso prenatale, l'intossicazione da piombo, la sindrome feto-alcolica, etc"¹ e che "nei bambini diagnosticati ADHD non sono stati riscontrati indicatori neurologici particolari, né strutturali, né funzionali, né chimici"². I dati scientifici non depongono a favore di un'anomalia cerebrale, ma suggeriscono invece che i comportamenti dei bambini presentino variazioni nella popolazione generale, e non già secondo dei picchi specifici con variazioni tali da evidenziare un preciso disturbo. I comportamenti "anormali" propri dell'ADHD

¹ Max, J. E., Arndt, S., Castillo, C. S., Bokura, H., Robin, D. A., Lindgren, S. D., Smith, W. L. Jr., Sato, Y., & Mattheis, P. J. "Attention deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37)

² Peterson B. S.: "Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34)

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

non sono infatti quasi mai distinguibili dalle normali variazioni del temperamento³, e sostenere a priori l'origine biologica dell'ADHD ha quindi più a che fare con un sorprendente "pregiudizio" che non con un approccio scientifico basato sulle evidenze.

- *"l'origine strettamente biologica dell'ADHD sarà forse controversa clinicamente, ma ciò è vero anche per altre malattie quali l'Alzheimer, le convulsioni od il diabete, patologie per le quali non esisteva alcun esame clinico affidabile che ne permettesse la diagnosi o delle quali non si conosceva la causa, eppure nessuno si sognerebbe di negare l'esistenza di queste malattie"*.

Questa affermazione è spesso citata dai sostenitori dell'origine strettamente biologica dell'ADHD, per giustificare l'inesistenza di esami medici di laboratorio atti a diagnosticare l'ADHD e gli altri disturbi del comportamento dell'infanzia. Queste affermazioni sono scientificamente del tutto infondate e sintomo di mala fede. Già nel 1940, venivano infatti identificate con un metodo detto di "Bielschowski" le placche senili che nella corteccia cerebrale causano la malattia dell'Alzheimer⁴, al giorno d'oggi chiaramente diagnosticabile con metodi moderni quali la risonanza magnetica e la tomografia ad emissione di positroni. Le crisi epilettiche, comunemente dette "convulsioni" non sono una malattia, ma un insieme di sintomi ricorrenti e periodici dovuto ad una scarica simultanea ed eccessiva da parte di una popolazione di neuroni cerebrali⁵, e possono essere imputabili alle cause le più varie (traumi cerebrali, avvelenamenti, disfunzioni neurologiche, etc), e per tanto non costituiscono un'entità patologica a se stante. Sono cioè "l'effetto", un sintomo che evidenzia una problematica dell'area del sistema nervoso, e non una malattia vera e

³ Carey William B., Clinical Professor of Pediatrics, University of Pennsylvania: "ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti" (Civic Research Institute. 2002)

⁴ Manuale di Psichiatria, prof. dott. Guido Moglie, Università di Roma, Luigi Pozzi Editore, 1940.

⁵ Manuale di Neurologia, prof. Fazio e prof. Loeb, Universo Edizioni, Roma.

propria. Per il diabete, la situazione è ancor più evidente, dal momento che è da tempo misurabile con appositi test clinici e presenta una sua precisa anatomia patologica.

Se l'ADHD fosse una malattia di origine biologica, inoltre, dovrebbe afferire al campo della neurologia (la scienza che studia i danni e le patologie del sistema nervoso centrale e periferico) e non della psichiatria: perchè i neurologi invece non si occupano di ADHD?

La contraddizione in termini è quindi evidente. In definitiva, tutte le malattie sono "tracciabili" mediante esami di laboratorio - che si conosca la causa remota della malattia o meno - mediante disamina delle variazioni nei valori fisici di riferimento o delle alterazioni dei tessuti (prelievo in vita o post-mortem), od anche mediante esami a livello cellulare o molecolare. Tutte tranne l'ADHD e gli altri disturbi del comportamento dell'infanzia, tanto che la circostanza pare suggerire che queste non siano "malattie" vere e proprie, ma bensì "sintomi" - reali anch'essi, ovviamente - che evidenziano un ben preciso disagio del bambino. Catalogando invece questi disturbi come malattie di per se (e non come sintomi), rifiutiamo quasi sempre di indagare a fondo il disagio del minore e di porvi rimedio.

▪ *"L'abuso di psicofarmaci potrà forse generare qualche problema, ma l'uso corretto secondo prescrizione medica assolutamente no, è sufficiente rispettare le regole".*

Ecco un'ennesima affermazione contestabile ed indice di probabile mala fede. Un recente studio scientifico del Dipartimento di Medicina dell'Università del Texas⁶, che è seguito ad altri studi dello stesso tipo giunti alle medesime conclusioni, ha infatti fatto chiarezza su questo punto. La ricerca - effettuata non su cavie ma direttamente su bimbi in normale cura con metilfenidato - conferma infatti un triplicamento delle anomalie nei cromosomi dopo soli 3 mesi di terapia, associata ad un aumento del rischio tumore oltre la norma. "È

⁶ dott.ri Randa A. El-Zein, Matthew J. Hay, Mirtha S. Lopez, Melissa L. Bondy, Debra L. Morris, Sherif Z. Abdel-Rahman e Marvin S. Legator (University of Texas, Medical Branch).

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

▪ *"Una recente ricerca coincide con ogni altra precedente nell'affermare che non sussiste evidenza che il trattamento con psicofarmaci nella fanciullezza e/o adolescenza sia associato al rischio di abuso - o ad una maggiore frequenza nell'uso - di sostanze stupefacenti nell'adolescenza ed in età adulta"*

Quest'affermazione è falsa, dal momento che diverse accreditate ricerche scientifiche⁷ provano il contrario, ovvero che l'assunzione di questi potenti psicofarmaci incide sensibilmente sulla capacità di reazione neuronale agli stimoli esterni, con effetti che persistono nei periodi di vita successivi, inclusa la predisposizione all'abuso di sostanze stupefacenti in adolescenza e nell'età adulta. Questa evidenza scientifica è riscontrabile anche in ricerche analoghe svolte in Florida⁸ nonchè in altri esperimenti⁹ svolti presso ospedali e cliniche universitarie.

▪ *"la somministrazione di psicofarmaci nell'infanzia ed adolescenza non è alla causa di alcuna apprezzabile modifica nel comportamento in età adulta"*

Anche quest'affermazione è falsa, dal momento che diverse ricerche scientifiche dimostrano esattamente il contrario. Una recente ricerca¹⁰

⁷ dott. Cindy Brandon e dott. Frank White, Chicago Medical School.

dott. Susan Andersen ed altri, Mc Leal Hospital.

⁸ dott. Mendes e dott. Anderson, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Miami (USA)

⁹ dott. sa Nadine Lambert e dott. sa Carolyn Hartsough, Journal of Learning Disabilities

¹⁰ dott. Carlos Bolanos, dott. Michel Barrot, dott. Oliver Berton, dott. Deanna Wallace Black, dott. Eric

dimostra ad esempio - oltre ogni ragionevole dubbio - che il trattamento con questo tipo di psicofarmaci altera in misura significativa in età adulta la risposta comportamentale alle emozioni. Sono infatti ormai sempre più numerosi gli esperimenti che dovrebbero indurre gli operatori sanitari ad una ben maggiore prudenza.

▪ *“la somministrazione di psicofarmaci nell’infanzia ed adolescenza non altera in alcun modo la struttura del cervello”*

Stesso dicasi per questa affermazione, “venduta” come una granitica certezza, e che invece è per lo meno scientificamente discutibile. I ricercatori sanno già da tempo che alcuni tipi di esperienze, come quelle coinvolte nell’apprendimento, possono modificare fisicamente la struttura del cervello e influenzare il comportamento.

Per contro, i più recenti studi dimostrano che l’esposizione a psicofarmaci stimolanti può ridurre la capacità di specifiche cellule cerebrali di mutare come conseguenza dell’esperienza. “La capacità delle esperienze di alterare la struttura del cervello - spiega infatti la dott. sa Nora Volkow¹¹ - è forse uno dei meccanismi principali con cui la rielaborazione del “passato” può influire sul comportamento e la cognizione nel futuro. Tuttavia, quando queste alterazioni vengono prodotte da psicofarmaci, la situazione cambia”. In un’altra ricerca scientifica¹², gli esperti hanno effettuato una serie di esperimenti per studiare come gli psicofarmaci interagissero per produrre cambiamenti nella struttura del cervello, scoprendo che questi psicofarmaci aumentano la ramificazione e la densità dei neuroni in alcune regioni, riducendola però in altre, e causando quindi una diversa reazione ai cambiamenti strutturali indotti dall’ambiente e dall’esperienza. A conclusioni simili sono

giunte diverse altre ricerche scientifiche: alcune hanno provato che la somministrazione quotidiana di psicofarmaci ai bambini è direttamente la causa di modificazioni di alcuni geni a livello di sistema nervoso centrale¹³,

altre hanno per la prima volta accertato “cambiamenti duraturi - e persistenti molto dopo il termine dei trattamenti - nello sviluppo di parti del sistema nervoso centrale, causati dalla somministrazione precoce di psicofarmaci stimolanti durante la fase giovanile”¹⁴.

▪ *“non è assolutamente dimostrato che la somministrazione di psicofarmaci stimolanti nell’infanzia sia la causa di disfunzioni cardiache”*

Questa circostanza è invece più che dimostrata, dal momento che la continua somministrazione di questo tipo di farmaci può danneggiare irreversibilmente il miocardio (una zona specifica del muscolo cardiaco). Richiamiamo a tal proposito una nota ricerca scientifica¹⁵: “...cambiamenti patologici ed una vasta catena di alterazioni furono osservate dopo 14 settimane di sperimentazione, sia in soggetti sottoposti a somministrazione di psicofarmaci a mezzo iniezione, che in soggetti sottoposti a somministrazione per via orale. Le osservazioni mostrano definitivamente che nei soggetti trattati con dosi terapeutiche si presentavano lesioni cardiache, e che esse persistevano anche dopo la sospensione delle somministrazioni. Degno di nota fu anche il rapido sviluppo dei cambiamenti patologici (a volte entro sole 3 settimane). La possibilità d’irreversibilità e i profondi cambiamenti strutturali osservati in un paziente in terapia a lungo termine con psicofarmaci stimolanti, suggerisce che queste scoperte possono avere conseguenze cliniche delle quali i medici dovrebbero essere coscienti...”

Nestler ed altri, Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze dell’Università del Texas

¹¹ National Institute on Drug Abuse (NIDA), Stati Uniti

¹² dott. Bryan Kolb ed altri colleghi dell’Università di Lethbridge in Canada e dott. Terry Robinson e colleghi dell’Università del Michigan in USA, ricerca finanziata dal National Institute on Drug Abuse (USA)

¹³ dott. ri Chase, Brown, Carrey e Wilkinson del Dipartimento di Fisiologia e Biopsichiatria dell’Università di Halifax (Canada)

¹⁴ dott. ri Moll, Hause, Ruther, Rothenberger ed Huether, del Dipartimento di Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza dell’Università di Göttingen (Germania)

¹⁵ dott. ri Henderson e Fischer, The American Journal of Cardiovascular Pathology

- *“la somministrazione di psicofarmaci ai bambini non ne riduce la crescita, se non marginalmente e con effetti destinati a riassorbirsi nel tempo”*

Anche quest’affermazione è superficiale ed errata. Gli stessi ricercatori che hanno affermato che gli effetti degli psicofarmaci nell’inibire la crescita dei bambini erano tenui e passeggeri, si stanno ricredendo. In una recente ricerca¹⁶, consistente in due grandi studi pediatrici professionali di lungo periodo, gli esperti hanno affermato che “l’uso quotidiano di psicofarmaci stimolanti rallenta significativamente la crescita dei bambini”. La scoperta ha indicato inequivocabilmente che “l’effetto riduttivo della crescita derivante dalla somministrazione di questi psicofarmaci è ben più elevato di quanto precedentemente sospettato”. Queste risultanze sono state confermate anche da analoghi studi pediatrici¹⁷ e da altre autorevoli ricerche universitarie¹⁸, le quali hanno dimostrato casi di “arresto quasi completo dello sviluppo in bambini sottoposti a terapie con psico-farmaci stimolanti”. Anche tenendo ben conto delle ricerche i cui risultati tendono a minimizzare questo rischio, lo scenario è sufficientemente poco chiaro da suggerire grande prudenza.

- *“I farmaci stimolanti agiscono sul particolare metabolismo dei soli bambini malati di ADHD grazie ad un effetto paradossale, per il quale lo psicofarmaco calma l’iperattività del bimbo migliorandone l’attenzione”*

Quest’affermazione dimostra ancora una superficiale preparazione scientifica, non attenta alle più recenti scoperte. È certamente vero che, poiché queste sostanze erano viste come stimolanti nel loro effetto sul sistema nervoso centrale ma erano invece calmanti nel loro effetto terapeutico su bambini disagiati, gli

¹⁶ dott. Lisska e dott. Rivkees, Dipartimento di Pediatria della Scuola di Medicina dell’Università di Yale (USA)

¹⁷ dott. Poulton e dott. Cowell, Dipartimento di Pediatria del Nepean Hospital, Australia

¹⁸ dott. ri Holtkamp, Peters Wallraf, Wuller, Pfaaffle ed Hertzpertz Dahlmann, del Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia dell’Infanzia e dell’Adolescenza dell’Università di Aachen (Germania)

effetti dello psicofarmaco sul disordine di attenzione furono interpretati come fossero «paradossali.» Nondimeno, un’autorevole ricerca¹⁹, svolta anche su bambini, adolescenti e giovani adulti “normali”, ha indicato chiaramente come questi psicofarmaci stimolanti “hanno effetti comportamentali simili sia in bambini iperattivi che in bambini normali”. Anche in questo caso quindi, la non univocità del parere degli esperti deve suggerirci perlomeno la necessità di prestare una grandissima attenzione prima di procedere alla somministrazione di psicofarmaci ad un minore.

- *“la terapia a base di psicofarmaci, come dimostrato da numerose ricerche, è assolutamente quella più efficace nella cura di questi disagi dei bambini”*

Ecco un’altra affermazione che sembra a prima vista indiscutibile (il farmaco agisce in modo più rapido che ogni altro tipo di terapia), ma che ad un approfondimento rivela – come tutte le precedenti – evidenti punti di debolezza. L’affermazione è infatti basata su una ricerca del 1999, la quale tuttavia è stata successivamente criticata da diversi esperti in quanto viziata da rilevanti carenze metodologiche. Successivamente, un’equipe di specialisti²⁰ ha fornito informazioni dettagliate sulla riduzione dei sintomi del disordine da disattenzione ed iperattività, comparando un programma di addestramento dei genitori con terapia cognitivo-comportamentale (senza l’ausilio di psicofarmaci), con un esperimento clinico con psicofarmaci stimolanti: “entrambi i gruppi mostrarono un miglioramento nei loro sintomi, ma non ci fu differenza in efficacia nei due gruppi di trattamento”. L’efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali e di pedagogia clinica non supportate da psicofarmaci è stata anche confermata da altri

¹⁹ dott. Rapoport e dott. Inoff, Divisione di Psichiatria dell’Infanzia del National Institute of Mental Health (USA)

²⁰ dott. ri Montiel Nava, Pena, Espina Marines, Ferrer-Hernandez, Lopez-Rubio, Puertas Sanchez e Cardozo Duran, Università di Maracaibo, (Venezuela)

studi²¹, e da successivi esperimenti, perfezionati anche in Italia, di imminente pubblicazione²². Molti operatori continuano a pensare che, se gli stimolanti portano ad un miglioramento nel comportamento del bambino, questa è di per se una buona ragione per persistere con la diagnosi ADHD e proseguire nella somministrazione dei farmaci. Ciò che viene trascurato è che tutti gli stimolanti cerebrali, inclusi quelli di origine naturale come la caffeina, ottengono il risultato di migliorare le prestazioni cognitive di tutti i soggetti, inclusi quelli normali. Ma a quale prezzo le prestazioni vengono migliorate utilizzando psicofarmaci?

Lo scopo della nostra iniziativa non è tuttavia quello di entrare nel merito della “disputa scientifica”, promuovendo una battaglia “pro o contro” l’opportunità di sottoporre i bambini a cure a base di psicofarmaci, oppure arrivando a pretendere di valutare l’efficacia di questa o quella terapia, farmacologica od “alternativa”. È il metodo di approccio etico che deve cambiare radicalmente, dal momento che le certezze incrollabili di oggi possono tramutarsi rapidamente in dubbi od in certezze opposte domani. Gli esami di laboratorio sui topi non possono da soli continuare ad essere una valida guida, tanto più quando è in gioco la salute e la vita dei nostri bambini, che sono il nostro futuro.

Non si può inoltre non riprendere e ribadire gli aspetti sociali, culturali ed ambientali alla base di molte delle espressioni di disagio dei bambini (e, spesso, degli adulti); i bambini vivono dei ritmi di vita che non sono i loro ma che dipendono solo ed esclusivamente dal contesto adulto, soprattutto nei contesti urbani: otto ore di scuola, e poi attività varie, il tempo libero viene cancellato. A tutto questo occorre aggiungere una riflessione sull’iperstimolazione

determinata dai tempi ma anche dai modi in cui i bambini delle società cosiddette avanzate sono immersi: l’uso di strumenti tecnologici (dalla play station alla televisione) determina in buona parte quell’iperattività che sempre più frequentemente insegnanti e genitori riscontrano. In ultimo, ma non per importanza, l’aspetto ambientale: l’inquinamento, l’assunzione di cibi con presenza di sempre più sostanze nocive, l’aumento di sostanze potenzialmente allergiche, produce conseguenze che a volte sono alla base dell’iperattività e/o dei disturbi dell’apprendimento.

Molti a questo punto chiedono: ma cos’è dunque questa malattia?

Perché si “diffonde” così rapidamente? Secondo le fonti più critiche nei confronti della soluzione psicofarmacologica - tra i quali autorevoli medici, pediatri, psicologi e stampa di settore - le principali multinazionali del farmaco (i cui esperti sono spesso anche consulenti dei Ministeri per la Sanità dei vari paesi e delle stesse commissioni governative che dispongono la messa in commercio dei farmaci) procedono come segue:

1. iniziano a comparire sui media servizi che informano che tale sindrome esiste e che occorre fare qualcosa al riguardo. I pareri degli esperti sono tutti improntati alla prudenza, trattandosi di bambini, e si afferma che per la nazione in questione sono state rilevate inizialmente alcune centinaia di casi;
2. i genitori e gli insegnanti vengono informati, con messaggi sempre più continui e pressanti attraverso i media, che se un bambino è distratto, scatenato, ingestibile o violento, questi in realtà è malato di ADHD o di altre sindromi dell’infanzia;
3. il farmaco per curare la sindrome, se non già in commercio, riceve rapidamente le opportune autorizzazioni per la vendita; ma attenzione prima di procedere alla somministrazione di psicofarmaci ad un minore.
4. gli articoli dei media aumentano, e gli esperti nelle loro dichiarazioni incominciano a parlare di “migliaia di casi”. Progressivamente il numero dei bambini

²¹ dott. ri Frolich, Dopfner, Berner e Lehmkuhl, Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatric

²² diversi protocolli diagnostici e di intervento su bambini iperattivi sono stati applicati nel nostro paese, specie a cura di pedagogisti clinici, ma non solo. Gli esiti di questi interventi, positivi anche in assenza di supporto far-macologico, sono in fase di compilazione e verranno pubblicati non appena disponibili

- malati si attesta intorno al 4-6% della popolazione infantile;
5. si formano associazioni di familiari di bambini “sofferenti” di ADHD, che “offrono aiuto” e contemporaneamente promuovono con vigore la soluzione farmacologica;
 6. le scuole vengono coinvolte in “progetti pilota” atti a valutare l’efficacia dello strumento dello “screening” (questionari a risposte chiuse) al fine di identificare fin dall’esordio i “disturbi comportamentali” dell’infanzia. La diagnosi deve essere secondo gli esperti effettuata in tenera età - entro i 7/8 anni al massimo - altrimenti i sintomi “scompaiono” (in questo modo pochi possono sfuggire dall’essere sottoposti al trattamento, considerato che, com’è noto ed evidente, i bambini crescendo tendono a tranquillizzarsi);
 7. i risultati dello screening mostrano che la percentuale di bambini affetti dalla sindrome è ancora maggiore (ciò è naturale, considerati i criteri poco scientifici adottati nella fase di rilevamento), e quindi si approvano decreti per lo screening di massa indifferenziato in tutte le scuole. La diagnosi viene perfezionata direttamente a scuola, dallo “psichiatra di quartiere”, oppure sono addirittura gli insegnanti a compilare le liste e a segnalare i casi ai servizi psichiatrici di zona;
 8. se una famiglia dubita della diagnosi e rifiuta di sottoporre il proprio bambino alla terapia, si procede attraverso il Tribunale dei Minori mediante il ricorso all’istituto giuridico del Trattamento Sanitario Obbligatorio, sottraendo il bambino alla tutela della famiglia stessa, al fine di somministrargli le cure farmacologiche coattivamente. Oppure, più semplicemente, la famiglia viene informata che - non acconsentendo spontaneamente alla somministrazione del farmaco - la direzione didattica non avrà altra scelta se non quella di relegare il bambino in “classi speciali” - su modello di quelle predisposte per i bimbi disabili o mentalmente ritardati - con tutti i problemi conseguenti a tale isolamento e ghettizzazione. Pur di non sottoporre il proprio figlio a tale stress - un danno per lo

sviluppo sereno della personalità del bimbo - i genitori acconsentono alla somministrazione di psicofarmaci, informati che quella soluzione “è la migliore per la tutela della salute del bambino”, e che il piccolo, avendo diritto ad essere “curato”, non potrà che trarre giovamento nel lungo periodo da tale trattamento. Quanto sopra è evidenziato al lettore sempre cercando di evitare di entrare nel merito delle soluzioni farmacologiche proposte, a detta di molti esperti in larga misura destinate a lasciare pesanti tracce sul lungo periodo in termini di dipendenza ed effetti collaterali.

Questo è quanto avvenuto negli USA ed in altri paesi. Lo scopo - a detta di molti medici - è piuttosto quello di “vendere prestazioni e prescrizioni sanitarie” sottoponendo a terapia psicofarmacologica milioni di pazienti in tenerissima età. Ma anche supponendo - e così non è - univocità di pareri circa l’opportunità clinica di sottoporre a somministrazione coatta di psicofarmaci ampi strati della popolazione under 18 (i minorenni non hanno ovviamente potere di scelta nel merito, dipendendo dalla potestà dei genitori), restano evidentemente ancora aperti tutti i problemi di carattere etico che queste terapie sui soggetti in giovane età comportano. Ricordiamo - a puro titolo di esempio - le vivaci polemiche suscitate anni fa per la proposta di rendere obbligatorio il test contro l’AIDS al fine di “schedare” i portatori di virus HIV: dove finisce il “diritto alla tranquillità” della popolazione, e dove inizia la medicalizzazione di massa e quello che un’autorevole psichiatra americano ha definito “lo Stato Terapeutico”? Nonostante alcune dichiarazioni improntate alla prudenza rilasciate da esperti del settore, c’è il timore che accada anche in Italia quanto è già avvenuto negli USA e in altre nazioni europee. L’europa pareva infatti “lontana” dagli abusi d’oltre oceano, ma è di pochi mesi fa la notizia di un’indagine ad ampio spettro in 609 scuole francesi: il 12% della popolazione studentesca olttralpe ha già fatto uso di psico-farmaci. È interessante notare come in Italia, i punti (1) e (2) dello schema di cui sopra sono stati portati a buon fine, ed è stato dato recentemente il via libera all’approvazione ed alla commercializzazione

dei farmaci (punto n° 3); da poco sono stati portati a buon fine i punti (4), (5) e (6), essendo iniziati e terminati i primi progetti pilota di screening nelle scuole in molte regioni della penisola, gestiti in autonomia da numerose ASL direttamente presso le singole scuole. In un'incredibile confusione di cifre, secondo i ricercatori dell'Istituto Mario Negri di Milano il disturbo colpirebbe non più del 7 per mille della popolazione scolastica; secondo il Dipartimento di neuropsichiatria infantile dell'Università di Roma, il 3% dei bambini in età scolare; secondo una circolare dell'ASL di Nuoro tra il 5 ed il 10% dei bimbi tra i 6 ed i 10 anni, e secondo infine l'ASL di Oristano circa il 20% (un bambino su cinque dell'intera popolazione scolastica!).

Il "Progetto Prisma", ricerca nazionale finanziata con fondi del Ministero per la Salute, ha recentemente presentando le proprie conclusioni: secondo questa indagine, 10 bambini su 100 in Italia presenterebbero i sintomi del disagio mentale, ed andrebbero quindi sottoposti a terapie a base di psicofarmaci. Precisiamo inoltre che gli screening vengono sovente presentati come indagini di carattere puramente statistico, ma hanno invece potenzialmente tutte le caratteristiche della "schedatura" dei piccoli soggetti, in quanto riportano anche un'anagrafica del bambino (nome, data di nascita, scuola e classe, etc). In effetti presso l'Istituto Superiore di Sanità è in corso di predisposizione il "Registro nazionale dei bambini affetti da ADHD", apparentemente allo scopo di garantire un'adeguata attenzione terapeutica a bimbi sofferenti di questa "sindrome". Diverse associazioni di genitori – i cui figli paiono affetti da questi problemi comportamentali e che hanno trovato nelle terapie a base di psicofarmaci la soluzione ai disagi propri e dei propri bambini – promuovono intense campagne finalizzate ad orientare l'opinione pubblica creando accettazione per la soluzione farmacologica, a loro dire "l'unica soluzione efficace per questo genere di problema dei bambini, e comunque la più rapida negli effetti".

Per contro, la stessa giustizia ordinaria si sta occupando di questi sempre più frequenti abusi:

il Procuratore della Repubblica di Torino Raffaele Guariniello ha recentemente iscritto sul registro degli indagati 74 medici che prescrivevano con frequenza psicofarmaci che inducevano i bambini al suicidio. Il primo maggio del 2000, negli USA è stata presentata un'importante denuncia (nel Texas) contro l'Associazione Psichiatra Americana, contro l'Associazione per il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (che riunisce famiglie favorevoli alla scelta farmacologica) e contro le aziende farmaceutiche che producono questi psicofarmaci (che risulta dagli atti abbiano finanziato in misura massiccia le attività della prima e della seconda associazione citate). Sono tutte accusate (riportiamo testualmente dai capi d'imputazione) "di aver pianificato, cospirato e essere colluse, al fine di creare, sviluppare, promuovere e confermare la diagnosi della malattia ADHD, all'unico fine di vendere i prodotti farmaceutici denominati ... (segue elenco)". Nel settembre del 2000, altre cinque denunce similari sono state presentate nello Stato della California. Diversi esposti sono stati ritirati, altri archiviati, e di nuovi ne sono stati recentemente presentati, ma al di là delle modalità di conclusione di queste vertenze legali, ciò che emerge è un grande disagio su questo soggetto: negli ultimi 4 anni, 20 Stati degli USA hanno approvato leggi che cercano di limitare il fenomeno, impedendo lo screening indifferenziato dei bambini nelle scuole, fino all'approvazione di un provvedimento Federale di tutela dei bambini, recentemente votato con 435 voti a favore ed uno solo contrario, il quale permette ai genitori di non sottoporre i propri bambini a terapie a base di psicofarmaci, dal momento che fino all'approvazione di questa legge coloro che si rifiutavano di somministrare il farmaco potevano essere citati in giudizio per negligenza, e la terapia poteva essere somministrata coattivamente nonostante l'opposizione sia dei genitori che dei figli. I soggetti favorevoli alla somministrazione di psicofarmaci ai bambini sono passati però al "contrattacco", distribuendo in USA giornali a fumetti che invitano bambini e ragazzi a richiedere loro stessi lo psicofarmaco in famiglia, al fine di "non far preoccupare papà e mamma e non recare pregiudizio al lavoro della insegnante ed al sereno svolgersi delle lezioni

agli altri alunni”. Questi libretti a fumetti sono stampati anche in Europa, e stanno venendo distribuiti massicciamente ad esempio in Germania, dove la stampa del fumetto in questione è finanziata dalla casa farmaceutica che produce lo psicofarmaco di elezione per queste terapie. Un’ultima annotazione di carattere storico: il progetto dello screening psicologico di massa dei bambini nelle scuole venne ideato dal professor Goering (cugino del più noto gerarca nazista) nella Germania negli anni '30, e poi ampiamente applicato - in tempi successivi - nella Russia di Stalin. La medesima prudenza che deve animare gli operatori quando si discute di sindrome da iperattività e deficit dell’attenzione, dovrebbe animarli riguardo a qualunque disagio di carattere psichico di bambini ed adolescenti, specie quando le terapie prevedono l’uso massiccio di psicofarmaci, il cui abuso nella somministrazione (o la repentina interruzione, che causa astinenza al pari di una comune droga da strada) è da sempre più addetti ai lavori posta in relazione diretta con gli improvvisi ed imprevedibili eccessi di violenza incontrollata - a volte omicida od autodistruttiva - da parte di un numero crescente di adolescenti. Per fenomeni quali ad esempio la depressione, nella seconda metà degli anni '90 si abbandonarono gli psicofarmaci di “vecchia generazione” e si incominciò a prescrivere entusiasticamente i cosiddetti “inibitori della ricaptazione della serotonina” (farmaci in grado di bloccare la ritrasmissione di un particolare neurotrasmettitore nel cervello, migliorando i sintomi nei casi di depressione). Paroxetina, Fluoxetina, Sertralina, entrarono nel vocabolario di medici e famiglie, fino alla pubblicazione delle più recenti ricerche scientifiche, che hanno dimostrato che se solamente 1 bimbo su 10 risponde in qualche modo al farmaco, per i restanti 8 non c’è alcun miglioramento, mentre un altro bimbo su 10 ha reazioni avverse gravissime, che vanno dalla labilità emotiva al tentativo di suicidio²³. A quale categoria

²³ prof. Irving Kirsch, University of Connecticut; dott. Thomas J. Moore, The George Washington University School of Public Health and Health Services; prof. Alan Scoboria e prof. ssa Sarah S. Nicholls, University of Connecticut; The Emperor's

appartiene Tuo figlio, Tuo fratello, il Tuo alunno? La realtà deludente, appena 5 anni dopo l’introduzione di questi “miracolosi psicofarmaci di nuova generazione” è che i farmaci anti-depressivi “...hanno una minima o nessuna efficacia sulla depressione infantile od adolescenziale”, come afferma la ricercatrice dott.ssa Garland²⁴. Inoltre gli effetti avversi agli psicofarmaci spesso vengono confusi con un peggiorare della malattia, con il risultato che i medici quasi sempre aumentano il dosaggio del farmaco anziché diminuirlo. Per tacere poi delle complicazioni di carattere giudiziario, con una grande multinazionale del farmaco sotto accusa a New York, per aver deliberatamente per anni occultato quattro importanti studi scientifici che provavano che un noto psicofarmaco per bambini induceva al suicidio, in quanto (dichiaravano in circolari aziendali interne) “pubblicare tali ricerche avrebbe nuociuto al profilo commerciale del prodotto”. La vertenza verrà certamente “sistemata” extragiudizialmente con il pagamento di multe ed indennizzi, ma è ormai sotto gli occhi di tutti che gli sforzi per stabilire una base scientifica per questi fenomeni e per i disagi propri dell’età dell’infanzia e dell’adolescenza sono seriamente compromessi dalla mole di ricerca non pubblicata, e dall’accettazione non critica dei dati pubblicati. La Food & Drug Administration (il Ministero della Sanità in USA) ha recentemente disposto che su tutte le confezioni di antidepressivi per uso pediatrico venga riportato in appositi riquadri (i cosiddetti “black box”) che tali prodotti possono indurre i bambini al suicidio: basterà questa misura di sicurezza per limitare le prescrizioni indiscriminate di psicofarmaci?

Inoltre: chi assicura l’obiettività delle ricerche quando ad esempio il presidente dell’organizzazione inglese che recluta i volontari per gli studi scientifici (mr. John Bell) è anche direttore della casa farmaceutica

New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted, U.S. Food and Drug Administration; Prevention & Treatment, Volume 5, Article 23, 15/07/2002

²⁴ prof. Jane Garland, ordinaria di Psichiatria Clinica all’Università di British Columbia (Canada)

Roche? Con questo livello di coinvolgimento, si sentirà veramente obbligata una casa farmaceutica a pubblicare informazioni sulla inefficacia o sulla pericolosità di uno dei propri prodotti?

Il fatto è che il farmaco è ridotto a mera merce, e proprio questa riduzione a merce è stata denunciata qualche anno fa dal Guardian a proposito di uno psicofarmaco che non trovava uno sbocco commerciale adeguato. Come si fa per un prodotto qualsiasi, la ditta in questione (GlaxoSmithKline) ha affidato ad una agenzia competente in pubbliche relazioni, la Cohn & Wolfe, la promozione del prodotto., “Il modus operandi della GlaxoSmithKline – scrive il Guardian – è decisamente tipico: promuovere il mercato di una malattia piuttosto che vendere un farmaco”. Attraverso campagne volte ad attirare persone insicure ed in crisi a riconoscersi in una nuova malattia, il cosiddetto “disturbo d’ansia generalizzato”, con l’ausilio di pubblicità ma anche con partecipazione a trasmissioni televisive di grande ascolto è stata creata nel pubblico l’attesa per una risposta farmacologica a tale “disturbo”. Una volta preparato il terreno ed ottenuta l’approvazione da parte delle autorità, il farmaco è stato gettato sul mercato, ovviamente preparando anche gli specialisti a prescriverlo. Il Guardian, che riprende un articolo del periodico USA “Mother Jones”, cita con nome e cognome i ricercatori che, pur essendo sul libro paga della casa farmaceutica produttrice, si spacciavano per esperti indipendenti. Risultato: nel giro di due anni il farmaco in questione (il Paxil, ndr) aveva soppiantato un altro farmaco concorrente come

numero due nelle vendite.

Si invitano tutti i genitori, gli insegnanti e gli operatori che hanno quotidianamente a che fare con bambini e ragazzi, a riflettere e ad informarsi attentamente sulle vere origini di questa “sindrome” e di altre “malattie mentali” dell’infanzia e dell’adolescenza. Una diagnosi di “ADHD” troppe volte ha significato: “Tuo figlio sembra vivace e scatenato come tutti i bambini della sua età, a volte è davvero ingestibile...in realtà è un malato di mente”. Soluzioni forse appropriate per dei “casi estremi” rischiano quindi di venir esportate su di una quota veramente significativa della popolazione studentesca. Ma quale base scientifica può avere la diagnosi di una malattia ottenuta grazie alla compilazione di questionari, basati su opinioni, ricordi ed interpretazioni del comportamento di un bambino, spesso rilevate da parte di un estraneo che non conosce nei dettagli il suo ambiente familiare e sociale?. Il nostro è un invito alla riflessione ed alla discussione animate dal buon senso, un invito alla prudenza ed un appello a rivolgersi a due o più specialisti, per verificare con puntiglio ogni eventuale diagnosi e per non restare - magari in tutta buona fede - vittima delle apparenze. È in gioco il futuro e la salute dei nostri coetanei, figli, allievi, nipoti.

Per un’analisi esaustiva di tutti gli aspetti scientifici e bioetici del problema è opportuno rimandarvi alla navigazione del portale www.giulemanidaibambini.org da cui abbiamo liberamente attinto il materiale necessario per la costruzione di questo piccolo opuscolo informativo.

IL NIDO DEL CUCULO

www.nido-del-cuculo.anti-psiatria.com

Trasmissione radiofonica antipsichiatrica a cura di Tristano Ajmone e Paola Peste.

OGNI GIOVEDÌ // ORE 16:00—17:00

su Radio Blackout 105.250 FM (Torino)

www.radioblackout.org

Ascoltabile via internet streaming:

<http://stream.radioblackout.org/blackout.mp3>

Appendice 1

Patologie e condizioni che possono mimare l'ADHD

IMPORTANTE: CI SONO TUTTA UNA SERIE DI VERE PATOLOGIE PEDIATRICHE CHE POSSONO "MIMARE" L'ADHD, OVVERO CHE PRESENTANO CARATTERISTICHE E SINTOMI DEL TUTTO SIMILI E SOVRAPPONIBILI. ETICHETTARE COME "ADHD" UN BAMBINO, SIGNIFICA SPESSO METTERSI IN CONDIZIONE DI NON POTER IDENTIFICARE IL VERO MOTIVO DEL DISAGIO E POI RISOLVERLO.....

«PSEUDO ADHD», ovvero patologie e condizioni che possono mimare l'ADHD (a cura del dott. Claudio Ajmone):

www.pseudo-adhd.oism.info

-
- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Abusi Sessuali e fisici2. Ansia da separazione3. Ansia generalizzata4. Bambini prodigio5. Bambini viziati6. Bambini indisciplinati7. Bulimia8. Depressione9. Disordine da stress post traumatico10. Disturbo Opositivo-provocatorio11. Disturbi dell'Adattamento con sintomi di Disturbo della condotta12. Disturbo della Condotta13. Disturbi dell'Umore14. Disturbo ossessivo compulsivo | <ol style="list-style-type: none">19. Autismo infantile20. Sindrome di Rett21. Disturbo disintegrativo dell'infanzia22. Sindrome di Asperger23. Disturbi generalizzati dello sviluppo non altrimenti specificati (comprendenti l'autismo atipico dell'ICD-10)24. Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati (ICD-10).25. Enuresi26. Encopresi27. Fobia sociale28. Gioco d'azzardo29. Problemi situazionali, ambientali, familiari, scolastici, qualità dell'avvita |
|--|--|

A – Problematiche Psicologiche

Disturbi specifici dell'apprendimento:

15. Disturbo del Calcolo
16. Disturbo della Coordinazione Motoria (DSM-IV), Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria (ICD- 10)
17. Disturbo della Lettura
18. Disturbi Specifici della scrittura o dell'espressione scritta Disturbo pervasivo dello sviluppo:

Psicosi:

30. Dissociativi
31. Disturbo bipolare
32. Disturbi di personalità
33. Mania
34. Schizofrenia
35. Ritardo mentale ambientale
36. Sindrome di Gilles de la Tourette
37. Tics

B – Patologie Mediche

38. Accesso subclinico post traumatico
39. Akatisia
40. Allergie 41. Anemia
42. Accessi del Lobo frontale
43. Asma bronchiale
44. Cardiache (malattie e disfunzioni)
45. Celiachia
46. Cisti cerebrali
47. Corea
48. Diabete precoce
49. Emicrania
50. Epilessia
51. Ferite e danni alla testa
52. Fibromialgia Genetiche:
53. Deficienza della CoA-transferasi dei 3-oxoacidi
54. Disordine primario di vigilanza (sindrome di Weinberg)
55. Distrofia miotonica congenita o giovanile
56. Emofilia
57. Fenilchetonuria
58. Incrementata attività nucleotidase cellulare
59. Lunghezza del cromosoma Y
60. Malattia di Wilson
61. Mosaicismo trisomia 17
62. Sindrome cromosoma 8 ad anello
63. Sindrome di Dubowitz
64. Sindrome di Down
65. Sindrome di Prader-Willi
66. Sindrome di Rett
67. Sindrrome velo-cardio-facciale
68. Sindrome X fragile
69. Inalamento volontario o involontario di sostanze

Infezioni:

70. Adenoidite
71. Candida Albicans
72. Encefalite virale

73. Meningite
74. Tonsillite
75. Streptococco Beta-Emolitico (infezione da)
76. Integrazione sensoriale (disfunzione)
77. Ipersensibilità elettrica
78. Ipertiroidismo
79. Ipotiroidismo
80. Ipoglicemia
81. Ipossia (malattia cardiaca congenita, disordine del sonno, asma, deterioramento ventilatorio cronico, instabilità respiratoria)
82. Lesioni del sistema colinergico corticale della porzione basale del cervello anteriore
83. Lupus Eritematoso Sistemico
84. Malattia di Legg-Calvé-Perthes
85. Metabolici (disordini)
86. Monossido di carbonio (avvelenamento da)
87. Obesità
88. Otite media
89. Parassiti intestinali (infestazione)
90. Parto (complicazioni da)
91. Perinatali (fattori sfavorevoli)
92. Porfiria
93. Prenatali (scarsa salute e malnutrizione della madre, uso di droghe)
94. Problemi spinali
95. Ritardo mentale biologico e genetico
96. Rene (malattia renale cronica)
97. Sindrome delle gambe irrequiete
98. Sindrome da stanchezza cronica
99. Sonno (disturbi del)
100. Sistema di complemento (deficit nel sangue di proteine di difesa contro le infezioni virali e batteriche, es. proteina C4B)
101. Tossine (esposizione alle)

Tumori:

102. Cerebrali incipienti

103. Neoplasie del Lobo frontale
104. Neuroepiteliale disembrionoplastico
105. Neurofibromatosi tipi
106. Udito (disordine dei processi centrali auditivi)
107. Vasculopatia lenticolostriata

Vista

108. Acuità visiva lontano
109. Acuità visiva vicini
110. Convergenza
111. Disfunzione accomodativa
112. Inseguimento
113. Integrazione visuomotoria
114. Iperopia
115. Stereopsi
116. Visione del colore
117. Vivacità fisiologica

C – Sostanze psicotrope

118. Acido d-lisergico (LSD)
119. Alcool
120. Caffaina
121. Cocaina
122. Colle e aerosol (inalazione)
123. Eroina
124. Fenilciclidina (PCP)
125. Marijuana
126. Nicotina

D – Alimentazione

Amminoacidi (carenza):

127. Fenilalanina
128. Tirosina
129. Triptofano
130. Istidina
131. Isoleucina
132. Calcio (carenza di)
133. Conservanti alimentari
134. Coloranti sintetici alimentari

135. Dieta errata
136. Ferro (carenza di)
137. Iodio (carenza di)
138. Magnesio ionico (carenza di Mg(2+))
139. Malnutrizione
140. Manganese (alto livello di)
141. Magnesio (carenza di)
142. Omega 3 (carenza di)
143. Rame (carenza di)
144. Vitamine (eccesso di)
145. Vitamina B (carenza di)
146. Zinco (carenza di)

E – Situazioni Sfavorevoli

147. Affaticamento
148. Chemioterapia per il cancro
149. Dolore fisico
150. Fame

Medicinali (principi attivi)

151. Antiallergici da banco che contengono antistaminici o stimolanti
152. Antibiotici
153. Sinusite: medicinali da banco che contengono antistaminici o stimolanti
154. Raffreddore: medicinali da banco che contengono antistaminici o stimolanti
155. Sonniferi che compromettono la concentrazione e vigilanza

Antiasmatici

156. Antistaminici
157. Ephedrine
158. Pseudoephedrine
159. Teofillina
- Antidepressivi
160. Citalopram
161. Escitalopram
162. Fluoxetina
163. Fluvoxamina
164. Paroxetina
165. Sertralina

- Antiepilettici
166. Carbamazepina
167. Divalprex Sodio
168. Fenitoina
169. Gabapentin
Antipsicotici
170. Aloperidolo
171. Clorpromazina
172. Flufenazina
173. Olanzapina
174. Proclorperazina
175. Quetiapina
176. Risperidone
177. Tioridazina
178. Tioxanteni

Barbiturici

179. Amobarbital
180. Butabarbital
181. Fenobarbital
182. Pentobarbital
183. Secobarbital

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

184. Desossiefedrina
185. Destroamfetamine
186. Metilfenidato
187. Pemolina

Tranquillanti minori, sedativi, sonniferi

188. Alprazolam
189. Clonazepam
190. Clordiazepossido
191. Diazepam
192. Flurazepam
193. Lorazepam
194. Triazolam

Stabilizzanti dell'umore

195. Litio carbonato
196. Verapamil
197. Movimento (mancanza di esercizio)

198. Nuove tecnologie (uso intensivo e/o precoce del computer, videogiochi,TV)

Steroidi

199. 4-chlorodehydromethyltestosterone
200. Boldenone Undecilenato
201. Fluossimesterone
202. Mesterolone
203. Metandrostenolone/ metandienone
204. Metenolone Enantato
205. Mibolerone
206. Nandrolone Decaonato
207. Nandrolone Fenilpropionato
208. Ossimetolone
209. Ossandrolone
210. Stanazololo
211. Trenbolone
212. Testosterone (variamente esterificato)
213. Prednisone

F – Inquinamento Ambientale

214. Alluminio (alti livelli)
215. DDT
216. PCB (policlorobifenili)
217. Piombo (moderati o alti livelli)
218. Mercurio (alto livello di)

