

Una pillola per diventare bambini buoni?

Considerazioni sul disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività.

Adriana Bembina, Daniela Della Putta

I pugni chiusi, i muscoli tesi, gli occhi serrati: dalla bocca spalancata un urlo rabbioso sembra raggiungerci dalla foto sul quotidiano¹. Ma siamo subito tranquillizzati dal grande titolo in cui ci viene suggerito che non c'è da preoccuparsi: probabilmente la ragazzina, da grande, sarà soprano. Nulla è detto sul perché la bella bambina manifesti tanta rabbia e avversione.

Abbiamo descritto uno spot contro la somministrazione di psicofarmaci ai bambini che sarebbero affetti dal Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (DDAI).² Numerose associazioni e personaggi noti nella cultura italiana promuovono questa iniziativa, confessando di essere stati dei "bambini terribili", cosa che non ha impedito loro di diventare adulti di successo. Nell'opinione comune si tende cioè a pensare che si tratta di bambini molto creativi o troppo vivaci, forse un po' maleducati, la cui vitalità non trova sfogo nell'angustia degli appartamenti di città. Per contro, il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali americano (DSM IV-TR) definisce questa che secondo molti è soltanto una condizione un po' particolare, come "disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività o comportamento dirompente" (ADHD) fornendo una descrizione dettagliata di comportamenti considerati patologici.

Accezioni così diverse danno luogo a reazioni diametralmente opposte. Da un lato, si pensa al carattere del bambino e non a uno stato di sofferenza. Si pensa cioè a un suo "modo di essere" o più radicalmente, a "un modo di essere nel mondo", un *Dasein*, che in parte viene ricondotto esplicitamente alla filosofia esistenzialista. Dall'altro, i comportamenti del bambino sono letti in un'ottica organicista che rimanda prevalentemente a un trattamento farmacologico, con ripercussioni che non coinvolgono soltanto il piano culturale e scientifico ma riguardano anche enormi interessi economici a livello mondiale.

In qualsiasi modo si consideri la cosa, il numero di bambini coinvolti in questa divergenza di opinioni è difficile da definire. Proprio questa vaghezza, che oscilla dall'invocazione di una "epidemia" descritta recentemente per gli USA, all'apparente

¹ http://www.repubblica.it/solidarieta/volontariato/2011/05/15/news/se_la_bimba_urla_

² American Psychiatric Association, *DSM IV TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2001 pp. 101-111.

sottovalutazione italiana, solleva da più parti espliciti dubbi in merito all'esistenza di questa sindrome.

Obiettivo di questa prima parte del nostro lavoro è l'analisi delle due correnti a cui abbiamo appena accennato. Concludiamo con una visione diversa che si rifà alla concettualizzazione della realtà umana, in particolare del bambino, così com'è proposta dalla "Teoria della nascita" fagioliana. Alla luce di quest'approccio affronteremo poi, in una seconda parte che sarà pubblicata nei prossimi numeri del Sogno della farfalla, lo specifico di alcuni casi clinici in cui era stata fatta diagnosi di ADHD. Inoltre cercheremo di proporre spunti per una riflessione più ampia in tema di psicopatologia infantile.

Tra '800 e '900: bambini maleducati, bambini malati.

Proviamo a immaginare un bambino che faccia difficoltà a mantenere l'attenzione focalizzata su un compito, a prestare attenzione ai particolari e che commetta errori di distrazione. Spesso non sembra ascoltare quando gli si parla e per questo non segue le istruzioni che gli sono fornite, così non termina i suoi compiti, non perché non ne sia in grado e nemmeno perché vi si opponga: appare semplicemente svogliato rispetto a tutto ciò che richieda uno sforzo mentale protratto.

E' sovente sbadato e distratto e capita che perda gli oggetti necessari a fare i compiti, così come i giocattoli. Anche a scuola è spesso irrequieto, si dimena sulla sedia, si alza e scorrazza in classe in situazioni in cui ci si aspetterebbe che resti seduto. Parla troppo, interrompe gli altri, fa fatica ad attendere il proprio turno, spara le risposte prima che gli sia stata completata la domanda. Appare così spesso "sotto pressione" che reagisce come se fosse "motorizzato" e per questo, fa fatica a giocare tranquillamente.

Questa descrizione è tratta dai racconti dei genitori e degli insegnanti. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), viceversa, formula criteri più precisi per formulare diagnosi di ADHD. I sintomi di disattenzione, iperattività, impulsività devono permanere per almeno sei mesi, provocando un disadattamento che contrasta con il livello di sviluppo. Devono essere stati osservati prima dei sette anni di vita, determinando una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale e scolastico.³

Tra i primi a descrivere simili comportamenti dei bambini fu un autore tedesco, Heinrich Hoffmann, che nel 1845 pubblicò non un trattato medico, ma un libro illustrato di filastrocche per bambini⁴ cui raccontava il fallimentare tentativo di educare un bambino a stare composto a tavola. Tra l'imposizione paterna e la preoccupazione materna questo "Zappelphilipp" è irrequieto, si dondola sulla sedia e cade, trascinando

³ Ivi, p. 109.

⁴ H. Hoffmann, *Der Struwwelpeter. Lustige Geschichten und drollige Bilder mit 15 schön kolorirten Tafeln für Kinder von 3-6 Jahren*, Francoforte 1845. Il libro fu tradotto in Italia da Gaetano Negri e pubblicato da Hoepli nel 1882 col titolo *Pierino Porcospino*.

con sé tovaglia e vettovaglie. Poveri mamma e papà, conclude Hoffmann, con questo bambino cattivo e agitato, che urla e non li sta a sentire!

Il contesto storico e culturale ottocentesco cui è riconducibile il lavoro di Hoffmann ci porta a pensare che la risposta allora data ai ragazzini “cattivi e ingestibili” fosse, di norma, un inasprimento della disciplina se non le punizioni corporali, una sorta di trattamento morale: la colpa veniva dunque attribuito a una educazione non sufficientemente severa che non era riuscita a dominare e piegare la reale natura dei bambini.

Mezzo secolo dopo, nel 1902, in una serie di conferenze al Royal College of Physicians in Inghilterra, Sir George F. Still descriveva un gruppo di bambini impulsivi con problemi comportamentali, suggerendo l'ipotesi di una causa ereditaria e rifiutando qualsiasi addebito alla cattiva educazione.⁵ Per la prima volta vi è dunque una lettura medica di questi comportamenti dei bambini, una lettura che, anche se spesso contestata, parrebbe prevalere anche odiernamente in ambito medico. Per questo motivo, dopo i primi tentativi di catalogazione diagnostica degli anni '50 e nonostante il parere contrario di autorevoli ricercatori, la problematica dei bambini disattenti, troppo vivaci e ingestibili, a volte irrispettosi con gli insegnanti o violenti nei confronti dei compagni di classe, ha fatto il suo ingresso nel DSM, testo di riferimento per la psichiatria mondiale.

Già nel 1957 Charles Bradley aveva introdotto il trattamento con amfetamine di questa sindrome, giustificandone l'uso con la probabile esistenza di una lesione cerebrale minore.⁶ In effetti, propri in quegli anni alcuni autori anglosassoni avevano descritto le sequele comportamentali osservabili nel caso di lesioni cerebrali avvenute in età infantile, causate da encefaliti o intossicazioni o dovute a traumi cranici. Si osservavano disturbi come instabilità, ipercinesia o disturbi dell'attenzione e gli autori ritenevano che fossero espressioni di una *minimal brain injury*. La relativa somiglianza di questo quadro con l'iperattività e la disattenzione osservate in altri bambini, portò i ricercatori ad allargare gradualmente la diagnosi di lesione cerebrale minima a tutti i bambini instabili e disattenti. Tuttavia, l'esistenza di una patologia neurologica che avrebbe causato il quadro clinico - esistenza che all'inizio era stata data per certa - presto non fu più sostenibile se non come ipotesi la cui verifica era rimandata a future tecniche d'indagine.

Il “Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività” rappresenta l'ultimo anello di questa successione. Negli anni, l'interesse si è spostato dal polo motorio (Instabilità e aspetto cinetico) al polo cognitivo (deficit dell'attenzione). Il presupposto rimane però lo stesso ed è l'ipotesi di un deficit neuro cerebrale.

Aspetti culturali, sociali e istituzionali s'intrecciano inestricabilmente nelle variazioni dei rilevamenti epidemiologici dell'ADHD. Negli Stati Uniti, la diagnosi è aumentata

⁵ Swanson J.M., Sergeant J. A., *Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder*, in “Lancet”, 351, 1998, pp. 429-433.

⁶ Marcelli D., *Psicopatologia del bambino*, Masson Elsevier, Milano 2009, p. 394.

esponenzialmente negli anni '90, in concomitanza a una riforma sociale che aveva l'obiettivo di facilitare l'accesso al sostegno scolastico. Tale riforma ha permesso la presa in carico gratuita di bambini affetti da determinate patologie per cui i contributi amministrativi sono stati raddoppiati in tre anni. Nel Regno Unito, viceversa, il numero di diagnosi di ADHD è aumentato significativamente negli anni che seguirono la reintroduzione in commercio del metilfenidato, dopo il suo ritiro dal mercato per dieci anni.⁷ La costellazione di sintomi comportamentali definita "sindrome ADHD" si è quindi diffusa come un'epidemia, tre volte più nei maschi che nelle femmine, anche se continua a non avere una definizione clinica sufficientemente precisa da non generare polemiche. Tra queste vi è anche l'osservazione che, sulla base della letteratura scientifica internazionale, esistono oltre 200 quadri patologici che annoverano iperattività e deficit di attenzione tra i sintomi.

Per poter fare la diagnosi, l'Associazione Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) richiede che vi sia a una difficoltà oggettiva nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione. Essa deve essere presente in tutti i contesti e in tutte le situazioni di vita e tale da causare una limitazione delle attività quotidiane. Secondo la SINPIA sarebbe riconducibile a un insieme di fattori genetici e "ambientali".⁸

L'ADHD sarebbe quindi un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, in cui sono implicate alterazioni funzionali di specifiche regioni del sistema nervoso centrale, in particolare nella corteccia prefrontale e nei gangli della base. Sono anche presi in considerazione fattori cosiddetti ambientali come una nascita prematura, l'uso di alcool e tabacco da parte della futura madre in gravidanza, l'esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia e, in generale, lesioni cerebrali che coinvolgono la corteccia prefrontale.

Anche se studi epidemiologici evidenziano invece una correlazione positiva tra la patologia depressiva della madre e la comparsa di sintomi ADHD⁹, le linee guida SINPIA, poi adottate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), escludono che la vita relazionale del bambino abbia un'importanza decisiva nella genesi di disturbi di condotta. Non si esclude, tuttavia, che l'esperienza di vita da parte di un bambino con disturbo di concentrazione, caratterizzata com'è da insuccessi e frustrazioni in campo relazionale e scolastico, possa determinare disturbi comportamentali secondari e questa volta su base psicoemotiva.

⁷ Ibid.

⁸ Linee Guida SINPIA, *Schede di approfondimento su ADHD e Registro nazionale dell'ADHD*. <http://www.iss.it/adhd/cosa/cont.php?id=234&lang=1&tipo=1>.

⁹ Slatcher R.B., Trentacosta C.J., *A Naturalistic Observation Study of the Links Between Parental Depressive Symptoms and Preschoolers Behaviors in Everyday life*, in "Journal of Family Psychology", 25, 3, 2011, pp. 444-448.

Oscillazioni epidemiologiche

Come abbiamo già detto, i dati epidemiologici che valutano la prevalenza dell'ADHD, presentano ampie oscillazioni, a seconda degli studi e dei criteri applicati. Utilizzando come riferimento il *DSM III*, tra il 1982 e il 1996, la prevalenza negli U.S.A., oscillava tra il 4% e il 12%. Una revisione sistematica di questi studi stima invece una prevalenza del 6,8%. Utilizzando invece il *DSM III R*, essa raggiunge il 10,3%.¹⁰

In Italia, studi condotti da pediatri di libera scelta dei Servizi Territoriali rilevano una prevalenza dell'ADHD molto variabile a seconda della regione considerata, dell'anno di rilevazione, dei criteri presi in considerazione e dello strumento utilizzato: lo spettro dei valori di prevalenza è molto ampio e oscilla dal 0,43% al 3,6%.¹¹ Questi dati trovano conferma anche in altre ricerche italiane che a livello nazionale stimano la presenza di quasi un bambino in una classe di 25 alunni.¹²

Nelle linee guida SINPIA¹³ viene descritta anche la sequenza evolutiva dei sintomi dell'ADHD: vi sarebbe una prevalenza dell'Iperattività in età prescolare, con crisi di rabbia ingestibile, provocatorietà, oppositività e disturbi del sonno, che in età scolare lascia spazio a una prevalenza di disattenzione e impulsività, causa delle prime difficoltà scolastiche e di socializzazione. In adolescenza il disturbo ADHD non sarebbe più caratterizzato dall'iperattività quanto da un'instabilità relazionale e dalla disorganizzazione della vita quotidiana. Le ripetute difficoltà scolastiche si accompagnerebbero invariabilmente ad un basso livello di autostima, spesso a disturbi depressivi e inoltre ad una progressiva assunzione di condotte rischiose.

Anticipazioni sulla prossima pubblicazione del *DSM V* riferiscono di una revisione dei criteri diagnostici nella direzione di una maggiore specificazione dei comportamenti disfunzionali con l'aggiunta di quattro nuovi criteri e dell'innalzamento da 7 a 12 anni dell'età in cui è possibile fare diagnosi. Ma sarà sufficiente la presenza di soli quattro sintomi al posto dei sei richiesti precedentemente: in altre parole si aspetta di più a fare diagnosi di disturbo mentale ma è ipotizzabile un abbassamento della soglia diagnostica.¹⁴ Inoltre, sono previsti nuovi criteri per gli adulti. Infine pare che ci sia una

¹⁰ Green M., Wong M., Atkins D., et al., *Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*, Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Technical Review No.3, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 99-0050, Rockville, MD 1999.

¹¹ Corbo S., Marolla F., Sarno V., Torrioli MG., Vernacotola S., *Prevalenza dell'ADHD in bambini seguiti dal Pediatra di Famiglia*, *Medico e Bambino*, 2003, 1: 22-25.

¹² Strepparava M.G., Iacchia E., *Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambini difficili o relazioni difficili?*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012 p. 301.

¹³ Linee Guida SINPIA, *"Schede di approfondimento su ADHD e Registro nazionale dell'ADHD"*, <http://www.iss.it/adhd/cosa/cont.php?id=234&lang=1&tipo=1>.

¹⁴ [www.dsm5.org/Proposed Revisions/ Neurodevelopmental Disorders/ A10-11](http://www.dsm5.org/Proposed_Revisions/Neurodevelopmental_Disorders/A10-11).

correlazione positiva forte tra il disturbo infantile e la predisposizione a condotte antisociali e all'abuso di sostanze psicoattive nell'adulto.¹⁵

Una difficile diagnosi.

Nonostante gli sforzi per delineare e circoscrivere i comportamenti riconducibili al disturbo dell'ADHD, risulta spesso complesso formulare la diagnosi differenziale con altre forme patologiche. Peraltro, non esistono test specifici in proposito. La diagnosi di ADHD è essenzialmente clinica, si basa quindi sull'osservazione, sulla raccolta di informazioni da fonti multiple e diversificate quali genitori, insegnanti, educatori. Ma sono usate anche batterie di test (che comprendono questionari, scale di valutazione, test neuropsicologici) volte a misurare ogni aspetto del comportamento singolarmente. Vengono somministrate al bambino stesso, per quantificarne la severità oltre che seguirne l'andamento nel tempo.¹⁶

I questionari e le scale maggiormente utilizzati, di cui esistono versioni italiane standardizzate o in corso di standardizzazione, descrivono una serie di comportamenti del bambino per cui si chiede all'insegnante o ai genitori di indicare la frequenza o il livello di gravità. Inoltre è utilizzata la somministrazione al bambino di scale di autovalutazione per l'ansia, la depressione, ma anche il self-control, le abilità sociali e cognitive e per individuare un profilo comportamentale.

Le posizioni ufficiali della Neuropsichiatria italiana ricordano che le risposte a queste scale di valutazione da parte dei genitori, insegnanti e bambini non consentono di formulare la diagnosi, ma sono unicamente strumenti di completamento diagnostico nel senso di una valutazione quantitativa. Inoltre possono essere utili per valutare l'andamento clinico o la risposta ai trattamenti. Il loro utilizzo andrebbe sempre accompagnato da interviste diagnostiche che esplorano l'intera gamma della psicopatologia, per individuare eventuali patologie associate, quali disturbi del comportamento, d'ansia, di apprendimento o di natura ossessivo-compulsiva.

Anche in ambito Istituzionale¹⁷ si ammette che il problema della comorbidità rende la diagnosi unica molto dubbia. Gli stessi assertori dell'esistenza di questa sindrome, riferendosi sia a campioni clinici che a studi epidemiologici, rilevano che almeno il 70% dei soggetti con comportamenti riconducibili sul piano teorico alla sindrome ADHD ha un disturbo associato.¹⁸ Gli stessi autori ammettono che nella realtà clinica il processo diagnostico è ancora più complesso, soprattutto in presenza di disturbi dell'umore,

¹⁵ Pallanti S., *ADHD dall'infanzia all'età adulta: una diagnosi importante*, in: "IV Giornata di Studio Psichiatria dell'arco di vita, un approccio condiviso per bambino, adolescente e adulto", Azienda Policlinico Umberto I, Roma 2011.

¹⁶ Strepparava M.G., Iacchia E., *cit.*, p. 311.

¹⁷ <http://www.aifa.it/comorbidit%C3%A0.htm#conclus>

¹⁸ *Ibid.*

quale la depressione o di stati ansiosi, cosa che, al loro dire, condiziona non soltanto l'espressività del quadro clinico ma anche la prognosi e la strategia di intervento.¹⁹

Paradossalmente, gli stessi disturbi che più frequentemente si associano alla sindrome ADHD, sono anche quelli che più frequentemente entrano in diagnosi differenziale con essa. Si parla in proposito di un'azione di "mascheramento" per cui bambini in realtà affetti da ADHD verrebbero diagnosticati esclusivamente sulla base del disturbo in associazione, come depressione, ansia, ecc.²⁰ Tali disquisizioni impegnano gli ormai numerosi esperti del campo e sono, almeno in parte, il riflesso dell'incertezza dei confini della sindrome ADHD ovvero dell'incertezza su come definire il suo "fenotipo". Pare quindi del tutto legittimo chiedersi non solo che cosa sia da considerarsi parte integrante dell'ADHD e cosa no, ma anche se la difficoltà di una diagnosi differenziale non rivela piuttosto l'inesistenza della sindrome stessa.

Protocolli terapeutici ufficiali

La diagnosi di disturbo ADHD è dunque, almeno se diamo retta alle voci ufficiali, un processo complesso e ancora controverso che coinvolge bambini nel pieno del loro sviluppo. Per quanto riguarda la terapia, le Linee guida d'intervento della Neuropsichiatria Italiana, adottate dall'ISS, propongono invece tre tipi di procedimento:

- la terapia psico-comportamentale, che include anche un ciclo d'incontri di "Parent Training" in cui si forniscono ai genitori informazioni sull'ADHD e su strategie comportamentali da adottare con il bambino;
- la consulenza sistematica agli insegnanti. Essi vengono formati a osservare, comprendere e valutare le caratteristiche individuali del bambino, imparando a modulare le richieste didattiche e a ridurre così i comportamenti disfunzionali del bambino con ADHD.
- la terapia farmacologica, che in Italia prevede l'utilizzo di psicostimolanti come il metifenidato e l'atomoxetina, di recente reintroduzione.

L'azione di questi farmaci non è ancora completamente chiara. Si segnala una notevole variabilità di risposta clinica tra i singoli individui e l'efficacia non appare correlata con i livelli plasmatici del farmaco.²¹ Seconda la letteratura disponibile al riguardo, un trattamento farmacologico precoce dei bambini con ADHD ridurrebbe i sintomi del disturbo migliorando il rendimento scolastico nonché le relazioni con i coetanei e con gli adulti di riferimento. Inoltre preverrebbe l'abuso di sostanze psicotrope in adolescenza,

¹⁹ Masi. G., in <http://www.aifa.it>

²⁰ Ibid.

²¹ Linee Guida SINPIA, "Schede di approfondimento su ADHD e Registro nazionale dell'ADHD",

<http://www.iss.it/adhd/cosa/cont.php?id=234&lang=1&tipo=1>.

riducendo le possibilità di evoluzione verso il disturbo di condotta e quello antisociale di personalità.²²

Altri autori²³ sostengono che il trattamento farmacologico, pur migliorando il quadro clinico, abbia un impatto limitato solo ad alcuni aspetti del disturbo. Avrebbe scarsa efficacia sul lungo termine e non sono chiare le conseguenze dell'uso prolungato sull'organismo. Tra gli effetti negativi certi segnalati a seguito di somministrazione di metilfenidato (nome commerciale Ritalin) sono: nausea, vomito, cefalea, irritabilità e aggressività; cui si aggiungono aritmie cardiache, insufficienza epatica acuta, convulsioni e ideazione suicidaria nel caso di trattamento con l'atomoxetina (nome commerciale Strattera).²⁴

A partire dalla Consensus Conference di Cagliari del 2003, alcuni clinici tra cui Gabriele Masi, neuropsichiatria infantile del Centro "Stella Maris" (autorizzato alla somministrazione degli psicofarmaci ai bambini) hanno proposto e poi sviluppato il Registro Italiano per l'ADHD. In qualità di membro del Comitato scientifico che doveva monitorare la redazione di questo Registro presso l'ISS, Masi è stato decisivo nel creare un "modello italiano". Esso si è posto l'obiettivo del reintroduzione del metilfenidato e dell'atomoxetina all'interno di un contesto legislativo vincolante che assicuri il controllo sulle modalità della diagnosi e della somministrazione dei farmaci e che vigili sull'efficacia e sulla sicurezza del trattamento, per evitare una somministrazione indiscriminata.

creare un "modello italiano". Esso si è posto l'obiettivo del reintroduzione del metilfenidato e dell'atomoxetina all'interno di un contesto legislativo vincolante che assicuri il controllo sulle modalità della diagnosi e della somministrazione dei farmaci e che vigili sull'efficacia e sulla sicurezza del trattamento, per evitare una somministrazione indiscriminata.

Tuttavia...

A questo quadro ufficiale sono state mosse da più parti aspre critiche che si riferiscono, in primis, alla reale esistenza o meno di questa sindrome, e poi alla pseudo-scientificità dei protocolli diagnostici.

Tuttavia, la critica maggiore è rivolta proprio alla somministrazione dei farmaci nella terapia per l'ADHD: si tratta di derivati dall'anfetamina, sostanze normalmente usate come eccitanti e il cui l'abuso è frequente in frequentatori di discoteche o da parte di atleti dopati, fino ad esiti letali. Per un effetto "paradossale", dovuto al particolare metabolismo dei bambini, questi derivati dell'anfetamina non euforizzano i bambini ma li "tranquillizzano", permettendo agli stessi una diversa e più mirata gestione del

²² <http://www.iss.it>

²³ Strepparava M.G., Iacchia E., *cit.*, pp. 320-321.

²⁴ <http://www.iss.it>

proprio livello di attenzione nei confronti di stimoli esterni, come le lezioni a scuola o i compiti a casa.

Nel 1989 il metilfenidato (Ritalin), appartenente alla classe delle anfetamine, era stato ritirato dal mercato italiano e messo nella tabella degli stupefacenti dal Ministero della Sanità. Nel marzo 2003 fu invece spostato in quella degli psicofarmaci.²⁵ Nel luglio dello stesso anno, con Decreto CUF di riclassificazione, fu approvato il suo utilizzo per la terapia dell'ADHD e nel febbraio 2004, il Dipartimento del Farmaco dell'ISS e l'Agenzia Italiana del Farmaco, attivarono il Registro Nazionale del metifenidato, autorizzandone l'immissione in commercio a partire dal giugno 2004.

Va detto anche che la Consensus Conference del 2005 di Torino²⁶ ha raggiunto conclusioni di segno esattamente opposto a quelle della già citata conferenza di Cagliari del 2003 e non solo rispetto all'uso dei farmaci ma addirittura rispetto al pensiero generale sulla tematica. Nell'incontro torinese, l'iperattività e il deficit di attenzione sono definite non come malattia ma come un sintomo indicativo di altre problematiche. Di conseguenza, trattandosi di un sintomo e non di una malattia, viene messo in dubbio tutto il processo diagnostico.

In proposito si sottolinea che, come in ogni specialità medica, anche in neuropsichiatria infantile la diagnosi dovrebbe essere compito del medico, mentre nell'iter diagnostico dell'ADHD genitori e insegnanti hanno un ruolo e un peso tale da condizionare il giudizio del medico e dello psicologo: in effetto sono solo prevalentemente i genitori e insegnanti a compilare le scale di valutazione in cui si riferiscono i comportamenti "patologici". (Per inciso: è ben noto nella letteratura scientifica che anche i test compilati dai bambini stessi e che mirano a evidenziare i deficit di memoria e nel controllo dell'impulsività così come l'iperattività, hanno un valore diagnostico limitato in quanto non individuano un tratto, quanto una condizione.²⁷)

Nonostante queste considerazioni, le domande per formulare la diagnosi continuano ad essere rivolte a genitori e insegnanti, indipendentemente dall'età del soggetto (e quindi applicate anche a bambini della scuola materna) e sono del tipo: "Muove spesso le mani o i piedi, agitandosi sulla sedia?" - "E' distratto facilmente da stimoli esterni?" - "Spesso chiacchiera troppo?". In pratica, i questionari ripetono in forma interrogativa i criteri diagnostici riportati dal DSM IV TR. Inoltre, quale scientificità attribuire al termine "spesso" o "facilmente", presente nei questionari diagnostici per segnalare la presenza di un comportamento disfunzionale?²⁸ A queste e ad altre simili domande di solito non

²⁵ <http://www.Kensan.it/articoli/Ritalin.php>

²⁶ Comunicazioni di Prof. Costa E. psichiatra, I Cattedra di psichiatria Università "La Sapienza" Roma, Primario psicologia clinica e psicofarmacologia Policlinico Umberto I; e di Prof. Ajmone C. psicologo psicoterapeuta, in:

http://glm_documentiscientifici_25-pdf-xChangeViewer

²⁷ Furman L., MD, (2005), "What is ADHD?", *J. Child Neurol.* 2005, 20 (12), pp. 994-1003.

²⁸ www.giulemanidaibambini.org Campagna sociale nazionale contro gli abusi nella prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti.

viene data un'adeguata risposta. Ovvio, quindi, che i fattori della soluzione psicofarmacologica siano sempre più frequentemente accusati d'imperdonabile superficialità nella diagnosi, tanto più in considerazione dell'estrema delicatezza della fascia d'età sulla quale tali diagnosi incombono.

Un'altra obiezione verte sul fatto che il manuale classificatorio di riferimento è quasi sempre il DSM, approntato dall'Associazione Psichiatrica Americana che è un'associazione privata e i cui redattori sono per tre quarti consulenti retribuiti dalle case farmaceutiche.²⁹ È trascurato invece il manuale di classificazione ICD dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, redatto da un'organizzazione sopranazionale che impiega criteri ben più prudenziali per la diagnosi.³⁰

Infine, nello stesso DSM IV-TR, pubblicato nel 2000, si afferma che «non ci sono test di laboratorio, valutazioni neurologiche, o valutazioni dell'attenzione, che siano state stabilite come diagnostiche nella valutazione clinica dell'ADHD. Ancora non è noto quali deficit cognitivi fondamentali sono responsabili delle differenze tra gruppi».³¹

L'insieme di questi elementi critici alimenta il sospetto che il caso dell'ADHD sia in realtà un "disease mongering", ovvero l'invenzione di malattie che patologizzano le sofferenze della vita, al solo scopo di trarne profitto. Il sospetto espresso è che si vuole vendere farmaci curando le persone sane: se così fosse, sarebbe un business che costituisce la più massiccia violazione dei diritti umani e dell'etica medica che la storia conosca. L'uso di uno psicofarmaco, infatti, è legittimato dall'esistenza di una malattia per la quale è stato testato quale cura. Ogni altro uso è improprio. Nel caso dell'ADHD, nessun fenotipo o genotipo del presunto quadro patologico è stato individuato con certezza e risultati *evidence-based*, derivati cioè da ricerche condotte con metodi scientifici, indicano che i farmaci usati nell'ADHD hanno lo stesso effetto sia su bambini sani, sia su bambini cui è stata diagnosticata questa sindrome.³²

Purtroppo la ricerca, anche universitaria, su questi temi è finanziata totalmente dalle case farmaceutiche. Per questo rilevante conflitto d'interessi è difficile considerarla come indipendente e affidabile.

Giù le mani dal diverso

Chi s'opponesse alle posizioni adottate dall'ISS e dal SINPIA sottolinea spesso come dopo mezzo secolo di ricerca sperimentale, non sia stata ancora dimostrata l'esistenza

²⁹ www.giulemanidaibambini.org Campagna sociale nazionale contro gli abusi nella prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti.

³⁰ Ibidem.

³¹ American Psychiatric Association, DSM IV TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson - Milano, 2000, pp. 88-89.

³² Breggin P. MD., *Talking back to Ritalin*, Persues Publishing 2001.

dell'ADHD, mentre ci si comporta come se la sua esistenza fosse certa. Col fare esperimenti su una malattia la cui esistenza non è dimostrata ma è data per scontata, così viene detto, si realizza a tutti gli effetti un paradosso scientifico.³³

Chi si riconosce in queste affermazioni proviene sovente da una determinata impostazione culturale che porta le persone a ritenere che sì, alcuni comportamenti fastidiosi - come il non stare seduto più di dieci minuti, picchiare il compagno di banco, insultare la maestra, urlare al cinema o prendere a calci gli scaffali del supermercato - forse non sono ascrivibili a mera "vivacità", ma nonostante ciò la domanda primaria da porsi rimane: «Che tipo di risposta a tutto ciò diamo noi adulti?»

L'idea base che propongono le associazioni che confluiscono nel movimento "Giulemanidaibambini" è che un bambino "diverso" nel comportamento non è necessariamente "patologico": saremmo noi adulti a creare il problema, perché ogni diversità ci spaventa e ci fa sentire inadeguati.³⁴ Ed è in virtù di tali presupposti che le associazioni esprimono un forte dissenso alla somministrazione di psicofarmaci ai bambini, approntando campagne pubblicitarie come quella descritta all'inizio dell'articolo. I consensi, provenienti dagli ambiti culturali più diversi, non mancano.

Scorrendo la vasta documentazione presente on line,³⁵ la prima impressione è la grande attenzione dimostrata nei confronti dei bambini e la continua opposizione a una medicalizzazione considerata inopportuna. Esiste una folta serie di iniziative legali che si pone in difesa dei bambini come "categoria debole".

A una lettura più accurata dei numerosi documenti, si fa largo l'impressione che i presupposti teorici impliciti alla base di questo movimento leggono la condizione di iperattività, impulsività e difficoltà di concentrazione del bambino come mero tratto caratteriale. Così facendo si nega a nostro parere lo stato di difficoltà del bambino: si tratterebbe semplicemente di bambini "diversi", da accettare con amore, da sostenere ed assistere nel loro particolare modo di essere.

Questa diversità si esprimerebbe fin dai primi momenti di vita nella particolare modulazione del livello di eccitazione, del controllo inibitorio e della regolazione dell'attenzione. Ciò porterebbe a reazioni particolari del bambino ai tentativi di organizzare le sue abitudini alimentari, le ore di riposo e le routine regolari in genere: ³⁶ si tratterebbe di elementi indicativi della predisposizione ad uno sviluppo atipico che, in età scolare, si manifesterà con problemi di natura cognitiva e sociale.³⁷

³³ www.giulemanidaibambini.org Campagna sociale nazionale contro gli abusi nella prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti.

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ Kirby E.A., Grimley L.K., *Disturbi dell'attenzione e iperattività. Guida per psicologi e insegnanti*, Edizioni Centro Studi Erikson - Gardolo, 2009, p. 49.

³⁷ *Ibidem.*

In quest'approccio, gli eccessi d'ira, le manifestazioni di rabbia a livello verbale e fisico, l'inosservanza o la contestazione degli ordini sono ricondotti, quindi, ad un'assenza di "organizzazione". Viene sottolineato che il bambino debba essere tollerato e aiutato a non sentirsi "inferiore" e tantomeno colpevole. L'instabilità può essere affrontata con tecniche psicomotorie mentre la didattica a lui rivolta, può essere meglio calibrata mediante il cosiddetto micro-teaching, ovvero brevi e ripetute sedute di insegnamento onde sfruttare gli intervalli in cui l'attenzione è ben presente.

L'intervento proposto prevede la collaborazione del personale scolastico per aiutare il bambino nella comprensione e nel controllo di questi comportamenti problematici, attraverso il ricorso a strategie d'intervento derivate dalle tecniche educative comportamentali. Si ricorre quindi a "rinforzi positivi" immediatamente dopo un comportamento adeguato, ignorando invece o addirittura allontanando temporaneamente il bambino dopo un comportamento indesiderato.

Com'è ben noto, i principi base di questa metodologia sono derivati dalle tecniche di condizionamento operante e rispondente, sperimentate dapprima sugli animali. In proposito va però detto che i bambini con deficit attentivi tendono a rispondere in maniera non prevedibile ai rinforzi positivi, motivo per cui risulta necessario coinvolgerli in attività già di per sé interessanti o fornire gratificazioni materiali frequenti e significativi, per ottenere un sufficiente coinvolgimento. E' altrettanto noto che le tecniche comportamentali tradizionali di condizionamento (Pavlov e Skinner) negli anni Settanta sono state integrate con i presupposti teorici del cognitivismo (Vygotsky e Luria) formando l'approccio definito "cognitivo-comportamentale".³⁸

Per contrastare i disturbi dell'attenzione e a partenza da un modello cognitivo dell'attenzione, dell'arousal e del controllo degli impulsi, un intervento di questo tipo individua il punto cruciale nel linguaggio o meglio, in quella che è definita "verbalizzazione interna". Per migliorarla, esistono programmi di training di "auto-istruzione verbale" o di "costo della risposta", mediati dalle tecniche di condizionamenti operante.³⁹

Per il controllo dell'iperattività, invece, si ricorre a liste di regole per la gestione, in classe e a casa, dei bambini irrequieti e disattenti.⁴⁰ Tali regole, messe a punto in Italia da Daniele Fedeli, docente di Psicopatologia clinica all'Università di Udine, sono promosse dalle associazioni che fanno capo a "Giulemanidaibambini". Esse sono formulate come fossero "espressioni personali" del bambino stesso che il bambino deve apprendere e utilizzare nell'interazione con gli altri. Ne citiamo alcune:

. Mi devi descrivere di volta in volta e con molta linearità, il comportamento o il risultato che ti aspetti da me.

³⁸ Kirby E.A., Grimley L.K., *Disturbi dell'attenzione e iperattività. Guida per psicologi e insegnanti*, Edizioni Centro Studi Erikson - Gardolo, 2009, pp. 21-22.

³⁹ Kirby E.A., Grimley L.K., *Disturbi dell'attenzione e iperattività. Guida per psicologi e insegnanti*, Edizioni Centro Studi Erikson - Gardolo, 2009, pp. 93-104.

⁴⁰ Gordon M., *How to operate an ADHD clinic or subspecialty practise*, GSI Publications 2005.

- . Devi mostrarmi come un compito va eseguito, dandomi istruzioni con voce chiara. Per me è utile ripetere le tue istruzioni esprimendole ad alta voce, finché non avrò interiorizzato la sequenza (verbalizzazione esterna/interna).
- . Dammi le indicazioni una alla volta, se no le dimentico e chiedimi che cosa penso che tu abbia detto: se non capisco subito, ripetimelo usando parole diverse.
- . Dammi obiettivi a breve termine e un ambiente in cui ci sia una routine costante: avvertimi se ci saranno dei cambiamenti.
- . Ricordami di pensare prima di agire.
- . Ricordami come mi dovrò comportare con gli altri e intervieni subito quando capisci che sto perdendo il controllo di me.⁴¹

Se dall'approccio neuropsichiatrico si evince un'immagine di bambino con malattia d'organo, da questi ultimi riferimenti emerge l'idea di un bambino che pare affetto quantomeno da una lieve insufficienza mentale perché deve essere aiutato a capire come bisogna comportarsi: può migliorare con misure riabilitative ma certo non può "guarire" dalla sua diversità.

Per noi, l'immagine che s'impone drammatica alla mente è di un burattino ribelle educato a divenire marionetta obbediente. O per lo meno a diventare qualcuno che si costruisce un'identità intorno a un minus e impone a chiunque, di accettare questa condizione di "diversamente abile". A nostro parere, malgrado l'apparente inconciliabilità, entrambe le accezioni dell'ADHD finora descritte hanno qualcosa in comune ed è l'idea della sostanziale immodificabilità della condizione del bambino: per entrambe, qualsiasi intervento mira a limitare il danno e a contrastare un'evoluzione troppo maligna che avrebbe pesanti ripercussioni sociali.

Se è più agevole sottrarsi a una visione organicista rifiutandone l'evidente riduzionismo, l'approccio che considera l'ipercinesia, la distraibilità e il deficit di attenzione non come sintomi di uno stato di sofferenza, ma come espressioni del carattere del bambino, appare, a nostro avviso, ben più insidiosa. Dietro alla tolleranza amorevole per la "diversità", per il particolare modo di essere di questi bambini, s'intravede una condanna all'incurabilità i cui presupposti teorici, in ultimo, conducono alla stessa matrice esistenzialista che ha dato la sua impronta al movimento "antipsichiatrico" delle ultime decadi.

Inoltre, sia questa visione "tollerante" che il modello organicista pongono il focus dell'osservazione sul bambino e sui suoi comportamenti, considerandolo come un'entità a sé stante ed isolata. Nonostante le amorevolezze, si finisce per guardare il bambino da

⁴¹ www.giulemanidaibambini.org Campagna sociale nazionale contro gli abusi nella prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti.

una distanza che ci sembra siderale, in quanto non tiene in alcun conto le motivazioni del bambino e il suo punto di vista circa le relazioni che vive.

Una nuova ipotesi eziopatogenetica

L'assioma che guida il nostro lavoro è che l'essere umano è impensabile senza il fatto concreto e fondamentale del suo essere in rapporto. Consideriamo, infatti, che il modo di fare e sentire di ognuno di noi venga influenzato da determinate dimensioni di rapporto interumano e che a sua volta questo modo di sentire incida poi sulla specifica relazione.

Tra le molte implicazioni possibili, questo presupposto ci ricorda quanto sia importante l'impostazione teorica seguita dallo psicoterapeuta e in particolare l'idea che egli ha del bambino, perché quest'idea orienterà a tutti gli effetti il suo agire. Una differente visione del bambino determina sostanziali differenze nel processo diagnostico prima e nella relazione terapeutica poi. E qui si rende necessaria una riflessione più generale sulle modalità del processo diagnostico applicabile in età infantile.

Chi intende fare una diagnosi psicopatologica in età evolutiva, ha bisogno di una formazione diversa e specifica rispetto allo psicoterapeuta dell'adulto, perché l'uso del linguaggio verbale nel rapporto con i bambini è del tutto marginale. I bambini si esprimono soprattutto con il linguaggio del corpo, con il movimento del corpo, con cui lanciano un "segno" per movimentare la relazione o modulare il rifiuto ad essa.

Comportamenti apparentemente banali cui a volte l'adulto distratto non dà peso, sono in realtà comunicazioni complesse, sovente messe in atto come risposta proprio al rapporto con l'adulto. Le impuntature "prive di fondamento", i temuti capricci, spesso sono in realtà forme di rapporto dialettico con l'adulto poiché il bambino non ha ancora realizzato un linguaggio verbale sufficiente a poter esporre le proprie ragioni. Oppure non è in grado di esprimere le sue esigenze perché è schiacciato da un ambiente in cui vige una certa quota di insensibilità interumana prodotta, per quanto con i migliori propositi coscienti, dal primato razionale dell'utile e del necessario. Del resto anche nell'adulto, comunicazioni vere e profonde trovano spesso la loro espressione in comportamenti che possono apparire inspiegabili. Ma a differenza del bambino, nell'adulto l'uso del linguaggio verbale e la possibilità di realizzare una separazione per sottrarsi a un rapporto deludente o violento, sono sempre possibili e realizzabili.

A volte per un bambino l'unica possibilità di comunicare con gli adulti consiste nel realizzare un comportamento che sia espressione del suo stato d'animo e del suo pensiero, nel tentativo di lanciare un ponte che superi le barriere dell'incomprensibilità. Inoltre, il modo di pensare di un bambino, il concatenarsi logico della sua ideazione, è specifico e caratteristico del suo stadio di sviluppo. Non è pertanto sovrapponibile al processo di pensiero di un adulto, soprattutto se quest'ultimo ha finito per assumere un assetto prevalentemente razionale.

La scena che segue è tratta da un caso clinico da noi seguito. Si tratta di un bambino di sette anni con diagnosi di sindrome ADHD e conseguente somministrazione di Ritalin. Al racconto dei fatti accaduti abbiamo aggiunto ipotesi circa ciò che il bambino e la madre

vivono e pensano durante la situazione riportata. Queste ipotesi non nascono dal nulla ma sono frutto di un rapporto terapeutico approfondito. E aggiungiamo subito che il metodo di lavoro da noi seguito si basa principalmente sulla psicoterapia dell'adulto di riferimento, molto meno su contatti terapeutici diretti con il bambino coinvolto. È nostra osservazione che questo modo di lavorare non permette soltanto di conoscere i pensieri e i vissuti inizialmente non espressi del genitore, ma permette anche di inferire in modo valido su quanto accade nella mente del bambino quando è in rapporto con gli adulti. Come già detto nell'introduzione, approfondiremo questo aspetto metodologico nella seconda parte del nostro lavoro.

Tutto sembra tranquillo nella stanza, la mamma sta stirando come fa spesso, ma suo figlio sembra in continua attivazione: non riesce a concentrarsi, deve fare i compiti ma non riesce a stare seduto, va al bagno, apre il frigorifero, giocherella per allentare la tensione. Il bambino è agitato, ha paura ma non sa di cosa, come avvertisse un pericolo che non sa nemmeno pensare.

Purtroppo la mamma sembra convincersi che non gli importi niente di fare i compiti, che sia uno sfaticato, mentre la madre pensa che tutto questo deve essere in parte colpa sua perché la maestra, la mattina, l'ha quasi rimproverata di non seguire adeguatamente suo figlio. Proprio lei, che anche adesso gli sta accanto e sta facendo un grande sforzo per non dare a vedere la sua rabbia, dopo la terribile telefonata con il padre del bambino.

Quando lo vede ancora girellare senza meta, con tutti i compiti da fare, caccia un urlo, tutta la rabbia trattenuta le esce in quel momento e non si rende più conto di cosa dice. Più che sorpreso, il bambino è terrorizzato dalla reazione. Pensa che la madre sia impazzita e che sia tutta colpa sua; non riesce a scacciare il pensiero terrifico che allora anche lui impazzirà e tutta questa catastrofe l'avrà causata lui.

La mamma ora tace, d'altronde non lo picchia mai, ma lo prende per la spalla e lo fa sedere con forza alla scrivania: le sue dita gli sembrano artigli. Poi va di là e lui la sente singhiozzare. Non c'è rimedio - pensa il bambino- io sono così cattivo che riesco a distruggere mia madre e allora lei non potrà più proteggermi.

Il breve racconto può forse aiutare a comprendere cosa vive un bambino di fronte a una mamma che crolla nella disperazione e nella rabbia quando tutto le fa credere al fallimento della sua identità di madre. Poi, apparentemente tutto sembra di nuovo normale: la madre torna sorridente dal figlio e lo aiuta a fare i compiti. Tuttavia, mentre tutt'e due cercano di annullare quello che hanno vissuto, il bambino si sente profondamente in pericolo perché quella calma apparente lo confonde ulteriormente nel suo rapporto con la realtà umana, con l'esito che si sente drammaticamente insicuro.

Una conclusione interpretativa cui siamo giunte e che ci sembra importante riportare riguarda il vissuto di causalità del bambino. Secondo la nostra esperienza clinica, un bambino come quello del racconto può finire per leggere tutti gli eventi relazionali come se fossero determinati da lui stesso. La conseguenza "logica" è che si sente responsabile per quanto accade alle persone intorno a lui che stanno male. Invertendo lo svolgimento temporale della dinamica, vive se stesso come se fosse lui il "cattivo". Non è lui a essere deluso e per questo pieno di rabbia in quanto gli adulti si sono relazionati a lui in

maniera inadeguata: sono invece gli adulti che stanno male e impazziscono perché lui li ha delusi e danneggiati con la sua rabbia e il suo odio. A nostro avviso, questo sentirsi cattivo ma anche impotente di fronte a loro pone le basi per l'assunzione di una "identità negativa". Ed è addirittura pensabile che il trattamento farmacologico dei sintomi non faccia che rafforzare questi vissuti.

Questo bambino che si crede cattivo evidenzia poi un comportamento in cui è intollerante alla minima contrarietà e pretende di essere sempre al centro dell'attenzione, teme l'allontanamento degli altri ma paradossalmente crea distanza in quanto disturba il lavoro dei compagni in classe. I rimproveri e le punizioni non servono e non sembra preoccuparsi di essere " il cattivo" della scuola. Quasi mai arriva a picchiare i compagni né si fa male in imprese spericolate, più che altro si comporta sempre in un modo da indurre gli altri a pensare che lo potrebbe fare. Neppure gratificazioni e lusinghe servono a qualcosa, si ferma solo per qualche minuto e poi ricomincia ad agitarsi.

L'osservazione e la descrizione di questi comportamenti ci hanno portato a scoprire che il bambino "cattivo" è anche un bambino angosciato - ma si tratta di un'angoscia nascosta dietro un comportamento disinvolto e spesso apparentemente euforico. A nostro parere, è quest'angoscia nascosta che non gli consente di prestare interesse e concentrarsi. I compiti da fare sono in effetti ben lontani e poca cosa se confrontati con le sue gravi ansie circa una possibile catastrofe: angosce o preoccupazioni che vediamo legate a una condizione di difficile leggibilità e di errata attribuzione di responsabilità nelle relazioni familiari.

Notiamo anche come l'insicurezza del bambino, mascherata ma ben presente, lo porti a esigere l'attenzione degli altri con modalità insistenti e fastidiose. Quando non si sente al centro dell'attenzione, la sua ansia e la rabbia nascoste diventano più forti e insostenibili: perciò in classe interrompe di continuo insegnanti e compagni con domande e commenti spesso acuti ma inopportuni.

Tuttavia, così facendo questi bambini finiscono per perdere ancora di più quella considerazione positiva e quell'affetto che sono risposte degli altri indispensabili affinché un essere umano continui a voler bene a se stesso. Il bambino si sentirà allora doppiamente cattivo, un cattivo che non può essere altro. A ogni castigo, a ogni rimprovero con cui gli adulti cercano di indurlo a comportarsi bene, risponderà sempre di più secondo copione, quasi fosse il personaggio di una tragedia greca che deve seguire sino in fondo il suo drammatico destino.

Concludiamo qui la prima parte della nostra esposizione, con questo accenno a un bambino tragicamente avviluppato in un "destino" che le problematiche non risolte degli adulti hanno fatto sorgere, problematiche irrisolte che lui stesso peraltro continua a rinforzare. Ipotizziamo, in altre parole, un drammatico circolo vizioso tra adulti e bambino che cercheremo di descrivere più approfonditamente nella seconda parte del saggio, per poi affrontare il quesito successivo. Che aspetto deve avere un procedimento terapeutico in grado di liberare sia il bambino sia gli adulti da questo intreccio distruttivo? E più in generale, quale visione del bambino e dell'infanzia può fare da base

adeguata a un approccio terapeutico che non voglia naufragare sul concetto di incurabilità?

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association, DSM IV TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2001.

Corbo S., Marolla F., Sarno V., Torrioli MG., Vernacotola S., Prevalenza dell'ADHD in bambini seguiti dal Pediatra di Famiglia, Medico e Bambino, 2003, 1: 22-25.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DICA, Reich et al. 1997.

Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD) Pelham, 1992.

Fagioli M. (1974), La marionetta e il burattino, L'Asino d'oro edizioni, Roma, 2011.

Furman L., MD, "What is ADHD?", J. Child Neurol., 20 (12), 2005.

Green M., Wong M., Atkins D., et al., Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents, Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Technical Review No.3, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 99-0050, Rockville, MD 1999.

H. Hoffman, Lustige Geschichten und drollige Bilder mit 15 schön kolorierten Tafeln für Kinder von 3-6 Jahren, Francoforte 1845.

<http://www.dsm5.org>.

<http://www.giulemanidaibambini.org>.

<http://www.iss.it/adhd>,

<http://www.Kensan.it>

<http://www.repubblica.it>

ICD 10/DSM IV Questionnaire IDQ, Hartman, Geurt e Sergeant

Kiddie - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Life - time version, K - SADS - PL; Kaufman 1997.

Marcelli D., Psicopatologia del bambino, Masson Elsevier srl, Milano 2009.

Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC, March 1997.

Pallanti S., ADHD dall'infanzia all'età adulta: una diagnosi importante, comunicazione in: "IV Giornata di Studio Psichiatria dell'arco di vita, un approccio condiviso per bambino, adolescente e adulto", Azienda Policlinico Umberto I, Roma 2011.

Parent Interview of Child Symptom, PICS – IV, Scachar 1996.

Scale psichiatriche di auto somministrazione per fanciulli e adolescenti SAFA, Cianchetti, Sannio, Fancello 2001.

Self-control rating scale, SCRS, Kendall, Wilcox, 1979.

Slatcher R.B., Trentacosta C.J., A Naturalistic Observation Study of the Links Between Parental Depressive Symptoms and Preschoolers Behaviors in Everyday life, in: Journal of Family Psychology, American Psychological Association, 2011, issue: vol. 25 (3) pp. 444-448, <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp.4.1b/ovidweb.cgi?&S=NDCGFPMF>.

SNAP – IV, (Swanson 1992; Conners et al. 2001).

Stepparava M.G., Iacchia E., Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambino difficili o relazioni difficili?, Raffaello Cortina Editore Milano, 2012.

Swanson J.M., Sergeant J. A., "Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder", Lancet, 1998, 351, 429-33.

Wender P. H., Eisenberg L.: Minimal brain dysfunction in children, In American Handbook of Psychiatry, New York, 1974.

ABSTRACT

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (in inglese ADHD) è analizzato dal punto di vista clinico ed epidemiologico, ma anche storico e culturale. L'articolo descrive inoltre i due approcci alla tematica prevalenti nel dibattito italiano. Da un lato vi è l'approccio neurologico-organicista: esso orienta le attuali linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità italiano che contengono l'indicazione dei percorsi terapeutici da seguire e la regolamentazione del trattamento farmacologico. Dall'altro lato l'opinione pubblica è sensibile alla posizione di associazioni private composte da esperti e genitori, che negano l'esistenza di un quadro patologico. In quest'ambito, i comportamenti dei bambini distratti e iperattivi sono letti come un tratto specifico della loro personalità, come una mera "diversità", e l'intervento terapeutico auspicato si limita ad accorgimenti che facilitano l'inserimento sociale.

A questi due approcci - il primo organicistica e il secondo riconducibile, in ultima analisi, alla cultura dell'esistenzialismo - si contrappone una visione del bambino scaturita dalla Teoria della nascita formulata da M. Fagioli che è alla base del lavoro clinico delle autrici. L'articolo chiude con accenni alla metodologia di questo lavoro clinico che è rivolto a curare non il bambino malato ma la relazione malata tra bambino e adulti di riferimento. In proposito viene riportato il caso clinico di un "bambino ADHD " cercando di evidenziare le dinamiche che portano il bambino ad assumere una "identità negativa" di bambino cattivo e angosciato.