

*Dispensa 3 – “La diagnosi e le terapie  
per minori distratti ed iperattivi”  
Tempo stimato di lettura: 10’*

## LA DIAGNOSI E LE TERAPIE PER MINORI DISTRATTI ED IPERATTIVI

### 10) *Come si diagnostica un bambino/ragazzo iperattivo, agitato, irrequieto e distratto?*

Per rispondere a questa domanda dobbiamo approfondire il concetto di “malattia” in relazione all’iperattività in classe ed a casa di bambini ed adolescenti. Agli inizi degli anni ‘80 del secolo scorso, alcuni psichiatri riaffermarono con decisione l’esistenza di una malattia mentale dell’infanzia (“Disordine da Iperattività e Deficit di Attenzione, siglato in inglese “ADHD”), della quale troviamo le prime tracce già nel lontano 1845 in un trattato del medico Heinrich Hoffman: la diagnosi di iperattività è basata sulla compilazione di appositi questionari, in quanto non esiste alcun esame di laboratorio che permetta una diagnosi accurata. 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

L’assenza di scientificità di definizioni come “spesso” e “frequentemente” è del tutto evidente, come la genericità di altre significative variabili del comportamento quali il contesto, la durata, l’intensità e la forma del disturbo. Un noto psicoterapeuta, Federico Bianchi di Castelbianco, dice riguardo all’elevato grado di “soggettività” di queste procedure diagnostiche che “per questi problemi di comportamento la diagnosi non è nel bambino, è negli occhi di chi lo guarda”. Sulla base di queste premesse, la “malattia” si è quindi “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 6 milioni oggi: in certe zone degli USA, il 18-20% dell’intera popolazione infantile scolastica pare soffrire di questa “sindrome”, che peraltro, continua a non avere una definizione di carattere clinico sufficientemente precisa da non generare polemiche. E possibile che esista una vera e propria epidemia del genere? Neppure la peste nera, secoli fa, colpiva così ampi strati di popolazione. Infine, seppure in



Italia le diagnosi vengono effettuate con più cura e dedicando al minore più tempo rispetto alle prassi in vigore in USA, è opportuno ricordare come i criteri diagnostici adottati in Italia sono esattamente i medesimi utilizzati negli Stati Uniti.

11) *Quali sono le terapie più frequentemente proposte per “curare” questi disagi?*

I farmaci più utilizzati come terapia per l'iperattività dei minori sono derivati dell'anfetamina (le anfetamine sono sostanze normalmente usate come eccitanti ed il cui uso sregolato è letale: sotto gli occhi di tutti è l'abuso da parte di alcuni gruppi di ragazzi frequentatori abituali di discoteche o da parte degli atleti “dopati”). Questi derivati dell'anfetamina permettono ai bambini ed ai ragazzi 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 6 anni. In realtà sono acquistabili su internet anche senza ricetta, oppure all'estero. 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. 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. 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. 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) vengono troppo spesso ignorate, 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 a volte ignorate da molti esperti, i quali privilegiano al dialogo soluzioni più “facili” quali quella della “pillola miracolosa” che pare risolvere tutto. E' 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. Un noto Psichiatra, il prof. Agostino Pirella, ordinario di Psichiatria alla Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino, dichiara: “...si può affermare che la diagnosi di questa sindrome, con i suoi connesi, è una diagnosi psichiatrica inconsistente e pericolosa. Inconsistente per le modalità con cui si perfeziona; pericolosa per le conseguenze sociali di una diagnosi stigmatizzante per il bimbo, nonché per lo stesso trattamento, che mette a rischio la salute mentale del bambino...”.

12) *Questi tipi di psicofarmaci, hanno effetti collaterali sui minori?*

Certamente sì, perlomeno potenziali. La Food & Drug Administration (il massimo organo di vigilanza sanitaria in USA) ha recentemente disposto che su tutte le confezioni di questo tipo di molecole psicoattive per uso pediatrico venga riportato in appositi riquadri (i cosiddetti “black box”, i riquadri neri, come quelli utilizzati in Italia per i pacchetti di sigarette) che tali



prodotti possono (citiamo testualmente) *“causare complicazioni cardiache gravi, inclusi ictus, problemi psichiatrici, tra i quali crisi depressivo-maniacali, e casi di morte improvvisa, anche in bambini ed adolescenti che non hanno mai sofferto di tali disturbi”*: basterà questa misura di sicurezza per limitare le prescrizioni indiscriminate di psicofarmaci? In Italia, nonostante una richiesta ufficiale in tal senso avanzata da “Giù le Mani dai Bambini” al Ministero della Sanità, non si è ancora ritenuto di provvedere con tali misure informative e restrittive.



*Grazie per aver studiato questo materiale,  
ora puoi tornare alla pagina del tuo corso online  
per il breve test di valutazione su questa sezione*