

IPERATTIVI E SE INVECE CHE I FIGLI SI CURASSERO I GENTITORI?

NEL MONDO LA SINDROME ADHD COLPISCE DALL'1 AL 3 PER CENTO DEI BAMBINI. NEGLI USA SONO ADDIRITTURA L'8,4 PER CENTO (IN NOVE CASI SU DIECI TRATTATI CON PSICOFARMACI). E IN ITALIA? GLI ESPERTI METTONO IN GUARDIA DALLA DERIVA CHIMICA. E UNO PSICOANALISTA SUGGERISCE TUTTA UN'ALTRA STRADA

di **GIULIANO ALUFFI E CHIARA DAINA**

Se questo articolo fosse una fotografia, li vedreste sfocati. Perché sono sempre in movimento e si annoiano subito di ogni cosa, come se uno spiritello bizzoso e instancabile si fosse impadronito di loro. Sono i bambini iperattivi, ovvero, secondo alcune stime, tra l'1 e il 3 per cento dei bambini in tutto il mondo, con una maggiore concentrazione nelle società più industrializzate.

Le cause del disturbo, noto anche come Adhd (*Attention deficit hyperactivity disorder*), sono ancora poco chiare. E probabilmente a provocare la sindrome è una serie complessa di fattori, sia genetici che ambientali. Tra questi ultimi, uno studio appena pubblicato, del Telethon Institute for Child Health di Perth (Australia), porta sul banco degli accusati la dieta da fast food, che, con la sua penuria di acidi grassi omega 3, vitali per le funzioni del cervello, raddoppierebbe le probabilità di diventare iperattivi. Perciò forse non è un caso che proprio nella patria del fast food, gli Stati Uniti, l'incidenza dell'Adhd salga addirittura all'8,4 per cento dei bambini (ben 5,2 milioni di diagnosi di iperattività) con un incremento del 66 per cento tra il 2000 e il 2010. E, sempre negli Usa, come rivela uno studio pubblicato a marzo su *Academic Pediatrics*, l'87 per cento dei bambini iperattivi viene curato con psicofarmaci. C'è così il sospetto che quella americana non sia solo, e non tanto, un'epidemia da dieta pericolosa, quanto un fenomeno dovuto a «diagnosi facili», che gonfiano le casse dell'industria farmaceutica. Anche perché

la diagnosi di iperattività non arriva da test inequivocabili, come esami del sangue o risonanze magnetiche, e risulta dubbia l'attività di associazioni come la Chadd (Children and Adults with Adhd), che ogni anno riceve oltre un milione di dollari dalle grandi industrie farmaceutiche per finanziare iniziative di sensibilizzazione.

Adesso c'è il rischio che il ricorso ai farmaci per tenere calmi i bambini cresca anche da noi. Dopo il metilfenidato cloridrato e l'atomoxetina, principi attivi dei farmaci Ritalin e Strattera (disponibili dal 2007), una nuova molecola, la guanfacina, già impiegata e ampiamente pubblicizzata negli Stati Uniti, è stata affidata nell'aprile 2011, a nove istituti scientifici per la sperimentazione in Italia. Entro il 2015 potrebbe arrivare sui nostri scaffali. >>>

Eppure i rischi degli psicofarmaci sui bambini sono noti. «Si riscontrano effetti cardiovascolari, come la bradicardia, cioè la riduzione della frequenza dei battiti» dice Pietro Panei, pediatra responsabile del Registro nazionale Adhd dell'Istituto superiore di sanità (uno strumento che serve a monitorare i bambini, dai 6 ai 18 anni, in cura con psicofarmaci; al momento gli iscritti sono 2900), che ha appena pubblicato uno studio sul tema per la rivista americana *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. «Possibili impatti si hanno poi sulla crescita in peso e altezza, sulla maturazione sessuale, sul fegato e si riscontra anche la tendenza a pensieri suicidari. In presenza di uno di questi effetti collaterali bisogna



ridurre fortemente il dosaggio».

Ma, per combattere l'iperattività, il farmaco non è affatto una strada obbligatoria. Intanto è fondamentale distinguere un problema di Adhd da una «semplice» vivacità. Certo, se il bambino è sempre in movimento e cambia di continuo attività, se non sa concentrarsi e giocherella con tutto ciò che è a portata di mano, se non sembra ascoltare quando ci si rivolge a lui, se dimentica facilmente le cose, se non riesce a rispettare le regole di comportamento nel gruppo o nel gioco, se è visibilmente più aggressivo degli altri ed esprime le proprie emozioni senza freno, potrebbe trattarsi di Adhd. Ma anche in questo caso, per la maggior parte dei bambini, il problema si può risolvere per via psicologica e psicanalitica. Lo sostiene Uberto Zuccardi Merli, psicoanalista lacaniano e direttore scientifico del centro Gianburrasca di Milano (che si occupa del trattamento dell'iperattività e dell'ansia in bambini e adolescenti) nel suo libro *Non riesco a fermarmi. 15 risposte sul bambino iperattivo* (Bruno Mondadori, pp. 116, euro 12). Spiega Zuccardi Merli: «Quando i bambini cominciano a camminare, in loro si scatena una spinta all'esplorazione del mondo fisico». Questa sconfinata nell'iperattività quando il bambino è così dinamico che non riesce neppure a giocare. «Per giocare occorre infatti fermare il movimento del corpo. Cosa che non riesce all'iperattivo, che non sa pacificarsi col gioco né usarlo come sostituto temporaneo della madre». L'iperattività esplode con l'ingresso a scuola, dove il bambino non è più il centro dell'universo e deve confrontarsi con

gli altri e con i primi oneri. E lì che l'iperattivo si rivela deconcentrato, litigioso e discontinuo nel concludere ciò che inizia.

«È un disturbo del tutto in linea con la società dei consumi, che, invece di regolare le pulsioni dell'individuo, le incoraggia e propugna come modelli sfrenatezza e narcisismo. Nella famiglia, invece, a causare la sindrome di iperattività può essere il rapporto con la madre» dice lo psicoanalista. «Se la madre vede il bambino come un suo oggetto, se non può fare a meno di lui, e se l'amore del figlio verso la madre non viene limitato dalla funzione del padre, può generarsi l'iperattività». I genitori a volte si rivelano anche l'ostacolo maggiore alla cura: «Alcuni di loro, per esempio, interrompono la terapia anche quando dà frutti, perché sentono la guarigione come un'emancipazione del figlio, un distacco che in fondo temono. Quando invece la famiglia e gli insegnanti collaborano col terapeuta, in due o tre anni l'iperattività viene sconfitta. Per aumentare questa collaborazione, nel nostro centro organizziamo gruppi in cui i genitori si confrontano tra loro, parlano non solo dei loro bambini ma anche della loro vita: così capiscono che l'iperattività non è un banale deficit cognitivo o comportamentale, ma qualcosa di più delicato, che riguarda la famiglia».

Poi c'è il lavoro sul bambino, che avviene con percorsi di analisi individuale. «Implicano il gioco, il disegno e soprattutto l'ascolto: il bambino impara a dire quello che non va. Partendo da quel che dice il bambino, l'analista

si fa interprete del suo inconscio. E a un certo punto è il bambino stesso che inizia a dire: "Ma io ho fatto questo sogno... Allora forse voleva dire che...". Familiarrizzando con il suo inconscio il bambino si libera dalla smania di muoversi, perché la pulsione al movimento si diluisce e prende le vie della parola».

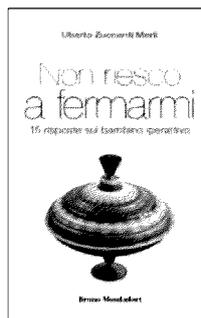
Anche Zuccardi insiste però sulla necessità di una diagnosi corretta: «Anzi tutto bisogna assicurarsi che il bambino sia davvero iperattivo, ossia che non riesca a fermarsi nemmeno di fronte alla ferma richiesta del genitore. La diagnosi migliore la fa lui stesso quando dice "non riesco a fermarmi", accorgendosi di un'energia che non sa dominare. Il secondo indizio è quando il bambino aggiunge: "Io sono così", ossia quando si identifica con l'iperattività. Nella cura smontiamo questa identificazione. Solo se ci sono fenomeni di aggressività o magari di allucinazioni, se si riscontrano sintomi davvero gravi, si può ricorrere ai farmaci, purché accompagnati da un percorso di cura psicologica. Ma la diagnosi di iperattività non deve automaticamente condurre al farmaco: non si tratta di una malattia organica, per cui alla tale sintomatologia corrisponde il tale farmaco». Il problema è decisamente più complesso.

GIULIANO ALUFFI E CHIARA DAINA





IL PERCORSO PSICOLOGICO DI CURA DELL'IPERATTIVITÀ COMPRENDE UN LAVORO SULL'INTERA FAMIGLIA E UNO **INDIVIDUALE** SUL BAMBINO



A SINISTRA, **NON RIESCO A FERMARMI** DI **UBERTO ZUCCARDI MERLI** (SOPRA)

