



Scuola di Medicina Omeopatica di Verona

Via B.Bacilieri, 1A – 37139 Verona – tel 0458905600 – fax 0458901817– email info@omeopatia.org – www.omeopatia.org

Tesi

**IL BAMBINO IPERATTIVO:
UNA PROPOSTA OMEOPATICA**

dott. ANTONELLA FERRETTI

Relatore

Dott. RAFFAELLA POMPOSELLI

Anno Accademico 2009-2010

DEFINIZIONE

E' dall'inizio del secolo scorso che viene descritta l'instabilità motoria del bambino, soprattutto da autori anglosassoni. Sono state utilizzate diverse terminologie in funzione delle descrizioni e delle ipotesi eziologiche (ipercinesia, instabilità psicomotoria, disfunzione cerebrale minore...). La definizione attuale proposta dal DSM IV (Diagnostic and statistic Manual, 4° edizione) raggruppa l'intera sintomatologia sotto il termine di "Disturbi da deficit di attenzione/iperattività" (ADHD), ovvero "un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, caratterizzato da inattenzione e impulsività/iperattività". Nello specifico, si distinguono 3 forme cliniche: inattentiva, iperattiva e combinata.

Nel corso dello sviluppo lo stesso soggetto può evolvere da una categoria all'altra manifestando nelle varie fasi di età le tre differenti dimensioni psicopatologiche in modo variabile.

Tutti questi sintomi non sono causati da un deficit cognitivo (ritardo mentale) ma da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione e sono persistenti in tutti i contesti e situazioni di vita del bambino causando una limitazione significativa delle attività quotidiane.

L'**inattenzione**, o facile distraibilità, tende a presentarsi come scarsa cura per i dettagli e incapacità a portare a termine compiti o giochi intrapresi. E' presente compromissione dell'attenzione focale (capacità di prestare attenzione ad uno stimolo determinato, trascurando i particolari irrilevanti e non utili al compito in corso) e dell'attenzione sostenuta ovvero della capacità di mantenere l'attenzione attiva nel tempo durante lo svolgimento di attività scolastiche, nei compiti a casa, nel gioco o in semplici attività quotidiane.

L'**impulsività** si manifesta come incapacità di procrastinare nel tempo la risposta ad uno stimolo interno ed esterno. In genere i bambini con ADHD rispondono senza riflettere, non riescono quasi mai ad aspettare il proprio turno nelle attività quotidiane o nei giochi; spesso si lasciano coinvolgere in attività pericolose senza valutare

adeguatamente le conseguenze (provocando talvolta danni fisici a sé stessi e agli altri). L'impulsività è generalmente associata ad **iperattività**: questi bambini vengono generalmente descritti come “mossi da un motorino”, non riescono a star fermi, se seduti si muovono con le mani o i piedi, hanno frequentemente l'esigenza di alzarsi e muoversi senza uno scopo od un obiettivo preciso. A questo si accompagna una sensazione interna soggettiva di tensione, pressione, instabilità che deve essere scaricata (tale sensazione soggettiva diventa spesso prevalente in adolescenza o in età adulta, quando si riduce l'iperattività motoria).

I bambini con ADHD mostrano, soprattutto in assenza di un supervisore adulto, un rapido raggiungimento di un elevato livello di “ stanchezza e di noia che si evidenzia con frequenti spostamenti da una attività non completata, ad un'altra, perdita di concentrazione e incapacità di portare a termine qualsiasi compito o gioco protratti nel tempo. Nella gran parte delle situazioni, questi bambini hanno difficoltà a controllare i propri impulsi ed a posticipare una gratificazione: non riescono riflettere prima di agire, ad aspettare il proprio turno, a lavorare per un premio lontano nel tempo anche se consistente. Se confrontati con i coetanei questi bambini mostrano una eccessiva attività motoria (come muovere eccessivamente le gambe anche da seduti, giocherellare o lanciare oggetti, spostarsi da una posizione all'altra). L'iperattività a questi livelli compromette l'adeguata esecuzione dei compiti richiesti. L'incapacità di rimanere attenti e di controllare gli impulsi fa sì che, spesso, i bambini con ADHD abbiano una minore resa scolastica e sviluppino con maggiore difficoltà le proprie abilità cognitive, pur essendo bambini intelligenti; frequentemente mostrano scarse abilità nell'utilizzazione delle norme di convivenza sociale, in particolare in quelle capacità che consistono nel cogliere quegli indici di comunicazione sociale non verbale che modulano le relazioni interpersonali. Questo determina una significativa interferenza nella qualità delle relazioni tra questi bambini e il mondo che li circonda.

L'iperattività, impulsività e instabilità attentiva nei bambini normali non creano significative conseguenze funzionali, mentre il vero Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività determina conseguenze negative a breve e a lungo termine.

Secondo l'AIFA (Associazione Familiari dei bambini con ADHD) la storia naturale della sindrome è caratterizzata da persistenza fino all'adolescenza in circa due terzi dei casi e fino all'età adulta in un terzo o la metà dei casi, causando un cattivo adattamento psicosociale, soprattutto nei casi di comorbidità e di associazione con disturbi neuropsicologici. Solo nel 20-30% dei casi, infatti, si ha una remissione totale della sintomatologia con l'adolescenza (Weis,1971- Barkley,1990), mentre il 40% dei bambini presenta una persistenza della sintomatologia deficitaria con conseguenze a livello cognitivo, comportamentale e relazionale.

La prognosi inoltre può diventare oscura per il 30% dei bambini che sviluppano disturbi delle condotte antisociali durante l'adolescenza.

In età adulta si riscontra una diminuzione significativa dell'iperagitazione motoria (soltanto l'8% sembra rimanere ipercinetico), mentre il 20% dei giovani pazienti sembra conservare difficoltà di apprendimento o disturbi emotivi (Manuzza ,1993).

La coesistenza di altre affezioni mentali (disturbi delle condotte), un ambiente socio-economico sfavorevole e/o un quoziente intellettivo ridotto determinano una prognosi decisamente più sfavorevole.

Infine l'età di inizio sembra pure un buon indicatore, dato che la precocità di comparsa del quadro è un fattore di cattiva prognosi.

STORIA

Dalla prima descrizione di Demoor (1901) che associava l'iperattività ad una vera e propria "corea mentale" si sono sviluppate due concezioni opposte: quella francofona, che ha soprattutto cercato di collegare la sintomatologia ad un disturbo dell'affettività (Heuyer, 1914 – Paul-Boncour,1919 – Wallon, 1925 – Michaiux,1950) anche se, più di recente, Ajurriagerra (1970) ha formulato l'ipotesi di una eventuale partecipazione organica, sottolineando l'estremo polimorfismo della sindrome.

La concezione anglosassone ha, d'altro canto, sempre considerato un'origine esclusivamente organica (Hohman, 1922 – Strecker, 1923) facendo riferimento alle esplosioni motorie osservate in alcuni bambini con postumi di encefalite o di trauma cranico. Qualche tempo dopo Bradley (1937) ha descritto per la prima volta un miglioramento indiscutibile dell'iperattività presentata da 30 bambini instabili dopo un trattamento con psicostimolanti, rafforzando così l'ipotesi di una disfunzione neurobiologica. Il termine ipercinesia fu introdotto da Eisenberg (1957, mentre Clements (1966) sviluppava la nozione di Minimal Brain Disfunction per spiegare i disturbi psicomotori, di apprendimento e del comportamento presentati da alcuni bambini di intelligenza normale. L'ipotesi di un danno moderato riguardante soltanto determinate funzioni quali la memoria, il linguaggio, l'attenzione e la motricità fine, doveva permettere di spiegare sia l'origine della sindrome che il suo frequente miglioramento spontaneo con la prosecuzione della maturazione neurologica.

Attualmente le due tendenze si oppongono in maniera drastica: la maggior parte degli autori anglosassoni continua a considerare l'iperattività una entità clinica specifica, secondaria ad una affezione organica, mentre la grande maggioranza degli psichiatri infantili francesi rifiuta questo concetto considerando l'instabilità psicomotoria il sintomo di una disfunzione affettiva e/o relazionale.

Pertanto la sindrome ipercinetica non figura nella classificazione francese dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e adolescenza, mentre si ritrova questa sindrome nella classificazione internazionale delle malattie mentali (ICD 10) e soprattutto nella classificazione anglosassone (DSM IV) di riferimento in materia di ricerca e utilizzata anche in Italia; tale classificazione distingue due entità sindromiche: **il disturbo dell'attenzione con iperattività e l'impulsività.**

CAUSE

FATTORI GENETICI

Numerosi studi hanno dimostrato che questi bambini presentano significative alterazioni funzionali di specifiche regioni del Sistema Nervoso Centrale, rispetto a bambini appartenenti a gruppi di controllo. In questo senso l'ADHD non viene considerato come disturbo dell'attenzione in sé, ma come originato da un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo, in particolare corteccia prefrontale, nucleo caudato, globo pallido e verme cerebellare, che sembrano essere più piccoli e metabolicamente meno funzionanti nei bambini affetti. Queste aree cerebrali presentano una minor attività elettrica e una minor reattività agli stimoli con disfunzione nella trasmissione delle informazioni legate ad un deficit di dopamina e di serotonina. Da questi studi emerge un deficit di concentrazione di neurotrasmettitori che provoca una reazione anomala agli stimoli ambientali. La dopamina ha, infatti, un ruolo chiave in molti processi cerebrali, compreso il controllo della motivazione, l'apprendimento, fini movimenti motori, ecc.; il basso tasso di serotonina sarebbe invece responsabile dell'impulsività e del comportamento difficile.

Queste considerazioni fisiopatologiche, peraltro non sufficientemente confermate dalla ricerca clinica, sono la base teorica su cui si basa la terapia farmacologica dell'ADHD, che consiste nella somministrazione di anfetamine per stimolare la funzionalità cerebrale.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato che esiste un fattore ereditario nella patogenesi dell'ADHD, per la presenza della sintomatologia, presente o passata, in parenti di 1° grado nel 10-35% dei piccoli pazienti; la stessa cosa sembra essere confermata da studi su gemelli (circa il 75% dei casi).

FATTORI AMBIENTALI

I fattori non genetici che sono stati collegati all'ADHD sono la nascita prematura, l'uso di alcool e tabacco da parte della madre, e le lesioni cerebrali, soprattutto quelle

che coinvolgono la corteccia prefrontale conseguente a prematurità e sofferenza perinatale.

Secondo alcuni autori anche le vaccinazioni in età pediatrica possono essere responsabili dell'aumento di incidenza della patologia (R. Gava, Le vaccinazioni pediatriche, Salus Infirmorum, 2008 , pgg 388-390), così come allergie e intolleranze alimentari (Feingold, 1975), deficit nutrizionali di specifici elementi minerali (in particolare ferro e zinco); intossicazione da metalli pesanti quali Piombo, Mercurio, Cadmio e Rame sembrano avere una correlazione con le problematiche di questi bambini. Una ricerca dell'Università di Southampton (sett. 2004-Marzo2007) dimostra che anche gli additivi alimentari incrementerebbero i disturbi dell'attenzione e dell'iperattività in bambini già affetti da ADHD, e, in generale, in tutti quelli nella fascia di età studiata (età infantile), in particolare i coloranti artificiali e conservanti a base di benzoato. (Stevenson, Snuga-Barke, Warner,; Chronic and acute effects of artificial colourings and preservatives on children's behaviour.; School of Psychology, University of Southampton, Highfield, Southampton SO17 1BJ).

Infine anche la carenza affettiva o la mancanza di piacere nelle primissime fasi della vita condizionano lo sviluppo cerebrale. L'ADHD si evidenzia spesso in presenza di una madre depressa o con impegni lavorativi gravosi, in caso di sovraffollamento familiare o di gravi conflitti tra genitori. Ove si possa individuare la probabile eziologia in ambito familiare i rimedi omeopatici possono esercitare un ruolo cardine nella terapia.

Anche una eccessiva esposizione ai programmi televisivi o all'uso di videogiochi per diverse ore al giorno può contribuire a generare, in un organismo già di per sé fragile, un disturbo dell'attenzione ed un estraneamento dalla realtà, che diventa virtuale, con conseguente incapacità di instaurare rapporti costruttivi interpersonali (Baldassarre, B., Infanzia omologata e malata, 29-12-2009, Noi donne.org.)

Anche se la ricerca scientifica non sembra dare all'ambiente una importanza così decisiva nella genesi del disturbo di concentrazione, come per gli altri disturbi della condotta a base emotivo- educativa, tuttavia l'esperienza esistenziale del bambino

con ADHD, caratterizzato da insuccessi e frustrazioni nel campo relazionale, sociale e scolastico, potrà determinare disturbi comportamentali su base psico-emotiva, che spesso accentuano e confondono gli stessi sintomi di iperattività e impulsività con cui il disturbo si presenta. In un editoriale di *Clinical Psychology* del 2004 si legge:” Non basta formulare una diagnosi ed un trattamento farmacologico. La nostra esperienza clinica conferma, senza eccezione, che i medesimi comportamenti catalogati come ADHD si osservano in bambini che si trovano inseriti in un contesto di violenza, abuso, relazioni parentali squilibrate, trauma affettivo.”

In questo senso, il quadro clinico dell'ADHD si può considerare effetto della confluenza di fattori neurobiologici e psicosociali, mediata da un disturbo dello sviluppo cognitivo-emotivo che assume un ruolo centrale.

Vari studi di tipo sociometrico hanno confermato che bambini con deficit di attenzione con o senza iperattività:

- Ricevono minori apprezzamenti e maggiori rifiuti dai loro compagni di scuola o di gioco (Carlson et al., 1987)
- Pronunciano un numero di frasi negative nei confronti dei loro compagni dieci volte superiori rispetto agli altri
- Presentano un comportamento aggressivo tre volte superiore (Pelham e Bender,1982)
- Non rispettano o non riescono a rispettare le regole di comportamento in gruppo e nel gioco.
- Laddove il bambino con ADHD assume un ruolo attivo riesce ad essere collaborante, cooperativo e volto al mantenimento delle relazioni di amicizia.
- Laddove invece il loro ruolo diventa passivo e non ben definito, essi diventano più contestatori e incapaci di comunicare proficuamente con i coetanei

DIAGNOSI

La disattenzione, l'iperattività e l'impulsività sono comunemente noti come i sintomi chiave di questa sindrome.

Secondo il DSM-IV per fare diagnosi di ADHD essi devono essere presenti per almeno 6 mesi ed aver fatto la loro comparsa prima dei 7 anni di età.

E' necessario inoltre che i sintomi causino una **seria compromissione** dello stato comportamentale generale del bambino e che la compromissione funzionale sia presente **in almeno due diversi contesti sociali (casa, scuola, ambiente di gioco, ecc.)**

Occorre escludere altre malattie o disturbi e occorre valutare sempre il livello cognitivo del bambino, le sue capacità di comunicare, la presenza di comorbidità (disturbi d'ansia, di umore, ecc...): **la diagnosi di ADHD è essenzialmente clinica** e si basa sull'osservazione, sulla raccolta di informazioni fornite da fonti multiple e diversificate quali genitori, insegnanti, educatori.

Il disturbo va sempre differenziato dalla vivacità dei bambini normali e dalle condizioni legate esclusivamente a contesti sociali svantaggiati, esperienze traumatiche, atteggiamenti educativi incongrui, modelli sociali o familiari fortemente caratterizzati da impulsività.

Il consenso e la cooperazione dei genitori sono, d'altra parte, cruciali per la valutazione del bambino in generale sia per comprenderne le caratteristiche sia in relazione agli interventi psicoeducativi e terapeutici.

Per la valutazione diagnostica dell'ADHD vengono utilizzati diversi strumenti, oltre all'anamnesi e all'osservazione diretta del bambino, quali: test neuropsicologici, scale di valutazione per misurare la severità del disturbo e seguirne l'evoluzione nel tempo (ADHD Rating Scale, SNAP-IV) e questionari somministrati a genitori e insegnanti (Conner's Rating Scale, Child Behavior Check List) che permettono di rilevare importanti informazioni sul comportamento sociale, scolastico ed emotivo dei bambini di età compresa tra i 3 e i 17 anni. Tali strumenti consentono di misurare gli aspetti dimensionali, valutando Oppositività, Problemi Cognitivi, Iperattività, Ansietà-Timidezza, Perfezionismo, problemi di Socializzazione, Problemi di natura

Psicosomatica, ma anche di definire una diagnosi categoriale di alcuni disturbi dirompenti del comportamento, in particolare il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività.

Tra gli strumenti di valutazione di comune impiego un posto centrale spetta alle Scale Comportamentali a punteggio ed ai Questionari. I più adoperati sono quelli di Conner, di cui esiste una versione per i genitori (Conners Parent Rating Scale, CPRS), una per gli insegnanti (Conner Teacher Rating Scale, CTRS) ed una per gli stessi bambini (Conner-Wells Self-report Scale, CASS).

In definitiva però lo stesso Sistema Sanitario Nazionale Americano (NIH) ribadisce che: “ non vi sono test diagnostici indipendenti e validi per l’ADHD...” e che “ la diagnosi deve fondarsi su metodi di interviste diagnostiche ben condotte”. La American Academy of Pediatrics conclude che :”la diagnosi di ADHD resta legata a criteri diagnostici limitati. La diagnosi dipende dall’osservazione del comportamento dei bambini da parte di fonti diverse, spesso discordanti tra loro....Inoltre i rapporti delle osservazioni sono soggettivi e privi di specifiche competenze. E poi i criteri di osservazione sono sempre gli stessi, indipendentemente da età e stato di sviluppo, mentre il comportamento dei bambini dipende anche dal loro stato di crescita”. (Wolraich, ML: da “2000 American Academy of Pediatrics Annual Meeting ADHD Current Diagnosis and Treatment”)

Questionario abbreviato di Conners per i genitori

• Identità del bambino
 Nome: Cognome:
 Data di nascita:

• Questionario compilato da: madre padre entrambi
 il: (data di compilazione del questionario)

Mettere una crocetta nella colonna che descrive meglio il bambino

Osservazione	Niente affatto 0	Un pochino 1	Molto 2	Enormemente 3
1. Agitato o molto attivo				
2. Nervoso, impulsivo				
3. Non finisce ciò che comincia, attenzione di breve durata				
4. Sempre irrequieto				
5. Disturba gli altri bambini				
6. Disattento, si distrae facilmente				
7. Le sue richieste devono essere soddisfatte immediatamente; facilmente frustrato				
8. Piange spesso e facilmente				
9. Cambiamenti di umore rapidi ed evidenti				
10. Accessi di collera, comportamento esplosivo ed imprevedibile				

COMMENTI:

Secondo le ultime tendenze il disturbo va distinto in 3 sottogruppi:

1) **Iperattività-impulsività**, caratterizzata dal fatto che il bambino non sta mai fermo, corre, si arrampica, parla incessantemente, non è capace di affrontare serenamente giochi e svaghi, è spesso stanco ed annoiato, risponde prima di aver ascoltato l'intera domanda, interrompe, non valuta la conseguenza dei propri comportamenti e non fa esperienza degli errori commessi, scrive male.

2) **Deficit di attenzione**, caratterizzato dal fatto che il bambino fatica a concentrarsi su un gioco o un compito perché è ipersensibile agli stimoli esterni, non riesce a concentrare l'attenzione sui dettagli e compie molti errori di distrazione, sembra non ascoltare quando gli si rivolge la parola, non riesce ad eseguire gli ordini, difficilmente porta a termine un compito per scarsa volontà e capacità intellettuale, detesta ed evita i compiti che richiedono uno sforzo mentale, dimentica spesso, ha difficoltà nell'organizzazione e gestione dei propri compiti.

3) **Iperattività e disattenzione combinate**

In realtà possiamo poi distinguere anche forme in cui prevale l'aspetto ansioso, in cui il bambino è amichevole e molto fedele, ma sempre preoccupato, nervoso, trasale e balbetta; e una forma in cui prevale l'aspetto depressivo, in cui il bambino è depresso, triste, con scarsa energia, negativo e indifferente; si sente inutile, indifeso, senza speranza.

L'ADHD è infatti spesso associata a perturbazione emozionale e dell'umore (18,2%), ansia (25,8%), depressione, disturbo oppositivo-provocatorio (35,2%), disturbi del sonno.

Diversi sottotipi di comportamenti iperattivi			
	Tipo I Pseudo-iperattività psico-educativa	Tipo II Pseudo-iperattività reattiva	Tipo III ADHD, substrato psico-organico
Eziopatogenesi	Difficoltà educative dei genitori	Rivela una sofferenza personale o familiare ottostante	In parte genetica, biologica e in parte affettiva
Clinica	Impulsività, aggressività, intolleranza alle frustrazioni Può evolvere in un disturbo della personalità antisociale	Atteggiamenti provocatori talvolta teatrali, spettacolari, soprattutto in presenza della persona che ne è all'origine (es. madre depressa)	Quadro classico che include iperattività motoria e disturbi dell'attenzione e della concentrazione Esame neurologico: disturbi della digitognosia, etc.
Vita scolastica	Pochi disturbi accertati dell'attenzione ma grossi problemi di disciplina (punizioni frequenti, espulsioni da scuola)	Vita scolastica relativamente senza problemi con esacerbazione dei disturbi in ambito familiare	Difficoltà scolastiche caratterizzate più da disturbi cognitivi (attenzione, concentrazione) che da disturbi motori
Stabilità dei sintomi	Comportamento impulsivo e aggressivo relativamente stabile	Cambiamenti eclatanti del comportamento in funzione della presenza o meno della persona che ne è all'origine	Sintomatologia stabile, accentuata dal numero di stimoli ambientali
Importanza di un trattamento con psicostimolanti	Nulla, se non addirittura rischio di peggioramento	Nulla, se non addirittura rischio di peggioramento	Potenzialmente giustificato

ADHD: iperattività con disturbo dell'attenzione

Tratto da Kochman Frédéric, Karila Laurent, Tiravi Sandrine, "Place des psychostimulants chez l'enfant hyperactif" : Rev Prat 2002 ; 52 : 2017-22

CONTROVERSIE GENERALI CIRCA LA DIAGNOSI E L'ESISTENZA DELLA MALATTIA

Attorno alla ADHD si è sviluppato un ampio dibattito.

Secondo alcuni, tra cui la prof. Emilia Costa dell'Università "La Sapienza" di Roma, la sindrome da Iperattività non è una malattia: " tale diagnosi è inconsistente e vaga e così come viene proposta oggi non deve essere fatta ".

I critici sostengono che l'ADHD sarebbe una delle varie sindromi scoperte e introdotte nei prontuari negli ultimi 50 anni con modalità arbitrarie, vale a dire non in base a rigidi criteri neurologici, ma in base a criteri comportamentali, ossia ,in sostanza, a criteri "moralì".

Secondo questa impostazione, che si rifà alle teorie dello psichiatra Thomas Szasz, l'ADHD sarebbe un disturbo non solo senza vere e proprie basi neurofisiologiche , ma anche senza una sintomatologia chiara e univoca.

I critici più estremisti insinuano che questo sarebbe un caso di "Disease- Mongering", poichè il concetto di ADHD, teorizzato agli inizi del secolo scorso, sarebbe stato ripreso negli anni '80 per creare un nuovo mercato di farmaci.

Le controversie generali relative all'ADHD hanno coinvolto medici, insegnanti, politici, genitori e i media, con opinioni che spaziano da coloro che la ritengono una malattia, con basi genetiche e fisiologiche, a coloro che non credono alla sua effettiva esistenza come malattia e fanno rientrare la relativa classe di comportamenti anomali nell'ambito, per esempio, di un problema educativo o affettivo di un bambino semplicemente troppo vivace.

Alcuni ricercatori del MacMaster University Evidence- based Practice Center hanno identificato cinque caratteristiche dell'ADHD che contribuiscono alla sua natura controversa: 1) Si tratta di una diagnosi clinica per la quale non esistono test di laboratorio o radiologici, in grado di fornire conferme, né precise caratteristiche fisiche descrivibili; 2) I criteri diagnostici sono stati spesso cambiati; 3) Non esistono

trattamenti terapeutici, per cui si richiedono cure a lungo termine; 4) Le cure spesso includono farmaci stimolanti di cui si ritiene si possa potenzialmente fare abuso; 5) I tassi di diagnosi e di trattamento variano notevolmente da una nazione all'altra.

Queste critiche hanno portato in Italia alla nascita di due campagne, una con funzioni di farmacovigilanza e sensibilizzazione denominata “ **Giù le mani dai bambini**” di taglio laico e non antipsichiatrico, la seconda con funzioni di denuncia sul rischio farmaci, denominata “**Perché non accada**”.

Uno dei più frequenti motivi d'invio dei bambini con ADHD alle strutture sanitarie è costituito dalle difficoltà scolastiche: l'Istituto Superiore di Sanità, anche per evitare di sovrastimare la sindrome e creare delle etichette di “ comodo”, raccomanda di eseguire sui bambini in età scolare una prova di screening sulle abilità di lettura e comprensione del testo e alcune semplici prove di calcolo aritmetico, integrate, nei casi dubbi, dalle prove per la valutazione della dislessia. Inoltre, dal momento che bambini ed adolescenti sono informatori migliori per i propri sintomi internalizzanti, più attendibili di genitori e insegnanti, le informazioni dirette devono essere integrate dalla compilazione della Scala di autovalutazione dell'ansia per bambini (MASC) e dal Questionario per la Depressione nei Bambini (CDI), che possono essere mascherate da o sottostanti all'iperattività/impulsività.

Infatti, spesso l'ADHD è un disturbo eterogeneo e complesso, multifattoriale, che nel 70/80% dei casi coesiste con un altro disturbo; quelli più frequentemente associati sono: il disturbo oppositivo-provocatorio e i disturbi della condotta, i disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia, disgrafia, ecc.), i disturbi d'ansia e, con minor frequenza, la depressione, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da tic, il disturbo bipolare.

EPIDEMIOLOGIA

Molti studi effettuati negli ultimi 30 anni hanno valutato una prevalenza dell'ADHD che varia dal 4 al 12% della popolazione in età prepuberale.

La predominanza maschile è netta (4-9 ragazzi contro 1 ragazza) anche se non vi sono ancora spiegazioni attendibili per questa sottorappresentanza femminile.

Nella popolazione italiana, per la fascia di età compresa tra i 6 e i 18 anni, si può considerare una prevalenza intorno all'1%. (Besoli G., Venier D. Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia in Friuli Venezia Giulia. Quaderni ACP 2003; X:8-9).

Nella ASL N° 8 della Regione Veneto è stato aperto nel gennaio 2008 un ambulatorio di Neuropsichiatria infantile per la ADHD; nel corso dello stesso anno sono stati diagnosticati 50 casi di pazienti con ADHD, di cui 7 sono stati sottoposti a trattamento farmacologico (fonti dirette).

PROGNOSI

Al di là della questione, peraltro importante, se esiste o meno una diagnosi clinica di iperattività, è importante riconoscere e diagnosticare precocemente i sintomi.

L'impossibilità di ricevere ed interpretare correttamente stimoli cognitivi ed emozionali durante i periodi critici in cui il cervello sta rapidamente sviluppandosi e maturando può provocare danni con conseguenze che possono durare per tutta la vita.

Un bambino che non presta attenzione e, conseguentemente, non impara, rischia un cattivo sviluppo cerebrale e somatico, turbe della personalità, ritardi di apprendimento e fallimento scolastico che portano a precoce abbandono della scuola: dal 32 al 40% dei bambini con ADHD non termina la scuola dell'obbligo; solo il 5-10% arriva all'Università.

Nelle ragazze vi è un incremento di gravidanze precoci (prima dei 20 anni) e di malattie sessualmente trasmesse in entrambi i sessi.

Nel tempo i ragazzi con ADHD vanno più frequentemente incontro a problemi sociali (guida spericolata, alcool, droga, bullismo e teppismo) e di conseguenza sono destinati ad avere spesso problemi con la legge.

I sintomi di iperattività-impulsività solitamente diminuiscono con l'età, mentre la variante in cui prevale la disattenzione è caratterizzata dalla persistenza di tali sintomi nell'età adulta. Alcuni sintomi associati, come l'ansia, possono aumentare con l'età; a volte questi soggetti hanno una personalità antisociale.

Più del 50% dei soggetti cui è stata posta diagnosi di ADHD manifesta i sintomi anche in età adulta.

TERAPIA

L'approccio terapeutico all'ADHD può essere di tipo **farmacologico, psicoterapeutico, socio-ambientale** o, chiaramente, **associato**.

La **terapia farmacologica convenzionale** utilizzata nella terapia dell'ADHD comprende:

- farmaci neurolettici, come la tioridazina (Melleril) e la clorpromazina (Largactil); la tollerabilità è mediocre, soprattutto a causa della sedazione; sono inoltre riportati frequenti effetti paradossali, con aumento dell'agitazione dopo una iniziale riduzione della stessa.

- antidepressivi triciclici con effetto stimolante, come la clomipramina (Anafranil) o sedativi come la amitriptilina (Laroxyl) e doxepina (Quitaxon). Anche se la loro efficacia è dimostrata, è comunque limitata dalla comparsa di frequenti effetti collaterali fastidiosi (bocca secca, disturbi dell'accomodazione) e da un'alterazione del ritmo cardiaco.

- gli psicostimolanti del gruppo delle anfetamine, cui è stato attribuito un ruolo importante nell'azione diretta sulla causa potenziale del disturbo, poiché aumentando la vigilanza, attenuano notevolmente gli effetti peggiorativi del deficit attentivo.

Mentre gli antidepressivi sono utilizzati per lo più nei bambini con disturbi bipolari, gli psicostimolanti sono riservati ai bambini con ADHD; essi agiscono aumentando il

tono cerebrale, migliorando l'umore, diminuendo il senso di fatica ed il bisogno di sonno; spesso determinano irritabilità ed eccessiva loquacità. L'effetto di queste sostanze (efedrina, cocaina e metilfenidato) è sostanzialmente quello di stimolare la reattività simpatica e le funzioni cerebrali.

L'uso prolungato di queste sostanze può anche portare a sintomi psicotici simili a quelli della schizofrenia acuta, assimilabili a quelli legati al consumo di cocaina.

La molecola più usata è il metilfenidato (**Ritalin**^o) che modula la quantità di dopamina e di noradrenalina a livello dello spazio intersinaptico. Questo prodotto ha un'emivita plasmatica relativamente corta (2-4 ore) responsabile di un effetto rapido (entro 35-40 minuti dall'assunzione), ma di breve durata, che richiede un frazionamento dell'assunzione in 2 volte (in genere al mattino e a mezzogiorno). La posologia giornaliera varia a seconda dei pazienti; è compresa tra 0,5 e 1 mg/kg/die, dose massima che si raggiunge per gradi nell'arco di alcuni giorni.

In Italia la prescrizione deve essere fatta da un medico specialista solo a bambini di età superiore ai 6 anni con diagnosi di ADHD confermata.

L'aumento di neurotrasmettitori migliora l'inibizione delle risposte anomale e discrimina gli stimoli. Questo aumento del metabolismo cerebrale sembra verificarsi solo nei soggetti ADHD, mentre nei soggetti normali si può osservare un effetto paradosso.

Un problema non trascurabile è quello della dipendenza fisica e psicologica che il metilfenidato induce. Negli Stati Uniti si è verificato un vero e proprio abuso di Ritalin^o tra gli studenti. Nel 1994 si attribuirono all'abuso di questa sostanza 7 decessi e 1171 ospedalizzazioni tra gli adolescenti. Questo approccio farmacologico, attualmente molto spinto da alcuni educatori e medici, è stato violentemente criticato dall'opinione pubblica e dalle associazioni di famiglie che ne hanno constatato gli effetti a breve e a lungo termine sui propri figli.

Gli effetti secondari del metilfenidato possono riassumersi in:

- 1) effetti fisici: - perdita di appetito
 - perdita di peso
 - palpitazioni
 - ipertensione
 - insonnia
 - dolori articolari
 - nausea
 - problemi toracici e addominali
 - cefalea
 - inibizione del GH
 - tumore epatico negli animali da esperimento

- 2) effetti psichici: - ansia
 - allucinazioni
 - tics
 - irritabilità
 - alterazioni dell'umore
 - comportamenti antisociali
 - disforia
 - tristezza
 - idee ossessive

Si segnala che il 25-40% dei bambini con ADHD non risponde al farmaco e un'importante percentuale di coloro che rispondono positivamente rispondono anche al placebo.

Il miglioramento nell'apprendimento è minore rispetto al miglioramento dell'attenzione. La terapia con questo farmaco negli individui con ADHD non ha portato ad un miglioramento dei successi scolastici, del comportamento antisociale e dell'incidenza di arresti da parte delle forze dell'ordine.

Un esempio emblematico che ha suscitato molto scalpore negli U.S.A. è dato dalla storia di Kurt Cobain, cantante dei Nirvana e pop star di successo.

Il ragazzo era stato un tipico bambino iperattivo, dotato di grandi capacità ma con molti deficit di concentrazione, e con una situazione familiare disastrosa.

Il trattamento con Ritalin^o segnò tragicamente la sua vita, determinando una costante necessità di stimolanti (dalle anfetamine alla cocaina). L'ansia intollerabile indotta da queste sostanze lo portò in breve anche all'uso di benzodiazepine, prima, e di eroina poi. E' facile comprendere come questa cascata di comportamenti autodistruttivi sia esitata nel suicidio.

Come in questo caso, in molti altri il Ritalin^o ha causato problematiche psicologiche, talora con risvolti tragici: ciò giustifica l'avversione al farmaco di un'importante fetta dell'opinione pubblica, oltre che di molti esperti del settore.

Riportiamo l'introduzione al libro "Giù le mani dai bambini" di F. Bianchi di Castelbianco e L. Poma riguardo all'abuso del Ritalin^o in età pediatrica: "Gli elementi raccolti sono sconcertanti, soprattutto perché dimostrano con quanta facilità si possa individuare o costruire una patologia-problema, corredandola di dati e statistiche che indichino come risolutiva un'unica modalità terapeutica. Quando una strategia terapeutica prevede preliminarmente l'uso di psicofarmaci è difficile che siano prese in considerazione soluzioni alternative o che venga messa in discussione la scelta operata. L'attenzione viene rivolta semmai alla possibilità di tenere a bada con altri farmaci gli eventuali effetti indesiderati del primo farmaco ritenuto risolutivo. L'aggiustamento farmacologico può a volte mettere in moto pericolose escalation, soprattutto se la cura viene protratta per periodi prolungati. E' importante a questo punto sottolineare il fatto che nel caso di ADHD la cura farmacologica proposta deve essere mantenuta nel tempo senza possibilità di interruzioni e ciò

determina, ovviamente, seri rischi di dipendenza (così come è stato evidenziato nei recenti studi americani). Né può essere di conforto, considerato che si tratta di bambini, il fatto che il farmaco utilizzato sia passato dalla categoria degli stupefacenti a quella degli psicofarmaci. Un punto estremamente controverso sono le percentuali riguardanti il numero dei bambini che presentano patologie e disturbi del comportamento curati con farmaci psicoattivi: in America sono passati dai 150.000 nel 1970, ai 500.000 nel 1985 e poi a ben 8.000.000 nel 2003 fino ai giorni nostri con ben 11.000.000. Sembra veramente che vi sia una epidemia in atto. Riguardo specificatamente all'ADHD, in Italia i diversi studi riportano un più credibile 0,70 % (circa 170.000) al 3% secondo una sezione regionale di Neuropsichiatria infantile, per passare poi al 4 % secondo le stime di media nazionale (pari ad un venticinquesimo, cioè un bambino per ogni classe della scuola italiana), infine si arriva al 5-10 % della popolazione infantile secondo un'altra sezione regionale di neuropsichiatria infantile”.

Nell'ambito del trattamento farmacologico sta cominciando ad emergere la possibilità di aiutare i bambini iperattivi mediante l'utilizzo di una medicina complementare, l'**Omeopatia**.

Il trattamento omeopatico è adattato all'espressione clinica individuale del disturbo comportamentale; infatti, durante una visita, il medico raccoglie diversi tipi di informazioni: antecedenti famigliari e personali, segni clinici oggettivi e soggettivi (comprese le anomalie di comportamento), indicazioni fornite, se necessario, da strumenti di ausilio alla diagnosi.

Queste informazioni possono essere osservate da tutti i medici e classificate in due categorie:

- elementi comuni a tutti i soggetti con la stessa affezione, quindi che contribuiscono alla formulazione della diagnosi nosologica;

- criteri individuali, caratteristici di ciascun paziente (quindi variabili da un soggetto all'altro), che esprimono il suo modo di essere.

Il medico omeopata prende in considerazione gli elementi comuni e i criteri individuali che diventano significativi in relazione alla Materia Medica Omeopatica, la quale contiene le informazioni necessarie all'indicazione e prescrizione dei medicinali, detti Rimedi.

Spesso l'omeopatia può quindi fornire una risposta terapeutica adeguata all'espressione clinica individuale di una malattia, soprattutto di un disturbo comportamentale.

La scelta di somministrare un unico rimedio o più rimedi in successione, in forma di granuli, globuli o gocce, il livello di diluizione, la posologia e la durata della somministrazione saranno adattati al singolo paziente e alla sua risposta al trattamento.

Il **trattamento psicoterapeutico** viene scelto in base alla capacità del bambino di aderire agli obiettivi proposti.

Le psicoterapie comportamentali hanno permesso al bambino di aumentare il controllo delle proprie reazioni, mentre le psicoterapie di ispirazione analitica propongono un lavoro sulle turbe emotive; le psicoterapie familiari, analitiche o sistemiche, cercano di ricollocare il bambino nel contesto generale e nelle sue interazioni con l'ambiente immediato.

L'**aiuto educativo** è fondamentale; richiede un vero e proprio lavoro di counseling familiare che insegni ai genitori le condotte adatte al comportamento del loro bambino.

La rieducazione ortofonica e la terapia psicomotoria permettono di correggere eventuali deficit, ma soprattutto di migliorare il controllo dell'impulsività.

LA PROPOSTA OMEOPATICA

Nella pratica clinica di un ambulatorio pediatrico arrivano spesso genitori che chiedono aiuto per riuscire a gestire bambini particolarmente “nervosi”. Si tratta spesso di bambini vivaci e turbolenti, ma a volte quest’energia infantile, sulla quale nessun principio educativo sembra fare presa, può causare irritazione e stanchezza, o addirittura scoraggiamento, negli adulti che si occupano di loro, in primis i genitori.

E’ sicuramente importante effettuare un’indagine metodica e rigorosa al fine di identificare il disturbo comportamentale, se di tale si tratta, escludere una causa organica e valutare le conseguenze del problema sul vissuto del bambino e dei suoi famigliari, ma anche cercare di fornire una soluzione alla richiesta esplicita di “calmare” il bambino.

La testimonianza dei genitori è preziosa per capire, nella raccolta accurata dell’anamnesi, a quando risale quest’agitazione, che a volte sembra “costituzionale”, ma altre può anche manifestarsi in seguito ad un evento significativo: il bambino presenta allora segni di iperattività secondaria ad un turbamento psichico ed è il cambiamento nel suo comportamento ad attirare l’attenzione dei genitori.

L’anamnesi familiare e personale del bambino rivestono un’importanza fondamentale: il medico deve cercare di ottenere informazioni sull’ambiente in cui egli cresce (storia familiare, patologie ricorrenti, presenza di fratelli/sorelle e rapporti con loro, modalità di custodia, difficoltà famigliari, depressione o altre patologie mentali o neurologiche dei parenti stretti etc...), ma anche indagare attentamente sulla storia personale e sulle caratteristiche somatiche e comportamentali del piccolo paziente.

Se il bambino va a scuola il suo atteggiamento in ambito scolastico è determinante: a volte tiranni a casa si rivelano a scuola dei bambini modello, diligenti e attenti, o viceversa; la precocità intellettuale può anche dar luogo a numerosi disturbi del comportamento, che si manifestano per lo più a scuola.

L'agitazione del bambino è raramente un segno comportamentale isolato: spesso si associano disturbi dell'attenzione, impulsività o disturbi del sonno, che possono permettere di individuare un vero ADHD.

Ma al di là della diagnosi clinica, che riveste un'importanza fondamentale per un corretto inquadramento nosologico e per monitorare l'efficacia di una terapia, la principale richiesta dei genitori, e spesso degli operatori scolastici, è di aiutarli a “canalizzare” questa eccessiva energia, arginare un comportamento a volte antisociale o violento, che porta anche i compagni ad escluderlo dai giochi, contenere la facile distraibilità che può comportare una difficoltà nel rendimento scolastico, e l'impulsività che può provocare comportamenti pericolosi per lui e per gli altri.

L'indagine clinica deve collocare questo disturbo del comportamento in un contesto più generale: il medico quindi deve cercare antecedenti di convulsioni, ritardo di crescita o psicomotorio, deficit percettivi visivi o uditivi, difficoltà di apprendimento o disturbi del sonno.

Nell'ambito dell'anamnesi personale si indagheranno la gravidanza, le modalità relative al parto e all'allattamento ed eventuali problematiche perinatali; inoltre la presenza di episodi infettivi ripetuti, la concomitanza di allergie, di disturbi digestivi o urinari, poiché questi segni somatici completano il quadro comportamentale; l'osservazione del medico e l'indagine svolta presso i genitori apportano informazioni sul vissuto del bambino: gli elementi aggravanti della sua vita quotidiana, le situazioni che lo calmano, i gusti alimentari, la freddolosità o l'intolleranza al caldo, le modalità relative al sonno e all'alimentazione.

Se per definire la diagnosi clinica è importante un'anamnesi ben raccolta, nella diagnosi omeopatica questa riveste un'importanza fondamentale, anche ai fini della terapia: infatti la raccolta di un insieme di dati somatici e psichici, completati anche dalla visita medica del paziente, permette di far emergere l'espressione clinica e individuale di uno stesso sintomo (l'agitazione) in bambini completamente diversi, per i quali saranno pertanto indicati rimedi diversi.

Possiamo identificare inoltre diverse tipologie di bambini iperattivi, corrispondenti ad altrettanti rimedi, a seconda della prevalenza di alcuni segni comportamentali rispetto ad altri; non bisogna dimenticare però che nella pratica omeopatica va presa in considerazione la globalità dei sintomi del paziente e non è pensabile di utilizzare i rimedi omeopatici in maniera sintomatica. L'omeopatia è, infatti, un sistema di cura olistico che si rivolge alla persona nella sua totalità e può essere efficace nel trattamento e nella cura di ogni tipo di patologia. Essa considera l'intera persona, non le singole parti, e stimola la capacità di reazione dell'organismo alle malattie, fisiche, psichiche e mentali. Per la valutazione dello stato psico-fisico del paziente i sintomi sono di particolare importanza e sono considerati i segni attraverso cui il corpo manifesta la malattia: ogni individuo reagisce in maniera diversa alla stessa malattia mostrando sintomi diversi da altre persone.

Bambini con ADHD possono esprimersi in maniera diversa, mostrando i sintomi propri del disturbo e sintomi relativi al modo in cui la propria individuale "personalità" reagisce al disturbo stesso. Lo scopo principale dell'omeopatia non è quello di sopprimere i sintomi (come invece la ritiene la medicina tradizionale) bensì di farli emergere affinché il paziente possa eliminarli rafforzando il proprio sistema immunitario e ristabilire una situazione di equilibrio (che è la definizione di salute).

A questo proposito meritano di essere citati alcuni studi clinici condotti da H. Frei e Thurneysen in Svizzera nel 2006 da cui risulta che, su 115 bambini con diagnosi di ADHD, cui è stato somministrato il rimedio prescelto, il 75% ha riportato una risposta sufficiente, solo il 22% ha dovuto fare ricorso al Metilfenidato mentre il 3% non ha risposto ad alcun trattamento. È interessante notare che lo studio in questione ha confermato i dati positivi già fatti registrare da studi precedenti del 2005 e del 2001, condotti sempre dagli stessi autori.

Altri studi più recenti sono stati condotti in Italia dalla dr.ssa R. Comito, dal dr. I. Bianchi e dal dr. F. Marino, su numeri più ristretti di piccoli pazienti, con risultati incoraggianti.

Se esaminiamo in dettaglio la sintomatologia dell'ADHD, i comportamenti associati, le comorbidità, le risposte all'ambiente, le caratteristiche individuali, etc. notiamo che tutti questi sintomi comportamentali, proprio per la loro "soggettività", presentano, curiosamente, interessanti analogie con una gran quantità di sintomi e Rubriche Repertoriali. In sostanza, è possibile studiare i "tratti comportamentali" dell'ADHD, definendoli e caratterizzandoli da un punto di vista omeopatico, grazie allo strumento repertoriale. Se si raggruppano queste rubriche in modo coerente è possibile configurare dei veri e propri "Temi" che caratterizzano il soggetto in questione.

1. Tema della disattenzione

Mente, distratto, bambini, scolari

Mente, distratto, legge, mentre legge

Mente, distratto, gli si parla, quando

Mente, concentrazione difficile nei bambini

Mente, concentrazione difficile studiando

Mente, concentrazione difficile, scrive, quando

Mente, confusione della mente, scrive, quando

Mente, ottusità studia, quando

Mente, disattento

Ecc.

2. Tema della disabilità cognitiva

Mente, confusione della mente, quando calcola

Mente, dislessia

Mente, incapacità per la matematica

Mente, fa errori di calcolo

Mente, fa errori nei compiti a casa

Mente, fa errori nella lettura

Mente, incapace di leggere

Mente, ottusità leggendo

Mente, confusione mentale se legge mentre tenta di capire

Mente, difficoltà nello studio

Ecc

3. Tema della debolezza di Memoria

Mente, smemorato

Mente, memoria, debolezza di, nei bambini

Mente, memoria, debolezza di memoria, sforzo mentale per; il bambino non può apprendere

Ecc.

4. Tema della Iperattività

Estremità, irrequietezza

Mente, irrequietezza nei bambini

Mente, impulso a correre

Mente, mania di saltare sopra le sedie e i tavoli

Mente, fretta

Mente, intraprende molte cose ma non persevera in nessuna

Mente, loquacità

Mente, fretta nell'occupazione, desidera fare più cose insieme (ma non riesce a portarne a termine nessuna)

Ecc.

5. Tema dei Problemi Comportamentali

Mente, problemi di comportamento nei bambini

Mente, distruttività nei bambini

Mente, disobbediente

Mente, insolente, nei bambini

Mente, irritabilità, nei bambini

Mente, gestualità, mani, movimenti involontari delle mani, torcersi le mani

Mente, gestualità, piedi, mov. involontari dei, strofina i piedi

Mente, contraddizione, disposizione alla

Mente, contraddizione, intollerante alla

Ecc

6. Tema della Impulsività

Mente, impulsivo

Mente, frettoloso

Mente, risponde in fretta

Mente, impaziente

Mente, impetuoso

Ecc.

7. Tema dell'Autosvalutazione

Mente, disturbi da rimproveri

Mente, ammonizione, agg.

Mente, paura delle sgridate

Mente, sensibile ai rimproveri, nei bambini

Mente, perdita di fiducia in sè stesso

Mente, crede di sbagliare, ogni cosa è sbagliata

Mente, paura di sbagliare

Mente, scontento, di ogni cosa

Mente, scoraggiato

Mente, si offende facilmente

Mente, tristezza, realizzare, sbaglio nel, da

Ecc.

Questo elenco potrebbe ovviamente continuare ed arricchirsi di nuove rubriche e nuovi temi. Tuttavia la maggior parte di questi sintomi ricorre frequentemente in un gruppo ristretto di Rimedi, che possiamo considerare come quelli di più frequente riscontro nella pratica clinica, anche se, è opportuno ricordarlo, la scelta deve essere fatta non sulla base di sintomi “ comuni “ alla patologia, ma sulla base dell’intero processo di individualizzazione omeopatica. Ogni soggetto con ADHD presenta, infatti, un corteo di sintomi personali e comportamentali che lo definiscono in maniera incontrovertibile. Sarà quindi determinante la raccolta “sapiente” dei sintomi da repertorizzare, anche e soprattutto per differenziarlo da altri rimedi analoghi.

Tali rimedi sono:

IODUM

Il bambino è ipercinetico, turbolento e ficcanaso, non riesce a stare seduto in quanto non tollera l’immobilità. E’ impaziente, rapido, precipitoso, impulsivo, ma migliora quando è occupato. E’ suscettibile, soggetto ad accessi di aggressività senza motivo, ha un’avversione per la compagnia di amici od estranei. E’ ansioso, peggiora con il riposo o con il digiuno. Intellettualmente è meticoloso, mentre vi è un deficit della memoria immediata a causa della precipitazione e della mancanza di concentrazione. Gli accessi di irritabilità sono seguiti da depressione, perdita della memoria e repulsione per lo sforzo intellettuale.

MERCURIUS SOLUBILIS

Bambino ipercinetico, non sta fermo, tocca tutto, parla in fretta ed è incline alla balbuzie. Quando questa condizione peggiora diventa allora perverso, cattivo, autoritario, non ammette repliche né contraddizioni e fa il contrario di ciò che gli si chiede. Reagisce contro la società in maniera eccessiva, violenta, crudele, impulsiva.

La difficoltà di concentrazione e comprensione emergono nelle discipline che richiedono rigore di ragionamento quali grammatica o matematica.

ZINCUM METALLICUM

E' presente una estrema ipereccitabilità, ipersensibilità al rumore con frequenti soprassalti e astenia fisica. Sono presenti contemporaneamente in questo bambino sia la sindrome asteno- depressiva che le manifestazioni spasmofiliche, con una estrema agitazione ed inquietudine agli arti inf. ma anche avversione per il moto (camminare). Rifiuta qualsiasi sforzo, anche quello di parlare E' molto lento nello studio, riesce difficilmente a mantenere viva l'attenzione, che spesso viene a mancare, ha scarsa memoria.

KALIUM BROMATUM

Il bambino è costantemente agitato, con impossibilità a restare tranquillo, avverte il bisogno incessante di muoversi, spostarsi. L'agitazione predomina a livello delle mani e delle dita, con la manipolazione costante di un oggetto e/o un tamburellare inopportuno. Presenta difficoltà di concentrazione e di attenzione, che rendono difficile l'apprendimento. Inoltre manifesta scarsa memoria, lentezza nel parlare, difficoltà di elocuzione, balbuzie e dislessia. Soffre di disturbi del sonno con incubi, terrori notturni, sonnambulismo ed enuresi. Non è delicato e piange poco in caso di dolore, trauma, incidente. Se adolescente, può avere scarso senso morale, comportamento irresponsabile, asociale, pericoloso.

Generale deficit neurosensoriale con riduzione dell'odorato, udito, gusto, tatto e ipoestesia. Tipica è l'eccitazione sessuale e la grande tendenza alle fantasie erotiche, spesso ossessive. Questi adolescenti possono presentare gravi forme di acne cistica di tipo suppurativo (volto e dorso).

CALCAREA PHOSPHORICA

Questo bambino, di solito longilineo, è agitato, si eccita facilmente, è ipersensibile. Vi è una grande discontinuità di rendimento intellettuale con tendenza all'esaurimento. Sono bambini molto inquieti e veloci, spesso precoci nello sviluppo (anche sessuale). La loro disattenzione si manifesta verso al fine della mattinata, per una sorta di esaurimento mentale che migliora con uno spuntino o con un breve riposo. E' incapace di svolgere un'attività continua sia intellettuale che manuale, il che determina ritardo nelle acquisizioni e lentezza nell'apprendimento.

ARGENTUM NITRICUM

Dal punto di vista mentale l'elemento caratterizzante è l'ansia anticipatoria. Il bambino è timido, lento, incoerente, ha un linguaggio spesso infantile, è insicuro e ostinato, ma è soprattutto ansioso con vere e proprie fissazioni. Parla sempre delle stesse cose, ha paura dell'altezza, della folla e degli impegni sociali. Ha la sensazione di non essere amato dalla propria famiglia, si sente isolato ed abbandonato. La fretteolosità e l'impulsività dominano il quadro.

ARSENICUM ALBUM

L'elemento caratteristico dal punto di vista mentale è l'ipersensibilità e l'inquietudine, che determinano una angosciosa necessità di muoversi continuamente. E' un bambino ordinato, pignolo, con tratti ossessivi; raramente è iperattivo, più spesso è lui oggetto di atti di bullismo, nonostante sia agile e precoce sia fisicamente che mentalmente. Spesso ha difficoltà di apprendimento dovuti a ricorrenti mal di testa ed emicranie al minimo sforzo mentale. Ha una gran paura della malattia e della morte; si chiude nel proprio egoismo, è sospettoso e pauroso.

ACIDUM NITRICUM

E' un bambino iperattivo, sostanzialmente cattivo, testardo, vendicativo, tendente all'odio. E' molto sensibile al rumore, al dolore, al tatto. Presenta spesso fissurazioni

ai bordi degli orifizi con tendenza alle ragadi e alle ulcere. Le affezioni cutanee sono frequenti: eczemi fissurati e verruche sanguinanti.

COFFEA CRUDA

L'attività motoria è intensa e costante; il bambino è sempre in movimento e di indole allegra, la sua mente è in continuo fermento. E' ipersensibile e impressionabile, passa rapidamente dal riso al pianto e presenta iperacuità ai rumori.

L'attività straordinaria della mente e del corpo e l'afflusso di idee gli impediscono di addormentarsi, soprattutto dopo un evento gioioso.

NUX VOMICA

Questo bambino presenta agitazione confusionaria, caratterizzata da precipitazione e ipereccitabilità. E' impaziente, intollerante, irritabile. Non sopporta che lo si contraddica, le contrarietà, la luce intensa e violenta, il minimo rumore.

Ha un comportamento irascibile, litigioso, violento, si arrabbia facilmente e non esita a passare all'azione con persone od oggetti che gli oppongono resistenza.

Vi sono disturbi del sonno caratterizzati da difficoltà a addormentarsi e insonnia.

VERATRUM ALBUM

Rimedio ad azione prevalente sul sistema nervoso e sull'apparato digerente. L'elemento caratteristico dal punto di vista mentale è il grande nervosismo con scatti d'ira e confusione mentale; sono bambini ed adolescenti inquieti e agitati, sempre indaffarati. Fischiano in maniera molesta, compiono gesti insensati, hanno spesso idee stravaganti.

DATURA STRAMONIUM

Il bambino ha una tendenza alla violenza con aggressività verbale e fisica, agitazione con rapidi cambiamenti d'umore. Sono molto agitati, parlano molto e incoerentemente, tendono a scappare. Talora sono soggetti epilettici, con tic anche

violenti. In questi soggetti l'insonnia, i terrori notturni, talora anche le allucinazioni e la paura del buio sono molto frequenti.

HYOSCIAMUS NIGER

VI è una grande eccitazione e agitazione su un fondo di debolezza e stanchezza. Sono bambini queruli, parlano molto, litigiosi, molto gelosi. Possono presentare manie di persecuzione e pensano che gli altri complottino contro di loro. Sono spesso allegri, anche fuori luogo, spesso fanno i buffoni. Tendono ad avere manifestazioni spasmofiliche, tic, convulsioni, singhiozzo irrefrenabile, nistagmo. Reagiscono spesso scappando. Tipici sono l'eccitazione sessuale, i comportamenti provocatori, la lascivia. Può esser compresente insonnia per eccitazione gioiosa. Frequente la tosse spasmodica che insorge in clinostatismo, mangiando o ridendo.

TARENTULA HISPANICA

Sul piano fisico il bambino è agitato (l'agitazione è estrema e predomina), non riesce a stare tranquillo, è sempre in movimento, vuole saltare, correre, ballare; muove in continuazione le gambe, la testa

e compie movimenti incessanti con le mani e le dita.

Sul piano psichico presenta variabilità e violenza, alterna il riso al pianto, l'allegria alla tristezza, passa da un atteggiamento dolce alla collera improvvisa con minacce e percosse.

Molto impressionabile e ipersensibile, peggiora con i dispiaceri, le emozioni, la consolazione. Migliora con la musica. Delicato, non sopporta il minimo dolore. La tricotillomania è frequente.

I disturbi del sonno sono caratterizzati da difficoltà a addormentarsi perché gambe e testa sono in continuo movimento. Il sonno è agitato, interrotto da terrori notturni.

E' ansioso, inquieto, timoroso, si fa cogliere da paure improvvise, immaginarie, vede mostri, animali, estranei nella sua stanza.

TUBERCOLINUM

Estrema inquietudine con spiccatissimo desiderio di viaggi e cambiamenti. Sono bambini molto irritabili, con particolare tendenza al linguaggio scurrile. Tipica è la tendenza alle infiammazioni ricorrenti a livello respiratorio, intestinale e urinario.

LUESINUM

Vi è un deficit mnemonico soprattutto per i nomi propri. Grande difficoltà per il ragionamento astratto che comporta problemi nell'ambito logico- matematico. L'umore è variabile ed eccessivo: dall'apatia (con abulia) all'ansia (con ossessioni, paure notturne, timore di contagio). Caratteristiche sono la perdita del senso morale, l'indifferenza affettiva, la crudeltà e, talora, la perversione.

MEDORRHINUM

Il bambino è sempre agitato, precipitoso, indaffarato; secondo lui il tempo passa troppo lentamente. Cerca sempre di fare le cose più in fretta possibile, di conseguenza non è efficiente nell'esecuzione dei compiti scolastici; termina gli elaborati in fretta e superficialmente. Eccessivamente sensibile, sussulta al minimo rumore.

E' brusco, irritato, infastidito per delle sciocchezze. Grande agitazione delle gambe e tendenza al sonno perturbato. Posizione preferita nel sonno genu- pettorale.

Triste e scontroso al mattino, il suo umore migliora progressivamente nel corso della giornata e diventa allegro e in gran forma la sera. La memoria è scarsa; presenta difficoltà a parlare, dimentica le parole, non trova il termine adatto, dimentica le lettere quando scrive.

CARCINOSINUM

E' un bambino irrequieto e geniale. Estremamente creativo, appassionato, ostinato e timido. Preciso, quasi maniacale. Spesso ha subito un abuso o un trauma nella prima infanzia. Ha difficoltà di concentrazione, è fiacco e fortemente negligente. Ha un

forte senso del dovere ed è responsabile e maturo per la sua età. Nonostante ciò diviene irritabile e collerico quando ripreso verbalmente circa l'adempimento delle sue responsabilità (mettere in ordine i giochi, un compito a scuola, ecc.) e non riesce a sfruttare le sue abilità creative.