

Prefazione

Devi affrontare il fatto che la tua vita è la tua vita

Alex Haley

La mia formazione e la mia esperienza fanno di me uno psicologo dell'infanzia e della salute. In virtù dei problemi di attenzione e concentrazione di mio figlio, oggetto di diagnosi e trattamenti erronei o non accurati, ho maturato un crescente interesse verso i deficit di attenzione. Per una serie di coincidenze "geografiche", sono stato impegnato nei field trial del National Institute of Mental Health per la definizione della nuova nomenclatura e dei criteri diagnostici del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III)*; American Psychiatric Association, 1980). In questa edizione veniva introdotto il "Disturbo da Deficit di Attenzione" con o senza Iperattività, assieme ai criteri di valutazione. Il linguaggio e i criteri sono stati modificati nel *DSM-III-R* del 1987 e ancora nel 1994 nel *DSM-IV* con la definizione oggi utilizzata: "Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività" (ADHD), con le varianti Tipo Prevalentemente disattento, Tipo Prevalentemente Impulsivo-Iperattivo e Tipo Misto.

Il primo luglio 1984, nel ruolo di Professor and Chair of the Division of Clinical Psychology presso il Medical College of Virginia, Health Sciences Center, Virginia Commonwealth University, ho dato vita a una clinica per il Disturbo da Deficit di Attenzione. Ho diretto il programma fino al 30 giugno del 1996, dopo avere lasciato l'Università per prepensionamento. Fin dall'inizio del programma, uno dei genitori, talvolta entrambi, ricordavano chiaramente di avere sofferto gli stessi, o simili, problemi di ADHD presentati dai loro bambini. "La mela non cade lontano dall'albero" è stato ripetuto così tante volte da averne perso il conto. Spesso i genitori aggiungevano, incidentalmente, di avere ancora, in qualche modo, problemi di disattenzione, disorganizzazione e smemoratezza. Alcuni chiedevano se fosse possibile che tutti "guarissero crescendo" dall'ADHD. Con il diffondersi delle conoscenze sull'ADHD, i genitori hanno, purtroppo, comincia-

PREFAZIONE

to a rendersi conto che la maggior parte dei bambini con disturbi dell'attenzione non guarisce dal disturbo con il passare dell'età. Un numero sempre crescente di genitori ha cominciato a richiedere informazioni sui propri problemi di attenzione e a domandare se la clinica potesse valutarli.

Inizialmente, la struttura non ne aveva la possibilità: temevamo di essere sopraffatti dall'afflusso di pazienti adulti a scapito dei bambini. La domanda, però, continuava ad aumentare, così abbiamo deciso di avviare, in parallelo, ma non ufficiosamente, un programma per adulti. Ripensandoci, in un certo senso siamo stati costretti a prendere tale decisione, dal momento che gli adulti chiedevano dove avrebbero potuto rivolgersi per la valutazione e l'eventuale trattamento dei loro problemi. Pochissimi clinici erano adeguatamente preparati per affrontare questo disturbo negli adulti. I miei collaboratori e io eravamo almeno in grado di fare tesoro della nostra esperienza di lavoro con i bambini e provare ad applicarla nel trattamento degli adulti. L'ADHD negli adulti è senza dubbio un disturbo nascosto. Sebbene siano molti gli adulti che si rendono conto di avere problemi di disattenzione, sono ancora più numerosi coloro che non hanno la consapevolezza della propria patologia. Anche se molti hanno ricevuto un trattamento adeguato, probabilmente molti altri hanno problemi di attenzione e conseguenze che vengono trascurati. Poco dopo l'avvio del programma per gli adulti, è immediatamente emersa l'esigenza di un numero sempre maggiore di professionisti esperti nella diagnosi e nel trattamento del disturbo da deficit di attenzione negli adulti.

Questo libro, agile in termini di numero di pagine e che affronta direttamente il cuore dell'argomento, è destinato al clinico impegnato che ha bisogno di una guida pratica nella diagnosi e nel trattamento di questo disturbo. Ho scelto deliberatamente di non sovraccaricare il testo con citazioni e riferimenti bibliografici. Il mio obiettivo è di fornire al lettore una cornice di riferimento, ampliando e approfondendo gli strumenti e le tecniche già sperimentate, per identificare e trattare l'ADHD negli adulti.

Robert J. Resnick

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Cook, J. (1997). *The book of positive quotations*. Minneapolis, MN: Fairview Press.

Ringraziamenti

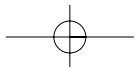
È stato Gary VandenBos, PhD, Executive Director di APA Communications, che per primo mi ha dato l'idea di scrivere questo libro. In effetti, ha continuato a "darmi l'idea" per quasi due anni prima di riuscire, alla fine, a convincermi. Ora che ho terminato il libro, so di essere grato a Gary.

Sono anche molto grato a Jessica Sins, che, oltre a essere studentessa a tempo pieno e receptionist part time, è riuscita a trovare il tempo per la trascrizione del manoscritto. Ancora più entusiasmante è stata la sua infallibile capacità di leggere le mie correzioni. Jessica fa parte di quel gruppo limitato di persone, si possono contare sulle dita di una mano, in grado di leggere la mia calligrafia.

I miei ringraziamenti vanno anche agli amici e colleghi del Dominion Behavioral Healthcare, che hanno offerto suggerimenti e commenti: Yael Buchsbaum, PhD; Steven Butnick, PhD; Julia Frishtick, LCSW; Diane Hensley, LCSW e Gail Quick, PhD. Un grazie speciale anche a Meredith W. Green, PhD, esperta psicologa nella general practice, "Mac" Horton, PhD, psicologo che ha lavorato e svolto ricerche sul Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) e Steven J. Resnick, membro vitalizio dell'"ADHD Club", per i loro preziosi suggerimenti formulati dopo la lettura del manoscritto. Alla Dottoressa Kathy Nadeau e al Dottor Michael Linden, che hanno letto e commentato il manoscritto, va tutta la mia riconoscenza.

Un ringraziamento anche Judy A. Nemes, APA Development Editor, Chris Davis, APA Supervisor, Technical Editing and Design e a Jennifer Powers, APA Technical Production Editor, per la loro efficienza e per l'attiva collaborazione.

Infine, grazie a tutti gli adulti con ADHD che hanno condiviso con me la loro tristezza, le frustrazioni, gli obiettivi e le ambizioni. Tutti loro hanno contribuito alla mia comprensione e conoscenza dei problemi. Loro sono una verità vivente; tutti loro non sono guariti crescendo!

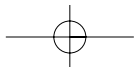
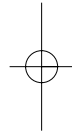


L'Autore

Robert J. Resnick, PhD, FAClinP, è psicologo clinico e della salute, e prima del recente pensionamento, Professor di psichiatria e pediatria e Chair Professor and Chair of the Division of Clinical Psychology presso la Virginia Commonwealth University (VCU). Nel 1984 ha dato vita e diretto la Attention Deficit Disorder Clinic presso la VCU. Attualmente è Professor di psicologia presso il Randolph-Macon College di Ashland, Virginia, e la sua pratica clinica continua a essere dedicata all'ADHD in età evolutiva e in età adulta.

È stato insignito di numerosi riconoscimenti per la sua prestigiosa attività professionale, fra i quali ricordiamo l'American Psychological Association (APA) Board of Professional Affairs Award for Contributions to Professional Practice, APA Division 12 (clinical psychology) Award for Contributions to Professional Practice, il Lee Salk Award della Society of Pediatric Psychology e la Outstanding Civilian Service Medal dal US Department of the Army. È diplomato in psicologia clinica ed è un eminente practitioner della National Academy of Practice. È membro dell'editorial board di numerose riviste e ha al suo attivo un gran numero di contributi sul deficit di attenzione in età evolutiva e in età adulta e in relazione alle politiche sanitarie.

È stato Presidente dell'APA dal 1995 al 1996 ed è Past-President dell'APA's Division 42 (independent practice). Il suo interesse per il disturbo da deficit di attenzione e l'impatto che esercita sulla vita dei pazienti e delle loro famiglie risale a 25 anni fa. È stato sposato con Fran per 36 anni, e ha tre figli, Steven, Danielle e Jolene.



Presentazione all'edizione italiana

Il *Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività* è un termine recentemente coniato per indicare un problema che interessa sia bambini sia adulti che manifestino difficoltà nel mantenere l'attenzione nel tempo, nel controllare l'impulsività e nel regolare il proprio livello di attivazione fisiologica. Questo disturbo nel corso degli anni è stato definito come reazione ipercinetica, iperattività, sindrome ipercinetica, disfunzione cerebrale minima, *Disturbo da Deficit Attentivo* (con o senza Iperattività).

Le persone che presentano questo problema manifestano caratteristiche come scarsa attenzione mantenuta (quindi precoce distraibilità) e debole persistenza per l'esecuzione dei lavori, in particolar modo in quelli prolungati e ripetitivi. Queste caratteristiche psicologiche portano a un rapido raggiungimento del livello di "stanchezza" e di noia che si evidenziano con frequenti spostamenti da un'attività, non completata, a un'altra; perdita di concentrazione durante lavori protratti nel tempo e incapacità di portare a termine le consegne senza una supervisione; inadeguato controllo degli impulsi e difficoltà nel posticipare una gratificazione. Spesso questi soggetti non riescono a fermarsi a pensare prima di agire, ad aspettare il proprio turno, a lavorare per un premio consistente, ma lontano nel tempo, preferendo una gratificazione minore ma immediata. Inoltre, manifestano problemi nel controllo dei comportamenti adeguati rispetto alle situazioni reali. Infine, è presente un eccesso di attività irrilevante rispetto al compito principale che può anche non venire portato a termine. I bambini con ADHD sono solitamente visti come agitati, irrequieti, incapaci di stare fermi e sempre sul punto di scattare, muoversi, partire. Manifestano un eccessivo movimento, non richiesto per l'esecuzione dei compiti (come muovere i piedi, le gambe, tamburellare con le dita, spostarsi da una posizione all'altra anche stando seduti), soprattutto in situazioni ripetitive e noiose. Le persone con difficoltà di attenzione e iperattività manifestano incapacità nel seguire le regole di comportamento o i comandi impartiti per lo svolgimento di un'attività, senza che vi sia la supervisione di qual-

PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

cuno che costantemente gli ricordi il compito principale. Questo aspetto potrebbe essere dovuto a qualche difficoltà di comprensione delle istruzioni e a un uso improprio delle abilità di memoria. Un osservatore esterno può avere l'impressione che i comandi impartiti ai soggetti con ADHD non li aiutino a dirigere le proprie attività.

È stata spesso rilevata un'ampia variabilità nelle manifestazioni comportamentali durante l'esecuzione dei compiti nei soggetti con ADHD, sia per quanto riguarda i risultati scolastici/lavorativi sia nelle altre attività. È molto probabile a questo proposito, che, all'interno del gruppo di persone con ADHD, esistano differenti sotto-categorie che manifestino, in modo peculiare, alcune caratteristiche cognitive e comportamentali, rispetto ad altri individui che presentano ugualmente difficoltà di attenzione e iperattività.

L'ADHD venne descritto per la prima volta nella letteratura scientifica alla fine del XIX secolo, quando alcuni autori individuarono una "malattia da impulsività", caratterizzata da una "inibizione difettiva". Stili (1902) ne descrive alcuni aspetti, ancora oggi riconosciuti validi come indicatori diagnostici: iperattività, incapacità di concentrarsi, difficoltà nell'apprendimento, problemi di comportamento (cit. in G. Levi, 1994).

Nel 1940 viene elaborata la teoria del "Minimo Danno Cerebrale" (MDC), con la quale si cerca di riunire in un'unica sindrome tre tipi di disfunzione: il disturbo di attenzione con iperattività, le difficoltà di apprendimento e le difficoltà motorie (Levi, 1991).

Un ulteriore apporto in tal senso fu fornito da Goldstein (1941) coi suoi lavori su soggetti con trauma cranico e localizzazioni diverse del danno nell'encefalo, che presentavano un'unica sindrome caratterizzata da: disattenzione, difficoltà visuo-percettive, difficoltà di categorizzazione, di progettazione e controllo dell'azione.

Strauss (1947) condivise pienamente le conclusioni di Goldstein, secondo cui può essere ipotizzata una causa organica comune alla base di deficit cognitivi e neuropsicologici diversi. In particolare, Strauss riteneva che l'ischemia post-natale fosse alla base non già di un ritardo mentale, quanto di una serie di deficit neuropsicologici minimi responsabili di difficoltà nella lettura, nella scrittura e nel calcolo, nella coordinazione motoria e di disturbi del comportamento. Solo però negli anni '80 si comprende la necessità di distinguere nettamente sul piano clinico ed eziologico i tre disturbi (ADHD, DSA e disprassie). Negli ultimi anni la tendenza è stata quella di abbandonare definitivamente il concetto di MBC come entità clinica e neuropsicologica unitaria e di utilizzare, altresì, nuove categorie, indicate dai diversi sistemi nosografici.

PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Attualmente quelli più utilizzati concordano nell'individuare una sindrome in cui siano associati il disturbo dell'attenzione e l'iperattività, denominata *Sindrome Ipercinetica* (secondo l'ICD-10), ADHD (secondo il DSM-IV).

Il DSM-IV suddivide inoltre l'ADHD in tre sottogruppi, il primo dei quali è costituito da soggetti in cui il disturbo dell'attenzione e l'iperattività sono associati (misto), il secondo da soggetti con disturbo dell'attenzione senza iperattività (prevalentemente inattentivo), il terzo, infine, da soggetti iperattivi senza disturbo dell'attenzione (prevalentemente impulsivo-iperattivo). Tale ulteriore suddivisione, non presente negli altri sistemi nosografici (anche nel precedente DSM-III R), viene incontro alle numerose osservazioni cliniche che avevano fatto rilevare la presenza di soggetti per i quali il criterio diagnostico dell'associazione deficit attentivo-iperattività non era rispettato. Inoltre il DSM-IV, per la diagnosi di ADHD, prevede la presenza di almeno sei criteri da individuare all'interno delle tre categorie principali: attenzione, iperattività e impulsività. Una certa flessibilità si nota nella diagnosi del DSM-IV, il quale è, l'unico sistema ad ammettere la comorbidità, cui consegue una differenza anche in termini di prevalenza del disturbo, che perciò sarà più frequentemente diagnosticato seguendo tali criteri. Il DSM-IV riporta infine una prevalenza del 3-5% della popolazione in età scolare.

Un altro aspetto interessante del disturbo iperattivo è senza dubbio la sua frequente associazione con altre categorie nosografiche. Esistono tuttora divergenze di opinione rispetto alle ipotesi eziologiche; infatti, se esiste da un lato un consistente gruppo di ricercatori e clinici che sostiene l'importanza di una disfunzione del lobo frontale e probabilmente di quello parietale, dall'altro, c'è chi sostiene l'importanza di fattori ambientali nella genesi del disturbo. Come spesso accade e come sostenuto anche da Robert J. Resnick, è probabile che le due ipotesi si fondano con criteri di reciproca comorbidità con una prevalenza del primo tipo sul secondo o viceversa a seconda dei casi e delle situazioni ambientali.

D'altra parte, l'idea che nei soggetti iperattivi le difficoltà scolastiche e lavorative siano responsabili di una diminuzione dell'autostima e di scarse motivazioni all'apprendimento, a loro volta alla base dell'inibizione di capacità attentive e di *problem solving*, emerge chiaramente da molti lavori (Hartley, 1986; Me Gee, 1986; Levi e coll. 1991). Romani e Speranza (1994) hanno infine rilevato la presenza di elementi patogenetici comuni, quali fattori sociali, genetici e psicologici all'origine del disturbo e del suo mantenimento, nonché l'esistenza di un rapporto tra ADHD e depressione.

PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Il testo di Resnick, si trova perciò a delineare per primo, almeno nel nostro Paese, quelle caratteristiche del disturbo presenti prevalentemente nell'adulto e mai diagnosticate prima. Il Disturbo Nascosto è perciò rappresentato da una costellazione di sintomi, spesso assai varia e complessa da descrivere, che, pur ricordando da vicino il quadro già conosciuto nell'età evolutiva, se ne discosta, a volte notevolmente, soprattutto a causa delle caratteristiche di personalità dell'individuo, della sua storia personale, attività scolastica, lavorativa, interpersonale ecc.

La preziosità del lavoro di Resnick sta anche nell'aver delineato con semplicità quelli che sono i compiti del principale operatore che ha a che fare col disturbo, ovvero lo psicologo clinico esperto in psicoterapia comportamentale. Sono infatti ben specificate nel testo le strategie di analisi, valutazione anche psicodiagnostica e di presa in carico e trattamento del caso clinico. Ma questo non è affatto un testo per i soli psicoterapeuti cognitivo comportamentali. Infatti il linguaggio chiaro e scorrevole, gli esempi e i consigli riportati, consentono un utilizzo del testo a tutti gli operatori europei del settore, dallo psicologo clinico a quello scolastico, al neuropsichiatra infantile, lo psichiatra ed anche l'assistente sociale e l'educatore.

Resnick infatti, e in questo concordo in pieno con lui, sottolinea l'importanza della terapia multimodale a cui vari specialisti possono partecipare con la loro professionalità, preparazione ed esperienza. Sottolinea però, e in questo la mia esperienza mi fa nuovamente concordare con lui, che lo psicologo clinico e psicoterapeuta cognitivo comportamentale, dovrà assumersi l'onere e l'onore di gestire in proprio il caso, non avendo però alcuna remora, ad esempio, nell'affidarlo anche ad altri operatori del settore, per una terapia individuale di altro tipo, una terapia di coppia e della famiglia o altro intervento educativo. La centralità dello psicologo clinico esperto di psicoterapia cognitivo comportamentale non è perciò vista (a mio avviso correttamente), quale quella di un *factotum* o "tuttologo", anzi, come una sorta di gestore del caso a monte, che possa adeguatamente indirizzare il soggetto verso la migliore terapia multimodale possibile.

Di particolare rilevanza è infine la terapia farmacologica in questa sindrome così complessa. E questo aspetto merita sicuramente un discorso a parte, visto il crescente interesse verso uno dei farmaci da molti ritenuto d'elezione nella terapia dell'ADHD: il metilfenidato. Al contrario di quanto si potrebbe pensare, considerata la sempre maggiore popolarità del farmaco, soprattutto negli Stati Uniti, si tratta di una sostanza assai datata e con natali nostrani. Fu infatti il ricercatore italiano Leandro Palizzon che, nel lontano 1937, la scoprì e battezzò ufficialmente.

PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Il metifenidato fu poi usato assai proficuamente soprattutto nel trattamento combinato nelle sindromi epilettiche, di altri disturbi neurologici nonché utilizzato e, spesso, abusato, nelle diete e cure dimagranti. Questo sino al 1989, quando, al pari di altre sostanze similari, fu bandito dalla farmacopea nazionale.

Il metilfenidato appartiene infatti, e a pieno titolo, alla famiglia delle amfetamine, essendo un farmaco psicoattivo e stimolante con effetti del tutto paragonabili a molti stupefacenti. Il meccanismo d'azione del metilfenidato è rimasto a lungo ignoto, sino alla recente scoperta che il farmaco è in grado di ripristinare, a livello cerebrale, il livello di dopamina soprattutto deviando e bloccando talune proteine in grado di eliminare la dopamina già rilasciata dall'organismo. Non è stata ad oggi documentata una vera e propria dipendenza dal farmaco, per cui si tende ad attribuire i numerosi effetti collaterali, anche assai importanti quali disturbi del sonno che possono andare dalla letargia all'insonnia, cefalee, ipereccitabilità, tic e tremori, dolori addominali ecc., a trattamenti prolungati irregolari o a sovradosaggio.

Come spesso accade per fenomeni di vasta risonanza che riguardano la salute della popolazione si sono col tempo venuti a creare due gruppi distinti di fautori e detrattori della terapia farmacologica del ADHD col metilfenidato. È un fatto che, negli USA, il prodotto commerciale ha avuto negli ultimi anni una sempre maggiore diffusione, tanto che stime recenti calcolano che circa quattro milioni di americani (adulti e bambini) ne siano consumatori abituali. Un numero veramente impressionante di soggetti che assumono una sostanza che influirebbe su una delle sindromi più difficili da inquadrare correttamente e per la quale non vi sono ancora evidenze cliniche unanimemente accettate di un danno organico cerebrale, così come da più parti indicato (compreso lo stesso Resnick). Non risulta infatti così generalizzabili le chiare prove di un danno strutturale del cervello, mentre abbondano gli studi che utilizzano prove indirette o denunciano deficit funzionali spesso ottenuti proprio con studi sugli effetti dei farmaci, col rischio di un giro vizioso che spiega l'effetto con l'ipotetica causa e così via (fenomeno purtroppo assai diffuso e non certo limitato agli studi sull'ADHD). Anche la più volte citata evidenza di alterazioni anatomiche quali una carenza di materia grigia nel giro frontale superiore destro (area di Brodman) e dei nuclei basali quali la sostanza rossa, il globo pallido e del putamen, e di sostanza bianca nell'emisfero anteriore sinistro, tratti piramidali e superiore dei gangli basali, è stata ad oggi rilevata su campioni di popolazione molto piccoli, soprattutto se confrontata con la più volte riportata alta incidenza dell'ADHD nella popolazione

PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

generale, stimata intorno al 4%, anche se non vi sono stime provenienti da seri studi epidemiologici (vedi a questo proposito il recentissimo lavoro di Bullmore e coll., apparso su *Psychological Medicine* nel Novembre del 2001). L'opinione più diffusa al riguardo tra gli studiosi è in ogni caso quella riportata da Frank e Pavlakis nel loro lavoro pubblicato nell'Ottobre 2001 su *Pediatric Neurology*: "ulteriori studi dovranno meglio definire la popolazione realmente interessata dai deficit descritti e meglio chiarire adeguati paradigmi di attivazione al fine di delucidare la fisiopatologia del disturbo".

È opinione di chi scrive che, come spesso accade, e non soltanto nel mondo scientifico, una valutazione realistica del fenomeno non possa che situarsi in posizione intermedia rispetto a valutazioni contrapposte. È innegabile che delle differenziazioni esistano a livello del sistema nervoso centrale in taluni soggetti con sospetto di ADHD, ma non si è in grado di fornire dati per una corretta generalizzazione. Mancano studi epidemiologici seri, sono carenti gli strumenti neurologici, neuropsicologici e psicologico clinici per una esaustiva descrizione diagnosi e prognosi del disturbo sia in età evolutiva che nell'età adulta. Un approccio prudente al problema è d'obbligo. Questo non significa certo immobilismo, paura o peggio ancora un ricorso ad una "caccia all'untore" nei confronti di chi propugna una terapia farmacologica spesso efficace. Bisogna però ammettere che qualche rischio di una prescrizione incontrollata vi è e, la "pillola per tutti", può essere altrettanto nociva di una non cura. In una società come la nostra, così basata sulla produzione e il profitto, non è difficile immaginare che vi possano essere enormi pressioni economiche da parte ad esempio delle case farmaceutiche, delle aziende addette alla commercializzazione e distribuzione dei prodotti e, perché no, da parte delle compagnie assicuratrici o delle stesse aziende preposte alla salute pubblica, facilmente attratte da un ipotetico risparmio nel breve termine in quanto la "pillola" avrà sicuramente un costo sociale ben inferiore rispetto ad adeguati inquadramenti clinici neuro e psicodiagnostici e ad un trattamento multidisciplinare. Anche su questo punto già il libro di Resnick e il prosieguo degli studi sul ADHD, non potranno che fornire benefici alla migliore comprensione del fenomeno. Oltre a questo potranno crearsi di nuovi o svilupparsi ancora i già esistenti gruppi di studio composti di professionisti o utenti, volti anche alla vigilanza sulla situazione sanitaria relativa al ADHD in modo da intervenire con adeguati interventi informativi, formativi e, appunto di controllo, sullo sviluppo dei vari interventi educativi e terapeutici nei confronti del ADHD. Anche in questo caso, la centralità dello psicologo clinico sta ovviamente non nella prescrizione del farmaco che non gli compete,

ma nella capacità di mettersi al servizio del medico curante o comunque di altro specialista che decide e somministra la cura farmacologica per una verifica, in itinere o finale e con gli strumenti psicologici di sua competenza, dell'andamento della cura, dei livelli di "compliance", ovvero di aderenza ai regimi terapeutici, e delle possibili modifiche degli schemi di assunzione ecc., che, discussi con gli altri specialisti non potranno che ottimizzare l'intervento aumentandone l'efficacia.

Per tutto questo e per altro ancora, ritengo che l'opera di Resnick sia una "pietra miliare" – se non nelle dimensioni, certamente nei contenuti – nell'approccio multimodale alla prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione del Disturbo da Deficit di Attenzione con o senza Iperattività.

Reputo utile infine fornire al lettore una bibliografia sui più recenti contributi pubblicati sull'ADHD e una selezione di risorse di rete.

Il Curatore

BIBLIOGRAFIA

- Baumeister, A., Havkins, M.F. (2001). Incoherence of neuroimaging studies of attention deficit/hyperactivity disorders. *Clin Neurofarmacol*, 24(3), 180.
- Buitelaar, J.K., Kooij, J.J. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): etiology, diagnosis and treatment. *Ned Tijdschr Geneesk*, 6(3), 214-219.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L.J., Mick, F., Doyle, A.E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*, 48(1), 9-20.
- Frank, Y., Pavleakis, S.G. (2001). Brain imaging in neurobehavioral disorders. *Pediatr Neurol*, 25(4), 278-287.
- Hechtman, L. (2000). Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 9(3), 481-498.
- Jensen, P.S. (2000). ADHD: current concepts on etiology, pathophysiology, and neurobiology. *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 9(3), 557-572.
- Levy, F., Swanson J.M. (2001). Timing, space and ADHD: the dopamine theory revisited. *Aust N Z J Psychiatry*, 35(4), 504.
- McGough, J.J., McCracken, J.T. (2000). Assessment of attention deficit hyperactivity disorder: a review of recent literature. *Curr Opin Pediatr*, 12(4), 319-324.
- Overmeyer, S., Bullmore, E.T., Suckling, J., Simmons, A., Williams, S.C., Santosh, P.J., Taylor, E. (2001). Distributed grey and white matter deficits in hyperkinetic disorder: MRI evidence for anatomical abnormality in an attentional network. *Psychol Med*, 31(8), 1425-1435.
- Overmeyer, S., Taylor, E. (2000). Neuroimaging in hyperkinetic children and adults: an overview. *Pediatr Rehabil*, 4(2), 57-70.
- Zuddas, A., Cavolina, P., Pisano, T., Ancilletta, B. (2001). Gli psicostimolanti ed il disturbo da deficit attentivo con iperattività (ADHD). *Giornale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza*, 21, 91-105.

PRESENTAZIONE

RISORSE DI RETE

- ADHD Medicine
www.familydoctor.org/handouts/103.html
- ADD Toronto Home Page
www.add-toronto.org
- ADD ADHD: Attention Deficit Disorder
www.newideas.net
- LD In- Depth: ADD/ADHD
www.Idonline.org/ld_indepth/add_adhd/add-adhd.html
- ADHD.com Parent's Place
www.adhd.com
- Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity
www.chadd.org
- FAQ: Attention Deficit Disorder, Hyperactivity Disorder
www.add-adhd.org
- Welcome to the ADHD Owner's Manual
www.edutechsbs.com/adhd
- Mental Help Net- ADHD
adhd.mentalhelp.net
- Adhd-land – ADHD stichting – informatie over ADHD
www.adhd.nl
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder
www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm
- DDAI Disturbo da deficit di attenzione Salute mentale auto-aiuto e sviluppo personale
<http://www.ecomind.it/pagine/DDAI/>
- Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività
www.aidai.org

*A mia moglie Fran, che ha sempre sostenuto
che avrei dovuto scrivere un libro.*

*Alle mie figlie, Danielle e Jolene,
che hanno dichiarato che avrebbero voluto leggerlo
(o almeno sfogliarlo), e a mio figlio Steven,
che sui disturbi da deficit di attenzione mi ha insegnato molto più
di quanto avrei mai voluto conoscere.*

*Infine, a Charlene Price Resnick,
la moglie di Steven, che non soltanto lo ama e lo accetta com'è,
ma lo aiuta a diventare migliore di quanto sia stato.*

