

L'epidemia di ADHD negli USA

J.M. Stolzer, PhD

University of Nebraska – Kearney

Ethical Human Psychology and Psychiatry, Volume 9, Number 2, 2007

ABSTRACT: Nel corso degli ultimi dieci anni, i casi di ADHD diagnosticati hanno raggiunto proporzioni epidemiche negli USA. Comportamenti che, un tempo, sarebbero stati considerati compresi nel campo di normalità, vengono oggi abitualmente definiti come patologici da chi ha interessi legittimi nella promozione dell'uso di psicofarmaci nella popolazione infantile ed adolescenziale. Il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) rappresenta la "malattia mentale" più diagnosticata tra i bambini statunitensi al giorno d'oggi. A circa il 99% dei soggetti diagnosticati come colpiti da ADHD vengono prescritte dosi giornaliere di metilfenidato per porre sotto controllo i comportamenti indesiderati. Questo articolo contesta apertamente sia la validità scientifica che l'attendibilità degli attuali strumenti di diagnosi dell'ADHD e mette in discussione l'etica implicita nella prescrizione di sostanze pericolose e che possono dare dipendenza a bambini ed adolescenti. Inoltre, porremo una particolare attenzione ai correlati familiari, politici, economici, biologici, etologici, storici ed evolucionistici del mito dell'ADHD negli Stati Uniti. L'obiettivo dell'articolo è quello di offrire alternative teoreticamente solide all'attuale modello medico di spiegazione del disturbo e di sfidare il paradigma attuale che trasforma comportamenti infantili che rientrano nel campo di normalità in patologie.

Parole chiave: ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADD, diagnosing ADHD

Nel corso degli ultimi 10-15 anni, il numero di diagnosi di ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ha raggiunto proporzioni epidemiche negli Stati Uniti d'America (Baughman, 2006; Breggin, 2002). Nell'America degli anni '50, l'ADHD non esisteva. Nel 1970, 2000 bambini americani (nella maggior parte dei casi maschi) erano stati diagnosticati come "iperattivi" ed il metodo standard di trattamento era costituito dalla modificazione del comportamento (Levine, 2004). Nel 2006, circa 8-10 milioni di bambini statunitensi (ancora una volta, nella maggior parte dei casi, maschi) erano stati diagnosticati come colpiti da ADHD e la grande maggioranza di essi veniva trattata con dosi giornaliere di metilfenidato (Breggin, 2002; Breggin, 2002; Levine, 2004). Quel che una volta era un "disturbo psichiatrico" sconosciuto è ora del tutto comune negli USA. Milioni di bambini statunitensi vengono diagnosticati come affetti da questo disturbo mitico, e alla stragrande maggioranza di loro vengono prescritti farmaci pericolosi e che danno dipendenza per controllare comportamenti infantili storicamente documentati come appartenenti al campo della normalità.

E' un fatto che le diagnosi di ADHD relative ai bambini statunitensi sono del tutto sproporzionate, dato che i dati disponibili indicano come l'80-90% dell'intera produzione mondiale di metilfenidato venga prescritta a bambini statunitensi, al fine di controllare comportamenti correlati con l'ADHD (Leo, 2000). Gli scienziati impegnati nella ricerca del recente fenomeno dell'ADHD devono iniziare a chiedersi come mai l'ADHD abbia raggiunto queste allarmanti proporzioni nell'America del 21° secolo. Come mai questo disturbo non è mai stato diagnosticato in precedenza? In altre culture? In altre specie di mammiferi? Coloro che propongono per l'ADHD il modello della malattia (nel migliore dei casi una pseudoipotesi) sono di una chiarezza cristallina nell'affermare che l'ADHD rappresenta il risultato di uno squilibrio chimico all'interno di determinate aree cerebrali nonostante il fatto che non esista una qualsiasi evidenza scientificamente fondata che possa sostenere questa ipotesi. Se realmente l'ADHD fosse di natura neurologica, allora i membri della comunità scientifica dovrebbero iniziare a chiedersi quali meccanismi biologici possano rendere conto dell'allarmante alterazione del sistema neurologico dei bimbi americani negli ultimi 10-15 anni (Levine, 2004).

RISCHI ASSOCIATI ALL'UTILIZZO DI METILFENIDATO

Benché il NIMH (National Institute of Mental Health) abbia riferito che il metilfenidato può ridurre il comportamento disturbante all'interno delle aule scolastiche ed aumentare l'acquiescenza e l'attenzione sostenuta, raramente vengono discussi in pubblico gli effetti negativi di questa sostanza (Breggin, 1995). Il metilfenidato viene classificato, dal punto di vista farmacologico, tra le amfetamine e provoca quindi lo stesso tipo di effetti, compresi quelli collaterali, ed ha gli stessi rischi associati all'utilizzo di amfetamine (Breggin, 1995). L'American Psychiatric Association ha stabilito che il metilfenidato simile dal punto di vista

neurofarmacologico alle amfetamine ed alla cocaina e che i comportamenti di abuso della sostanza seguono uno schema estremamente simile a quelli relativi a queste due droghe (Breggin, 1995). La Food and Drugs Administration (FDA) statunitense ha classificato il metilfenidato come una droga di classe II, nello stesso gruppo delle amfetamine, della morfina, dell'oppio e dei barbiturici, poiché è provato che questo tipo di sostanze può portare a forti dipendenze ed è stato documentato che possono essere la causa di un ampio spettro di disfunzioni fisiologiche (Breggin, 1995).

Si è riscontrato che il metilfenidato può produrre gravi sintomatologie di ritiro, irritabilità, sentimenti suicidari, mal di testa e sindrome di Tourette (Breggin, 1995; Novartis Pharmaceuticals Corporation, 2006). L'utilizzo di metilfenidato è stato anche messo in relazione con perdita di peso, disorientamento spaziale, cambiamenti nella personalità, apatia, isolamento sociale e depressione (Breggin e Cohen, 1999; Novartis Pharmaceuticals Corporation, 2006). Mentre è stato stabilito da un punto di vista scientifico che il metilfenidato può diminuire il livello di attività ed altri comportamenti disturbanti nei bambini (come, ad es.: parlare quando non è il proprio turno, attività fisiche spontanee), va anche riconosciuto che questo medicinale può produrre insonnia, aumento della pressione cardiaca, aritmia, tremori, indebolimento del sistema immunitario, blocco della crescita (Breggin e Cohen, 1999; Novartis Pharmaceuticals Corporation, 2006).

Secondo la Novartis (la compagna farmaceutica che produce il metilfenidato con il nome commerciale di Ritalin), il Ritalin è uno stimolante del sistema nervoso centrale; tuttavia il meccanismo di azione terapeutico del Ritalin sull'ADHD è sconosciuto (Novartis Pharmaceuticals Corporation, 2006). La Novartis (2006) afferma chiaramente che la specifica eziologia dell'ADHD è ignota e ce non esiste un singolo test diagnostico in grado di determinare con certezza definitiva la presenza del disturbo nella popolazione umana. La Novartis (2006) riconosce il fatto che l'efficacia del metilfenidato nel lungo periodo (cioè, per un periodo maggiore di due settimane) non è stata stabilita da esperimenti condotti in modo controllato, ed ha affermato in modo inequivocabile che non sono disponibili dati sufficienti per garantire la sicurezza e l'innocuità dell'uso a lungo termine del metilfenidato sui bambini.

Secondo la Novartis, è stata riscontrata associazione tra l'utilizzo del metilfenidato e agitazione, affaticamento, accelerazione delle pulsazioni a riposo, disturbi visivi, dipendenza dal farmaco, anoressia, nervosismo, angina, tachicardia, disturbi del sistema immunitario, aggressioni, disturbi epatici, coma epatico, psicosi da intossicazione (Breggin e Cohen, 1999; Novartis Pharmaceuticals Corporation, 2006). Forse è arrivato il momento di chiederci perché questa sostanza pericolosa e che dà dipendenza venga utilizzata per controllare il comportamento di bambini che sono stati solo di recente classificati come atipici. Inoltre, ci si potrebbe chiedere se somministrare ai bambini droghe di classe II (la classificazione che comprende le droghe più potenti e più capaci di dare dipendenza, secondo la legislazione statunitense e l'U.S. Drug Enforcement Agency) sia davvero il programma di trattamento più appropriato per i bambini nel lungo periodo, dato che i dati medici indicano che il tessuto cerebrale in fase di sviluppo è maggiormente suscettibile agli effetti tossici dei farmaci. Davvero gli Americani credono che la biochimica del cervello dei maschi in vi di sviluppo abbia subito alterazioni di tale portata da richiedere sostanze pericolose e che danno dipendenza per funzionare in modo appropriato? E, se fosse così, cosa potrebbe aver provocato questa disfunzione neurologica senza precedenti? E come mai questa disfunzione neurologica sta raggiungendo picchi di diffusione di tipo epidemico nei giovani maschi che vivono entro i confini statunitensi?

SOGGETTIVITA' DELLA DIAGNOSI DI ADHD

Benché molti medici statunitensi insistano con l'affermare che l'ADHD è un disturbo neurologico, il dato di fatto è che non esistono marcatori cognitivi, fisiologici o metabolici in grado di indicarci la presenza di ADHD (Baughman, 2006; Breggin, 1995, 2001, 2002; DeGrandpre, 1999; Leo, 2000). Presumibilmente, se l'ADHD fosse il risultato di una disfunzione cerebrale, i neurologi sarebbero in grado di diagnosticare questa ipotizzata atrofia di determinate aree cerebrali basandosi sugli strumenti e sullo stato dell'arte disponibili, in particolare attraverso l'utilizzo di tecniche di brain-imaging (TAC, PET, RMN, ecc.). Tuttavia, non è questa la situazione, dato che l'ADHD viene diagnosticato utilizzando una lista di sintomi comportamentali. Gli insegnanti ed i genitori riempiono una serie di questionari, e le loro risposte sono limitate alle seguenti possibilità:

- 1) Mai
- 2) Raramente

- 3) A volte
- 4) Spesso
- 5) Sempre

E qui cominciamo ad avere il primo problema per quanto attiene alla validità ed all'affidabilità delle diagnosi di ADHD. Qual è l'esatta definizione in termini operativi di "raramente"? O di "a volte"? O di "spesso"? Si dovrebbe supporre che queste risposte a scelta limitata siano altamente soggettive e che possano variare in modo incredibile tra un soggetto e l'altro. Fino a che questi termini non siano stati chiaramente e quantitativamente definiti, sia la validità che l'affidabilità di una diagnosi di ADHD debbono essere rifiutate, da un punto di vista scientifico. Vale anche la pena di osservare che lo status di chi fornisce le risposte (i genitori, o gli insegnanti) non viene controllato in nessun modo. Livello di tolleranza, struttura della personalità, conoscenza dei processi di sviluppo, educazione, genere, età e livello culturale sono tutte variabili che possono influire pesantemente sulla percezione degli adulti, e tuttavia questo fatto viene il più delle volte ignorato da coloro che hanno interesse legittimo nel perpetuare la pseudoipotesi del disturbo neurologico. (Carey, 2002).

Le domande contenute nel questionario diagnostico dell'ADHD sono, anch'esse, altamente soggettive, come si può capire dagli items seguenti (Breggin, 1995).

- 1) "Spesso giocherella nervosamente con le mani o con i piedi" (Qual è la definizione operativa di "giocherella nervosamente" [fidgets]?)
- 2) "Spesso corre attorno o si arrampica in maniera eccessiva" (Come facciamo a sapere quando il correre o l'arrampicarsi diventa 'eccessivo'?)
- 3) "Spesso ha difficoltà nel giocare tranquillamente" (Quale cultura si aspetta che i bambini giochino 'tranquillamente' [quietly]?)
- 4) "Spesso non riesce a fare attenzione ai dettagli oppure fa errori nei compiti scolastici" (E' ampiamente noto che i bambini sono perfettamente in grado di fare attenzione alle cose che interessano loro).

Domande di questo genere (assieme ad altre) vengono correntemente utilizzate per determinare se un bambino abbia o meno un disturbo neurologico (ad es., l'ADHD)M tuttavia, da un punto di vista strettamente scientifico, sembra che quel che queste domande misurino davvero sia la frustrazione degli adulti di fronte a comportamenti infantili tipici e storicamente documentati. Secondo Fred Baughman (2006), neurologo e pediatra, "Nella stragrande maggioranza dei casi, la vera questione consiste in uno scontro tra un bambino normale e le richieste che gli vengono poste da un ambiente controllato dagli adulti, oppure è il prodotto di uno zelo diagnostico di insegnanti ai quali è stato affidato il nuovo ruolo di diagnosi per procura" (p. 215).

Breggin (1995) e DeGranpre (1999) hanno avanzato l'ipotesi che la percezione di ciò che costituisce un comportamento normale nei ragazzi sia stata alterata in modo critico nell'America del 21° secolo. In termini di sviluppo, esiste un ampio ambito di comportamenti normali nei bambini che spesso si trova in contrasto con un ambiente pensato per gli adulti – ma questo fatto non definisce in sé, e di per sé, il comportamento come patologico, semplicemente rappresenta un disturbo o un inconveniente per quegli adulti che vorrebbero mantenere un certo ordine in accordo con gli schemi di comportamento appropriati al loro stato di adulti (Baughman, 2006). Secondo i criteri di costruzione della sindrome di ADHD, una lista di comportamenti sarebbe in grado di identificare con certezza una disfunzione neurologica. Mentre è assolutamente certo che una lista di sintomi o di comportamenti (peraltro, una lista che si è molto modificata nel corso degli ultimi dieci anni) non è in grado di identificare un'atrofia neurologica, esiste una fondata possibilità che queste liste siano in grado di identificare schemi di comportamento nei bambini maschi che non sono adatti alle aspettative della società contemporanea (comportamenti che, tuttavia, sono stati documentati nei maschi di ogni cultura, in ogni tempo storico, e in molte specie di mammiferi; Baughman, 2006; Stolzer, 2005).

CORRELATI ECONOMICI

Nel 1975, Gli Americani costruirono una legislazione che consentiva ai bambini con disabilità fisiche l'accesso all'educazione pubblica. Nel 1991, questa legislazione venne emendata per comprendervi quei bambini con disturbi del comportamento e dell'apprendimento. A partire dall'inizio del 1991, c'è stata una crescita di proporzioni monumentali nelle diagnosi di ADHD negli USA, perché esisteva chiaramente un

incentivo economico nell'etichettare i bambini e gli adolescenti con una miriade di disturbi psichiatrici e/o comportamentali (Breggin, 2002). Secondo l'emendamento del 1991 all'American with Disabilities Act, le scuole pubbliche dovevano ricevere contributi monetari federali aggiuntivi per ogni bambino che fosse stato diagnosticato con un disturbo psichiatrico e/o comportamentale. Chiaramente, più bambini ricevevano una diagnosi di questo tipo, più soldi avrebbero ricevuto le singole scuole (Cohen, 2004). Come diretto risultato di quest'emendamento, i tassi di diagnosi di ADHD variano in modo considerevole da scuola a scuola. Le scuole private non ricevono fondi federali per educare gli studenti "disturbati", di conseguenza, i tassi di diagnosi di ADHD nelle scuole private statunitensi sono estremamente bassi. Al contrario, le scuole pubbliche possono ricevere fondi federali e, solitamente, hanno tassi di diagnosi di ADHD notevolmente elevati nella loro popolazione studentesca (Cohen, 2004).

L'industria farmaceutica ha un legittimo interesse nel promuovere un'ampia accettazione dei medicinali per il trattamento dell'ADHD negli USA. Riviste dedicate ai genitori, annunci commerciali alle televisioni, pubblicità radiofonica, studi medici e riviste mediche pubblicizzano abitualmente farmaci psicotropi per la popolazione pediatrica. Questo flusso di pubblicità senza precedenti negli USA, ha desensibilizzato il consumatore Americano ed ha portato ad un'accettazione incondizionata dell'ADHD come disturbo neurologico reale e verificabile (Stolzer, 2005). L'industria farmaceutica ha anche fatto molto per alleviare il senso di colpa dei genitori statunitensi, dato che i rappresentanti delle compagnie farmaceutiche insistono nel sostenere la natura neurologica dell'ADHD ed il fatto che questa malattia non abbia nulla a che vedere con le pratiche genitoriali, gli incentivi economici, l'organizzazione del sistema scolastico, le politiche sanitarie nazionali, le specificità ambientali e/o le particolari ideologie proprie di determinate culture (Stolzer, 2005).

In America, esiste un'alleanza economica indiscutibile tra l'industria farmaceutica e la comunità medica. L'industria farmaceutica promuove abitualmente l'ADHD come malattia neurologica; rappresenta la fonte principale di finanziamenti dei più importanti convegni medici che trattano dell'ADHD; monopolizza il finanziamento delle ricerche al riguardo; fornisce incentivi finanziari ai medici che prescrivono specifici farmaci; pubblicizza medicinali psicotropi progettati per essere utilizzati sulla popolazione pediatrica sulle più prestigiose riviste mediche statunitensi e fornisce la maggior parte dei finanziamenti ai gruppi statunitensi (come CHADD) che promuovono la visione dell'ADHD come disturbo neurologico (Breggin, 2001; Stolzer, 2005).

L'alleanza economica esistente tra l'industria farmaceutica e la comunità medica negli USA deve essere interrotta. I consumatori Americani dovrebbero poter beneficiare di ricerche scientifiche autentiche e validate – non del risultato fornito da una partnership economica. Occorre implementare leggi che proibiscano l'alleanza economica tra un'industria, il cui scopo principale è quello del massimo profitto monetario, e la comunità medica, il cui scopo principale dovrebbe consistere nell'essere di beneficio all'esistenza umana senza provocare danni. Al momento, sembra che questa partnership economica sia florida, e che continuerà ad essere tale, almeno finché gli Statunitensi non chiederanno che le ricerche scientifiche (cioè quelle ricerche che non sono state finanziate dalle case farmaceutiche) costituiscano la guida per le pratiche terapeutiche.

UNA PROSPETTIVA EVOLUZIONISTICA

Nel corso dell'esistenza umana, maschi e femmine hanno seguito traiettorie di sviluppo divergenti. Giovani maschi, in tutte le culture, in ogni momento storico, in tutte le specie di mammiferi, mostrano dei tratti unici e distinguibili (livelli di attività accelerati, posture di dominanza, protettività). Secondo Jensen e collaboratori (Jensen e coll., 1997), i membri più attivi presenti in una specie sono anche quelli che hanno le maggiori probabilità di trasmettere ai propri geni e di costituire la linea genetica che sopravvive nell'evoluzione e col trascorrere del tempo. Quindi, non dovrebbe essere sorprendente il fatto che i maschi del 21° secolo siano estremamente attivi – in particolare nel corso della fanciullezza e dell'adolescenza. Al momento attuale, coloro che propongono l'esistenza di un disturbo neurologico vorrebbero farci credere che nel corso degli ultimi 10-15 anni il cervello umano si sia modificato dal punto di vista neurologico – e da qui la conseguenza di incredibili tassi di diagnosi di ADHD nei giovani maschi americani. Evoluzionisticamente parlando, questa ipotesi è fortemente sospetta, dato che l'adattamento all'ambiente delle specie ominidi richiede tipicamente migliaia, quando non milioni, di anni (Jensen e coll., 1997). Se i comportamenti simili all'ADHD non possono venire attribuiti ad alterazioni evolutive dei sistemi neurali, cosa allora può rendere conto dell'ascesa a razzo delle diagnosi di ADHD in America? Parlando in termini generali, la fanciullezza stessa è stata fortemente modificata nel corso delle ultime decadi (DeGrandpre,

1999). Per il 99.9% del nostro tempo, noi umani abbiamo vissuto come cacciatori-raccoglitori ed elevati livelli di attività erano non solamente desiderabili, ma – di fatto – cruciali per la sopravvivenza della specie umana (Jensen e coll., 1997; Stuart-Macadam e Dettweley, 1995). I bambini oggi rimangono seduti per ore di fronte alla televisione, ai computers, ai giochi elettronici che hanno sostituito gli spazi aperti e i giochi del passato. Sono immersi in una luce artificiale, confinati in quattro mura, e non hanno praticamente alcun contatto con la terra e con il sole – elementi che ci hanno sostenuto nel corso dell'evoluzione umana (Wilson, 1993). La scolarizzazione obbligatoria ha ristretto i loro movimenti, la loro creatività, le loro attività all'aria aperta e il gioco non strutturato. Le abitudini alimentari dei bambini sono state notevolmente modificate da conservanti, coloranti, antibiotici ed ormoni. I bambini americani iniziano ad essere affidati agli asili-nido a circa 6 settimane di età e, da quel momento, rimangono affidati alle cure di stranieri non interessati, non specializzati e sottopagati per la maggior parte dei loro anni di formazione (Fogel, 2001; Stolzer, 2005).

Dato che è stato scientificamente dimostrato che i maschi delle specie dei mammiferi, in tutte le culture, in ogni momento storico, hanno sempre mostrato comportamenti diagnosticabili come ADHD, forse è la percezione dei comportamenti infantili ad essere stata alterata, non i comportamenti in sé (Breggin, 2001; DeGrandpre, 1999). Si è avanzata l'ipotesi che i comportamenti dei ragazzi siano rimasti relativamente costanti nel corso dell'evoluzione umana; quel che sembra essere cambiato sono

- 1) La percezione da parte degli Americani di quei comportamenti che, da un punto di vista evolutivo sono unici e validi
- 2) La volontà degli Americani di accettare in modo incondizionato la nuova ipotesi di un disturbo cerebrale (DeGrandpre, 1999; Jensen e coll., 1997; Stolzer, 2005).

È più probabile che i maschi si siano evoluti in un ambiente che richiedeva elevati livelli di attività, attitudine alla caccia e combattività. I maschi che erano più attivi e più capaci di proteggere le loro famiglie erano più in grado di assicurare la sopravvivenza della specie umana (Breggin, 1995; DeGrandpre, 1999). Mentre alcuni teorici comportamentisti hanno affermato che l'ambiente rappresenta la sola ed unica causa delle differenze comportamentali esistenti tra maschi e femmine, resta il fatto che l'esistenza di tratti comportamentali tipici dei maschi è stata invece riscontrata e documentata, nel corso di diverse migliaia di anni, in diverse popolazioni, localizzazioni geografiche e specie di mammiferi (Stolzer, 2005).

Disturbo dell'Attenzione con Iperattività? Oppure normale comportamento di un ragazzo normale? Nella società odierna, sempre alla ricerca della political correctness, ci pare che la maggior parte degli Americani abbia confuso i termini uguaglianza e identità (EQUALITY E SAMENESS nell'originale N.D.T.) (Hoff Sommers, 2000). Maschi e femmine sono assolutamente uguali per il fatto che entrambi appartengono alla specie umana e che ad entrambi vanno fornite identiche opportunità di sviluppo e di avanzamento nella società, ma insistere a sostenere che debbano avere gli stessi atteggiamenti, comportamenti, livelli di attività, o predisposizioni, significa perpetuare un mito che è privo di qualsiasi credibilità scientifica o biologica (Moi e Jessel, 1990). Come i nostri antenati hanno saputo fin dai primordi, i ragazzi sono davvero diversi dalle ragazze. Naturalmente ci sono sempre quelli "fuori dal coro" ma, parlando in generale, esiste una differenza alquanto ampia nei comportamenti, negli stili di apprendimento, nei livelli di attività, nelle preferenze specifiche tra ragazzi e ragazze (Breggin, 1995). Sembra che gli Americani siano intenti a rendere patologica la fanciullezza, e che continueranno ad insistere nel sostenere che i comportamenti dei maschi sono il risultato di un disturbo neurologico fino a che esisteranno incentivi finanziari a questa visione del mondo.

Coloro che propongono l'ipotesi di un disturbo cerebrale, sostengono che l'ADHD sia dovuto ad un disturbo verificabile di natura neurologica, benché non esistano prove scientifiche che sostengano questa teoria (Baughman, 2006; Breggin, 1995, 2001, 2002; Breggin e Cohen, 1999; DeGrandpre, 1999; Leo, 2000). Quel che la diagnosi di ADHD fa in realtà è allontanare ogni senso di colpa da genitori, insegnanti, specifiche pratiche culturali per piazzare ogni colpa sulle spalle dei ragazzi (Carey, 2002). Il modello dell'ADHD non tiene conto in alcun modo della complessità associata alla crescita ed allo sviluppo degli esseri umani nell'odierna Nordamerica, né tiene conto dell'ereditarietà dei nostri comportamenti biologici ed utili dal punto di vista evolutivo. Invece, il nuovo e moderno costrutto dell'ADHD promuove un ampio uso di farmaci psicotropi per controllare comportamenti infantili indesiderati. Forse dovremmo chiederci perché i maschi statunitensi sono così disattenti, iperattivi, non focalizzati e così via. L'ADHD è il prodotto, il risultato di un disturbo cerebrale? O esiste la possibilità che l'ADHD sia il risultato diretto del mondo disordinato che

gli Americani hanno creato per se stessi e per i loro figli? E' una domanda che vale la pena di porsi (Breggin, 2002).

REFERENCES

- Baughman, F. (2006). *The ADHD fraud; How psychiatry makes "patients" of normal children*. Oxford, England: Trafford.
- Breeding, J. (2002). *True nature and great misunderstandings on how we care for our children according to our understanding*. Austin, TX: Sunbelt Eakin.
- Breggin, P. (1995). The hazards of treating "attention deficit hyperactivity disorder" with methylphenidate (Ritalin). *The Journal of College Student Psychotherapy*, 10 (2), 55–72.
- Breggin, P. (2001). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children* (Rev. ed.). Cambridge, MA: Perseus Books.
- Breggin, P. (2002). *The Ritalin fact book*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Breggin, P. (2004, October). ICSPP. Keynote address at the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology, New York.
- Breggin, P., & Cohen, D. (1999). *Your drug may be your problem: How and why to stop taking psychiatric medications*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Carey, W. (2002). *ADHD consensus statement*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Cohen, D. (2004). *Contesting ADHD: Dissenting views on psychiatric diagnosis and treatment of children*. Paper presented at Education Symposium, the University of Nebraska–Kearney.
- DeGrandpre, R. (1999). *Ritalin nation*. New York: Norton.
- Fogel, A. (2001). *Infancy: Infant, family, and society*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Hoff Sommers, C. (2000). *The war against boys: How misguided feminism is harming our young men*. New York: Touchstone.
- Jensen, P. S., Mrazek, D., Knapp, P. K., Steinber, L., Pfeffer, C., & Schowalter, J. (1997). Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (12), 1572–1679.
- Leo, J. (2000). Attention deficit disorder: Good science or good marketing? *Skeptic*, 8 (1), 29–37.
- Levine, B. (2004, October). *Mental illness or rebellion: How biopsychiatry diverts us from examining a society toxic to well being*. Paper presented at the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (ICSPP) Conference, New York.
- Moir, A., & Jessel, D. (1990). *Brain sex*. New York: Dell.
- Novartis Pharmaceuticals Corporation. (2006). *Ritalin LA drug insert*. East Hanover, NJ: Elan Holdings, Inc.
- Stolzer, J. (2005). ADHD in America: A bioecological analysis. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (1), 65–75.
- Stuart-Macadam, P., & Dettwyler, K. (1995). *Breastfeeding: Biocultural perspectives*. New York: Aldine DeGruyter.
- Wilson, E. O. (1993). Biophilia and the conservation ethic. In S. R. Kellert & E. O. Wilson (Eds.), *The biophilia hypothesis*. Washington, DC: Island Press/Shearwater.

Correspondence regarding this article should be directed to J. M. Stolzer, PhD, Department of Family Studies, University of Nebraska–Kearney, Otto Olsen 205 D, Kearney, NE 68845–2130. Email: stolzerjm@unk.edu

Psychiatry, 7 (1), 65–75.