

Ascesa o declino dell'ADHD?

La scienza nella definizione dei problemi sociali

Enrico Caniglia

Constructionist theory of social problems has studied the role of scientists as claims-makers engaged in the definition and processing of social problems. Specially, constructionist sociologists focus on the scientific idiom as a resource for claims. However, the employ of scientific idiom does not mean broader consensus about the definition of a social problem, but it brings with it a lot of disagree. The paper deeps the interaction between science and claims-making with the analysis of a case from Neurosciences and Psychiatry research: the controversy on ADHD, a childhood mental disturb whose true is very conflicted. The paper shows as claims-making and scientific debate are the same thing, because the science is just a form of powerful rhetoric.

La scienza e il claims-making

Le ricerche costruzioniste hanno evidenziato come siano diversi gli attori coinvolti nei processi di *claims-making* – l'attività di denuncia e definizione di una condizione come problema sociale, vale a dire come condizione ritenuta dannosa per numero consistente di individui e verso cui le istituzioni pubbliche devono mobilitarsi per fare qualcosa di risolutivo. Semplici cittadini, attivisti dei movimenti, politici, amministratori pubblici, giornalisti, lobbisti, vi sono coinvolti perché hanno in gioco interessi, valori o responsabilità, ma gli scienziati, come anche i giuristi o altre figure di specialisti, entrano nel processo perché “esperti”, vale a dire soggetti dotati delle competenze necessarie per la comprensione del problema e l'individuazione delle soluzioni. Il loro entrare dal lato delle conoscenze e non da quella degli interessi o dei valori, non significa che la loro partecipazione o il loro contributo sia secondario o prettamente tecnico. Al contrario, la loro azione è fondamentale: appellarsi alla scienza può servire, ad esempio, a risolvere i possibili contrasti sull'esistenza di un problema e sulla sua gravità. Si pensi, ad esempio, alla diatriba sul riscaldamento globale: tale fenomeno è in atto o è tutta una montatura degli ecologisti? È prodotto dall'inquinamento industriale oppure è un processo

naturale del pianeta Terra? Si pensi anche al dibattito sulla presenza degli immigrati nei paesi dell'Ue: è utile alle economie nazionali o è pernicioso per la tenuta sociale delle società nazionali? Pensiamo ancora al problema dei vaccini: sono forme necessarie di profilassi o fattori dannosi per la salute? Rispetto a tali questioni, si dice spesso che gli studiosi forniscono opinioni autorevoli e dati oggettivi nonché argomentazioni e ragionamenti indispensabili per venire a capo di tali contrasti.

I *claims-makers*, vale a dire coloro che si battono per definire pubblicamente una certa condizione come un problema sociale, trovano infatti nella scienza un alleato formidabile per perseguire i loro fini: la scienza offre loro argomenti circa l'esistenza di un certo problema sociale, prove della sua gravità, e ragioni per l'adozione di certe soluzioni e non altre. In altre parole, la scienza mette a disposizione il materiale di cui sono fatti i *claims* di un processo di definizione di un problema sociale. È come se gli scienziati forniscano l'idioma utile per i *claims*: se «le attività di *claims-making* sono rivolte a problematizzare specifiche condizioni-categorie, gli idiomi sono i diversi modi con cui il loro status problematico viene espresso» (Ibarra e Kitsuse 1993, 35). Inoltre, la scienza si presenta come tecnica, neutra e a ideologica, per cui i “fatti” di cui ci informa diventano la realtà pura e semplice, e poi “saggezza comune”, vale a dire il punto di partenza delle riflessioni, argomentazioni e azioni di attivisti, giuristi, politici, giornalisti e di tanti altri partecipanti ai dibattiti pubblici. Per tutte queste ragioni, un *claims-making* basato sulla scienza possiede forza persuasiva e autorevolezza.

L'idea che guida i costruzionisti è allora di studiare la scienza essenzialmente come uno stile di *claims-making* (Ibarra e Kitsuse 1993) anzi come quello principale nelle società contemporanee (Gusfield 1981), al punto che i *claims-makers* arrivano ad adottare il linguaggio, gli argomenti e le tesi della scienza anche se essi non sono affatto degli scienziati. Quello scientifico è ormai diventato l'idioma che governa la discussione pubblica nella nostra epoca. Se in passato erano le argomentazioni religiose o etiche che venivano impiegate per dimostrare l'esistenza e la problematicità di certe condizioni sociali, oggi tale ruolo è quasi interamente demandato alla scienza e alla sua azione argomentativa.

L'impressione è però che gli scienziati siano qualcosa in più che semplici fornitori di idiomi e di argomenti per i processi di *claims-making*: più che agire da giudici imparziali, gli scienziati spesso si comportano come veri e propri *claims-makers*. Molte condizioni vengono definite “problemi” grazie all'azione della scienza, al punto che gli scienziati hanno la *ownership* di diversi problemi sociali, sono cioè coloro che *possiedono il problema*, nel senso che spetta in primo luogo a loro apprestarne la definizione e proporre le linee di intervento per

arrivare a una soluzione (Gusfield 1981). Per tutte queste ragioni, *claims-making* e dibattito scientifico, se non coincidenti, sono spesso talmente interconnessi tra loro da non poter essere separati: molti disaccordi tra scienziati su questioni scientifiche possono essere legittimamente interpretati come disaccordi tra partecipanti a un processo di *claims-making* (Schneider 1985), mentre le pubblicazioni scientifiche di fatto funzionano esattamente come dei *claims* all'interno dei processi di definizione sociale dei problemi.

La sovrapposizione tra scienza e *claims-making* dovrebbe condurre gli attuali dibattiti pubblici sui problemi sociali verso un ampio consenso e una deideologizzazione dei *claims*. In realtà, come proveremo a illustrare in questo lavoro, se è vero che la scienza agisce nel senso di identificare problemi sociali e di offrirsi come il terreno stesso del *claims-making*, l'asprezza delle controversie e il tenore ideologico delle posizioni non vengono affatto meno, anzi si incrementano. Ciò non dipende dal fatto che gli scienziati in questione siano pessimi scienziati, o che la natura prettamente politica del *claims-making* prevalga su quella logica e neutra della scienza, ma dal fatto che la scienza è essenzialmente retorica e non mera logica o tecnica.

La mia ipotesi è che se quello scientifico è diventato l'idioma prevalente del dibattito pubblico sui problemi sociali e gli scienziati tra i principali *claims-makers* dipende dal fatto che la scienza è una potente forma retorica, anzi la più potente mai conosciuta dalla cultura occidentale, più della stessa retorica classica (Latour 1998). Il dibattito scientifico non è la procedura che porta alla verità, ma è il teatro di azioni retoriche con cui si prova ad annichilire gli eventuali critici in modo forse più spietato rispetto allo stesso dibattito pubblico. Nei processi di *claims-making*, l'appello alla scienza non è un modo per approdare a una definizione oggettiva e universale dei problemi sociali ponendo fine alle eventuali discordie, bensì è un modo per usare le sue potenti strategie retoriche per far prevalere nelle controversie le proprie definizioni.

La scienza come retorica

In che modo la sociologia può studiare la scienza come attività di *claims-making*? A questo proposito i sociologi costruzionisti (Gusfield 1981; Aronson 1984) hanno recuperato la prospettiva introdotta dalla "sociologia della conoscenza scientifica" (Latour e Woolgar 1979; Latour 1998). Il punto fondamentale di questa prospettiva è l'idea che la scienza non è solo un insieme di scoperte, bensì è essenzialmente un'attività umana e lo scopo della sociologia e quello di descrivere e comprendere questa attività. Sotto questo aspetto, la dimensione sociale della scienza non consiste tanto nell'influenza di variabi-

li macrosociali sul campo scientifico, quanto negli elementi sociali che sono necessariamente implicati nel lavoro scientifico. Tra questi elementi sociali spicca il linguaggio. Quello che propone la sociologia della scienza è una sorta di analisi del linguaggio dei contributi scientifici volto a far emergere la sua natura essenzialmente retorica.

La scienza è retorica, e lo è perché le sue attività testuali (le pubblicazioni scientifiche) non sono affatto un aspetto secondario rispetto al cuore stesso delle attività scientifiche. Il successo di una teoria, di una scoperta, di una ipotesi etc., dipende innanzitutto dal successo e dall'accoglienza ottenuta dalle pubblicazioni nel panorama scientifico. Ragion per cui, le pubblicazioni scientifiche non sono solo un mero riportare per iscritto i risultati della ricerca, ma sono organizzate in argomentazioni che puntano a a) convincere il lettore della veridicità di quelle scoperte e b) erigere difese a favore delle scoperte a fronte degli eventuali scettici.

L'aspetto della difesa delle scoperte è particolarmente centrale. I testi scientifici sono organizzati in modo da predisporre una fitta rete di ostacoli che il critico e lo scettico devono superare: lo schieramento di alleati attraverso la citazione di altre pubblicazioni, la predisposizione di fonti, la natura impilata dei ragionamenti, la mole dei dati che dimostra la natura oggettiva della scoperta, così via dicendo.

Ovviamente, la scienza non persuaderebbe attraverso accorte metafore o attraverso l'appello alle emozioni, come era in uso nella retorica classica, ma attraverso formulazioni linguistiche che "mostrano" fatti e si "appellano" alla razionalità. La retorica della scienza è la retorica dell'oggettività e dell'imparzialità. Se si vuole, quella della scienza è la *retorica dell'antiretorica*, ma è pur sempre *retorica*.

La scienza è retorica soprattutto perché è una forma di argomentazione: i dati statistici, le citazioni, le tabelle, i grafici, etc. che sembrano semplicemente i modi scientifici per eccellenza con cui gli studiosi mostrano i fatti che hanno colto nella ricerca, in realtà vanno visti come una serie di mosse volte a convincere il lettore oppure come una serie di ostacoli schierati a difesa della scoperta o dei risultati di ricerca dall'assalto della critica degli altri studiosi (ivi, 57). In altre parole, la loro funzione è essenzialmente retorica. Per Bruno Latour, non è che la scienza si compone di aspetti tecnici e logici e poi anche di aspetti retorici, ma quegli aspetti tecnici e logici sono le *sue* forme retoriche (ivi, 79).

Può sorprendere questa equivalenza tra scienza e retorica. In effetti, la scienza è sempre stata vista come l'antitesi della retorica. Eppure risulta difficile negare che strategie retorico-linguistiche siano implicate nelle pubblicazioni scientifiche. Il linguaggio scientifico può sembrare un caso di "assenza di

stile”, in realtà lo scienziato usa il non-stile come proprio stile (Gusfield 1981).

All'interno del dibattito scientifico, Latour distingue tra due tipi di modalità argomentative (Latour 1998, 28-29). Innanzitutto vi sono le *modalità positive*, vale a dire asserzioni che portano lontano dalle condizioni di produzione. Seguire le modalità positive significa andare “a valle” della scienza, dove l'esistenza del fatto scoperto è ormai data per scontata. Il successo di una scoperta scientifica dipende non tanto dalla sua validità intrinseca quanto dall'accoglienza degli altri studiosi. La verità scientifica non è il lavoro di un singolo o un gruppo di studiosi, ma è essenzialmente un'azione collettiva, l'esito del lavoro di una comunità: via via che di quella scoperta se ne diffonde la conoscenza e le citazioni da parte di altri studiosi, la scoperta consolida la sua verità. Ecco le modalità positive: via via che la scoperta viene ripresa senza essere più discussa, allora si rafforzerà la sua validità e alla fine verrà riconosciuta come un mero fatto, vale a dire diventerà talmente ovvia che sarà superfluo anche solo parlare del suo processo di produzione. Nessuno, fa notare Latour, cita ormai le procedure o il saggio con cui Lavoisier descrisse il processo di decomposizione dell'acqua e giunse a determinarne la formula (H_2O): quest'ultima è ormai diventata un fatto ovvio. Per cui quando una ipotesi o una scoperta non è più discussa rispetto ai suoi elementi interni, ciò vuol dire che è diventata un fatto scontato: un «fatto incapsulato» (ivi, 55).

Per Latour, il lavoro normale della scienza funziona come una vera e propria attività di costruzione di *black box*, una scatola nera in cui ciò che conta sono solo gli input iniziali (vale a dire i quesiti di partenza) e gli output finali (vale a dire le iniziative pratiche che possono essere prese) mentre il processo di produzione della scoperta – il come e con quali elementi e attività si è arrivati a quella scoperta – diventa invisibile, dato per scontato. L'idea della *black box* serve a Latour per suggerire che la scienza, attraverso le modalità retoriche positive, procede a celare all'attenzione altrui i suoi elementi interni, processuali e si rende riconoscibile solo per i suoi input e output. Le attività e le continue scelte con cui è stata prodotta la conoscenza scientifica scompaiono alla vista racchiuse nella *black box*. «Il processo scientifico è reso invisibile dal proprio successo. Quando una macchina cammina in modo efficiente, quando un fatto è ritenuto saldo, l'attenzione si sposta solo ai suoi *inputs* e *outputs* e non alla sua complessità interna. Così paradossalmente, più la scienza ha successo, più diventa oscura» (ibid.), e una volta ormai salda, perché scontata, la conoscenza scientifica diventa la base per compiere determinate scelte pratiche rispetto a certe opzioni.

Le *modalità negative* sono invece azioni del dibattito scientifico che riportano l'attenzione alle condizioni di produzione e ne analizzano i dettagli per motivarne la saldezza o per rilevarne la debolezza. Sotto l'azione delle modalità

negative, un'asserzione di conoscenza torna a rivelarsi un artefatto. Le modalità negative ci portano nuovamente "a monte" della conoscenza, vale a dire all'inizio della conoscenza stessa, permettendo così di tornare a illuminare come quest'ultima si è costituita e con quali processi e decisioni. Ecco perché studiare il dibattito scientifico, e in particolare le controversie scientifiche, permette di comprendere attraverso le spiegazioni degli stessi studiosi, specialisti, come si è arrivato a quell'asserzione, individuare i meccanismi interni, le ragioni che sostengono quella conoscenza. Le modalità negative ci rivelano che le asserzioni di partenza sono prodotti di un complesso lavoro: non si tratta di un dono divino, ma un prodotto dell'uomo (ivi, 30). Le modalità negative sono così le procedure attraverso cui le *black boxes* della scienza vengono aperte: nel corso di una controversia scientifica, via via tutti gli elementi del processo di produzione della scoperta sono richiamati al fine di essere sottoposti al vaglio critico. Si ritorna così a monte della scienza, alle condizioni della sua produzione.

In sintesi, il destino di una scoperta dipende allora dall'andamento del dibattito scientifico: se prevalgono quelle positive, la scoperta diventa un fatto da cui si può muovere verso iniziative pratiche e applicative. Il prevalere di modalità positive risulta cruciale per conferire fatticità ai problemi sociali intrecciati con i temi della scienza: una volta avvalorata l'esistenza fattuale del problema, la scienza procede a orientare l'azione, l'intervento politico o di altro tipo per la soluzione del problema. Se prevalgono invece modalità negative la scoperta rimane allo stato di supposizione, per cui è inutilizzabile come criterio per l'agire pratico rispetto ai problemi sociali. Il punto che vorrei evidenziare è che la relazione tra modalità positive e modalità negative illumina alcuni aspetti fondamentali della relazione tra *claim* e *controclaim* nel dibattito pubblico sui problemi sociali. Nel prosieguo di questo lavoro illustrerò tale ipotesi attraverso l'analisi della controversia sull'ADHD, acronimo per *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, più comunemente noto come iperattività infantile, una diagnosi clinica che è al centro di una controversia che perdura ormai da quaranta anni.

L'ADHD come "fatto incapsulato"

Sarebbe erroneo immaginare il campo della psichiatria come una lista di disturbi mentali rispetto ai quali tutto quello che c'è da fare sia solo riflettere sulle loro cause e su quali siano i migliori rimedi e terapie. In realtà, questa è solo la "visione a valle" della scienza psichiatrica, costituita da una serie di malattie mentali oggettivate. Quello che la manualistica psichiatrica offre è

la scienza psichiatrica “confezionata e pronta all’uso” (Latour 1998, 7), in cui i processi e le attività che hanno portato a tali conoscenze, come anche le opzioni valoriali implicate, sono rese invisibili e nascoste dalla presentazione dei disturbi mentali come mere scoperte scientifiche: puri e semplici fatti oggettivi che “esistono lì fuori” nel mondo e che la ricerca si è limitata a scoprire. In realtà, se risaliamo “a monte”, al processo di produzione delle scoperte dei disturbi mentali, ci accorgiamo che le loro definizioni e le asserzioni sulla loro esistenza fattuale sono il risultato di processi e attività tutt’altro che aporetici, indiscussi o indiscutibili. La psichiatria contemporanea non è quel sicuro porto di verità scientifiche e di conoscenze cumulative, bensì il teatro di conflitti e dibattiti infiniti tra diverse scuole di pensiero, in cui è l’esistenza stessa di certi disturbi a essere continuamente messa in dubbio. Lo scopo di analizzare un dibattito scientifico come quello sull’ADHD non è di stabilire chi ha ragione e chi torto, insomma di decidere se tale disturbo esista oppure no. Sotto questo aspetto mi manterrò fedele all’ideale agnostico predicato da Kitsuse e Spector (2017): non si tratta di pronunciarsi sulla reale natura e proprietà di tale condizione, bensì di ricostruire l’intreccio tra *claims-making* e dibattito scientifico che sta alla base della definizione dell’ADHD come “problema sociale”.

Nel caso dell’ADHD, i ricercatori e gli accademici in neuroscienze e neuropsichiatria ne pretendono la *ownership*, mentre le istituzioni pubbliche agiscono solo a livello del riconoscimento ufficiale del disturbo e poi implementano il quadro normativo delle soluzioni, ma sempre sulla scorta delle indicazioni del dibattito scientifico. Esistono, però, anche altri attori attivi all’interno del *claims-making* dell’ADHD, come i familiari dei bambini così diagnosticati e, da adulti, gli stessi pazienti, spesso come membri di movimenti, *onlus* o associazioni impegnati nella promozione dell’attenzione pubblica e degli interventi rispetto a quella problematica. Un *claims-maker* pioniere è stata l’americana CHADD, un’associazione che raccoglie i genitori di bambini con ADHD. In Italia sono attive ben due associazioni, una raccoglie principalmente studiosi, professionisti e insegnanti (AIDAI) e un’altra familiari di bambini con ADHD (AIFA). In tempi recenti, con l’exploit delle cure farmacologiche, un attore “incomodo” è rappresentato dalle industrie farmaceutiche.

ADHD come fatto scientifico e come problema sociale

Se prendiamo in considerazione una serie di saggi estratti a caso tra la miriade apparsi in riviste scientifiche nel campo della psichiatria infantile, della psicologia clinica o delle neuroscienze, ci troviamo di fronte a lavori che esor-

discono dando per scontata l'esistenza dell'ADHD, vale a dire la sua natura di disturbo neurobiologico.

L'ADHD non è solo un disordine d'attenzione, come è stato a lungo definito. Piuttosto è qualcosa che emerge da un deficit evolutivo del circuito cerebrale e che ostacola i meccanismi d'inibizione e di autocontrollo. Tale perdita di autocontrollo, a sua volta, ostacola altre importanti funzioni cerebrali come il mantenimento dell'attenzione, la capacità a differire le gratificazioni immediate a favore di maggior vantaggi futuri (Barkley 1998, 67).

L'ADHD è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale sviluppo psicologico del bambino (Marzocchi 2003, 8).

L'ADHD è una sindrome altamente invalidante che influenza un vasto numero di bambini per larga parte della loro vita (Nigg 2010).

ADHD è l'acronimo di *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, conosciuto in Italia con il nome di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività. Esso fa riferimento ad un disturbo neurobiologico ad esordio infantile, caratterizzato da marcati, persistenti e maladattivi livelli di inattenzione, impulsività e iperattività, che sono inadeguati rispetto all'età (<https://www.istitutodineuroscienze.it/servizi/programma/adhd>).

Con l'esordire dando per scontata l'esistenza e la natura neurobiologica dell'ADHD, la saggistica scientifica ha contribuito attivamente a farlo diventare un mero *fatto* clinico. In altre parole, è in azione la massima di Latour: non è che più una scoperta è vera e più viene ritenuta valida nella comunità scientifica, ma più viene ritenuta valida nella comunità scientifica e più la scoperta assume lo status di verità (Latour 1998). In altre parole, tutte le asserzioni precedenti non sono semplici definizioni, ma sono *modalità positive* perché contribuiscono attivamente a validare la convinzione circa l'esistenza fattuale dell'ADHD.

Di fatti, la sua natura di disturbo neurologico produttivo di comportamenti anormali nei bambini era inizialmente solo una congettura, ed è stata la sua continua reiterazione a renderla un fatto oggettivo. La prima formulazione di questa congettura viene fatta risalire ai primi del Novecento e precisamente all'intervento di un influente pediatra inglese, George Still, pubblicato nella prestigiosa rivista scientifica *Lancet*, che descriveva gli anormali comportamenti manifestati da un gruppo di bambini da lui osservati (Rafalovich 2001;

Mayes e Rafalovich 2007). In particolare, Still segnalava la loro incapacità a mantenere l'attenzione, unita a un agire frenetico e a una notevole dose di aggressività. Tali comportamenti venivano generalmente ricondotti a tratti caratteriali o a carenze educative, ma Still si diceva convinto che tali comportamenti non avessero niente a che fare con la cattiva educazione ricevuta nell'ambiente familiare. A suo avviso, la causa andava ricercata in una qualche lesione cerebrale, verificatasi probabilmente al momento della nascita: le loro mancanze morali erano «la manifestazione di una qualche leggera condizione fisica» (Still 1902). Era la prima volta che comportamenti devianti in bambini venivano connessi ad aspetti biologici e non più a quelli socio-culturali.

Quella che era stata proposta come una mera *congettura* andò gradualmente a convertirsi in un *fatto*. Gli studiosi che ripresero l'ipotesi di Still – il suo collega londinese Alfred Tredgold negli anni Venti, lo psichiatra Alfred Strauss negli anni Quaranta, gli americani Charles Bradley (anni Trenta) e Maurice Laufer (anni Cinquanta e Sessanta) – spostarono l'attenzione dalla questione se tale disturbo neurobiologico *esistesse* a quella di *individuare la causa* (inizialmente una *lesione* cerebrale, poi una generica *disfunzione*, e oggi un *disequilibrio* nei neurotrasmettitori).

Tutt'oggi la ricerca contemporanea continua su questa strada avvalendosi, da una parte, delle nuove tecniche di visualizzazione cerebrale (la tomografia a emissione di positroni o PET e la fMRI), e dall'altra del nuovo apparato concettuale introdotto dalle neuroscienze, sempre più egemoni nell'ambito della psichiatria e della psicologia clinica. Le neuroscienze ne trovano l'origine in un qualche difetto trasmesso geneticamente (Lange et al 2010). Tuttavia, l'esistenza del disturbo ADHD è diventata un “fatto incapsulato” nella ricerca neuroscientifica.

Nel campo della psichiatria, esiste anche un atto ufficiale che sancisce l'esistenza fattuale di un disturbo: il suo inserimento all'interno dei manuali diagnostici e in particolare nel DSM¹. Anche se con un nome differente (ADD), l'ADHD era riuscito a guadagnare un posto all'interno del DSM già nell'edizione del 1980, non a caso quella che ha rappresentato l'avvio dell'egemonia biomedica all'interno della psichiatria e la fine di quella psicoanalitica (Wilson 1993). Da allora, l'ADHD campeggia stabilmente in quelle pagine, anche se i criteri diagnostici hanno subito una continua rivisitazione da un'edizione all'altra, diventando sempre più laschi e onnicomprensivi.

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatry*, prodotto dall'*American Psychiatric Association*, è il più noto manuale psichiatrico in circolazione. La sua influenza sulla pratica psichiatrica, cresciuta nei decenni attraverso le sue ben cinque diverse revisioni, è pressoché planetaria, e non a caso è definito la “bibbia della psichiatria”.

L'oggettività dell'ADHD viene implicitamente avvalorata anche dall'azione con cui le associazioni di familiari hanno avviato e sostenuto le loro campagne per il riconoscimento come problema sociale e quindi meritevole di interventi legislativi e pubblici. Nei loro siti campeggiano definizioni che ricalcano lo stesso stile “*de re*” presente nelle definizioni scientifiche e cliniche:

L'ADHD è un disturbo neurobiologico cronico con la massima prevalenza in età scolare ma che tende a persistere anche in adolescenza e in età adulta nel 50-60% dei casi. Attraverso tecniche di neuroimmagine (Risonanza Magnetica funzionale e Tomografia ad emissione di positroni) e studi di genetica molecolare si è potuto evidenziare che l'ADHD è realmente un disturbo di origine biologica della corteccia pre-frontale e dei nuclei della base che comporta un'alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali e della capacità di concentrazione (<http://www.aifaonlus.it>).

Ma CHADD, AIDAI e AIFA non sono tanto interessate a risolvere questioni accademiche o di ricerca, ma a promuovere *claims* finalizzati a riconoscere la gravità del problema e a introdurre trattamenti innovativi e sostegni alle famiglie. Si tratta di veri e propri “imprenditori morali” impegnati nel sensibilizzare la società sul problema e nello stimolare le istituzioni pubbliche ad adottare iniziative legislative ad hoc. La loro ragion d'essere non tanto è la conoscenza, bensì l'azione pratica e la mobilitazione pubblica. Tuttavia la produzione scientifica resta il puntello necessario alla loro intrapresa di *claims-making*.

L'esistenza oggettiva del disturbo è infatti ciò che rende possibile passare alla sua dimensione sociale e morale. Se l'ADHD è un disturbo neurologico responsabile di gravi disabilità che ostacolano in modo significativo lo sviluppo di abilità e di capacità necessarie nelle diverse relazioni sociali – in famiglia come a scuola o nell'inserimento lavorativo – allora è un problema.

L'ADHD è un vero *problema*, per l'individuo stesso, per la famiglia e per la scuola, e spesso rappresenta un ostacolo nel conseguimento degli obiettivi personali. È un problema che genera sconforto e stress nei genitori e negli insegnanti i quali si trovano impreparati nella gestione del comportamento del bambino (<http://www.aidaiassociazione.com/adhd.htm>, corsivi aggiunti).

Di più, è un *problema sociale* perché le sue implicazioni negative non riguardano solo il singolo individuo, ma pesano su ambienti sociali più ampi: la vita familiare, la scuola, il lavoro.

L'ADHD in questi ultimi anni, anche in Italia, ha iniziato a dimostrare di essere un grave *problema sociale*: ebbene, il vissuto personale di dolore di fronte a sofferenze ed emarginazioni di alcuni genitori in una sfida terribile contro l'arretratezza culturale e strutturale del nostro Paese, si è pian piano trasformato a sua volta in aiuto concreto ad molte altre famiglie (<http://www.aifaonlus.it/ladhd/adhd-un-problema-sociale.html>, corsivi aggiunti).

Il disturbo viene considerato altamente invalidante perché impedisce i normali processi di apprendimento e di socializzazione, oltre che turbare lo svolgimento del lavoro in classe e gravare pesantemente nel contesto familiare, dunque è un problema sociale. Ma ancora una volta è la scienza che fornisce gli argomenti per sostenere la sua natura di problema sociale che ab-bisogna di intervento. o meglio i contributi scientifici sembrano veri e propri *claims*, perché sono loro a trasformare un fatto astratto in un fatto socialmente rilevante. Inoltre, il suo essere un problema sociale è sostenuto da modalità positive. Vediamo la seguente citazione tratta da un testo scientifico:

Il disordine da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è un disordine infantile cronico e pervasivo. I comportamenti disattenti, iperattivi e impulsivi che caratterizzano l'ADHD spesso portano difficoltà gravi nella relazione tra genitori e figli, e contribuiscono ad accrescere lo stress tra i genitori dei bambini con tale disordine (Chronis *et al.* 2004, 1).

I ricercatori iniziano con una definizione del disturbo, a cui aggiungono subito dopo le conseguenze negative di cui è causa, ovviamente presentandole come "*de re*". Si tratta soprattutto di un *claim* perché l'argomento scientifico sostiene il passaggio da mera *condizione* biologica a *problema*. La scienza avanza *claims* riguardo all'ADHD, anche perché nel momento in cui dice che non si tratta di eventi casuali, ma che ci sono ragioni (biologiche, genetiche etc.), allora suggerisce che può essere oggetto di intervento, che si può agire su di esso (Gusfield 1981). Si apre così la strada per la ricerca di soluzioni cliniche. Quest'ultime spesso chiamano in causa anche l'intervento pubblico, che è poi lo scopo ultimo del *claims-making*.

La sua natura di problema sociale è poi sostenuta dalla onnipresente citazione di dati statistici relativi alla sua diffusione e gravità all'interno della saggistica e dei documenti delle associazioni. All'interno dei testi scientifici come in quelli informativi della associazioni dei genitori, i dati statistici non sono tanto da intendere come la fotografia oggettiva di un fenomeno, bensì come un dispositivo retorico che opera la drammatizzazione del problema a fini persuasori. Spesso i dati sono frammentari e variano notevolmente da

una fonte all'altra. Tuttavia, la presentazione supplisce a queste mancanze e li fa funzionare meravigliosamente in senso retorico e allo scopo di creare allarme sociale. Negli Stati Uniti, le associazioni dei genitori calcano decisamente la mano:

L'American Psychiatric Association (APA) dice che il 5% dei bambini americani hanno l'ADHD. Ma il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) offre un numero che è più del doppio di quello dell'APA. Il CDC afferma che l'11% dei bambini americani di età tra i 4 e i 17 anni, hanno il disordine. Si è passati dal 7.8% del 2003 al 9,5 del 2007 all'11% del 2011. Si tratta di un incremento del 42% in soli otto anni (<https://www.addrc.org/adhd-numbers-facts-statistics-and-you>).

In Europa e in Italia le cifre sono decisamente ridotte ma ciò non ferma i suoi *claims-makers*. L'effetto "allarme sociale" è ottenuto evidenziando il loro incremento di anno in anno, oppure ventilando che l'ADHD sia sottostimato e che la sua vera portata sia ben più ampia di quanto i dati frammentati ci offrono. Ciò vorrebbe dire che molte persone non riceverebbero supporto adeguato: insomma ci sarebbe un problema nel problema. Leggiamo i seguenti estratti:

Appare necessario ed attuale implementare uno studio statistico nazionale di ampio respiro, al fine di inquadrare meglio il dato epidemiologico italiano relativo alla prevalenza dell'ADHD. L'unico dato a nostra disposizione (pari all'1% della popolazione italiana di fascia d'età 6-18 anni) è ancora piuttosto lontano dal 5% di prevalenza mondiale e dal 4% europeo, e questo potrebbe essere dovuto a ricerche tuttora parziali e/o a difficoltà nell'approntare la diagnosi corretta di ADHD. A prima vista potrebbe sembrare una buona notizia. È chiaro che la speranza sarebbe quella di confermare quell'1%, ma se la prevalenza reale fosse sottostimata, come credo, dovremmo prendere atto che un 3% della popolazione italiana ad oggi non riceve il supporto adeguato (psicologico, farmacologico, scolastico, ecc.) e affronta in salita tutta una serie di difficoltà quotidiane, dalla scuola all'inserimento professionale (<http://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/1670-adhd-questione-numeri-epidemiologia-disturbo-deficit-attenzione.html>).

Si stima che ne risultano affetti all'incirca il 7% della popolazione infantile e il 4% della popolazione adulta (Faraone *et al.* 2003, Fayyad *et al.* 2007), ma nonostante sia oramai nota la presenza del disturbo anche negli adulti, solo una minima parte di essi riceve diagnosi e trattamento (<https://www.istitutodineuroscienze.it/servizi/programma/adhd>).

Il “problema ADHD” è dunque costituito sia da cause deterministiche (biologiche) sia anche da responsabilità pubbliche: a sentire gli studiosi, che vestono i panni dei *claims-makers*, le istituzioni pubbliche e sanitarie non sono ancora riuscite ad offrire un quadro veritiero della portata dell'ADHD, per cui il problema appare *trascurato*. Quello che traspare dalle precedenti citazioni è l'uso di un idioma che è scientifico e morale nello stesso tempo, e ciò costituisce il cuore stesso del *claims-making*: «gli idiomi retorici sono anche costruzioni di senso comune di “competenza morale”, nel senso che il loro dispiegamento tende a presumere che le *audiences* siano obbligate a riconoscere l'importanza dei valori espressi » (Ibarra e Kitsuse 1993, 36). Gli idiomi retorici servono a rendere le rivendicazioni (*claim*) sia simbolicamente coerenti sia moralmente adeguate e per questo motivo l'audience può veicolare simpatia/approvazione (ivi, 42). Quello presentato dai testi scientifici, dai manuali clinici e dai documenti delle associazioni dei familiari, sembra un quadro coerente a cui potremmo dare la nostra simpatia e approvazione: la scienza ha scoperto l'esistenza di un disturbo neurologico, tale disturbo si è rivelato un problema sociale perché è invalidante per il benessere della vittima e per il buon funzionamento di diversi ambienti sociali (la famiglia, la scuola, il lavoro) e dei suoi abitanti, tale problema riguarda una fetta consistente di persone, ed è in rapida crescita. E se, in paesi come l'Italia, le percentuali statistiche sono ancora irrilevanti, non si conclude affatto che il problema sia di scarso impatto, bensì che è sottostimato. L'intervento pubblico appare quindi legittimo e un appello ad esso risulta sottoscrivibile da chiunque sia in buona fede e condivida i valori umanitari della nostra cultura.

La capacità dell'ADHD di fissarsi come problema sociale dipende però dall'andamento del dibattito scientifico così come si svolge nelle pubblicazioni. Se le modalità positive prevarranno come modalità di esposizione scientifica dell'ADHD all'interno della pubblicistica scientifica allora l'ADHD continuerà, come dire, a godere di ottima salute e a farsi strada come problema sociale. Se invece le modalità negative riusciranno a diffondersi e a essere continuamente sostenute nel dibattito scientifico, insomma a trovare posto nelle pubblicazioni, allora l'ADHD è destinato a declinare oppure a essere riformulato con un'altra etichetta.

Nei manuali si insegna che la scienza è un'impresa che procede alimentandosi di un continuo scetticismo – come spiegare altrimenti le svolte scientifiche? – ma in realtà ha un fondamentale bisogno di esibire l'esistenza di consenso diffuso. Probabilmente ciò dipende dal fatto che i settori di conoscenza hanno precise applicazioni e risvolti pratici, applicativi, e per mantenere tale valenza la scienza ha bisogno di mostrare punti certi ai suoi referenti politici e sociali. La capacità della scienza di tradursi in un attore di grande utilità pratica nel campo dei problemi

sociali si basa essenzialmente sulla sua abilità a offrire certezze incontrovertibili, insomma verità, e non dibattiti infiniti conditi con dubbi e perplessità. Se una questione è controversia, terreno di confronto tra diverse e contrapposte ipotesi di ricerca, allora i professionisti appaiono disorientati e così pure i manager della sanità, i pazienti e i loro familiari. Nei dibattiti pubblici, l'asserzione che esista un consenso di scienziati in un particolare campo è spesso usata come argomento per la validità di una teoria e il supporto per un corso di azione, da coloro che sono in posizione di guadagnare dalle *policies* fondate su quella teoria. Allo stesso modo, la mancanza di consenso scientifico è utile per coloro che obiettano a quella teoria e a quelle politiche (Shwed e Bearman 2010).

Da congettura a fatto incapsulato

L'etichetta clinica di ADHD risale grosso modo alla fine degli anni Ottanta (DSM III-R 1987) ed è solo l'ultima di una lunga serie di definizioni, addirittura ben trenta differenti, tra cui *Encephalitis Lethargica*, *Minimal Brain Damage*, *Minimal Cerebral Palsy*, *Mild Retardation*, *Minimal Brain Dysfunction*, *Hyperkinetic Syndrome*, *Hyperactive Syndrome*, *Attention Deficit Disorder*. Come spiegare questa continua ridefinizione o rinominazione della diagnosi clinica? Per alcuni è semplicemente l'effetto del progresso di conoscenze scientifiche accumulate negli anni e che ha portato a una continua revisione-miglioramento della definizione (Barkley et al. 2002). Per altri è una prova della natura precaria (Rafalovich 2001) o inventata della categoria clinica (Conrad e Potter 2000). A mio avviso, tale continua rinominazione è un effetto "interno" della forma del dibattito scientifico, insomma della dinamica tra modalità negative e modalità positive.

L'avvio di una etichettatura scientifica è un modo per sancire l'oggettività di un fenomeno, la sua esistenza fattuale. Tuttavia, se la scoperta incontra nel dibattito scientifico continuamente modalità negative, allora il suo destino è segnato. Nel caso dell'ADHD, dall'intuizione di Still il dibattito dentro la neuropsichiatria è stato così acceso da porre i suoi sostenitori davanti all'alternativa di abbandonare il fenomeno alla sua inesistenza o di procedere – Kuhn *docet* – alla sua ridefinizione quale modo per aggirare le critiche e mantenere la validità dell'ipotesi. Quest'ultima è stata l'opzione adottata. Il passaggio dall'etichetta di *Encephalitis Lethargica* di Tredgold a quella di *Minimal Brain Damage* di Lauffer era dovuta al fatto che la prima era strettamente connessa a una malattia neurologica infettiva comprovata ma che era circoscritta geograficamente e quindi non poteva essere estesa ai bambini iperattivi che non avevano avuto alcun contagio comprovato di quell'infezione. Come spiegare allora quest'ultimi? Il contributo di Tredgold rafforzava una possibilità concettuale – che certi

comportamenti infantili anomali fossero causati da fattori biologici – ma non provava nulla. Per fare ciò occorreva trovare la lesione cerebrale responsabile, e tuttavia ciò non fu di facile realizzazione. Dimostrazioni ne vennero fornite a iosa, e tuttavia il dibattito scientifico continuava a richiedere di mostrare le prove e dimostrazioni certe, insomma procedeva per modalità negative, e per aggirare tali critiche e mantenere la validità dell'idea dell'iperattività infantile come malattia neurologica si ipotizzò che la lesione cerebrale fosse talmente lieve da risultare praticamente invisibile, da qui l'etichetta di *Minimal Brain Damage*: la lesione c'era, ma era talmente lieve da non essere individuabile. Il passaggio successivo a *Minimal Brain Dysfunction* risente della stessa logica: la continua prevalenza di modalità negative, alimentate da critiche alle dimostrazioni dell'esistenza del danno cerebrale, portò all'adozione di un termine più astratto e meno materiale, quello di “*dysfunction*” (disfunzione). Ma il termine ancora troppo materiale di “disfunzione cerebrale” continuava a prestare il fianco a modalità negative, per cui si passò a definizioni che di materiale avevano poco: etichette come *Hyperkinetic Syndrome* e *Attention Deficit Disorder* non menzionavano più aspetti organici patologici bensì mere anomalie comportamentali (Lakoff 2000). Tuttavia, ciò non voleva dire che l'ipotesi della natura biologica o neurologica del disturbo fosse abbandonata, ma solo che tale asserzione veniva nascosta nella *black box* e quindi messa a riparo dalle critiche. Le nuove definizioni hanno funzionato come astuti mezzi per avviare modalità positive nel dibattito scientifico e quindi consolidare la scoperta. Non è un caso che dal 1968, con l'affermarsi delle definizioni “comportamentali” - eziologicamente neutre - nel DSM, il dibattito critico sull'iperattività infantile scemò all'interno della neuropsichiatria. Saranno allora educatori, giornalisti, attivisti e sociologi a costituire il fronte scettico sull'iperattività infantile.

L'idea dell'esistenza dell'iperattività infantile si è radicata nel campo delle neuroscienze sebbene in presenza di prove incomplete e non definitive, anzi grazie all'assenza del dibattito sull'esistenza. Tuttavia, se ciò ha potuto costituire una soluzione all'interno del dibattito neuroscientifico, non lo è stato per il più ampio dibattito pubblico, dove invece gli scettici erano presenti e con argomentazioni agguerrite. Questi ultimi hanno messo in discussione la *ownership* dei neuroscienziati sull'ADHD e per questa via la definizione che ne hanno offerto in termini di “problema sociale”.

Sfidare la ownership e tornare “a monte” della scienza dell'ADHD

Nel caso dell'ADHD, l'elemento che ha scatenato il fronte scettico è stato probabilmente l'introduzione del trattamento farmacologico e la commercializ-

zazione del Ritalin, un composto chimico a base di anfetamina, brevettato dall'industria farmaceutica svizzera Ciba-Geigy. In psichiatria, il Ritalin è stato accolto come la “prova provata” della validità della definizione neurologica del disturbo. Somministrato in un numero crescente di giovani pazienti, il Ritalin otteneva effetti portentosi in termini di riacquisto dell'attenzione in classe e di comportamenti disciplinati. Tuttavia, l'idea di usare psicofarmaci sui bambini suscitò l'indignazione morale di un numero crescente di professionisti e familiari. L'iperattività infantile diventava così oggetto di controversia e non ha mai smesso di esserlo. In quello che è ormai un contributo classico, il sociologo Peter Conrad (1975) definì l'ADHD (allora ancora chiamata *Hyperkinetic Syndrome*) come un esempio tipico di *medicalizzazione della devianza*. A suo avviso, la sindrome semplicemente non esisteva, era un mero falso scientifico. La diagnosi di iperattività infantile rivelava soltanto come la medicina avesse acquisito una sempre maggiore centralità all'interno della gestione dei comportamenti umani, per cui quelli che in passato erano comportamenti devianti da “raddrizzare” attraverso la disciplina familiare o scolastica, erano stati ridefiniti come sintomi di una patologia biologica e in questo modo passavano sotto la responsabilità della medicina.

La componente psicodinamica della psichiatria insorse contro l'uso degli psicofarmaci e attaccò la definizione biologica del disturbo. Nel contempo, nacquero associazioni di familiari che denunciavano la proliferazione della diagnosi di ADHD quale modalità per accrescere la vendita di Ritalin e quindi gli interessi dell'industria farmaceutica. Anche in Italia è nata un'associazione di familiari, “Giù le mani dai bambini” (<http://www.giulemanidai-bambini.org>), che si batte contro la sovradiagnosi dell'ADHD e la commercializzazione in Italia del metilfenidato (il Ritalin). L'associazione rimprovera all'AIFA, associazioni dei familiari pro ADHD, di aver sottoscritto la definizione biologica dell'ADHD perché fornisce un comodo alibi alle mancanze della famiglia e della scuola, e l'ha anche accusata di ricevere finanziamenti dall'industria farmaceutica².

I *controclaims* dei diversi critici hanno avanzato una diversa definizione del “problema sociale ADHD”. Non si tratterebbe tanto di un disturbo neurologico che occorre curare per ridare benessere ai bambini e alle loro famiglia bensì il problema sarebbe la strumentalizzazione della questione da parte dell'industria farmaceutica e delle istituzioni pubbliche: la prima vuole au-

² Infine, ci sono anche gli attivisti della neurodiversità, che accettano la natura neurobiologica dell'ADHD, ma ne rigettano la definizione di patologia da sottoporre a trattamenti di cura. A loro avviso l'iperattività è un caso di diversità neurologica e non di patologia per cui non va terapeuticamente affrontata (Caniglia 2018).

mentare i suoi profitti a danno della salute dei bambini, la seconda liberarsi delle responsabilità nell'organizzazione della scuola e nel sostegno alle famiglie (Hinshaw e Scheffler 2014). La controversia ha come oggetto un problema sociale (la salute dei bambini) e si combatte a furia di *claims* e *controclaims* tra neuroscienziati, psichiatri, associazioni di familiari, attivisti dei biomovimenti, amministratori pubblici e insegnanti.

Claims e *controclaims* esprimono definizioni contrapposte che attribuiscono colpe morali e responsabilità ad attori differenti. I *claims* che parlando dell'ADHD come disturbo neurologico e genetico agiscono nel senso di togliere ogni responsabilità ai genitori e alla scuola rispetto a una serie di problematiche comportamentali dei bambini. Come sostiene il *claim* dell'AIDAI,

non sono le critiche, i rimproveri e le incoerenze educative dei genitori a causare il DDAI [ADHD] (semmai questi rappresentano dei fattori che possono far persistere o aggravare il disturbo), ma sono i fattori neurobiologici controllati da specifici geni che determinano l'insorgenza del DDAI [ADHD] (<http://www.aidaiassociazione.com/eziologia.htm>).

Al contrario, i *controclaims* che negano l'ADHD come realtà biologica, riconducono tali problematiche infantili a questioni sociali: chiamano in causa le difficoltà delle famiglie contemporanee, le disfunzioni dell'organizzazione scolastica, i tagli al welfare dei governi contemporanei, la crescente ingerenza degli psicologici nella scuola e lo strapotere delle lobby farmaceutiche.

Nonostante la sua valenza politico-morale, il dibattito sull'ADHD consiste innanzitutto in una diatriba scientifica, nella quale si è assistito all'uso all'estrema potenza della scienza come arma retorica. Un esempio emblematico è l'*International Consensus Statement*³ sull'ADHD (Barkley et al. 2002)⁴: si tratta di una pubblicazione scientifica – è stato pubblicato in una rivista scientifica e non divulgativa – ma che di fatto funziona come un *claim* nella definizione dell'ADHD come problema sociale. Barkley e gli altri co-autori del consensus statement dichiarano di voler offrire un riferimento incontrovertibile circa lo status scientifico dell'ADHD e la rilevanza del suo impatto sulle vite delle persone che vi sono riguardate, e così facendo contrastare la diffusione di “storie”

³ Il *Consensus Statement* o dichiarazione di consenso è un documento elaborato da un gruppo di studiosi eminenti in cui quest'ultimi esprimono il proprio comune accordo su una serie di punti relativi allo stato dell'arte di un fenomeno particolarmente controverso. Si tratta di una pratica assai diffusa all'interno della scienza medica.

⁴ Il suo principale coautore, Russell Barkley, è un psicologo dell'Università del Massachusetts, studioso di primo piano nella ricerca neuroscientifica sull'ADHD, nonché professionista clinico impegnato nell'applicazione dei trattamenti farmacologici sui bambini con ADHD.

che descrivono l'ADHD come un mito, una frode o come una condizione benigna, e che gettano dubbi nel pubblico circa la natura reale di tale disordine. In altre parole, per il neuroscienziato americano si tratta sia di difendere una scoperta scientifica sia di contrastare una serie di *controclaims*.

Di fatto, nel consensus statement scopi scientifici e scopi pubblici coincidono. La prima mossa è di incapsulare l'ADHD come "fatto" all'interno del dibattito scientifico. Dice Barkley: «tra gli scienziati che hanno dedicato anni se non intere carriere allo studio di questo disordine non c'è disaccordo sulla sua esistenza ... almeno non più di quanto ce ne sia su se il fumo causa il cancro, ad esempio, o se un virus causa l'AIDS», e negare l'esistenza dell'ADHD è come «dichiarare che la Terra è piatta o che la legge di gravità sia discutibile» (ivi, 90). Tale incapsulamento è però solo una mossa per legittimare i *claims* sulla sua natura di problema sociale e contrastare i *controclaims*. Infatti, come un consumato *claims-maker*, Barkley dedica ampia parte del suo ragionamento per dimostrare, dati alla mano, gli effetti negativi dell'ADHD sia a livello individuale sia sociale e dunque la sua natura di problema: campioni clinici suggeriscono che chi soffre del disturbo ha il 32-40% di possibilità di abbandonare la scuola, raramente completa l'istruzione superiore (5-10%), hanno pochi o nessun amico (50-70%), si impegna in attività antisociali (40-50%) e via dicendo. Ciò dimostra come l'attività scientifica nel *claims-making* è sia rivolta a documentare l'esistenza di una condizione sia costituirla come "oggetto morale", appunto come problema su cui è bene intervenire. Il consensus statement, benché si tratti di un testo scientifico, anzi proprio per questo, è stato poi ripreso all'interno dei siti dell'AIDAI e dell'AIFA, che ne citano ampi stralci usandoli come *claims* nella loro polemica contro "Giù le mani dai bambini" e altri scettici.

Galileo ci ha offerto una definizione della scienza come un'azione in cui un singolo la spunta sui molti perché la verità è dalla sua parte, ma la pratica scientifica è tutt'altra cosa: non un singolo con la verità dalla sua parte contro mille, bensì mille con la loro verità contro uno scettico isolato. Il consensus statement sull'ADHD presenta ben 86 co-autori, rispetto ai quali lo scettico deve provare sicuramente un momento di smarrimento. «L'appello ad alleati forti e numerosi ... crea una maggioranza per far colpo sull'interlocutore ... Un articolo infarcito di citazioni significa che lo scettico deve indebolire ognuno degli articoli, o almeno sarà atterrito all'idea di doverlo fare» (ivi 43) e immaginate di doverlo fare per i 550 riferimenti bibliografici contenuti nel consensus statement sull'ADHD! Se «il potere della retorica è quello di isolare lo scettico» (ivi, 57), quanto si sarà sentito solo un critico che si trova davanti a ben 86 autori dell'ipotesi che lui vorrebbe contestare? La quantità degli alleati mobilitati da Barkley è formidabile e l'azione del critico si fa ardua perché

prima di contestarne le tesi occorre «mettere in dubbio l'onestà, il buon senso» di tutte quelle persone (Latour 1998, 42).

Per “annichilire” chi si mostra scettico della verità dell'ADHD, altre “risorse scientifiche” vengono via via mobilitate. Innanzitutto Barkley elenca le istituzioni scientifiche che lo riconoscono come disordine valido: «The U.S. Surgeon General, the American Medical Association, the American Psychiatric Association, the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, the American Psychological Association, and the American Academy of Pediatrics, tra le altre, tutte riconoscono l'ADHD come un reale disordine» (Barkley et al. 2002, 89). Come se Barkley dicesse: “caro scettico, se non sei d'accordo con noi, allora sei anche contro tutte queste prestigiose istituzioni. La tua è dunque una posizione insensata!” Tutto questo mobilitare risorse di prestigio, numeri, alleanze, competenze e ufficialità può sembrare un classico argomento d'autorità e non di scienza: in realtà, sono comuni risorse impiegate all'interno del dibattito scientifico. Barkley non gioca sporco, ma usa all'estrema potenza dispositivi comuni nella scienza.

Perfino le prove scientifiche mobilitate da Barkley sono in realtà mosse retoriche perché sono predisposte come “ostacoli” che gli scettici devono superare, una serie di *black boxes* tutte *impilate* le une sulle altre: i deficit biologici sono stati rilevati da vari studi in diverse regioni del cervello (il lobo frontale, le sue connessioni con i gangli basali, la loro relazione con aspetti del cervello); la maggior parte degli studi neurologici ha trovato che i bambini con ADHD hanno una minore attività elettrica e meno reattività in diverse regioni cerebrali; studi di visualizzazione cerebrale hanno dimostrato un più basso livello di attività metabolica nei cervelli di bambini con ADHD rispetto ai gruppi di controllo; studi su fratelli gemelli⁵ hanno trovato che si tratta di deficit psicologici ereditari; recentemente è stato dimostrato “in modo fondato” da ben 12 team di ricerca scientifici in tutto il mondo che il disordine è associato a uno specifico gene, e così via dicendo.

Le *black boxes* mettono fuori gioco gli scettici “non scienziati”, ma l'azione di quest'ultimi ha comunque offerto ai dissidenti interni alla scienza di rilanciare le *modalità negative*, e cioè ritornare a “monte” della scienza dell'ADHD, all'inizio del suo processo produttivo. Diversi studiosi si sono cimentati in quest'azione di apertura delle scatole nere della scienza dell'ADHD allineate da Barkley: tra gli altri, William Carey (2002) – il cui rapporto è stato ampiamente ripreso dall'Associazione italiana “Giù le mani dai bambini” nella sua controversia con l'AIFA – gli psichiatri Peter Breggin (2002), Sami Timini

⁵ Gli studi sui fratelli gemelli sono spesso chiamati in causa per dimostrare l'irrilevanza dei fattori ambientali (socio-culturali) nell'eziologia delle patologie psichiatriche.

(2004) e Jonathan Leo (2000). La loro azione ha riproposto nuovamente la questione dell'esistenza del disturbo, un tema, come abbiamo visto, ormai archiviato all'interno del dibattito neuroscientifico. Uno dei punti più controversi riguarda la prova visuale, privilegiata da Barkley e gli altri neuroscienziati dell'ADHD. Dicono gli scettici:

la ricerca basata su visualizzazioni cerebrali è spesso citata come “prova” di un deficit biologico nelle persone con ADHD, comunque dopo quasi 25 anni e più di 30 studi, gli studiosi non hanno ancora fatto una semplice comparazione tra bambini con ADHD che non hanno subito trattamenti farmacologici e un gruppo di controllo della loro stessa età. Le taglie dei campioni sono di piccola entità e in nessuno i cervelli sono apparsi clinicamente anormali. ... Le differenze osservate sono dovute alla medicalizzazione ricevuta dai bambini sottoposti alle visualizzazioni (Timimi 2004).

Jonathan Leo (2000) prende in considerazione la ricerca – un caposaldo della neuroscienza dell'ADHD – di Alan Zametkin sulle visualizzazioni cerebrali comparate tra bambini con ADHD e bambini normali impegnati nello svolgimento di un compito. Per Zametkin, tali visualizzazioni mostrerebbero come ci sia nei cervelli dei primi un consumo di glucosio inferiore rispetto a quelli dei secondi – dunque un'attività metabolica inferiore al normale. A suo avviso, l'attività metabolica inferiore indicherebbe un non perfetto funzionamento cerebrale, dunque una prova della natura biologica dell'ADHD. Tuttavia, fa notare Leo, i bambini con ADHD non hanno evidenziato carenze nello svolgimento del compito, e ciò dovrebbe indurre a pensare che l'attività metabolica inferiore sarebbe un vantaggio evolutivo e non un difetto: con meno glucosio riescono a fare quello che fanno gli altri bambini. Insomma, i dati raccolti con la visualizzazione cerebrale non proverebbero che ci troviamo di fronte a una patologia.

Le critiche hanno agito essenzialmente come *modalità negative*, il cui effetto è stato di riaprire la *black box* della scienza dell'ADHD. Quali sono le prove a favore dell'esistenza dell'ADHD come realtà biologica? Quale validità hanno? Le procedure scientifiche usate per dimostrarne l'esistenza sono corrette? Come si fa a dire che si tratti di una patologia e non di una neurodiversità? Ma, attenzione! *Il destino del “problema sociale ADHD” dipende non tanto dalle risposte che si danno a queste domande, quanto dalla frequenza con cui tali domande vengono formulate.* Quando sono frequenti, le critiche⁶ agiscono come modalità nega-

⁶ Anche le critiche non sono altro che ulteriori scatole nere da aprire. Ed è proprio quello che fanno Barkley e altri 20 *coendorsers* nella loro risposta alle critiche (Barkley et al. 2004). Anche

tive, nel senso che impediscono l'agire indisturbato delle modalità positive e costringono la scienza a tornare ad argomentare – e quest'ultima perde anche la sua capacità di orientare gli interventi pratici sul problema. Esattamente come avviene nel *claims-making*, anche nella scienza vince la *knowledge-claim* sostenuta dai *claims-makers* che sono riusciti a mettere a tacere gli avversari. È comunque vero che, via via che il dibattito procede, alcune “armi” diventano spuntate e quindi abbandonate⁷. Tuttavia, altre sono dispiegate al loro posto. Forse la scienza procede non per verità progressive, ma attraverso una continua predisposizione di nuove armi e ostacoli fino a quando o gli scettici o i sostenitori della scoperta non si arrendono.

Conclusioni. Aprire le scatole nere del dibattito pubblico

Comunemente si ritiene che scienza e dibattito pubblico costituiscono due giochi linguistici da tenere distinti: quello dello studioso e quello del *claims-makers* (giornalista, politico, attivista etc.) (Gusfield 1981, 60). Se al primo pertiene lo scopo di convincere, e quindi produrre conoscenza valide per tutti, tipico del dibattito pubblico è invece la persuasione. La persuasione è propria di chi vuole agire, arrivare a una condizione piuttosto che per scoprire o verificare una condizione (ivi, 27). Continua Gusfield:

nel seminario, lo scienziato fronteggia un audience la cui ostilità è presunta neutrale, il cui scetticismo non è partigiano ma olimpico. Lo scienziato, si presume, non ha interesse a sostenere una o un'altra conclusione. Risultati parziali, vuoti nella conoscenza e aree di ignoranza possono essere ammesse. Questa rappresentazione è, a dire il vero, anche lontana da una veritiera descrizione del mondo reale in cui agisce lo scienziato. Comunque, sottolinea il contrasto con l'arena in cui l'audience è già schierata a favore di una decisione e occorre persuaderla ad adottare una linea opposta (ivi, 80).

questo testo prova ancora a essere chiaro e semplice, ma poiché ogni controcritica apre altre scatole nere, tutto diventa più complicato da leggere. Nelle controversie scientifiche non si fa altro che aprire scatole nere a catene (Latour 1998, 39) per cui non deve sorprendere che il linguaggio si faccia via via sempre più tecnico.

⁷ È il caso della “prova farmacologica”, vale a dire l'idea che se gli psicofarmaci producono effetti “migliorativi” sui comportamenti dei bambini a cui è stata diagnosticato l'ADHD, allora vuol dire che tale disturbo ha natura biologica. Tale argomento non è stato più usato dopo che la ricerca di Judith Rapoport (1980) ha dimostrato come gli psicofarmaci producano effetti “migliorativi” sui comportamenti di chiunque, bambino/adulto normale o con ADHD.

In altre parole esisterebbero dispute “interne” alla scienza da tenere distinte da quelle che avvengono “fuori”, nel dibattito pubblico. Tuttavia siamo sicuri che le dispute scientifiche siano da distinguere da quelle pubbliche? Passando dalla vita quotidiana all’attività scientifica, dall’uomo della strada allo scienziato, dal politico all’esperto, «non passiamo dal rumore alla calma, dalla passione alla ragione, dal caldo al freddo. Passiamo da controversie a controversie ancora più roventi» (Latour 1998, 39). Come dimostra la controversia sull’ADHD, gli studiosi manifestano un attaccamento feroce alle loro idee, e le sostengono con lo zelo di un riformatore morale, esibendo così un atteggiamento ben lontano dal disinteresse e dal distacco di cui parlava Robert Merton (Aronson 1984, 9).

La scienza, nei processi di *claims-making* dei problemi sociali, non fornisce solo idiomi, argomenti, dati, conoscenze ma opera ancora più in profondità: 1) in relazione allo status stesso dell’esistenza dei problemi sociali, la scienza opera una fondamentale trasformazione di conoscenze parziali e fragili in fatti certi e consistenti; 2) la scienza anticipa gli altri *claims-makers* nel processo di trasformazione di fatti astratti in fatti moralmente rilevanti. I due aspetti sono tra loro intrecciati: la scienza offre contemporaneamente una definizione cognitiva e una morale del mondo: descrive come è il mondo, ma così facendo dice anche cosa è giusto e cosa è sbagliato nel mondo. La scienza medica è, a questo proposito assai emblematica: nei dibattiti scientifici (nel nostro caso, psichiatrico infantile) le asserzioni e le dimostrazioni assomigliano a dei *claims* e non a semplici “scoperte”.

Cosa ci guadagnano i processi di *claims-making* dall’essere “impiantati” nelle controversie scientifiche, visto che sono essenzialmente controversie combattute a furia di armi retoriche? Per rispondere a questa domanda occorre rivalutare le modalità negative. Grazie ad esse, si può spezzare quella visione omogenea che viene imposta a tutti gli attori (*claims-makers*, politici, pubblico, giornalisti) attraverso il prevalere delle *modalità positive* di cui parla Latour. Queste ultime possiamo considerarle come, prendendo in prestito le parole di Gusfield,

una sottile forma di controllo sociale. Elimina conflitto o divergenza con il rendere le definizioni e le soluzioni alternativa semplicemente impensabili. Questa sottile e non vista implicazione delle idee culturali è forse la più potente forma di vincolo. A differenza del conflitto di potere, essa procede non riconosciuta. Quello che non possiamo immaginare, non possiamo desiderare (Gusfield 1981, 7).

L’idea di correggere i comportamenti tramite psicofarmaci, che le neuroscienze, il DSM e i nuovi ritrovati farmaceutici stanno avvalorando come la

cosa più naturale del mondo, vera e propria *black box* nell'ambito della psichiatria, può subire una battuta d'arresto di fronte a critiche che riescono a far intravedere visioni alternative.

Le controversie, se non si spengono sotto l'azione della potenza retorica della scienza, certamente non forniscono bussole sicure per le iniziative pratiche e tuttavia, questo è il suggerimento del sociologo americano, offrono un modo per provare a immaginare che le cose potrebbero essere altrimenti. Procedendo a minare la forza delle indicazioni pratiche che prevalgono nel dibattito pubblico, le modalità negative del dibattito scientifico ci presentano il mondo sociale come un'entità politica e non come una necessità tecnica o oggettiva.

Riferimenti bibliografici

- Aronson N. (1984), *Science as Claim Making Activity: Implication for Social Problems Research*, in Schneider J. e Kitsuse J. (a cura di), *Studies in Sociology of Social Problems*, Ablex, Norwood, 1-30.
- Barkley R. et al., (2002), *International Consensus Statement on ADHD*, in «Clinical Child and Family Psychology Review», 5, 2, 89-111.
- Barkley R. et al. (2004), *Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al.*, in «Clinical Child and Family Psychology Review», 7, 1, 65-69.
- Breggin P. (2002), *The Ritalin Fact Book*, Perseus, Cambridge.
- Caniglia E. (2018), *Neurodiversità. Per una sociologia dell'autismo, dell'ADHD e dei disturbi di apprendimento*, Meltemi, Roma.
- Carey W. (2002), *Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder a Valid Disorder?*, in P. Jensen & J. Cooper (a cura di), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of science, best practices*, Civic Research Institute, Kingston NJ.
- Chronis A. et al. (2004), *Enhancements to Parent Training for ADHD*, in «Clinical Child and Family Psychology Review», 7, 1, 1-27.
- Conrad P. (1975), *The Discovery of Hyperkinesis: Note on the Medicalization of Deviant Behavior*, in «Social Problems», 23, 12-21.
- Conrad P. e Potter D. (2000), *From Hyperactive Children to ADHD Adults*, in «Social Problems», 47, 4, 559-82.
- DSM 5 (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano (ed. orig. 2013).
- Gusfield J. (1981), *The Culture of Public Problem*, University of Chicago Press, Chicago.
- Hinshaw S. e Scheffler R. (2014), *The ADHD Explosion*, Oxford University Press, Oxford.
- Ibarra P. e Kitsuse J. (1993), *Vernacular Constituents of Moral Discourse*, in Holstein J.A. e Miller G. (a cura di), *Reconsidering Social Constructionism*, Aldine De Gruyter, Hawthorne, 5-23.
- Kitsuse J. e Spector M. (a cura di Caniglia E.) (2017), *Sociologia dei problemi sociali*, Mimesis, Milano.

- Lakoff A. (2000), *Adaptive Will: The Evolution of Attention Deficit Disorder*, in «Journal of History of the Behavioral Sciences», 36, 2, 149-169.
- Lange et al. (2010), *The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, in «Atten. Defic. Hyperact. Disord.» 2, 4, 241-255.
- Latour B. (1999), *La scienza in azione*, Bollati Boringhieri (ed. or. 1987).
- Leo J. (2000), *Attention Deficit Disorder. Good Science or Good Marketing?*, in «Skeptic», 8, 1, 63-69.
- Marzocchi G. (2003), *Bambini iperattivi e disattenti*, il Mulino, Bologna.
- Mayes R. e Rafalovich A. (2007), *Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900-80*, in «History of Psychiatry», 18, 4, 435-457.
- Nigg J. (2010), *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, in «Current Direction in Psychological Sciences», 19, 1, 24-29.
- Rafalovich A. (2001), *The Conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Idiocy, Imbecility, Encephalitis and the Child Deviant, 1877-1929*, in «Deviant Behavior», 22, 93-115.
- Rapoport J. L. (1980), *Dextroamphetamine: Its cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal men*, in «Archives of General Psychiatry», 37, 8, 933-943.
- Schneider J. (1985), *Social Problems Theory: The Constructionist View*, in «Annual Review of Sociology», 11, 209-29.
- Still G. (1902), *Some abnormal psychological conditions in children: the Goulstonian lectures*, in «Lancet», 1, 1008-12.
- Shwed U. e Bearman P.S. (2010), *Temporal Structure and Scientific Consensus Formation*, in «American Sociological Review», 75, 6, 817-840.
- Timimi S. et al. (2004), *A Critique to International Consensus Statement on ADHD*, in «Clinical Child and Family Psychology Review», 7, 1, 59-63.
- Wilson M. (1993), *DSM-III and the Transformation of American Psychiatry*, in «American Journal of Psychiatry», 159, 399-410.