

Gabor Maté

Una  
**MENTE**  
*in*  
**FRAMMENTI**

*Origini e cura del disturbo  
da deficit di attenzione*

Se pure implica una disfunzione neurofisiologica, il disturbo da deficit di attenzione affonda le radici nella storia infantile e nella condizione ambientale dell'individuo. La sua comprensione non può prescindere da una riflessione profonda sulla frammentazione e la pressione che caratterizzano la nostra società.

Casa Editrice Astrolabio

*Nota dell'autore*

Il libro è suddiviso in sette parti. Le prime quattro descrivono la natura del disturbo da deficit di attenzione (ADD) e propongono una spiegazione delle sue origini, mentre le tre parti finali affrontano il tema del processo di guarigione. La quinta parte, dedicata al bambino con ADD, non è destinata solo ai genitori, ma anche agli adulti che presentano questo disturbo, poiché fornisce loro informazioni essenziali per la comprensione di sé. Allo stesso modo, leggere i capitoli sul disturbo negli adulti può essere utile ai genitori, per capire meglio i loro figli e, forse, anche se stessi.

Il disturbo da deficit di attenzione viene a volte abbreviato con la sigla ADD e a volte con ADHD. Per confondere ulteriormente le acque, la sigla ufficiale è AD(H)D, a indicare che il disturbo può presentarsi con o senza iperattività. In linea di massima, la sigla ADD è diventata di uso comune. È quella che genera meno confusione, e anche la meno goffa. Nel testo utilizzeremo esclusivamente la sigla ADD.

[N.d.T.: gli acronimi ADD e ADHD stanno per *Attention Deficit Disorder* e *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. In Italia è oggi principalmente diffusa la sigla ADHD (a volte anche DDAI, adottato nella traduzione italiana del DSM-5)].

I lettori sono invitati a porre le loro domande sulla pagina web:  
<https://drgabormate.com/book/scattered-minds/>

## Introduzione

Il disturbo da deficit di attenzione (ADD) è solitamente ritenuto il risultato di una predisposizione genetica da chi condivide questo tipo di spiegazioni ed è invece attribuito a inadeguatezze dei genitori da chi non crede nei 'geni cattivi'. La confusione e l'animosità del dibattito pubblico su questo tema scoraggiano qualsiasi ragionamento lucido sull'influenza reciproca di ambiente ed ereditarietà sulla neurofisiologia dei bambini cresciuti in famiglie problematiche, in una società frammentata e sotto pressione, in una cultura che, alle soglie del nuovo millennio, appare sempre più frenetica.

Anch'io ho ricevuto la diagnosi di ADD, così come i miei tre figli. Personalmente, non credo che il disturbo sia attribuibile a geni sbagliati *oppure* a errori dei genitori; ma sono convinto che *sia* i geni, *sia* i genitori svolgano un ruolo. Come dimostrato dalle neuroscienze, il cervello umano non è programmato soltanto dall'ereditarietà biologica: i circuiti cerebrali sono modellati da quello che accade al bambino da quando viene al mondo, e persino mentre è ancora nell'utero materno. Gli stati emotivi dei genitori e il loro modo di vivere hanno un impatto rilevante sullo sviluppo del cervello infantile. Tali sottili influenze inconse sono spesso inconsapevoli e difficili da controllare, ma non c'è ragione di essere pessimisti: se vengono ristabilite le condizioni per una crescita sana, i circuiti cerebrali del bambino, e persino dell'adulto, possono modificarsi drasticamente.

Ogni volta che viene menzionato l'ambiente, invariabilmente ci si domanda chi sia da biasimare. "È tutta colpa dei genitori?", chiedono le persone. L'idea che, se qualcosa va storto, debba sempre essere colpa di qualcuno è una nozione semplicistica. Puntare il dito in questo modo non aiuta i genitori di bambini con ADD, già assediati su ogni fronte da giudizi poco comprensivi e critiche da parte di amici, familiari, vicini di casa, insegnanti e persino sconosciuti incontrati per strada. In questo libro mi guardo bene dall'attribuire loro la colpa.

Per spiegare il disturbo al padre di una bambina di nove anni, un medico dell'Ontario ha utilizzato questa eloquente analogia: immagina-

te di trovarvi al centro di una stanza molto affollata, in cui tutti sono impegnati a parlare tra loro. A un certo punto, qualcuno vi domanda: "Cosa ha appena detto quella persona laggiù in fondo?". Questa situazione descrive molto bene quel che accade nel cervello di un bambino con ADD e come debba sentirsi. Un'analogia simile illustra invece le circostanze in cui vengono a trovarsi i genitori dei bambini con questa diagnosi: bloccati a un incrocio nel bel mezzo di una strada molto trafficata, provano inutilmente a riavviare il motore dell'auto in panne; intorno a loro, tutti gridano e strombazzano rabbiosamente, ma nessuno si offre di aiutarli, forse perché non ne sono capaci.

Noi genitori facciamo del nostro meglio per crescere i figli facendoli sentire amati e al sicuro. Non abbiamo certo bisogno di qualcuno che ci colpevolizzi più di quanto già facciamo noi stessi. Il senso di colpa è controproducente, mentre è utile acquisire una maggiore consapevolezza delle modalità con le quali la relazione genitore-bambino può essere utilizzata per promuovere lo sviluppo emotivo e cognitivo dei nostri figli. L'obiettivo di questo libro è incoraggiare tale consapevolezza.

Scrivendolo, avevo in mente altre due categorie di lettori. Mi auguravo che gli adulti con ADD trovassero in queste pagine spunti per capire meglio se stessi e per intraprendere un percorso di guarigione. Era mia intenzione anche offrire un quadro più ampio ed esaustivo di questa condizione, spesso mal compresa, ai professionisti della salute e agli insegnanti che lavorano con pazienti e alunni con diagnosi di ADD.

L'analisi del disturbo presentata in questo libro prova a sintetizzare i risultati conseguiti in vari campi: la moderna ricerca neuroscientifica e la psicologia dello sviluppo, la teoria dei sistemi familiari, la genetica e la scienza medica.<sup>1</sup> Tali risultati sono integrati con un'interpretazione delle tendenze sociali e culturali, oltre che con la mia esperienza personale come adulto con ADD, genitore e medico.

I casi illustrati e le testimonianze sono tratti dalle cartelle cliniche dei miei pazienti. I loro nomi, con qualche rara eccezione, sono stati cambiati.

<sup>1</sup> Nel campo della letteratura professionale sull'argomento, Stephen P. Hinshaw, professore associato di Psicologia presso l'Università della California, a Berkeley, ha suggerito che le radici dell'ADD vadano individuate in complesse interazioni biologiche, sociali e psicologiche: "Si è fatta strada con estrema lentezza la nozione che complessi percorsi causali, risultato della combinazione tra fattori di rischio psicobiologici, problematiche familiari e più ampie influenze del sistema, siano all'origine delle difficoltà nella regolazione dell'attenzione, nella modulazione del livello di attività e nell'inibizione della risposta". Hinshaw, *Attention Deficits and Hyperactivity in Children*, p. ix.

1

## Come una zuppa o una pattumiera

Sul vissuto significativo della guarigione, della sofferenza e della morte, la medicina non ci dice di più di quanto l'analisi chimica ci dica riguardo al valore estetico di una ceramica.

IVAN ILLICH, *Nemesi medica*

Fino a quattro anni fa, la mia comprensione dell'ADD era analoga a quella di qualsiasi altro medico nordamericano, vale a dire che ne sapevo poco o nulla. Uno di quegli incidenti del destino che non sono per nulla casuali mi ha permesso di approfondire le mie conoscenze. Firmavo una rubrica medica su *The Globe and Mail* e decisi di scrivere un articolo su questa strana condizione, dietro suggerimento di un'assistente sociale di mia conoscenza, alla quale era stato appena diagnosticato il disturbo. Pensava che la sua storia potesse interessarmi o, più probabilmente, aveva intuito un'affinità tra di noi. L'articolo previsto divenne una serie di quattro.

Questa breve immersione nell'argomento mi bastò per rendermi conto che anch'io ci ero dentro fino al collo: per tutta la vita, seppur inconsapevolmente, avevo sofferto del disturbo. Tale comprensione, che possiamo definire una sorta di epifania o rivelazione, era contrassegnata da euforia, introspezione, entusiasmo e speranza. Mi sembrava di aver scoperto una via d'accesso a quegli oscuri recessi della mia mente da cui il caos emergeva senza preavviso, sconvolgendo pensieri, piani, emozioni e intenzioni. Pensavo di aver capito cosa mi avesse sempre impedito di raggiungere uno stato di integrità psicologica e completezza, di riconciliare e riunire insieme i frammenti disarmonici della mia mente.

Mai tranquilla, la mente di un adulto con ADD saltella e svolazza come un uccello impazzito, che si ferma qua e là, senza appollaiarsi abbastanza a lungo da nessuna parte. Lo psichiatra britannico R. D. Laing ha scritto che gli esseri umani sono spaventati da tre cose: la morte, le altre persone e la propria mente. Terrorizzato dalla mia mente, ho sempre temuto i momenti in cui mi ritrovavo da solo con me stesso. Portavo dappertutto un libro in tasca, pronto a salvarmi in caso di emergen-

za, ad esempio se rimanevo bloccato in coda in banca o alla cassa del supermercato, costretto ad attendere anche solo per pochi minuti. Dovevo continuamente procurare alla mia mente avanzi di cui cibarsi, come si fa con le bestie feroci e aggressive, che potrebbero divorarci se non sono impegnate a masticare qualcos'altro. Mi ero sentito così per tutta la mia vita.

Molti adulti, nel momento in cui si riconoscono nella descrizione dell'ADD, sperimentano un vero e proprio shock, al tempo stesso esaltante e doloroso. Per la prima volta, ci appaiono in un quadro coerente le nostre umiliazioni e i fallimenti; i piani non rispettati e le promesse mai mantenute; gli episodi di entusiasmo maniacale, che si consuma nella sua stessa folle danza, lasciando al suo passaggio solo macerie emotive; l'apparentemente smisurata disorganizzazione tipica di ogni nostra attività; il disordine del cervello, evidente già osservando la nostra automobile, la scrivania, le stanze in cui viviamo.

L'ADD poteva spiegare i miei modelli di comportamento e i processi di pensiero, le mie reazioni emotive infantili, lo stacanovismo e la tendenza a sviluppare altre forme di dipendenza, gli improvvisi accessi di irritazione e malumore, completamente irrazionali e ingiustificati, i conflitti con mia moglie, un'ambivalenza nella modalità di relazionarmi ai miei figli degna del dottor Jekyll e Mr. Hyde. La diagnosi spiegava anche il mio particolare umorismo, le mie battute a volte talmente bizzarre da lasciare interdette le persone (in ungherese, si direbbe che i miei scherzi talvolta "rimbalzavano come piselli lanciati contro un muro"). Finalmente comprendevo la mia strana propensione a sbattere contro gli stipiti delle porte e le mensole, a lasciar cadere inavvertitamente gli oggetti, a urtare le persone prima di accorgermi della loro presenza. Non era più un mistero la mia inettitudine a seguire le indicazioni e persino a ricordarle, la rabbia paralizzante che mi investiva quando dovevo leggere le istruzioni di apparecchi anche molto semplici. Oltre a tutti questi aspetti, il riconoscimento del disturbo rivelava il motivo per cui provavo da sempre la sensazione di non riuscire a realizzare mai appieno le mie potenzialità in termini di espressione personale e autodefinizione. In genere, l'adulto con ADD sente di possedere talenti, capacità o indefinibili qualità positive, che potrebbe forse esprimere se solo riuscisse a dipanare il groviglio nella sua mente. "Mi basta una metà del mio cervello per svolgere questo compito!", avevo l'abitudine di dire. E non scherzavo: era così che mi impegnavo in quasi tutte le attività.

Il mio percorso diagnostico è analogo a quello di molti adulti con ADD. Ho scoperto l'esistenza del disturbo in maniera fortuita e, dopo

averlo approfondito, ho consultato un professionista che potesse confermare le mie intuizioni iniziali. Poiché ben pochi medici e psicologi conoscono a fondo questa condizione, chi ne soffre è spesso costretto a diventare un esperto sull'argomento prima di riuscire a trovare uno specialista competente, in grado di formulare la diagnosi corretta. Io ho avuto fortuna: lavorando nell'ambiente, sapevo come orientarmi nel labirinto medico e dove rivolgermi per ottenere l'aiuto di cui avevo bisogno. Qualche settimana dopo aver scritto il primo articolo sull'ADD, sono stato visitato da un'eccellente psichiatra infantile (che si occupa anche della valutazione di adulti). Oltre a confermare la mia autodiagnosi, mi ha prescritto un trattamento farmacologico (il Ritalin) e mi ha aiutato a comprendere in che modo alcune mie scelte esistenziali stessero rinforzando il disturbo, come accade a molti adulti con ADD.

Nella vita quotidiana, mi destreggiavo come un giocoliere impegnato a bilanciare una serie di piatti su bastoni, correndo affannosamente per aggiungere nuovi bastoni ed evitare che i piatti, in equilibrio sempre più precario, caschino fragorosamente. Sa di non poter continuare così a lungo: prima o poi i piatti cominceranno a rompersi, oppure sarà lui stesso a crollare. L'individuo con ADD è consapevole di dover rinunciare a qualcosa, ma la sua personalità fa fatica ad accettarlo. E, a differenza del giocoliere, non può decidere di interrompere l'esibizione.

Con l'impazienza e la mancanza di giudizio tipiche dell'ADD, avevo già cominciato ad autocurararmi prima ancora di ricevere una diagnosi formale. Questo disturbo è caratterizzato da una sensazione di urgenza, da un disperato bisogno di ottenere immediatamente l'oggetto dei propri desideri in quel preciso momento, che si tratti di un bene materiale, un'attività o una relazione. Ma c'era anche un altro motivo, ben espresso qualche mese dopo da una mia paziente: "Sarebbe bello riuscire, ogni tanto, a prendersi una pausa da se stessi almeno per un po'". Anch'io condividevo pienamente questa sensazione: il desiderio di sfuggire a una mente estenuante, sempre in subbuglio, perennemente in preda all'agitazione. Ho cominciato ad assumere il Ritalin, a una dose iniziale molto più alta di quella raccomandata, il giorno stesso in cui ho appreso dell'esistenza di questo disturbo. Già dopo qualche minuto, mi sentivo euforico e pienamente presente, più consapevole e pieno d'amore. Ma mia moglie mi ha subito fatto notare la stranezza del mio comportamento: "Sembri drogato!".

Quando mi sono autoprescritto il Ritalin, non ero certo un inconsapevole adolescente alla ricerca di emozioni forti. Ero uno stimato medico di famiglia oltre la cinquantina, noto per i suoi articoli di divulgazione

scientifico, particolarmente apprezzati per la loro profondità e accuratezza. Nella mia pratica clinica, evitavo accuratamente un'eccessiva medicalizzazione, ricorrendo ai farmaci solo quando era assolutamente necessario. E, ovviamente, con i miei pazienti avevo sempre deprecato la pratica dell'automedicazione. Tale profondo squilibrio tra la consapevolezza razionale, da una parte, e l'autocontrollo emotivo e comportamentale, dall'altra, è un'altra delle caratteristiche distintive dell'ADD.

A prescindere dall'impulsività della mia reazione, ero certo di vedere la luce alla fine del tunnel. Il mio problema era chiaro, e il rimedio straordinariamente semplice: alcune porzioni del mio cervello erano dormienti per la maggior parte del tempo; bastava dunque riattivarle, risvegliandole dal loro torpore. In questo modo, le aree cerebrali 'buone', più vigili e sane, avrebbero finalmente assunto il controllo, rendendomi più maturo e sereno. Purtroppo, le cose non sono andate così. Nella mia vita non era cambiato quasi nulla. La mia capacità di introspezione era aumentata, gli aspetti della mia esistenza che già funzionavano in passato continuavano a farlo, ma non notavo alcun miglioramento degli aspetti negativi. Ben presto, ho dovuto sospendere il Ritalin perché mi causava depressione. Il farmaco psicostimolante che mi è stato in seguito prescritto (Dexedrine) mi ha reso ancor più vigile ed efficiente, aggravando di fatto la mia tendenza al superlavoro.

Dall'epoca della mia autodiagnosi, ho visto centinaia di adulti e bambini con ADD. Sono ora convinto che la medicalizzazione e la prescrizione di farmaci abbiano finito per svolgere un ruolo eccessivo e unilaterale nel trattamento. Il disturbo, che è inizialmente una problematica della società e dello sviluppo umano, è ormai definito quasi esclusivamente come un'affezione medica. Anche se in molti casi i farmaci sono di aiuto, il trattamento che questo disturbo necessita non è un processo di guarigione da una malattia fisica; consiste piuttosto in un processo di recupero di una condizione di integrità e completezza.

L'ADD implica senza dubbio una disfunzione neurofisiologica, ma ciò non significa che tutte le difficoltà causate dal disturbo possano essere spiegate semplicemente facendo riferimento alla biologia dello squilibrio neurochimico e al cortocircuito dei percorsi neurali. È necessaria una paziente e compassionevole indagine per identificare i significati più profondi che si manifestano attraverso la distorsione dei segnali neurali, il tumulto psicologico e i comportamenti problematici tipici dell'ADD.

Anche i miei tre figli hanno ricevuto questa diagnosi (formulata non da me, ma a conclusione di valutazioni realizzate in una clinica ospeda-

liera). Sebbene uno dei tre abbia assunto farmaci, con evidenti miglioramenti, al momento nessuno segue una terapia farmacologica. Considerando tale storia familiare, può risultare sorprendente che io non condivida la tesi, abbracciata da molti, della natura puramente genetica di questa condizione. Non credo si tratti di un disturbo cerebrale ereditario prestabilito, ma lo interpreto piuttosto come la conseguenza fisiologica del vivere in un particolare ambiente e in una determinata cultura. Per molti versi, è un disturbo che può essere superato, a qualsiasi età. Il primo passo consiste nell'abbandonare il modello della malattia, insieme all'idea che i farmaci possano offrire qualcosa di più di una risposta parziale, una soluzione provvisoria.

Ultimamente si è sviluppata una certa mistica intorno all'ADD ma, contrariamente a quanto ritenuto comunemente, non si tratta di una scoperta recente. In Nord America il disturbo, nelle sue varie forme, era stato riconosciuto fin dal 1902; e il trattamento farmacologico con psicostimolanti era già stato tentato oltre sessant'anni fa. Il suo nome e la descrizione si sono modificati nel corso del tempo. La definizione attuale è tratta dalla quarta edizione del *DSM*, il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, il 'testo sacro' realizzato dall'American Psychiatric Association.<sup>1</sup> Il disturbo è descritto sulla base delle sue caratteristiche esterne, non considerandone il significato emotivo nella vita degli individui. Il passo falso consiste nel chiamare *sintomi* tali osservazioni esterne, mentre il termine nel linguaggio medico indica la percezione personale del paziente. A prescindere dalla loro accuratezza, le osservazioni esterne sono *segni*. Il mal di testa è un sintomo; i suoni respiratori e toracici registrati dallo stetoscopio del medico in seguito ad auscultazione sono segni; un colpo di tosse è allo stesso tempo un sintomo e un segno. Il *DSM* parla il linguaggio dei segni, perché la visione del mondo della medicina convenzionale è contrassegnata da una scarsa familiarità con il linguaggio del cuore. Come affermato da Daniel J. Siegel, psichiatra infantile presso la UCLA: "Il *DSM* si preoccupa di categorie, non del dolore".

La sofferenza è invece centrale nell'ADD, come lamentato da ogni singolo paziente, adulto o bambino, che si è rivolto a me per una valutazione. La profonda ferita emotiva si manifesta attraverso lo sguardo abbattuto ed evitante, l'eloquio rapido e discontinuo, la tensione della postura, il tamburellare dei piedi o le mani nervose, il sarcasmo spesso

<sup>1</sup> Nel 2013 è stato pubblicato negli Stati Uniti il *DSM-V* (tradotto in italiano da Raffaello Cortina Editore). [N.d.T.]

autoironico e svalutante. "Ogni aspetto della mia vita fa male", mi ha detto un paziente di trentasette anni nel corso della sua seconda visita. Le persone si stupiscono quando, dopo un breve scambio verbale, sembro in grado di percepire il loro dolore e di cogliere appieno la loro confusa e conflittuale storia emotiva. "Sto parlando di me stesso", spiego loro.

A volte mi piacerebbe che i cosiddetti 'esperti' e opinionisti mediatici impegnati a negare l'esistenza del disturbo potessero incontrare alcuni pazienti adulti gravemente sofferenti che mi hanno consultato nel corso degli anni. Uomini e donne di tutte le età che non sono mai riusciti a mantenere un lavoro a lungo termine; che fanno fatica a impegnarsi in relazioni sentimentali significative e stabili. Alcuni di loro non sono mai stati capaci di leggere un libro dal principio alla fine; altri non riescono nemmeno a star seduti a vedere un film fino alla conclusione. Il loro umore oscilla dalla letargia e lo sconforto all'agitazione. Nella maggior parte dei casi, non hanno mai trovato il modo di esprimere il talento creativo di cui sono dotati e provano un'intensa frustrazione per quelli che percepiscono come i loro fallimenti. L'autostima è sepolta in un pozzo profondo. Spesso, nutrono la ferma convinzione che i loro problemi siano il risultato di basilari e incorreggibili difetti della personalità.

Ai san Tommaso scettici, vorrei far leggere la seguente descrizione autobiografica di John, un mio paziente sulla cinquantina, disoccupato e single. Con il suo permesso, cito testualmente come da lui scritto:

Ho avuto tanti lavori Impieghi diversi faccio del mio meglio. mai bravo abbastanza. quando le persone mi parlano mi chiedono se sto ascoltando, sembro sempre annoiato. Mostro le mie emozioni oppure mi assento o quando comincio a fare qualcosa non riesco a finirlo o mi metto a fare qualcos'altro, qualche volta, anzi quasi sempre, aspetto l'ultimo momento per fare le cose. Provo ansia, lo devo fare o mi sento sotto pressione. Do l'impressione di vagare con la mente o di sognare a occhi aperti, perdo sempre le cose o le sistemo nel posto sbagliato, poi non mi ricordo dove le ho messe, sono 'smemorato', spaesato, ho pensieri confusi, mi infurio senza motivo, quando le persone mi chiedono cos'è che non va, rispondo: "niente". Faccio fatica a capire cosa gli altri vogliono da me, non li comprendo. Da bambino, non riuscivo a stare fermo e seduto, ero sempre irrequieto. I giudizi dei miei insegnanti erano sempre: non sta attento in classe, non rimane seduto al banco, ci mettevo più tempo degli altri a imparare o a capire i concetti. Ero

sempre nei guai, non cambiava niente se mi mettevano seduto in prima fila o in uno dei banchi in fondo alla classe, finivo sempre dal preside o a parlare con il consulente didattico. Hanno provato a legarmi alla sedia. Gli insegnanti mi dicevano continuamente di stare fermo e di non fare confusione. Mi mandavano fuori dalla classe anche mio padre mi ripeteva sempre di restare seduto. Che ero un pigrone. Mi sgridava e mandava nella mia stanza.

Con un eloquio decisamente più articolato dell'espressione scritta, ma non meno incisivo, John ha aggiunto: "Mio padre metteva continuamente il dito nella piaga, sostenendo che se non fossi diventato medico o avvocato, la mia vita sarebbe stata inutile. Dopo il divorzio, i miei genitori si parlavano soltanto quando mia madre chiamava mio padre per chiedergli di 'darmi una bella strigliata'. La settimana scorsa ho visto un video; il titolo esprime molto bene cosa provo: *Sono arcistufato di sentirmi sempre così stanco e stufo*". I pazienti riescono a descrivere i propri stati emotivi con immagini molto vivide, spesso quasi poetiche: "La mia vita mi sembra una zuppa o una pattumiera", mi ha detto un quarantasettenne, con un gesto scoraggiato della mano e un sorriso al tempo stesso rassegnato e malizioso. Non saprei dire cosa intendesse precisamente con queste parole: il loro significato è trasmesso attraverso le emozioni evocate e le associazioni di parole che suggeriscono, come accade quando leggiamo una poesia. Si può "far la zuppa nel paniere" o "essere sempre la solita zuppa"; ed è possibile sentirsi o essere trattati come spazzatura. Immagini di disagio, solitudine e confusione sono presentate con una punta di ironia. Quest'immaginario stranamente dissonante ci parla anche di un'anima tormentata che sperimenta la realtà come troppo gravosa, al punto da costringere la mente a frammentarla per diluire il dolore.

## Indice

<i>Nota dell'autore</i> . . . . .	pag. 7
<i>Introduzione</i> . . . . .	» 9

### Prima parte

#### La natura dell'ADD (Disturbo da deficit di attenzione)

1. Come una zuppa o una pattumiera . . . . .	» 13
2. Le strade mai percorse . . . . .	» 20
3. Potremmo tutti impazzire . . . . .	» 29
4. Un'unione conflittuale: l'ADD e la famiglia (I). . . . .	» 34
5. Dimenticarsi di ricordare il futuro . . . . .	» 40

### Seconda parte

#### Come si sviluppa il cervello e come emergono gli squilibri chimici e i circuiti dell'ADD

6. Mondi differenti: ereditarietà e ambiente nell'infanzia . . . . .	» 51
7. Allergie emotive: ADD e sensibilità . . . . .	» 61
8. Una coreografia surreale. . . . .	» 66
9. Sintonizzazione e attaccamento . . . . .	» 72
10. L'impronta dell'infanzia . . . . .	» 79

### Terza parte

#### Le radici dell'ADD nella famiglia e nella società

11. Un perfetto sconosciuto: l'ADD e la famiglia (II) . . . . .	» 87
12. Storie dentro alle storie: l'ADD e la famiglia (III) . . . . .	» 93
13. La più frenetica delle culture: le radici sociali dell'ADD . . . . .	» 104

### Quarta parte

#### Il significato dei tratti dell'ADD

14. Pensieri troncati e parlantina: distraibilità e assenza mentale . . . . .	» 113
15. Oscillazioni del pendolo: iperattività, letargia e vergogna . . . . .	» 123

*Quinta parte*

## Il bambino con ADD e il processo di guarigione

16. Non è finita finché non è finita: un'accettazione positiva incondizionata . . . . .	pag.	135
17. Coinvolgere il bambino e conquistarlo . . . . .	»	144
18. Come pesci nel mare . . . . .	»	152
19. Vuole solo attirare l'attenzione . . . . .	»	162
20. Quando il bambino è oppositivo e provocatorio. . . . .	»	171
21. Disinnescare la controvolontà . . . . .	»	179
22. L'ho sentito ridere: motivazione e autonomia . . . . .	»	184
23. Fidarsi del bambino, fidarsi di se stessi: l'ADD in classe . . . . .	»	193
24. L'adolescenza: ce l'avete sempre tutti con me! . . . . .	»	202

*Sesta parte*

## L'adulto con ADD

25. Dare un senso alla propria esistenza: l'autostima . . . . .	»	215
26. Di cosa sono fatti i ricordi . . . . .	»	225
27. Ricordare quello che non è successo: l'ADD e le relazioni . . . . .	»	233
28. Mosè salvato dall'angelo: l'autogenitorialità (I) . . . . .	»	245
29. L'ambiente fisico e spirituale: l'autogenitorialità (II) . . . . .	»	255
30. Al posto di lacrime e sofferenza: le dipendenze nell'ADD . . . . .	»	266

*Settima parte*

## Conclusione

31. Non avevo mai visto gli alberi: utilità e limiti dei farmaci . . . . .	»	275
32. Cosa significa prestare attenzione . . . . .	»	284
<i>Ringraziamenti</i> . . . . .	»	288
<i>Bibliografia</i> . . . . .	»	290
<i>Indice analitico</i> . . . . .	»	295

## GABOR MATÉ

## UNA MENTE IN FRAMMENTI

*Origini e cura del disturbo da deficit di attenzione*

Chi soffre di disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADD o ADHD) si confronta quotidianamente con una realtà di sofferenza emotiva. Ciò non esclude la capacità di provare gioia e vivere la bellezza, ma implica la necessità di comprendere e accogliere il dolore, impegnandosi in un processo di guarigione che è principalmente cura di sé.

Gabor Maté parla al lettore con la tripla voce di medico, di persona con una diagnosi di ADD e di padre di figli con ADD. Quella che propone è una visione complessa della natura del disturbo, che tiene conto dell'influenza reciproca di ambiente ed ereditarietà nella neurofisiologia del bambino durante i primi anni di vita, cruciali per lo sviluppo cerebrale e della personalità.

La cura del disturbo da deficit di attenzione implica una riflessione profonda sui fattori di tensione familiare e sociale a cui è esposto il bambino, e di cui spesso i genitori stessi non sono pienamente consapevoli. In una società frenetica e frammentaria, si diviene presto assuefatti a uno stato di tensione che viene percepito come la normalità. Il bambino che sviluppa ADD tende a essere altamente sensibile e ad assorbire con grande facilità i fattori di stress ambientale, reagendo con quelle che sono le caratteristiche principali del disturbo: distraibilità, scarso controllo degli impulsi e iperattività.

La potenziale utilità dei farmaci nel

trattamento dell'ADD è indubbia, ma ne viene messa in discussione la modalità di impiego. In ogni caso, quella che possono offrire i farmaci è una risposta parziale, che non dovrebbe essere disgiunta da un profondo percorso di conoscenza di sé volto a recuperare una condizione di integrità.

Nelle sette parti che compongono il volume, Maté descrive la natura del disturbo da deficit di attenzione e iperattività e ne indaga le origini, per poi affrontare il tema del processo terapeutico. Acquisire maggiore consapevolezza delle modalità con cui la relazione genitore-bambino può promuovere lo sviluppo emotivo e cognitivo è fondamentale, e può essere d'aiuto tanto ai bambini quanto agli adulti.

Rivolto a tutti coloro che si relazionano con persone che presentano un disturbo da deficit di attenzione (in ambito medico, terapeutico o didattico), il testo offre anche agli adulti con una diagnosi di ADD, e ai genitori di bambini che ne soffrono, strumenti essenziali per farsi un'idea più ampia di questo disturbo di difficile comprensione.

\* \* \*

GABOR MATÉ (1944), medico, nella sua lunga carriera si è occupato di dipendenze, stress e trauma evolutivo. Tiene regolarmente seminari e conferenze in tutto il mondo. È autore di diversi libri, tradotti in oltre trenta lingue. In questa collana è già uscito *Il mito della normalità*.