



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

*Σχολή Επιστημών της Αγωγής – Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής  
στην Προσχολική Ηλικία*

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# **ΔΕΠΥ: ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ Ή ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑ- ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟ «ΑΠΟΚΛΙΝΟΝ» ΠΑΙΔΙ**

ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΤΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ  
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Όνομα: Νικολέττα Βουδούρη  
Α.Μ.: 9982202000019

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Βάσια Λέκκα

*Αθήνα, 2024*

# Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Εισαγωγή.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : «Τι είναι η ΔΕΠΥ».....	8
I. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
II. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: «Ritalin: θεραπεία ή καταστολή;».....	26
I.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	26
II.RITALIN: ΣΥΣΤΑΣΗ, ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΕΣ.....	30
III.ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ ΤΟΥ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ: Η ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΤΟΥ RITALIN.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : «Διαφωνίες και εναλλακτικές: τα πολλά πρόσωπα της ‘θεραπείας’».....	44
Αντί επιλόγου.....	51
Βιβλιογραφία.....	56

**«Καμία ίσως άλλη ηλικιακή κατηγορία δεν έχει εγείρει τόσο πολλά και τόσο ανάμεικτα συναισθήματα όσο η παιδική ηλικία».**

Δήμητρα Μακρυνιώτη, Παιδικές ηλικίες σε κίνηση

## Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη στήριξη και τη βοήθεια της οικογένειας και των φίλων μου. Αισθάνομαι, λοιπόν, την ανάγκη να ευχαριστήσω τον καθέναν και την καθεμία που καθ' όλη τη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων βρισκόταν δίπλα μου και πίσω μου, σε κάθε νέο βήμα και κάθε νέα απόφαση, ενθαρρύνοντας και εμπνέοντάς με να προσπαθώ διαρκώς για το καλύτερο.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε και τη βοήθεια και στήριξη που έλαβα. Χωρίς εκείνη, την υποστήριξή της και το ειλικρινές ενδιαφέρον που επέδειξε, το αποτέλεσμα σε καμία περίπτωση δεν θα ήταν το ίδιο.

Τέλος, έχοντας φτάσει πια στο τελευταίο εξάμηνο των σπουδών μου στο ΤΕΑΠΗ, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ανθρώπους που δίνουν ζωή στο συγκεκριμένο τμήμα, που αποτελούν πηγή έμπνευσης και προσπαθούν πραγματικά να δημιουργήσουν ένα καλύτερο αύριο, ακούγοντας τους/τις φοιτητές/τριες και δίνοντάς μας τα εφόδια που χρειαζόμαστε ώστε να κατανοήσουμε τον κόσμο γύρω μας, δίνοντάς μας ελπίδα, επιτρέποντάς μας να ονειρευτούμε. Ευχαριστώ, λοιπόν, για όλα!

## Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) [Attention Deficit-Hyperactivity Disorder, ADHD] αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο με τεράστιες διαστάσεις. Ολοένα και συχνότερα συναντά κανείς παιδιά ή και ενήλικες που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, ενώ ολοένα και περισσότερο αυξάνεται η προβολή της στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και γενικότερα στον Τύπο. Σε αυτό το πλαίσιο, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί σε βάθος το τι εννοούμε στην πραγματικότητα λέγοντας «ΔΕΠΥ» και πόσα κρύβονται πίσω από αυτό το ακρωνύμιο, στρέφοντας αρχικά το βλέμμα μας στο παρελθόν, ώστε να μπορέσουμε να κατανοήσουμε το παρόν μας. Πρόκειται για μία κατάσταση, όπως θα φανεί στη συνέχεια, εξαιρετικά αμφιλεγόμενη, και για αυτόν τον λόγο γίνεται προσπάθεια κριτικής ανάλυσης των όσων θεωρούνται ίσως αυτονόητα ή δεδομένα. Σε μια λογική αποφυσικοποίησης αυτής της πραγματικότητας, αρχικά μελετήθηκε η υπάρχουσα βιβλιογραφία, η ιστορία της διαταραχής και, στη συνέχεια, έγινε μια προσπάθεια ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσα από αυτή τη βιβλιογραφική επισκόπηση, υπό το πρίσμα του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού. Δεν γίνεται απλή παράθεση ήδη υπάρχουσών πορισμάτων, αλλά μια προσπάθεια κριτικής προσέγγισής τους, δίνοντας έμφαση στον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Με δεδομένο ότι η ίδια η ύπαρξη της ΔΕΠΥ ως οργανικής αιτιολογίας διαταραχή έχει αμφισβητηθεί επανειλημμένα, το ερώτημα που προκύπτει είναι αν και κατά πόσο η χορήγηση ισχυρών διεγερτικών ουσιών, που αποτελεί τον συνήθη τρόπο αντιμετώπισης, είναι πράγματι ο ενδεδειγμένος ή εξυπηρετεί άλλους σκοπούς, και πώς κατασκευάζεται κοινωνικά, μέσα από τη διάγνωση, μία πολύ συγκεκριμένη εικόνα του «κανονικού» και του «αποκλίνοντος» παιδιού.

## Εισαγωγή

Αν ζητηθεί σε κάποιον/α να περιγράψει με τρεις λέξεις την έννοια της παιδικής ηλικίας, πιθανότατα θα απαντούσε χρησιμοποιώντας όρους, όπως αθωότητα, παιχνίδι και ξεγνοιασιά. Αυτή είναι η κυρίαρχη εικόνα που επικρατεί στη Δύση, εδώ και τουλάχιστον 3 αιώνες, σχετικά με την παιδικότητα: το μικρό αγγελούδι, που είναι κάπως αφελές και εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη φροντίδα και την προστασία των ενηλίκων. Είναι μια εικόνα, της οποίας οι ρίζες εντοπίζονται ήδη σε χριστιανικά κείμενα, όπου το «παιδί» συνδέεται στενά με την έννοια του Παραδείσου, εδραιώνεται όμως και διαδίδεται στις δυτικές κοινωνίες κατά τον 18<sup>ο</sup> αιώνα με τον φιλόσοφο και παιδαγωγό Jean- Jacques Rousseau και το ιδεολόγημα περί παιδικής αθωότητας στο οποίο γίνεται αναφορά στο έργο του *Αιμίλιος ή περί αγωγής* (1762), όπου ταυτίζεται, τρόπον τινά, η παιδική ηλικία με την αθωότητα και τη φυσικότητα.<sup>1</sup>

Ωστόσο, η παιδική ηλικία δεν είναι ένα καθολικό και ανιστορικό φαινόμενο, αλλά γνωρίζει μεγάλες διακυμάνσεις ανάλογα με την εποχή, τον τόπο, τις κοινωνικές συνθήκες. Ο κλάδος της κοινωνιολογίας που ασχολείται με την παιδική ηλικία, ερευνά και αναδεικνύει, μέσα από σύνθετες, επιστημονικές διεργασίες, και ένα πλούσιο θεωρητικό υπόβαθρο, ότι η παιδικότητα κάθε άλλο παρά μονοσήμαντη είναι, ότι τα παιδιά δεν είναι άβουλα όντα, αλλά αντιθέτως δρώντα υποκείμενα που προσαρμόζονται στις συνθήκες μέσα στις οποίες μεγαλώνουν. Κατ' αναλογία, η παιδική ηλικία, όπως υπογραμμίζει η Μακρυνιώτη, «συνιστά μια κοινωνική κατηγορία με δικές της εσωτερικές διαφοροποιήσεις και αντιφάσεις και δική της μεταβαλλόμενη θέση στην κοινωνία των ενηλίκων».<sup>2</sup> Διαφορετική είναι η παιδική ηλικία που βίωνε ένα παιδί τον Μεσαίωνα, διαφορετική η παιδική ηλικία ενός παιδιού που μεγαλώνει σε εμπόλεμη ζώνη, διαφορετική η παιδική ηλικία ενός παιδιού σε μία χώρα του αναπτυσσόμενου κόσμου και εντελώς διαφορετική η παιδική ηλικία ενός παιδιού σε ένα αστικό κέντρο μίας σύγχρονης δυτικοευρωπαϊκής κοινωνίας. Ακόμα, όμως, και στο στενό πλαίσιο μίας συγκεκριμένης περιοχής, σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο, είναι διαφορετική η παιδική ηλικία ενός παιδιού από τα ανώτερα και μεσαία κοινωνικά στρώματα, διαφορετική εκείνη ενός άρρωστου παιδιού, ενός παιδιού που μεγαλώνει σε συνθήκες ακραίας

---

<sup>1</sup> P. Treppe, (2005). *Kindliche Unschuld als revolutionäres Argument: Rousseaus Émile und die Französische Revolution*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, σελ. 61-62.

<sup>2</sup> Δ. Μακρυνιώτη, (2019). Εισαγωγή. Στο *Παιδικές ηλικίες σε κίνηση*. Νήσος, σελ. 12.

φτώχειας, ενός παιδιού προσφύγων ή μεταναστών. Και θα μπορούσαν να γίνουν και επιμέρους διαφοροποιήσεις μέσα σε κάθε υποκατηγορία, ακριβώς λόγω της πολυπλοκότητας και της ποικιλομορφίας αυτού που ονομάζουμε «παιδική ηλικία».

Παρόλα αυτά, όμως, φαίνεται να υπάρχει μια κυρίαρχη εικόνα, μια «αποδεκτή» εικόνα με συγκεκριμένα μοτίβα συμπεριφοράς. Υπάρχει η έννοια του «κανονικού», η λεγόμενη «νόρμα» και οτιδήποτε διαφέρει από αυτήν ετικετοποιείται ως «διαφορετικό», «αποκλίνον», «μη κανονικό». Με βάση τα παραπάνω, αυτή η διαφοροποίηση μεταξύ «φυσιολογικού» και «μη φυσιολογικού» παιδιού είναι μια κοινωνική κατασκευή. Έτσι, λοιπόν, υπάρχουν τα παιδιά τα οποία δεν είναι «όπως θα έπρεπε να είναι» και αποτελούν, τρόπον τινά, «κίνδυνο» για την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας. Ανάμεσά τους συγκαταλέγονται και τα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ. Να σημειωθεί πως και τα παιδιά με ΔΕΠΥ αποτελούν μία ανομοιογενή ομάδα, ωστόσο, εδώ θα γίνει μια γενίκευση, ώστε να προσεγγιστεί συνολικά το φαινόμενο της ετικετοποίησης μέσα από την ψυχιατρική διάγνωση. Ζητούμενο, λοιπόν, είναι όσα παιδιά «αποκλίνουν» να αλλάξουν, να «θεραπευτούν», ώστε να χωρέσουν στην προαναφερθείσα «νόρμα», με τη δικαιολογία πως μόνο έτσι θα μπορέσουν να ενταχθούν στο εκπαιδευτικό σύστημα, στην κοινωνία, παύοντας να αποτελούν «κίνδυνο» τόσο για τα ίδια όσο και για τους/τις υπόλοιπους/ες. Αυτή η διαδικασία της κανονικοποίησης στοχεύει στην πειθάρχηση και στον έλεγχο ενός πληθυσμού που δεν είναι «αποδεκτός». Οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί αυτό ποικίλλουν.

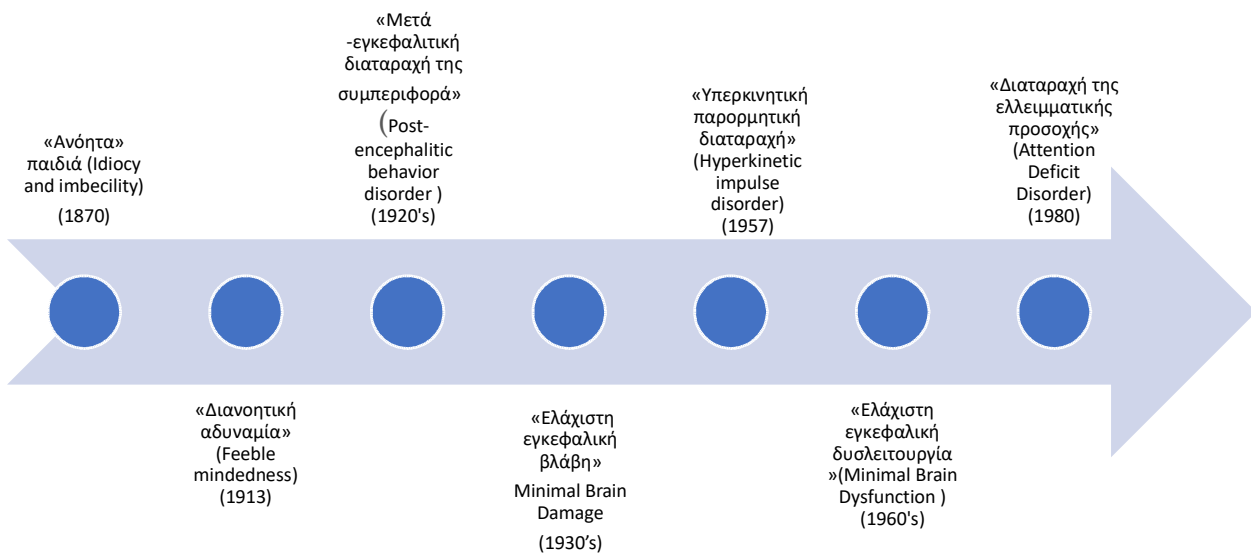
Σε αυτό το πλαίσιο, στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του τρόπου, με τον οποίο τα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ αντιμετωπίζονται από το κοινωνικό, εκπαιδευτικό, κ.λπ., περιβάλλον, και της θέσης τους σε αυτό. Για να μπορέσει να γίνει αυτό, θεωρήθηκε σκόπιμο να ξεκινήσουμε κάνοντας μια αναδρομή στο παρελθόν και στο πώς αναδύθηκε και εδραιώθηκε η ΔΕΠΥ ως «διαταραχή». Στο πρώτο κεφάλαιο εξετάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια, αλλά και οι ενστάσεις που έχουν εκφραστεί, οδηγώντας σε διαφωνίες και αντιπαραθέσεις. Στη συνέχεια, θα γίνει λόγος για τον τρόπο με τον οποίο «θεραπεύονται» τα άτομα με ΔΕΠΥ, δηλαδή στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Με κέντρο βάρους το δημοφιλέστερο «φάρμακο» για τη ΔΕΠΥ, το Ritalin, εξετάζεται ποια είναι ακριβώς αυτή η ουσία και που χορηγείται ως «φάρμακο» σε υπερκινητικά παιδιά. Επιπλέον, γίνεται μια συζήτηση για τους λόγους επικράτησης του Ritalin, μελετώντας σχετικές διαφημιστικές καμπάνιες του χθες και του σήμερα. Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε

άλλες, λιγότερο δημοφιλείς προσεγγίσεις του ζητήματος και τις εναλλακτικές θεραπείες που έχουν προταθεί.

Ουσιαστικά, έχοντας ως αφορμή την ιδιαίτερη και ταυτόχρονα πολύ χαρακτηριστική περίπτωση της ΔΕΠΥ, θεωρούμε σημαντικό να αναδειχθεί το πώς κατασκευάζεται κοινωνικά η πραγματικότητά μας. Γενικότερα, αλλά και ειδικά για μελλοντικούς/ες εκπαιδευτικούς, είναι απαραίτητο να μπορούν να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα των φαινομένων που μας περιβάλλουν και τον δικό μας ρόλο ως δρώντα υποκείμενα μέσα σε αυτά, σε μια προοπτική συμπεριληπτική, όπου σκοπός δεν θα είναι η κανονικοποίηση, η πειθάρχηση και ο έλεγχος, αλλά η αποδοχή και ο σεβασμός.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : «Τι είναι η ΔΕΠΥ»



## I. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ας φανταστούμε έναν αγώνα δρόμου, στον οποίο δύο δρομείς φτάνουν ταυτόχρονα στη γραμμή του τερματισμού. Αυτή η στιγμή του πανηγυρισμού, το τέλος του αγώνα, δεν είναι παρά ένα στιγμιότυπο μιας μακράς διαδικασίας. Αν κριθούν από αυτό το μοναδικό στιγμιότυπο, γρήγορα οδηγούμαστε στη διαπίστωση πως πρόκειται για ισοπαλία, πως μπροστά μας έχουμε δύο εξίσου ικανούς αθλητές. Κοιτάζοντας όμως πίσω, θα δούμε πως ο πρώτος αθλητής έχει διανύσει μια μεγάλη απόσταση, συνάντησε εμπόδια στον δρόμο του και αντιμετώπισε δυσμενείς συνθήκες, ενώ ο δεύτερος ξεκίνησε λίγα μόλις μέτρα νωρίτερα, χωρίς να χρειαστεί να αντιμετωπίσει κάποια ιδιαίτερη δυσκολία. Γνωρίζοντας αυτό, ενδεχομένως, να αναθεωρούσαμε την αρχική μας διαπίστωση. Το παρόν μας δεν είναι παρά το αποτέλεσμα μιας περίπλοκης σειράς γεγονότων, αποφάσεων, επιδράσεων από συνθήκες εντός και εκτός του ελέγχου μας. Είναι αδύνατον να ερμηνευτεί, να κριθεί και να γίνει κατανοητό οτιδήποτε συμβαίνει στο παρόν, αν δεν διερευνηθεί σε βάθος το τι έχει συμβεί στο παρελθόν. Καμία συνθήκη και κανένα συμβάν δεν υπάρχουν εν κενώ. Είναι απαραίτητη η χωροχρονική πλαισίωση κάθε ζητήματος που μας αφορά, καθώς κάθε τόπος, κάθε ιστορική εποχή, κάθε κοινωνικό πλαίσιο θέτει τις δικές του απαιτήσεις, στις οποίες οι άνθρωποι ανταποκρίνονται με

έναν συγκεκριμένο τρόπο, για συγκεκριμένους κάθε φορά λόγους. Καμία εξέλιξη δεν συμβαίνει τυχαία, καθετί κρύβει πίσω του τόσο σύνθετες διεργασίες που θα ήταν παντελώς άσκοπο να συζητηθεί οποιοδήποτε φαινόμενο έξω από την ιστορικότητά του.

Ακριβώς για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι απαραίτητο, για να κατανοήσουμε το φαινόμενο της ΔΕΠΥ, να γίνει μια ιστορική αναδρομή και να διερωτηθούμε: πώς φτάσαμε εδώ που φτάσαμε; Παρακάτω, θα γίνει μια προσπάθεια κριτικής ανάλυσης των συνθηκών που γέννησαν αυτό που σήμερα, τόσο φυσικά και αυτονόητα, ονομάζουμε ΔΕΠΥ, ξεκινώντας από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα και φτάνοντας έως τις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα.

### ***Τέλη 19<sup>ου</sup> αιώνα- Αρχές 20<sup>ου</sup> αιώνα: Η παιδική ηλικία στο επίκεντρο***

*“Ob der Phillip Heute still  
Wohl bei Tische sitzen will  
Also sprach im ernsten Ton  
Der Papa zu seinem Sohn  
Und die Mutter blickte stumm  
Auf dem ganzen Tisch herum.  
Doch der Phillip hörte nicht,  
Was zu ihm der Vater spricht  
Er gaukelt  
Und schaukelt,  
Er trappelt  
Und zappelt  
Auf dem Stuhle hin und her  
“Phillip das missfällt mir sehr!“  
Seht, ihr lieben Kinder, seht  
Wie’s dem Phillip weiter geht!  
Oben steht es auf dem Bild  
Seht! Er gaukelt gar zu wild!  
Bis der Stuhl nach hinten fällt;  
Da ist nichts mehr, was ihn hält  
Nach dem Tischtuch greift er, schreit  
Doch was hilft’s? Zu gleicher Zeit  
Fallen Teller, Flasch und Brot,  
Vater ist in großer Not  
Und die Mutter blickte stumm  
Auf dem ganzen Tisch herum.*

*Heinrich Hoffman, “Struwwelpeter” (1845)*

Η ύπαρξη του «κανονικού» και του «αποκλίνοντος» διατρέχει από πολύ νωρίς την ιστορία της ανθρωπότητας. Πάντοτε θα υπάρχει κάποιος/α που δεν θα ανταποκρίνεται σε αυτό που απαιτεί η νόρμα. Αυτό που αλλάζει, λοιπόν, είναι το ποια είναι η νόρμα και το πού

δίνεται βαρύτητα κάθε φορά. Ήδη από το 1845, παιδιά σαν τον άτακτο Phillip, ο οποίος δυσκολευόταν να καθίσει ήσυχος στο τραπέζι με τους γονείς του, ενοχλούσαν. Επομένως, ήδη από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα είχε σχηματιστεί μία συγκεκριμένη εικόνα του «καλού παιδιού»: το παιδί που βλέπεις, αλλά δεν το ακούς, το φρόνιμο παιδί, που ακολουθεί κατά γράμμα τις εντολές των ενηλίκων, μια εικόνα που και σήμερα ακόμα, δύο αιώνες σχεδόν αργότερα, δεν έχει αλλάξει ιδιαίτερα. Ωστόσο, ιστορίες όπως αυτή του Phillip, δεν είχαν ακόμα ιατρική νοσηματοδότηση, ερμηνεία και αντιμετώπιση.

Αυτό αρχίζει να αλλάζει στα τέλη του αιώνα και ιδίως στις αρχές του 20<sup>ού</sup>, όταν τέτοιες συμπεριφορές ξεκίνησαν να εντάσσονται σε συζητήσεις ιατρικού ενδιαφέροντος. Το 1899, ο Thomas Clouston (1840-1915) έκανε λόγο για «απλή υπερδιέγερση», «υπερευαισθησία» και «ψυχική εκρηκτικότητα» [simple hyper-excitability, hypersensitiveness, mental explosiveness] σε παιδιά τα οποία χαρακτηρίζονται από έντονη ζωηράδα, γρήγορες και απότομες εναλλαγές στη δραστηριότητά τους, έντονες αντιδράσεις σε ερεθίσματα<sup>3</sup> συμπτώματα που σίγουρα προσομοιάζουν στη ΔΕΠΥ όπως την ξέρουμε σήμερα και θα δούμε στη συνέχεια της εργασίας μας. Ο Clouston, σε αντίθεση με άλλους ειδικούς αργότερα, θεώρησε ότι πρόκειται για ένα φαινόμενο παροδικό, με διάρκεια από λίγους μήνες έως έναν χρόνο, και το οποίο εμφανίζεται πιο συχνά σε κορίτσια από ό,τι σε αγόρια.<sup>4</sup> Απέδιδε την εμφάνιση του φαινομένου σε κάποιο πρόβλημα στον εγκεφαλικό φλοιό και την αντιμετώπιζε με χορήγηση αρκετά μεγάλης ποσότητας ενώσεων βρωμίου σε παιδιά, που λειτουργούσαν ως ηρεμιστικά.<sup>5</sup> Ωστόσο, σπάνια αναφέρεται το όνομά του στη βιβλιογραφία, και έτσι πρωτοστάτης θεωρείται ο Sir George Still, με την ομιλία του, τρία μόλις χρόνια αργότερα (1902), στο Royal College of Physicians του Λονδίνου.<sup>6</sup>

Πριν μπορέσει να γίνει αναφορά στο τι ακριβώς είπε ο Still, κρίνεται θεμιτό να τον τοποθετήσουμε στο ευρύτερο ιστορικό πλαίσιο για να κατανοήσουμε τη δράση του, μιας και από πολλούς θεωρείται ότι σηματοδοτεί την απαρχή της ΔΕΠΥ. Στρέφοντας το βλέμμα στο παρελθόν του, κατά τη δεκαετία του 1870 την ιατρική κοινότητα απασχολούσαν τα «ανόητα»

---

<sup>3</sup> M. Smith, (2013). *Hyperactive: The controversial history of ADHD*. Reaktion books, σελ. 35.

<sup>4</sup> Στο ίδιο, σελ. 36.

<sup>5</sup> Στο ίδιο.

<sup>6</sup> Στο ίδιο, σελ. 35.

παιδιά [idiots], παιδιά, δηλαδή, που λόγω κάποιας βιολογικής βλάβης αδυνατούσαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.<sup>7</sup> Αυτή η «ανοησία», την οποία σήμερα θα ονομάζαμε με λιγότερο στιγματιστικούς όρους νοητική αναπηρία, ήταν ένα φαινόμενο που απασχολούσε την ιατρική κοινότητα, και μάλιστα παρουσίαζε διαβαθμίσεις. Οι ειδικοί μιλούσαν και για «imbeciles», για παιδιά, δηλαδή, τα οποία, σε αντίθεση με ένα «ανόητο» παιδί, μπορούσαν να φέρουν εις πέρας βασικές δραστηριότητες και να αυτό-εξυπηρετηθούν, αλλά σε δεύτερο επίπεδο, στις κοινωνικές τους σχέσεις και στην ακαδημαϊκή τους πορεία, η βλάβη που έφεραν δεν τους επέτρεπε να προχωρήσουν.<sup>8</sup> Είναι προφανές ότι τα παιδιά αυτά απέκλιναν από το «κανονικό» και φυσικά αυτό επηρέαζε και τη συμπεριφορά τους, η οποία, κατά συνέπεια, οριζόταν ως «αποκλίνουσα».

Την εποχή του Still, λοιπόν, βρέθηκε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος μια ομάδα παιδιών που φαινομενικά δεν χωρούσαν πουθενά: αφενός, συμπεριφέρονταν με έναν τρόπο «εριστικό», «μη αποδεκτό», αφετέρου, όμως, ο δείκτης νοημοσύνης τους δεν ήταν χαμηλός.<sup>9</sup> Απεναντίας, πολλά παιδιά παρουσίαζαν υψηλή νοημοσύνη. Παρόλα αυτά, δεν τα κατάφερναν στο σχολείο και παρουσίαζαν «αντικοινωνική συμπεριφορά». Γεννιέται έτσι ο όρος «ηθικά ανόητος» [moral imbecile]. Τα παιδιά αυτά, λοιπόν, αδυνατούσαν να προσαρμοστούν στους κανόνες της κυρίαρχης ηθικής, να κάνουν «το σωστό» και να ενσωματωθούν στην κοινωνία, επειδή, σύμφωνα με την ιατρική κοινότητα, δεν ήταν ικανά να το κάνουν από βιολογικής άποψης.<sup>10</sup> Η έλλειψη ηθικής εξηγήθηκε με όρους βιολογίας και η ανυπακοή μετατράπηκε σε ιατρικό πρόβλημα, καθώς αποδιδόταν πλέον σε οργανικά αίτια. Τιμωρίες και ποινές δεν είχαν αποτέλεσμα στα παιδιά αυτά και όλες οι υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες φαίνεται να λειτουργούσαν αποτελεσματικά.<sup>11</sup> Ήταν, δηλαδή, περισσότερο ένα ζήτημα ηθικής. Αν ληφθεί υπ' όψιν το γεγονός ότι το «ηθικό» και το «ανήθικο» είναι όροι που προσδιορίζονται κοινωνικά και αλλάζουν όχι μόνο από εποχή σε εποχή, από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τις εκάστοτε αξίες και συνθήκες, είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον το γεγονός

---

<sup>7</sup> A. Rafalovich, (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. *Deviant Behavior*, 22(2), σελ. 99.

<sup>8</sup> Στο ίδιο, σελ. 100.

<sup>9</sup> Στο ίδιο, σελ. 101.

<sup>10</sup> Στο ίδιο, σελ. 101-102.

<sup>11</sup> Στο ίδιο, σελ. 103.

ότι προσεγγιζόταν ως κάτι απόλυτο και αντικειμενικό μέσα από τέτοιου είδους βιολογικές εξηγήσεις, οδηγώντας σε ένα είδος βιολογικού ντετερμινισμού, το οποίο επρόκειτο, όπως θα δούμε στη συνέχεια, να επιμείνει.

Από τη συζήτηση αυτή σχετικά με τα «ανόητα» παιδιά [idiots, imbeciles] και, κατ'επέκταση, και τα «ηθικά ανόητα» [moral imbeciles] αναδεικνύονται η ηθική και η διαγωγή των παιδιών ως ένα ζήτημα που αφορά την ιατρική κοινότητα, ένα ιατρικό «πρόβλημα», στο πλαίσιο της ιατροποίησης και της επιστημονικής διαχείρισης της παιδικής ηλικίας τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Τόσο ο Clouston όσο και ο Still συνέβαλαν στην εδραίωση αυτής της ιδέας. Ειδικότερα, ο Still ερεύνησε τη συμπεριφορά 20 παιδιών και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ηθική και η έλλειψή της έχουν βιολογική βάση.<sup>12</sup> Τα παιδιά αυτά είχαν «κανονικό», όπως ορίζεται από κάποια τεστ, τα οποία αξιολογούν με έναν συγκεκριμένο τρόπο πολύ συγκεκριμένες δεξιότητες, δείκτη νοημοσύνης, αλλά ήταν επιθετικά, υπερκινητικά, δεν αντιδρούσαν σε ποινές, δεν μπορούσαν να εστιάσουν την προσοχή τους – μάλιστα, αυτό συνέβαινε κυρίως σε αγόρια.<sup>13</sup> Ενώ, λοιπόν, τα ίδια τα φαινόμενα, στα οποία αναφέρεται ο Still, είναι μεταβλητά και κοινωνικώς προσδιοριζόμενα, ο ίδιος απέδωσε αυτή τη συνθήκη σε υποτιθέμενες γνωστικές λειτουργίες και βλάβες στον εγκέφαλο. Μάλιστα, του έκανε ιδιαίτερη εντύπωση ότι σε κάποιες περιπτώσεις εντόπιζε σαφές νευρολογικό τραύμα, στο οποίο απέδιδε την «αποκλίνουσα» συμπεριφορά, ενώ σε άλλες δεν υπήρχε τίποτα παρόμοιο.<sup>14</sup>

Κάτι που υπογράμμισε ο Still είναι ότι η συμπεριφορά αυτή δεν έχει καμία σχέση με το περιβάλλον και τις επιρροές του, αλλά είναι ένα ξεκάθαρα οργανικό ζήτημα. Με άλλα λόγια, θεωρούσε «παθολογικό» το γεγονός ότι τα παιδιά αυτά δεν μπορούσαν να ασκήσουν αυτοέλεγχο και να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά τους με βάση τις κοινωνικές νόρμες.<sup>15</sup> Αυτά τα παιδιά που ήταν «πολύ έξυπνα για να ενταχθούν στην κατηγορία των 'ανόητων'» και

---

<sup>12</sup> R. Mayes & A. Rafalovich, (2007). Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900-80. *History of Psychiatry*, 18(4), σελ. 437-438.

<sup>13</sup> Στο ίδιο, σελ. 437.

<sup>14</sup> Στο ίδιο, σελ. 37.

<sup>15</sup> Rafalovich, The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder, σελ. 105.

«υπερβολικά νέα για να θεαθούν ως εγκληματίες»,<sup>16</sup> σηματοδοτούν την επίσημη έναρξη μιας μακράς συζήτησης που φτάνει έως τις μέρες μας.

Με μια πρώτη ματιά, και με βάση τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, της έλλειψης προσοχής και συγκέντρωσης, φαίνεται πως, πράγματι, εδώ μιλάμε για μία κατάσταση αντίστοιχη με αυτό που σήμερα αποκαλούμε και ταξινομούμε ως ΔΕΠΥ. Ωστόσο, αν αναρωτηθούμε ποια ήταν αυτά τα 20 παιδιά που ερεύνησε ο Still, η εικόνα αλλάζει. Τα περισσότερα από αυτά τα παιδιά βρίσκονταν σε ψυχιατρικά ιδρύματα και άλλα επρόκειτο σύντομα να μπουν. Χαρακτηρίζονταν από βίαιες εξάρσεις προς άλλους, προς τα ζώα, προς τον ίδιο τους τον εαυτό, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, κλοπή, κ.ά.<sup>17</sup> Θα είχε ενδιαφέρον να εξεταστεί, σε τέτοιες περιπτώσεις, η σχέση αιτίου και αποτελέσματος – των βίαιων εξάρσεων, για παράδειγμα, και του εγκλεισμού σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Ο τρόπος, με τον οποίο ένα τέτοιο περιβάλλον επιδρά στον ψυχισμό ενός παιδιού, δεν φαίνεται να απασχόλησε τον Still στο έργο του. Η υπερκινητικότητα ήταν ένα δευτερεύον σύμπτωμα, αμελητέο μπροστά στα υπόλοιπα. Παρόλα αυτά, η αρχή είχε γίνει. Μπήκαν στο προσκήνιο και έγιναν θέμα διαφωνιών τα άτομα που παρουσίαζαν «μη κανονική συμπεριφορά». Η συζήτηση συνεχίστηκε σε ιατρικούς κύκλους και έντεκα χρόνια μετά την ομιλία του Still και με την επιρροή του Alfred F. Tredgold, καθιερώνεται ο όρος «διανοητική αδυναμία» [feeble mindedness] (1913), για να περιγράψει τα άτομα εκείνα που λόγω της συμπεριφοράς τους αδυνατούν να συμμετάσχουν ικανοποιητικά στην εκπαίδευση, ακόμη κι αν δεν παρουσιάζουν γενικά νοητική αναπηρία· μία κατάσταση που αποδίδεται σε οργανικές αιτίες, σε μία ήπια βλάβη στον εγκέφαλο που πιθανολογείται ότι συνέβη στη γέννα και γίνεται εμφανής στα πρώτα χρόνια φοίτησης στο σχολείο.<sup>18</sup> Μέσα σε όλη αυτή τη συζήτηση δεν συμπεριλαμβάνονται περιβαλλοντικοί παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παιδιού. Η στροφή προς την οργανική αιτιολογία και η παντελής έλλειψη αναφοράς σε κοινωνικούς, οικογενειακούς, κ.λπ. παράγοντες είναι εμφανής. Ήδη από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, το βιολογικό μοντέλο κυριαρχεί και η ιδέα ότι η συμπεριφορά των παιδιών έχει βιολογική βάση ενισχύεται μετά το 1918 με τη λεγόμενη ισπανική γρίπη και τη ληθαργική εγκεφαλίτιδα [encephalitis lethargica].

---

<sup>16</sup> Στο ίδιο, σελ. 105-106.

<sup>17</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 37-38.

<sup>18</sup> Mayes & Rafalovich, *Suffer the restless children*, σελ. 439.

Η επιδημία της ισπανικής γρίπης ξέσπασε το 1918 και υπολογίζεται πως κόστισε τη ζωή σε πάνω από 30 εκατομμύρια ανθρώπους.<sup>19</sup> Πιο συγκεκριμένα, πάνω από ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού, περίπου 500 εκατομμύρια άτομα, αρρώστησαν και εμφάνισαν κλινικά συμπτώματα,<sup>20</sup> ανάμεσά τους, προφανώς, και παιδιά. Στις αρχές της δεκαετίας του 1920, λοιπόν, ειδικοί άρχισαν να παρατηρούν αντικοινωνική συμπεριφορά, παρορμητικότητα, έντονες εναλλαγές στη διάθεση, υπερκινητικότητα, βίαιες συμπεριφορές, σε παιδιά χωρίς γνωστικά προβλήματα, τα οποία είχαν ένα κοινό: είχαν κολλήσει την αρρώστια και επέζησαν.<sup>21</sup> Περιγράφηκαν συμπτώματα παρόμοια με αυτά που είχαν περιγραφεί στο παρελθόν και παρόμοια και με αυτά που σήμερα γνωρίζουμε ως συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «διαταραχή της συμπεριφοράς μετά από εγκεφαλική κάκωση» [post-encephalitic behavior disorder] και για πολλούς γιατρούς αποτελεί την πλέον απτή απόδειξη ότι υπάρχει μια σύνδεση ανάμεσα στη συμπεριφορά, και ιδίως την αποκλίνουσα συμπεριφορά των παιδιών, με βιολογικά αίτια, και σε κάποια βλάβη στον εγκέφαλο.<sup>22</sup> Όμως, πόσο έγκυρη είναι αυτή η κατάσταση ως απόλυτη απόδειξη; Δεν εξηγείται το τι συμβαίνει όταν παρατηρείται τέτοια συμπεριφορά σε παιδιά που δεν έχουν υποστεί κάποια βλάβη ή τι συμβαίνει όταν παιδιά που έχουν υποστεί ανάλογη βλάβη δεν εμφανίζουν τέτοιου είδους συμπεριφορές. Για μια ακόμα φορά προκύπτει και το ζήτημα του προσδιορισμού και της εδραίωσης της αποδεκτής και μη αποδεκτής συμπεριφοράς. Επιπλέον, στην περίπτωση της διαταραχής της συμπεριφοράς μετά από εγκεφαλική κάκωση, η απουσία της συμπερίληψης κοινωνικών παραγόντων στην προσπάθεια κατανόησης κάποιων μοτίβων συμπεριφοράς είναι εντυπωσιακή, ακριβώς επειδή τοποθετείται σε μια ιδιαίτερα δύσκολη ιστορική περίοδο. Τα παιδιά, τα οποία διαγνώστηκαν με αυτή τη διαταραχή, έζησαν τα δεινά του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, έζησαν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, ήρθαν αντιμέτωπα με την απώλεια αγαπημένων τους προσώπων, κάθε νέα μέρα ήταν αβέβαιη και ο φόβος κυριαρχούσε. Πέραν αυτού, έζησαν μία από τις πιο θανατηφόρες πανδημίες που έχει ταλανίσει την ανθρωπότητα, τα ίδια αρρώστησαν και, κατά πάσα πιθανότητα, αρρώστησαν και πολλά πρόσωπα του άμεσου οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Πώς επιδρούν όλα αυτά στον ψυχισμό ενός παιδιού; Με

---

<sup>19</sup> Στο ίδιο, σελ. 440.

<sup>20</sup> J. K. Taubenberger, & D. M. Morens, (2006). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, 12(1), σελ. 15.

<sup>21</sup> Mayes & Rafalovich, Suffer the restless children, σελ. 440-441.

<sup>22</sup> Στο ίδιο.

ποιους τρόπους θα μπορούσε να τα διαχειριστεί; Ποιοι είναι οι παράγοντες που το βοηθούν να το κάνει και ποιοι το δυσκολεύουν; Αυτά είναι ερωτήματα, τα οποία ίσως να άλλαζαν τελείως την ερμηνεία που, εν τέλει, δόθηκε στις συμπεριφορές που παρατηρούνταν. Ωστόσο, πρωταγωνιστικό ρόλο εξακολουθούσε να διαδραματίζει η βιολογική προσέγγιση, καθώς βασική πεποίθηση ήταν ότι οι «διαταραχές συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία είναι διαταραχές του εγκεφάλου και όχι του μυαλού».<sup>23</sup>

Κατά συνέπεια, άρχισαν να γίνονται όλο και περισσότερες έρευνες για τη σχέση ανάμεσα σε εγκεφαλική βλάβη και προβλήματα συμπεριφοράς.<sup>24</sup> Το 1934, οι Eugene Kahn και Louis Cohen, μετά από έρευνά τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν και σε προηγούμενες έρευνες συνδέονται με ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό, την υπερκινητικότητα, την οποία θεώρησαν αποτέλεσμα οργανικών παραγόντων [organic drivenness] ή πλεόνασμα εσωτερικών παρορμήσεων [surplus of inner impulsion].<sup>25</sup> Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι έρευνες προοδευτικά γενικεύονταν ολοένα και περισσότερο, από την άποψη ότι πλέον δεν περιορίζονταν μόνο σε παιδιά με συγκεκριμένη εγκεφαλική βλάβη. Στην προκειμένη περίπτωση, στην έρευνα συμμετείχαν παιδιά χωρίς συγκεκριμένο νευρολογικό τραύμα και υπαίτιος για την υπερβολική δραστηριότητά τους θεωρήθηκε ο τρόπος λειτουργίας του εγκεφάλου.<sup>26</sup> Ο όρος που χρησιμοποιείτο πλέον, μετά τη δεκαετία του 1930, είναι «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη» [minimal brain damage].

### ***Από τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα: Διάγνωση και ταξινόμηση***

Τη δεκαετία του 1950, ολοένα και περισσότερες ψυχικές διαταραχές αποκτούν μια συγκεκριμένη διαγνωστική εικόνα με τη δημοσίευση της πρώτης έκδοσης του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών* [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*] το 1952,<sup>27</sup> την ίδια χρονιά που ο κλάδος της ψυχιατρικής σημειώνει

<sup>23</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 43.

<sup>24</sup> Στο ίδιο, σελ. 40.

<sup>25</sup> Mayes & Rafalovich, *Suffer the restless children*, σελ. 441.

<sup>26</sup> Στο ίδιο, σελ. 442.

<sup>27</sup> Στο ίδιο, σελ. 446.



μια έντονη στροφή προς την ψυχοφαρμακολογία, όπως θα δούμε και παρακάτω, καθώς κυκλοφορεί το πρώτο αντιψυχωσικό, η χλωροπρομαζίνη.<sup>28</sup> Προκειμένου να είναι πιο εύκολη η διάγνωση και η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, η επιστημονική κοινότητα αξιοποιεί αυτό το εργαλείο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Με δεδομένο ότι η ΔΕΠΥ πρωτοεμφανίστηκε και διαδόθηκε στις ΗΠΑ, έχει νόημα να εξετάσουμε την αμερικανική έκδοση. Στην Ευρώπη, υπάρχει αντίστοιχα η Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD] του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας,<sup>29</sup> αν και ψυχίατροι στην Ευρώπη, και στην Ελλάδα ειδικότερα, χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό και των δύο. Είναι γεγονός ότι το DSM, σε κάθε μία από τις πέντε αναθεωρημένες εκδόσεις του, είναι ένα εγχειρίδιο δυτικό-κεντρικό, το οποίο δεν λαμβάνει υπόψη πολιτισμικές και κοινωνικές διαφοροποιήσεις, αλλά αντίθετα μοιάζει να προωθεί μια λογική ομογενοποίησης των «ψυχικά ασθενών», αγνοώντας την πολλαπλότητα της «εμπειρίας, του βιώματος και των νοσηματοδοτήσεων της ψυχικής ασθένειας σε ποικίλα κοινωνικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα».<sup>30</sup> Με το πέρασμα των χρόνων προστίθενται ολοένα και περισσότερες διαγνωστικές κατηγορίες και «διαταραχές», ολοένα και περισσότερα μοτίβα συμπεριφοράς ετικετοποιούνται ως «παθολογικά», ενώ τα κριτήρια που πρέπει κανείς να πληροί προκειμένου να διαγνωστεί μοιάζουν πολύ αόριστα και γενικά, όπως θα διαπιστωθεί και παρακάτω.

Η ΔΕΠΥ, όπως την αποκαλούμε σήμερα, δεν αποτελεί εξαίρεση. Αυτό που πριν είκοσι χρόνια είχε ονομαστεί «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη», το 1957 γίνεται «υπερκινητική παρορμητική διαταραχή» [hyperkinetic impulse disorder], μια ονομασία που δόθηκε από τους Maurice Laufer, Eric Denhof και Gerald Solomons.<sup>31</sup> Ωστόσο, στα επίσημα έγγραφα δεν υπήρχε ακόμα ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία. Στην πρώτη έκδοση του εγχειριδίου, δεν γίνεται κάποια συγκεκριμένη αναφορά σε υπερκινητικά ή απρόσεκτα και παρορμητικά παιδιά.

---

<sup>28</sup> Β. Λέκκα, (2020). Το «ένοχο μυστικό» της Ευρώπης; Σκέψεις για την ψυχιατρική του χθες και του σήμερα. Στο Δ. Καρυδάκη (επιμ.), *Η Λέρος στο επίκεντρο και στο περιθώριο: ιστορία, πολιτική, ψυχιατρική*. Ψηφίδες, σελ. 47-70.

<sup>29</sup> <https://socialpolicy.gr/2022/02/π-ο-υ-νέα-διεθνής-στατιστική-ταξινόμηση.html> (22/11/2023).

<sup>30</sup> Λέκκα, «Το ένοχο μυστικό» της Ευρώπης;, σελ. 55.

<sup>31</sup> Mayes & Rafalovich, *Suffer the restless children*, σελ. 444.

Η είσοδος της διαταραχής στο εγχειρίδιο γίνεται επίσημα δεκαέξι χρόνια αργότερα, όταν εκδίδεται το DSM-II (1968).<sup>32</sup>

«Υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία (ή και κατά την ενηλικίωση)» [hyperkinetic reaction of childhood or adolescence] ονομάζεται η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, ακινησία, έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής στο DSM-II,<sup>33</sup> και στην οποία έχει αφιερωθεί μόλις μία παράγραφος. Θεωρείται ότι τα συμπτώματα μειώνονται όσο το παιδί μεγαλώνει, με αποτέλεσμα να μην είναι υπαρκτά στην ενήλικη ζωή,<sup>34</sup> προσδίδοντας στη διαταραχή έναν αναπτυξιακό χαρακτήρα. Η λέξη «αντίδραση» που εμπεριέχεται στην επίσημη ονομασία έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ιδίως αν αναλογιστούμε το γεγονός ότι στη διαδικασία συγγραφής της συγκεκριμένης έκδοσης συμμετείχαν αρκετοί/ές ειδικοί που ασπάζονται την ψυχαναλυτική προσέγγιση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.<sup>35</sup> Η διατύπωση αυτή παραπέμπει στην αντίληψη ότι η συμπεριφορά και, κατ' επέκταση, και η «προβληματική» συμπεριφορά, είναι μια αντίδραση σε δυσκολίες του παρελθόντος.<sup>36</sup> Επομένως, δίνεται βαρύτητα σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και στην επιρροή που αυτοί ασκούν, κάτι που, όπως έγινε φανερό από τη μελέτη της ιστορίας της διαταραχής, ήταν εξαιρετικά σπάνιο. Παρόλα αυτά, η αφήγηση περί εγκεφαλικής βλάβης ή δυσλειτουργίας φαίνεται τόσο ισχυρή που εμμένει και σε μία έκδοση με ψυχαναλυτικό προσανατολισμό, καθώς αναφέρεται ρητά πως «αν αυτή η συμπεριφορά οφείλεται σε οργανικά αίτια, θα πρέπει να διαγνωστεί καταλλήλως στην κατηγορία των μη ψυχωτικών, οργανικών εγκεφαλικών συνδρόμων»,<sup>37</sup> τα οποία θυμίζουν τις μόνιμες εγκεφαλικές διαταραχές της προηγούμενης έκδοσης. Αυτό δείχνει ότι η σύνδεση συμπεριφοράς και οργανικότητας δεν αμφισβητείται, σε καμία περίπτωση· απεναντίας, εξακολουθεί να παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο.

---

<sup>32</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 75.

<sup>33</sup> American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2<sup>nd</sup> ed., DSM – II. APA, σελ. 50.

<sup>34</sup> Στο ίδιο.

<sup>35</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 76.

<sup>36</sup> Mayes & Rafalovich, *Suffer the restless children*, σελ. 449.

<sup>37</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2<sup>nd</sup> ed., DSM – II, σελ. 50.

Από τη δεκαετία του 1960, λοιπόν, αποτελεί συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία και περιγράφεται ως μία διαταραχή, η οποία:

*ενδέχεται να είναι εμφανής ήδη από τη βρεφική ηλικία ή και να πρωτοεμφανιστεί στην ηλικία των 5 ή 6 ετών [...] Η υπερκινητικότητα είναι το πλέον χαρακτηριστικό στοιχείο [...] Επίσης, παρατηρείται ελλειμματική προσοχή και δυσκολίες στη συγκέντρωση, οι οποίες γίνονται ιδιαίτερα αισθητές στο σχολείο [...] Το παιδί είναι παρορμητικό [...] μπερδεύεται εύκολα και είναι επιθετικό, με χαμηλή ανοχή σε απογοητεύσεις. Συνήθως έχει χαμηλή επίδοση στο σχολείο.<sup>38</sup>*

Η έμφαση δίνεται στην υπερκινητικότητα και γενικά τα συμπτώματα εκδηλώνονται κυρίως στο πλαίσιο του σχολείου και οδηγούν σε χαμηλή σχολική επίδοση, ενώ στο παρελθόν η βαρύτητα δινόταν σε ανήθικες συμπεριφορές και βίαιες εξάρσεις,<sup>39</sup> γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα να γενικεύεται όλο και περισσότερο η διάγνωση, καθώς όλο και περισσότερα παιδιά πληρούσαν τα προαναφερθέντα κριτήρια. Πλέον, δηλαδή, δεν γίνεται λόγος για την ύπαρξη κάποιας εμφανούς νευρολογικής βλάβης ή κάποιου συγκεκριμένου νευρολογικού τραύματος, όπως κατά τη δεκαετία του 1920, αλλά κάθε παιδί θα μπορούσε εν δυνάμει να διαγνωστεί. Η αιτιολογία του φαινομένου που δόθηκε από τους ερευνητές αντλεί, για μια ακόμα φορά, από το βιολογικό ερμηνευτικό μοντέλο. Υποστηρίζουν πως δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι όλα τα παιδιά που διαγνώστηκαν είχαν κάποια παρατηρήσιμη βλάβη στον εγκέφαλο, και δεν ήταν καθόλου απαραίτητο κριτήριο για να υπάρξει διάγνωση. Εντούτοις, απέδωσαν τη διαταραχή σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου, που οδηγεί σε μία υπερ-πρόσληψη ερεθισμάτων, τα οποία, στη συνέχεια, τα παιδιά δεν μπορούν να διαχειριστούν.<sup>40</sup> Στη λογική αυτής της γενίκευσης, από τα μέσα της δεκαετίας του 1960, εφόσον πολλά παιδιά είχαν συμπτώματα αλλά όχι κάποια αποδείξιμη βλάβη, ο όρος εγκεφαλική βλάβη [brain damage], που χρησιμοποιούνταν ως τότε, γίνεται εγκεφαλική δυσλειτουργία [brain dysfunction], διατηρώντας μεν την οργανικότητα, καθιστώντας δε τη διάγνωση πιο εύκολη.<sup>41</sup> Οι Laufer κ.ά. συνέβαλαν με αυτό τον τρόπο σημαντικά στη διάδοση της υπερκινητικής παρορμητικής

---

<sup>38</sup> Στο ίδιο.

<sup>39</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 50.

<sup>40</sup> Mayes & Rafalovich, *Suffer the restless children*, σελ. 444-445.

<sup>41</sup> Στο ίδιο, σελ. 448.

διαταραχής [hyperkinetic impulse disorder], αρχικά στις ΗΠΑ και, στη συνέχεια, σε ολόκληρο τον κόσμο. Τα συμπτώματα που περιγράφουν είναι μεν λιγότερα από αυτά που περιέγραψε ο Still, από την άλλη όμως είναι πολύ πιο συνηθισμένα.<sup>42</sup> Σταδιακά, η ΔΕΠΥ, όπως κι αν ονομαζόταν ανά τα χρόνια, αποκτά όλο και μεγαλύτερο «κοινό» και αρχίζει να παίρνει διαστάσεις επιδημίας στις ΗΠΑ.

Το ερώτημα που τίθεται είναι γιατί οι διαγνώσεις φαινομενικά δεν σταματούν να πληθαίνουν. Για να βρεθεί η απάντηση, χρειάζεται να θεαθεί το φαινόμενο μέσα στο πλαίσιο στο οποίο αναπτύχθηκε. Βρισκόμαστε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, τη δεκαετία του 1960. Έχουν προηγηθεί δύο Παγκόσμιοι Πόλεμοι και ένας ακόμα πόλεμος βρίσκεται εν εξέλιξη: ο Ψυχρός Πόλεμος(1945-1991).<sup>43</sup> Ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις ΗΠΑ και στη Σοβιετική Ένωση οξύνεται, όταν το 1957 οι Σοβιετικοί είναι οι πρώτοι που πηγαίνουν στο διάστημα, πράγμα που αποτελεί μεγάλη ήττα για τις ΗΠΑ, που γενικά φαίνονταν να χάνουν τον αγώνα της προόδου και της ανάπτυξης [brain race].<sup>44</sup> Η αποτυχία αυτή αποδίδεται σε ανεπάρκεια του εκπαιδευτικού συστήματος, με αποτέλεσμα να υπάρξουν αλλαγές και να αυξηθούν σημαντικά οι απαιτήσεις προς τα παιδιά. Ξαφνικά, το υπερκινητικό παιδί που δεν μπορούσε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σχολείου από πριν, έρχεται αντιμέτωπο με ακόμα περισσότερες απαιτήσεις και πιέσεις, και, ενώ πριν λίγα μόλις χρόνια δεν θα ολοκλήρωνε καν την υποχρεωτική εκπαίδευση, βρίσκεται τώρα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθώς η χώρα χρειαζόταν καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό.<sup>45</sup> Πολιτικοί, εκπαιδευτικοί και επιστήμονες προσπαθούσαν να εντοπίσουν τα αδύναμα σημεία του εκπαιδευτικού συστήματος που εμπόδιζαν φαινομενικά την πρόδό τους, και οτιδήποτε επηρέαζε αρνητικά τη σχολική επίδοση, δαιμονοποιούνταν. Ιδίως, συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτά που θεωρούνται συμπτώματα της ΔΕΠΥ θεωρήθηκαν «επικίνδυνες για το κοινό καλό».<sup>46</sup> Τα παιδιά αυτά μπαίνουν, λοιπόν, στο στόχαστρο, με τη λεγόμενη υπερκινητική παρορμητική διαταραχή [hyperkinetic impulse disorder] να συνδέεται άμεσα με τη σχολική αποτυχία: τα συμπτώματά της εμποδίζουν έξυπνα παιδιά να έχουν καλή επίδοση και, με αυτό

---

<sup>42</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 51.

<sup>43</sup> Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. J. Mason, (2002). *The cold war: 1945-1991*. Routledge.

<sup>44</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 58.

<sup>45</sup> Στο ίδιο, σελ. 54-56.

<sup>46</sup> Στο ίδιο, σελ. 54-55.

τον τρόπο, να «υπηρετήσουν την πατρίδα». Διαμορφώνεται σταδιακά το στερεότυπο του υπερκινητικού παιδιού: μαθητές και μαθήτριες μέσης ή και υψηλής νοημοσύνης με χαμηλές επιδόσεις.<sup>47</sup> Οι εκπαιδευτικοί καλούνται να εντοπίσουν αυτά τα παιδιά, ώστε να μπορέσει να γίνει διάγνωση και να ξεκινήσουν θεραπεία, κατά κανόνα με φαρμακευτική αγωγή. Μάλιστα, στα σχολεία υπήρχαν πλέον σχολικοί σύμβουλοι, οι οποίοι αποτελούσαν τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην τάξη και στην αίθουσα του ιατρού, παραπέμποντας παιδιά με «αποκλίνουσα» συμπεριφορά σε κάποιον/α ειδικό.<sup>48</sup> Αυτή η αντιμετώπιση ενίσχυε ακόμα περισσότερο την πεποίθηση ότι η ΔΕΠΥ είναι μια οργανική διαταραχή. Η αδυναμία συγκέντρωσης των παιδιών και η αποτυχία τους στο σχολείο αποδίδονται σε κάποια δυσλειτουργία του εγκεφάλου, που υποτίθεται ότι μπορεί να μετριαστεί με τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε περιβαλλοντικούς/κοινωνικούς/οικογενειακούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τη μαθησιακή εξέλιξη ενός παιδιού. Αυτό σημαίνει πως δεν υπάρχει κάποιος υπεύθυνος για αυτήν την κατάσταση, αλλά τα παιδιά αυτά ήταν «άτυχα» που γεννήθηκαν με αυτό, και έτσι η λύση δεν είναι άλλη από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Ο Ψυχρός Πόλεμος και οι συνθήκες που δημιουργήθηκαν μοιάζουν λοιπόν να πυροδότησαν την συζήτηση περί διαγωγής και συμπεριφοράς των παιδιών. Το 1968, η «υπερκινητική παρορμητική διαταραχή» [hyperkinetic impulse disorder] γίνεται «υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία» [hyperkinetic reaction of childhood], όπως αναγράφεται και επίσημα πλέον στη δεύτερη έκδοση του *DSM*.<sup>49</sup> Όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται πια για μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία και, μάλιστα, μία κατηγορία που μπορεί εύκολα να συμπεριλάβει εκατομμύρια παιδιά. Παρατηρείται μεγάλο ενδιαφέρον για τη διαταραχή αυτή από γονείς, από την κοινή γνώμη, από φαρμακευτικές εταιρείες που κάνουν καμπάνιες για τη διαταραχή και την αντιμετώπισή της.<sup>50</sup> Αυτό εν μέρει θα μπορούσε να εξηγηθεί, εάν αναλογιστούμε το νέο πρόσημο που έλαβε η παιδική ηλικία τα χρόνια που πέρασαν στις ΗΠΑ. Ιστορικά, τα παιδιά έχουν αποτελέσει, στις δυτικές καπιταλιστικές κοινωνίες, μια επένδυση για το μέλλον. Το να είναι κανείς παιδί, λοιπόν, φέρει και πολιτικές σημασίες, εφόσον σε πολλές περιπτώσεις τα παιδιά μοιάζουν να υπηρετούν έναν «ανώτερο

---

<sup>47</sup> Στο ίδιο, σελ. 71.

<sup>48</sup> Στο ίδιο.

<sup>49</sup> Στο ίδιο, σελ. 75.

<sup>50</sup> Στο ίδιο, σελ. 75-76.

σκοπό», στην περίπτωση μας, την εθνική ανασυγκρότηση και ευημερία,<sup>51</sup> κάτι που προφανώς επηρεάζει το συναίσθημα απέναντι στο «παιδί» και τον τρόπο προσέγγισης και αντιμετώπισης της παιδικής ηλικίας συνολικά. Είναι χαρακτηριστικό ότι κυριαρχούν αντιλήψεις που θεωρούν σχεδόν επικίνδυνο το να αφεθούν τα παιδιά να αποφασίζουν τα ίδια για το μέλλον τους, όταν μπορούν οι ενήλικες να πάρουν τις αποφάσεις για εκείνα, με τέτοιον τρόπο ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο «κερδοφόρα» αργότερα, να εξαντλήσουν το δυναμικό τους.<sup>52</sup> Τα παιδιά είναι κεφάλαιο και, υπό αυτό το πρίσμα, αποκτά τεράστια σημασία να καταπολεμηθεί οτιδήποτε αποκλίνει από το «κανονικό». Συγκεκριμένες συμπεριφορές είναι απαγορευτικές και αυτές θα πρέπει να «θεραπευτούν». Επομένως, η διάγνωση γίνεται ένα όπλο στα χέρια των ειδικών και τα φάρμακα η «ελπίδα» για το μέλλον. Είναι εμφανές, λοιπόν, ότι για να κατανοήσει κανείς τις πρακτικές που αφορούν την παιδική ηλικία, θα πρέπει πρώτα να αποσαφηνίσει πώς ακριβώς ορίζεται η παιδική ηλικία.

Το 1980, όταν εκδίδεται η τρίτη έκδοση του *DSM*, η έννοια της «υπερκινητικής αντίδρασης στην παιδική ηλικία» [hyperkinetic reaction of childhood] παραχωρεί τη θέση της στον όρο «Διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής» [Attention Deficit Disorder] που θεωρείται πλέον η συχνότερη διαταραχή της παιδικής ηλικίας.<sup>53</sup> Σε σχέση και με την προηγούμενη έκδοση, εκτοπίζεται ακόμα και η παραμικρή υπόνοια ψυχαναλυτικής θέασης του φαινομένου. Μιλάμε για μία περίοδο όπου η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της «αποκλίνουσας» συμπεριφοράς αποτελεί συνηθισμένη πρακτική, όπως θα δούμε στο επόμενο κεφάλαιο. Η περιγραφή της διαταραχής δεν καταλαμβάνει πια μόνο μία παράγραφο, αλλά τέσσερις σελίδες.<sup>54</sup> Η προσοχή – και όχι η υπερκινητικότητα – βρίσκεται στο επίκεντρο, καθώς θεωρείται ως το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής, το οποίο ενδέχεται να εμμένει και στην ενήλικη ζωή,<sup>55</sup> κάτι το οποίο στις αρχικές εκδόσεις του Εγχειριδίου δεν υποστηρίζεται. Διακρίνονται τρεις τύποι Διαταραχής της Ελλειμματικής Προσοχής: α) με υπερκινητικότητα, β) χωρίς την παρουσία υπερκινητικότητας και γ) με υπερκινητικότητα, η οποία φθίνει όσο

---

<sup>51</sup> Δ. Μακρυγιάννη, Εισαγωγή, σελ. 17.

<sup>52</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 76.

<sup>53</sup> Στο ίδιο, σελ. 97.

<sup>54</sup> American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> ed., DSM- III. APA, σελ. 41-45.

<sup>55</sup> Στο ίδιο, σελ. 41.

αναπτύσσεται το άτομο, ενώ άλλα συμπτώματα εμμένουν.<sup>56</sup> Προκειμένου ένα παιδί να διαγνωστεί, θα πρέπει να επιδεικνύει «ακατάλληλα για το αναπτυξιακό του στάδιο επίπεδα παρορμητικότητας και ελλειμματικής προσοχής»,<sup>57</sup> όπου προστίθεται και η υπερκινητικότητα, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής που εξετάζεται κάθε φορά. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη σχολική συμπεριφορά και επίδοση του παιδιού, στην ικανότητά του να κάθεται «ήσυχο», να ακούει τον/την εκπαιδευτικό, να φέρνει εις πέρας τις εργασίες που του/της ανατίθενται, αν και δεν αρκεί η «αποκλίνουσα» συμπεριφορά στο σχολείο. Για να υπάρξει διάγνωση, θα πρέπει αυτά τα μοτίβα συμπεριφοράς, που θεωρούνται «προβληματικά», να εμφανίζονται και σε άλλες συνθήκες (λ.χ., στο σπίτι και στο σχολείο). Σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση δίνονται πολλές παραπάνω πληροφορίες για τη διαταραχή, για τον επιπολασμό, για συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, για διαφοροδιάγνωση, για το φύλο, και τα διαγνωστικά κριτήρια γίνονται πιο συγκεκριμένα, ταυτόχρονα όμως παραμένουν αρκετά αόριστα, ώστε ο καθένας και η καθεμία που τυχαίνει να διαβάζει το εγχειρίδιο να μπορεί να ταυτιστεί με κάποια από αυτά.

Για πρώτη φορά από τις απαρχές της συζήτησης γύρω από αυτά τα μοτίβα συμπεριφοράς, η έμφαση δεν είναι στην υπερκινητικότητα. Παρά το γεγονός ότι στις προηγούμενες διατυπώσεις δεν αναφερόταν καθόλου η ελλειμματική προσοχή σαν σύμπτωμα, τώρα βρίσκεται στο επίκεντρο, ενώ απουσιάζει παντελώς η έννοια της υπερκινητικότητας, πράγμα που αλλάζει μόλις επτά χρόνια αργότερα, στην αναθεωρημένη έκδοση του 1987 (DSM-III-R) όταν καθιερώνεται ο όρος ΔΕΠΥ [Attention Deficit Hyperactivity Disorder].<sup>58</sup> Την εποχή εκείνη, έπειτα από την εδραίωση της ονομασίας ΔΕΠΥ, οι διαγνώσεις σε παιδιά σημείωσαν μία αλματώδη αύξηση της τάξεως του 50%.<sup>59</sup>

Ακόμα πιο αναλυτικά και συγκεκριμένα κριτήρια για τη διαταραχή παρατίθενται στις οκτώ σελίδες που αφιερώνονται στην τέταρτη έκδοση του Εγχειριδίου (DSM IV, 1994) σε αυτό

---

<sup>56</sup> Στο ίδιο.

<sup>57</sup> Στο ίδιο.

<sup>58</sup> Στο ίδιο, σελ. 163.

<sup>59</sup> Β. Λέκκα, (2024). Παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας: Κανονικοποιώντας την παιδική ηλικία στις σύγχρονες βιοπολιτικές κοινωνίες. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 162, σελ. 37.

που πλέον ονομάζεται Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).<sup>60</sup> Η έννοια της υπερκινητικότητας επιστρέφει στον τίτλο, καθώς θεωρείται εξίσου σημαντική με την ελλειμματική προσοχή. Διακρίνονται και πάλι τρεις τύποι της διαταραχής: α) ο μικτός τύπος, όπου εμφανίζονται συμπτώματα τόσο της υπερκινητικότητας όσο και της ελλειμματικής προσοχής, β) ο τύπος όπου κύριο ρόλο παίζει η υπερκινητικότητα και γ) ο τύπος όπου κύριο ρόλο παίζει η έλλειψη προσοχής.<sup>61</sup> Στην έκδοση αυτή τίθεται και περιορισμός ηλικίας, εφόσον αναφέρεται ότι για να υπάρξει διάγνωση είναι απαραίτητο να εμφανιστούν τα συμπτώματα πριν την ηλικία των 7 ετών, ενώ η «αποκλίνουσα» συμπεριφορά θα πρέπει να δυσχεραίνει την ανάπτυξη και την ένταξη του ατόμου σε τουλάχιστον δύο διαφορετικά πλαίσια.<sup>62</sup>

Η επιστημονική κοινότητα, δηλαδή, κατέληξε στο συμπέρασμα πως τόσο η ελλειμματική προσοχή όσο και η υπερκινητικότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση· ένα συμπέρασμα, το οποίο ευνοεί την περαιτέρω γενίκευση της διαταραχής, εφόσον δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν και τα δύο ταυτόχρονα, ούτε περιορίζεται σε ένα μόνο βασικό σύμπτωμα. Παρατηρείται, λοιπόν, η τάση να θεωρούνται σημαντικότερα τα συμπτώματα, παρά η αιτιολογία της διαταραχής.<sup>63</sup> Τόσο το παιδί που δεν μπορεί να καθίσει στη θέση του, όσο και το παιδί που αδυνατεί να συγκεντρωθεί στο γραπτό του, επιδεικνύουν, ενδεχομένως, δείγματα «παθολογικής» συμπεριφοράς.

Η γενίκευση αυτή ενισχύεται ακόμα περισσότερο με την έννοια των ενηλίκων με ΔΕΠΥ (ADHD-adults). Η συζήτηση για ενήλικες με ΔΕΠΥ ξεκινά ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, αλλά εδραιώνεται με το *DSM-III*, καθώς τα κριτήρια που τίθενται είναι πιο αόριστα και μπορούν να προσαρμοστούν εύκολα και στην ενήλικη ζωή.<sup>64</sup> Προκύπτουν πολλά ζητήματα ως προς τη φύση της διαταραχής, ως προς το εάν και κατά πόσο παραμένει από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή, ως προς το εάν η ΔΕΠΥ ενηλίκων είναι διαφορετική κατηγορία από

---

<sup>60</sup> American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed., DSM- IV. APA.

<sup>61</sup> Στο ίδιο, σελ. 87.

<sup>62</sup> Στο ίδιο, σελ. 83.

<sup>63</sup> P. Conrad & D. Potter, (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social problems*, 47(4), σελ. 563.

<sup>64</sup> Στο ίδιο, σελ. 564.



τη ΔΕΠΥ παιδιών. Σταδιακά, η ιδέα ότι και οι ενήλικες μπορούν να υποφέρουν από τη διαταραχή, ότι η συμπεριφορά τους, η αδυναμία συγκέντρωσης, οι δυσκολίες τους, έχουν βιολογικό υπόβαθρο και μπορούν να θεραπευτούν με φαρμακευτική αγωγή, αποκτά μεγάλο κοινό, τόσο στα μέσα ενημέρωσης, όσο και στην ιατρική κοινότητα. Το 1989 ιδρύονται οι πρώτες κλινικές για ενήλικες με ΔΕΠΥ, ενώ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 διενεργούνται έρευνες πάνω σε αυτήν.<sup>65</sup> Όλο και περισσότεροι ενήλικες προχωρούν σε αυτό-διαγνώσεις και, στη συνέχεια, συμβουλευονται κάποιον ειδικό για να τους δώσει τα χάπια,<sup>66</sup> με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι διαγνώσεις όχι μόνο σε παιδιά, αλλά και σε ενήλικες.

Κάτι που δεν θα πρέπει να αποσιωπηθεί σε αυτό το σημείο είναι ότι η διάδοση της διαταραχής έγινε κυρίως από φαρμακευτικές εταιρείες, μέσα από καμπάνιες τους. Οι συγκεκριμένες εταιρείες, μάλιστα, χρηματοδοτούσαν και την πλειονότητα των σχετικών ερευνών και συνεδρίων που λάμβαναν χώρα ανά τα χρόνια. Αυτό σημαίνει πως δεν είναι καθόλου τυχαίο το γεγονός ότι, στη συντριπτική τους πλειονότητα, οι έρευνες και τα συνέδρια προβάλλουν το βιολογικό μοντέλο, καθώς, αν δεν δεχτούμε την οργανικότητα της διαταραχής, δεν θα χρειαζόνταν φάρμακα για την αντιμετώπισή της και οι εν λόγω φαρμακευτικές εταιρείες δεν θα είχαν κέρδος. Ιδιαίτερα, μια διαταραχή με τόσο ευέλικτα και συνηθισμένα διαγνωστικά κριτήρια όπως η ΔΕΠΥ, μπορεί, λοιπόν, να ιδωθεί ως εξαιρετικά κερδοφόρα, όσο πληθαίνουν οι διαγνώσεις.

## II. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5

Με μια επιφανειακή ματιά στην εξέλιξη του *DSM* ανά τα χρόνια, όσον αφορά τη ΔΕΠΥ, αλλά και γενικότερα, γίνεται εμφανές ότι οι ψυχιατρικές διαγνώσεις, τα διαγνωστικά κριτήρια και τα χαρακτηριστικά μιας διαταραχής δεν είναι αμετάβλητα, αλλά, αντίθετως, ορίζονται κάθε φορά από τις ιστορικές και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν.<sup>67</sup> Το γεγονός ότι η πρώτη έκδοση έχει 130 σελίδες και αναφέρεται σε 106 διαταραχές, ενώ στις 947 σελίδες της τελευταίας έκδοσης γίνεται λόγος για 374 διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες<sup>68</sup> θα πρέπει τουλάχιστον να εγείρει προβληματισμούς. Ίσως, τελικά, το εγχειρίδιο να μην είναι ένα

---

<sup>65</sup> Στο ίδιο, σελ. 565.

<sup>66</sup> Στο ίδιο, σελ. 569-570.

<sup>67</sup> Στο ίδιο, σελ. 562.

αντικειμενικό εργαλείο που μπορεί να εφαρμοστεί απaráλλακτα σε κάθε περίπτωση, αλλά πολύ περισσότερο ένα συνονθύλευμα κοινωνικών αξιών, κυρίαρχων ιδεολογιών, επιστημονικής προόδου και οικονομικών συμφερόντων.<sup>69</sup> Υπό αυτό το πρίσμα, θα πρέπει να εξεταστεί το περιεχόμενο του εγχειριδίου και θα είχε νόημα να αναρωτηθεί κανείς ποιες δυνάμεις κρύβονται πίσω από τον τρόπο που σήμερα αντιλαμβάνεται η ιατρική κοινότητα τη ΔΕΠΥ. Επομένως, είναι σημαντικό να ληφθούν υπ' όψιν ο τρόπος με, αλλά και οι λόγοι για, τον οποίο ορίζεται μια συμπεριφορά ως «παθολογική», πριν εξεταστούν τα κριτήρια που θα οδηγήσουν έναν/μία ειδικό σε διάγνωση.

### ***DSM-5: Πώς είναι τα παιδιά με ΔΕΠΥ;***

Στην κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, οι οποίες αποδίδονται σε βιολογικά αίτια και θεωρείται ότι συνοδεύουν τον/την πάσχοντα/παθούσα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του/της, βρίσκει κανείς στην πέμπτη έκδοση του εγχειριδίου, το DSM-5 (2013), και τη ΔΕΠΥ. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί, ότι η τελευταία αναθεώρηση του εγχειριδίου έγινε το 2022 με την έκδοση του DSM-5-TR, στο οποίο, ωστόσο, δεν έγιναν ουσιαστικές αλλαγές από την έκδοση του 2013. Προκειμένου να διαγνωστεί κάποιος/α σήμερα με ΔΕΠΥ, θα πρέπει να εμφανίζει μοτίβα συμπεριφοράς που χαρακτηρίζονται από έλλειψη προσοχής και/ή υπερκινητικότητα, για κάποιο χρονικό διάστημα, σε τέτοιον βαθμό ώστε να επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη ή τη λειτουργικότητα του ατόμου.<sup>70</sup> Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια έχουν ως εξής:

«-**Ελλειμματική Προσοχή:** 6 ή περισσότερα από τα παρακάτω θα πρέπει να εμφανίζονται για περισσότερο από 6 μήνες, σε βαθμό δυσανάλογο του αναπτυξιακού επιπέδου και με αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική και ακαδημαϊκή ζωή του ατόμου. **Σημείωση:** Οι συμπεριφορές αυτές δεν θα πρέπει να συγχέονται με αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά ή την ανικανότητα κατανόησης οδηγιών. Για άτομα άνω των 17 ετών, απαιτείται να πληρούνται 5 από τα ακόλουθα κριτήρια:

---

<sup>68</sup> American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> ed., DSM- 5. APA.

<sup>69</sup> Conrad & Potter, From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories, σελ. 562.

<sup>70</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> ed., DSM- 5, σελ. 59.

A) Συχνά δεν μπορεί να προσέξει λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας σχολείο, στην δουλειά ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (π.χ., αγνοεί λεπτομέρειες, δεν δουλεύει με ακρίβεια).

B) Δυσκολεύεται συχνά να μείνει συγκεντρωμένος/η σε δραστηριότητες ή παιχνίδια (λ.χ., δεν μπορεί να μείνει συγκεντρωμένος/η σε διαλέξεις, συζητήσεις, διάβασμα μακροσκελών κειμένων).

Γ) Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος (φαίνεται να είναι “αλλού”, ακόμα και αν δεν υπάρχει κάποιο ερέθισμα που να τον/την αποσπά στο άμεσο περιβάλλον).

Δ) Συχνά αδυνατεί να ακολουθήσει οδηγίες μέχρι τέλους και δεν ολοκληρώνει άλλες εργασίες του, δουλειές σπιτιού ή καθήκοντα στον εργασιακό χώρο (λ.χ., ξεκινά να κάνει κάτι, αλλά χάνει γρήγορα το ενδιαφέρον του/της και η προσοχή του/της αποσπάται από εξωτερικά ερεθίσματα).

Ε) Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δραστηριότητες (λ.χ., δυσκολία στην οργάνωση υλικών, ανακρίβειες στην απόδοση, δυσκολία στη διαχείριση του χρόνου, αδυναμία τήρησης προθεσμιών).

ΣΤ) Συχνά αποφεύγει ή εκφράζει δυσφορία ή είναι απρόθυμος/η να συμμετάσχει σε δραστηριότητες που απαιτούν διανοητική προσπάθεια (λ.χ., μαθήματα για το σπίτι ή για ενήλικες, να προετοιμάζει έγγραφα, να συμπληρώνει φόρμες).

Ζ) Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για τη διεκπεραίωση κάποιας εργασίας/δραστηριότητας (λ.χ., σχολικά αντικείμενα, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, έγγραφα, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).

Η) Αποσπάται εύκολα η προσοχή του/της από εξωτερικά ερεθίσματα (για ενήλικες: άσχετες σκέψεις).

Θ) Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (λ.χ., να κάνει δουλειές στο σπίτι, να κάνει θελήματα, για ενήλικες: να πληρώσει λογαριασμούς, να επιστρέφει κλήσεις, να τηρεί τα ραντεβού του/της).

**-Υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα:** 6 ή περισσότερα από τα παρακάτω θα πρέπει να εμφανίζονται για περισσότερο από 6 μήνες, σε βαθμό δυσανάλογο του αναπτυξιακού επιπέδου και με αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική και ακαδημαϊκή ζωή του ατόμου. *Σημείωση:* Οι συμπεριφορές αυτές δεν θα πρέπει να συγχέονται με αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά ή την ανικανότητα κατανόησης οδηγιών. Για άτομα άνω των 17 ετών, απαιτείται να πληρούνται 5 από τα ακόλουθα κριτήρια:

A) Συχνά χτυπά τα χέρια ή τα πόδια του/της και κάθεσαι ανήσυχος/η στο κάθισμα.

Β) Συχνά σηκώνεται όρθιος/α σε περιστάσεις όπου απαιτείται να παραμείνει καθιστός/η (λ.χ., σηκώνεται από τη θέση του/της στην τάξη, στον εργασιακό χώρο ή σε άλλες συνθήκες που απαιτούν να μείνει καθιστός/η).

Γ) Συχνά τρέχει και σκαρφαλώνει σε ακατάλληλες περιστάσεις (για ενήλικες: αίσθημα ανησυχίας).

Δ) Συχνά δεν μπορεί να συμμετάσχει σε δραστηριότητες ήσυχος/η.

Ε) Συχνά μοιάζει να κινείται με “μοτεράκι”, αεικινησία (λ.χ., δεν μπορεί να μείνει ακίνητος/η για πολύ ώρα, ή αν το κάνει αισθάνεται άβολα, σε εστιατόρια, σε συναντήσεις, οι άλλοι συχνά τον/την αντιλαμβάνονται ως ανήσυχο/η ή δύσκολα διαχειρίσιμο/η).

ΣΤ) Συχνά μιλά υπερβολικά.

Ζ) Συχνά απαντά προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση που του/της απευθύνεται, παρορμητικά (λ.χ., ολοκληρώνει τις προτάσεις άλλων διακόπτοντάς τους, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του/άλλης).

Η) Δυσκολία να περιμένει τη σειρά του/της (λ.χ., σε ουρά).

Θ) Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί τους άλλους (λ.χ., σε συζητήσεις, σε παιχνίδια, δραστηριότητες, ίσως χρησιμοποιήσει τα πράγματα των άλλων χωρίς την άδειά άλλης, για ενήλικες: μπορεί να παρεμβαίνουν σε δραστηριότητες άλλων).

-Θα πρέπει τα συμπτώματα να είναι εμφανή πριν την ηλικία των 12 ετών.

-Θα πρέπει τα συμπτώματα να εμφανίζονται σε περισσότερες από μια περιστάσεις (λ.χ., στο σπίτι, στο σχολείο, στον εργασιακό χώρο, σε συναναστροφή με την οικογένεια, με φίλους, σε άλλες δραστηριότητες).

-Θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι τα συμπτώματα επιδρούν αρνητικά ή μειώνουν την ποιότητα άλλης ακαδημαϊκής, κοινωνικής και γενικότερης λειτουργικότητας του ατόμου.

-Τα συμπτώματα δεν θα πρέπει να εμφανίζονται μόνο κατά την διάρκεια σχιζοφρενικών ή άλλων ψυχωσικών επεισοδίων, καθώς και να μην μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα ως συμπτώματα κάποιας άλλης διαταραχής (λ.χ., διαταραχή συμπεριφοράς, διαταραχές άγχους, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές που προκαλούνται από εξάρτηση τοξικών ουσιών ή στερητικό σύνδρομο)». <sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Στο ίδιο, σελ. 59-60.

Με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρονται παραπάνω, γίνεται εμφανές ότι σημαντικό ρόλο στη διάγνωση ενός παιδιού με ΔΕΠΥ παίζουν άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος (γονείς/κηδεμόνες, συγγενείς, εκπαιδευτικοί, προπονητές, κ.ά.), οι οποίοι παρατηρούν τη συμπεριφορά του και, στη συνέχεια, απευθύνονται σε κάποιον/α ειδικό, εφόσον τα συμπτώματα θα πρέπει να εμφανίζονται σε βάθος χρόνου. Ο/η ειδικός, λοιπόν, βασίζεται στις παρατηρήσεις και στις περιγραφές αυτών των ανθρώπων. Έχοντας αυτό κατά νου, θα μπορούσε κανείς να αναρωτηθεί πώς ακριβώς ορίζονται τα όρια μεταξύ «φυσιολογικού» και «παθολογικού», τότε το «συχνά ξαχνά καθημερινές δραστηριότητες», γίνεται υπερβολικά συχνά; Ο τρόπος που ο καθένας και η καθεμία αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του/της είναι καθαρά υποκειμενικός και ορίζεται από τα βιώματά του/της και τις συνθήκες που επικρατούν. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε ένα παιδί να διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, επειδή τα άτομα του περιβάλλοντός του θεώρησαν πως πράγματι εμφανίζει «αποκλίνουσα» συμπεριφορά, ενώ αν το ίδιο παιδί βρισκόταν σε διαφορετικό πλαίσιο, ακόμα και αν επιδείκνυε την ίδια συμπεριφορά, δεν θα υπήρχε καν η σκέψη να απευθυνθεί σε κάποιον/α ειδικό.

Γενικότερα, τα κριτήρια είναι έτσι διατυπωμένα ώστε να χωρούν ένα ολόκληρο φάσμα διαφορετικών συμπεριφορών. Ας πάρουμε, για παράδειγμα, το κριτήριο «συχνά μιλά υπερβολικά». Το πώς και από ποιον/α ακριβώς ορίζεται το «υπερβολικά» παραμένει μετέωρο. Θα μπορούσε να σημαίνει πως μιλά ακατάπαυστα ή ότι μιλάει περισσότερο σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους· το περιθώριο είναι, σίγουρα, τεράστιο. Επιπλέον, η διάρκεια και η ένταση της «αποδεκτής» ομιλίας, αν δεχτούμε πως υπάρχει αυτό ως όρος, είναι μια κοινωνική κατασκευή, με πολιτισμικές προεκτάσεις. Διαφορετικός είναι ο τρόπος ομιλίας στις Μεσογειακές χώρες, διαφορετικός στις Σκανδιναβικές. Τίθεται ακόμα το ερώτημα γιατί θεωρούμε υπερβολικό όταν κάποιος/α μιλά πολύ και όχι ελλιπές όταν κάποιος/α μιλά λιγότερο. Πολλοί τέτοιοι προβληματισμοί θα μπορούσαν να διατυπωθούν για κάθε κριτήριο που αναφέρεται παραπάνω, αποδομώντας σταδιακά την εικόνα της επιστημονικής, αντικειμενικής διάγνωσης που δεν μπορεί να αμφισβητηθεί, λόγω του κύρους και της αντικειμενικότητας που επιστήμες όπως η ιατρική φαίνεται να εμπνέουν, και φέρνοντας στο προσκήνιο τη σημασία κοινωνικών παραμέτρων που αγνοούνται στο εγχειρίδιο.

Ιδίως, όταν μιλάμε για την προσοχή και την αξιολόγησή της από εξωτερικούς παράγοντες, φαντάζει παράδοξο να αποτελεί κριτήριο για τη διάγνωση μίας διαταραχής, εφόσον μάλιστα δεν αποσαφηνίζεται τι εννοείται λέγοντας «προσοχή». Η προσοχή, μαζί με τη

μνήμη, λειτουργούν επικουρικά στη διαδικασία της σκέψης. Είναι ένα εργαλείο, το οποίο μετέχει στην πρόσληψη ερεθισμάτων, στην αντίληψη, στη σκέψη. Το ότι ένα ερέθισμα τραβά την προσοχή ενός ατόμου, δεν οδηγεί αυτόματα στην κατάκτηση γνώσης. Τι ακριβώς, λοιπόν, σημαίνει ο όρος «ελλειμματική προσοχή»; Ελλειμματική ως προς τι, και πώς κρίνεται αυτό από έναν άλλον άνθρωπο; Η έννοια της προσοχής δεν είναι μονοδιάστατη, συνδέεται με τις αισθήσεις (π.χ., ακουστική προσοχή) και ορίζεται από το πλαίσιο μέσα στο οποίο βρίσκεται το άτομο κάθε φορά.<sup>72</sup> Η προσοχή κάθε ανθρώπου προσελκύεται από ερεθίσματα που για τον/την ίδιο/α έχουν ενδιαφέρον και είναι νοηματοδοτημένα. Αυτό θα έπρεπε να σημαίνει πως για να χαρακτηριστεί η προσοχή ενός ατόμου ως «ελλειμματική» θα πρέπει να έχει εκτεθεί σε κάθε δυνατό ερέθισμα, σε διαφορετικά κάθε φορά πλαίσια και περιστάσεις, και κανένα από αυτά να μην ήταν ικανό να τον/την κρατήσει, πράγμα φύσει αδύνατον. Επομένως, ίσως θα έπρεπε αρχικά να εξεταστεί γιατί ένα άτομο δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, ξεχνά τις υποχρεώσεις του, κ.ο.κ., να μελετήσει κανείς τα κίνητρα που έχει – ή δεν έχει – να ασχοληθεί με κάτι, πριν μια τέτοια παρατήρηση οδηγήσει σε διάγνωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις, λοιπόν, μοιάζει άσκοπο να γίνονται γενικεύσεις συμπεριφορών και θα ήταν θεμιτό να επικεντρωθεί κανείς στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά, χωρίς να την απομονώνει από το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα.

Φαίνεται να υπάρχει μια τάση ομογενοποίησης ενός πληθυσμού που κάθε άλλο παρά ομοιογενής είναι, καθώς εφαρμόζονται τα ίδια κριτήρια, αδιοφοροποίητα, σε διαφορετικούς ανθρώπους. Το γεγονός ότι παρά αυτήν την ομογενοποίηση εξακολουθούν να διαγιγνώσκονται ολοένα και περισσότερα άτομα με ΔΕΠΥ, θα μπορούσε να αποδοθεί εν μέρει στο γεγονός ότι τα κριτήρια αυτά είναι αρκετά αόριστα, όπως ήδη προαναφέρθηκε, και κυρίως, συνηθισμένα. Ειδικότερα, η πλειονότητα των παιδιών σε κάποια περίσταση θα είναι υπερκινητικά, και ποιος/α θα μπορούσε να πει ότι δεν έχει χάσει ποτέ καμία προθεσμία ή δεν έχει ξεχάσει τα κλειδιά του/της; Πρόκειται για συμπεριφορές που, σε διαφορετικό βαθμό, ο καθένας και η καθεμία έχει παρατηρήσει ανά διαστήματα στον εαυτό του/της ή και σε άλλους/ες. Αυτό, σε συνδυασμό με το ότι τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται δεν είναι μετρήσιμα και η διατύπωση δίνει πολύ χώρο για πολλών ειδών συμπεριφορές να ενταχθούν σε αυτήν την κατηγορία, καθιστούν τη διάγνωση, υπό μια έννοια, εύκολη. Επομένως, ο τρόπος με τον οποίο έχουν δομηθεί τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τέτοιος, ώστε να «χωρούν» όσο το δυνατόν περισσότερες περιπτώσεις, ενθαρρύνοντας ίσως και λεγόμενες αυτό-διαγνώσεις, με

<sup>72</sup> Για παραπάνω πληροφορίες, βλ. W.A. Johnston, & V.J. Dark, (1986). Selective attention. *Annual review of psychology*, 37(1), σελ. 43-75.

αποτέλεσμα η ΔΕΠΥ να είναι πλέον η συχνότερη διαταραχή της παιδικής ηλικίας, να διαγιγνώσκονται όλο και περισσότεροι ενήλικες και, κατά συνέπεια, να αυξάνονται οι πωλήσεις των αντίστοιχων φαρμάκων και τα κέρδη των φαρμακευτικών εταιρειών που τα παράγουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: «Ritalin: θεραπεία ή καταστολή;»

### I. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Άπαξ και έχει κανείς αποθήκη, θα βρεθούν και πράγματα να αποθηκεύσει. Με έναν τέτοιο τρόπο φαίνεται να λειτουργεί και η βιομηχανία των ψυχοφαρμάκων κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, καθώς πολλά φάρμακα προϋπήρχαν της διαταραχής που επρόκειτο να θεραπεύσουν ή δημιουργήθηκαν για τελείως διαφορετικό σκοπό από αυτόν, για τον οποίο εν τέλει αξιοποιήθηκαν και αξιοποιούνται ακόμα. Ζούμε σε μία εποχή όπου χορηγούνται περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα παρά ποτέ, και αυτό, στις σύγχρονες, νεοφιλελεύθερες κοινωνίες που στηρίζονται στον ανταγωνισμό και τον καταναλωτισμό, δεν είναι καθόλου τυχαίο.<sup>73</sup> Η ιδιωτικοποίηση που παρατηρείται παγκοσμίως μετά τη δεκαετία του 1980 επηρεάζει, σε μεγάλο βαθμό, και τον χώρο της (ψυχ)ιατρικής, πράγμα που εκφράζεται μέσα από επιθετικό μάρκετινγκ, διαφημιστικές καμπάνιες, «νοθευμένες» έρευνες, χρηματοδοτημένες από φαρμακευτικές εταιρείες, τα οποία αναλύονται παρακάτω. Με το πρότυπο του «κανονικού εγκεφάλου» να προωθείται τόσο έντονα, δημιουργείται η ανάγκη στο άτομο που «αποκλίνει» και αυτό που προσδιορίζεται ως «ψυχικά πάσχον» να δράσει, ώστε να «εξισορροπήσει» την «ανισορροπία» του, και το σχέδιο δράσης περιλαμβάνει την αγορά των προαναφερθέντων σκευασμάτων.<sup>74</sup>

Ένα τέτοιο σκεύασμα είναι και το Ritalin (μεθυλφαινιδάτη), το οποίο κατασκευάστηκε το 1944 από τον Leonardo Panizzon, επιστήμονα που εργαζόταν για τη φαρμακευτική εταιρεία Ciba-Geigy, για τη γυναίκα του Marguerite (Rita), ώστε να μπορεί εκείνη, παρά τη χαμηλή της πίεση, να συνεχίζει να παίζει τένις,<sup>75</sup> και το οποίο στις μέρες μας, είναι το φάρμακο που συνταγογραφείται συχνότερα σε άτομα με διάγνωση ΔΕΠΥ. Πώς, λοιπόν, μια ουσία που φτιάχτηκε για να δίνει ενέργεια έφτασε στις μέρες μας να είναι η συνηθέστερη πρακτική αντιμετώπισης ατόμων με ελλειμματική προσοχή και/ή υπερκινητικότητα; Αυτό το ερώτημα, καθώς και όλη η συζήτηση και οι προβληματικές γύρω από τέτοιου είδους φάρμακα, θα μας απασχολήσουν στη συνέχεια της παρούσας εργασίας.

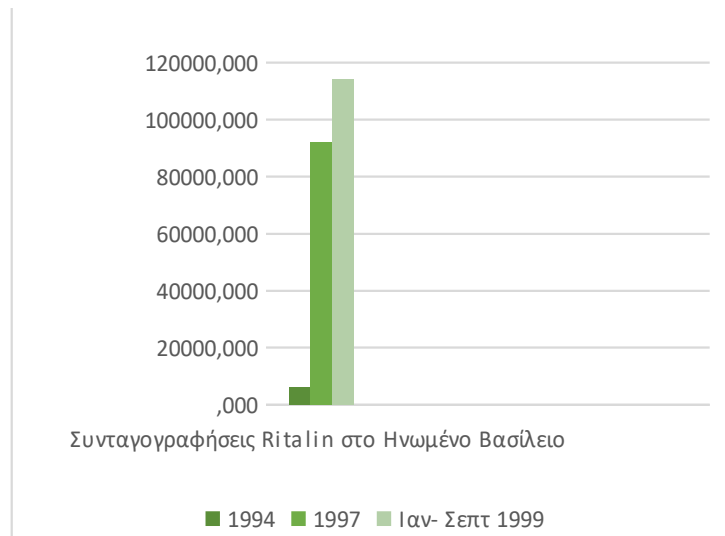
---

<sup>73</sup> J. Moncrieff, (2006). Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), σελ. 301.

<sup>74</sup> Στο ίδιο, σελ. 302.

<sup>75</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 106.





Πηγή: Baldwin & Anderson, The cult of methylphenidate: clinical update, σελ. 81

Η χρήση αμφεταμινών για τη θεραπεία «προβλημάτων» συμπεριφοράς φαίνεται να ξεκίνησε τη δεκαετία του 1930 στην Αμερική, και πιο συγκεκριμένα στο Emma Pendleton Bradley Home στο Rhode Island, ένα ίδρυμα για παιδιά με ψυχικά προβλήματα και νευρολογικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, την εποχή εκείνη υπήρχε η πεποίθηση ότι η «αποκλίνουσα» συμπεριφορά είχε οργανική αιτιολογία και, επομένως, θα μπορούσε να «διορθωθεί» μέσα από χειρουργικές επεμβάσεις.<sup>76</sup> Μια τέτοια επέμβαση ήταν και το πνευμονοεγκεφαλογράφημα, μετά το πέρας του οποίου τα περισσότερα παιδιά υπέφεραν από έντονους πονοκεφάλους.<sup>77</sup> Οι ψυχίατροι του ιδρύματος είχαν τη λύση: Benzedrin. Επρόκειτο για μία νέα αμφεταμίνη,<sup>78</sup> η οποία δεν έδειξε κανένα αποτέλεσμα όσον αφορά τους πονοκεφάλους, για την καταπράυνση των οποίων χορηγούνταν.<sup>79</sup> Οι ειδικοί, ωστόσο, παρατήρησαν κάτι το οποίο επρόκειτο να αλλάξει, στη συνέχεια, τον τρόπο αντιμετώπισης

<sup>76</sup> Mayes & Rafalovich, Suffer the restless children, σελ. 442.

<sup>77</sup> Στο ίδιο, σελ. 443.

<sup>78</sup> Αμφεταμίνες: «μια ομάδα συνθετικών ναρκωτικών ουσιών των οποίων η δράση έγκειται στην διέγερση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος [...]. Κατά την χρόνια ναρκωτική δράση υπάρχουν ψυχωτικά επεισόδια, παραισθήσεις και παρανοϊκή συμπεριφορά. Ακόμη, μπορεί να προκληθεί κάποια μυοκαρδιοπάθεια, ή και ενδοκρανιακή αιμορραγία, λόγω της αυξημένης πίεσης». Ε.Φ. Χατζηφωτίου, (2021). Ουσίες κατάχρησης και έκφραση μακρών μη-κωδικοποιών RNA (lncRNA) στον εγκέφαλο, ανέκδοτη διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, σελ. 10-13 [<https://ikee.lib.auth.gr/record/327815/files/GRI-2021-29835.pdf> (20/02/2024)].

<sup>79</sup> Mayes & Rafalovich, Suffer the restless children, σελ. 443-444.

των ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία: όσα παιδιά λάμβαναν αμφεταμίνες, παρουσίαζαν βελτίωση στις σχολικές τους επιδόσεις, ανεξάρτητα από τη διάγνωσή τους, φάνηκε να ηρεμούν και να ενισχύεται η ικανότητα συγκέντρωσής τους, ενώ στη συνέχεια τα ίδια φάρμακα χορηγήθηκαν και σε παιδιά που δεν είχαν υποστεί τη χειρουργική επέμβαση, με τα ίδια αποτελέσματα.<sup>80</sup> Παραδόξως, λοιπόν, διεγερτικά ναρκωτικά έμοιαζαν να ηρεμούν παιδιά, των οποίων η συμπεριφορά χαρακτηριζόταν ως «προβληματική». Η εξήγηση που δόθηκε σε αυτό ήταν ότι οι ουσίες αυτές δρούσαν στην περιοχή εκείνη του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνη για την άσκηση ελέγχου και η οποία, με δεδομένο ότι βασίζεται στο βιολογικό μοντέλο και μιλάμε για φαινομενική οργανική αιτιολογία, υπολειτουργεί στα παιδιά αυτά λόγω κάποιας βλάβης ή δυσλειτουργίας.<sup>81</sup> Παρότι, λοιπόν, ο ίδιος ο Bradley υπογράμμισε ότι οι αμφεταμίνες ανακουφίζουν απλά τα συμπτώματα μιας «διαταραχής» και, μάλιστα, για περιορισμένο χρονικό διάστημα, εφόσον όταν σταματούσε η χορήγηση Bensedrine τα παιδιά επανέρχονταν αμέσως στην ίδια κατάσταση που βρίσκονταν πριν, άνοιξε τον δρόμο για πειραματισμό με αμφεταμίνες στο πεδίο της ψυχιατρικής, προς δύο κατευθύνσεις: αφενός, σε σχέση με την ηρεμιστική επίδραση που είχαν σε παιδιά και, αφετέρου, σε σχέση με την ενίσχυση της ακαδημαϊκής επίδοσης που παρατηρήθηκε σε διαφορετικές μεταξύ τους περιπτώσεις.<sup>82</sup>

Επομένως, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι η χορήγηση φαρμάκων σε παιδιά με ΔΕΠΥ είναι μια πρακτική που ξεκίνησε στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ήταν αποτελεσματική ως έναν βαθμό και έχει μια μακρόχρονη παράδοση. Στην πραγματικότητα, όμως, από το 1937 έως και τα μέσα της δεκαετίας του 1950, ελάχιστες έρευνες για τη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων σε παιδιά διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ.<sup>83</sup> Πέρασαν 25 χρόνια μέχρι να επανεμφανιστεί το ενδιαφέρον για την ψυχοφαρμακολογία όσον αφορά τις «διαταραχές» της παιδικής ηλικίας. Το ερώτημα είναι γιατί, εφόσον ήταν πράγματι η πλέον κατάλληλη «λύση», δεν στράφηκε νωρίτερα η επιστημονική κοινότητα σε έρευνα στο πεδίο. Τη δεκαετία του 1950, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εκδίδεται το DSM, ενώ, ταυτόχρονα, σημειώνεται αυξημένο ενδιαφέρον για την παραγωγή και διανομή διαφόρων ψυχοφαρμάκων, όπως είναι τα

---

<sup>80</sup> Στο ίδιο, σελ. 443.

<sup>81</sup> Στο ίδιο.

<sup>82</sup> Στο ίδιο, σελ. 443-444.

<sup>83</sup> Στο ίδιο, σελ. 445-446.

αντικαταθλιπτικά. Επιπλέον, πλαισιώνοντας αυτή τη στροφή ιστορικά, θα διαπιστώσει κανείς ότι τοποθετείται σε μια περίοδο όπου, λόγω του Ψυχρού Πολέμου και άλλων εξελίξεων, όπως αναφέρεται παραπάνω, τα παιδιά με «προβλήματα» συμπεριφοράς και χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο είχαν βρεθεί στο προσκήνιο. Επομένως, δεν είναι καθόλου τυχαίο ότι το 1955 η Ciba-Geigy εισάγει το Ritalin, ένα διεγερτικό φάρμακο, του οποίου η σύσταση προσομοιάζει με τις αμφεταμίνες, ως μια πιθανή θεραπεία για τα παιδιά με το «υπερκινητικό σύμπτωμα συμπεριφοράς» των Laufer και Denhof [hyperkinetic behavior symptom], αντικαθιστώντας το αντιψυχωσικό Thorazine, το οποίο πλέον χρησιμοποιείται κυρίως σε ενήλικες με ψυχώσεις (λ.χ., σχιζοφρένεια).<sup>84</sup> Ταυτόχρονα, χρησιμοποιούνταν σε ασθενείς που βρίσκονταν σε κώμα, για αναισθησίες, ενώ σύντομα χορηγούνταν και σε άτομα με άλλες παθήσεις, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, παχυσαρκία, ναρκοληψία, υπερκόπωση, γηρατειά, ακόμα και σε θεραπείες με ηλεκτροσόκ.<sup>85</sup> Η «πενικιλίνη για παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, εξίσου αποτελεσματική με την ινσουλίνη για διαβητικούς», όπως έχει χαρακτηριστεί το Ritalin,<sup>86</sup> μπορούσε, όπως φαίνεται, να εφαρμοστεί σε πληθώρα καταστάσεων, διαφορετικών μεταξύ τους.

Μια ουσία, λοιπόν, η οποία χορηγούνταν σε ηλικιωμένους με κατάθλιψη ή σε νοικοκυρές που δεν είχαν ενέργεια, το 1961 εγκρίνεται<sup>87</sup> και επίσημα από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων [Food and Drug Administration] στις ΗΠΑ ως ένα φάρμακο κατάλληλο για παιδιά με «αποκλίνουσα» συμπεριφορά.<sup>88</sup> Είναι χαρακτηριστικό ότι το Ritalin ως αντικαταθλιπτικό, κατά τις δεκαετίες του 1950 και 1960, σημείωνε μικρή επιτυχία στις πωλήσεις<sup>89</sup> και λίγο αργότερα απευθύνεται και σε υπερκινητικά παιδιά, εφόσον αυτά απασχολούσαν την ιατρική κοινότητα, αλλά και την κοινή γνώμη, με θεαματική αύξηση στις πωλήσεις. Πριν από αυτό, τα παιδιά αυτά δεν βρίσκονταν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και, άρα, δεν απασχολούσαν ψυχιάτρους, ψυχολόγους, εκπαιδευτικούς, πολιτικούς. Κατά συνέπεια, η επένδυση σε αυτή τη μερίδα του πληθυσμού δεν απασχολούσε ούτε τις

---

<sup>84</sup> Στο ίδιο, σελ. 446.

<sup>85</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 106.

<sup>86</sup> Στο ίδιο, σελ. 113.

<sup>87</sup> Mayes & Rafalovich, *Suffer the restless children*, σελ. 447.

<sup>88</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 108.

<sup>89</sup> Στο ίδιο, σελ. 114.

φαρμακευτικές εταιρείες πριν τη δεκαετία του 1950, διότι δεν θεωρείτο κερδοφόρα. Το πολιτικό και κοινωνικό παρασκήνιο, ωστόσο, αλλάζει και μαζί με αυτό και το κοινό στο οποίο απευθύνονται φάρμακα και θεραπείες. Προηγουμένως, δηλαδή, η έμφαση δινόταν σε ενήλικες, καθώς δεν ήταν αναμενόμενο να υπάρξει αρκετά μεγάλη ζήτηση ώστε να αξίζει να επενδυθεί στην παραγωγή και διανομή φαρμάκων για παιδιά.<sup>90</sup> Για αυτό τον λόγο, πέραν του ότι είχαν τεθεί και ζητήματα ηθικής, καθώς θεωρούνταν επικίνδυνο να χορηγούνται τόσο ισχυρά φάρμακα σε παιδιά, οι φαρμακευτικές πριν τη δεκαετία του 1960 δεν χρηματοδοτούσαν έρευνες τέτοιου είδους, ούτε διαφήμιζαν -ακόμα- ψυχοφάρμακα για παιδιά.<sup>91</sup>

Η πρωτοβουλία προήλθε από την κυβέρνηση των ΗΠΑ, που την εποχή εκείνη άρχισε να χρηματοδοτεί σχετικές έρευνες. Ήδη από τις αρχές του 1960, λοιπόν, οι φαρμακευτικές αλλάζουν πορεία πλεύσης, και φάρμακα, όπως το Ritalin, διαφημίζονται με έναν τρόπο σχεδόν επιθετικό, και μαζί με το φάρμακο και η ίδια η διαταραχή για την οποία χορηγείται. Αν ληφθούν υπόψη τα όσα έχουν ήδη αναφερθεί για τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ, για το πόσο συνηθισμένα μοιάζουν και πόσο εύκολα μπορεί κάποιος/α να εμπίπτει σε αυτά, δεν αποτελεί έκπληξη η εμπορική τους επιτυχία. Αξίζει να αναρωτηθεί κανείς τι μπορεί να άλλαξε μέσα σε λίγα μόλις χρόνια, ώστε αμφεταμίνες, διεγερτικά και άλλα φάρμακα παρόμοιας σύστασης και ανάλογων παρενεργειών να πάψουν να είναι εν δυνάμει επικίνδυνα για παιδιά που τα λαμβάνουν, όπως υποστηριζόταν νωρίτερα, και να χορηγούνται ακόμα και σε «ήπιες περιπτώσεις». Ίσως αυτό να αναδεικνύει το ότι και η ιατρική εμπλέκεται με μια βιομηχανία, με στόχο το κέρδος. Κατ' επέκταση, και οι ίδιες οι διαταραχές, τα χαρακτηριστικά τους, η σημασία που τους αποδίδεται και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται δεν μπορούν να θεαθούν παρά ως κοινωνικά, και όχι φυσικά ή βιολογικά, φαινόμενα.

Παρότι ανά τα χρόνια έχουν υπάρξει πολλές διαφωνίες ως προς τη χορήγηση του Ritalin, περιπτώσεις κατάχρησης της ουσίας, πιο αυστηρά μέτρα για την παραγωγή και διανομή της,<sup>92</sup> σύνδεση με εγκληματικότητα και πιο σκληρά ναρκωτικά,<sup>93</sup> αλλά και με θανάτους παιδιών, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 το Ritalin κυριαρχούσε στην

---

<sup>90</sup> Mayes & Rafalovich, *Suffer the restless children*, σελ. 448-449.

<sup>91</sup> Στο ίδιο.

<sup>92</sup> Στο ίδιο, σελ. 450.

<sup>93</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 114-115.

αγορά, καταλαμβάνοντας το 80% της, ως προς την υπερκινητικότητα, ενώ υπήρχαν άλλα παρόμοια σκευάσματα, τα οποία ήταν πιο οικονομικά, όπως το Dexedrine.<sup>94</sup> Αφενός, λοιπόν, υπήρχαν πολλές ενστάσεις, όχι τόσο ως προς την αποτελεσματικότητα της ουσίας, αλλά ως προς το ηθικό και δεοντολογικό ζήτημα τού να χορηγεί κανείς σε ένα παιδί φάρμακα για να ελέγξει τη συμπεριφορά του, και αφετέρου, υπήρχαν και άλλα παρόμοια σκευάσματα στην αγορά, πιο οικονομικά από το Ritalin. Παρόλα αυτά, όμως, το Ritalin παραμένει πρώτο σε πωλήσεις. Αυτό οφείλεται στο μάρκετινγκ, εφόσον οι φαρμακευτικές, όπως θα φανεί στη συνέχεια, διαφήμιζαν όχι μόνο το Ritalin, αλλά και την ίδια τη ΔΕΠΥ.

## II. RITALIN: ΣΥΣΤΑΣΗ, ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΕΣ

### *Τι ακριβώς είναι το Ritalin;*

Προκειμένου να μπορέσει να προσεγγιστεί σφαιρικά το ζήτημα που εξετάζεται, είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί τι ακριβώς είναι το Ritalin και ποιους κινδύνους ενδέχεται να υποκρύπτει. Πρόκειται, λοιπόν, για ένα φάρμακο που κυκλοφορεί σε δισκία και η βασική δραστική ουσία είναι η μεθυλφαινιδάτη (MPH). Θα πρέπει αρχικά να σημειωθεί ότι οι περισσότερες πληροφορίες για το ίδιο το φάρμακο και για τη MPH διανέμονται από τις εταιρείες που τα παράγουν, πράγμα που από μόνο του θα έπρεπε να εγείρει κάποιους προβληματισμούς.<sup>95</sup> Η ουσία αυτή θεωρείται εθιστική, δεν είναι αμφεταμίνη, αν και μοιάζει με τέτοια, ενώ η σύστασή της μιμείται τη βιοχημική σύσταση της κοκαΐνης, ενός απαγορευμένου ναρκωτικού.<sup>96</sup> Ο τρόπος, με τον οποίο βοηθά τον/την «ασθενή» με ΔΕΠΥ, στηρίζεται στην αφήγηση περί βιοχημικής υπόστασης της «διαταραχής». Με δεδομένο ότι πρόκειται για ένα φάρμακο ψυχοδιεγερτικό, το οποίο επηρεάζει τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, υποστηρίζεται πως βελτιώνει τη λειτουργία συγκεκριμένων μερών του εγκεφάλου, τα οποία υπό-λειτουργούν, προκαλώντας έτσι ελλειμματική προσοχή ή/και υπερκινητικότητα. Ωστόσο, αν δεχτεί κανείς τα όσα αναλύθηκαν νωρίτερα και τις προβληματικές που συνοδεύουν τη μονόπλευρα βιολογική θέαση του φαινομένου, τις

<sup>94</sup> Στο ίδιο, σελ. 116, 124.

<sup>95</sup> Baldwin & Anderson, The cult of methylphenidate: clinical update, σελ. 81.

<sup>96</sup> Στο ίδιο.

αμφιβολίες που υπάρχουν και την έλλειψη επιστημονικών δεδομένων που να αποδεικνύουν με βεβαιότητα την οργανική αιτιολογία της ΔΕΠΥ, δεν μπορεί να μην αναρωτηθεί πώς είναι δυνατόν, παρόλα αυτά, να χορηγούνται τέτοιου είδους φάρμακα σε παιδιά. Πώς είναι δυνατόν στις ΗΠΑ, κατά προσέγγιση, ένα στα επτά παιδιά σχολικής ηλικίας, να παίρνουν σε καθημερινή βάση, αμφεταμίνες ή παρόμοιας σύστασης ουσίες;<sup>97</sup> Αυτό σχετίζεται, κυρίως, με τη διαφήμιση και τις καμπάνιες, στις οποίες θα γίνει αναφορά στη συνέχεια, ενώ από την άλλη πλευρά, το γεγονός ότι το Ritalin έχει ένα σχετικά χαμηλό κόστος παραγωγής,<sup>98</sup> δεν είναι καθόλου τυχαίο για τη δραματική αύξηση των διαγνώσεων και, κατά συνέπεια, των πωλήσεων.

Έχοντας κατά νου τα όσα προαναφέρθηκαν, θα μπορούσαμε να οδηγηθούμε στη σκέψη ότι ίσως το Ritalin πετυχαίνει ό,τι υπόσχεται, και με το παραπάνω. Αυτό θα σήμαινε ότι είναι ένα σκεύασμα, του οποίου η απόδοση είναι τόσο καλή, ώστε να φαντάζουν αμελητέες οι προβληματικές που συζητούνται στο πλαίσιο της συγκεκριμένης εργασίας. Τι συμβαίνει, όμως, όταν το σκεύασμα αυτό έχει τόσες παρενέργειες, που φαντάζει σχεδόν αμελητέα η όποια θετική του επίδραση; Ως βασικές παρενέργειες αναφέρονται τα ακόλουθα: κατάθλιψη, ανορεξία, ενούρηση, ευερεθιστότητα, καρδιαγγειακά και γαστρεντερικά προβλήματα, παραισθήσεις, τικ στο πρόσωπο, ζητήματα εθισμού στην ουσία, αϋπνίες. Ταυτόχρονα, μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω υπερκινητικότητα ή – φτάνοντας στο άλλο άκρο- σε ατονία και έλλειψη ενέργειας.<sup>99</sup> Στο φύλλο οδηγιών που συνοδεύει το φάρμακο, οι πιθανές παρενέργειες καταλαμβάνουν τρεις σελίδες, κάτι που, γενικότερα σε φάρμακα οποιασδήποτε φύσεως, όπως ξέρεi κανείς από την εμπειρία του, δεν είναι ασυνήθιστο. Ωστόσο, αναφέρεται, λόγου χάριν, ότι ένας/μία στους εκατό που παίρνουν το φάρμακο παρουσιάζει αυτοκτονικές τάσεις, ψυχώσεις, σύνδρομο Tourette, αλλεργίες, ενώ σε έναν/μία στους δέκα έχουν παρατηρηθεί διαταραχές στη διάθεση, αλλαγές στην προσωπικότητα, καρδιακά προβλήματα. Μάλιστα, σωματικές παρενέργειες, όπως ανορεξία, ίλιγγος, πόνοι στα οστά, πυρετός, κόπωση και όσα αναφέρονται νωρίτερα, αλλά και άλλου είδους παρενέργειες, όπως κρίσεις πανικού και νευρικότητα, παρουσιάζονται σε τουλάχιστον έναν/μία στους δέκα «ασθενείς», ενώ αναφέρεται ρητά ότι άτομα, υπό την επιρροή του Ritalin, δεν θα έπρεπε να οδηγούν.<sup>100</sup>

---

<sup>97</sup> Στο ίδιο.

<sup>98</sup> Στο ίδιο, σελ. 82.

<sup>99</sup> Στο ίδιο, σελ. 82-83

<sup>100</sup> [https://aspregister.basg.gv.at/document/servlet?action=show&zulnr=1-22028&type=DOTC\\_GEBR\\_INFO](https://aspregister.basg.gv.at/document/servlet?action=show&zulnr=1-22028&type=DOTC_GEBR_INFO)

Αυτές οι άμεσες, θα λέγαμε, παρενέργειες, ίσως, ως έναν βαθμό, να είναι και αναπόφευκτες, καθώς είναι κάτι που συμβαίνει με τα περισσότερα, αν όχι όλα, τα φαρμακευτικά σκευάσματα. Αυτή η επικινδυνότητα που υποκρύπτεται, όμως, σε συνδυασμό με τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που ήδη θίχτηκαν, σίγουρα θα έπρεπε να παίζει μεγάλο ρόλο στην απόφαση να συνεχίζει να χορηγείται ένα τέτοιο φάρμακο σε παιδιά, που διαφοροποιούνται από αυτό που αυθαίρετα θεωρείται «κανονικό». Ωστόσο, λέγοντας παρενέργειες, δεν σταματά εδώ η αναζήτηση. Ποιος είναι άραγε ο μακρόχρονος αντίκτυπος της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ;

Μιλώντας μέσα από μία περισσότερο κοινωνιολογική σκοπιά, θα μπορούσαμε να ξεκινήσουμε από την ίδια τη διάγνωση και τη χορήγηση φαρμάκων. Για να χορηγούνται φάρμακα, η ΔΕΠΥ αξιολογείται ως μία αρρώστια και όσοι/ες «υποφέρουν» από αυτήν ως άρρωστοι και άρρωστες, πράγμα το οποίο αποτελεί μια εφ' όρου ζωής ετικέτα για το άτομο. Η κοινωνία, λοιπόν, περνά από νωρίς ένα μήνυμα: χωρίς τα φάρμακά τους, οι «άρρωστοι» δεν μπορούν να συμμετάσχουν σε αυτήν, να είναι λειτουργικά μέλη της. Η διαφορετικότητα, η «απόκλιση» ιατρικοποιείται, και, υπό αυτό το πρίσμα, η διάγνωση λειτουργεί ως ένα εργαλείο κοινωνικού ελέγχου, ενώ ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζεται, αναστέλλει την αυτόνομη, δημιουργική και δυναμική ανάπτυξη του ατόμου, το οποίο, αντί να μάθει να διαχειρίζεται τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί, να μπει σε μια διαδικασία αναζήτησης και δοκιμής στρατηγικών, ώστε, μεγαλώνοντας, να μπορέσει να ζήσει χωρίς να χάνει τη μοναδικότητά του, μαθαίνει, πολλές φορές πριν ακόμα πάει στο σχολείο, ότι για να λειτουργήσει χρειάζεται «εξωτερική βοήθεια.»<sup>101</sup> Πέρα, λοιπόν, από προβλήματα, όπως ο εθισμός, ή συναισθηματικά προβλήματα που ενδέχεται σε βάθους χρόνου να εμφανιστούν, φαίνεται να έχουμε συμβιβαστεί με το γεγονός ότι παρεμβαίνουμε δραστικά στην ανάπτυξη κάποιων παιδιών, με χημικές ουσίες επιβλαβείς για τον οργανισμό τους, καταστέλλοντας την περιέργειά τους, την όρεξη να ανακαλύψουν τον κόσμο. Τους στερούμε το δικαίωμα να αναπτυχθούν με τον δικό τους τρόπο μέσα στο πλαίσιο που μεγαλώνουν, να προσλάβουν ερεθίσματα και να τα διαχειριστούν, να δημιουργήσουν στρατηγικές ώστε να λειτουργούν μόνο τους, χωρίς την εξάρτηση από ουσίες, όσο αποτελεσματικές και αν μοιάζουν βραχύχρονα, μόνο και μόνο γιατί δεν ανταποκρίνονται στην ιδέα που έχουμε χτίσει σχετικά με την παιδική ηλικία, με το «αποδεκτό» και το «μη αποδεκτό», με το τι είναι λειτουργικό και τι όχι. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε, λοιπόν, ότι δεν υπάρχει μόνο ένα «παιδί», δεν είναι μια ομοιόμορφη

---

<sup>101</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 102.

κατηγορία και, επομένως, δεν δύναται να υπάρχουν οι ίδιες απαιτήσεις για κάθε παιδί, το ίδιο πρότυπο συμπεριφοράς, οι ίδιες προσδοκίες. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να

«λάβουμε υπόψη τους γενικούς αλλά και ειδικούς, τους ρευστούς αλλά και στατικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην κοινωνική συγκρότηση του υποκειμένου παιδί και στην ορατότητα πολλών παιδικών ηλικιών, αλλά και, τέλος, εισάγουν άλλοτε ρητές και άλλοτε άρρητες ερμηνείες και πολιτικές που η παρουσία ή η απουσία ‘κάποιων συγκεκριμένων’ παιδιών επιδέχεται».<sup>102</sup>

Σε όλα τα παραπάνω προστίθενται και σκάνδαλα ως προς την κατάχρηση του Ritalin σε όλο τον κόσμο, όπου πωλείται χωρίς συνταγή ιατρού στο διαδίκτυο, άμεσα προσβάσιμο στον καθένα με δύο μόνο κλικ, συνδέεται με εγκληματικές ενέργειες, αλλά και ευθύνεται ακόμα και για τον θάνατο παιδιών<sup>103</sup>. Επιπλέον, όχι μόνο το Ritalin, αλλά γενικά τα φάρμακα που προτείνονται για τη ΔΕΠΥ, βοηθούν μόνο στιγμιαία, ανακουφίζουν «συμπτώματα», αλλά δεν «θεραπεύουν». Το άτομο, επομένως, πάντα θα χρειάζεται το φάρμακό του για να λειτουργήσει, και μάλιστα με τη δόση να αυξάνεται όταν παύει να έχει επιρροή πάνω του, λόγω εξοικείωσης του οργανισμού. Η αφήγηση, λοιπόν, περί θαυματουργού σκευάσματος αρχίζει να καταρρέει, ενώ, αντιστρόφως ανάλογα, η ζήτηση παραμένει υψηλή.

### III. ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ ΤΟΥ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ: Η ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΤΟΥ RITALIN

Είναι γεγονός ότι γενικότερα στη σύγχρονη ψυχοφαρμακολογία το πόσο δημοφιλές είναι ένα σκεύασμα δεν σχετίζεται απαραίτητα με την αποτελεσματικότητά του, αλλά σε πολλές περιπτώσεις η εμπορική επιτυχία τέτοιων φαρμάκων οφείλεται σε έναν συνδυασμό ιδεολογικών, πολιτικών και οικονομικών παραγόντων.<sup>104</sup> Αν λάβει κανείς υπόψη ότι η θεωρία περί βιολογικής υπόστασης διαταραχών, όπως η ΔΕΠΥ, η οποία αποδίδει τα συμπτώματα σε μια βιοχημική ανισορροπία του εγκεφάλου, μοιάζει να εδραιώνεται στην κοινή γνώμη ως γενικά αποδεκτή αλήθεια, κι ας μην υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που να την στηρίζουν, γίνεται εμφανές ότι η διαφημιστικές εκστρατείες των φαρμακευτικών

---

<sup>102</sup> Μακρυνιώτη, Εισαγωγή, σελ. 13.

<sup>103</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 124.

<sup>104</sup> S. A. Kirk, T. Gomory, & D. Cohen, (2013). *Mad science: The disorders of American psychiatry*. Routledge, σελ. 214.



εταιρειών ασκούν τεράστια επιρροή στον πολίτη- καταναλωτή.<sup>105</sup> Όπως προαναφέρθηκε, σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση και δημοτικότητα του Ritalin και, αργότερα, και της ΔΕΠΥ, έπαιξαν διαφημιστικές καμπάνιες, αλλά και γενικότερα η προβολή τους στο κοινό. Αυτό το κοινό διαφοροποιούνταν ανάλογα με την εποχή και τις εκάστοτε συνθήκες. Έτσι, ενώ στη δεκαετία του 1960 κυκλοφορούν διαφημίσεις για το φάρμακο που απευθύνονται σε ηλικιωμένους/ες ή και σε εξαντλημένες νοικοκυρές, στις μέρες μας η έμφαση δίνεται στο παιδί, αλλά και στον ενήλικα με ΔΕΠΥ. Παρακάτω, θα γίνει μια προσπάθεια ανάλυσης κάποιων παραδειγμάτων διαφημίσεων, κυρίως για το Ritalin.

### **Οι πρώτες διαφημιστικές καμπάνιες -Γιαγιά και εγγόνοι: διαφορετικά «προβλήματα», ίδια λύση**



Εικόνα 1 [https://consent.yahoo.com/v2/collectConsent?sessionId=3\\_cc-session\\_469d77c2-dcd8-4cc3-9883-ε1ε6δο9bfd73](https://consent.yahoo.com/v2/collectConsent?sessionId=3_cc-session_469d77c2-dcd8-4cc3-9883-ε1ε6δο9bfd73) (28.12.23)

Η διαφήμιση αυτή της CIBA, της εταιρείας που πρώτη κυκλοφόρησε το Ritalin, εμφανίστηκε το 1957 και απευθύνεται σε ανθρώπους που θέλουν να ξεπεράσουν την κατάθλιψη και την υπερκόπωση, κυρίως ηλικιωμένους/ες. Αναφέρεται ότι «φωτίζει τη μέρα τους», βελτιώνοντας τη διάθεση και τις επιδόσεις τους. Τη μισή έκταση καταλαμβάνει η εικόνα μίας ηλικιωμένης κυρίας, η οποία χαμογελά πλατιά, προφανώς

<sup>105</sup> Moncrieff, Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism, σελ. 302.

μετά τη χρήση του φαρμάκου. Στο συνοδευτικό κείμενο γίνεται λόγος για ένα φάρμακο ήπιο, το οποίο δεν προσομοιάζει σε αμφεταμίνες και το οποίο έχει τη δυνατότητα να βοηθά όσους/ες υποφέρουν από κατάθλιψη, κόπωση, απάθεια, κακή διάθεση. Μάλιστα, αναφέρεται πως, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν οδηγεί σε υπερδιέγερση, και δεν επηρεάζει την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και την όρεξη, παρά το γεγονός ότι όλα αυτά περιλαμβάνονται στη λίστα των παρενεργειών του Ritalin σήμερα. Επιπλέον, το τι ακριβώς σημαίνει «στις περισσότερες περιπτώσεις» παραμένει μετέωρο. Όλα αυτά τα στοιχεία και οι πιθανές παρενέργειες που αναφέρονται σε κάθε διαφήμιση σίγουρα δεν είναι αυθαίρετα, αλλά πορίσματα ερευνών που έχουν γίνει στο πεδίο. Το μόνο ζήτημα που ανακύπτει ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητά τους σχετίζεται με το πώς και από ποιους/ες διενεργήθηκαν οι συγκεκριμένες έρευνες. Είναι γεγονός ότι στη σύγχρονη αμερικανική ψυχιατρική δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου φαρμακευτικές εταιρείες χρηματοδοτούσαν και τροποποιούσαν έρευνες με τέτοιον τρόπο, ώστε να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες που οι ίδιες είχαν για τα σκευάσματά τους, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την αφήγηση περί ενός ασφαλούς και απαραίτητου φαρμάκου για το «διαταραγμένο μυαλό».<sup>106</sup> Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Marcia Angell:

*«Οι σχέσεις μεταξύ ερευνητών και εταιρειών δεν περιορίζονται μόνο σε επιχορηγήσεις, αλλά περιλαμβάνουν και έναν αριθμό διαφορετικής φύσεως οικονομικών συμφωνιών. Κάποιοι ερευνητές εργάζονται και ως σύμβουλοι σε εταιρείες των οποίων τα προϊόντα μελετούν, εγγράφονται σε συμβούλια και γραφεία ομιλητών, μπαίνουν σε συμφωνίες ευρεσιτεχνίας και δικαιωμάτων, συμφωνούν να αναφερθεί το όνομά τους ως συγγραφείς σε άρθρα γραμμένα από τις ίδιες της εταιρείες, διαφημίζουν φάρμακα και συσκευές σε χρηματοδοτούμενα από τις εταιρείες συμπόσια, και επιτρέπουν στον εαυτό τους να λαμβάνουν ακριβά δώρα και ταξίδια σε πολυτελή μέρη. Μάλιστα, κάποιοι ερευνητές έχουν και μετοχικό κεφάλαιο στις εν λόγω εταιρείες».<sup>107</sup>*

Όσο περισσότερο προβάλλεται ένα φάρμακο ως «ασφαλές», «αποδοτικό» και σχεδόν «θαυματουργό», τόσο μεγαλύτερο είναι και το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Μιλάμε, δηλαδή, για περιπτώσεις φαρμάκων που γνώρισαν μεγάλη εμπορική επιτυχία και

---

<sup>106</sup> R. Whitaker, (2001). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Basic Books, σελ. 282.

<sup>107</sup> Στο ίδιο, σελ. 264.

απευθύνονταν σε μεγάλες μερίδες του πληθυσμού· μία περιγραφή που σίγουρα βρίσκει εφαρμογή και στο Ritalin, όπως το γνωρίσαμε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, το οποίο ήδη από το 1971 αντιπροσώπευε το 15% των κερδών της CIBA, ενώ αργότερα, τη δεκαετία από το 1990 ως το 2000, η παραγωγή της βασικής δραστικής του ουσίας, της μεθυλφαινιδάτης, στις ΗΠΑ, αυξήθηκε κατά 800%.<sup>108</sup> Μάλιστα, εδώ έχουμε μια ιδιάζουσα περίπτωση, καθώς η εν λόγω μερίδα του πληθυσμού μοιάζει να έχει παραπάνω του ενός πρόσωπα, όπως γίνεται εμφανές στην επόμενη διαφήμιση που παρατίθεται.



Εικόνα 2 <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.flickr.com%2Fphotos%2Fbelliresearch%2F40927700081&psig=AOvVawilUFiUcGZd8SDqGwI98oar&ust=1703836427972000&source=images&cd=vfe&op=i=89978449&ved=oCBMQjhxqFwoTCNiLzrrTsYMDfQAAAAAdAAAAABAw> (28.12.23)

Με μια πρώτη ματιά, δεν μπορεί κανείς να μην παρατηρήσει το προφανές: η εικόνα είναι διαφορετική. Έναν μόλις χρόνο αργότερα, το κεντρικό πρόσωπο της καμπάνιας δεν είναι πια μία ηλικιωμένη κυρία, αλλά μία κατά τα φαινόμενα ευτυχισμένη γυναίκα και ένα μωρό στην αγκαλιά της. Παρόλα αυτά, το βασικό κείμενο παραμένει το ίδιο. Αυτό που αλλάζει είναι το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Στα άτομα με κατάθλιψη, υπερκόπωση, σε ηλικιωμένους/ες με «παθολογικά» κακή διάθεση, προστίθενται τώρα γυναίκες που υποφέρουν από επιλόχειο κατάθλιψη και το «καθυστερημένο» παιδί. Είναι προφανές ότι διευρύνεται ολόένα και περισσότερο η αγορά του Ritalin, ενώ πλέον γίνεται αναφορά και σε παιδιά. Αυτή η διεύρυνση της ομάδας, στην οποία απευθύνεται το φάρμακο, σε συνδυασμό με την πρόκληση

<sup>108</sup> Conrad & Potter, From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories, σελ. 566.

άγχους, την υπογράμμιση της σοβαρότητας μιας κατάστασης που παλαιότερα δεν έγειρε καν προβληματισμούς, ήταν μια από τις στρατηγικές που ακολουθούσαν οι εταιρείες για να πείσουν ότι το φάρμακό τους είναι ωφέλιμο και απολύτως απαραίτητο [disease mongering].<sup>109</sup> Ακριβώς σε αυτό εξυπηρετούσαν οι διαφημίσεις, το επιθετικό θα έλεγε κανείς μάρκετινγκ που παρατηρείται ήδη από το δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Βασική λειτουργία του φαρμάκου, η βασική υπόσχεση που δίνεται παραμένει και σε αυτή τη διαφήμιση η ίδια : «φωτίζει τη μέρα». Προβάλλεται ως ένα θαυματουργό σκεύασμα, το οποίο μπορεί να φτιάξει τη διάθεση και να δώσει ενέργεια σε ηλικιωμένους/ες, ενώ, ταυτόχρονα, «να φωτίσει τη μέρα» και σε παιδιά με νοητικά προβλήματα. Το πώς ακριβώς συμβαίνει αυτό δεν εξηγείται, η μόνη επιπλέον πληροφορία που δίνεται είναι η προτεινόμενη δόση του φαρμάκου. Στις πρώτες, λοιπόν, διαφημιστικές καμπάνιες δεν υπάρχει ακόμα ίχνος του «υπερκινητικού παιδιού», αν και σταδιακά άνοιγε ο δρόμος προς αυτή την κατεύθυνση.



Εικόνα 3 [https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftwitter.com%2Frichard\\_littler%2Fstatus%2F1582294032805662722&psig=AOvVaw1UFiUcGZd8SDqGwI98oar&ust=1703836427972000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=oCBMQjhxqFwoTCNiLrrTsYMDFOAAAAAdAAAAABA4](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftwitter.com%2Frichard_littler%2Fstatus%2F1582294032805662722&psig=AOvVaw1UFiUcGZd8SDqGwI98oar&ust=1703836427972000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=oCBMQjhxqFwoTCNiLrrTsYMDFOAAAAAdAAAAABA4) (28.12.23)

Αυτό αλλάζει στην Εικόνα 3. Ενώ στις προηγούμενες δύο διαφημίσεις υπήρχε μια θετική νότα με χαρούμενες φιγούρες και την υπόσχεση για πιο φωτεινές μέρες, εδώ τα πράγματα αλλάζουν. Η διαφήμιση του 1957 (Εικόνα 1) αξιοποιεί ακόμα χρώματα, ενώ και η διαφήμιση του 1958 (Εικόνα 2), παρόλο που είναι ασπρόμαυρη, προκαλεί μια αισιοδοξία στον καταναλωτή, εφόσον το χαμόγελο της μητέρας που απεικονίζεται είναι εμφανές. Στην Εικόνα

<sup>109</sup> Kirk, Gomory, & Cohen, *Mad science: The disorders of American psychiatry*, σελ. 215.

3, όμως, κυριαρχεί το μαύρο, δεν βλέπουμε καμία έκφραση προσώπου. Το βασικό σλόγκαν «Ritalin: Βοηθά ώστε να μπορείς να αγαπήσεις ξανά το προβληματικό παιδί» υποκρύπτει πολλά μηνύματα. Αρχικά, βάζει την ετικέτα του «προβληματικού» σε ένα παιδί, το οποίο δεν ανταποκρίνεται σε αυτό που θεωρείται «κανονικό». Με το να ετικετοποιηθεί, λοιπόν, ένα παιδί ως «προβληματικό», του αποδίδονται αρνητικά χαρακτηριστικά, τα οποία επισκιάζουν οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μπορεί να φέρει το παιδί αυτό. Κατασκευάζεται μια συγκεκριμένη εικόνα για το ποιο παιδί είναι το «ιδανικό», το «επιθυμητό», αυτό που αξίζει να αγαπηθεί. Η έκφραση «να αγαπήσεις ξανά αυτό το παιδί» υποδηλώνει ότι υπήρξε μία περίοδος, κατά την οποία δεν μπορούσε να αισθανθεί αγάπη ένας γονιός προς το παιδί του, επειδή ακριβώς ήταν «προβληματικό». Αφενός, λοιπόν, η σχέση γονέα-παιδιού κλονίζεται από την «αποκλίνουσα» συμπεριφορά του παιδιού, κάτι που καθιστά απαραίτητη την αντιμετώπιση του ζητήματος, και αφετέρου ο τρόπος για να αποκατασταθεί αυτή η σχέση είναι η χορήγηση Ritalin. Παρουσιάζεται, κατά κάποιον τρόπο, η διάγνωση και, στη συνέχεια, η φαρμακευτική αγωγή ως προϋποθέσεις για να υπάρξει αρμονία μέσα στην οικογένεια, να καλυφθούν συναισθηματικές ανάγκες τόσο του γονέα όσο και του παιδιού. Γίνεται εμφανής μια τάση που γενικότερα υπήρχε μετά τη δεκαετία του 1980 στον κλάδο της ψυχιατρικής και στην αντιμετώπιση των «ψυχικά διαταραγμένων» από την κοινή γνώμη: τα νευροληπτικά φάρμακα παρουσιάζονται ως σανίδες σωτηρίας, στα οποία εναποτίθεντο πολύ μεγάλες ελπίδες, διατηρώντας την αφήγηση περί αναγκαιότητας λήψης τους.<sup>110</sup> Αναλύοντας λίγο ακόμα τη μικρή αυτή φράση, υπονοείται ότι υπάρχει μια κατάσταση δύσκολη, ένα παιδί ανυπάκουο, που προκαλεί «προβλήματα», αλλά είναι μια κατάσταση που οφείλεται σε μια εγκεφαλική δυσλειτουργία, και όχι σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, και για αυτόν τον λόγο είναι σημαντικό να συμβουλευτεί η οικογένεια έναν/μία ειδικό που θα συνταγογραφήσει το, κατά τα φαινόμενα, «σωτήριο» σκεύασμα.

Ρητά αναφέρεται ότι το παιδί αυτό προκαλεί «πονοκέφαλο» σε γονείς και εκπαιδευτικούς. «Ανεξέλεγκτο», «αδέξιο», «καταστρεπτικό» για γονείς, «υπερκινητικό», «με ελλειμματική προσοχή», «παρορμητικό» για εκπαιδευτικούς. Ανεξάρτητα από το πώς ονομάζεται κάθε φορά αυτή η συνθήκη, είτε προβλήματα λειτουργικής συμπεριφοράς, είτε ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, είτε υπερκινητικότητα, το Ritalin είναι, σύμφωνα πάντα με τη φαρμακευτική εταιρεία που το εμπορεύεται, η λύση. Είναι ενδιαφέρον το ότι στην αφίσα αναφέρεται ότι υπάρχει πληθώρα χαρακτηρισμών για τη «διαταραχή», κάτι που δείχνει μια

<sup>110</sup> Whitaker, *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*, σελ. 260.

ασάφεια και υπερ-γενίκευση, για την οποία έχει γίνει ήδη λόγος στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας. Από την άλλη πλευρά, σίγουρα εξυπηρετεί και τους σκοπούς της διαφήμισης, εφόσον περιλαμβάνει παιδιά, που εμφανίζουν παρόμοια «συμπτώματα». Σε μια προσπάθεια, δηλαδή, να απευθυνθούν σε κάθε περίπτωση, η σύγχυση ως προς την ονοματολογία αυτού που σήμερα ονομάζουμε ΔΕΠΥ, σίγουρα, λειτουργεί ενισχυτικά. Στην ίδια λογική, αναφέρεται, με μικρότερη γραμματοσειρά, ότι προτείνεται για παιδιά με «προβλήματα λειτουργικής συμπεριφοράς» [functional behavioral problems], χωρίς να προσδιορίζεται τι ακριβώς εννοείται με αυτό. Η μοναδική επεξήγηση είναι μια παρένθεση δίπλα, όπου αναφέρονται ως παράδειγμα η υπερκινητικότητα, ο τραυλισμός, και άλλα. Ποια είναι αυτά τα άλλα, όταν ήδη τα δύο παραδείγματα που αναφέρονται μοιάζουν άσχετα μεταξύ τους; Ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή του ρυθμού του λόγου, όπου το άτομο δυσκολεύεται να σχηματίσει και να ακολουθήσει ένα ρυθμικό πρότυπο στη ροή της ομιλίας του.<sup>111</sup> Πώς ένα διεγερτικό μπορεί να βοηθήσει σε αυτό και πώς σχετίζεται με την υπερκινητικότητα; Επίσης, βάσει ποιων κριτηρίων ο τραυλισμός ανήκει στην κατηγορία των λειτουργικών διαταραχών συμπεριφοράς;

Άλλες πληροφορίες που προσφέρει η αφίσα αφορούν τη δοσολογία, η οποία συνίσταται να αυξάνεται ανά εβδομάδα· κάτι που, επίσης, φαίνεται να εξυπηρετεί την εταιρεία και τις πωλήσεις του Ritalin. Προφανώς, αυτό είναι κάτι που εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε παιδιού και απαιτείται η συμβολή και η συμβουλή ενός ειδικού, ο οποίος θα παρακολουθήσει το παιδί. Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς, λοιπόν, πως πρόκειται για μια ολόκληρη βιομηχανία: φαρμακευτικές εταιρείες, γιατροί- παιδίατροι, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ειδικοί παιδαγωγοί, σχολικοί σύμβουλοι. Οι βασικές παρενέργειες που αναφέρονται είναι νευρική και αϋπνία, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν, σύμφωνα με τον κατασκευαστή, με μείωση της δόσης του φαρμάκου. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρεται πως παρατηρήθηκαν ανορεξία, ζαλάδες, πονοκέφαλος, δυσλειτουργίες στον παλμό, υπνηλία, ερεθισμοί στο δέρμα, ψυχωτικές συμπεριφορές, ψυχική εξάρτηση – πολλές παραπάνω από όσες αναφέρονταν σε προηγούμενες καμπάνιες. Μάλιστα, αναφέρεται ότι δεν θα έπρεπε να χορηγηθεί σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης, ενώ είναι ενδεδειγμένο για ήπια κατάθλιψη σε ηλικιωμένους/ες. Ως αντενδείξεις αναφέρονται η επιληψία και το γλαύκωμα, χωρίς να δίνεται κάποια επεξήγηση ως προς το πώς ακριβώς συνδέεται το φάρμακο με μία

---

<sup>111</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> ed., DSM-5, σελ. 45.

πάθηση του οπτικού νεύρου ή με κάποια από τις διαταραχές για την οποία το φάρμακο προτείνεται.

Γενικά, λοιπόν, η εστίαση είναι πλέον σε παιδιά και φαίνεται να διαφημίζεται όχι μόνο το φάρμακο, αλλά και η ίδια η διαταραχή, η οποία προκαλεί προβλήματα στον δεσμό μεταξύ γονέα – παιδιού και, κατ' επέκταση, σε ολόκληρη την οικογένεια, αλλά και προβλήματα στο σχολείο, τα οποία ο/η εκπαιδευτικός δεν μπορεί να διαχειριστεί και, επομένως, χρειάζεται να γίνει διάγνωση για να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα. Παρότι υπήρξαν και άλλες διαφημιστικές καμπάνιες όπου το Ritalin προτείνεται για άλλες καταστάσεις, όπως η σχιζοφρένεια (Εικόνα 4), και για άλλη ομάδα «ασθενών», όπως οι νοικοκυρές με χρόνια απάθεια (Εικόνα 5), με το πέρασμα των χρόνων βασικό κοινό αποτέλεσαν τα υπερκινητικά παιδιά και, μετά τη δεκαετία του 1990, και οι ενήλικες με ΔΕΠΥ.



Εικόνα 4 <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftheconversation.com%2Fritalin-at-75-what-does-the-future-hold-121591&psig=AOvVaw38x4DarmJLxKXb98GEfWfv&ust=1703657360853000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBMQjhxqFwoTCKiC3Zu6rIMDFQAAAAAdAAAAABAD> (28.12.23)



Εικόνα 5 [https://www.reddit.com/r/TwoXADHD/comments/wn6ymw/vintage\\_ritalin\\_ad\\_from\\_1970/06/01/2024/](https://www.reddit.com/r/TwoXADHD/comments/wn6ymw/vintage_ritalin_ad_from_1970/06/01/2024/)

Προοδευτικά, υπήρξαν και άλλες φαρμακευτικές εταιρίες, οι οποίες διαφήμιζαν τα δικά τους προϊόντα για τη ΔΕΠΥ, τα οποία λειτουργούσαν με παρόμοιο τρόπο όπως το Ritalin. Ακόμα και σήμερα, οι διαφημίσεις θυμίζουν αυτές των δεκαετιών του 1960 και 1970 που αναλύθηκαν παραπάνω. Στην παρακάτω εικόνα [Εικόνα 6] δίνεται ένα παράδειγμα, δύο υποθετικά σενάρια. Απεικονίζεται ένα παιδί, το οποίο υποθέτουμε ότι είναι ο Alex, όπως αναγράφεται, και ο οποίος έχει ΔΕΠΥ, χωρίς να προσδιορίζεται ποιον από τους τρεις

**IF YOUR CHILD STRUGGLES WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD), CONCERTA® CAN HELP THEM GET ON THE PATH TO SUCCESS.**

Everyday activities can be a challenge when your child has ADHD. But making the decision to treat your child's ADHD symptoms is an important first step. CONCERTA® is a once-a-day prescription that can help your child focus, follow instructions and finish what they start. It can even improve their relationships and performance in school. CONCERTA is the #1 prescribed medication for ADHD in children and adolescents that works through 12 hours and has seven years of proven safety. Studies also show CONCERTA was well tolerated, with 5% or less of patients experiencing insomnia or loss of appetite. **Talk to your healthcare professional about CONCERTA® and see if everyday challenges can become everyday successes.** Visit [concerta.net/familycircle](http://concerta.net/familycircle) or call 1-888-833-7499.

CONCERTA® is approved for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as part of a total treatment program that may include counseling or other therapies.

**IMPORTANT SAFETY INFORMATION.** Ask your healthcare professional for a proper diagnosis and treatment of ADHD. Only a healthcare professional can decide whether medication is right for you or your child. CONCERTA should not be taken by patients who have allergies to methylphenidate or other ingredients in CONCERTA; significant anxiety, tension, or agitation; glaucoma; tics; Tourette's syndrome; or family history of Tourette's syndrome; current or past use of monoamine oxidase inhibitor (MAOI) medications; stomach or intestinal problems. Children under 6 years of age should not take CONCERTA. Abuse of methylphenidate may lead to dependence. Tell your healthcare professional if you or your child has had problems with alcohol or drugs, has had any heart problems, heart defects, high blood pressure, or a family history of these problems; has had depression, abnormal thoughts or visions, bipolar disorder, or seizure. Contact your healthcare professional immediately if you or your child develops abnormal thinking or hallucinations, abnormal or extreme mood, and/or excessive activity or if aggressive behavior or hostility develops or worsens while taking CONCERTA. Stimulants may impair the ability of the patient to operate potentially hazardous machinery or vehicles. Caution should be used accordingly until you are reasonably certain that CONCERTA does not adversely affect your ability to engage in such activities. The most common adverse reaction (50% reported in children and adolescents) was upper abdominal pain. The most common adverse reactions (20% reported in adults) were dry mouth, nausea, decreased appetite, headache, and insomnia.

**Please see Medication Guide on adjacent page.**

You are encouraged to report negative side effects of prescription drugs to the FDA. Visit [www.fda.gov/medwatch](http://www.fda.gov/medwatch), or call 1-800-FDA-1088.

CONCERTA® is a registered trademark of ALZA Corporation. © 2019 McNeil-Pediatrics, Inc. 3028 August 2019 0020280005-0

McNEIL-PEDIATRICS

Εικόνα 6 <http://static4.businessinsider.com/image/52af57c5eab8eaf82a43dd73-960/concerta%20ad.jpg> (28.12.23)

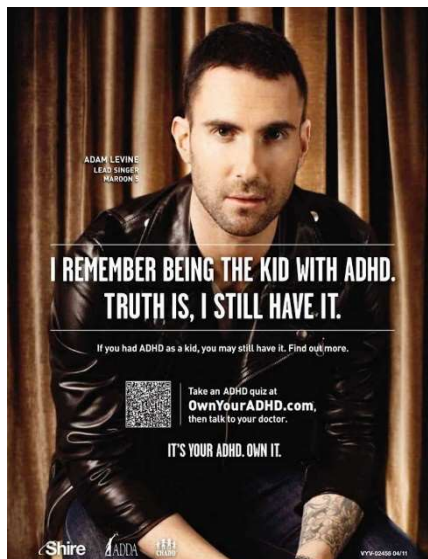


τύπους που αναφέρονται στην πιο πρόσφατη έκδοση του DSM. Έχουμε ένα παιδί, το οποίο έχει ΔΕΠΥ και του ανατίθεται στο σχολείο να κάνει μια εργασία για τους προέδρους των ΗΠΑ. Αν δεν πάρει το φάρμακο που διαφημίζεται, θα ξεχάσει το σακίδιο του στο λεωφορείο, θα τσακωθεί με την αδελφή του και, επομένως, δεν θα γνωρίζει τον George Washington και ο/η εκπαιδευτικός θα καλέσει τη μητέρα του. Όμως, τα γεγονότα αυτά μοιάζουν τελείως ασύνδετα. Το ότι θα ξεχάσει κάτι στο λεωφορείο ή θα διαφωνήσει με την αδελφή του, δεν οδηγούν απαραίτητα σε σχολική αποτυχία. Θα μπορούσαν κάλλιστα να συμβούν όλα αυτά και, παρόλα αυτά, να γνωρίζει ποιος είναι ο George Washington. Με άλλα λόγια, ο συλλογισμός δεν ακολουθεί μια λογική αλληλουχία, το ένα «στάδιο» δεν οδηγεί στο άλλο, ούτε το αναιρεί. Ωστόσο, υποτίθεται πως μετά τη λήψη του φαρμάκου θα πάει με τον Matt στη βιβλιοθήκη, θα μάθει για τον George Washington και θα κάνει τον/την δάσκαλο/α περήφανο/η. Η σχολική επίδοση, λοιπόν, φαίνεται να εξαρτάται μόνο από αυτό το χάπι, χωρίς να συνδέεται ούτε με τον τρόπο διδασκαλίας, ούτε με το οικογενειακό ή γενικά το κοινωνικό περιβάλλον, ούτε με τις γνωστικές ικανότητες του ίδιου του παιδιού και τις σχολικές του επιδόσεις. Μέσω αυτής της σύνδεσης εδραιώνεται το μήνυμα ότι, αν ένα παιδί δεν τα καταφέρνει το σχολείο, θα πρέπει η οικογένεια να απευθυνθεί σε κάποιον/α ειδικό. Για άλλη μια φορά διαφημίζεται και το φάρμακο και η «διαταραχή».

Η αγορά, λοιπόν, ολοένα και διευρύνεται και στις μέρες μας απευθύνεται όλο περισσότερο και σε ενήλικες. Ενδεικτικά παρατίθεται παρακάτω μια διαφήμιση η οποία αφορά ακριβώς σε αυτό: σε ενήλικες με ΔΕΠΥ. Στην αφίσα απεικονίζεται ο τραγουδιστής ενός δημοφιλούς συγκροτήματος, ο οποίος δηλώνει «συμπάσχων». Είναι γεγονός ότι σε πολλές διαφημιστικές καμπάνιες αξιοποιούνται η φήμη και η δημοτικότητα τέτοιων προσώπων, με στόχο να προσελκύσουν το ενδιαφέρον όσο το δυνατόν περισσότερων εν δυνάμει καταναλωτών. Έτσι και σε αυτή την περίπτωση, με έναν πολύ έξυπνο τρόπο, διαφημίζεται όχι μόνο το φάρμακο, αλλά και η ίδια η διαταραχή, ενθαρρύνοντας αυτό- διαγνώσεις σε όσους και όσες ταυτίζονται με τον αγαπημένο τους καλλιτέχνη. Με δεδομένο ότι λόγω της φύσης των συμπτωμάτων και των διαγνωστικών κριτηρίων, οι αυτό-διαγνώσεις είναι πολύ συχνό φαινόμενο σε ενήλικες, τέτοιου είδους διαφημίσεις μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση των διαγνώσεων και, επομένως, και των πωλήσεων διεγερτικών. Ιδίως από τη δεκαετία του 1990 και μετά, η ΔΕΠΥ ενηλίκων προβάλλεται στην τηλεόραση, σε περιοδικά, ακούγονται ιστορίες ενηλίκων που υποστηρίζουν πως η διάγνωση συνέβαλε σημαντικά στη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους, ιδρύονται οργανισμοί, γίνονται συνέδρια και γράφονται άρθρα, με

αποτέλεσμα να θεωρείται σχεδόν βέβαιο πως πρόκειται για μία «διαταραχή» που επηρεάζει το άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.<sup>112</sup>

Είναι ενδεικτικό ότι το 1994, οι Edward Hallowell και John Ratey δημοσιεύουν το βιβλίο τους με τίτλο *Οδηγούμενοι στη διάσπαση. Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής από την παιδική ηλικία μέχρι την ενήλικη ζωή* [*Driven to distraction. Recognizing and coping with Attention Deficit Disorder from childhood through adulthood*], στο οποίο, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνεται ένα τεστ αυτοαξιολόγησης, ώστε να μπορούν ενήλικες να διαπιστώσουν μόνοι/ες τους αν έχουν ΔΕΠΥ και αν χρειάζονται ιατρική βοήθεια.<sup>113</sup> Ερωτήσεις, όπως «Καπνίζεις;», «Καταναλώνεις πολύ αλκοόλ;», «Είσαι υιοθετημένος;», μοιάζουν να είναι τα κριτήρια, με βάση τα οποία κάποιος/α μπορεί να αυτό-διαγνωστεί ως «πάσχων/ παθούσα» από ΔΕΠΥ, ενισχύοντας τον ισχυρισμό που έχει ήδη γίνει στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, πως είναι πολύ εύκολο να ταυτιστεί κανείς με αυτό που ονομάζουμε διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ, σε όποια ηλικιακή ομάδα κι αν βρίσκεται. Οι αυτό – διαγνώσεις που υπάρχουν σαν συνέπεια της προβολής της «διαταραχής», ωθούν τα άτομα στην άσκηση ενός είδους αυτό – ελέγχου, με απώτερο στόχο να μην «αποκλίνουν», να μπορέσουν να ενταχθούν στη «νόρμα».



Εικόνα 7 <http://static6.businessinsider.com/image/52af49fc6bb3f7f42c43dd6a-060/adam%20levine%20adhd%202.jpg> (28.12.23)

<sup>112</sup> Conrad & Potter, From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social problems*, σελ. 565-566.

<sup>113</sup> Λέκκα, Παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα, σελ. 37.

Οι προαναφερθείσες αυτές αυτό-διαγνώσεις και, κατ' επέκταση, η αυτό – πειθάρχηση όσων «διαφέρουν» φαίνεται να ενθαρρύνονται και στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, όπου κυκλοφορεί πληθώρα ολιγόλεπτων βίντεο με τίτλους, όπως «5 σημάδια ότι ίσως έχεις ΔΕΠΥ» [5 signs you might have ADHD].<sup>114</sup> Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, μια πτυχιούχος ψυχολόγος, όπως αυτό- αποκαλείται στην αρχή του βίντεο, δείχνει αναπαραστατικά πέντε καταστάσεις που θα μπορούσαν να σημαίνουν ότι κάποιος/α έχει ΔΕΠΥ. Το να χάνει κανείς την αίσθηση του χρόνου, να ξοδεύει χρήματα με έναν τρόπο παρορμητικό και χωρίς προσεκτική σκέψη, να δυσκολεύεται να ακούει, να έχει εναλλαγές στη διάθεση και να δοκιμάζει διαρκώς νέα χόμπι, φαίνεται να αποτελούν χαρακτηριστικά της «διαταραχής». Όμως, όλα όσα περιγράφονται είναι τόσο συνηθισμένα και χωρίς κάποιον σαφή προσδιορισμό, κάποια ξεκάθαρη διαχωριστική γραμμή μεταξύ «φυσιολογικού» και «παθολογικού», που ο καθένας και η καθεμία θα μπορούσε να οδηγηθεί σε μια αυτό διάγνωση, κάτι που δεν αποκλίνει ιδιαίτερα από τον τρόπο που και το επίσημο εγχειρίδιο προσεγγίζει τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ. Τώρα, όμως, αυτή η πληροφορία είναι άμεσα προσβάσιμη στο ευρύ κοινό και ο αλγόριθμος είναι κατασκευασμένος με τέτοιον τρόπο, ώστε να προβάλλει πολλά βίντεο παρόμοιου περιεχομένου, επομένως είναι πολύ πιο εύκολο να επηρεαστεί κανείς από αυτά.

Κοντολογίς, η διαρκής αύξηση των πωλήσεων του Ritalin, αλλά και άλλων παρόμοιων σκευασμάτων, από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 έως και σήμερα, δεν είναι καθόλου τυχαία. Πολύ μεγάλο ρόλο παίζουν οι αντιλήψεις και οι στάσεις που υπάρχουν ανά τα χρόνια στην ιατρική και ειδικότερα στην ψυχιατρική, ως προς τη «διαταραχή» που θεραπεύουν, και ακόμα μεγαλύτερο η προβολή τους στα μέσα μαζικής επικοινωνίας, σε διαφημίσεις και, πλέον, στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης. Με ευρύ κοινό, πολλή πληροφορία, άμεση πρόσβαση και πολλές διαφημίσεις, αυξάνονται οι καταναλωτές και, κατ' επέκταση, τα κέρδη των εμπλεκόμενων, είτε άμεσα, είτε έμμεσα. Ο τρόπος με τον οποίο προβάλλεται ένα φάρμακο είναι προσεκτικά σχεδιασμένος. Οι διαφημίσεις, οι καμπάνιες, το πότε και το πώς προβάλλονται, αν απευθύνονται σε ειδικούς ή στον μέσο πολίτη, είναι όλα υπολογισμένα από ειδικούς/ές στο πεδίο. Δεν θα ήταν υπερβολή να υποστηρίξει κάποιος/α ότι μια πολυεθνική, φαρμακευτική εταιρεία έχει τις δυνατότητες, τα απαραίτητα μέσα, το προσωπικό και την τεχνολογία, ώστε να μπορεί να προσαρμόσει τις διαφημιστικές στρατηγικές της ακόμα και σε έναν/μία μόνο καταναλωτή/τρια, εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο, επενδύοντας

---

<sup>114</sup> <https://www.tiktok.com/@positivelytherapy/video/7099059702574796078> (28/12/2023).

δισεκατομμύρια σε αυτόν τον σκοπό.<sup>115</sup> Είναι ένα οικονομικό παιχνίδι, με πρωταγωνιστές τους αριθμούς, και με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα, δεν χωρά αμφιβολία για το ποιος είναι νικητής.

---

<sup>115</sup> Kirk, Gomory, & Cohen, *Mad science: The disorders of American psychiatry*, σελ. 216.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : «Διαφωνίες και εναλλακτικές: τα πολλά πρόσωπα της ‘θεραπείας’»

Παρότι το βιολογικό μοντέλο είναι αυτό που, όπως αναφέρεται εκτενώς παραπάνω, κυριαρχούσε και κυριαρχεί ακόμα στις συζητήσεις περί ψυχικής ασθένειας γενικά, αλλά και της ΔΕΠΥ ειδικότερα, ανά τα χρόνια υπήρξαν και αρκετές αντιπροτάσεις. Διαφορετικά μοντέλα εφαρμόστηκαν και το ζήτημα προσεγγίστηκε και από άλλες μεριές. Κάποιες από τις πιο ισχυρές αντικρουόμενες απόψεις, αλλά και οι εναλλακτικές δίοδοι που έχουν προταθεί, πέραν των φαρμάκων, για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ παρατίθενται παρακάτω. Ωστόσο, πολλά ζητήματα που μας προβλημάτισαν στην οργανική θέαση του φαινομένου εξακολουθούν να μας προβληματίζουν και εδώ. Η ΔΕΠΥ είναι ακόμα ένα «πρόβλημα», του οποίου η «λύση» αναζητείται. Μπορεί να μην εμπλέκονται τόσο οι φαρμακευτικές εταιρείες, αλλά και πάλι το μεγάλο στοίχημα είναι η προσπάθεια «θεραπείας» και «κανονικοποίησης» όσων «νοσούν», κάτι που σημαίνει πως και εδώ υπάρχει σαφής διαχωρισμός του «φυσιολογικού» και του «παθολογικού» και συγκροτείται για μια ακόμα φορά μια πολύ συγκεκριμένη εικόνα του «αποκλίνοντος» στις σύγχρονες, βιοπολιτικές κοινωνίες. Ακόμα και στις μέρες μας, όπου μπορεί να εφαρμόζονται πιο σύγχρονες μορφές θεραπείας, όπως είναι, λόγου χάριν, η συμπεριφορική θεραπεία, δεν ανατρέπεται αυτός ο μύθος περί «κανονικού» και μη.

### *Επιστρέφοντας στην αρχή της συζήτησης, με άλλους/ες συνομιλητές/ήτριες: από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα έως σήμερα*

Το ζήτημα της ΔΕΠΥ, λοιπόν, όπως γίνεται εμφανές μέσα από τη μελέτη της ιστορίας της διαταραχής, είναι εξαιρετικά πολύπλοκο και έχουν εκφραστεί διαφορετικές απόψεις σχετικά με την προέλευση, την αιτιολογία, τη θεραπεία, ακόμα και την ίδια την ύπαρξή της ως διαταραχής. Προκειμένου να προσεγγιστεί ένα τόσο περίπλοκο φαινόμενο με τον κατάλληλο τρόπο, θα ήταν θεμιτό να προσεγγιστεί ολιστικά, από πολλές σκοπιές και με έναν τρόπο διεπιστημονικό. Ακριβώς επειδή έχει τόσες πτυχές, θα έλεγε κανείς πως χρειάζεται συνεργασία διαφορετικών επιστημών, διαφορετικών μοντέλων, προκειμένου να επιτευχθεί μια όσο το δυνατόν πιο πλήρης και σφαιρική κατανόηση του φαινομένου. Ωστόσο, αντί για αυτήν τη

διεπιστημονικότητα, που προϋποθέτει έναν ουσιαστικό διάλογο μεταξύ κλάδων και επιστημών, ακόμα κι αν οι απόψεις τους φαντάζουν εκ διαμέτρου αντίθετες, παρατηρείται μία έντονα μονόπλευρη θέαση του φαινομένου. Η επιστήμη της ιατρικής, ο κλάδος της ψυχιατρικής και ειδικότερα το βιολογικό μοντέλο κυριαρχούν σχεδόν αποκλειστικά ανά τα χρόνια, με αποτέλεσμα η εικόνα που σήμερα έχει σχηματιστεί για τη ΔΕΠΥ να είναι καθ' όλα μονόπλευρη, και μια περισσότερο σφαιρική θέασή της, καθώς φαίνεται να έχει θυσιάσει προ πολλού στον βωμό του κέρδους· μια άποψη, την οποία θα επιχειρήσουμε να τεκμηριώσουμε παρακάτω, με αναφορά σε άλλα μοντέλα προσέγγισης και τους λόγους για τους οποίους εν τέλει εκτοπίστηκαν.

Ήδη από το 1926, την εποχή που ο Still ξεκίνησε να μιλά για υπερκινητικά παιδιά, η Anna Freud πρότεινε μια θεραπευτική προσέγγιση με κύριο μέσο το παιχνίδι [play therapy], η οποία αξιοποιείται ακόμα και σήμερα. Η παιγνιοθεραπεία στόχευε κυρίως, με όρους ψυχανάλυσης, στον εντοπισμό της προέλευσης της παρορμητικότητας των παιδιών, έχοντας ως βασική ιδέα την πεποίθηση πως τα παιδιά αποκτούν, μέσα από το παιχνίδι, τη δυνατότητα να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους, ενώ παράλληλα η Freud θεωρούσε πως η διαδικασία ενισχύει την αυτογνωσία και λειτουργικότητά τους.<sup>116</sup> Η παιγνιοθεραπεία, λοιπόν, σύμφωνα με τους εκφραστές και τις εκφράστριές της, στοχεύει στην κατανόηση της «αποκλίνουσας» συμπεριφοράς και στη μείωση του πόνου που αισθάνεται το παιδί που «υποφέρει», οδηγώντας σε αλλαγές στην «προβληματική» συμπεριφορά του.<sup>117</sup> Σήμερα, έναν αιώνα σχεδόν αργότερα, η παιγνιοθεραπεία είναι σχετικά διαδεδομένη και στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετοί φορείς που παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες. Ωστόσο, την εποχή της Freud, η πρότασή της είχε πολύ χαμηλή απήχηση, ακόμα και μεταξύ άλλων ψυχαναλυτών/τριών. Αυτή ωστόσο, όπως θα φανεί στην συνέχεια, δεν θα είναι η τελευταία φορά που η ψυχανάλυση θα φανεί στο προσκήνιο.

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, με επιρροές από την Ευρώπη, ξεκινά να καθιερώνεται η ψυχανάλυση στις ΗΠΑ, ιδίως όσον αφορά την παιδική ψυχολογία και διαγωγή, η οποία γενικότερα εκείνη την περίοδο είχε βρεθεί στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος.<sup>118</sup> Επομένως, η «αποκλίνουσα» συμπεριφορά των παιδιών αποτέλεσε ένα

<sup>116</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 87.

<sup>117</sup> R.N. Bromfield, (2003). *Psychoanalytic play therapy. Foundations of play therapy*, 1-13, σελ. 2.

<sup>118</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 79-80.

ζήτημα που απασχόλησε τους ψυχαναλυτές. Η ψυχανάλυση στοχεύει στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και στη θεραπεία ψυχολογικών προβλημάτων μέσα από την εξερεύνηση του «εσωτερικού κόσμου» και των βιωμάτων των ατόμων, με μεγάλη σημασία να αποδίδεται στο λεγόμενο «ασυνείδητο».<sup>119</sup> Το «ασυνείδητο» αποτελείται τόσο από συναισθηματικές όσο και γνωστικές διεργασίες, οι οποίες συνδέονται με τα βιώματα της παιδικής ηλικίας και επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, λαμβάνοντας χώρα, όμως, έξω από τη συνείδηση του ατόμου. Η ψυχανάλυση, λοιπόν, θεωρείται πως είναι το μέσο για να οδηγηθεί κανείς στη «συνειδητοποίηση των ασυνείδητων διεργασιών»,<sup>120</sup> όπως το θέτει η Anna Freud. Τα συμπτώματα οποιασδήποτε διαταραχής αποδίδονται σε εσωτερικές συγκρούσεις που βιώνει συχνά ασυνείδητα το άτομο<sup>121</sup> και οι οποίες, σύμφωνα με τον Freud, τον πατέρα της ψυχανάλυσης, οφείλονται σε καθηλώσεις/παλινδρομήσεις στα στάδια της παιδικής σεξουαλικότητας· με άλλα λόγια, σε «έλλειψη ικανοποίησης ή σε υπερβολική ικανοποίηση σε ένα πρώιμο στάδιο ανάπτυξης».<sup>122</sup> Η υπερκινητικότητα αποδίδεται, εκτός των παραπάνω ασυνείδητων διεργασιών, και σε οικογενειακές δυναμικές και διαταραχή στο υπερεγώ, που οδηγεί τελικά σε μειωμένη ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τις παρορμήσεις του, ενώ σε πολλές περιπτώσεις γίνεται λόγος για ψυχολογικό τραύμα και τις επιπτώσεις του.<sup>123</sup> Δεν μιλάμε, δηλαδή, για οργανική αιτιολογία, αλλά δίνεται έμφαση στα βιώματα και στον ψυχισμό του παιδιού, σε οικογενειακούς και όχι σε βιολογικούς παράγοντες, ενώ κάθε περίπτωση αντιμετωπίζεται ως μοναδική και δεν προσεγγίζεται συνολικά και αδιαφοροποίητα. Η θεραπεία που προτείνεται είναι η ψυχανάλυση του/της «ασθενούς», μια διαδικασία, ωστόσο, χρονοβόρα και απαιτητική συναισθηματικά.<sup>124</sup> Επιπλέον, κριτική ασκήθηκε από τους εκφραστές της βιολογικής προσέγγισης για το ότι η ψυχαναλυτική εξήγηση επέρριπτε ευθύνες για την «αποκλίνουσα» συμπεριφορά στους γονείς του παιδιού· κάτι, που όπως προαναφέρθηκε, δεν συμβαίνει όταν εξηγείται με όρους βιολογίας. Ένα ακόμα ζήτημα το

---

<sup>119</sup> R.J. Corsini, D. Wedding, (2008). *Current Psychotherapies, 8<sup>th</sup> edition*. Thomson Brooks/Cole, σελ. 16.

<sup>120</sup> Α. Φρόντ, (1990). *Εισαγωγή στην ψυχανάλυση του παιδιού*. Επίκουρος, σελ. 9.

<sup>121</sup> Corsini, Wedding, *Current Psychotherapies*, σελ. 1.

<sup>122</sup> L. Wilmhurst, (2017). *Αναπτυξιακή Ψυχοπαθολογία*. Gutenberg, σελ. 89.

<sup>123</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 83.

<sup>124</sup> Στο ίδιο, σελ. 84.

οποίο τέθηκε αφορούσε το κύρος της ψυχιατρικής ως κλάδου της ιατρικής, κάτι που απασχόλησε γενικώς την ιατρική κοινότητα μετά τη δεκαετία του 1960. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση αποκλείει τα φάρμακα ως τρόπο αντιμετώπισης, τα δέχεται ίσως σε ορισμένες περιπτώσεις, επικουρικά, με αποτέλεσμα να ετικετοποιείται ως «μη επιστημονική» και η δημοτικότητα που απέκτησε μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο να φθίνει κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1950, ως τρόπος αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ.<sup>125</sup> Παρότι, λοιπόν, κατά τη δεκαετία του 1960 και αργότερα, η ψυχανάλυση, σε διάφορες μορφές, υπήρξε πολύ δημοφιλής,<sup>126</sup> στην περίπτωση μας, γρήγορα εκτοπίζεται από φάρμακα, όπως το Ritalin, καθώς θεωρείται πως είναι μη αποτελεσματική, δεν επιδρά άμεσα όπως ένα χάπι, και ταλαιπωρεί το παιδί. Είναι δαπανηρή και λίγοι γονείς είχαν τις αντοχές, οικονομικά και συναισθηματικά, να εμπλέξουν το παιδί τους σε μια τέτοια διαδικασία, ενώ υπήρχαν φάρμακα που δρούσαν άμεσα. Το γεγονός ότι αυτά τα φάρμακα αντιμετώπιζαν τα συμπτώματα, και μάλιστα για περιορισμένο κάθε φορά χρονικό διάστημα, και δεν άφηναν χώρο να διερευνηθεί η ρίζα του «προβλήματος» για να μπορέσουν να υπάρξουν παρεμβάσεις με μακρόχρονο αντίκτυπο, δεν φάνηκε να απασχολεί ούτε την επιστημονική κοινότητα, ούτε την κοινή γνώμη.

Η ψυχανάλυση, λοιπόν, δεν κατόρθωσε να επικρατήσει, αλλά αυτό που θα έπρεπε να μας απασχολεί περισσότερο είναι ότι δεν κατάφερε να συνεργαστεί με το βιολογικό μοντέλο με τέτοιον τρόπο, ώστε να υπάρξει μια περισσότερο σφαιρική προσέγγιση. Το μονοπώλιο παραμένει στα χέρια των φαρμακευτικών εταιρειών, οι οποίες χρηματοδοτούν την έρευνα, τα συνέδρια και όλες τις επιστημονικές εξελίξεις στο πεδίο, και φαίνεται να έχουν τον πλήρη έλεγχο.<sup>127</sup> Μια προσπάθεια για αλλαγή τοποθετείται τη δεκαετία του 1960, όταν ξεκινά η συζήτηση για την κοινωνική ψυχιατρική και ειδικότερα την «ψυχιατρική της πρόληψης» [preventive psychiatry].<sup>128</sup> Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι αιτίες για ψυχικά προβλήματα δεν μπορούν να εντοπιστούν παρά στην κοινωνία. Στο προσκήνιο μπαίνουν κοινωνικές συνθήκες, όπως η φτώχεια, οι ανισότητες, η εγκληματικότητα και η επιρροή που ασκούν σε ευάλωτους πληθυσμούς, οι οποίοι δέχονται καταπίεση. Η λύση, επομένως, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, δεν είναι ούτε φαρμακευτική αγωγή, ούτε ψυχανάλυση, οι οποίες προσπαθούν

---

<sup>125</sup> Στο ίδιο, σελ. 85.

<sup>126</sup> Corsini, Wedding, *Current Psychotherapies*, σελ. 16.

<sup>127</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 172.

<sup>128</sup> Στο ίδιο, σελ. 87.



να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα, αλλά απαιτείται, πρωτογενώς, παρέμβαση, ώστε να μην οδηγηθούμε σε τέτοιες καταστάσεις, όπως παροχή υπηρεσιών, βελτίωση υποδομών, σχολείων, δομών υγείας, βελτίωση γενικότερα των συνθηκών ζωής όσων ζουν στο περιθώριο. Η ψυχιατρική της πρόληψης, ακριβώς λόγω του ιδεολογικού και επαναστατικού χαρακτήρα της, απέκτησε μια σχετική δημοτικότητα, και για ένα σύντομο χρονικό διάστημα οι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες έπαιζαν ρόλο στις συζητήσεις περί διαταραχών. Συγκεκριμένα, αυτό που σήμερα ονομάζουμε ΔΕΠΥ, συνδέθηκε με συνθήκες φτώχειας και εγκληματικότητα, καθώς εμφανιζόταν συχνότερα σε παιδιά από μειονότητες που μεγαλώνουν υπό τέτοιες συνθήκες.<sup>129</sup> Το βιολογικό μοντέλο όμως για άλλη μια φορά κυριάρχησε.

Την ίδια περίοδο (δεκαετίες 1960-1970), παρατηρείται παράλληλα και ανάπτυξη της φαρμακολογίας και ιδιαίτερα της ψυχοφαρμακολογίας,<sup>130</sup> κάτι που σημαίνει ότι τα φάρμακα γίνονταν όλο και πιο προσβάσιμα και όλο πιο προσφιλή στον πληθυσμό. Προκειμένου να υπάρξει αγορά για τα φάρμακα που παρήγαγαν οι φαρμακευτικές, ήταν απαραίτητο να υποστηριχθεί η βιολογική και νευροφυσιολογική βάση της διαταραχής, που θα δικαιολογούσε τη χορήγηση διεγερτικών σε παιδιά, κάτι που επιτεύχθηκε μέσα από τις έρευνες, που όπως προαναφέρθηκε, οι ίδιες εταιρείες χρηματοδοτούσαν. Ταυτοχρόνως, το κύρος της ψυχιατρικής ως επιστήμης, που θεωρείται ότι υποτιμήθηκε με την ψυχανάλυση, επιστρέφει με τη συνταγογράφηση φαρμάκων σε «ασθενείς»: στην περίπτωσή μας, σε υπερκινητικά παιδιά. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με το ότι η λύση που προτείνει η ψυχιατρική της πρόληψης δεν είναι του παρόντος, δεν προσφέρει κάτι άμεσο στα παιδιά που εκείνη τη στιγμή είχαν διαγνωστεί, με αποτέλεσμα να ιδωθεί ως κάτι αφελές, αδύνατο, ουτοπικό, δίνει και πάλι τα ηνία στο βιολογικό μοντέλο.

Πέραν όμως της ψυχολογικής προσέγγισης του ζητήματος, στις αρχές του 20<sup>ού</sup> αιώνα άρχισε να αναδύεται μια ιδέα, η οποία θα γνώριζε άνθιση 70 περίπου χρόνια αργότερα. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς συνδέθηκαν με αλλεργίες. Κάποιοι επιστήμονες υποστήριξαν, δηλαδή, ότι η κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών ενδέχεται να προκαλέσει αυτό που ονομάζουμε «ψυχικές διαταραχές», μια κατάσταση που αργότερα, γύρω στη δεκαετία του

---

<sup>129</sup> Στο ίδιο, σελ. 92.

<sup>130</sup> Στο ίδιο, σελ. 93.

1950, ονομάστηκε «νευροαλλεργία» [neuroallergy]<sup>131</sup> και έγινε περισσότερο γνωστή 20 χρόνια αργότερα.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, σε μια εποχή όπου η ψυχοφαρμακολογία αναπτυσσόταν με γοργούς ρυθμούς και το Ritalin είχε πλέον εδραιωθεί, υπήρξαν γονείς που δεν ήταν ικανοποιημένοι με το φάρμακο, λόγω της βραχύχρονης δράσης του, ενώ, παράλληλα, οι άνθρωποι άρχισαν να ευαισθητοποιούνται σε ζητήματα οικολογίας και ρύπανσης, και άνοιξε και η συζήτηση περί ασφάλειας των τροφίμων.<sup>132</sup> Συγκεκριμένα, σε σχέση με την υπερκινητική συμπεριφορά, αναζητήθηκε η αιτιολογία σε επιρροές του περιβάλλοντος και, ειδικότερα, του τρόπου ζωής: καθιστική ζωή, υπερβολική έκθεση στην τηλεόραση, ελλιπής σωματική άσκηση, πρόσθετα τροφίμων θεωρήθηκαν, μεταξύ άλλων, υπαίτια για την «αποκλίνουσα» συμπεριφορά. Προτάθηκαν διάφορες, μη φαρμακευτικές λύσεις, όπως θεραπείες με βότανα, βελονισμός, μασάζ, βιταμίνες, κ.ά.<sup>133</sup> Ωστόσο, δεν διενεργήθηκαν πολλές έρευνες προς αυτή την κατεύθυνση, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι γονείς να εμπιστεύονται περισσότερο τα φάρμακα, που παρουσιάζονταν ως δοκιμασμένα, ασφαλή και με υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Παρότι, λοιπόν, υπήρξαν περιβαλλοντικές και διατροφικές θεωρίες για την πρόκληση της υπερκινητικότητας, αποδίδοντάς τη σε κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών, όπως σοκολάτα, γάλα, καλαμπόκι, χρωστικές ουσίες, πρόσθετα τροφίμων,<sup>134</sup> η βιολογική προσέγγιση είχε ήδη «νικήσει» τη διαμάχη.

Η πιο διαδεδομένη σχετική θεωρία είναι αυτή του Benjamin Feingold. Ο Feingold υποστήριξε ότι η υπερκινητικότητα προκαλείται από χρωστικές, πρόσθετα τροφίμων, συνθετικά χρώματα και γεύσεις, και πρότεινε μια διατροφή που δεν θα συμπεριελάμβανε τίποτα από αυτά ως τη μόνη λύση στο «πρόβλημα». Η δίαιτα του Feingold γνώρισε μεγάλη επιτυχία. Ξεκίνησε να τη συνταγογραφεί συστηματικά από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 και κατάφερε να προσελκύσει το ενδιαφέρον του Τύπου και, ιδίως, της τηλεόρασης.<sup>135</sup> Πρότεινε και εκείνος μια προσέγγιση βιολογικής φύσεως, η οποία όμως αντιμετωπιζόταν με

---

<sup>131</sup> Smith, *Hyperactive: The controversial history of ADHD*, σελ. 129.

<sup>132</sup> Στο ίδιο.

<sup>133</sup> Στο ίδιο, σελ. 128.

<sup>134</sup> Στο ίδιο, σελ. 130.

<sup>135</sup> Στο ίδιο, σελ. 134.

αλλαγές στον τρόπο ζωής, και όχι με τη λήψη φαρμάκων. Παρά τη δημοτικότητά του, όμως, κυρίως μεταξύ γονέων που δεν ήταν ευχαριστημένοι από τη χορήγηση φαρμάκων, σύντομα η επιτυχία καταλάγιασε. Δεν είχε απτές αποδείξεις, σε έρευνες που έγιναν υπήρξαν μεθοδολογικά ζητήματα, ενώ και πρακτικά ήταν δύσκολο να ακολουθηθεί αυτή η δίαιτα από ένα παιδί, ή ακόμα και να υποστηριχθεί οικονομικά από τους γονείς. Τα θετικά αποτελέσματα της μεθόδου του, που κατέγραψε ο ίδιος ο επιστήμονας, αποδόθηκαν σε αλλαγές στην οικογένεια και στις συνθήκες διαβίωσης, σε αυξημένη ενασχόληση με το παιδί και σε placebo.<sup>136</sup> Αυτή η παρατήρηση, δηλαδή, ότι η ενασχόληση με το παιδί φάνηκε να έχει αποτελέσματα, δεν αξιοποιήθηκε καθόλου, αλλά, αντιθέτως, χρησιμοποιήθηκε μόνο ως αντεπιχείρημα σε μια αντίθετη οπτική από την κυρίαρχη βιολογική σκοπιά. Εδώ, λοιπόν, ανακύπτουν τα εξής ερωτήματα. Γιατί δεν έγιναν περισσότερες έρευνες ως προς αυτό; Γιατί δεν αξιοποιήθηκαν τέτοιου είδους πρακτικές, εφόσον, όπως υποστήριζαν επιστήμονες της εποχής, μπορούσαν να βοηθήσουν, αποδεδειγμένα, το «υπερκινητικό παιδί»;

Η δίαιτα του Feingold συνέχισε και συνεχίζει να απασχολεί επιστήμονες και γονείς. Τη δεκαετία του 1980 έγιναν πρόσθετες έρευνες σε μια προσπάθεια να αποδειχθούν όσα υποστήριξε ο Feingold,<sup>137</sup> ακόμα και μετά τον θάνατό του, ενώ σήμερα υπάρχουν ακόμα οικογένειες που ακολουθούν τέτοιου είδους πρακτικές. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 1983, 200.000 οικογένειες στις ΗΠΑ είχαν δοκιμάσει τη συγκεκριμένη διατροφή, και 20.000 οικογένειες ήταν μέλη του λεγόμενου «Σωματείου Feingold» [Feingold Association], που υπήρχε σε διάφορες περιοχές.<sup>138</sup> Η συζήτηση για την επίδραση που χρωστικές και τα πρόσθετα τροφίμων μπορεί να έχουν στην υγεία των παιδιών γενικά, αλλά και ειδικά σε σχέση με τη ΔΕΠΥ, συνεχίζεται και σήμερα, αν και σε μικρότερη κλίμακα.

Η αναφορά στις εναλλακτικές που προτάθηκαν παράλληλα με το Ritalin δεν στοχεύει στη σύγκριση των μεθόδων ή στην αξιολόγησή τους, αλλά, αντίθετα, αποσκοπεί στη βαθύτερη κατανόηση της ανάγκης για σφαιρική προσέγγιση του ζητήματος. Το παράδειγμα του Feingold αποτελεί μία ακόμα περίπτωση μονόπλευρης θέασης του φαινομένου. Δεν συνυπολογίζονται περισσότεροι του ενός παράγοντες και, επομένως, το ζήτημα προσεγγίζεται αναποτελεσματικά, ενώ ο στόχος εξακολουθεί να είναι η «θεραπεία» όσων παιδιών

---

<sup>136</sup> Στο ίδιο, σελ. 135.

<sup>137</sup> Στο ίδιο, σελ. 136.

<sup>138</sup> Στο ίδιο, σελ. 146.

«αποκλίνουν», διατηρώντας μια πολύ συγκεκριμένη εικόνα της παιδικής ηλικίας ζωντανή. Απαιτείται συνεργασία και συνομιλία μεταξύ των επιστημονικών κλάδων, προκειμένου να μπορέσει κανείς να εντυφήσει στους παράγοντες που προκαλούν το φαινόμενο «ΔΕΠΥ». Για άλλη μια φορά, παρότι γίνεται αναφορά σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, αγνοείται η επιρροή της κοινωνίας, ο τρόπος που αυτή έχει συγκροτηθεί, το δυναμικό αυτό στοιχείο που πλάθουμε και μας πλάθει κάθε μέρα εκ νέου. Αρχικά, θα πρέπει να κατανοηθεί ποια είναι τα παιδιά που δημιουργούν το «πρόβλημα», γιατί τα θεωρούμε «πρόβλημα» και έπειτα το πώς θα πάψει να είναι η διάγνωση εμπόδιο στη ζωή τους, χωρίς να χρειάζεται απαραίτητα να χορηγούμε φάρμακα ή να «αλλάζουμε» αυτά τα παιδιά. Κάθε περίπτωση θα ήταν θεμιτό να εξετάζεται ξεχωριστά, ανάλογα με τις παραμέτρους της, χωρίς να γίνονται γενικεύσεις σε έναν, εκ των πραγμάτων, ανομοιογενή πληθυσμό. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει να γνωρίσουμε αυτά τα παιδιά με ΔΕΠΥ, να αφουγκραστούμε τις ανάγκες τους και να δούμε κάθε περίπτωση στο εκάστοτε πλαίσιο. Χρειάζεται ένα διεπιστημονικό πεδίο, ένας χώρος όπου θα συναντιούνται διαφορετικές επιστήμες και κλάδοι, με σκοπό να κατανοήσουμε ότι οι συνθήκες στις οποίες ζούμε δεν είναι έξω από εμάς, δεν είναι αυτονόητες, ούτε αμετάβλητες, αλλά εμείς τις διαμορφώνουμε και τις κατασκευάζουμε μέσα από την αλληλεπίδρασή μας, όπως μας ορίζουν και εκείνες με τη σειρά τους. Ο χώρος αυτός δεν είναι άλλος από την εκπαίδευση, όταν αυτή δεν προσεγγίζεται ως μέσο αναπαραγωγής της κοινωνίας, αλλά ως μηχανισμός αλλαγής της καθεστηκυίας τάξης. Ο στόχος, στην πλειονότητα των διαφορετικών οπτικών που προαναφέρθηκαν, ήταν να «αλλάξει» το παιδί που «αποκλίνει», ώστε να «χωρέσει» στη νόρμα και να κανονικοποιηθεί. Όμως, από τη στιγμή που το «κανονικό» κατασκευάζεται κοινωνικά, ίσως έχει έρθει πια η ώρα να αλλάξει η κοινωνία, ώστε να «χωρέσουν» όλοι και όλες, ανεξάρτητα από το πόσο «κανονικοί» και «κανονικές» θεωρούνται.

### *ΔΕΠΥ και σχολείο: όπως κάθε άλλο παιδί...*

Με βάση τα παραπάνω, λοιπόν, στρέφουμε το βλέμμα μας στο σχολείο του σήμερα και στη θέση που κατέχουν σε αυτό όσα παιδιά «αποκλίνουν» και, πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Σύμφωνα με τον Howard Becker, «η αποκλίνουσα συμπεριφορά είναι συμπεριφορά στην οποία οι άνθρωποι κρεμούν αυτήν την ταμπέλα».<sup>139</sup> Έχοντας κατά νου τη θεωρία της κοινωνικής ετικέτας [labelling theory], σύμφωνα με την οποία η απόδοση της ετικέτας, στην περίπτωση μας του παιδιού με ΔΕΠΥ, που δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της κοινωνίας και του σχολείου, επηρεάζει τόσο τον τρόπο που οι άλλοι/ες αντιμετωπίζουν ένα άτομο, όσο και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αυτό δομεί και αντιλαμβάνεται το ίδιο την ταυτότητά του,<sup>140</sup> θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς τι είδους μηχανισμοί ενεργοποιούνται σε μια τάξη ενός σχολείου όπου φοιτά ένα παιδί με διάγνωση. Φαίνεται να είναι εδραιωμένη μια ιδέα του «κανονικού» παιδιού και, σε αντιδιαστολή προς αυτή, μια στερεοτυπική εικόνα των χαρακτηριστικών ενός παιδιού με ΔΕΠΥ. Πριν καν γνωρίσει ένας/μία εκπαιδευτικός το παιδί, μαθαίνοντας τη διάγνωση, ταυτίζει αυτό το στερεότυπο που έχει κατά νου με το παιδί που πρόκειται να έχει στην τάξη του/της. Το παιδί που δεν θα κάθεται ήσυχο, που δεν θα προσέχει, που θα ενοχλεί, που δεν θα είναι σαν τα άλλα παιδιά. Δημιουργεί μια εικόνα με συγκεκριμένες προσδοκίες για αυτό το παιδί, μια εικόνα η οποία φαίνεται να επικρατεί και σε άλλους χώρους, εκτός σχολείου. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι πολύ πιθανόν αυτό το παιδί να προσαρμοστεί στις προσδοκίες που άρρητα υπάρχουν για εκείνο και να παρουσιάσει ακριβώς τέτοια συμπεριφορά, ενισχύοντας την υπέρ-απλουστευτική αφήγηση περί ενιαίας διαγνωστικής εικόνας, όπως αυτή παρατίθεται σε εγχειρίδια σαν το DSM. Αυτό σημαίνει ότι η συμπεριφορά αυτή δεν είναι κάτι που προϋπάρχει, αλλά ότι κατασκευάζεται μέσα από πολύπλοκες διαδικασίες.

Ως εκ τούτου, γίνεται κατανοητό ότι μεγάλη σημασία έχει ο ρόλος και η στάση του/της εκπαιδευτικού απέναντι στο παιδί με ΔΕΠΥ. Συχνά παρατηρείται ότι οι εκπαιδευτικοί συμβάλλουν στη διάγνωση, αξιολογώντας μαθητές και μαθήτριες, συντάσσοντας εκθέσεις και παραπέμποντας τα παιδιά με «προβληματική» συμπεριφορά σε ειδικούς.<sup>141</sup> Στην Ελλάδα συγκεκριμένα, όπου η υψηλή ακαδημαϊκή επίδοση είναι ιδιαίτερης πολιτισμικής σημασίας, με

<sup>139</sup> A. Giddens, Ph.W. Sutton, (2017). *Κοινωνιολογία*. 8<sup>η</sup> έκδοση. Gutenberg, σελ. 948.

βάση το υπάρχουν αξιακό σύστημα, τα παιδιά με «προβλήματα» στο σχολείο βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Έρευνες έχουν δείξει ότι περισσότερο ανησυχητικά για εκπαιδευτικούς είναι τα παιδιά εκείνα τα οποία παρουσιάζουν τα συμπτώματα της ελλειμματικής, κατά DSM, προσοχής, και όχι τόσο τα καθαρά υπερκινητικά παιδιά,<sup>142</sup> εφόσον θεωρείται ότι με το πέρασμα του χρόνου η υπερκινητικότητα θα φθίνει, ενώ η φαινομενική αδιαφορία για το σχολείο είναι κάτι που παραμένει και συνδέεται άρρηκτα με την σχολική επίδοση. Πολύ γρήγορα τα παιδιά αυτά γίνονται «ανεπίδεκτα μαθήσεως», «δεν θέλουν ή δεν μπορούν να μάθουν», και μέσω αυτού, περνούν σε μια γκρίζα ζώνη. Βρίσκονται στην τάξη, αλλά δεν φαίνεται να υπάρχουν προσδοκίες ότι μπορεί να τα καταφέρουν, «όπως τα υπόλοιπα παιδιά». Σε ένα, από πολύ νωρίς, εξετασιοκεντρικό εκπαιδευτικό σύστημα, όπου η πίεση του Αναλυτικού Προγράμματος, το άγχος της επίδοσης και ο ανταγωνισμός δυσχεραίνουν την ενασχόληση με το κάθε παιδί ξεχωριστά, όλοι και όλες αξιολογούνται με τα ίδια κριτήρια, ανεξάρτητα από την προέλευση, τα βιώματα, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Ένας κατεξοχήν ανομοιογενής πληθυσμός, ο μαθητικός, κρίνεται με ακριβώς τα ίδια, αδιαφοροποίητα κριτήρια. Το παιδί που «αποκλίνει» έχει ελάχιστες πιθανότητες να τα καταφέρει, πριν καν μπει στο Δημοτικό, γιατί φέρει μια ετικέτα προσδιοριστική των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του. Το «έχει διάγνωση ΔΕΠΥ» γίνεται το κύριο χαρακτηριστικό μίας ολόκληρης προσωπικότητας, η οποία φαίνεται, σε πολλές περιπτώσεις, να αγνοείται μπροστά στη δύναμη που έχει στην εποχή μας μία διάγνωση.

Ερχόμενοι και ερχόμενες, όμως, στην πραγματικότητα που επικρατεί σήμερα στην πλειονότητα των σχολικών τάξεων σε όλη την επικράτεια, τα ανωτέρω μοιάζουν ακόμα πολύ μακριά· στόχοι, οι οποίοι θα πρέπει να επιτευχθούν μακροπρόθεσμα, ώστε να υπάρξει αλλαγή μέσα από την ενημέρωση, την εκπαίδευση, πρώτα των εκπαιδευτικών και ύστερα των παιδιών. Από τη σκοπιά εν ενεργεία ή και εν δυνάμει εκπαιδευτικών τίθεται, λοιπόν, το ερώτημα: και τώρα τι κάνουμε; Εφόσον υπάρχει η αφήγηση περί ΔΕΠΥ, πώς αντιμετωπίζει κάποιος/α ένα παιδί με διάγνωση μέσα στην τάξη; Η απάντηση ακούγεται τόσο απλή όσο περίπλοκη είναι: όπως κάθε άλλο παιδί. Ας μας επιτραπεί σε αυτό σημείο να προχωρήσουμε σε κάποιες

---

<sup>140</sup> Στο ίδιο, σελ. 949.

<sup>141</sup> E. Kakouros, K. Maniadaki, & C. Papaeliou, (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 9(1), σελ. 43.

<sup>142</sup> Στο ίδιο, σελ. 48.

προτάσεις για την αξιοποίηση της διαφορετικότητας μέσα στην τάξη, παρά τον κίνδυνο να οδηγηθούμε σε γενικεύσεις και υπεραπλουστεύσεις.

«Όπως κάθε άλλο παιδί», λοιπόν. Αυτό με μια πρώτη ματιά θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως εξομίωση όλων των παιδιών, ωστόσο, δεν σημαίνει ότι πρέπει να αγνοούμε τη διαφορετικότητα. Απεναντίας, αυτό που υπογραμμίζεται είναι ότι κάθε παιδί, ανεξάρτητα από την ύπαρξη διάγνωσης ή μη, πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό στη μοναδικότητά του. Δεν «διαφέρουν» μόνο τα «αποκλίνοντα» παιδιά, ούτε είναι όλα τα «αποκλίνοντα» παιδιά ίδια. Το πρώτο πράγμα που μπορεί ένας/μία εκπαιδευτικός να κάνει είναι να γνωρίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο καλείται να εργαστεί. Να προσπαθήσει να καταλάβει από πού προέρχεται κάθε παιδί, ποια ενδιαφέροντα έχει, ποιες ανάγκες και ποιες εμπειρίες, πού και πώς μεγάλωσε, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί η εκπαιδευτική διαδικασία στις ανάγκες τους. Το παιδί με διάγνωση ΔΕΠΥ, όπως κάθε άλλο παιδί, έχει συγκεκριμένες προσλαμβάνουσες, βιώματα, ενδιαφέροντα, ανάλογα με το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και τα ερεθίσματα που δέχεται. Υπάρχουν μεθοδολογικά εργαλεία, όπως η συστηματική παρατήρηση και καταγραφή, που επιτρέπουν σε έναν/μία εκπαιδευτικό να εντοπίσει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μαθητών/τριών του και, στη συνέχεια, να τα αναλύσει και να τα ερμηνεύσει, ώστε να αξιοποιηθούν στους σχεδιασμούς του/της. Λέγοντας συστηματική παρατήρηση νοείται μια δυναμική, ποιοτική μέθοδος έρευνας που χρησιμοποιείται για την κατανόηση του νοήματος των πράξεων των υποκειμένων της έρευνας, στην περίπτωσή μας, των μαθητών/τριών, και των σύνθετων αλληλεπιδράσεων, την ίδια στιγμή που αυτά εκτυλίσσονται.<sup>143</sup> Μιλώντας για αλληλεπιδράσεις, είναι επίσης σημαντικό να αντιμετωπίζει ένας/μία εκπαιδευτικός την τάξη του ως ένα σύνολο, μία ομάδα που περιλαμβάνει κάθε μία μοναδική προσωπικότητα. Το παιδί με διάγνωση ΔΕΠΥ, λοιπόν, όπως κάθε άλλο παιδί, δεν υπάρχει μόνο του σε μία τάξη, ανήκει σε ένα κοινωνικό σύνολο. Δεν είναι δυνατόν να προσεγγιστεί έξω από αυτό. Οι σύνθετες αλληλεπιδράσεις, οι επιρροές και τα στοιχεία που κάθε παιδί φέρνει στους τέσσερις τοίχους του σχολείου, όχι απλά δεν πρέπει να αγνοηθούν, αλλά πρέπει και να ενθαρρύνονται. Γνωρίζοντας σταδιακά ο/η εκπαιδευτικός τους ανθρώπους που έχει απέναντί του, αλλά και τις σχέσεις που αναπτύσσονται, αποκτά την ευελιξία να δίνει επιλογές, με τρόπο που οι δραστηριότητες που σχεδιάζει να έχουν νόημα για τα παιδιά, ώστε να έχουν κίνητρο να συμμετάσχουν. Όταν δεν υπάρχει κίνητρο, δεν υπάρχει συμμετοχή, και όταν δεν υπάρχει συμμετοχή, παρουσιάζονται φαινόμενα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, όχι

<sup>143</sup> Σ. Αυγητίδου, Μ. Τζεκάκη, & Β. Τσάφος, (2016). Οι υποψήφιοι εκπαιδευτικοί παρατηρούν, παρεμβαίνουν και αναστοχάζονται. Gutenberg, σελ. 16.

μόνο στο παιδί με διάγνωση, αλλά σε κάθε παιδί. Στο όνομα της προαναφερθείσας διαφορετικότητας και της εξασφάλισης της κινητοποίησης όλων των παιδιών, ένας/μία εκπαιδευτικός θα μπορούσε να δίνει επιλογές στους/στις μαθητές/τριές του/της. Να δίνονται, δηλαδή, επιλογές ως προς το είδος της δραστηριότητας, τον τρόπο υλοποίησης, τα μέσα που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν, και να έχει φροντίσει ο/ η εκπαιδευτικός να υπάρχουν εναλλακτικές, ευελιξία, και εναλλακτικές, εξατομικευμένες μορφές αξιολόγησης. Όταν υπάρχει μόνο ένας τρόπος ανάπτυξης της εκπαιδευτικής διαδικασίας και η προσδοκία να φτάσουν όλα τα παιδιά την ίδια στιγμή στο ίδιο αποτέλεσμα, περιθωριοποιούνται αυτόματα όσα παιδιά δεν μπορούν να τον ακολουθήσουν, για διάφορους, κοινωνικά και πολιτισμικά προσδιοριζόμενους, λόγους.<sup>144</sup> Αυτά είναι τα παιδιά που, στη συνέχεια, θα είναι οι «κακοί/ές» μαθητές/ήτριες, οι «ζωηροί/ές», που θα δημιουργούν προβλήματα και δεν «παίρνουν τα γράμματα». Και δεν είναι μόνο τα παιδιά με διάγνωση. Οι λέξεις-κλειδιά μοιάζουν να είναι, λοιπόν, η διαφοροποιημένη, εξατομικευμένη αντιμετώπιση των μαθητών/τριών, μέσα στο πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται και στην ομάδα στην οποία δραστηριοποιούνται, δίνοντας επιλογές που διασφαλίζουν την κινητοποίηση όλων ανεξαιρέτως.

Στόχος της αναφοράς αυτής δεν είναι, σε καμία περίπτωση, να δοθούν συμβουλές ή νουθεσίες σε εκπαιδευτικούς, αλλά πολύ περισσότερο, εν συνεχεία όλων όσων έχουν ήδη συζητηθεί, ότι δεν πρέπει το παιδί με διάγνωση ΔΕΠΥ να είναι ακριβώς αυτό: το παιδί με ΔΕΠΥ. Ιδίως, όταν μιλάμε για μία τόσο αμφιλεγόμενη και ταυτόχρονα διαδεδομένη «διαταραχή», όπως η ΔΕΠΥ, δεν μπορούμε να ταυτίζουμε ένα παιδί, έναν άνθρωπο με συναισθήματα, εμπειρίες, σκέψεις, προβληματισμούς, ενδιαφέροντα, μόνο με τα χαρακτηριστικά που του αποδίδονται με τη διάγνωση, ούτε να αντιμετωπίζουμε κάθε παιδί με ΔΕΠΥ με τον ίδιο τρόπο. Είναι σημαντικό, λοιπόν, ο/η εκπαιδευτικός να μην μένει στη διάγνωση, αλλά να βλέπει τις κοινωνικές παραμέτρους πίσω από αυτήν. Κάθε παιδί, είτε έχει διαγνωστεί με ΔΕΠΥ είτε όχι, έχει διαφορετικές ανάγκες, διαφορετικά βιώματα, διαφορετικές προσλαμβάνουσες, τις οποίες ο/η εκπαιδευτικός οφείλει να αφουγκραστεί, ώστε να μην αποκλείονται εξ ορισμού παιδιά από την εκπαίδευση. Πρέπει να τους δίνονται ευκαιρίες, καθώς «»η μάθηση δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς διαφοροποίηση.»<sup>145</sup> Διαφορετικά, το παιδί με διάγνωση ΔΕΠΥ δεν θα μπορέσει να ενταχθεί στην τάξη αρχικά και, στη συνέχεια, στο

---

<sup>144</sup> Στο ίδιο, σελ. 98.

<sup>145</sup> Χ. Κορτέση-Δαφέρμου, & Μ. Σφυρόερα, (2019). *Βιβλία με ιστορίες: για τον γραμματισμό και την κοινωνική ενδυνάμωση όλων των παιδιών*. Gutenberg, σελ. 46.



κοινωνικό σύνολο, δεν θα μπορέσει να καταστρώσει μεταγνωστικές στρατηγικές κατανόησης του κόσμου και διαχείρισης των ερεθισμάτων με τα οποία έρχεται καθημερινά αντιμέτωπο, δεν θα μπορέσει να χτίσει την ταυτότητά του, χωρίς να περιστρέφεται γύρω από τον πυρήνα «ΔΕΠΥ», με αποτέλεσμα να γίνει από παιδί με ΔΕΠΥ ένας ενήλικας με ΔΕΠΥ, ο οποίος από νωρίς στη ζωή του θα έχει πειστεί ότι χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή, χρειάζεται ειδική μεταχείριση, έχει ιδιαιτερότητες. Ποιος/α, όμως, δεν έχει ιδιαιτερότητες; Ποιες είναι αυτές οι ιδιαιτερότητες που καθιστούν κάποιον/α «προβληματικό/ή»; Ίσως, λοιπόν, η αδιαφοροποίητη αντιμετώπιση και ο εφησυχασμός πάνω στη χορήγηση ουσιών για την καταστολή της ενέργειας και της περιέργειας ενός παιδιού να μην είναι, εν τέλει, ο πλέον κατάλληλος τρόπος για να υποστηριχθεί ο/ η άμεσα ενδιαφερόμενος/η, που έχει τις ίδιες και ταυτόχρονα δικές του ανάγκες, όπως κάθε άλλο παιδί.

### *Εν κατακλείδι...*

Κάθε πτυχή της συζήτησής μας οδηγεί στο ίδιο σημείο: την κοινωνία και τον τρόπο με τον οποίο κατασκευάζονται οι ταυτότητές μας μέσα σε αυτήν. Το «φυσιολογικό» και το «παθολογικό», το τι εννοούμε λέγοντας «παιδική ηλικία», το πώς είναι δομημένο το εκπαιδευτικό σύστημα, ποιες είναι οι αξίες που επικρατούν, ποιος τρόπος ζωής είναι «καλή ζωή» και ποιος όχι, που στοχεύουμε, το τι είναι αποδεκτό και τι όχι· όλα αυτά είναι κοινωνικές κατασκευές, οι οποίες μεταβάλλονται ανάλογα με τις εκάστοτε ιστορικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες. Τίποτα δεν είναι αυτονόητο, νομιμοποιημένο ή αμετάβλητο. Και μέσα σε όλο αυτό, για λόγους που αναλύονται παραπάνω, έχει αναδυθεί το ζήτημα της ΔΕΠΥ, με έναν πολύ συγκεκριμένο τρόπο και μία ακόμα πιο συγκεκριμένη αντιμετώπιση, το οποίο είναι σημαντικό να τοποθετηθεί ακριβώς στο πλαίσιο μέσα στο οποίο αναδύθηκε, ώστε να προσπαθήσουμε να το κατανοήσουμε. Ιδίως, οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να καταβάλλουν προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση, ώστε η εκπαίδευση να γίνει πράγματι συμπεριληπτική και να τους «χωρά» όλους/ες, κάνοντας το πρώτο βήμα προς μία πραγματικότητα που δεν θα συνεπάγεται την κανονικοποίηση, με την απειλή του αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης.

Ουσιαστικά, η ΔΕΠΥ, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, αφορά την επίδοσή τους και τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται σε σχολικές, επαγγελματικές ή άλλου είδους κοινωνικές υποχρεώσεις. Ο τρόπος αυτός δεν είναι ο «αποδεκτός» και έτσι, μέσα από

σύνθετες διεργασίες, έχει κατηγοριοποιηθεί και ταξινομηθεί ως ένα ψυχιατρικό «πρόβλημα», του οποίου η «λύση» είναι η χορήγηση ισχυρών διεγερτικών ουσιών.<sup>146</sup> Επομένως, ίσως θα ήταν θεμιτό να στρέψουμε το βλέμμα μας στους λόγους που το «αποκλίνον» μοιάζει να μας τρομάζει τόσο σε βαθμό που η καταστολή και η κανονικοποίησή του να φαίνεται μονόδρομος στις σύγχρονες, νεοφιλελεύθερες κοινωνίες. Μία διαταραχή συνεπάγεται τον κλονισμό της ομαλούς και απρόσκοπτης λειτουργίας κάποιου συστήματος. Αξίζει, λοιπόν, να αναρωτηθούμε: ποιο είναι αυτό το σύστημα, πώς λειτουργεί και γιατί ένα άτομο με τα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στη ΔΕΠΥ θα μπορούσε να το «διαταράξει»;

Εν ολίγοις, με αφορμή το παράδειγμα της ΔΕΠΥ, ανοίγει μία μεγάλη συζήτηση σχετικά με τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε το «διαφορετικό» στις σύγχρονες, δυτικές κοινωνίες. Στο επίκεντρο βρίσκονται τα παιδιά με ΔΕΠΥ και, κατ' επέκταση, η παιδική ηλικία εν γένει. Τι σημαίνει να είναι κανείς «παιδί» και πώς πρέπει να είναι «παιδί», και κυρίως τι συμβαίνει όταν δεν ανταποκρίνεται το «παιδί» στις προσδοκίες που υπάρχουν για αυτό; Τότε, αυτό το παιδί, ή για να το θέσουμε διαφορετικά, ο/η μελλοντικός/η ενήλικος/η, αποτελεί «κίνδυνο» για το κοινωνικό σύνολο, στο οποίο μοιάζει αδύνατον να ενσωματωθεί αν δεν «θεραπευτεί», αλλά ταυτόχρονα και κίνδυνο για τον ίδιο του τον εαυτό, ακριβώς λόγω της αδυναμίας να κοινωνικοποιηθεί όπως πρέπει. Η παρέμβαση κρίνεται απαραίτητη· απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας, στην οποία οι αυριανοί πολίτες οφείλουν να έχουν ένα συγκεκριμένο προφίλ: πειθαρχημένοι, εργατικοί, πειθήνιοι. Η παρέμβαση αυτή, όμως, παράλληλα καταστρατηγεί τη δυναμικότητα, το ευμετάβλητο της παιδικής ηλικίας, προωθώντας μία μονοδιάστατη σύλληψή της και περιθωριώνοντας όσους/ες δεν χωρούν σε αυτήν. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και η Δήμητρα Μακρυνιώτη, η παιδική ηλικία «δεν προϋπάρχει ως φυσική, αχρονική κατηγορία, αλλά προσδιορίζεται με τους ίδιους όρους με τους οποίους κατανοούνται τα υπόλοιπα πολιτισμικά προϊόντα».<sup>147</sup> Ίσως, έχει έρθει η ώρα να αρχίσουμε να την αντιμετωπίζουμε ως τέτοια...

---

<sup>146</sup> Λέκκα, Παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, σελ. 40.

<sup>147</sup> Δ. Μακρυνιώτη, Εισαγωγή. Στο *Παιδική Ηλικία*, σελ. 29, που αναφέρεται στο Δ. Κριτσωτάκη, Β. Λέκκα, (2022). *Μεταξύ κανονικού και παθολογικού: Κατασκευάζοντας την παιδική ηλικία και νεότητα στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο (1915-1939)*. Ψηφίδες, σελ. 27.

# Βιβλιογραφία

## Ξενόγλωσση

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2<sup>nd</sup> ed., DSM – II. APA.

American Psychiatric Association] (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> ed., DSM- III. APA.

American Psychiatric Association] (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed., DSM- IV. APA.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> ed; DSM-5. APA.

Baldwin S. & Anderson R., (2000). The cult of methylphenidate: clinical update. *Critical Public Health*, 10(1), 81-86.

Bromfield R. N., (2003). Psychoanalytic play therapy. *Foundations of play therapy*, 1-13.

Conrad P. & Potter D., (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social problems*, 47(4), 559-582.

Corsini R. J., Wedding D., (2008). *Current Psychotherapies*, 8<sup>th</sup> edition. Thomson Brooks/Cole.

Hoffman H., (1845). *Der Struwwelpeter*. Insel-Bücherei Nr.66.

Johnston W.A. & Dark V.J., (1986). Selective attention. *Annual review of psychology*, 37(1), 43-75.

Kakouros E., Maniadaki K. & Papaeliou C., (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 9(1), 41-53.

Kirk S.A., Gomory T. & Cohen D., (2013). *Mad science: The disorders of American psychiatry*. Routledge.

Mason J., (2002). *The cold war: 1945-1991*. Routledge.

Mayes R. & Rafalovich A., (2007). Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900-80. *History of Psychiatry*, 18(4), 435-457.

Moncrieff J., (2006). Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 301-302.

Rafalovich A., (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. *Deviant Behavior*, 22(2), 93-115.

Smith M., (2013). *Hyperactive: The controversial history of ADHD*. Reaktion books.

Taubenberger J.K. & Morens D.M., (2006). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, 12(1), 15-22.

Tremp P., (2005). *Kindliche Unschuld als revolutionäres Argument: Rousseaus Émile und die Französische Revolution*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 61-85.

Whitaker R., (2001). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Basic Books.

## Ελληνόγλωσση

Αυγητίδου Σ., Τζεκάκη Μ. & Τσάφος Β., (επιμ.)(2016). *Οι υποψήφιοι εκπαιδευτικοί παρατηρούν, παρεμβαίνουν και αναστοχάζονται*. Αθήνα: Gutenberg.

Giddens A., Sutton Ph.W., (2017). *Κοινωνιολογία*. 8<sup>η</sup> έκδοση. Gutenberg.

Κορτέση-Δαφέρμου Χ. & Σφυρόερα Μ., (2019). *Βιβλία με ιστορίες: για τον γραμματισμό και την κοινωνική ενδυνάμωση όλων των παιδιών*. Gutenberg.

Κριτσωτάκη Δ., Λέκκα Β., (2022). *Μεταξύ κανονικού και παθολογικού: Κατασκευάζοντας την παιδική ηλικία και νεότητα στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο (1915-1939)*. Ψηφίδες.

Λέκκα Β., (2020). Το «ένοχο μυστικό» της Ευρώπης; Σκέψεις για την ψυχιατρική του χθες και του σήμερα. Στο Δ. Καρυδάκη (επιμ.), *Η Λέρος στο επίκεντρο και στο περιθώριο: ιστορία, πολιτική, ψυχιατρική*. Ψηφίδες, 47-70.

Λέκκα Β., (2024). Παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας: Κανονικοποιώντας την παιδική ηλικία στις σύγχρονες βιοπολιτικές κοινωνίες. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 162, 29-56.

Μακρυγιώτη Δ., (2019). Εισαγωγή. Στο *Παιδικές ηλικίες σε κίνηση*. Νήσος, 11-62.

Φρόνιτ Α., (1990). *Εισαγωγή στην ψυχανάλυση του παιδιού*. Επίκουρος.

Χατζηφωτίου Ε.Φ., (2021). *Ουσίες κατάχρησης και έκφραση μακρών μη-κωδικοποιών RNA (lncRNA) στον εγκέφαλο*, ανέκδοτη διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. [<https://ikee.lib.auth.gr/record/327815/files/GRI-2021-29835.pdf> (20/02/2024)].

Wilmhurst L., (2017). *Αναπτυξιακή Ψυχοπαθολογία*. Gutenberg.

## Ιστοσελίδες

[https://consent.yahoo.com/v2/collectConsent?sessionId=3\\_cc-session\\_469d77c2-dcd8-4cc3-9883-e1e6d09bfd73](https://consent.yahoo.com/v2/collectConsent?sessionId=3_cc-session_469d77c2-dcd8-4cc3-9883-e1e6d09bfd73) (28.12.23).

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftheconversation.com%2Fritalin-at-75-what-does-the-future-hold-121591&psig=AOvVaw38x4DarmJLxKXb98GEfWfv&ust=1703657360853000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=oCBMQjhxqFwoTCKiC3Zu6rIMDFQAAAAAdAAAAABAD> (28.12.23).

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.flickr.com%2Fphotos%2Fbelliresearch%2F40927700081&psig=AOvVaw1UFiUcGZd8SDqGwI98oar&ust=170383642792000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=oCBMQjhxqFwoTCNiL2rrTsYMDFQAAAAAdAAAAABA4> (28.12.23).

[https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftwitter.com%2Frichard\\_littler%2Fstatus%2F1582294032805662722&psig=AOvVaw1UFiUcGZd8SDqGwI98oar&ust=170383642792000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=oCBMQjhxqFwoTCNiL2rrTsYMDFQAAAAAdAAAAABA4](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ftwitter.com%2Frichard_littler%2Fstatus%2F1582294032805662722&psig=AOvVaw1UFiUcGZd8SDqGwI98oar&ust=170383642792000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=oCBMQjhxqFwoTCNiL2rrTsYMDFQAAAAAdAAAAABA4) (28.12.23).

<http://static4.businessinsider.com/image/52af57c5eab8eaf82a43dd73-960/concerta%20ad.jpg>

(28.12.23).

<http://static6.businessinsider.com/image/52af49fc6bb3f7f42c43dd6a-960/adam%20levine%20adhd%202.jpg> (28.12.23).

<https://www.inverse.com/article/59494-old-ritalin-advertisements> (5.12.23).

<https://www.tiktok.com/@positivelytherapy/video/7099059702574796078> (28.12.23).