

The Greek Review of Social Research

Vol 162 (2024)

162



Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Normalising childhood in contemporary biopolitical societies

Vasia Lekka

doi: [10.12681/grsr.36708](https://doi.org/10.12681/grsr.36708)

Copyright © 2024, Βάσια Λέκκα



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

Lekka, V. (2024). Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Normalising childhood in contemporary biopolitical societies. *The Greek Review of Social Research*, 162, 29–56. <https://doi.org/10.12681/grsr.36708>

Βάσια Λέκκα*

ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ: ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το παρόν άρθρο εξετάζει την επίμονη και διαρκώς αυξανόμενη παρουσία της διάγνωσης της ΔΕΠΥ στα παιδιά των δυτικών κοινωνιών και την απόπειρα κανονικοποίησης της παιδικής ηλικίας. Με αφετηρία τη φουκωική σκέψη και τα εργαλεία της νέας κοινωνιολογίας της παιδικής ηλικίας, σκοπός είναι η σκιαγράφηση των επιπτώσεων της εν λόγω διάγνωσης αναφορικά με την ίδια την έννοια του «παιδιού» και με το τι αξιολογείται και συγκροτείται ως «κανονική» και ως «παθολογική» παιδική ηλικία και, συνακόλουθα, αναφορικά με τη συγκρότηση νέων μορφών ταυτοτήτων και νέων μορφών υποκειμενοποίησης των παιδιών στις βιοπολιτικές κοινωνίες των αρχών του 21ου αιώνα.

Λέξεις-κλειδιά: παιδική ηλικία, κανονικοποίηση, ΔΕΠΥ, ψυχιατρικοποίηση, βιοπολιτικές κοινωνίες.

*Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, ΕΚΠΑ, e-mail: vasiak@ecd.uoa.gr

*Vasia Lekka**

CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/
HYPERACTIVITY DISORDER:
NORMALISING CHILDHOOD IN CONTEMPORARY
BIOPOLITICAL SOCIETIES

ABSTRACT

This article examines the persistent and continuously increasing diagnosis of ADHD in children within Western societies and the attempt to normalise childhood. Having as a point of departure the Foucauldian theory and the tools of the new sociology of childhood, our target is to delineate the consequences of this diagnosis regarding the notion of the “child” per se and what is constituted as “normal” and “pathological” childhood and, consequently, regarding the construction of children’s new identities and new subjectivities within biopolitical societies at the beginning of the 21st century.

Keywords: *childhood; normalisation; ADHD; psychiatrization; biopolitical societies.*

*Assistant Professor, Department of Early Childhood Education, National & Kapodistrian University of Athens.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, στο πλαίσιο μας εντεινόμενης ψυχιατρικοποίησης των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών, είμαστε μάρτυρες μιας, στην κυριολεξία, πανδημίας –κατά βάση, (αλλά όχι αποκλειστικά) ψυχιατρικών– διαγνώσεων με επίκεντρο τα παιδιά. Από τις λεγόμενες «Νευροαναπτυξιακές διαταραχές», όπως ο αυτισμός, και τη «Διπολική διαταραχή παιδιών», μέχρι τις «Διατροφικές διαταραχές», αλλά και τις λεγόμενες «Μαθησιακές δυσκολίες», η παιδική ηλικία βρίσκεται στο επίκεντρο επιστημονικών λόγων, (ψυχιατρικών και ευρύτερα ψ-πρακτικών, φαρμακολογικών παρεμβάσεων, καθώς και συστηματικών μορφών παιδαγωγικής επιτήρησης και ελέγχου.

Αναντίρροτα, ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαγνώσεις που αφορούν τα παιδιά προεξάρχουσα είναι η θέση της «Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας» [Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder]. Πρόκειται για μία ψυχιατρική διαγνωστική κατηγορία με εστίαση στη συμπεριφορά και στις επιδόσεις των παιδιών στο σχολικό, αλλά και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον· μάλιστα, πρόκειται για μία διάγνωση η οποία έχει γνωρίσει αλματώδη αύξηση τα τελευταία χρόνια –μεταξύ άλλων, και στην ελληνική κοινωνία–, με αποτέλεσμα περίπου το 7,2% των παιδιών και το 2,5% των ενηλίκων στις δυτικές κοινωνίες να διαγιγνώσκεται με ΔΕΠΥ, σύμφωνα με τα στοιχεία του *DSM-5-TR* (*DSM-5-TR*, 2022, σελ. 71), της τελευταίας αναθεωρημένης έκδοσης του *Στατιστικού και Διαγνωστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών* [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*] της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας [American Psychiatric Association]. Θα πρέπει, βέβαια, να επισημάνουμε ότι αυτά τα νούμερα δεν είναι σταθερά· όπως επισημαίνεται ακόμη και στο *DSM-5-TR*, τα ποσοστά διάγνωσης μπορούν να κυμαίνονται από 0,1% έως και 10,2% (στο ίδιο, σελ. 71). Μάλιστα, άλλες μελέτες, όπως θα δούμε και στη συνέχεια, υπολογίζουν το ποσοστό των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ μέχρι και στο 9%, με αντίστοιχη αύξηση ακόμη και για τους/τις ενήλικους/ες που φθάνει πάνω από 6,5% (Moncrieff and Timini, 2011· Song et al., 2021).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι πρόκειται για μία διάγνωση που επικεντρώνεται, όπως θα αναδείξουμε, στην αξιολόγηση και μέτρηση των επιδόσεων ενός παιδιού (αλλά και ενός/μίας ενήλικου/ης), και για την οποία η ενδεδειγμένη «θεραπεία» είναι, κατά κανόνα, η λήψη

φαρμακευτικής αγωγής, αναδύονται μία σειρά σημαντικών ερωτημάτων. Διότι, όπως υπογραμμίζει ο Βρετανός κοινωνιολόγος Nikolas Rose,

«[η] παιδική ηλικία είναι ο πιο έντονα κυβερνώμενος τομέας της προσωπικής εμπειρίας. Με διαφορετικούς τρόπους, σε διαφορετικές εποχές, και μέσω πολλών διαφορετικών διαδρομών [...], η υγεία, η ευημερία και η ανατροφή των παιδιών έχουν συνδεθεί στη θεωρία και στην πράξη με τη μοίρα των εθνών και τις ευθύνες του κράτους. Το σύγχρονο παιδί έχει καταστεί το επίκεντρο αναρίθμητων επιχειρημάτων που ισχυρίζονται ότι το προστατεύουν από σωματικό, σεξουαλικό ή ηθικό κίνδυνο, ότι διασφαλίζουν την “κανονική” ανάπτυξή του, ότι προωθούν ενεργά συγκεκριμένες χαρακτηριστικές ικανότητες όπως η ευφυΐα, η εκπαιδευσιμότητα και η συναισθηματική σταθερότητα» (Rose, 1999, σελ. 123).

Τι μπορεί να συνεπάγεται, λοιπόν, για ένα παιδί η διάγνωση με ΔΕΠΥ; Ποιες επιπτώσεις μπορεί να έχει για το ίδιο και την οικογένειά του σε επίπεδο προσωπικό, κοινωνικό, σχολικό και, ακολούθως, επαγγελματικό, αλλά και πώς μετασχηματίζεται η ίδια η εκπαιδευτική πράξη και διαδικασία εντός ενός πλαισίου υπερδιαγνώσεων; Εν ολίγοις, ποιες συνεπαγωγές μπορεί να έχει η διάγνωση για την ίδια την έννοια του «παιδιού» και για το τι αξιολογείται και συγκροτείται ως «κανονική» και ως «παθολογική» παιδική ηλικία; Μπορούν, εν τέλει, να εντοπιστούν δυνατότητες, οι οποίες ενδεχομένως διανοίγονται, για νέες μορφές αντίστασης από την πλευρά των ίδιων των παιδιών ως δρώντων υποκειμένων απέναντι στην ιατρική εξουσία, αλλά και στην παιδαγωγική επιτήρηση; Υπό αυτήν την προοπτική, με δεδομένο ότι η παιδική ηλικία, όπως υπογραμμίζει η Δήμητρα Μακρυνιώτη, «[δ]εν προϋπάρχει ως φυσική, χρονική κατηγορία, αλλά προσδιορίζεται με τους ίδιους όρους με τους οποίους κατανοούνται τα υπόλοιπα πολιτισμικά προϊόντα» (Μακρυνιώτη, 2001, σελ. 29), σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να εξετάσει την επίμονη και διαρκώς αυξανόμενη παρουσία της διάγνωσης της ΔΕΠΥ στα παιδιά των δυτικών κοινωνιών και τις επιπτώσεις της στη συγκρότηση νέων μορφών ταυτοτήτων και νέων μορφών υποκειμενοποίησης των «κανονικών» και, συνακόλουθα, των «παθολογικών» παιδιών στις βιοπολιτικές κοινωνίες των αρχών του 21ου αιώνα.

2. Η ΕΔΡΑΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΒΗΜΑΤΑ (ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ) ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Εάν κατά τον 18ο αιώνα το παιδί είχε εισέλθει ως διακριτή κοινωνική και πολιτισμική κατηγορία στο επίκεντρο του λόγου των φιλοσόφων και των παιδαγωγών του Διαφωτισμού, και είχε ξεκινήσει να αντιμετωπίζεται ως μελλοντικός ενήλικος που πρέπει να ανατραφεί «ορθά», σύμφωνα δηλαδή με τις αξίες του αναδυόμενου αστικού πολιτισμού και της φιλελεύθερης κοινωνίας της «γενικής βούλησης»,¹ κατά τον 19^ο αιώνα, στο πλαίσιο εδραιώσης του καπιταλιστικού συστήματος και εντός της ανάδυσης αυτού που ο Michel Foucault ονόμασε «βιοπολιτικές κοινωνίες», η παιδική ηλικία αποτέλεσε το κατ' εξοχήν γνωστικό αντικείμενο ποικίλων επιστημονικών κλάδων. Εντός, δηλαδή, της ιστορικής διαδικασίας συνάρθρωσης μηχανισμών πειθάρχησης του ατομικού σώματος και τεχνολογιών ρύθμισης του πληθυσμού,² εδραιώθηκε και αναπαράχθηκε ένας συγκροτημένος επιστημονικός λόγος περί του «παιδιού» και της «παιδικής ηλικίας» (Κριτσωτάκη και Λέκκα, 2022). Και ήταν μέσω της μετάβασης από το *παιδί-εργάτη* στο *παιδί-μαθητή* που «το σώμα κάθε παιδιού υπόκειται σε παιδαγωγική επιτήρηση μέσω της εισαγωγής του θεσμού της υποχρεωτικής εκπαίδευσης», εισερχόμενο στο πεδίο γνώσης και παρέμβασης της άρτι αναδυθείσας ιατρικής επιστήμης ως «διακριτό αντικείμενο με συνακόλουθες παθολογίες» (Armstrong, 1983, σελ. 13-15). Μέσω αυτής της διαδικασίας,

«κάθε παιδί συγκροτήθηκε ως ξεχωριστή μονάδα, αλλά και ως αναπόσπαστο κομμάτι ενός ευρύτερου πληθυσμιακού συνόλου, τα

1. Αναμφίβολα, ο Jean-Jacques Rousseau εξέφρασε με τον πιο εύγλωττο τρόπο τη νέα σύλληψη και νοηματοδότηση του «παιδιού» στο κομβικό του έργο *Αμίλιος, ή περί αγωγής* [*Émile, ou de l'éducation*, 1762]. Όπως συνοψίζει ο κοινωνιολόγος Chris Jenks: «Ο Rousseau παρείχε μια συλλογιστική που ξεκινά από την ιδέα ότι τα παιδιά γεννιούνται καλά, και προχωρά δείχνοντάς μας ότι κάθε παιδί έχει μια μοναδική προοπτική, εκφράζει κάτι εντελώς καινούργιο για την εποχή του και ταυτόχρονα διαμορφωτικό για το μέλλον – με άλλα λόγια, ότι τα παιδιά διαφέρουν από τους ενήλικες, ότι διαθέτουν από μόνα τους υπόσταση και ότι χρήζουν ειδικής μεταχείρισης και φροντίδας» (Jenks, 2020, σελ. 108).

2. Όπως υπογράμμισε ο ίδιος ο Foucault: «Έχουμε λοιπόν δύο ακολουθίες: την ακολουθία σώμα – οργανισμός – πειθαρχία – θεσμοί και την ακολουθία πληθυσμός – βιολογικές διεργασίες – ρυθμιστικοί μηχανισμοί – κράτος. Ένα οργανικό θεσμικό σύνολο: έχουμε από τη μία την οργανική πειθαρχία θα λέγαμε, και από την άλλη ένα βιολογικό και κρατικό σύνολο: τη βιο-ρύθμιση από πλευράς κράτους» (Φουκώ, 2002, σελ. 307).

μέλη του οποίου βρίσκονταν στο εξής σε διαρκή αντιπαράβολή και σύγκριση, και μέσω του οποίου νέες αντιλήψεις για το ανθρώπινο σώμα, την καθαριότητα και τη σύνδεσή της με την ηθική και την έννοια της υγείας επιχειρήθηκε να διαχυθούν σε κάθε γωνιά του κοινωνικού οικοδομήματος, με σκοπό τη διαφύλαξη της ευρωστίας της φυλής και τη διασφάλιση του μέλλοντος του έθνους» (Κριτσωτάκη και Λέκκα, ό.π., σελ. 71-72).

Υπό αυτό το πρίσμα, όσο ο 19ος αιώνας όδευε προς το τέλος του, ο παιδικός ψυχισμός και, κατ' ουσίαν, κάθε διάσταση της παιδικής συμπεριφοράς και διαγωγής και του παιδικού χαρακτήρα εισήλθαν, με τη σειρά τους, στο μικροσκόπιο της επιστημονικής γνώσης μέσα από πληθώρα κλάδων, όπως της παιδαγωγικής, της ψυχολογίας, της ιατροδικαστικής και εγκληματολογίας, της ψυχανάλυσης και, φυσικά, της ψυχιατρικής. Άλλωστε, όπως υποστηρίζει ο Foucault:

«Η παιδική ηλικία, ως ιστορική φάση της ανάπτυξης, ως γενική μορφή συμπεριφοράς, γίνεται το κύριο εργαλείο της ψυχιατρικοποίησης. Και θα έλεγα ότι η ψυχιατρική μπόρεσε να συλλάβει τον ενήλικο και το σύνολο του ενήλικου μέσα από την παιδική ηλικία. [...] η παιδική ηλικία είναι μία από τις ιστορικές προϋποθέσεις για τη γενίκευση της ψυχιατρικής γνώσης και εξουσίας» (Φουκώ, 2010, σελ. 574-575).

Διόλου τυχαίο, επομένως, που η τάση ψυχιατρικοποίησης της παιδικής ηλικίας αποτυπώθηκε στον λόγο. Ενδεχομένως, ο νέος αυτός προσανατολισμός αρθρωνόταν υποδειγματικά στις ιστορίες με τίτλο *Ο ατίθασος Πέτρος* [*Der Struwwelpeter*] του Γερμανού γιατρού Heinrich Hoffmann, που εκδόθηκαν το 1845 και παρουσίαζαν, μεταξύ άλλων, τις καταστροφικές επιπτώσεις της ανυπακοής και της άτακτης συμπεριφοράς των παιδιών, όπως στην ιστορία του ανήσυχου Φίλιππου [*Die Geschichte von Zappel-Philipp*] (Hoffmann, 1845). Εδώ, βέβαια, αξίζει να αναφερθεί και ο Σκωτσέζος γιατρός Alexander Crichton, ήδη από τα τέλη του 18ου αιώνα, ο οποίος προς το τέλος του έργου του *Έρευνα πάνω στη φύση και στην καταγωγή της διανοητικής διαταραχής* [*Inquiry into the nature and origin of mental derangement*, 1798] συμπεριέλαβε ένα κεφάλαιο με τίτλο «Η προσοχή και οι ασθένειές της» [*Attention and its diseases*], με εστίαση στην «υπερκινητικότητα» ορισμένων ανθρώπων (Smith, 2012). Στις αρχές του 20ού αιώνα, κομβική υπήρξε η διάλεξη του Βρετανού παιδίατρου Sir

George Frederic Still, τον Μάρτιο του 1902, στο Royal College of Physicians, για 20 «συμπεριφορικά διαταραγμένα παιδιά», στην οποία εισήγαγε τα, κατά βάση, ηθικό-κοινωνικά «προβλήματα» της παιδικής ηλικίας εντός της επικράτειας της ιατρικής επιστήμης (Mayes and Rafalovich, 2007· Rafalovich, 2001). Υπό την επίδραση της λεγόμενης «θεωρίας του εκφυλισμού»,³ στις κλινικές περιγραφές του απεικόνιζε παιδιά με βίαια ξεσπάσματα, ελλιπή προσοχή που οδηγούσε σε σχολική αποτυχία, καταστροφικότητα και αδυναμία συγκέντρωσης· συμπτώματα που, σύμφωνα με τον Still, εντοπίζονταν συχνότερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια και τα οποία υπεδείκνυαν, εν τέλει, έναν σημαντικό βαθμό «ανηθικότητας». Τρία χρόνια αργότερα, το 1905, θα κάνει την εμφάνισή του ο πίνακας μέτρησης ευφυΐας των Alfred Binet και Théodore Simon, ενώ το 1922 ο Βρετανός νευρολόγος και ψυχίατρος Alfred Tredgold θα επεξεργαστεί περαιτέρω τη σύνδεση μεταξύ της παιδικής απειθαρχίας, της προβληματικής συμπεριφοράς και, εν τέλει, της ανηθικότητας με ήπιες εγκεφαλικές βλάβες που ενίοτε εκδηλώνονταν μέσω «στιγμάτων εκφυλισμού» (Mayes and Rafalovich, ό.π.). Υπό αυτό το πρίσμα, θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι, στις πρώτες δεκαετίες πια του 20ού αιώνα, «νευρικά παιδιά, ευπαθή παιδιά, νευροπαθή παιδιά, δυσπροσάρμοστα παιδιά, δύσκολα παιδιά, υπερευαίσθητα παιδιά και παιδιά με ασταθή χαρακτήρα αποτέλεσαν όλα επινοήσεις ενός νέου τρόπου θέασης της παιδικής ηλικίας» (Armstrong, ό.π., σελ. 14).

Παρά, δηλαδή, το γεγονός ότι η παιδοψυχιατρική ως ειδικότητα θα εδραιωνόταν μόλις τη δεκαετία του 1930 και παρά το ότι κατά τα πρώτα αυτά στάδια υπήρχε επιφυλακτικότητα ως προς τη σύν-

3. Η θεωρία του εκφυλισμού περιέγραφε την παθολογική «απόκλιση» από έναν αρχέτυπο τύπο ανθρώπου. Η απόκλιση αυτή αποδιδόταν πρωτίστως στην κληρονομική μεταβίβαση που διογκωνόταν με την εξέλιξη των γενεών και μπορούσε να οδηγήσει σε ανιάτο σωματικό, διανοητικό και, εν τέλει, ηθικό εκφυλισμό, με αποτέλεσμα την τελική εξάλειψη της γενιάς. Με βασικότερους εκπροσώπους, μεταξύ άλλων, τους Bénédict Augustin Morel, Valentin Magnan και Richard von Krafft-Ebing, ο εκφυλισμός αποδιδόταν σε ευρύτατη ποικιλία «εξωγενών» παραγόντων, όπως οι συνθήκες υγιεινής, οι συνθήκες εργασίας, διατροφής και κατοικίας, η χρήση οινοπνεύματος και τοξικών ουσιών (όπιο, κάνναβη, κ.ά.), η σεξουαλική ζωή (αυνανισμός, συχνότητα σεξουαλικών επαφών) κ.ο.κ., στοχοποιώντας, με τον τρόπο αυτό, την εργατική τάξη. Ανάμεσα στα λεγόμενα «στίγματα», μέσω των οποίων εκδηλώνονταν ο εκφυλισμός σε σωματικό επίπεδο, περιλαμβάνονταν η ασυμμετρία της κεφαλής, οι παραμορφώσεις των αυτιών, η διακοπή της φυσιολογικής ανάπτυξης, ο στραβισμός, τα στραβά πόδια, οι οδοντικές ανωμαλίες, ο ραχιτισμός, η μορφολογία των αναπαραγωγικών οργάνων κ.ά. (Λέκκα, 2012).

δεση της παιδικής ηλικίας με τις ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων, εντούτοις, τα «προβλήματα» της συμπεριφοράς, της διαγωγής και του χαρακτήρα των παιδιών θα αποτελούσαν σταδιακά πεδίο επιστημονικού προβληματισμού και παιδαγωγικής μέριμνας, συγκροτώντας αυτό που οριζόταν και αντιμετωπιζόταν κανονιστικά και υπό μια ηθικολογική προοπτική ως «διαφορετικό» εντός της παιδικής ηλικίας. Σε αυτό το πλαίσιο, κατά το α' μισό του 20ού αιώνα και, ιδίως, από την εδραίωση της παιδοψυχιατρικής και εξής, οι «διαταραχές» στο φαγητό, στον ύπνο, στην ομιλία και στο σχολείο, τα «προβλήματα» συναισθημάτων, όπως ο θυμός, η νευρικότητα και η ευερεθιστότητα, και τα «προβλήματα διαγωγής», όπως η νυκτερινή ενούρηση, η ονυχοφαγία, η ψευδολογία, αλλά και, υπό ένα αμυγώς ηθικό κριτήριο, η πορνεία, η αλητεία, η κλοπή, οι συγκρούσεις και οι ομοφυλοφιλικές σχέσεις, θα ξεκινήσουν να απασχολούν συστηματικά ψυχιάτρους, παιδοψυχιάτρους και ψυχαναλυτές, συχνά σε αργαστή συνεργασία με παιδαγωγούς.⁴

3. ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ: ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αυτή η επιστημονική ενασχόληση με τα «προβλήματα» της συμπεριφοράς, της διαγωγής και του χαρακτήρα της παιδικής ηλικίας θα αποκρυσταλλωθεί κατά το β' μισό του 20ού αιώνα στην ψυχιατρική διαγνωστική κατηγορία της ΔΕΠΥ. Οι βάσεις τέθηκαν ήδη κατά τη δεκαετία του 1950, όταν η παραπάνω συμπτωματολογία εισήχθη

4. Είναι ενδεικτικό ότι ο Sigmund Freud είχε ήδη δημοσιεύσει το 1909 το περίφημο ιστορικό ασθένειας του μικρού Χανς, την πρώτη, στην ουσία, ψυχανάλυση παιδιού, επισημαίνοντας, μάλιστα, τις αντιδράσεις απέναντι στην ψυχανάλυση των παιδιών (Φρόντ, 2021). Οι πρώτες, συστηματικές πλέον απόπειρες ψυχανάλυσης παιδιών θα πραγματοποιούνταν από τους μαθητές του Sandor Ferenczi και Melanie Klein, αλλά και από την κόρη του, την ψυχαναλύτρια Anna Freud. Αντίστοιχα, ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις χρησιμοποιήθηκαν και στην εκπαίδευση, για παράδειγμα, από τους Oscar Pfister και Hans Zulliger, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του βιβλίου *Παιδοψυχιατρική* [Child psychiatry, 1935] του Leo Kanner, «πατέρα της παιδοψυχιατρικής», αναφερόταν σε παιδικές «διαταραχές» και «προβλήματα» της συμπεριφοράς. Γενικά, για μια αναλυτική σκιαγράφηση της ψυχοιατρικοποίησης της παιδικής ηλικίας, με ειδικότερη εστίαση στην ελληνική κοινωνία κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα, μέσα από την εξέταση της περίπτωσης των εξωτερικών ιατρείων του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, βλ. Κριτσωτάκη και Λέκκα, ό.π..

υπό την ομπρέλα διαγνώσεων, όπως «Διαταραχή υπερκινητικής παρόρμησης» [Hyperkinetic impulse disorder] σύμφωνα με την ονομασία που της έδωσαν οι ερευνητές Maurice Laufer, Eric Denhoff και Gerald Solomons το 1957, ενώ από τη δεκαετία του 1960 ξεκίνησε να κυριαρχεί ο όρος «Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» [Minimal brain dysfunction] (Mayes and Rafalovich, ό.π.). Η πρώτη, όμως, εμφάνιση της διάγνωσης με την πλήρη ονομασία της ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας» [Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder] θα πραγματοποιηθεί στο *DSM-III-R* του 1987, οδηγώντας σε μία αύξηση των διαγνώσεων ΔΕΠΥ στα παιδιά κατά 50% (Conrad and Potter, 2000). Την ίδια στιγμή, η διαγνωστική κατηγορία ξεκίνησε να μετασχηματίζεται από μία διάγνωση που αφορούσε αποκλειστικά την παιδική ηλικία σε μία διάγνωση που μπορούσε να εμφανιστεί πλέον και στην ενήλικη ζωή· μία διάσταση της ΔΕΠΥ που εδραιώθηκε περαιτέρω στο *DSM-IV* του 1994.

Ταυτόχρονα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η απόπειρα εκκλαίκευσης του ζητήματος και διάχυσης βασικών γνώσεων αναφορικά με τη διάγνωση στο ευρύ κοινό. Ενδεικτικά, την ίδια χρονιά με την έκδοση του *DSM-IV* θα κυκλοφορήσει το βιβλίο των ψυχιάτρων Edward Hallowell και John Ratey, 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 προχωρούσαν σε μία αναλυτική περιγραφή της ΔΕΠΥ, με εστίαση και στη ΔΕΠΥ ενηλίκων – άλλωστε, πίστευαν ότι υπέφεραν και οι ίδιοι από ΔΕΠΥ, η οποία δεν είχε, όμως, διαγνωστεί κατά την παιδική τους ηλικία (Hallowell and Ratey, 1994· Conrad and Potter, 2000). Το βιβλίο περιελάμβανε από συμβουλές σε γονείς και εκπαιδευτικούς για τη διαχείριση της ΔΕΠΥ μέχρι ένα ερωτηματολόγιο 100 ερωτήσεων εν είδει οδηγού αυτό-διάγνωσης. Το ερωτηματολόγιο στόχευε, δηλαδή, στο να δώσει τη δυνατότητα στους αναγνώστες και στις αναγνώστριες να προχωρήσουν σε μία, τρόπον τινά, αυτό-διάγνωση, έτσι ώστε να διαπιστώσουν εάν πάσχουν και οι ίδιοι/-ες από ΔΕΠΥ, προκειμένου να προσφύγουν κατόπιν στην ιατρική αυθεντία για βοήθεια και «θεραπεία» (όσο πιο πολλές ερωτήσεις απαντούσαν θετικά, τόσο αυξάνονταν, σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι πιθανότητες διάγνωσης με ΔΕΠΥ). Αναδεικνύοντας, μάλιστα, ευκρινώς τη συνάρθρωση του επιστημονικού, του κοινωνικού και του ηθικού μέσω της (ψυχ)ια-

τρικής διάγνωσης, το εν λόγω ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις, όπως «Είσαι αριστερόχειρας ή αμφίχειρας;», «Καπνίζεις;», «Καταναλώνεις πολύ αλκοόλ;», «Αλλάζεις συχνά ραδιοφωνικό σταθμό στο αυτοκίνητο;», «Σου αρέσει ο τζόγος;», «Είσαι αντισυμβατικός;», «Είσαι υιοθετημένος;» «Αγαπάς τα ταξίδια;» και «Γελάς πολύ;» (Hallowell and Ratey, ό.π., σελ. 261-267). Στο ίδιο μήκος κύματος θα πρέπει να ενταχθεί και το τεύχος του περιοδικού *Time* της 18ης Ιουλίου 1994, το οποίο περιελάμβανε ένα εννιασέλιδο αφιέρωμα στη ΔΕΠΥ ενηλίκων, με αναφορά σε «διάσημους» που έπασχαν από ΔΕΠΥ, όπως οι Winston Churchill, Albert Einstein και Bill Clinton (*Time*, 1994). Μάλιστα, στο εξώφυλλο αναγράφονταν τα εξής: «Αποδιοργανωμένοι; Αφηρημένοι; Σε σύγχυση; Οι γιατροί λένε ότι μπορεί να έχετε Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. Δεν είναι μόνο τα παιδιά που υποφέρουν από αυτήν» [*Disorganized? Distracted? Discombobulated? Doctors say you may have Attention Deficit Disorder. It's not just kids who suffer from it*]. Με αυτόν τον τρόπο, οι αναγνώστες/-στριες προτρέπονταν σε αυτό-έλεγχο και στην εκ νέου ανάγνωση και επανερμηνεία της συμπεριφοράς τους τόσο κατά την παιδική ηλικία, όσο και κατά την ενήλικη ζωή, ώστε να επαναξιολογήσουν συνολικά τη διαγωγή τους και να επανασυγκροτήσουν, ενδεχομένως, την ταυτότητά τους ως πασχόντων/-ουσών από ΔΕΠΥ. Κατά συνέπεια, με αυτόν τον τρόπο, διευρυνόταν σημαντικά ο αριθμός των ανθρώπων που κατηγοριοποιούνταν είτε ως πάσχοντες/-ουσες από ΔΕΠΥ στο παρελθόν, είτε ως ευρισκόμενοι/-ες «σε κίνδυνο» να έχουν ΔΕΠΥ στο παρόν κίνδυνος που, όμως, είχε μείνει αδιάγνωστος έως τότε. Θα πρέπει εδώ να τονιστεί το κυρίαρχο οικονομικό και πολιτικό συγκείμενο της δεκαετίας του 1990, καθώς δεν θα πρέπει να λησμονούμε ότι, εντός των σύγχρονων νεοφιλελεύθερων κοινωνιών, «οι λόγοι της δημόσιας υγείας και της προαγωγής υγείας έχουν, σε γενικές γραμμές, την τάση να επαναπροσδιορίζουν την ασθένεια ως κίνδυνο που μας απειλεί όλους και απαιτεί από εμάς να επινοήσουμε στρατηγικές αυτό-προστασίας (Scott et al., 2005, σελ. 1870).

Υπό το πρίσμα, λοιπόν, της παραπάνω νεοφιλελεύθερης προτροπής στον αυτό-έλεγχο και στην αυτό-πειθάρχηση των υποκειμένων, βλέπουμε ότι στην τελευταία, αναθεωρημένη έκδοση του *DSM* του 2022, το *DSM-5-TR* (που ακολουθεί, κατά βάση, τα κριτήρια του *DSM-5* του 2013), η ΔΕΠΥ εντάσσεται στη γενική κατηγορία των «Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών» [*Neurodevelopmental Disorders*]. Διακρίνονται δύο ομάδες βασικών συμπτωμάτων: τα συμπτώματα

«ελλειμματικής προσοχής» και τα συμπτώματα «υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας». Ως προς τα συμπτώματα «ελλειμματικής προσοχής» διαβάζουμε τα ακόλουθα:

- α. Συχνά αποτυγχάνει να επιστήσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή διαπράττει απρόσεκτα λάθη στο σχολείο, στη δουλειά ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα [...].
- β. Συχνά έχει δυσκολία να διατηρήσει την προσοχή στις δραστηριότητες [...] (π.χ., έχει δυσκολία να παραμείνει συγκεντρωμένος/η στο μάθημα, σε συζητήσεις ή σε μακρά μελέτη).
- γ. Συχνά δείχνει να μην ακούει όταν του/της απευθύνονται [...].
- δ. Συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τη σχολική δουλειά, τις μικροαγαθείες ή τα καθήκοντα στην εργασία [...].
- ε. Συχνά έχει δυσκολία να οργανώσει τα καθήκοντα και τις δραστηριότητες (π.χ., δυσκολία στη διαχείριση συνεχών εργασιών· δυσκολία να διατηρήσει τα υλικά και τα υπάρχοντα σε τάξη· ακατάστατη, ανοργάνωτη δουλειά· κακή διαχείριση του χρόνου· αδυναμία τήρησης προθεσμών).
- στ. Συχνά αποφεύγει, απεχθάνεται ή είναι απρόθυμος/-η να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη διανοητική προσπάθεια (π.χ., σχολική εργασία ή εργασία για το σπίτι [...]).
- ζ. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ., υλικά για το σχολείο, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, έγγραφα, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).
- η. Αφαιρείται συχνά από εξωτερικά ερεθίσματα [...].
- θ. Είναι συχνά ξεχασιάρης στις καθημερινές δραστηριότητες (π.χ., να κάνει μικροαγαθείες και θελήματα· για έφηβους/-ες και ενήλικους/-ες, να επικοινωνεί με όσους/-ες τον έχουν καλέσει, να πληρώνει λογαριασμούς, να είναι συνεπής στα ραντεβού)» (*DSM-5-TR*, ό.π., σελ. 68-69).

Ως προς τα συμπτώματα «υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας» διαβάζουμε τα ακόλουθα:

- α. Συχνά κινείται νευρικά ή χτυπά ελαφρά χέρια ή πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση.
- β. Συχνά αφήνει τη θέση σε καταστάσεις όπου αναμένεται η παραμονή στη θέση [...].

- γ. Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε καταστάσεις όπου αυτό είναι ακατάλληλο (Σημ.: Σε εφήβους/ες ή ενήλικους/ες, μπορεί να περιορίζεται σε αίσθημα ανησυχίας).
- δ. Συχνά είναι ανίκανος/-η να παίξει ή να εμπλακεί σε δραστηριότητες αναψυχής ήσυχα.
- ε. Είναι συχνά «στο τρέξιμο», συμπεριφερόμενος/-η σαν να «κινείται με μοτεράκι» (π.χ., είναι ανίκανος/-η ή αισθάνεται άβολα να είναι ήσυχος/-η για εκτεταμένο χρονικό διάστημα, όπως σε εστιατόρια, συναντήσεις· μπορεί να τον/την εκλάβουν οι άλλοι ως ανήσυχο/-η ή δύσκολο/-η να συμβαδίσουν μαζί του/της).
- στ. Συχνά μιλάει υπερβολικά.
- ζ. Συχνά πετάει μία απάντηση προτού να έχει ολοκληρωθεί η ερώτηση [...].
- η. Συχνά έχει δυσκολία να περιμένει τη σειρά του/της (π.χ., περιμένοντας στην ουρά).
- θ. Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει σε άλλους [...] (στο ίδιο, σελ. 69).

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι μέσω της εν λόγω ψυχιατρικής διάγνωσης επιχειρείται ο προσδιορισμός, η αξιολόγηση και η ταξινόμηση της επίδοσης ενός παιδιού –και, κατ' επέκταση, ενός/μίας ενήλικου/-ης– σε σχέση με συγκεκριμένες σχολικές/επαγγελματικές, κοινωνικές, οικογενειακές, κ.λπ., υποχρεώσεις, όπως αυτές επιτελούνται ή αναμένεται να επιτελεστούν εντός των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών. Καθημερινές συμπεριφορές οι οποίες είχαν παραμείνει μέχρι πρότινος στο «απυρόβλητο» του (ψυχ)ιατρικού βλέμματος και λόγου, όπως το εάν κάποιος/α ανταποκρίνεται επιτυχώς στις σχολικές εργασίες, το εάν τηρεί τις προθεσμίες παράδοσης των εργασιών του/της, το εάν είναι συνεπής στα ραντεβού του/της και στις πληρωμές λογαριασμών, το εάν είναι ανυπόμονος/η και βιάζεται να μιλήσει, το εάν μπορεί να παίξει «ήσυχα» και πειθαρχημένα, ή το εάν είναι αφηρημένος/η χάνοντας τα κλειδιά του ή κοιτώντας τη βροχή έξω από το παράθυρο μίας μοντής σχολικής αίθουσας, διαγιγνώσκονται και ταξινομούνται πλέον ως ένα συγκεκριμένο ψυχιατρικό «πρόβλημα» προς συμμόρφωση και θεραπεία. Με άλλα λόγια, η διαφορετικότητα και, κατ' ουσίαν, η «απόκλιση» ενός ανθρώπου από το κυρίαρχο πρότυπο του εργατικού, πειθαρχημένου, διαρκώς αυτό-ελεγχόμενου και σε εγρήγορση νεοφιλελεύθερου υποκειμένου έχει μπει πια για τα καλά στο στόχαστρο της ψυχιατρικής γνώσης, επιβεβαιώνοντας όσες και όσους υποστηρίζουν ότι

«[ο] νεοφιλελευθερισμός δεν αποτελεί απλώς και μόνο ένα αντι-κοινωνικό οικονομικό μοντέλο χρηματοπιστωτικού καπιταλισμού, αλλά μία μηχανή κοινωνικής οντολογίας: μια ορθολογικότητα βιοπολιτικής διακυβέρνησης και διαχείρισης που παράγει και προάγει συγκεκριμένες εκφορές του κοινωνικού, του πολιτικού, της υποκειμενικότητας, της επιθυμίας, της ψυχικής οικονομίας, της ανθρωπίνης ζωής και διαγωγής» (Αθανασίου, 2012, σελ. 57).

Μέσω αυτής της διαδικασίας, λοιπόν, παράγονται και προωθούνται συγκεκριμένες μορφές υποκειμενικότητας και αποκλείονται άλλες (Ong, 2006), πάντοτε με γνώμονα αυτό που θεωρείται «καλό», «φυσιολογικό» και «ωφέλιμο», με στόχο την *υπεράσπιση της (νεοφιλελεύθερης) κοινωνίας*.

Ένα εξίσου ενδιαφέρον σημείο είναι, όπως ήδη αναφέραμε, το γεγονός ότι το ποσοστό των παιδιών, αλλά και των ενηλίκων, που θεωρείται ότι έχει διαγνωστεί με ΔΕΠΥ στις σύγχρονες κοινωνίες έχει αυξηθεί αξιοσημείωτα, με ερευνητές/-τριες να κάνουν πλέον λόγο για «παγκόσμια υπεροχή» της ΔΕΠΥ (Salari et al., 2023· Polanczyk et al., 2007). Εντούτοις, θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι ανάλογες αποφάνσεις δεν αντανakλούν την πραγματικότητα, αλλά εκφράζουν μια τάση ψυχιατρικής αποικιοποίησης [psychiatric colonisation] (Smith, 2017, σελ. 768), καθώς τα ποσοστά της ΔΕΠΥ ποικίλλουν σημαντικά, εάν ιδωθούν συγκριτικά: από σχεδόν μηδενικά σε μη-δυτικά πολιτισμικά περιβάλλοντα έως και πάνω από 20% σε συγκεκριμένα κοινωνικά, πολιτισμικά και σχολικά πλαίσια (Timini and Radcliffe, 2005). Είναι χαρακτηριστικό ότι σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη για την αμερικανική κοινωνία την περίοδο 1997-2016, σε συνολικό εθνικό δείγμα 186.457 παιδιών και εφήβων, ηλικίας 4-17 ετών, η διάγνωση της ΔΕΠΥ αυξήθηκε από 6,1% την περίοδο 1997-1998 σε 10,2% την περίοδο 2015-2016 (Xu et al., 2018), ενώ σε έρευνα για τα έτη 2018-2019, το ποσοστό των παιδιών 3-17 ετών με διάγνωση ΔΕΠΥ ανήλθε σε 8,7%, με την πολιτεία της Λουιζιάνα να παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό παιδιών με ΔΕΠΥ και, συγκεκριμένα, 15,7% (Bozinoic et al., 2021). Την ίδια στιγμή, σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 σε μαθητές/-τριες σε κάποια προάστια της Αθήνας το ποσοστό των παιδιών που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ ανήλθε σε 6% (Skounti et al., 2010), ενώ σε συγχρονική μελέτη που διεξήχθη σε εθνικό τυχαίο δείγμα 4.480 παιδιών και δημοσιεύτηκε το 2017 το ποσοστό ανήλθε σε 4,6% (Thomaidis et al., 2017).

Με τον τρόπο αυτό, επιβεβαιώνεται εκ νέου ο αναντίρροπα δυτικό-κεντρικός προσανατολισμός και η δυτικό-κεντρική φιλοσοφία και ρητορική του *DSM* ως διαγνωστικού εργαλείου. Όπως υπογραμμίζεται εύστοχα από τον ανθρωπολόγο και ψυχίατρο Roland Littlewood, «[σ]υμπεριφορές αναγνωρισμένες ως μη-κανονικές στη Δύση δεν αναγνωρίζονται[ι] πάντα σε τοπικό επίπεδο ως ασυνήθειες και ανεπιθύμητες. Με δεδομένη την πρωτοκαθεδρία της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής, τοπικά “ψυχιατρικά συστήματα” εξετάζονται[ι], όχι σαν αυτόνομα, με νόημα και λειτουργικά πολιτισμικά σχήματα καθ’ εαυτά, αλλά σαν λιγότερο ή περισσότερο ακριβείς προσεγγίσεις προς την “πραγματική” (δυτική) ταξινόμηση» (Littlewood, 1990, σελ. 309). Υπό αυτό το πρίσμα, δεν θα πρέπει να θεωρηθεί τυχαίο ότι η ΔΕΠΥ εντοπίζεται διαγνωστικά περισσότερο σε λευκά αγόρια (Morgan, Woods and Wang, 2022), μεσο- και μεγαλο-αστικών στρωμάτων, με τα ποσοστά να ποικίλλουν, σε κάθε περίπτωση, ανάλογα με το εκπαιδευτικό σύστημα, τις κυρίαρχες κοινωνικές και επιστημονικές αντιλήψεις περί «παιδιού» και «παιδικής ηλικίας», τους οικογενειακούς δεσμούς κ.ο.κ., ενώ κομβικός είναι αναντίρροπα και ο ρόλος του βαθμού υιοθέτησης των διαγνωστικών εργαλείων και κατηγοριών της δυτικής ψυχιατρικής, όπως αυτά αποτυπώνονται στις εκδόσεις του *DSM*.⁵

Την ίδια στιγμή, η εμφανής υπεροχή της διάγνωσης της ΔΕΠΥ στα αγόρια, με την αναλογία αγοριών-κοριτσιών να υπολογίζεται περίπου στο 3:1 και, σε κάποιες περιπτώσεις, και παραπάνω (Skogli et al., 2013· Thomaidis et al., 2017), αναδεικνύει και υπογραμμίζει και τις έμφυλες διαστάσεις και προεκτάσεις των ψυχιατρικών διαγνωστικών κατηγοριών. Αξίζει, μάλιστα, να επισημάνουμε ότι, σε γενικές γραμμές, εντοπίζεται διαγνωστικά στα αγόρια μια υπεροχή των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας (Rucklidge, 2008), ενώ στην περίπτωση των κοριτσιών, όταν (σπανιότερα) διαγιγνώσκεται σε αυτά, η ΔΕΠΥ εντοπίζεται συνήθως με τη μορφή της διάσπασης προσοχής και με ταυτόχρονη αδυναμία να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες που θέτει η διαταραχή. Καθίσταται, δηλαδή, σαφές ότι μέσω της διάγνο-

5. Πρόκειται, σίγουρα, για ένα ζήτημα που χρήζει περαιτέρω ανάλυσης και διερεύνησης, και το οποίο, δυστυχώς, δεν εμπίπτει στους σκοπούς του παρόντος κειμένου. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα, πάντως, είναι η διαφοροποίηση στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ στο πλαίσιο της αμερικανικής και της κορεάτικης κοινωνίας (Moon, 2011), ενώ, αναμφίβολα, εντυπωσιακό είναι το αρκετά υψηλό ποσοστό της διάγνωσης της ΔΕΠΥ στις χώρες της Αφρικής που ανέρχεται σε 7,47% (Ayano, 2020).

σης της ΔΕΠΥ νομιμοποιείται και εδραιώνεται περαιτέρω ο έμφυλος στερεοτυπικός διαχωρισμός ανάμεσα στα «ατίθασα», «δραστήρια» και «φασαριόζικα» αγόρια που τρέχουν, πειραματίζονται και ασχολούνται με ποικίλες (ενίοτε, έντονα σωματικές) δραστηριότητες και παιχνίδια, και στα «ήσυχα», «επιμελή» και «πειθαρχημένα» κορίτσια τα οποία «παίζουν ήσυχα με τις κούκλες τους», ασχολούνται περισσότερο με τη μελέτη των μαθημάτων τους και εμπλέκονται συνήθως σε ήπιες σωματικές δραστηριότητες. Επομένως, η «απόκλιση» στα αγόρια μπορεί να διαγνωστεί μέσω μιας αυξημένης υπερκινητικότητας και στα κορίτσια μέσω ενός μεγαλύτερου βαθμού αφηρημάδας και ελλειμματικής προσοχής. Μέσω, δηλαδή, της υποτιθέμενης αντικειμενικότητας, αμεροληψίας και εγκυρότητας της επιστημονικής γνώσης επισφραγίζεται η διαδικασία έμφυλης κοινωνικοποίησης και, στην ουσία, κανονικοποίησης των παιδιών στους κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά και ιστορικά προσδιορισμένους ρόλους που προορίζονται να αναλάβουν και στην ενήλικη ζωή τους, με τη χάρη-ξη σαφών διαχωριστικών γραμμών ανάμεσα στους «ενεργητικούς» άνδρες και στις «παθητικές» γυναίκες. Με τον τρόπο αυτό, το φύλο, όπως επισημαίνει και η Judith Butler, «αποδεικνύεται ότι είναι επιτελεστικό – ότι συγκροτεί, δηλαδή, την ταυτότητα που υποτίθεται ότι είναι. Με την έννοια αυτή, το φύλο είναι πάντοτε πράττειν, [...]» (Μπάτλερ, 2009, σελ. 52)· ένα πράττειν που επιβάλλεται, μαθαίνεται και αναπαράγεται κοινωνικά από τη στιγμή της γέννησής μας.

Το ερώτημα που ανακύπτει, λοιπόν, είναι με ποια μέσα επιχειρείται η αντιμετώπιση και η «θεραπεία» μίας «διαταραχής» όπως η ΔΕΠΥ. Αν και αρκετά συχνά προωθούνται συγκεκριμένες μορφές διατροφής και σωματικής άσκησης, καθώς και διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας, γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, κ.λπ., ο κυρίαρχος τρόπος αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ είναι η φαρμακευτική αγωγή. Με τις βασικότερες ουσίες να είναι η ατομοξετίνη και, κυρίως, η μεθυλφαινιδάτη (βασικό συστατικό στοιχείο των γνωστών σκευασμάτων Ritalin και Concerta),⁶ τα νούμερα είναι μάλλον αποκαρδιωτικά, ακολουθώντας τη φρενήρη πορεία της κατανάλωσης ψυχοτρόπων φαρμάκων γενικότερα.⁷ Χαρακτηριστικά, με την κυ-

6. Πρόκειται για ψυχιατρικά φαρμακευτικά σκευάσματα που ανήκουν στην κατηγορία των λεγόμενων «Διεγερτικών του ΚΝΣ [Κεντρικού Νευρικού Συστήματος]». Τα Διεγερτικά του ΚΝΣ πρωτοεμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1960.

7. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά τη δεκαετία 2008-2019, η κατανάλωση ψυχοτρό-

κλοφορία της έκδοσης του *DSM-IV* το 1994, έγιναν 6.000 συνταγογραφήσεις μεθυλφαινιδάτης σε παιδιά και εφήβους/ες στη Μεγάλη Βρετανία, φθάνοντας τις 92.000 τον χρόνο σε μόλις τρία χρόνια, το 1997, και τις 114.000 κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 1999 (Baldwin and Anderson, 2000). Μάλιστα, μεταξύ των ετών 1998-2009, οι συνολικές συνταγογραφήσεις διεγερτικών και ατομοξετινης στην Αγγλία αυξήθηκαν κατά 259% (Moncrieff and Timini, 2011). Την τελευταία δεκαετία, οι αριθμοί έχουν εκτοξευτεί. Ενδεικτικά, στη Γαλλία, σύμφωνα με έρευνα του 2017 που πραγματοποιήθηκε από τη γαλλική ρυθμιστική αρχή φαρμάκων ANSM [Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé] σημειώθηκε, την περίοδο 2008-2014, αύξηση της συνταγογράφησης μεθυλφαινιδάτης για παιδιά ηλικίας 6-11 ετών κατά 63% και σχεδόν διπλασιάστηκε για εφήβους/-ες ηλικίας 12-17 ετών (Ponnou and Thomé, 2022). Αντίστοιχα, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία για τις Η.Π.Α., την περίοδο 2006-2016 η συνταγογράφηση γενικά διεγερτικών φαρμάκων αυξήθηκε κατά 250% (Brumbaugh et al., 2022), ενώ το 2020 συνταγογραφήθηκαν 15.449.350 δόσεις μεθυλφαινιδάτης.⁸ Αυτή η ραγδαία αύξηση γίνεται πραγματικά ακατανόητη, εάν αναλογιστούμε τις πολλές και σοβαρότατες παρενέργειες της μεθυλφαινιδάτης: μεταξύ πολλών άλλων, αναφέρονται καρδιαγγειακά προβλήματα (ταχυκαρδία, αρρυθμίες, πόνοι στο στήθος), αντιδράσεις του ΚΝΣ (ψύχωση, ψευδαισθήσεις, σύγχυση, αϋπνία, κατάθλιψη, κ.ά.), γαστρεντερικά προβλήματα (ανορεξία, ναυτία, εμετοί, διάρροια), ενδοκρινικά προβλήματα (απώλεια βάρους, αναστολή ανάπτυξης, κ.ά.), υπερκινητικότητα και ευερεθιστότητα, ακόμη και οφθαλμολογικά προβλήματα (Baldwin and Anderson, 2000· Bingöl-Kızıltunç et al., 2022). Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρούμε και στην περίπτωση αυτών των σκευασμάτων ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των ψυχιατρικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, δηλαδή, το να συμπεριλαμβάνουν στις παρενέργειές τους εκείνα ακριβώς τα συμπτώματα που υποτίθεται ότι καλούνται να αντιμετωπίσουν – για παράδειγμα, στην προκειμένη περίπτωση, την υπερκινητικότητα, τη σύγχυση και την ευερεθιστότητα. Εγείρο-

πων φαρμάκων ανά 1.000 κατοίκους την ημέρα αυξήθηκε κατά 4,08%. Η ετήσια αύξηση ήταν υψηλότερη στις χώρες υψηλού εισοδήματος, με το υψηλότερο ποσοστό το 2019 να καταγράφεται στη Βόρεια Αμερική (Brauer et al., 2021).

8. Βλ., σχετικά, <https://clincalc.com/DrugStats/Drugs/Methylphenidate> (τελευταία επίσκεψη 29 Ιουνίου 2023).

νται έτσι πολλά ερωτήματα αναφορικά με τις βλαβερές συνέπειες της χρήσης ψυχοτρόπων φαρμάκων στα παιδιά και στους/στις έφηβους/-ες και, άρα, αναφορικά με την όποια ωφελιμότητα μπορεί τελικά να έχουν τα παραπάνω σκευάσματα. Όπως υπογραμμίζεται στο σημείωμα σύνταξης του έγκριτου επιστημονικού περιοδικού *The Lancet* αναφορικά με τη χρήση γενικά ψυχοτρόπων φαρμάκων στα παιδιά:

«Γνωρίζουμε πολύ λίγα για τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες των ψυχοτρόπων φαρμάκων στα παιδιά. Οι παρενέργειες των αντιψυχωσικών περιλαμβάνουν τρόπο, κατεστραμμένα οστά, μειωμένη γονιμότητα, παχυσαρκία και αυξημένο κίνδυνο καρδιακής ανακοπής, διαβήτη και εγκεφαλικού. Τα διεγερτικά του ΚΝΣ μπορούν να καταστρέψουν την καρδιά και να παρεμποδίσουν την ανάπτυξη. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στα παιδιά. Έχουν αποτέλεσμα αυτά τα φάρμακα; Οι αποδείξεις είναι συχνά ανεπαρκείς – και, όπον υπάρχουν, είναι, σε μεγάλο βαθμό, αποθαρρυντικές» (The Lancet, 2008).

Την ίδια στιγμή, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η κυριαρχία της φαρμακευτικής αγωγής ως βασικού θεραπευτικού μέσου έχει εδραιωθεί, νομιμοποιηθεί και ισχυροποιηθεί επιστημολογικά λόγω της εντεινόμενης βιολογικοποίησης της ψυχιατρικής επιστήμης τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα να έχουμε οδηγηθεί και σε μία «συσκότιση των διαδικασιών με τις οποίες κάποιος [θα] μπορούσε να βελτιωθεί χωρίς φαρμακευτική αγωγή» (Leader, 2020, σελ. 48). Παρά το ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ της βιολογικής βάσης και αιτίας της ΔΕΠΥ και παρά το ότι πληθαίνουν διαρκώς οι μελέτες που αναδεικνύουν τις κοινωνικές και πολυδιάστατες διαστάσεις του φαινομένου, εντούτοις, το βιολογικό σχήμα, με τη συνδρομή πλέον και των νευροεπιστημών, παραμένει το κυρίαρχο εξηγητικό πλαίσιο και για την περίπτωση της ΔΕΠΥ, αποκλείοντας και επιβάλλοντας σιωπή σε ερμηνείες που προέρχονται, κατά βάση, από τον χώρο των κοινωνικών επιστημών και οι οποίες διαφεύγουν από το κυρίαρχο (βιολογικό) παράδειγμα [*paradigm*]. Όπως σχολιάζει η Joanna Moncrieff, με αφορμή τη ντοπαμινική υπόθεση της σχιζοφρένειας, κάθε τέτοιου τύπου εξηγητική υπόθεση

«υποδηλώνει, όπως πολλοί ψυχίατροι θέλησαν να πιστεύουν για πολύ καιρό, ότι οι ψυχιατρικές καταστάσεις είναι αληθινές ασθένειες

με απτή και συγκεκριμένη βιολογική προέλευση, και ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα συνιστούν μία αυθεντική και αβλαβή ιατρική θεραπεία, που εξουδετερώνει την υποκείμενη βλάβη με έναν εξόχως στοχευμένο τρόπο» (Moncrieff, 2013, σελ. 60-61).

Ταυτόχρονα, όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή η πίστη στη βιολογική βάση και αιτιολογία της ΔΕΠΥ έχει παρενέργειες, όχι μόνο στο σώμα των πασχόντων/ουσών λόγω της χρήσης ψυχοφαρμάκων, αλλά και στην κοινωνική τους παρουσία και θέση, καθώς δεν μειώνει επ' ουδενί την περιθωριοποίηση και το στίγμα που υφίστανται όσες και όσοι έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, αλλά και με οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή, εν γένει. Όπως επισημαίνεται:

«και τα βιολογικά επιχειρήματα περιλαμβάνουν εξίσου –και, όπως πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται, περισσότερο– στιγματισμό. [...] Όπως αναφέρει μια πρόσφατη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, “υπερβολικά πολλή εμπιστοσύνη έχει δοθεί στο μοντέλο της εγκεφαλικής πάθησης, το οποίο μπορεί να επιτείνει παρά να αμφισβητήσει τα στερεότυπα της επικινδυνότητας και, ειδικά, αυτό της ανικανότητας”» (Leader, 2020, σελ. 433).

Με βάση τα παραπάνω, λοιπόν, τι μπορούμε να συνάγουμε αναφορικά με την ψυχιατρική διάγνωση της ΔΕΠΥ και πώς θα μπορούσαμε να εξηγήσουμε τη ραγδαία αύξηση στη χρήση φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπισή της παρά τις αδιαμφισβήτητα σοβαρότατες παρενέργειες;

Πέρα από την προφανή κριτική που μπορεί να ασκηθεί αναφορικά με τα σκευάσματα της ψυχοφαρμακολογίας, εν γένει, και την αυξανόμενη συνταγογράφησή τους σε συνάρτηση με τα τεράστια κέρδη των φαρμακοβιομηχανιών στις κοινωνίες του ύστερου καπιταλισμού,⁹ το ζητούμενο είναι να διερωτηθούμε αναφορικά με τη διάγνωση καθ' εαυτήν ως συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτισμικό προϊόν, καθώς και αναφορικά με τις επιπτώσεις της στη συγκρότηση

9. Σύμφωνα με τον καθηγητή φαρμακολογίας Philippe Pignarre: «Από την πλευρά του καπιταλισμού και της ανάγκης του για μια διαρκή ανανέωση των μέσων παραγωγής και των εμπορευμάτων που παράγονται, τα ψυχοτρόπα φάρμακα αντιπροσωπεύουν τον πιο μοντέρνο τομέα της ιατρικής, γιατί είναι ένας τομέας χωρίς τέλος» (Pignarre, 2007, σελ. 95).

της σύγχρονης έννοιας του «παιδιού» και της «παιδικής ηλικίας». Άλλωστε, όπως σημειώνει καιρία η κοινωνιολόγος Anнемarie Jutel, «[ο]ι διαγνώσεις δεν υπάρχουν οντολογικά. Είναι έννοιες οι οποίες δένουν το βιολογικό, το τεχνολογικό, το κοινωνικό, το πολιτικό και αυτό που έχει βιωθεί» (Jutel, 2009, σελ. 294). Με άλλα λόγια, μέσω της διάγνωσης της ΔΕΠΥ όχι μόνο συντελείται η αξιολόγηση των επιδόσεων κάθε παιδιού και, συνακόλουθα, η κατηγοριοποίησή του ανάλογα με τον βαθμό συμμόρφωσής του στις εκάστοτε σχολικές, κοινωνικές, οικογενειακές, έμφυλες νόρμες, αλλά συγκροτείται και η ίδια η υποκειμενικότητα του παιδιού του σήμερα και του/της ενήλικου/-ης του αύριο. Υπό αυτήν την προοπτική, δεν θα πρέπει να θεωρείται τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια έχουν πολλαπλασιαστεί γενικότερα οι ψυχιατρικές, αλλά και ευρύτερα οι κάθε είδους διαγνώσεις που αφορούν τα παιδιά. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά τη δεκαετία του 2000 ξεκίνησε μια συζήτηση στους κόλπους των ψυχιάτρων για τη διπολική διαταραχή στα παιδιά, με αποτέλεσμα την περίοδο 2003-2006 να σημειωθεί διπλασιασμός των συνταγογραφήσεων άτυπων αντιψυχωσικών σε παιδιά, μετατρέποντάς τα στο ταχύτερα αναπτυσσόμενο κομμάτι της (αξίας \$11.5 δις, εκείνη την περίοδο) αμερικανικής αγοράς αντιψυχωσικών· αξίζει να σημειωθεί ότι πολλά από αυτά τα σκευάσματα δεν ήταν καν εγκεκριμένα για παιδιά από τον FDA [United States Food and Drug Administration] (Kirk, Gomory and Cohen, 2013). Με δεδομένο, μάλιστα, ότι τελικά «[κ]άθε έκδοση του DSM μοιάζει να λέει περισσότερα αναφορικά με το πώς θα έπρεπε να ζουν οι άνθρωποι τις ζωές τους και αναφορικά με το τι καθιστά τη ζωή αξία να βιωθεί» (Rowe, 2016, σελ. 155), καθίσταται σαφές ότι η διάγνωση αναδεικνύεται ως μία συστηματική απόπειρα ταξινόμησης και πειθάρχησης του παιδικού σώματος και επαναφοράς του στο πεδίο του «κανονικού», ως μία συστηματική απόπειρα κανονικοποίησης κάθε «διαφορετικής» και, άρα, μη αποδεκτής παιδικής συμπεριφοράς. Άλλωστε,

[η] διάγνωση εντοπίζει τις παραμέτρους της κανονικότητας και της μη-κανονικότητας, οριοθετεί τα επαγγελματικά και ιδρυματικά όρια του κοινωνικού ελέγχου και του συστήματος θεραπείας, και εξουσιοδοτεί την ιατρική να βάζει ετικέτες στους ανθρώπους και να τους αντιμετωπίζει εξ' ονόματος της κοινωνίας γενικά» (Brown, 1995, σελ. 39).

Την ίδια στιγμή, το «πάσχον» παιδί τοποθετείται εν μέσω ενός αντιθετικού διπόλου. Από τη μία πλευρά, αναπαριστάται ως «επικίνδυνο», καθώς είναι ένα κοινωνικό υποκείμενο που απειλεί να υπερβεί και να διασαλεύσει το κυρίαρχο πλαίσιο παιδικότητας και τα επιτρεπτά όρια της παιδικής συμπεριφοράς και διαγωγής: το παιδί που είναι ατίθασο και απείθαρχο, που αμελεί τις σχολικές εργασίες και ξεχνά τα σχολικά βιβλία, που δεν πειθαρχείται εντός της σχολικής αίθουσας, που αδυνατεί, εν τέλει, να συμμορφωθεί με τις κυρίαρχες νόρμες και να «κοινωνικοποιηθεί». Από την άλλη πλευρά, το ίδιο παιδί αναπαριστάται ως ένα κοινωνικό υποκείμενο ευρισκόμενο «σε κίνδυνο», καθώς είναι ασθενές και χρήζει φροντίδας και θεραπείας: το ψυχικά πάσχον παιδί του οποίου η διαταραχή πρέπει να διαγνωστεί εγκαίρως και πάνω στο οποίο πρέπει να στρέψουν την επιστημονική τους προσοχή μία πληθώρα «ειδικών». Είτε, πάντως, θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως «επικίνδυνο» είτε ως ευρισκόμενο «σε κίνδυνο», το «πάσχον» παιδί αναπαριστάται τελικά ως παθητικός δέκτης προστατευτικών/επανορθωτικών και, εν τέλει, πειθαρχικών πρακτικών και πολιτικών που θα του επιβληθούν «από τα πάνω». Διότι, δεν θα πρέπει να λησμονούμε ότι, εν τέλει, «[ό]λες οι ιδέες και πρακτικές που αφορούν τη φροντίδα, τη δικαιοσύνη και την προστασία του παιδιού παίζουν καθοριστικό ρόλο στο ιδεολογικό δίκτυο που συντηρεί την τρέχουσα τάξη πραγμάτων» (Jenks, 2020, ό.π., σελ. 156).

Σε αυτό ακριβώς το πλαίσιο, το γεγονός της διάγνωσης καθ' εαυτό και, κυρίως, η αναντίρροπη υπερδιάγνωση που σημειώνεται στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες αναφορικά με τα παιδιά, τείνει να μετασχηματίσει και την ίδια την εκπαιδευτική διαδικασία. Για να αντλήσουμε από τα παράδειγμα της ελληνικής κοινωνίας, βάσει του νόμου 3699 «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» που ψηφίστηκε το 2008 στους «μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, και τα παιδιά «με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα», καθώς και τα παιδιά με «ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία» (Ν. 3699/2008, σελ. 3500). Μέσω αυτής της διαδικασίας, είναι σαφές ότι διευρύνεται διαρκώς και ανησυχητικά ο αριθμός των παιδιών που γίνονται, εντός των τεσσάρων τοίχων της σχολικής αίθουσας, αντικείμενο μίας διαρκούς παρατήρησης, αξιολόγησης, σύγκρισης και «θερα-

πείας» εντός ενός επιστημονικό-παιδαγωγικού συμπλέγματος, με τη συνδρομή, αναμφίβολα, και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Και διαμέσου της διάγνωσης της ΔΕΠΥ δεν οριοθετείται και προσδιορίζεται μόνο το «παθολογικό» παιδί, αλλά ταυτόχρονα συγκροτείται και ορίζεται και το «κανονικό» παιδί. Όπως επισημαίνει εύστοχα η Δήμητρα Μακρυνιώτη,

«το φυσιολογικό παιδί ενσωματώνει τις ανά στάδιο προσδοκίες σε βιολογικό, νοητικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο και μετατρέπεται σε σημείο αναφοράς με βάση το οποίο κάθε παιδί γίνεται αντικείμενο παρατήρησης, καταγραφής και αξιολόγησης. Με αυτό τον τρόπο η ανάπτυξη επιτηρείται και ελέγχεται· η έγκαιρη διάγνωση της υστέρησης από το φυσιολογικό επιτρέπει και δικαιολογεί, αν δεν επιτάσσει, την άσκηση ενεργειών και τη λειτουργία μηχανισμών που έχουν στόχο τη διόρθωση και θεραπεία. Το τέλος της διαδικασίας κοινωνικοποίησης προδιαγράφεται “αίσιο” τόσο για τα παιδιά όσο και για την κοινωνία» (Μακρυνιώτη, 2001, σελ. 13).

Διαμέσου αυτής της διαδικασίας, δηλαδή, προσδιορίζεται και διαμορφώνεται το τι συνιστά να είναι κανείς «παιδί» και το πώς πρέπει, εν τέλει, να είναι κανείς «παιδί» και να βιώνει την «παιδική ηλικία» στις σύγχρονες βιοπολιτικές κοινωνίες, οδηγώντας σε νέες διαστάσεις, εμπειρίες και νοηματοδοτήσεις της ίδιας της έννοιας της παιδικής ηλικίας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, μάλιστα, παρουσιάζει το γεγονός ότι, όπως είδαμε και παραπάνω μέσα από το *DSM-5-TR*, έχουν διευρυνθεί σημαντικά τα διαγνωστικά κριτήρια βάσει των οποίων κάποιος/-α μπορεί να ταξινομηθεί ως πάσχων/-ουσα από ΔΕΠΥ, με αποτέλεσμα να μετακινούνται και αναπροσαρμόζονται διαρκώς τα όρια ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και στο «μη φυσιολογικό», ανάμεσα στην «κανονική» και στην «παθολογική» παιδική συμπεριφορά, διαγωγή και επίδοση. Εξ ου και το ενδιαφέρον για τα υποκείμενα που βρίσκονται «σε κίνδυνο» να έχουν ΔΕΠΥ ή να είχαν ΔΕΠΥ στο παρελθόν και να έμεινε αδιάγνωστη. Διότι, «[ε]ίναι μέσω του μετασχηματισμού των φυσιολογικών παραγόντων σε παράγοντες διακινδύνευσης που συντελείται η παθολογικοποίηση της κανονικότητας» (Skolbekken, 2008, σελ. 20). Δεν θα πρέπει να θεωρείται τυχαίο ότι στη σύγχρονη ιατρική δίνεται πλέον απόλυτη βαρύτητα στο κομμάτι της πρόληψης, με την εμφάνιση διάφορων «προ-ασθενειών» (προ-υπέρταση,

προ-διαβήτη, κ.λπ.), εισάγοντας στο προσκήνιο την έννοια του «προ-ασθενή», καθώς «[κ]αθένας είναι κανονικός, αλλά, την ίδια στιγμή, κανένας δεν είναι αληθινά υγιής· καθένας είναι “ένας εν δυνάμει ασθενής” [not-yet patient]» (Lauritzen and Sachs, 2001, σελ. 499). Μέσω αυτής της διαδικασίας μετασχηματίζεται τόσο η έννοια της «ασθένειας» όσο και η ίδια η έννοια της «υγείας» που καθίσταται έτσι «ένα ανολοκλήρωτο εγχείρημα που χρειάζεται διαρκή εγρήγορση και σκληρή δουλειά» (Petersen and Wilkinson, 2008, σελ. 9) από τα ίδια τα νεοφιλελεύθερα υποκείμενα.

Αυτή η διαδικασία έχει ευρύτερες κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Διότι είναι αυτή η χάραξη και επαναχάραξη διαχωριστικών γραμμών μεταξύ «κανονικού» και «παθολογικού» στις σύγχρονες βιοπολιτικές κοινωνίες που σηματοδοτεί, σύμφωνα με τον Michel Foucault, την πρώτη λειτουργία του ρατσισμού:

«Αυτή είναι η πρώτη λειτουργία του ρατσισμού: κατακερματίζει, δημιουργεί διαχωριστικές γραμμές στο πλαίσιο του βιολογικού continuum στο οποίο απευθύνεται η βιο-εξουσία. Από την άλλη, ο ρατσισμός θα έχει μια δεύτερη λειτουργία: [...] Ο θάνατος του άλλου δεν είναι απλώς η ζωή μου, επειδή μου εξασφαλίζει την προσωπική μου ασφάλεια· με το θάνατο του άλλου, το θάνατο της κακής φυλής, της κατώτερης φυλής (ή του εκφυλισμένου, ή του μη φυσιολογικού), η ζωή θα γίνει πιο υγιής· πιο υγιής και πιο καθαρή» (Φουκώ, 2002, σελ. 314).

Εάν, μάλιστα, λάβουμε υπ' όψιν ότι ο θάνατος δεν συνίσταται μόνο στον βιολογικό θάνατο και στον σωματικό αφανισμό, αλλά μπορεί να προσλάβει ποικίλες μορφές μέσω του στίγματος, της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού, κατανοούμε τις σοβαρότατες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η διάγνωση ΔΕΠΥ για ένα παιδί και η συνακόλουθη ταξινόμησή του στη σφαίρα του «παθολογικού», υποκειμενοποιώντας το, εν τέλει, ως ένα *αποκείμενο* εντός του οικογενειακού και ευρύτερου περιβάλλοντός του.¹⁰

Στις αρχές, λοιπόν, του 21ου αιώνα, είμαστε μάρτυρες αυτής της «δυναμικής και πολεμικής» (Κανγκιλέμ, 2007, σελ. 303) διάστασης

10. Για μία ενδιαφέρουσα ανάλυση σχετικά με το πώς η ψυχιατρική διάγνωση αποκειμενοποιεί τα παιδιά και όσους/-ες διαγιγνώσκονται ως ψυχικά πάσχοντες/-ουσες, εν γένει, βλ. LeFrançois and Diamond, 2014.

της έννοιας του κανονικού, για την οποία έκανε λόγο ο Georges Canguilhem, και, συνακόλουθα, της διαρκούς επαναχάραξης των διαχωριστικών γραμμών ανάμεσα στο «κανονικό» και στο «παθολογικό» παιδί. Και μέσω των νέων διαγνωστικών εργαλείων και παιδαγωγικών πρακτικών, αλλά ακόμη και μέσω σχετικών διαφημίσεων και ενημερωτικών εκστρατειών, γονείς, εκπαιδευτικοί και τα ίδια τα παιδιά ωθούνται πλέον προς τον εντοπισμό της παραμικρής «απόκλισης» στη συμπεριφορά που μέχρι πρότινος ενδέχεται να θεωρείτο «κανονική», επανερμηνεύοντας και επαναξιολογώντας μέσω του (ψυχιατρικού λόγου) διαστάσεις του χαρακτήρα, των συναισθημάτων και της διάθεσης των παιδιών υπό το πρίσμα της νέας διάγνωσης, μετατρέποντας πολυάριθμα παιδιά σε «ψυχικά ασθενείς» και καταναλωτές διεγερτικών του ΚΝΣ, αλλά και κάθε είδους φαρμακευτικών σκευασμάτων, και αναπροσαρμόζοντας διαρκώς το τι συνιστά «κανονική» παιδική ηλικία και παιδικότητα εντός των σύγχρονων νεοφιλελεύθερων κοινωνικών.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εν κατακλείδι, η περίπτωση της ΔΕΠΥ αναδεικνύει τις πολλαπλές διαστάσεις και νοηματοδοτήσεις της παιδικής ηλικίας εντός των σύγχρονων βιοπολιτικών κοινωνιών. Άλλωστε, όπως υπογραμμίζει προσφύως ο Chris Jenks,

«[η] παιδική ηλικία πρέπει να κατανοηθεί ως μία κοινωνική κατασκευή, σε συνάρτηση με μία κοινωνική καταστατική θέση [*social status*] που είναι καθορισμένη μέσω ορίων, ενσωματωμένη εντός της κοινωνικής δομής και εκφρασμένη μέσω ορισμένων τυπικών μορφών συμπεριφοράς, όλες εκ των οποίων συσχετίζονται ουσιαστικά με ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό περιβάλλον» (Jenks, 1982, σελ. 12).

Και, μάλιστα, πρόκειται για μία κοινωνική καταστατική θέση που έχει συγκροτηθεί, αντιμετωπιστεί και νοηματοδοτηθεί ιστορικά σε άμεση συνάρτηση με τη συνάρθρωση παρόντος και μέλλοντος, καθώς το παιδί θεωρείται ότι είναι «στο μεταίχμιο του παρόντος με το μέλλον, του πραγματικού με το φαντασιακό, του δημόσιου με το ιδιωτικό, του οικογενειακού με το εθνικό» (Μακρυνιώτη, 2019, σελ. 24). Σε αυτό το πλαίσιο, η ψυχιατρικοποίηση της παιδικής διαγωγής και συμπεριφοράς, όπως αναδεικνύεται μέσα από την περίπτωση της

ΔΕΠΥ, καταδεικνύει τις συντονισμένες απόπειρες έγκαιρου εντοπισμού και κανονικοποίησης της «απόκλισης» από το κυρίαρχο πρότυπο παιδικότητας, ορισμού των ορίων ανάμεσα στο «κανονικό» και στο «παθολογικό» παιδί, και, επομένως, προσδιορισμού του τι σημαίνει να είναι κάποιος/-α «παιδί» και, κατ' επέκταση, «ενήλικος/-η» στις σύγχρονες νεοφιλελεύθερες κοινωνίες. Εν ολίγοις, η διάγνωση της ΔΕΠΥ καταδεικνύει τις συντονισμένες απόπειρες, μέσα από ποικίλους θεσμούς και επιστημονικούς λόγους, μετατροπής των παιδιών από οιονεί πολίτες σε μελλοντικούς, σωστά ενημερωμένους, υπεύθυνους «βιολογικούς πολίτες», με απόλυτη και ολοκληρωτική επιμέλεια εαυτού· μία επιμέλεια εαυτού που, όπως υπογραμμίζει ο Nikolas Rose, είναι τόσο «ενσώματη» [corporeal] όσο και «γενετική» [genetic], καθώς η ευθύνη δεν σταματά μόνο στην υγεία και στην ασθένεια του σώματος, αλλά πλέον «τα “σωματικά άτομα” [somatic individuals] πρέπει, επίσης, να γνωρίζουν και να διαχειρίζονται τις συνεπαγωγές του ίδιου τους του γονιδιώματος» (Rose, 2007, σελ. 134). Ας μην ξεχνάμε, άλλωστε, ότι η πίστη στη βιολογική βάση της ΔΕΠΥ και η απόπειρα αναζήτησης των αιτιών των ψυχικών διαταραχών, εν γένει, σε επίπεδο γονιδίων κ.λπ., διαρκώς ενισχύεται και εδραιώνεται.

Την ίδια στιγμή, όμως, θα ήταν εσφαλμένο να εκλάβουμε και να προσδιορίσουμε τα παιδιά που έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠΥ αποκλειστικά ως παθητικά υποκείμενα, είτε, δηλαδή, ως «επικίνδυνα» παιδιά που χρήζουν επανορθωτικών πρακτικών, είτε ως παιδιά «σε κίνδυνο» που χρήζουν προστασίας. Αντιθέτως, έχει ενδιαφέρον να ανακαλύψουμε και να αναδείξουμε ότι τα «πάσχοντα» παιδιά μπορούν να ιδωθούν ως, και να μετασηματιστούν και σε δρώντα υποκείμενα που αντιστέκονται στη διάγνωση και που μέσω «συμπτωμάτων», όπως η υπερκινητικότητα και η διάσπαση προσοχής, εκφράζουν συχνά την αντίδρασή τους σε ό,τι τους προκαλεί δυσφορία εντός του πολιτισμού, της κοινωνίας και της οικογένειας, ανατρέποντας τον κυρίαρχο ψυχιατρικό λόγο «από τα κάτω» με τη δημιουργικότητα και τη φαντασία τους, τις εμπειρίες τους, αλλά και τις αντιφάσεις τους, και διεκδικώντας το δικαίωμα άρνησης ακόμη και της «θεραπείας» που τους επιβάλλεται. Με τον τρόπο αυτό, «μετουσιών[ουν] τα “παιδικά” γνωρίσματά τους σε γνωρίσματα που έχουν τη δυναμική να υπονομεύσουν την κυρίαρχη τάξη πραγμάτων, να πείσουν για αλλαγές σε θεσμούς που τα αφορούν άμεσα και να καταλύσουν τον μύθο της ενιαίας καθολικής παιδικής ηλικίας» (Μακρυνιώτη, 2019, ό.π., σελ. 51).

Εν ολίγοις, η περίπτωση της ΔΕΠΥ αναδεικνύει, αφενός, τη σημασία του να αποδομήσουμε το κυρίαρχο πρότυπο του εργατικού, πειθαρχημένου και διαρκώς αυτό-ελεγχόμενου νεοφιλελεύθερου υποκειμένου, το υπόδειγμα του υπεύθυνου «βιολογικού πολίτη», βάσει του οποίου το υποκείμενο βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση για να εντοπίσει τον «κίνδυνο» και η παραμικρή «απόκλιση» στη συμπεριφορά και στις επιδόσεις ταξινομείται ως «διαταραχή» και περιθωριοποιείται. Και, αφετέρου, η περίπτωση της ΔΕΠΥ αναδεικνύει τη σημασία του να προχωρήσουμε πέρα από τη συστηματική απόπειρα ταξινόμησης και κανονικοποίησης των παιδιών και της παιδικής ηλικίας μέσω των ψυχιατρικών διαγνώσεων που επιχειρούν να εδραιώσουν και να νομιμοποιήσουν ένα συγκεκριμένο μοντέλο (δυτικού) «παιδιού», και, ταυτόχρονα, να απεγκλωβιστούμε από τη θέαση των παιδιών ως παθητικών δεκτών επανορθωτικών/πειθαρχικών πρακτικών, για να εξερευνήσουμε τις πολλαπλές αντιστάσεις και πρακτικές των ίδιων των παιδιών απέναντι στη διάγνωση, στη θεραπεία και στο στίγμα· απέναντι, δηλαδή, στην υποκειμενοποίησή τους ως *σωμάτων χωρίς σημασία*. Ενδεχομένως, τότε, να είμαστε σε θέση να φωτίσουμε όλες τις (ορατές και αόρατες) όψεις, εμπειρίες και νοηματοδοτήσεις πολλών, (ακόμη) αόρατων και (μέχρι στιγμής) ανεξερευνήτων μορφών παιδικότητας...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αθανασίου, Α. (2012). *Η κρίση ως «κατάσταση έκτακτης ανάγκης»*. Κριτικές και αντιστάσεις. Σαββάλας.
- Jenks, C. (2020). *Παιδική ηλικία* (μτφρ.: Μ. Γκαντώντα). Gutenberg.
- Κανγκιλέμ, Ζ. (2007). *Το κανονικό και το παθολογικό* (μτφρ.: Γ. Φουρτούνης). Νήσος.
- Κριτσωτάκη, Δ. και Λέκκα, Β. (2022). *Μεταξύ «κανονικού» και «παθολογικού»: Κατασκευάζοντας την παιδική ηλικία και νεότητα στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο (1915-1939). Μία ιστορική και κοινωνιολογική προσέγγιση*. Ψηφίδες.
- Λέκκα, Β. (2012). *Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής. Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault*. futura.
- Leader, D. (2020). *Τι είναι η τρέλα;* (μτφρ.: Χ. Πάλλας). Κέδρος.
- Μακρυνιώτη, Δ. (2001). Εισαγωγή. Στο Δ. Μακρυνιώτη (Επιμ.), *Παιδική Ηλικία* (σελ. 11-43). Νήσος.
- Μακρυνιώτη, Δ. (2019). Εισαγωγή. Στο Ο. Διδυμώτης και Δ. Μακρυνιώτη (Επιμ.), *Παιδικές ηλικίες σε κίνηση* (σελ. 11-62). Νήσος.
- Μπάτλερ, Τζ. (2009). *Αναταραχή φύλου. Ο φεμινισμός και η ανατροπή της ταυτότητας* (μτφρ.: Γ. Καράμπελας). Αλεξάνδρεια.

- Νόμος 3699/2008. «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες». Ανακτήθηκε στις 14 Δεκεμβρίου 2022 από <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ekraideuse/n-3699-2008.html>
- Pignarre, P. (2007). *Πώς η κατάθλιψη έγινε επιδημία* (μτφρ.: Χ. Χατζηδημητρίου). University Studio Press.
- Φουκώ, Μ. (2002). *Για την υπεράσπιση της κοινωνίας* (μτφρ.: Τ. Δημητρούλια). Ψυχογιός.
- Φουκώ, Μ. (2010). *Οι μη κανονικοί. Παραδόσεις στο Κολλέγιο της Γαλλίας, 1974-1975* (μτφρ.: Σ. Σιαμανδούρας). Εστία.
- Φρόντ, Σ. (2021). *Ο μικρός Χανς. Η ανάλυση της φοβίας ενός πεντάχρονου παιδιού* (μτφρ.: Β. Πατσσιγιάννης). Πλέθρον.

Ξενογλώσση

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fifth edition, text revision, DSM-5-TR*.
- Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the 20th century*. Cambridge University Press.
- Ayano, G. et al. (2020). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00271-w>
- Baldwin, S. and Anderson, R. (2000). The cult of methylphenidate: clinical update. *Critical Public Health*, 10 (1), pp. 81-86. <https://doi.org/10.1080/713658225>
- Bingöl-Kızıltunç, P. et al. (2022). Does methylphenidate treatment affect functional and structural ocular parameters in patients with attention deficit hyperactivity disorder? A prospective, one year follow-up study. *Indian Journal of Ophthalmology*, 70 (5), pp. 1664-1668. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_2966_21
- Bozinovic, K. et al. (2021). U.S. national, regional, and state-specific socioeconomic factors correlate with child and adolescent ADHD diagnoses pre-COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, 11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01233-2>
- Brauer, R. et al. (2021). Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008-19: a longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 8 (12), pp. 1071-1082. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00292-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00292-3).
- Brown, P. (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35, pp. 34-52. <https://doi.org/10.2307/2626956>.
- Brumbaugh, S. et al. (2022). Trends in characteristics of the recipients of new prescription stimulants between years 2010 and 2020 in the United States: An observational cohort study. *eClinical Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101524>
- Conrad, P. and Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 47 (4), pp. 559-582. <https://doi.org/10.2307/3097135>.
- Hallowell, E. and Ratey, J. (1994). *Driven to distraction. Recognizing and coping with Attention Deficit Disorder from childhood through adulthood*. Anchor Books.
- Hoffmann, H. (1845). *Der Struwwelpeter*. Retrieved December 14, 2022 from http://www.gasl.org/refbib/Hoffmann__Struwwelpeter.pdf
- Jenks, C. (1982). Introduction: Constituting the child. In C. Jenks (Ed.), *The sociology of childhood. Essential readings* (pp. 9-24). Batsford Academic and Educational Ltd.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), pp. 278-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>

- Kirk, S.A., Gomory, T. and Cohen, D. (2013). *Mad science. The disorders of American psychiatry*. Transaction Publishers.
- Lauritzen, S.O. and Sachs, L. (2001). Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance. *Sociology of Health & Illness*, 23 (4), pp. 497-516. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00262>
- LeFrançois, B.A. and Diamond, S. (2014). Queering the sociology of diagnosis: children and the constituting of 'mentally ill' subjects. *CAOS: The Journal of Critical Anti-Oppressive Social Inquiry*, 1, pp. 39-61.
- Littlewood, R. (1990). From categories to contexts: a decade of the "New Cross-Cultural Psychiatry". *British Journal of Psychiatry*, 156, pp. 308-327. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.3.308>.
- Mayes, R. and Rafalovich, A. (2007). Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900-80. *History of Psychiatry*, 18 (4), pp. 435-457. <https://doi.org/10.1177/0957154X06075782>
- Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pills. The troubling story of antipsychotic drugs*. Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. and Timimi, S. (2011). Critical analysis of the concept of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatrist*, 35, pp. 334-338. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.033423>
- Moon, S.Y. (2011). Cultural perspectives on attention deficit hyperactivity disorder: A comparison between Korea and the U.S. *Journal of International Business and Cultural Studies*, pp. 1-11.
- Morgan, P.L., Woods, A.D. and Wang, Y. (2022). Sociodemographic disparities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder overdiagnosis and overtreatment during elementary school. *Journal of Learning Disabilities*, pp. 1-37. <https://doi.org/10.1177/00222194221099675>.
- Ong, A. (2006). *Neoliberalism as exception. Mutations in citizenship and sovereignty*. Duke University Press.
- Petersen, A. and Wilkinson, I. (2008). Health, risk and vulnerability. An introduction. In A. Petersen and I. Wilkinson (Eds.), *Health, risk and vulnerability* (pp. 1-15). Routledge.
- Ponnou, S. and Thomé, B. (2022). ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France over the period 2010-2019. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.957242>
- Polanczyk, G. et al. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), pp. 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 22, pp. 93-115. <https://doi.org/10.1080/016396201750065009>
- Rose, N. (1999). *Governing the soul. The shaping of the private self*. Free Association Books.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rowe, A. (2016). No regrets. In J. White et al. (Eds.), *Critical suicidology. Transforming suicide research and prevention for the 21st century* (pp. 154-165). UBC Press.
- Rucklidge, J. (2008). Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(4), pp. 643-655. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.4.643>
- Salari, N., et al. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systema-

- tic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49 (1). <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- Scott, S., et al. (2005). Repositioning the patient: the implications of being ‘at risk’. *Social Science & Medicine*, 60, pp. 1869-1879. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.020>
- Skogli, E.W. et al. (2013). ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13, pp. 298-310. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Skolbekken, J.-A. (2008). Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality. In A. Petersen and I. Wilkinson (Eds.), *Health, risk and vulnerability* (pp. 16-29). Routledge.
- Skounti, M. et al. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 2, pp. 127-132. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0029-8>
- Smith, M. (2012). *Hyperactive. The controversial history of ADHD*. Reaktion Books.
- Smith, M. (2017). Hyperactive around the world? The history of ADHD in global perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), pp. 767-787. <https://doi.org/10.1093/shm/hkw127>
- Song, P. et al. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
- The Lancet* (2008, October 4). Editorial. *The Lancet*, 372, p. 1194. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61496-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61496-8).
- Thomaidis, L. et al. (2017). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms and cognitive skills of preschool children. *Psychiatriki*, 28, pp. 28-36. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.28>
- Time* (1974, July 18). Retrieved November 16, 2022 from <https://time.com/vault/issue/1994-07-18/page/1/>
- Timini, S. and Radcliffe, N. (2005). The rise and rise of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Public Mental Health*, 4 (2), pp. 9-13. <https://doi.org/10.1108/17465729200500013>
- Xu, G. et al. (2018). Twenty-year trends in diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open*, 1 (4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1471>