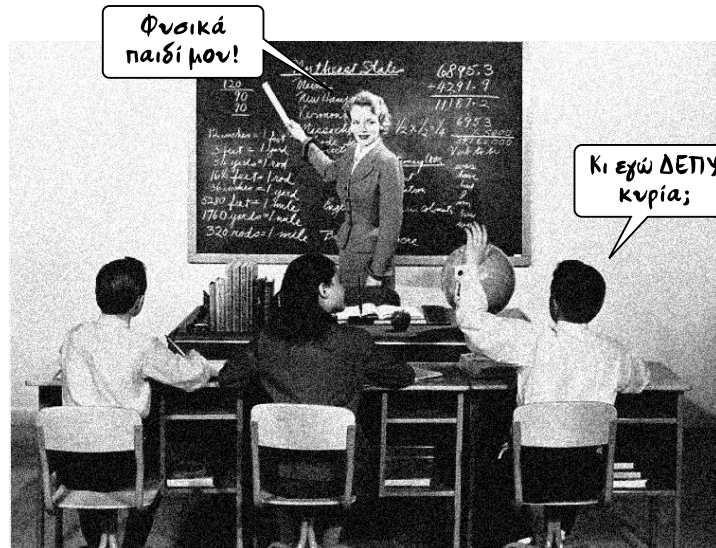


Η ηλικιακή διακύμανση των μελών της συντακτικής ομάδας αυτού του περιοδικού είναι τέτοια που στα μαθητικά μας χρόνια αυτό που είθισται να λέγεται «μαθησιακές δυσκολίες» αφορούσε κατά κύριο λόγο τη δυσλεξία. Αυτό, στη μαθητική καθημερινότητα, και έπειτα από μια διάγνωση από κάποιο δημόσιο συνήθως φορέα, σήμαινε κατά βάση ότι η μαθήτριά που θα εμφανίζε τα «συμπτώματα» δεν θα εξεταζόταν με γραπτό τρόπο, αλλά προφορικά. Η δυσλεξία αποτελούσε (και αποτελεί) αυτό που οι ειδικοί αποκαλούν χαμηλού στιγματισμού διάγνωση, δηλαδή το άτομο που φέρει τη διάγνωση δεν δέχεται πρακτικές αποκλεισμού από τον στενό ή τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο. Εμπειρικά μιλώντας, μπορούμε να πούμε ότι η αποφυγή των γραπτών εξετάσεων ενίοτε ήταν μια ζηλευτή συνθήκη από τους υπόλοιπους μαθητές. Οι ειδικοί, λοιπόν, την ορίζουν ως μια «διαταραχή του γραπτού λόγου», γι' αυτό και εντοπίζεται εντός του σχολικού πλαισίου, ενώ μιας και δεν σχετίζεται με κάποια «νοητική αναπηρία» αποδίδεται σε νευρολογικούς ή άλλους βιολογικούς παράγοντες. Επειδή δεν θέλουμε εδώ να έρθουμε σε ζητήματα παθολογικοποίησης των (γνωστικών) συμπεριφορών από τις επιστήμες της υγείας και των παιδαγωγικών, ας κρατήσουμε δύο πράγματα. Καταρχάς, τη βιολογική αναγωγή των συγκεκριμένων μαθησιακών δυσκολιών από τις εν λόγω επιστήμες. Και δεύτερον, ότι για μας είναι πιο χρήσιμο να βλέπουμε τις «μαθησιακές δυσκολίες», καθώς και άλλες αντίστοιχες «διαταραχές» που αφορούν τους μαθητές και τις μαθήτριες, όχι ως μεμονωμένα αναπτυξιακά προβλήματα αλλά ως «προβλήματα» που παράγονται από τον ίδιο τον σχολικό και εκπαιδευτικό μηχανισμό.

Αναντίρρητα, σήμερα, την πρωτοκαθεδρία στη γκάμα των διαταραχών στα παιδιά σχολικής ηλικίας έχει η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και η υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Αυτό είναι μια τάση που ισχύει σε διεθνές επίπεδο. Και σε αντίθεση πχ με τη δυσλεξία που εμφανίζεται εντός του σχολικού πλαισίου και των αναγκών που αυτό απαιτεί από τους μαθητές, η ΔΕΠΥ υποτίθεται ότι εμφανίζεται στο σύνολο της παιδικής συμπεριφοράς και μπορεί να παρατηρηθεί και εκτός σχολικού πλαισίου. Στην πραγματικότητα, βέβαια, κι εδώ έχουμε να κάνουμε με συμπεριφορές που έχουν άμεση σχέση με το σχολικό περιβάλλον και τις απαιτήσεις του.

Η πρώτη φορά που εμφανίζεται η «νοσολογική οντότητα» που σήμερα αποκαλούμε ΔΕΠΥ είναι πίσω στη δεκαετία του 1940. Τότε, λοιπόν, οι ειδικοί χρησιμοποίησαν τον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία (minimal brain dysfunction)» για να περιγράψουν συμπτώματα όπως η απροσεξία, η υπερκινητικότητα, η αποδιοργάνωση κλπ που εμφάνιζαν τα παιδιά και τα οποία ομοιάζαν πολύ με αυτά που εμφάνιζαν παιδιά με εγκεφαλίτιδα. Ως εκ τούτου, θεωρούσαν ότι αυτά τα συμπτώματα οφείλονται ως ένα βαθμό σε κάποια ελαφριά εγκεφαλική βλάβη. Αυτή η ορολογία θα αλλάξει τη δεκαετία του 1980, όταν στην έκδοση του DSM III υιοθετείται ο όρος Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Και με μικρές προσαφαιρέσεις αυτός ο όρος διατηρείται μέχρι σήμερα¹.



ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ, Η ΜΑΘΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ Η «ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ» ΤΗΣ

τις Ηπα να έχουν αναλογικά τη μερίδα του λέοντος, πολύ παραπάνω από όλο τον υπόλοιπο κόσμο.

Δύο είναι οι βασικές κριτικές που έχουν ασκηθεί στη διάγνωση της ΔΕΠΥ διεθνώς μέχρι τώρα. Το πρώτο αφορά την υπερδιάγνωση της. Είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί ραγδαία ο αριθμός των σχετικών διαγνώσεων, και η παράλληλη αύξηση των διαγνωστικών εξετάσεων για ΔΕΠΥ όχι μόνο δεν επαρκεί ως εξήγηση γι' αυτό, αλλά μάλλον πιστοποιεί τον εν λόγω προβληματισμό. Η δεύτερη κριτική αφορά την νευρολογική βάση, και εν γένει το βιολογικό υπόστρωμα, όσον αφορά τις αιτίες των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Κατά γενική ομολογία, οι σχετικές αιτιάσεις των ειδικών ξεκινάνε από μια γενική ασάφεια και φτάνουν στα όρια της επινόησης. Μια εύκολη εξήγηση γι' αυτό έχει να κάνει με την πολιτική και οικονομική ισχύ των φαρμακοβιομηχανιών, και την δυνατότητα που έχουν να επηρεάζουν τις ψυχιατρικές ενώσεις στην εμφάνιση νέων διαταραχών στα διαγνωστικά εγχειρίδια. Είναι αλήθεια ότι κάθε νέα έκδοση τέτοιου εγχειριδίου φέρει δεκάδες, ή και εκατοντάδες, νέες παθήσεις, οι οποίες χρήζουν και μια αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή.

Πέραν τούτου, όμως, είναι σαφές ότι κάθε νέα ψυχοπαθολογική κατηγορία αποτελεί μια νέα κατάτμηση μιας συλλογικής συμπεριφοράς και μιας ατομικής εμπειρίας, έναν νέο Λόγο πάνω στις αιτίες και τους σκοπούς της, απαιτεί μια νέα διαχείριση εντός του εκάστοτε θεσμικού πλαισίου (σχολείου, νοσοκομείου, οικογένειας κλπ) και θέτει νέους λειτουργούς επιφορτισμένους με αυτό το έργο (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.). Στην προκειμένη περίπτωση, η ΔΕΠΥ εντάσσει μια σειρά από αναμενόμενες μαθητικές συμπεριφορές που εμφανίζονται στο σχολείο, σε μια φασματοποιημένη ενότητα, και τις παθολογικοποιεί. Δεν είναι η όποια ειδική μορφή μαθητικής δυσφορίας ή οδύνης που δημιουργεί την «παθολογία». Είναι η μη ανταπόκριση στο ρόλο και τις απαιτήσεις του σχολείου. Έτσι, για παράδειγμα, η πολυλογία, η αναβλητικότητα, η αφηρημάδα, η «ονειροπόληση», το να αφήνεις μια δουλειά ατελή και να πιάνεις μια άλλη, η «ενοχλητική περιέργεια», η παρορμητικότητα, η αδεξιότητα και άλλες αντίστοιχες συμπεριφορές αποτελούν μορφές εμφάνισης του σύμπτωτος της ΔΕΠΥ και

Τη δεκαετία του 1960, στις Ηπα, το φάρμακο Ritalin (μεθυλφαινιδάτη) αρχίζει να χορηγείται για την αντιμετώπιση των «προβλημάτων συμπεριφοράς» σε παιδιά². Μεταξύ αυτών είναι η δυσλεξία και η υπερκινητικότητα. Τα επόμενα χρόνια η χορήγηση του φαρμάκου αποκτά μια σταθερή αυξητική τάση, και ήδη από τα 70's σε κάποιες περιοχές των Ηπα ο πληθυσμός των μαθητών που κάνει χρήση του φαρμάκου ξεπερνά το 10%. Το Ritalin το έχουν αποκαλέσει και ως το «χάπι της υπακοής» ή «κοκαΐνη για παιδιά». Υπάρχουν αρκετές αφηγήσεις για το πώς μικρά παιδιά κάθονται πλέον ήσυχα στο σχολείο και «δεν διαλύουν την τάξη», ή φοιτητές με έλλειψη συγκέντρωσης κάθονταν για ώρες πάνω από το βιβλίο μετά από χρήση του φαρμάκου³. Φαίνεται ότι από τα 90's και μετά, η ολοένα και μεγαλύτερη διάγνωση της ΔΕΠΥ παγκοσμίως έχει αυξήσει αντίστοιχα και τη χορήγηση σχετικών φαρμάκων, με

μπορεί να κερδίσουν μια επίσημη διάγνωση, ανάλογα με την πυκνότητα και την ένταση των συμπτωμάτων. Και παράλληλα, το ίδιο το σχολείο και η λειτουργία του κανονικοποιούνται.

Για να έρθουμε και στην ιδεολογική αιχμή της σύγχρονης επίθεσης ενάντια στην προλεταριακή νεολαία, την νεανική παραβατικότητα, έχει ενδιαφέρον να δούμε το πώς οι ειδικοί τη σχετίζουν με τις διαταραχές της σχολικής ηλικίας. Η επιθετικότητα είναι μια από τις πολλές αναφερόμενες πτυχές της υπερκινητικότητας και εντάσσεται στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Πίσω στο 2014, στο πλαίσιο μιας διάλεξης με τίτλο *Η σχέση της ΔΕΠΥ με τη νεανική παραβατικότητα: Ο ρόλος του αυτοελέγχου*⁵, θα μαθαίναμε πως «έχουν εντοπιστεί πολλοί κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς στους νέους. Ωστόσο δεν οδηγούνται όλοι οι νέοι στην παραβατικότητα στο πλαίσιο αντίξων κοινωνικών συνθηκών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει λοιπόν η μελέτη ορισμένων ατομικών χαρακτηριστικών τα οποία καθιστούν κάποια άτομα πιο ευάλωτα στην εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς όταν βρεθούν σε ανάλογες ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Στο πλαίσιο αυτό, ο αυτοέλεγχος κατέχει κεντρικό ρόλο. Υπάρχουν κοινωνιολόγοι οι οποίοι υποστηρίζουν πως ο μειωμένος αυτοέλεγχος αποτελεί ουσιαστικά την αφετηρία της διαδρομής προς την παραβατική συμπεριφορά. Το επίπεδο αυτοελέγχου του ατόμου διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας, επηρεάζεται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες και παραμένει σχετικά σταθερό μετά την ηλικία των 8 ετών. Η ΔΕΠΥ αποτελεί κατεξοχήν διαταραχή του αυτοελέγχου καθώς η αδυναμία αναστολής των αυθόρμητων ακατάλληλων αντιδράσεων αποτελεί, σύμφωνα με την πλειονότητα των ειδικών, τον πυρήνα της διαταραχής. Από την άλλη πλευρά, έχει τεκμηριωθεί ευρέως σε πληθώρα τόσο αναδρομικών όσο και προοπτικών ερευνών η συχνή ύπαρξη ΔΕΠΥ σε άτομα με παραβατική συμπεριφορά αλλά και η εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς από εφήβους και ενήλικες με ΔΕΠΥ». Είδατε; Μια έγκαιρη διάγνωση δεν θα βοηθούσε μόνο τη σχολική επίδοση αλλά προοπτικά θα μείωνε και την εγκληματικότητα.

Επίσης, όπως μας ενημερώνει η πρόεδρος του πανελληνίου σωματείου ατόμων με ΔΕΠΥ, στο κείμενο *ΔΕΠΥ και παραβατικότητα*:

«τα άτομα με ΔΕΠΥ έχει αποδειχθεί πως είναι ευάλωτα σε αντικοινωνικές συμπεριφορές που μπορούν να οδηγήσουν και σε μεγαλύτερες και σοβαρότερες περιπτώσεις. Πράγμα που συμβαίνει για πολλούς λόγους. Πρώτον, περίπου το 40-60% των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠΥ θα εκδηλώσουν συνοσηρότητα με άλλες εναντιωματικές διαταραχές που επηρεάζουν εξίσου την συμπεριφορά. Η παρορμητικότητα αναφέρεται στην αδυναμία ελέγχου μίας αντίδρασης παρά τις αρνητικές συνέπειες αυτής. Οι διαταραχές συμπεριφοράς με μορφές αντιδραστικής, προκλητικής, επιθετικής συμπεριφοράς, συνυπάρχουν με την υπερκινητικότητα. Όπως διαπίστωσαν οι Babinski, Hartsough, & Lambert (1999), τα υψηλότερα επίπεδα παρορμητικών και υπερδραστικών συμπτωμάτων - αλλά όχι συμπτωμάτων απροσεξίας - είναι προγνωστικά της μελλοντικής παραβατικότητας. Καθώς η υπερκινητικότητα συχνά συνδέεται με τον περιορισμένο έλεγχο των παρορμήσεων και με την αύξηση των ριψοκίνδυνων συμπεριφορών, οι νέοι με αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν μια παρορμητική συμπεριφορά... Μια επιπλέον πτυχή στη σχέση μεταξύ ΔΕΠΥ και παραβατικής συμπεριφοράς είναι ότι οι νέοι με ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να συλληφθούν και να καταδικαστούν ακόμη και για μικρά αδικήματα όπως τροχαίες παραβάσεις και υπερβολική ταχύτητα... Παράλληλα, ακολουθούν τρόπο ζωής που περιλαμβάνει κάπνισμα, κατανάλωση οινόπνευματος, επικίνδυνη σεξουαλική ζωή, αδυναμία χρονικής ακρίβειας (κυρίως λόγω χρόνιων προβλημάτων ύπνου), έλλειψη συγκρότησης και μειωμένη φροντίδα της υγείας τους...»⁶.

Θα έχετε παρατηρήσει ότι την τελευταία δεκαετία έχει αυξηθεί και παγιωθεί η παρουσία μερικών χιλιάδων ψυχολόγων στα σχολεία όλων των βαθμίδων, είτε με όρους μονιμότητας είτε με ολιγόμηνες συμβάσεις, και με ευρεία καθήκοντα, πολύ πέρα π.χ. από την παράλληλη στήριξη. Δεν χρειάζεται καν να είναι κανείς θιασώτης της άποψης ότι «το μόνο σχολείο που φωτίζει, είναι αυτό που καίγεται» για να πούμε ότι λίγα μόνο χρόνια πίσω δεν υπήρχε κάποια διαφαινόμενη ανάγκη γι' αυτό. Ειδικά, όταν την ίδια περίοδο τοπικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως τα κέντρα ψυχικής υγείας (ΚΨΥ) είναι υποστελεχωμένες και ένα ραντεβού μπορεί να πάει και μήνες μετά. Ποια είναι, λοιπόν, τα κριτήρια με τα οποία το κράτος προτεραιοποιεί την ψυχολογική παρέμβαση στα σχολεία και όχι κάποια άλλη δημόσια δομή;

Δεν λέμε ότι οι ψυχολόγοι στα σχολεία αποτελούν αυτή τη στιγμή κάποια αιχμή της επίθεσης στη νεολαία και στον έλεγχο παιδιών. Δυστυχώς, θα μπορούσαν να έχουν και ανασταλτικό ρόλο στη γονική και καθηγητική καφρίλα απέναντι στους μαθητές. Λέμε, όμως, ότι η πύκνωση του «ψ» λόγου γύρω από τις μαθητικές, παιδικές και εφηβικές, συμπεριφορές φτιάχνει ένα καθεστώς αλήθειας γύρω από αυτές που ορίζει τι πρέπει να θεωρείται αποδεκτό και τι όχι, επιβάλλει προληπτικά μέτρα που κοιτάνε από τη μαθητική βελτίωση μέχρι τη δημόσια τάξη, και εν τέλει επιβεβαιώνει την αναπαραγωγή του εκπαιδευτικού μηχανισμού ως του μόνου μέτρου για το αν μια συμπεριφορά αποτελεί πρόβλημα ή όχι. Παράλληλα, όπως στην περίπτωση του λόγου περί νεανικής παραβατικότητας, όχι μόνο επιβεβαιώνει την ύπαρξη του προβλήματος, αλλά αποφαινόμενος στις αιτίες του – άλλοτε πιο «κοινωνικές» και άλλοτε πιο «βιολογικές» – δίνει κατευθύνσεις για το πού χρειάζονται προληπτικά μέτρα και που παραδοσιακά καταστολή. Την ίδια στιγμή, η προβληματοποίηση και η παθολογικοποίηση των παιδικών συμπεριφορών έχει φτιάξει ένα πλέγμα από ειδικούς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που ασχολούνται με τη θεραπεία τους, και πιο πίσω μια πληθώρα ακαδημαϊκών και ιδιωτικών εκπαιδευτικών κέντρων που οργανώνουν σεμινάρια και απευθύνονται σε δασκάλους, καθηγητές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κλπ – μια κανονική αγορά σε πλήρη ανάπτυξη. Τέλος, να θυμίσουμε ότι μόλις πριν λίγα χρόνια οι μαθητές και οι μαθήτριες, με αφορμή τον covid, έπρεπε να κάθονται σπίτι και να κάνουν μάθημα πίσω από μια οθόνη όταν οι ίδιοι ειδικοί συνιστούσαν την αποφυγή της χρήσης οθονών από τα παιδιά, να στερηθούν τα παιχνίδια εκτός σπιτιού γιατί ήταν «επικίνδυνο», και στη συνέχεια να είναι όλη μέρα με μια μάσκα και να υποβάλλονται σε τεστ για να μπορούν να πάνε στο σχολείο αν οι γονείς τους δεν τα είχαν εμβολιάσει για τον covid. Ήδη, αναμένουμε με ενδιαφέρον το πώς η αντίδραση σ' αυτή την συνθήκη θα συγκροτήσει τις νέες επερχόμενες παθολογικές κατηγορίες

1. Robert R. Erk, *The evolution of attention deficit disorders terminology*, Elementary School Guidance & Counseling, Vol. 29, No. 4 (April 1995), pp. 243-248.
2. Jess Romeo, *ADHD: The History of a Diagnosis*, Daily Jstor, 20/7/2021.
3. Βασίλης Παπακριβόπουλος (επιμέλεια), *Ritalin, το χάπι της υπακοής*, Η Αυγή, 13/4/2020.
4. Δουκλιάς Σωτήριος, *Θεωρία και πραγματικότητα: Η σύγχρονη διάσταση της ΔΕΠΥ*, Σεμινάριο ΔΕΠΥ Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, 2017.
5. Η διάλεξη έγινε στα πλαίσια του Διήμερου Συνεδρίου που διοργανώθηκε για την Ευρωπαϊκή Εβδομάδα «Ενημέρωσης για τη ΔΕΠΥ» στην Αθήνα τον Οκτώβριο 2014. Για πιο πολλά δεξ <https://www.arsi.gr>.
6. Σοφία Δρόσου, *ΔΕΠΥ και παραβατικότητα*, στο <https://www.adhdhellas.org/component/k2/item/701-depy-kai-paravatikotita>.