

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας Από τις υπερκινητικές στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) συγκαταλέγεται πλέον μεταξύ των νευροαναπτυξιακών διαταραχών (ΝΑΔ). Για να γίνουν κατανοητά τα φαινόμενα «δεν πιστεύω στη ΔΕΠΥ» ή, αντίθετα, η «υπερδιάγνωση» απαιτούν καλή γνώση τόσο της έναρξης όσο και της πορείας της διαταραχής στον χρόνο. Παρουσιάζονται στοιχεία από την ιστορία και την εξέλιξη της νοητικής κατασκευής η οποία αντιστοιχεί στη ΔΕΠΥ. Ο «βραδύνου» («αναίσθητος») του Θεόφραστου (4ος π.Χ. αιώνας) και ο Λόρδος Βύρων (1788–1824) έχουν αξιολογηθεί ότι παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία σήμερα θα θεωρούνταν πως σε έναν βαθμό αντιπροσωπεύουν τη ΔΕΠΥ. Γίνεται αναλυτική αναφορά σε περιγραφές της διαταραχής στην ιατρική βιβλιογραφία των τελευταίων αιώνων και σε ορισμένα από τα ονόματά τους, τα οποία κατά κανόνα εμπεριέχουν τις κυρίαρχες αιτιοπαθογενετικές θεωρίες της εποχής. Η έννοια «υπερκινητικότητα» υιοθετείται από το 1926 και σχετίζεται με τη ληθαργική εγκεφαλίτιδα, ενώ το 1937 ανακαλύφθηκε η ευεργετική δράση των ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων. Στο DSM-II (1968) αναφερόταν ως υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία και στο ICD-9 (1978) ως υπερκινητική διαταραχή. Στο ICD-10 (1999) ανήκε στις υπερκινητικές διαταραχές και στο ICD-11 (2022) θα μετακινηθεί στις ΝΑΔ, όπως και στο DSM-5. Ο όρος ΝΑΔ καθιερώθηκε το 2008 από τον Rutter και αναφέρεται σε συμπτώματα με έναρξη στην παιδική ή στη βρεφική ηλικία, επιβράδυνση στην ανάπτυξη της βιολογικής ωρίμανσης του κεντρικού νευρικού συστήματος και σταθερή πορεία χωρίς εξάρσεις και υφέσεις. Το πρόθεμα «νευρο-» μπορεί όμως να οδηγήσει σε ακατάλληλη χρήση του όρου από διοικητικούς και πολιτικούς μηχανισμούς, ενώ η έννοια βιολογική ωρίμανση πιθανόν να προκαλέσει ηθικά θέματα σε άτομα με τις ήπιες μορφές των διαταραχών.

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), στη διαγνωστική κατάσταση DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας από το 2013<sup>1</sup> και στο σύστημα ταξινόμησης των νοσημάτων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (ICD-11)<sup>2</sup> από το 2022, θα συγκαταλέγεται μεταξύ των νευροαναπτυξιακών διαταραχών (ΝΑΔ).

Ο όρος ΝΑΔ καθιερώθηκε στη βιβλιογραφία μετά την περιγραφή του από τον Rutter το 2008 στην 5η έκδοση του βιβλίου του «Ψυχιατρική παιδιού και εφήβου». <sup>3</sup> Προτάθηκε η ύπαρξη τριών κριτηρίων προκειμένου μια διαταραχή να οριστεί ως νευροαναπτυξιακή. Πρώτον, η έναρξη να τοποθετείται στη βρεφική ή στην παιδική ηλικία, δεύτερον

να υπάρχει επιβλαβής δράση ή επιβράδυνση στην ανάπτυξη λειτουργιών οι οποίες σχετίζονται με τη βιολογική ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και τρίτον να έχει σταθερή πορεία χωρίς εξάρσεις και υφέσεις. Πρόκειται για ομάδα καταστάσεων με έναρξη την περίοδο ανάπτυξης του ατόμου οι οποίες τυπικά εμφανίζονται νωρίς, από την προσχολική περίοδο, και χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακά ελλείμματα που επηρεάζουν την προσωπική, την κοινωνική, την ακαδημαϊκή ή την εργασιακή λειτουργικότητα. Το εύρος των αναπτυξιακών ελλειμμάτων ποικίλλει από πολύ ειδικούς περιορισμούς στη μάθηση ή στον έλεγχο των επιτελικών λειτουργιών έως την καθολική αναπηρία σε ποικίλους τομείς ανάπτυξης ή τη νοημοσύνη. Τα συμπτώματά τους σε όλο το φάσμα της ζωής συναρτώ-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2022, 39(2):151–162  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2022, 39(2):151–162

Α. Πεχλιβανίδης,<sup>1</sup>  
Κ. Παπανικολάου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα  
<sup>2</sup>Παιδοψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Attention deficit  
hyperactivity disorder  
(ADHD): From hyperkinetic  
to neurodevelopmental disorders

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-  
υπερκινητικότητας  
Νευροαναπτυξιακές διαταραχές  
Υπερκινητικότητα

Υποβλήθηκε 28.3.2021

Εγκρίθηκε 17.4.2021

νται με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά συστήματα η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή δεν συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα αυτή, παρά το γεγονός ότι και στις εν λόγω διαταραχές μπορεί να παρουσιαστούν νοητικά και συμπεριφορικά συμπτώματα κατά την αναπτυξιακή περίοδο.

Τα πλέον πρόσφατα δεδομένα από την ιδιαίτερα εκτεταμένη έρευνα για τη ΔΕΠΥ αναφέρουν επικράτηση της διαταραχής στο 5,9% των παιδιών και στο 2,5% των ενηλίκων. Η διαταραχή αυτή αποδίδεται στον συνδυασμό πολλών γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, ενώ ανάμεσα στους εγκεφάλους των ατόμων με ΔΕΠΥ και εκείνων που δεν λαμβάνουν τη διάγνωση οι διαφορές είναι μικρές. Εάν η ΔΕΠΥ δεν αντιμετωπιστεί, η έκβαση σε πολλούς τομείς μπορεί να είναι αρνητική, με τεράστιο και πολύπλευρο κόστος για την ανθρωπότητα.<sup>4</sup>

Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠΥ αφορούν σε διαταραχές στην προσοχή, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, ενώ συχνά συνδυάζονται με συναισθηματική αστάθεια (παράρτημα 1).

Η ενημερότητα για τη ΔΕΠΥ αυξήθηκε πάρα πολύ στην παγκόσμια ιατρική βιβλιογραφία τις τελευταίες δεκαετίες. Η εν λόγω αύξηση αποδίδεται σε επιστημονικά και μη αίτια. Μεταξύ των επιστημονικών αιτιών περιλαμβάνονται η ετερογένεια των κλινικών εκδηλώσεων, η διαφορετική ανταπόκριση στις θεραπείες και η διαφοροποίηση ως προς την πρόγνωση. Μη επιστημονικά αίτια θεωρούνται η συμβολή τάσεων (κλινικών, οικονομικών, εκπαιδευτικών, πολιτικών), η ευθυγράμμιση κινήτρων (μεταξύ των κλινικών, των εκπαιδευτικών, αυτών που χαράσσουν πολιτική, ασφαλιστών, φαρμακοβιομηχανίας), η αύξηση της γνώσης για τη ΔΕΠΥ και τους διεγέρτες και η μείωση του στίγματος για τα ψυχικά νοσήματα.<sup>5</sup>

Η κατανόηση ενός φαινομένου συναρτάται από τη μελέτη της έναρξής του και του τρόπου με τον οποίο εξελίσσεται. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη οπτική, η κατανόηση βασικών θεμάτων της ΔΕΠΥ γίνεται πληρέστερη με τη γνώση από την ιστορική αναδρομή φαινομένων που προσομοιάζουν με ΔΕΠΥ και με την πορεία της αποτύπωσης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και των βασικών θεμάτων αναφορικά με αυτή στη σύγχρονη ιατρική βιβλιογραφία.

Επιλέξαμε να παρουσιάσουμε αφ' ενός περιγραφές χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ιστορικών ατόμων για τα οποία μελετητές της ΔΕΠΥ έχουν αξιολογήσει ότι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά προσομοιάζουν με εκείνα της σύγχρονης αντίληψης για τη ΔΕΠΥ και αφ' ετέρου στοιχεία από τη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία των τελευταίων αιώνων με αναλυτική περιγραφή των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της διαταραχής, τα ονόματα που έχει λάβει

αυτή και δεδομένα από την έναρξη χρήσης διεγερτικών φαρμάκων.

## 2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ο Θεόφραστος (371–287 π.Χ.), μαθητής του Αριστοτέλη, μεταξύ των άλλων συνέγραψε τους «Χαρακτήρες». Πρόκειται για μικρή συλλογή από 31 χαρακτήρες που συνέγραψε για ψυχαγωγικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς. Ο κάθε χαρακτήρας περιγράφεται με 10–15 φράσεις και ο αναγνώστης μπορεί να έχει μοναδική εικόνα για την Αθήνα του τέλους του 4ου π.Χ. αιώνα.<sup>6</sup> Ο 14ος χαρακτήρας, ο «Αναίσθητος», έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά ως «Βραδύνουσις»<sup>7</sup> (παράρτημα 2). Αναφέρεται ότι πολλές από τις περιγραφές του χαρακτήρα είναι παρόμοιες με συμπτώματα του DSM-5 για τη ΔΕΠΥ.<sup>8</sup> Ειδικότερα, έχουν συσχετιστεί οι περιγραφές 14.2, 14.6, 14.8, 14.11 με συμπτώματα απροσεξίας, η 14.9 με λάθη απροσεξίας, η 14.3 με εξασθένηση της προσοχής αφού χάνει το ενδιαφέρον του και η 14.10 με υπερκινητικότητα. Οι περιγραφές 14.4 και 14.5 συσχετίζονται με συνυπάρχοντα προβλήματα στον ύπνο, τα οποία είναι συχνά στα άτομα με ΔΕΠΥ. Οι περιγραφές 14.7, 14.12, 14.13 αναφέρονται σε παρορμητικού τύπου εκφράσεις, τις οποίες απέδωσαν σε νοητική ανεπάρκεια. Οι ίδιοι συγγραφείς<sup>8</sup> παρουσιάζουν την άποψη του πλέον γνωστού σύγχρονου μελετητή του Θεόφραστου<sup>9</sup> ότι η μετάφραση του όρου «αναίσθητος» από την αρχαία ελληνική στην αγγλική γλώσσα ως “obtuse” είναι ατυχής. Θεωρούν ότι ο όρος προέρχεται από την αίσθηση (βλέπω, παρατηρώ, μαθαίνω) και προτείνουν να μετονομαστεί στην αγγλική ως “lack of apperception”. Επίσης, ο ορισμός του «αναίσθητου» (14.1 Η βραδύνοια είναι, για να την ορίσουμε, μια νωθρότητα της ψυχής στα λόγια και στις πράξεις) πιθανολογούν ότι είναι επιγενέστερος και δεν ταιριάζει με τη συνολική περιγραφή. Η Σωκρατική Σχολή, στην οποία μετείχε και ο Θεόφραστος, θεωρούσε ότι οι ήπιες ψυχιατρικές διαταραχές δεν αποτελούσαν ιατρικό πρόβλημα. Απέδιδαν τις εν λόγω διαταραχές σε στοιχεία της προσωπικότητας που οδηγούσαν σε έλλειμμα λογικού ελέγχου στις ορέξεις (appetites) και στη συμπεριφορά.<sup>10</sup>

Ο Γερμανός ποιητής Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832), στο έργο Faust (1832), αναπαριστά σε μια σκηνή τον ιδιαίτερο χαρακτήρα ενός αγοριού. Παιδί της ένωσης του Faust με την Ελένη, ο Ευφορίων, αναπηδά ακατάπαυστα από τον πατέρα στη μητέρα, χαϊδεύοντας, κολακεύοντας, τραγουδώντας χαρούμενα. Ανυπάκουος στις επανειλημμένες προειδοποιήσεις των γονιών του ο Ευφορίων δηλώνει ότι η αληθινή του χαρά είναι να είναι ελεύθερος να πηδά και να αναπηδά στους αιθέρες, χωρίς

εγκλωβισμό, αφού «ό,τι είναι δικό μου είναι δικό μου». Ο Faust και η Ελένη προσπαθούν να μειώσουν αυτή την ενέργεια και να περιορίσουν την ένταση. Αιφνίδια, ο Ευφορίων διακόπτει τα πηδήματα και αρχίζει να χορεύει με τις κόρες του Χορού και αμέσως αναγγέλλει ότι θα μετατρέψει τον χορό σε παιχνίδι κυνηγιού. Χαϊδεύοντας, αγκαλιάζοντας και φιλώντας μια απρόθυμη κόρη ο Ευφορίων λέει ότι «εάν αντιστέκεται στα φιλά μου θα της δείξω τη δύναμή μου και θα της αρέσει» και τότε, ενώ η κόρη εξαφανίζεται στη φωτιά, αρχίζει να αναπηδά όλο και υψηλότερα μεταξύ των βράχων «να δει περισσότερα, να τα δει όλα». Τώρα ο Ευφορίων, ενώ πετά στον αέρα, είναι ντυμένος αρχαίος πολεμιστής με ελαφριά πανοπλία, ανακοινώνει ότι θέλει να παλέψει για ελευθερία σε ένα επικίνδυνο και ένδοξο πεπρωμένο. Για ένα λεπτό είναι στον αέρα συνοδευόμενος από ένα έντονο φως και στο επόμενο πέφτει νεκρός στα πόδια των γονιών του. Το όνομα που επέλεξε ο Goethe δεν είναι τυχαία επιλογή (ευ-φορέιν/υπερβολική χαρά). Η υπερκινητικότητα είναι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του Ευφορίωνος, που φάνηκε να είναι συνεχής –και συνεπώς όχι ένα επεισόδιο μανίας– συνοδευόμενη από παρορμητικότητα, χωρίς να προσέχει τις επιπλήξεις των γονέων του ή τις συνέπειες.

Θεωρείται ότι η περιγραφή του χαρακτήρα του Ευφορίωνος ταιριάζει στην κλινική εικόνα ατόμων με ΔΕΠΥ και ότι ο χαρακτήρας του Ευφορίωνος προσομοιάστηκε με αυτόν του Λόρδου Βύρωνα (1788–1824), ενώ αλληγορική αναπαράστασή του αποτυπώνεται σε πίνακα του Wilhelm von Kaulbach (1805–1874).<sup>11</sup>

Επίσης, έχει αναφερθεί η άποψη ότι η βασική ψυχοπαθολογική κατάσταση του Λόρδου Βύρωνα ήταν ΔΕΠΥ με τη συνύπαρξη διαγνωστικών στοιχείων για διαταραχή της διαγωγής, αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, κατάθλιψη με υποχονδριακά στοιχεία.<sup>12</sup> Πρόκειται για διαγνώσεις οι οποίες συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ.

Ο ποιητής Λόρδος Βύρων αυτοπεριγράφεται νευρικός, υπερκινητικός, παρορμητικός, πολυδάπανος και αναζητούσε συνεχώς το νέο. Η μητέρα του τον χαρακτηρίζει ασταθή και απερίσκεπτο με κακή οργάνωση και προγραμματισμό. Η σύζυγός του περιγράφει το πάθος του, τον ενθουσιασμό και τη φλογερή του ιδιοσυγκρασία χωρίς να είναι επαρκώς οργανωτικός. Βαριόταν τις εργασίες που ήταν λεπτομερειακές και απαιτούσαν επιμέλεια, οι δυνατότητές του για συγκέντρωση ήταν πολύ μικρές, με εξαίρεση στα θέματα που τον ενδιέφεραν πολύ. Διάβαζε από την ηλικία των 5 ετών και στα 15 του είχε διαβάσει περίπου 4.000 νουβέλες. Στο σχολείο ήταν ήρεμος, αλλά παρουσίαζε εκρήξεις οργής και δεν έκανε στενές φιλίες. Ξεχνούσε πολύ, φαινόταν σαν να μην προσέχει όταν του μιλούσαν, ήταν αφηρημένος. Απέφευγε τις στενές σχέσεις και φοβόταν τον εγκλωβισμό.

Χαρακτηριζόταν από έλλειψη ευγλωμοσύνης για τα άτομα που τον βοηθούσαν, ενώ συχνά συμπεριφερόταν προσβλητικά σε οικείους. Παρ' όλα αυτά δεν τον εγκατέλειπαν, επειδή έβλεπαν θετικά στοιχεία σε αυτόν. Είχε αποκτήσει και αρκετά παιδιά εκτός γάμου. Παντρεύτηκε μία φορά και έμεινε για πολύ μικρό διάστημα μαζί με τη γυναίκα του. Η μόνη νόμιμη κόρη του, η Ada Lovelace, μαθηματικός, θεωρείται από τους πρώτους συγγραφείς κώδικα για τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και είναι γνωστή για τη συμβολή της στη δημιουργία της αναλυτικής μηχανής του Charles Babbage. Εξαιτίας της διαβόητης φήμης του, στην κηδεία του στο Λονδίνο τη νεκροφόρα ακολουθούσαν άδειες άμαξες των μεγάλων οικογενειών, οι οποίες μόνο τυπικά εξέφραζαν το πένθος τους. Στο οικογενειακό του δένδρο ξεδιπλώνονται φαινόμενα σπατάλης, μελαγχολίας και εκκεντρικότητας. Ο Λόρδος Βύρων αναφέρει για τον παππού του Ναύαρχο Βύρωνα ότι δεν είχε ησυχία ούτε στη θάλασσα ούτε στη στεριά. Ο πατέρας του John Βύρων ήταν ευέξαπτος και οξύθυμος και σπατάλησε μια περιουσία. Για να μην πληρώσει τα χρέη του κατέφυγε στη Γαλλία και τους εγκατέλειψε όταν ο Λόρδος Βύρων ήταν 2,5 ετών. Η μητέρα του χαρακτηριζόταν ως επιπόλαια, ισχυρογνώμων, υπερβολική. Παρά τον εκρηκτικό της χαρακτήρα ήταν έξυπνη, με κοινή λογική, ενημερωμένη και με καλή αίσθηση του χιούμορ. Ο ίδιος θεωρούσε ότι του στερήσε διαπαιδαγώγηση, ασφάλεια, σταθερότητα, οικειότητα, την περιγράφει φαντασμένη σαν τον Εωσφόρο και της αποδίδει τη χλωτότητά του. Η έννοια «βυρωνικός ήρωας» αναφέρεται σε αρχέτυπο το οποίο υιοθετήθηκε από τον Λόρδο Βύρωνα και αποτελεί αντιδιαστολή στον παραδοσιακό λογοτεχνικό ρομαντικό ήρωα, ενώ για πολλούς θεωρείται αυτοσκιαγράφηση του χαρακτήρα του.<sup>13</sup> Τόσο οι ρομαντικοί ήρωες όσο και οι βυρωνικοί έχουν την τάση να επαναστατούν σε παραδοσιακούς τρόπους συμπεριφοράς και σκέψης με προσωπικότητες οι οποίες δεν είναι παραδοσιακά ηρωικές. Οι βυρωνικοί ήρωες είναι περισσότερο περίπλοκοι ψυχολογικά και συναισθηματικά. Χαρακτηρίζονται από απόλυτη απόρριψη παραδοσιακών ηρωικών ηθικών και αξιών, αξιοσημείωτη νοημοσύνη, ευφυΐα, έντονα συναισθήματα τρυφερότητας και μίσους, παρορμητικότητα, ισχυρές αισθησιακές επιθυμίες, κυκλοθυμία, κυνισμό, μαύρο χιούμορ και νοσηρές ευαισθησίες.

### 3. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΑΙΩΝΩΝ

#### 3.1. Πρώτες περιγραφές της διαταραχής

Ο Γερμανός ιατρός Weikard συνέγραψε το 1775 σε ια-

τρικό βιβλίο κεφάλαιο με περιγραφή της ΔΕΠΥ. Στο βιβλίο του *“Der philosophische Arzt”*, το τρίτο κεφάλαιο *“Attentio volubilis”* μεταφράστηκε πρόσφατα από το πρωτότυπο στα Γερμανικά του 1770 στα Αγγλικά,<sup>14</sup> υποστηρίζοντας ότι αποτελεί την πρώτη γραπτή αναφορά για τη ΔΕΠΥ. Μετάφραση στα Ελληνικά παρουσιάζεται στο παράρτημα 3. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι περιγραφές του στην παράγραφο «Συμπτώσεις», καθώς προσομοιάζουν πολύ με λήμματα για τα συμπτώματα από την ελλειμματική προσοχή του DSM-5. Στην παράγραφο «Αίτια» αναφέρεται στην ευρέως διαδεδομένη άποψη της δεκαετίας του 1970 –η οποία είναι ακόμη σε ορισμένους αποδεκτή– ότι η διαταραχή οφείλεται στην κακή ανατροφή. Είναι όμως ενδιαφέρον ότι ακόμη και τότε αναφέρεται στην επίδραση της κακής ανατροφής σε νευρολογικές ίνες. Στη «Θεραπεία» προτείνει τη μείωση των περισπασμών και τη χρήση της σωματικής άσκησης, συστάσεις που μέχρι σήμερα ισχύουν, σε αντίθεση με το απάνθρωπο μέτρο της πλήρους απομόνωσης και τα διάφορα σκευάσματα που προτείνει ο Weikard, τα οποία δεν έχουν θέση στη σύγχρονη παρέμβαση.

Ο Σκωτσέζος Crichton περιγράφει το 1798 στο Ηνωμένο Βασίλειο παρόμοια διαταραχή στο έργο του *«Ερευνα για τη φύση και την προέλευση της νοητικής παραφροσύνης: κατανοώντας ένα συνοπτικό σύστημα της φυσιολογίας και της παθολογίας της ανθρώπινης νόησης και χρονικό των παθών και των συνεπειών τους»*. Σε τρία βιβλία παρουσίασε κλινικά περιστατικά ψυχικών ασθενειών. Θεωρεί ότι οι διαταραχές της προσοχής είναι είτε επίκτητες είτε δευτεροπαθείς από ασθένειες του νευρικού συστήματος. Αναφέρει ότι η ένταση της προσοχής ποικίλλει μεταξύ των ατόμων ή και στο ίδιο το άτομο. Η διάσπαση της προσοχής δεν είναι απαραίτητα παθολογική. Διακρίνει την παθολογική προσοχή σε δύο πόλους, δηλαδή αυξημένη ή μειωμένη (ευαισθησία των νεύρων). Εκφράζει την άποψη ότι η έγκαιρη εκπαίδευση των παιδιών μπορεί να διευκολύνει ή να επιβραδύνει τις φυσικές δυνατότητες της προσοχής. Η εν λόγω περιγραφή συνιστά την πρώτη περιγραφή που προσομοιάζει με τον απρόσεκτο υπότυπο της ΔΕΠΥ.<sup>15</sup> Αναφέρεται σε δύο συστατικά της προσοχής, την ασυνέπεια, εννοώντας αδυναμία διατήρησης της προσοχής σε ένα αντικείμενο, με αποτέλεσμα να μεταπηδά το άτομο από το ένα θέμα στο άλλο, και την απαραίτητη ενέργεια ή δύναμη που χρειάζεται για να διατηρηθεί.

Ο Γερμανός ψυχίατρος Hoffmann περιγράφει το 1845 σε παιδικό βιβλίο τη διαταραχή. Το ποίημα *«Ο νευρικός Φίλιππος»* μπορεί να αξιολογηθεί ότι παρουσιάζει συμπτώματα κυρίως της υπερκινητικής/παρορμητικής μορφής, ενώ το ποίημα *«Ο Γιάννης που κοιτάζει τον αέρα»* την απρόσεκτη μορφή.<sup>16</sup> Κατόπιν, έγινε ο πρώτος νοσοκομειακός ψυχίατρος στη Γερμανία που τεκμηρίωσε και τις επιπτώσεις της διαταραχής.<sup>17,18</sup>

Στη Γαλλία, οι Bourneville και Boulanger το 1887 περιγράφουν τη «νοητική αστάθεια», διαταραχή ισοδύναμη με τη ΔΕΠΥ. Ο Bourneville ανέπτυξε την «ιατροπαιδαγωγική προσέγγιση» για παιδιά και εφήβους με νοητικά ελλείμματα, ψυχοκινητική ανησυχία, απροσεξία, ανυπακοή και έλλειμμα πειθαρχίας. Ο ίδιος διαχώρισε μεταξύ των νοητικά ασταθών τα άτομα που προσομοιάζουν περισσότερο να πάσχουν από ΔΕΠΥ.<sup>4</sup>

Στην Αγγλία, ο Still το 1902 αρχικά περιγράφει και κατόπιν δημοσιεύει για τη διαταραχή «έλλειμμα στην αναστολή της βούλησης και στον ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς». Είναι ο πρώτος παιδίατρος ο οποίος στις διαλέξεις του παρουσιάζει σειρά 43 παιδιών με «αφύσικη ατέλεια του ηθικού ελέγχου». Περιγράφει ότι τα παιδιά συχνά ήταν επιθετικά, εριστικά, αντιστεκόμενα στην πειθαρχία και υπερβολικά συναισθηματικά ή παθιασμένα. Είχαν πρόβλημα με την προσοχή και τη διατήρηση της προσοχής και δεν μάθαιναν από τις συνέπειες των πράξεών τους. Η μελέτη του δημοσιεύτηκε στο *Lancet*<sup>19</sup> και αποτελεί για πολλούς την πρώτη περιγραφή της διαταραχής σε επιστημονικό περιοδικό του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα παιδιά που δυσκολεύονταν να συγκρατήσουν συμπεριφορές οι οποίες θεωρούνταν ανάρμοστες ως προς τους ηθικούς κανόνες είχαν έλλειμμα στην «αναστολή της βούλησης» και στον «ηθικό έλεγχο» της συμπεριφοράς τους. Ο Still υποστήριξε ότι ο ρυθμός ανάπτυξης των λειτουργιών της βούλησης και του ηθικού ελέγχου της συμπεριφοράς οφείλεται τόσο στις επιδράσεις του περιβάλλοντος όσο και σε εγγενείς παράγοντες. Η συγκεκριμένη άποψη αποτελεί βάση για την αναπτυξιακή προσέγγιση αυτής της διαταραχής.<sup>5</sup>

Στις ΗΠΑ, οι Bond και Partridge το 1926<sup>20</sup> αναφέρονται σε βλάβη στα βασικά γάγγλια στο πλαίσιο της ληθαργικής εγκεφαλίτιδας (Von Economo), μιας σοβαρής επιπλοκής της πανδημίας της ισπανικής γρίπης (1917–1928), η οποία οδήγησε στον θάνατο το ένα τρίτο των ασθενών, ενώ το 80% όσων επέζησαν παρουσίασαν στις επόμενες δεκαετίες παρκινσονισμό. Υπάρχει πληθώρα περιγραφών από παιδιά που επέζησαν από τη ληθαργική εγκεφαλίτιδα, τα οποία, ενώ φαίνονταν φυσιολογικά, παρουσίαζαν σημαντικές διαταραχές της συμπεριφοράς, παρόμοιες με εκείνες που είχε περιγράψει ο Still και που αποτελούν τις βασικές περιγραφές της ΔΕΠΥ. Οι Bond και Partridge αξιολόγησαν την υπερκινητικότητα ως το κυρίαρχο σύμπτωμα και απέδωσαν το σύνδρομο σε βλάβη των βασικών γαγγλίων.

### 3.2. Ονόματα που αρχικά είχαν αποδοθεί στην κλινική εικόνα διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας

*Ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη, ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία*

τουργία. Ο Tredgold το 1908<sup>21</sup> περιγράφει στο βιβλίο του ήπιες μορφές εγκεφαλικής βλάβης, οι οποίες παραμένουν απαρατήρητες μέχρι το παιδί να πάει σχολείο, όπου γίνονται εμφανείς στη συμπεριφορά. Η άποψη αυτή υιοθετήθηκε για δεκαετίες. Οι Strauss και Lehtinen το 1947<sup>22</sup> πρότειναν την υιοθέτηση της υπερκινητικότητας ως σημείο «ελάχιστης εγκεφαλικής βλάβης» χωρίς αναγκαστικά να αποδίδεται σε σύνδρομο. Το 1957 οι Denhoff et al<sup>23</sup> περιγράφουν χαρακτηριστικά: «Από παλιά είναι αναγνωρισμένο και αποδεκτό ότι, στα παιδιά, συνεχής διαταραγμένη συμπεριφορά συγκεκριμένου τύπου μπορεί να εκδηλωθεί μετά από σοβαρό τραυματισμό του εγκεφάλου, επιδημική εγκεφαλίτιδα, εγκεφαλοπάθεια μετά από μεταδοτική νόσο όπως η ιλαρά. Επίσης, συχνά παρατηρείται ότι παρόμοιος τύπος συμπεριφοράς με ίδια χαρακτηριστικά ανευρίσκεται και σε παιδιά όπου δεν υπάρχει σαφές ιστορικό από κάποιο από τα προαναφερθέντα. Η εν λόγω συμπεριφορά μπορεί να επανομασεί διαταραχή υπερκινητικών παρορμήσεων. Συνοπτικά, η υπερκινητικότητα είναι το πλέον εντυπωσιακό σύμπτωμα. Πιθανόν να παρατηρηθεί νωρίς στη βρεφική ηλικία ή να είναι εμφανές στην ηλικία των 5 ή 6 ετών. Συνυπάρχει μικρό εύρος της προσοχής, μειωμένη ισχύς της συγκέντρωσης, ιδιαίτερα εμφανής στις συνθήκες του σχολείου. Συχνή είναι η αστάθεια, το παιδί εμφανίζεται πολύ απρόβλεπτο, με μεγάλες διακυμάνσεις στην απόδοσή του. Είναι παρορμητικό και κάνει πράγματα «της στιγμής» χωρίς να τα έχει προετοιμάσει. Αυτά τα παιδιά δεν ανέχονται καθυστερήσεις στην ικανοποίηση των αναγκών και των επιθυμιών τους. Είναι ευερέθιστα και εκρηκτικά, με χαμηλή ανοχή στη ματαίωση».<sup>17</sup>

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) το 1960<sup>24</sup> προτάθηκε ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», ο οποίος έγινε δεκτός από την Επιτροπή Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ με την εξής επίσημη ανακοίνωση: «Ο όρος αυτός ως διαγνωστική και περιγραφική κατηγορία αναφέρεται σε παιδιά με πλησίον του μέσου, μέση ή πάνω από το μέσο νοητική ικανότητα, με συγκεκριμένες μαθησιακές ή συμπεριφορικές ειδικές ανάγκες από μέτριες έως σοβαρές, οι οποίες συσχετίζονται με αποκλίσεις της λειτουργίας του νευρικού συστήματος. Οι εν λόγω αποκλίσεις εμφανίζονται με ποικίλους συνδυασμούς βλαβών στην αντίληψη, στη σύλληψη των ιδεών, στη γλώσσα, στη μνήμη, στον έλεγχο της προσοχής, στις παρορμήσεις, στην κινητικότητα. Οι αποκλίσεις αυτές μπορεί να προέρχονται από γενετικές μεταβολές, βιοχημικές ανωμαλίες, περιγεννητικές εγκεφαλικές προσβολές ή άλλες ασθένειες ή τραυματισμούς οι οποίοι διατηρούνται κατά την κρίσιμη περίοδο της ανάπτυξης του ΚΝΣ». Με αυτόν τον ορισμό της ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας υιοθετήθηκε η έννοια των τριών μείζονων παραμέτρων της ΔΕΠΥ, δηλαδή της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας.<sup>17</sup>

**Υπερκινητική διαταραχή.** Ο όρος ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία θεωρήθηκε γενικευτικός και ετερογενής χωρίς στέρεη εμπειρική βάση και τεκμηρίωση. Σταδιακά αντικαταστάθηκε από εξειδικευμένους περιγραφικούς όρους, όπως υπερδραστηριότητα, μαθησιακές δυσκολίες, δυσλεξία, διαταραχές της γλώσσας. Η υπερκινητικότητα περιγράφεται ως ένα συμπεριφορικό σύνδρομο που μπορεί να αποδοθεί σε οργανικά αίτια αλλά συμβαίνει χωρίς την παρουσία οργανικότητας. Το 1932 στη Γερμανία οι Kramer και Pollow<sup>25</sup> περιγράφουν σύνδρομο σαν τη ΔΕΠΥ και χρησιμοποιούν τον όρο «υπερκινητική διαταραχή». Η πρώτη αναφορά σχετίζεται με 45 παιδιά, από τα οποία σε 42 εντόπισαν αναπτυξιακά ελλείμματα και σε 19 επιληπτικά φαινόμενα. Οι συγγραφείς παρατήρησαν στοιχειώδεις διαταραχές της κινητικότητας σε συνδυασμό με χαστικό χαρακτήρα. Τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν έλλειμμα στη συγκέντρωση, ανεπαρκή προσανατολισμό για τους στόχους τους, αφηρημάδα, περπατούσαν συνεχώς άσκοπα, ακουμπούσαν συνεχώς πράγματα, ήταν πολύ ευερέθιστα, με συναισθηματική αστάθεια και οργή, με επιθετικότητα. Όλα αυτά είχαν συνέπειες στις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις. Οι συγγραφείς επινόησαν τον όρο «υπερκινητική διαταραχή», ο οποίος αργότερα υιοθετήθηκε από τον ΠΟΥ, ωστόσο δεν συνέχισαν την παρακολούθηση των περιστατικών στην ενηλικίωσή τους γιατί είχαν υποπέσει σε δυσμέμεια από το ναζιστικό καθεστώς.<sup>25</sup>

### 3.3. Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας στα διαγνωστικά συστήματα

Στην πρώτη έκδοση του συστήματος ταξινόμησης της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-I, 1952) δεν υπάρχει αναφορά για τη ΔΕΠΥ. Η υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά των παιδιών αξιολογείτο με τον όρο «ανωριμότητα».

Στο DSM-II (1968)<sup>26</sup> αναφέρεται ως «υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία». Ορίστηκε με δύο φράσεις. Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από υπερδραστηριότητα, ανησυχία, διασπασιμότητα και μικρό εύρος προσοχής, ειδικά στα μικρά παιδιά. Με την εφηβεία, η συμπεριφορά αυτή μειώνεται. Θεωρήθηκε διαταραχή αντίδρασης, σε συνάφεια με την τάση της Ψυχιατρικής της εν λόγω εποχής να αποδίδει τα αίτια σε νευρωτικές συγκρούσεις στο γονικό και στο οικογενειακό περιβάλλον.

Στο DSM-III (1980)<sup>27</sup> αναφέρεται ως διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα. Αναγνωρίστηκε η σημασία των προβλημάτων της προσοχής, ενώ η υπερκινητικότητα δεν αποτελούσε πλέον το βασικό κριτήριο της διαταραχής. Υιοθετείται το μοντέλο περιγραφικών κατηγοριών. Οι αιτιολογικές περιγραφές δίνουν τη θέση

τους σε κριτήρια αναφορικά με την έναρξη της νόσου, την πορεία, την απάντηση στη θεραπεία, τις συνυπάρχουσες καταστάσεις και τον βαθμό της βλάβης.

Στο DSM-IV (1994),<sup>28</sup> στη ΔΕΠΥ προτείνονται δύο ομάδες εννέα κριτηρίων η κάθε μια, που αφορούν στην προσοχή και στην υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα. Ορίζονται επίσης τρεις υπότυποι ΔΕΠΥ. Αναγνωρίζεται ότι δεν συνιστά διαταραχή αποκλειστικά της παιδικής ηλικίας, αφού σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελεί διά βίου διαταραχή.

Στο DSM-5 (2013)<sup>1</sup> η ΔΕΠΥ συγκαταλέγεται μεταξύ των ΝΑΔ, χωρίς ουσιαστικές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία περιγράφονται για όλο το φάσμα της ζωής. Ορίζεται η συχνή συνύπαρξη της συναισθηματικής ευμεταβλητότητας (ανυπομονησία, εύκολος θυμός, υπερβολική συναισθηματική αντίδραση, εύκολος ενθουσιασμός, εύκολη απώλεια της ψυχραιμίας, εύκολη ενόχληση). Το κριτήριο πρώτης εμφάνισης γίνεται από τα 7 στα 12 έτη. Επιτρέπεται η αναγνώριση συννόσησης με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ).

Στην 9η έκδοση του συστήματος ταξινόμησης των νοσημάτων του ΠΟΥ (ICD-9, 1978),<sup>29</sup> η ΔΕΠΥ αποδίδεται με τον όρο «υπερκινητική διαταραχή». Προϋποθέτει την παρουσία υπερκινητικότητας και αποκλείει συννοσηρές καταστάσεις. Στην επόμενη έκδοση, το 1999,<sup>30</sup> συγκαταλέγεται μεταξύ των υπερκινητικών διαταραχών, με αυστηρά κριτήρια διάγνωσης σε όλους τους τομείς της ζωής του παιδιού. Στην 11η έκδοση, η οποία θα αρχίσει να εφαρμόζεται από την 1η Ιανουαρίου 2022, ονομάζεται ΔΕΠΥ και μετακινήθηκε από τις «υπερκινητικές διαταραχές» στις «νευροαναπτυξιακές διαταραχές».<sup>2</sup> Η μετακίνηση αυτή αποδίδεται στο γεγονός ότι από την έναρξη της διαταραχής περιγράφονται χαρακτηριστικές διαταραχές στη νοητική, στην κινητική και στην κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και συχνή συνύπαρξή της με άλλες ΝΑΔ. Η εν λόγω μεταβολή πραγματοποιήθηκε επίσης από την αδυναμία της άποψης να τεθεί η ΔΕΠΥ μεταξύ των διαταρακτικών και αντικοινωνικών διαταραχών, αφού είναι πλέον δεδομένο ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ δεν είναι τυπικά και με τη θέλησή τους διαταρακτικά. Μπορεί να χαρακτηριστούν κατ'εξοχήν απρόσεκτα, υπερκινητικά/παρορμητικά ή μικτά και περιγράφονται έτσι για όλο το φάσμα της ζωής τους.

### 3.4. Οι διεγέρτες για την αντιμετώπιση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας

Στις ΗΠΑ, πρώτος ο Bradley το 1937 αναφέρει ότι με τη χρήση του πλέον ισχυρού διεγέρτη της εποχής, της αμφεταμίνης βενζεδρίνης,<sup>31</sup> προσπάθησε να ανακουφίσει από τις κεφαλαλγίες τις προκαλούμενες από την απώλεια εγκεφαλονωτιαίου υγρού τους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξέταση με πνευμοεγκεφαλογράφημα για τη διερεύνηση

πιθανών δομικών εγκεφαλικών βλαβών. Η επίδραση της βενζεδρίνης στις κεφαλαλγίες ήταν αμελητέα, πλην όμως παρατήρησε σημαντική βελτίωση της σχολικής απόδοσης στα μισά από τα παιδιά που τους χορήγησε βενζεδρίνη. Τα παιδιά ενδιαφέρονταν περισσότερο για τις εργασίες τους, τις οποίες υλοποιούσαν ταχύτερα και σωστότερα. Επίσης, σε μερικά παιδιά μειωνόταν η κινητικότητα χωρίς να χάνεται το ενδιαφέρον τους για το περιβάλλον. Η ευτυχής αυτή συγκυρία δεν υποστηρίχθηκε από τον ίδιο στις δημοσιεύσεις των μελετών του. Ανέφερε ότι χορήγησε αμφεταμίνες στα παιδιά γιατί έλαβε υπόψη του τις δράσεις των αμφεταμινών στους ενήλικες, οι οποίες μειώνουν την κόπωση, βελτιώνουν τη διάθεση, ανακουφίζουν από την κατάθλιψη, τις νευρώσεις και την κατατονική εμβρονησία, προκαλούν αύξηση της δυνατότητας για εργασία και βελτιώνουν την απόδοση στις δοκιμασίες αξιολόγησης της νοημοσύνης. Η πρώτη δημοσιευμένη μελέτη του περιλάμβανε 30 παιδιά (21 αγόρια και 9 κορίτσια). Εντυπωσιακή βελτίωση στις επιδόσεις στο σχολείο παρουσίασαν 14 παιδιά, ενώ 15 παιδιά βελτιώθηκαν ως προς τη συναισθηματική αστάθεια και μειώθηκε η θορυβώδης υπερδραστηριότητα και η επιθετικότητα. Οι επιδόσεις στη δοκιμασία αξιολόγησης της νοημοσύνης Stanford Binet δεν μεταβλήθηκαν.<sup>32</sup> Επίσης, ταυτοποίησε ότι τα παιδιά που επωφελούνται περισσότερο από τη βενζεδρίνη χαρακτηρίζονται από βραχεία προσοχή, δυσαριθμσία, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και πτωχή μνήμη. Αργότερα, δημοσίευσε ότι το ισομερές της αμφεταμίνης δεζεδρίνη έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα.<sup>33</sup>

Ο Ιταλός Panizzon στην Ελβετία το 1944, προσπαθώντας να κατασκευάσει φάρμακο με ισχυρή αναληπτική δράση, συνέθεσε τη μεθυλφαινιδάτη, η οποία έχει δράση παρόμοια με τις αμφεταμίνες. Το πρώτο εμπορικό όνομα της μεθυλφαινιδάτης είναι Ritalin και προέρχεται από τη σύζυγο του Panizzon Rita, της οποίας, όπως αναφέρεται, βελτίωσε τις επιδόσεις στο τένις.<sup>34</sup> Το 1958 στις ΗΠΑ χορηγήθηκε Ritalin σε 108 παιδιά τα οποία παρουσίαζαν συναισθηματικά προβλήματα, περιλαμβανομένης και της υπερκινητικότητας.<sup>35</sup> Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration, FDA) των ΗΠΑ ενέκρινε τη χρήση της μεθυλφαινιδάτης για την αντιμετώπιση της υπερκινητικής διαταραχής στα παιδιά το 1960.<sup>34</sup>

## 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υιοθέτηση των διαγνωστικών κριτηρίων και η αύξηση της έρευνας για τη ΔΕΠΥ οδήγησε στη σημαντική πρόσφατη εξέλιξη να συμπορευτούν τα διαγνωστικά συστήματα αναφορικά με τη ΔΕΠΥ και να τη συμπεριλάβουν μεταξύ των ΝΑΔ.

Επισημαίνεται ιδιαίτερα ότι (α) οι εξελίξεις στην έννοια της ΔΕΠΥ έχουν επιτρέψει τη διατύπωση της θεωρίας ότι η υπερκινητικότητα δεν είναι αποκλειστικός παράγοντας διάγνωσης, (β) σε μεγάλο ποσοστό η ΔΕΠΥ παραμένει ως διά βίου διαταραχή και, τέλος, (γ) είναι δυνατόν να συνυπάρχει με πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, περιλαμβανομένων και των υπόλοιπων ΝΑΔ. Με τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα, που επισημαίνουν τη συχνή συνύπαρξη ΔΕΠΥ και ΔΑΦ, ιδιαίτερη σημασία έχει η δυνατότητα ταυτόχρονης διάγνωσης των δύο αυτών ΝΑΔ και μάλιστα σε άτομα υψηλής λειτουργικότητας.<sup>36</sup> Η εν λόγω σύγχρονη θεώρηση θα μας επέτρεπε να διευρύνουμε ακόμη περισσότερο τις υποθέσεις όσον αφορά στη διαγνωστική προσέγγιση των ιστορικών προσωπικοτήτων που επιλέξαμε να περιγράψουμε και για τους οποίους έχει θεωρηθεί ότι με τα σύγχρονα δεδομένα θα αξιολογούνταν ότι πάσχουν από ΔΕΠΥ με πιθανή συνύπαρξη άλλων διαταραχών.

Ο Θεόφραστος παρουσιάζει χαρακτήρα ενήλικα για τον οποίο, όπως περιγράφηκε νωρίτερα, έχει θεωρηθεί ότι πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για ΔΕΠΥ. Οι Martinez-Badía και Martinez-Raga<sup>18</sup> πρότειναν οι περιγραφές 14.7, 14.12, 14.13 (παράρτημα 2) να αποδοθούν σε συμπτώματα νοητικής ανεπάρκειας. Όμως, η συνολική περιγραφή του χαρακτήρα παρουσιάζει τη δυνατότητά του να κάνει υπολογισμούς, να έχει δούλους και να είναι ισότιμο μέλος της Αθηναϊκής Δημοκρατίας, στην οποία τα άτομα με νοητική ανεπάρκεια αποκλείονταν. Οι συγκεκριμένες περιγραφές περιέχουν πραγματολογικές δυσκολίες του λόγου οι οποίες θα μπορούσαν να αποδοθούν σε συνύπαρξη και με άλλες ΝΑΔ, όπως η νεοεισαχθείσα στο DSM-5 διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας ή ακόμη η υψηλής λειτουργικότητας ΔΑΦ, αν και δεν υπάρχουν στοιχεία για τον τομέα των στερεότυπων συμπεριφορών. Επίσης, σε αντιστοιχία με την άποψη του βασικού σύγχρονου μελετητή των έργων του Θεόφραστου Diggle<sup>9</sup> ότι η μετάφραση του όρου «αναίσθητος» από την αρχαία ελληνική στην αγγλική γλώσσα ως «βραδύνους» (obtuse) είναι ατυχής, θεωρούμε ότι ο αρχαιοελληνικός όρος «αναίσθητος» αποδίδει καλύτερα ακόμη και στη σύγχρονη ελληνική γλώσσα τον χαρακτήρα.

Ο Λόρδος Βύρων, σύμφωνα με τον Fitzgerald,<sup>12</sup> θα μπορούσε να λάβει μαζί με τη ΔΕΠΥ διαγνώσεις για διαταραχή

της διαγωγής στην παιδική ηλικία, αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, κατάθλιψη με υποχονδριακά στοιχεία. Βασιζόμενοι στις περιγραφές για τις κοινωνικές δυσκολίες του από την παιδική ηλικία, την εμμονή του στο διάβασμα (4.000 νουβέλες από 5–15 ετών), την ελλιπή ευγνωμοσύνη και την προσβλητική συμπεριφορά, την εκκεντρικότητα στο οικογενειακό του δένδρο, την ιδιαίτερη νοητική ικανότητα συστηματοποίησης της κόρης του, θα μπορούσε ίσως και σε αυτή την περίπτωση να υποτεθεί πιθανή συνύπαρξη και ΔΑΦ.

Παρά τις νέες διαγνωστικές δυνατότητες που προσφέρει η ένταξη της ΔΕΠΥ και των υπολοίπων διαταραχών στις ΝΑΔ έχουν εκφραστεί και επιφυλάξεις για την υιοθέτηση του όρου ΝΑΔ, αφού οι ψυχιατρικές διαγνώσεις δεν αποτελούν μόνο κατηγορίες για νοσήματα που επικοινωνούν οι ιατροί, αλλά είναι πλέον και κοινωνικές κατασκευές. Η χρήση του προθέματος «νευρο-» οδήγησε σε διοικητικά σφάλματα σε περιοχή της Γαλλίας, όπου τμήμα των δομών Ψυχιατρικής παιδιών και εφήβων μετονομάστηκε σε κέντρα ΝΑΔ, με αποτέλεσμα ένας πολύ μεγάλος αριθμός πασχόντων να χάσει την ψυχιατρική φροντίδα.<sup>37</sup> Επίσης, άτομα στο φάσμα της ΔΕΠΥ ή της ΔΑΦ έχουν και θετικά χαρακτηριστικά, ενώ άτομα με ήπια συμπτωματολογία είναι πολλές φορές απλώς διαφορετικά και οι δυσκολίες τους έγκεινται στην προσαρμογή τους στη συγκεκριμένη κοινωνία μας. Επομένως, πρέπει να εκτιμηθούν οι ηθικοί προβληματισμοί που εγείρονται όταν στην έννοια της ΝΑΔ εμπιέχεται η έννοια της αναπτυξιακής καθυστέρησης που σχετίζεται με βιολογική ωρίμανση του ΚΝΣ.<sup>3,37</sup>

Με την εξέλιξη της επιστημονικής έρευνας στην αιτιοπαθογένεια αλλά και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις θεωρούμε ότι τα επόμενα έτη θα δοθούν ακόμη περισσότερα δεδομένα για την κατανόηση της ΔΕΠΥ, την τεκμηρίωση της κατάταξής της στις ΝΑΔ, καθώς και τη σχέση της σε επίπεδο κλινικό και αιτιοπαθογενετικό με τις υπόλοιπες νευροαναπτυξιακές και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Η σύγχρονη Ιατρική επωφελείται αναμφίβολα από την έρευνα για τη ΔΕΠΥ, δεδομένου ότι αποτελεί διαταραχή η οποία, εφόσον διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί, οδηγεί σε αξιοσημείωτη βελτίωση της κατάστασης σημαντικού αριθμού ατόμων.

## ABSTRACT

**Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): From hyperkinetic to neurodevelopmental disorders**A. PEHLIVANIDIS,<sup>1</sup> K. PAPANIKOLAOU<sup>2</sup><sup>1</sup>First Department of Psychiatry, "Eginition" Hospital, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, <sup>2</sup>Department of Child Psychiatry, "Aghia Sophia" Children's Hospital, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2022, 39(2):151–162*

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is now considered to be a neurodevelopmental disorder (NDD). In order to better understand statements such as "I do not believe in ADHD", or, at the other extreme, "overdiagnosis" we need to know the roots and development of the concept ADHD. We therefore present here, salient historical points related to the evolution of the construct of ADHD over time. Theophrastus in his work *Obtuse (Αναίσθητος)* from the 4th century BC, and Lord Byron (1788–1824) have both been considered to present symptoms that today are indicative of ADHD. Descriptions of the disorder in the medical literature of the last two centuries are presented. The terms used to describe ADHD in particular periods usually represent the main etiopathological hypotheses of each period. The notion of hyperkinesis has been adopted since 1926, and was related to encephalitis lethargica. In 1937 the beneficial action of stimulants on the condition was discovered. ADHD was first documented in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II, 1968), in which the disorder was referred to as hyperkinetic reaction of childhood. In the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-9, 1978) the condition was called hyperkinetic disorder. In ICD-10 (1999) it belonged to the hyperkinetic disorders, while in ICD-11 (2022) it will be included in the NDDs, as it is already in DSM-5. The term NDD was first established by Rutter in 2008 to indicate the onset of symptoms during infancy or childhood, delay in the biological maturation of the central nervous system (CNS), and a stable course, without exacerbations or remissions. The prefix "neuro-", however, may lead to inappropriate use of the term by administrative or political bodies, while the concept of biological maturation may provoke ethical issues, especially among people with mild manifestations of the disorders.

**Key words:** Attention deficit hyperactivity disorder, Hyperkinetic disorder, Neurodevelopmental disorder

**Βιβλιογραφία**

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5). 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013
2. REED GM, FIRST MB, KOGAN CS, HYMAN SE, GUREJE O, GAEBEL W ET AL. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019, 18:3–19
3. RUTTER M, BISHOP DVM, PINE DS, SCOTT S, STEVENSON J, TAYLOR E ET AL. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5th ed. Blackwell Publishing Ltd, London, 2008
4. FARAONE SV, BANASCHEWSKIT, COGHILL D, ZHENG Y, BIEDERMAN J, BELLGROVE MA ET AL. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021, 4:S0149-7634(21)00049-X
5. CONNERS CK. History of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). In: Adler AL, Spencer TJ, Wilens ET (eds) *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults and children*. Cambridge University Press, Cambridge, 2015:1–15
6. PERTSINIDIS S. *Theophrastus' characters: A new introduction*. Routledge, New York, 2018:48–52
7. ΘΕΟΦΡΑΣΤΟΣ. *Θεόφραστος – Χαρακτήρες*. Γκιργκένης Σ (μετάφραση). Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2008
8. VICTOR MM, DA SILVA BS, KAPPEL DB, BAU CH, GREVET EH. Attention-deficit hyperactivity disorder in ancient Greece: The Obtuse Man of Theophrastus. *Aust N Z J Psychiatry* 2018, 52:509–513
9. DIGGLE J. *Theophrastus: Characters (Cambridge classical texts and commentaries)*. Cambridge University Press, Cambridge, 2004
10. SIMON B, WEINER H. Models of mind and mental illness in ancient Greece: I. The Homeric model of mind. *J Hist Behav Sci* 1966, 2:303–314
11. BONAZZA S, SCAGLIONE C, POPPI M, RIZZO G. Did Goethe describe attention deficit hyperactivity disorder? *Eur Neurol* 2011, 65:70–71
12. FITZGERALD M. Did Lord Byron have attention deficit hyperactivity disorder? *J Med Biogr* 2001, 9:31–33
13. THORSLEV PL. *The Byronic hero: Types and prototypes*. University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota, 1962
14. BARKLEY RA, PETERS H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in



- 1775 of “attention deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, *At-tentio Volubilis*). *J Atten Disord* 2012, 16:623–630
15. PALMER ED, FINGER S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and “mental restlessness” (1798). *Child Psychol Psychiat Rev* 2001, 6:66–73
  16. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ Κ, ΚΑΚΟΥΡΟΣ Ε. *Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ: Από τη θεωρία στην πράξη*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2016
  17. LANGE KW, REICHL S, LANGE KM, TUCHA L, TUCHA O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2010, 2:241–255
  18. MARTINEZ-BADIA J, MARTINEZ-RAGA J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatry* 2015, 4:379–386
  19. STILL GF. The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *Lancet* 1902, i:1008–1012
  20. BOND ED, PARTRIDGE GE. Post-encephalitic behavior disorders in boys and their management in a hospital. *Am J Psychiatry* 1926, 83:25–103
  21. TREDGOLD AF. *Mental deficiency (amentia)*. 1st ed. William Wood & Co, New York, 1908
  22. STRAUSS AA, LEHTINEN LE. *Psychopathology and education of the brain-injured child*. Grune & Stratton, New York, 1947
  23. DENHOFF E, LAUFER MW, SOLOMONS G. Hyperkinetic impulse disorder in children’s behavior problems. *Psychosom Med* 1957, 19:38–49
  24. CLEMENTS SD, PETERS JE. Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1962, 6:185–197
  25. NEUMÄRKER KJ. The Kramer–Pollnow syndrome: A contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. *Hist Psychiatry* 2005, 16:435–451
  26. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1968
  27. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980
  28. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
  29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992
  30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1999
  31. BRADLEY C. The behavior of children receiving benzedrine. *Am J Psychiatry* 1937, 94:577–585
  32. BRADLEY C, BOWEN M. School performance of children receiving amphetamine (benzedrine) sulfate. *Am J Orthopsychiatry* 1940, 10:782–788
  33. BRADLEY C. Benzedrine and dexedrine in the treatment of children’s behavior disorders. *Pediatrics* 1950, 5:24–37
  34. LEONARD BE, McCARTAN D, WHITE J, KING DJ. Methylphenidate: A review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Hum Psychopharmacol* 2004, 19:151–180
  35. ZIMMERMANN FT, BURGERMEISTER BB. Action of methylphenidylacetate (Ritalin) and reserpine in behavior disorders in children and adults. *Am J Psychiatry* 1958, 115:323–328
  36. PEHLIVANIDIS A, PAPANIKOLAOU K, MANTAS V, KALANTZI E, KOBILI K, XENAKI LA ET AL. Lifetime co-occurring psychiatric disorders in newly diagnosed adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or/and autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry* 2020, 20:423
  37. FALISSARD B. Did we take the right train in promoting the concept of “neurodevelopmental disorders”? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021, 30:179–181

*Corresponding author:*

A. Pehlivanidis, First Department of Psychiatry, “Eginition” Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, 72 Vassilisis Sofias Ave., 115 28 Athens, Greece  
e-mail: apechlib@med.uoa.gr

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

#### Απροσεξία

Στην παιδική ηλικία, δεν ολοκληρώνουν τις εργασίες, διασπώνται εύκολα, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν. Στην εφηβεία συνήθως δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν αυτόνομα στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις, διασπώνται εύκολα, δυσκολεύονται στην επικοινωνία και παρουσιάζουν διαταραχές της διάθεσης. Με την ενηλικίωση συνεχίζουν να δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους και δεν ακούν τους άλλους. Τα άτομα με διάσπαση της προσοχής έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρωθούν. Η συγκέντρωσή τους όμως είναι παροδικά καλή και σχετίζεται με το ενδιαφέρον τους είτε γιατί είναι κάτι νέο είτε γιατί τους αρέσει (hobby, υπολογιστής, σημαντική συζήτηση). Η προσοχή αποτυγχάνει σε περιπτώσεις κατά τις οποίες τα καθήκοντα απαιτούν διατήρησή της, είναι βαρετά ή κοινότυπα, όπως διοικητικά θέματα, αλληλογραφία, συμπλήρωση αιτήσεων, ανάγνωση οδηγιών, συμπλήρωση φορολογικών δηλώσεων, οργάνωση του νοικοκυριού. Όταν είναι παρόντα μόνο τα προβλήματα απροσεξίας χωρίς την παρουσία υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, τότε το άτομο εμφανίζεται αργό και δυσκολεύεται να σχεδιάσει, γίνεται φλύαρο και κάνει πολλές συσχετίσεις με αποτέλεσμα να χάνεται σε άσχετες λεπτομέρειες και να οδηγείται έξω από την οδγώ παράσταση. Υπερεστιασμός είναι φαινόμενο που συμβαίνει όταν το άτομο βρίσκει πολύ ενδιαφέρουσα μια δραστηριότητα (υπολογιστής, διαδίκτυο) και μπορεί να συγκεντρωθεί πολλές ώρες με καλό εστιασμό χωρίς διακοπή. Στο πλαίσιο της ΔΕΠΥ το άτομο δεν μπορεί να διαμοιράσει το ενδιαφέρον του στον κατάλληλο χρόνο. Οι γύρω του αντιλαμβάνονται τις διαφορές της συγκέντρωσης ανάλογα με τα αντικείμενα και συχνά συμπεραίνουν ότι είναι τεμπέλης, χωρίς κίνητρο ή νωθρός. Πρόκειται για λάθος αντίληψη, αφού η επιθυμία δεν αρκεί από μόνη της να διατηρήσει για μεγάλο διάστημα τη συγκέντρωση.

#### Υπερκινητικότητα

Στην παιδική ηλικία και αρχικά στην εφηβεία έχουν υπερβολική και πολλές φορές άσκοπη κινητικότητα, φαίνεται σαν «να έχουν μοτεράκι», μιλούν υπερβολικά. Οι ενήλικες δεν είναι πάντα υπερβολικά απασχολημένοι και σε αδιάκοπη κίνηση όσο τα παιδιά. Η υπερκινητικότητα εμφανίζεται με περισσότερο ανεπαίσθητο τρόπο. Παράδειγμα υπερκινητικότητας είναι η νευρικότητα ή η συνεχής

κίνηση του σώματος όταν κάθονται, σηκώνονται για λίγο και τριγυρνούν, δεν μπορούν να καθίσουν για περισσότερο από 5 ή 10 min, μιλούν υπερβολικά, έχουν ανήσυχο ύπνο. Στο πλαίσιο μιας διαγνωστικής συνέντευξης, το γεγονός ότι έχουν τη δυνατότητα να διατηρήσουν σε ηρεμία την κινητικότητά τους δεν αναιρεί αναγκαστικά την ύπαρξη του προβλήματος. Πολλές φορές το πρόβλημα εμφανίζεται ως εσωτερική ανησυχία, αδυναμία να χαλαρώσουν ή να κοιμηθούν. Η υπερκινητικότητα μειώνεται όταν υπάρχει συχνή αθλητική δραστηριότητα, η οποία όμως πολλές φορές έχει ως επίπτωση αθλητικές κακώσεις.

#### Παρορμητικότητα

Τα παιδιά εμφανίζουν χαμηλό αυτοέλεγχο, δυσκολεύονται να παραμείνουν στη σειρά τους, συχνά φέρονται αδιάκριτα, κυρίως λεκτικά. Ως έφηβοι συχνά έχουν χαμηλό αυτοέλεγχο και μπορεί να εμπλακούν σε σεξουαλικές δραστηριότητες υψηλού κινδύνου. Ως ενήλικες εμφανίζουν χαμηλό έλεγχο των παρορμήσεων και δεν μπορούν να ελέγξουν και να αναστείλουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. «Ξεφουρνίζουν» ξαφνικά πράγματα, σπαταλούν πολλά χρήματα ή τα ξοδεύουν σε σύντομο χρονικό διάστημα, αναλαμβάνουν σχεδιασμούς γρήγορα, παραιτούνται εύκολα από εργασίες, αρχίζουν γρήγορα και απερίσκεπτα σχέσεις, δεν μπορούν να αναβάλλουν εκπλήρωση αναγκών που αξιολογούν ως επιτακτικές. Συχνά, οι παρορμητικές συμπεριφορές τους καταλήγουν σε συγκρούσεις. Η ισχυρή επιθυμία να ικανοποιούν άμεσα τις ανάγκες οδηγεί σε παχυσαρκία και σε ορισμένους σε αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων. Το φαινόμενο της αναζήτησης έντονων συγκινήσεων, του νέου ή της έντασης συνδέεται με την παρορμητικότητα. Αυτά τα διαχρονικά χαρακτηριστικά συχνά τους οδηγούν και στην επιλογή επαγγέλματος με ένταση και αναζήτηση του νέου (δημοσιογράφοι, ελεύθεροι επαγγελματίες, εργασίες που απαιτούν πολλά ταξίδια).

#### Συναισθηματική ευμεταβλητότητα

Η συναισθηματική ευμεταβλητότητα δεν αποτελεί επίσημα πυρηνικό χαρακτηριστικό της ΔΕΠΥ. Στα παιδιά με ΔΕΠΥ που χαρακτηρίζονται από συμπτώματα συναισθηματικού παρορμητισμού (ανυπομονησία, εύκολο θυμό, εύκολη αναστάτωση, υπερβολική συναισθηματική αντίδραση, εύκολο ενθουσιασμό, εύκολη απώλεια της ψυχραιμίας, εύκολη ενόχληση) καταγράφεται μεγαλύτερο ποσοστό συνέχισης της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

**Μετάφραση του χαρακτήρα «βραδύνους»** (Σ. Γκιργκένης, 2008)

[14.1]. Η βραδύνοια είναι, για να την ορίσουμε, μια νωθρότητα της ψυχής στα λόγια και στις πράξεις [‘Εστι δὲ ἡ ἀναισθησία, ὡς ὄρω εἰπεῖν, βραδυτῆς ψυχῆς ἐν λόγοις καὶ πράξεσιν].

[14.2]. Ο βραδύνους είναι το είδος του ανθρώπου που, αφού κάνει έναν υπολογισμό χρησιμοποιώντας λιθαράκια και βρει το άθροισμα, ρωτά κατόπιν τον διπλανό του: «Πόσο μας κάνει;» [ὁ δὲ ἀναισθητος τοιοῦτός τις, [2] οἷος λογισάμενος ταῖς ψήφοις καὶ κεφάλαιον ποιήσας ἐρωτᾷν τὸν παρακαθήμενον· τί γίνεται;].

[14.3]. Όταν είναι κατηγορούμενος σε δίκη και πρόκειται να παρουσιαστεί στο δικαστήριο, το ξεχνά και πάει στην εξοχή [καὶ δίκην φεύγων καὶ ταύτην εἰσιέναι μέλλων ἐπιλαθόμενος εἰς ἀγρὸν πορεύεσθαι].

[14.4]. Όταν είναι θεατής στο θέατρο, πέφτει σε ύπνο και απομένει μόνος του [καὶ θεωρῶν ἐν τῷ θεάτρῳ μόνος καταλείπεσθαι καθεύδων].

[14.5]. Αν έχει φάει πολύ, σηκώνεται τη νύκτα να πάει στο μέρος και τον δαγκώνει το σκυλί του γείτονα [καὶ πολλὰ φαγῶν καὶ τῆς νυκτὸς ἐπὶ θάκου ἀνιστάμενος <ἀποπλανώμενος> ὑπὸ κυνὸς τῆς τοῦ γείτονος δηχθῆναι].

[14.6]. Αν αποκτήσει κάτι και το αποθέσει ο ίδιος σε κάποιο σημείο, το ψάχνει και δεν μπορεί να το βρει [καὶ λαβῶν <τι> καὶ ἀποθεῖς αὐτός, τοῦτο ζητεῖν καὶ μὴ δύνασθαι εὑρεῖν].

[14.7]. Σε αυτόν που του αναγγέλλει ότι πέθανε κάποιος

από τους φίλους του, για να παρευρεθεί στην κηδεία, λέει σκυθρωπιάζοντας και δακρύζοντας: «*Ἡ ὥρα ἡ καλὴ*» [καὶ ἀπαγγέλλοντος αὐτῷ, ὅτι τετελεῦθηκέ τις αὐτοῦ τῶν φίλων, ἵνα παραγένηται, σκυθρωπάσας καὶ δακρύσας εἰπεῖν· ἀγαθὴ τύχη].

[14.8]. Είναι ικανός να πάρει μαζί του μάρτυρες, όταν είναι να εισπράξει χρήματα που του οφείλονται [δεινὸς δὲ καὶ ἀπολαμβάνων ἀργύριον ὀφειλόμενον μάρτυρας παραλαβεῖν].

[14.9]. Ενώ είναι χειμώνας, μαλώνει με τον δούλο του γιατί δεν του αγόρασε αγγούρια [καὶ χειμῶνος ὄντος μάχεσθαι τῷ παιδί, ὅτι σικύους οὐκ ἠγόρασεν].

[14.10]. Αναγκάζοντας τα παιδιά του να παλέψουν μαζί του και να τρέξουν, τα κάνει να εξαντληθούν [καὶ τὰ παιδιά ἑαυτοῖς παλαίειν ἀναγκάζων καὶ τροχάζειν [καὶ] εἰς κόπους ἐμβάλλειν].

[14.11]. Όταν μαγειρεύει ο ίδιος φακή στην ύπαιθρο, ρίχνει δύο φορές στη χύτρα αλάτι και κάνει τη σούπα να μην τρώγεται [καὶ ἐν ἀγρῷ αὐτὸς φακὴν ἔψων δις ἄλας εἰς τὴν χύτραν ἐμβαλῶν ἄβρωτον ποιῆσαι].

[14.12]. Όταν βρέχει ο Δίας, αυτός λέει «μοσχοβολούν τα άστρα», ενώ οι άλλοι λένε «μοσχοβολά η γη» [καὶ ὕοντος τοῦ Διὸς εἰπεῖν· † ἡδὺ γε τῶν ἄστρων νομίζει, ὅτι δὴ καὶ οἱ ἄλλοι λέγουσι πίσσῃς].

[14.13]. Αν του πει κάποιος «Πόσοι και πόσοι νεκροί δεν πέρασαν τις Ιερές Πύλες για να ταφούν!», εκείνος του απαντά: «*Μακάρι να είχαμε κι εγώ κι εσύ τόσους*» [καὶ λέγοντός τινος· πόσους οἶει κατὰ τὰς Ἱεραίας πύλας ἐξενηνέχθαι νεκρούς; πρὸς τοῦτον εἰπεῖν· ὅσοι ἐμοὶ καὶ σοὶ γένοιντο].

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

**Η ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ** (WEIKARD, 1775)

Περιγραφή της ασθένειας

Όσοι έχουν έλλειμμα στην προσοχή χαρακτηρίζονται ανυποψίαστοι, απρόσεκτοι, επιπόλαιοι, γλεντζέδες. Το προσεκτικό άτομο συγκεντρώνεται στο θέμα του περισσότερο χρόνο και πιο επίμονα από τους άλλους. Όμως, απαιτείται δύναμη και σταθερότητα στις ίνες, όταν πρέπει να διατηρήσουν σταθερό αποτέλεσμα σε ένα θέμα. Οι ίνες χρειάζεται να μπορούν να διατηρήσουν το συγκεκριμένο περιβάλλον για περισσότερο χρονικό διάστημα από το σύνθητες. Δεν πρέπει να μπερδεύονται από κραυγές ή ενοχλήσεις που προκαλούν με τις μετακινήσεις τους οι γείτονες. Γρήγορα γίνεται κατανοητό ότι σε αυτή την περίπτωση στις μαλακές, ευέλικτες ή πολύ ευερέθιστες ίνες η οποιαδήποτε ελαφρά αίσθηση οποιουδήποτε μικρού γεγονότος προκαλεί πα-

ράπλευρες συνδέσεις των παρακείμενων ινών, όπως τα παιδιά διασπώνται από εκατοντάδες μικρά γεγονότα όταν μελετούν ή συζητούν ένα σοβαρό θέμα. Για παράδειγμα, όταν διαλογίζεται ένας νεαρός ιερέας για τα πάθη του Σωτήρη, κάθε μύγα που μουρμουρίζει, κάθε σκιά, κάθε ήχος, η ανάμνηση παλαιότερων ιστοριών, θα τον αποσπάσουν από το καθήκον του για άλλη πνευματική δημιουργία. Ακόμη, η φαντασία του τον ψυχαγωγεί με χιλιάδες μικροπράγματα. Γελά ολόθερμα όταν περιεργάζεται μια καλόγρια που είδε έναν στρατιώτη να πιάνεται σε έναν φράκτη του κήπου και τα παντελόνια του να σκίζονται, ενώ αυτός πρέπει να διαλογιστεί τη φυλάκιση του Χριστού. Αυτό ονομάζω προσοχή.

Συμπτώσεις (coincidences) και χαρακτηριστικά

Το απρόσεκτο άτομο δεν παρατηρεί, είναι παντού επιπόλαιο. Μελετά τα προβλήματά του μόνο επιπόλαιο, οι απόψεις του είναι εσφαλμένες και δεν κατανοεί την

αξία των πραγμάτων γιατί δεν διαθέτει αρκετό χρόνο και υπομονή για να ψάξει το πρόβλημα σε βάθος και με ικανοποιητική ακρίβεια. Τα εν λόγω άτομα ακούν τα μισά από όλα, θυμούνται ή λαμβάνουν πληροφορίες για τα μισά ή το κάνουν ακατάστατα. Σύμφωνα με ένα γνωμικό, γνωρίζουν λίγο από όλα ή τίποτα από όλα. Συγκριτικά με ένα άτομο που προσέχει, αυτά τα ακανόνιστα άτομα συμπεριφέρονται όπως ο νεαρός Γάλλος σε σύγκριση με έναν ώριμο Άγγλο. Στην επιστήμη έχουν έλλειμμα στη σχολαστικότητα, στη συνέπεια, στην ακρίβεια και στην ορθότητα. Τα άτομα αυτά είναι οι οπισθοδρομικοί ιππείς στη δημοκρατία της πληροφόρησης. Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό είναι απερίσκεπτοι, μπόλικοι στο να λαμβάνουν υπ' όψιν αλόγιστα εγχειρήματα, αλλά και πολύ ασταθείς στην εκτέλεσή τους. Αντιμετωπίζουν όλα με ελαφρύ τρόπο, αφού δεν έχουν την επαρκή προσοχή για να αισθανθούν την υποτίμηση ή τη μειονεκτική θέση.

## Αίτια

Όταν τα παιδιά διδάσκονται ταυτόχρονα εκατοντάδες πράγματα, ενώ δεν τους χορηγείται επαρκής χρόνος, ή όταν αποκτούν τη συνήθεια να μελετούν εν μέρει τα πράγματα, τότε αναπτύσσεται το ελάττωμα της απροσεξίας. Η mania να διαβάσουν οτιδήποτε, να μάθουν οτιδήποτε, θα προκαλέσει αντίστροφη φορά. Μαλθακός τρόπος ζωής κάνει τις ίνες πολύ μαλακές και ευκίνητες ώστε να μην έχουν την απαραίτητη δύναμη για σταθερή προσοχή. Έτσι, κάθε αισθητήριο νεύρο και κάθε εγκεφαλική ίνα κινείται πολύ γρήγορα και προκαλεί περισπασμό. Οι άκαμπτες, ακίνητες ίνες δεν είναι επίσης δυνατές για σκέψη και επιμέλεια. Ο μοναχικός, ο κουφός, ο τυφλός και οποιοσδήποτε περιβάλλεται από λιγότερα πράγματα – με την προϋπόθεση ότι δεν έχει μειονεκτική κατασκευή στον εύθραυστο εγκέφαλο ή στα εύθραυστα νεύρα – είναι το πλέον επιδέξιο άτομο να δώσει θαρραλέα προσοχή σε ένα ζήτημα. Αντίθετα, ο θόρυβος και η πολυσχιδία τη μειώνουν. Ανιάρη αδράνεια των ινών οδηγεί σε ανεπαρκείς αισθήσεις και αντίληψη, καθώς και αναποτελεσματική προσοχή, επειδή σπάνια κινούνται επαρκώς ή γιατί ένα περιστατικό σπάνια φαίνεται ως επαρκώς σημαντικό.

## Παραδείγματα και εμπειρίες

*Ο Δούκας του Buckingham είπε για τον βασιλιά Κάρολο τον II: «το μυαλό του ήταν γρήγορο και δονούμενο στα ασήμαντα πράγματα και ταλαντευόταν πολύ σε σημαντικά θέματα όταν μπορούσε να διατηρήσει το μυαλό του σε συγκεκριμένο επίπεδο με τη βοήθεια σταθερής προσοχής». Ο Σωκράτης είπε*

*ότι θα μπορούσαμε να κατανοήσουμε εύκολα και πλήρως τα πλέον δύσκολα ζητήματα εάν μπορούσαμε να φανταστούμε το ίδιο σε εμάς, και εάν δεν αποσπώμαστε από άλλες ιδέες. Ο ειδικός στην άλγεβρα Franz Vieta όφειλε να εξηγήσει στον βασιλιά του τα πλέον μυστικά και ακατανόητα διαγράμματα του ισπανικού βασιλείου. Για μερικές ημέρες δεν έτρωγε ούτε έπινε ούτε έβλεπε ή άκουγε οτιδήποτε και συγκεντρωνόταν στο καθήκον του έως ότου, τελικά, χαρωπά αναπήδαγε στον αέρα και ήταν έτοιμος να λύσει οτιδήποτε. Η νιότη είναι λιγότερο προσεκτική από το γήρας, το αιμωδικό άτομο λιγότερο από το χολερικό ή το μελαγχολικό άτομο, ο Γάλλος λιγότερο από τον Άγγλο. Η διαφορά βασίζεται στη διαμόρφωση των ινών ή στους χυμούς; Τα παλαιότερα έτη η δράση της δυνατής προσοχής ήταν ισχυρότερη από την εποχή μας. Έτσι, θα έπρεπε η εκπαίδευση, η γόνιμη mania γραφής, τα πολλά μαθηματικά να συνιστούν εμπόδιο; Προσέχουμε περισσότερο στα πράγματα που μας αρέσουν και επηρεάζουν πολύ τις αισθήσεις μας. Ο δάσκαλος προκαλεί την προσοχή των μαθητών του όταν η φωνή του είναι ευδιάκριτη, το μάθημα ζωντανό και γεμάτο ευχάριστες ιδέες. Θα διαβάσαμε ένα βιβλίο με μεγαλύτερη προσοχή όταν έχει περάσματα που μπορούν να επηρεάσουν τα δικά μας δημιουργήματα ή το ενδιαφέρον μας.*

### Η τέχνη της θεραπείας (αντιμετώπιση)

Το απρόσεκτο άτομο πρέπει να διαχωριστεί από τον θόρυβο ή από άλλα αντικείμενα, πρέπει να μένει απομονωμένο στο σκοτάδι όταν είναι πολύ ενεργητικό. Οι εύκολα μετακινούμενες ίνες πρέπει να μείνουν κολλημένες με τρίψιμο, κρύα μπάνια, σκόνη από ατσάλι, εκχύλισμα από το δένδρο κινκόνα (σ.μ. περιέχει κινίνη και κινιδίνη), μεταλλικό νερό, ιππασία και ασκήσεις γυμναστικής. Οι νέοι δεν πρέπει να γεμίζουν με ποικιλίες ποικιλίες και να ακολουθούν το γνωμικό "Pluribus intentus minor est at singular sensus". Το άτομο πρέπει να διατηρείται σε ένα αντικείμενο όσο χρειάζεται ώστε να το αναλύσει ακριβώς. Τα πράγματα να του δείχνονται με τρόπο ώστε να ικανοποιηθούν το ενδιαφέρον και η φιλαυτία του. Εάν η αιτία είναι η εξαιρετική ευμεταβλητότητα, αναθερμάνετε τους χυμούς του και την ελαστικότητα των ευερέθιστων ινών: οι καλύτερες μέθοδοι είναι τα κρύα λουτρά, το γάλα, το ξινό νερό, το καθαρό εκχύλισμα από το δένδρο κινκόνα, τα οξέα, η αποχή από τον καφέ, τα μπαχαρικά, τα ζεστά ποτά, τα θερμαντικά πάθη και άλλα. Η ησυχία, η μοναχικότητα και η αυτοκυριαρχία χρησιμοποιούνται ευρέως. Η ανάγνωση του βιβλίου μπορεί να οδηγήσει στην υπόθεση ευερέθιστης ιδιοσυγκρασίας. Σε περίπτωση αδρανούς πτώσης ή αναποτελεσματικότητας των ινών πρέπει να χορηγηθούν ξεθωριασμένα (fugitive), θερμαντικά και αποθεραπευτικά φάρμακα. Να διαβάσετε για την απαθή και αδέξια διάθεση.