

Ευ+υγεία

31|8-1|9|2013

Παχυσαρκία

Ο Δημήτρης Ν. Παπαχρήστου, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας ΔΠΘ, ενδοκρινολόγος και παθολόγος / διαβητολόγος, μας προειδοποιεί για την ασθένεια της σύγχρονης εποχής, ιδιαίτερα για τα παιδιά, και πώς αντιμετωπίζεται

[σελ. 39]

Η διαταραχή ADHD

Ο Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου, ψυχίατρος, μας εξηγεί τι είναι η διαταραχή υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής και πώς μπορούμε μέσα από το σχολείο, το οποίο καταρρέει στην εποχή της κρίσης που βιώνουμε, να κατανοήσουμε τις μαθησιακές ανάγκες των νέων μέσα από την επικοινωνία, τις συζητήσεις και τις αντιπαραθέσεις

[σελ. 40-41]

Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Ο Πάνος Παπανικολάου, νευροχειρουργός, γράφει για τα εγκεφαλικά τραύματα λόγω τροχαίων ατυχημάτων, πτώσεων, συμπλοκών, χρήση βίας και τα οποία ευθύνονται για μόνιμες σοβαρές αναπηρίες. Προσοχή, η πρόληψη σώζει ζωές!

[σελ. 42-43]

Ενδοσχολική βία

Ο Κώστας Μπαϊρακτάρης, αναπληρωτής καθηγητής Ψυχολογίας στο ΑΠΘ, αναδεικνύει πώς η βία και ο εκφοβισμός στα σχολεία (bullying) είναι μια ιδεολογική-πολιτική κατασκευή που έχει στόχο την ψυχολογικοποίηση της μαθητικής συμπεριφοράς ως μηχανισμού συμμόρφωσης μαθητών, γονέων και εκπαιδευτικών

[σελ. 44]

Στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης οι νέοι «μιλούν» τη δική τους γλώσσα, με επιπτώσεις στον τρόπο γραφής τους. Η γλώσσα όμως είναι ζωντανή και εξελίσσεται. Απαραίτητη παρ' όλα αυτά η προσοχή

Η ψηφιακή τεχνολογία βλάπτει τον τρόπο με τον οποίο γράφουν οι μαθητές. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν δώσει στους μαθητές μια νέα διεξοδό γραψίματος. Αυτό είναι το καλό. Το κακό είναι το άτυπο στυλ και η προχειρότητα των γραπτών μηνυμάτων και του τρόπου γραφής των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης που παρεισφύουν στις εργασίες των μαθητών.

Ένα μεγάλο κομμάτι του άτυπου ύφους και γλώσσας αποτυπώνεται στον τρόπο γραφής των μαθητών. «Κρατήστε τη γλώσσα του texting μακριά από τις εργασίες σας» παροτρύνουν οι εκπαιδευτικοί τους μαθητές τους. «Δεν ξέρω καν αν το συνειδητοποιούν καθώς γράφουν. Είναι κομμάτι της γλώσσας τους και θέλουν να το γράψουν. Πιστεύω ότι έχουν πρόχειρες συνήθειες μυαλού τις οποίες το Διαδίκτυο τροφοδοτεί», αναφέρει η Kristen Purcell, συγγραφέας σχετικής μελέτης, διευθύντρια του Pew Center's Internet and American Life Project.

Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών (68%) λένε ότι οι τεχνολογίες του Διαδικτύου και των κινητών οδηγούν τα παιδιά στο να κόβουν δρόμους, να χρησιμοποιούν συντομεύσεις στη γραφή τους. Λένε και ότι οι επιδεξιότητες γραφής των μαθητών έχουν

μειωθεί κατά την τελευταία δεκαετία. Μπορεί να γράφουν όλη την ώρα, αλλά το chatting και το texting απλά δεν έχουν το βάθος της συζήτησης και της πρόζας. Η συγγραφή μεγάλων εργασιών για τους μαθητές σήμερα είναι ένα δύσκολο έργο, όπως καταδεικνύει η μελέτη: Η ψηφιακή τεχνολογία έχει κάνει τα παιδιά περισσότερο ανυπόμονα με τη διαδικασία της γραφής. Εμπόδια βρίσκουν οι μαθητές και στην κατανόηση περίπλοκου και περισσότερο υλικού, λόγω του τρόπου γραφής των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης.

Εκτός από την άτυπη γλώσσα, τα γραπτά των μαθητών περιλαμβάνουν και πολλές ακατάλληλες αναφορές, όπως υπογραμμίζεται. Φαίνεται να υπάρχει μια αντίληψη ότι οι μαθητές εσκεμμένα αντιγράφουν και επικολούν πνευματική ιδιοκτησία από τεμπελιά και αδιαφορία. Αλλά οι εκπαιδευτικοί διαβάζουν σε αυτό τις περισσότερες φορές πραγματική έλλειψη κατανόησης.

Οι ψηφιακές τεχνολογίες, συμπεριλαμβάνει η μελέτη, επηρεάζουν τον τρόπο γραφής των μαθητών ποικιλοτρόπως. Παράλληλα, όμως, επηρεάζουν και τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, αφού κατά κύριο λόγο συντελούνται... online. Επομένως, χρειάζεται μεγάλη προσοχή.

Social-γράφοντες μαθητές



22%

επισκέπτεται το αγαπημένο του κοινωνικό μέσο ενημέρωσης περισσότερες από 10 φορές την ημέρα

50%

επισκέπτεται ένα κοινωνικό μέσο ενημέρωσης τουλάχιστον μία φορά την ημέρα

75% διαθέτει κινητό

25% μπαίνει σε social media

53% στέλνει μηνύματα

24% μόνο για instant messaging

ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ

ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΑ

Ο αποχαιρετισμός της θάλασσας

«**ΤΩΡΑ, ΚΑΘΕ ΚΑΤΕΡΓΑΡΗΣ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΤΟΥ**», έλεγε ο παππούς μου όταν τελείωνε το καλοκαίρι. Το μάζεμα για την επιστροφή στην πόλη ξεκινούσε. Για μένα, το παιδί, ο «πάγκος» μου ήταν το σχολείο. Παρ' όλο που το αγαπούσα, δυσκολευόμουν να αποχωριστώ τη θάλασσα για χάρη του. Το φτιάξιμο της βαλίτσας και το ταξίδι του γυρισμού με γέμιζε γλυκόπικρα συναισθήματα.

Το μυαλό μου σε όλη τη διαδρομή ήταν στο παιχνίδι, στην ξενισιά της εξοχής. Με το πρώτο όμως αντικρισμό του δωματίου μου, ένωθα τη σπιτική ζεστασιά που ακόμα και σήμερα με αγκαλιάζει όταν επισκέπτομαι το παιδικό μου δωμάτιο. Από εκείνη τη στιγμή κι ύστερα η θάλασσα έμοιαζε μια γλυκιά μακρινή ανάμνηση.

Η λαχτάρα για την πρώτη μέρα του σχολείου με κυριεύει. Και μαζί η αποστολή στο βιβλιοπωλείο για την αγορά των βιβλίων, των τετραδίων, των μολυβιών, των στιλό και της τσάντας που θα κρατούσα για μια ολόκληρη σχολική χρονιά. Νομίζω ότι δεν με έπιασε ύπνος το βράδυ πριν από την πρώτη μέρα στο σχολείο. Κι όταν έφτανε, οι αγκαλιές με τους φίλους και η εγκατάσταση στη νέα, μεγαλύτερη, τάξη με γαλίλευσαν όσο και η θάλασσα όταν την πρωτοσυναντούσα κάθε αρχή καλοκαιριού.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Ντάνι Βέργου (d.vergou@efsyn.gr)
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: Αγνή Κατσιούλα (a.katsioula@efsyn.gr)
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ: Λουίζα Καραγεωργίου

Bits 'n' pieces

Τα παιδιά βάζουν βάρος στις διακοπές. Αλήθεια; Τα σχολεία έχουν κατηγορηθεί ξανά και ξανά ότι δίνουν ανθυγιεινές επιλογές διατροφής στα παιδιά. Μελέτη όμως, που δημοσιεύει το American Journal of Public Health σε 5.380 παιδιά νηπιαγωγείου και πρώτης δημοτικού από 31ο σχολεία, δείχνει ότι είναι περισσότερο πιθανό τα παιδιά να παχύνουν στη διάρκεια των διακοπών. «Πολλά μη σχολικά περιβάλλοντα είναι χωρίς δομή και επίτηρήση επιτρέποντας στα παιδιά να επιδίδονται σε καθιστικές δραστηριότητες και υπερβολική κατανάλωση σνακ». Παρ' όλο λοιπόν που το σχολείο είναι επίσημα ένας παράγοντας που συμβάλλει στην παιδική παχυσαρκία, τελικά φαίνεται, υποστηρίζει η μελέτη, ότι είναι πολύ πιο υγιεινός τόπος από τα περισσότερα εξωσχολικά περιβάλλοντα των παιδιών.

Η ποιοτική προσχολική εκπαίδευση ωφελεί όλα τα παιδιά ανεξαρτήτως εισοδήματος της οικογένειάς τους, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση στο Child Development. Ομάδα ερευνητών του Πανεπιστημίου Harvard διαπίστωσε ότι η εμπνευσμένη προσχολική εκπαίδευση για τα παιδιά επιφυλάσσει μακροχρόνια οφέλη συναισθηματικά, κοινωνικά και μαθησιακά. Τα παιδιά που λαμβάνουν κακής ποιότητας προσχολική εκπαίδευση δεν απολαμβάνουν αργότερα τους ίδιους καρπούς, ενώ τα παιδιά που φροντίζονται από μέλη της οικογένειας κερδίζουν τα συναισθηματικά οφέλη. Ορισμένα ερωτήματα που προτείνει η μελέτη στους γονείς που αναζητούν καλής ποιότητας προσχολική εκπαίδευση είναι αν οι ίδιοι νιώθουν ότι εμπνέονται από το περιβάλλον και τους εκπαιδευτικούς (μετά την παρακολούθησή μιας μέρας), αν το προσωπικό έχει διάρκεια στο σχολείο, πόσο συχνά και με ποιους τρόπους αλληλεπιδρούν με τα παιδιά, ποιο είναι το γενικό κλίμα, πώς αλληλεπιδρούν τα παιδιά.

Μέτρον άριστον και στην άθληση. Τα παιδιά που προπονούνται συστηματικά ή ξοδεύουν ατελείωτες ώρες στις κατασκηνώσεις ποδοσφαίρου, τένις κ.ο.κ.

μπορεί να αναπτύξουν μια μεγάλη αγάπη για τα αθλήματα και την άθληση αλλά και μια σχέση ζωής με τους τραυματισμούς. Η σκληρή προπόνηση πριν να έχουν αναπτυχθεί πλήρως βλάπτει, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση που ανακοινώθηκε την Παρασκευή στο συνέδριο American Medical Society for Sports Medicine (AMSSM) στο Σαν Ντιέγκο. Οι νέοι αθλητές που περνούν περισσότερες από 13 ώρες την εβδομάδα στην προπόνηση έχουν 70% περισσότερες πιθανότητες να πάθουν σοβαρούς τραυματισμούς από την υπερβολική

χρήση της μέσης, των ώμων, των ποδιών, των αγκώνων ανάλογα με το άθλημα. «Δεν είναι κακό για ένα παιδί να αρχίσει ένα άθλημα αν ψυχθεί στα τέσσερα χρόνια του, αλλά εξειδικεύση», διερρωτώνται οι συγγραφείς της μελέτης. «Αυτό που βλέπουμε είναι περισσότερους τραυματισμούς ενηλίκων στα παιδιά, πράγμα που σημαίνει ότι επικρατεί μια τρέλα με την άθληση από πολύ νωρίς, ένας αγώνας να γίνει το παιδί αθλητής και συγχρόνως μια μεγάλη πίεση πάνω στα παιδιά να αθλούνται συνεχώς».

Το σχολείο προστατεύει από τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα παιδιά, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση στο The Journal of School Health. Οι ερευνητές μελέτησαν τις περιπτώσεις 3.700 παιδιών από 41 σχολεία για μία δεκαετία - από το νηπιαγωγείο μέχρι την τελευταία τάξη του δημοτικού. Αν ένα παιδί είναι ήδη υπέρβαρο ή παχύσαρκο, όταν ξεκινήσει

6

επιστημονικές δημοσιεύσεις δείχνουν...

το νηπιαγωγείο το σχολικό περιβάλλον ενθαρρύνει την απώλεια βάρους, ενώ το εξωσχολικό περιβάλλον οδηγεί στην ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους. Οι πολιτικές υγιεινής διατροφής στα σχολεία πρέπει να απευθύνονται και στους μήνες διακοπών.

Η υπέρταση στους εφήβους φέρνει καλές σχολικές επιδόσεις, λέει επιστημονική δημοσίευση στο Psychosomatic Medicine. Γερμανοί ερευνητές που εξέτασαν 7.688 αγόρια και κορίτσια ηλικίας 11 έως 17 βρήκαν ότι το 11% είχε υπέρταση. Τα παιδιά αυτά έχουν αυξημένη αυτοπεποίθηση και λιγότερα συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με τους συμμαθητές τους με κανονική ή χαμηλή πίεση. Η αυξημένη πίεση στο αίμα μπορεί να διεγείρει τις νευρικές ίνες στον εγκέφαλο που απελευθερώνουν τα αρνητικά συναισθήματα, δημιουργώντας έναν βιολογικό βρόχο ανάδρασης, υποθέτει ο Dr. Christoph Hermann-Lingen, καθηγητής Ψυχοσωματικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Göttingen, συγγραφέας της μελέτης. Από την άλλη, τα παιδιά με υπέρταση, σύμφωνα με τον ίδιο, έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα, ξοδεύουν περισσότερες ώρες μπροστά στην τηλεόραση ή τους υπολογιστές και έχουν περισσότερες πιθανότητες να αισθάνονται σωματικά εκτός φόρμας.

...ΈΧΕ ΤΟ ΝΟΥ ΣΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ!



Βασανιστική, επιδημική ασθένεια

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται η νόσος του αιώνα για τους ενήλικες και ιδιαίτερα για τα παιδιά. Συνδέεται άμεσα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και τις διατροφικές μας συνήθειες και είναι υπεύθυνη για σοβαρότατα προβλήματα υγείας. Ο υγιεινός τρόπος ζωής από μικρή ηλικία, με τις κατάλληλες ιατρικές συμβουλές, μπορεί να φέρει αποτελέσματα

Του **Δημήτρη Ν. Παπαρήστου***

Παχυσαρκία είναι η παθολογική εκείνη κατάσταση όπου υπερβολική άθροιση λίπους στο σώμα συνεπάγεται προβλήματα υγείας (όπως π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης, η πρόωρη αθηρωμάτωση, η καρδιαγγειακή νόσος και ο καρκίνος) οδηγώντας γρηγορότερα στον θάνατο. Η διάγνωση της (καθώς οι μέθοδοι άμεσης λιπομέτρησης είναι πολύπλοκες) βασίζεται στον δείκτη μάζας σώματος (BMI), που υπολογίζεται από τον λόγο βάρους (σε gr) προς το τετράγωνο του ύψους (σε cm) (BMI = B/Y²). Ανθρωποι με BMI > 25 είναι υπέρβαροι και >30 είναι παχύσαρκοι. Στα παιδιά, καθώς ο BMI αλλάζει με το φύλο και την ηλικία, παιδιά με BMI > 85 εκατοστημορίου του φυσιολογικού νομογράμματος θεωρούνται υπέρβαρα και >95 εκατοστημορίου πιο υπέρβαρο (όχι «παχύσαρκα», για ψυχολογικούς λόγους). Δείκτες κατανομή λίπους (όπου ο λόγος «μέσης» προς «γοφού») πληροφορούν για τον τύπο της παχυσαρκίας, καθώς οι «κεντρική» (που το σώμα μοιάζει με μήλο) σε σχέση με την «περιφερική» (που το σώμα μοιάζει με αχλάδι) είναι πλέον επικίνδυνη για την υγεία.

Επιδημική αύξηση της παχυσαρκίας στα τελευταία 40 χρόνια κυρίως στις αναπτυγμένες αλλά και τις υπό ανάπτυξη χώρες (και τον τριπλασιασμό της συχνότητας της στα τελευταία 20 χρόνια) την καθιστούν πρώτο (από τους αντιμετώπισιμους) κίνδυνο δημόσιας υγείας. Στην Ελλάδα, το 30,7% των γυναικών και το 46,9% των ανδρών είναι υπέρβαροι και το 17% των ανδρών και το 17% των γυναικών είναι παχύσαρκοι. Το πλέον εντυπωσιακό όμως είναι η εκθετική αύξηση της στα παιδιά. Περί το 30% των παιδιών στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Αυτές οι διαπιστώσεις υπαγορεύουν την ανάγκη κατανόησης του φαινομένου και της αντιμετώπισής του.

Επιπτώσεις στην υγεία και τη ζωή

Οι παχύσαρκοι πολύ συχνότερα από τους άλλους παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, όπως π.χ. σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, υπέρταση,

δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακή νόσο (που όταν συνυπάρχουν λέγονται «μεταβολικό σύνδρομο» που αποδίδεται στη μειωμένη δράση την ινσουλίνης - ινσουλινική αντοχή). Επίσης, η παχυσαρκία συνδέεται με διαταραχές εμμήνου ρύσεως υπογονιμότητα, ουρική αρθρίτιδα και δυσκινησία, χολολιθίαση, λιπώδες ήπαρ, άπνοια, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια και καρκίνο (μαστού, ωοθηκικής, εντέρου, προστάτη, χοληδόχου κύστεως κ.ά.). Στα παχύσαρκα παιδιά, τα πρώτα κλινικά στοιχεία είναι ψυχολογικά (μειωμένη αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, βουλιμία, κοινωνικός αποκλεισμός). Μπορεί να παρουσιάσουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, πρόωρη εφηβεία και εμμηναρχή. Βρέθηκε πρόσφατα ότι μικρά παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν πρόωρη αθηρωμάτωση. Μέσω όλων αυτών, η παχυσαρκία μειώνει τον χρόνο ζωής κατά 7-10 χρόνια.

Η ρύθμιση του λίπους στο σώμα είναι πολύπλοκη. Ο οργανισμός λαμβάνει τροφικά υλικά (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη) που χρησιμοποιεί για τη διατήρηση της δομής του (π.χ. πρωτεΐνες) ή ως καύσιμα (π.χ. υδατάνθρακες, λίπη) για παραγωγή ενέργειας. Έτσι, 1 gr λίπους οξειδωμένο αποδίδει 9 Kcal (ενώ 1 gr υδατάνθρακα ή πρωτεΐνης αποδίδει 4 Kcal).

Η υπερφαγία ή μείωση της «καύσης» των τροφών (όπως σε μειωμένη δραστηριότητα ή χαμηλό μεταβολισμό - που δεν έχει αποδειχθεί ποτέ στους παχύσαρκους) οδηγεί σε παχυσαρκία. Αρχικά, αυξάνεται το μέγεθος των λιποκυττάρων και αργότερα ο αριθμός τους. Η εναπόθεση λίπους στα όργανα (ήπαρ, καρδιά) μειώνει τη λειτουργικότητά τους.

Η ρύθμιση της άθροισης λίπους επιτελείται στον υποθάλαμο (τμήμα του εγκέφαλου). Εκεί καθορίζεται η πείνα για συγκεκριμένη τροφή, ο κορεσμός αλλά και η μεταβολική κατεύθυνση (αύξηση ή μείωση μεταβολισμού), με τη λειτουργία ενός πολύπλοκου δικτύου ορμονικών πεπτιδίων (NPY, ορεξίνες κ.τ.λ.), αφού ληφθούν πληροφορίες μέσω ορμονών που φτάνουν εκεί από την περιφέρεια, για την αποθήκευση λίπους (π.χ. λεπτίνη), το μεταβολικό καθεστώς (ινσουλίνη), την ύπαρξη τρο-

φής στο στομάχι (π.χ. γκρελίνη, CCK) και άλλες μέσω νευρικών ινών, για τη διαθεσιμότητα της τροφής (οσμές, εικόνες), με βάση τη μνήμη προηγούμενων γευστικών εμπειριών (ιππόκαμπος) και την ήδονη που προκαλέσαν (αμυγδαλοειδής πυρήνας).

Αίτια της παχυσαρκίας

Σπάνια (<10%) η παχυσαρκία είναι απότοκη συγκεκριμένων γενετικών βλαβών (π.χ. σύνδρομο Prader - Willi, μετάλλαξη υποδοχέα λεπτίνης κ.ά.), ενδοκρινικών νοσημάτων (υποθυρεοειδισμός, υποφυσιογενής νανισμός, σύνδρομο Cushing κ.ά.) ή χρήσης φαρμάκων (π.χ. κορτιζόνης, ψυχοτρόπων, αντιεπιληπτικών κ.ά.). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η παχυσαρκία είναι ιδιοπαθής και προκύπτει αν για διάστημα κάποιος λάβει περισσότερη τροφή απ' ό,τι μεταβολίζει. Φαίνεται ότι η ρύθμιση αυτής της ισορροπίας στους παχύσαρκους γίνεται σ' ένα «υψηλότερου βάρους» επίπεδο. Γι' αυτό ευθύνονται: α) γενετικοί παράγοντες, π.χ. είναι μεγάλη η πιθανότητα να γίνει παχύσαρκο ένα παιδί αν και οι δύο γονείς του είναι παχύσαρκοι, β) περιβαλλοντικοί παράγοντες. Έτσι π.χ. το πρότυπο του υπερκαταναλωτισμού στις αναπτυγμένες και τις υπό ανάπτυξη κοινωνίες, η χρήση του αυτοκινήτου για κάθε μετακίνηση, η παγκοσμιοποίηση των εταιρειών «φτηνού ανθρωπίνου γέυματος» και σακχαρώδων ποτών, η θεράπεια διαφήμιση αυτών των προϊόντων μέσω TV ή Διαδικτύου, με «παιχνάκια» για τα παιδιά και ταυτόχρονα η διασκέδαση των παιδιών (αλλά και των μεγάλων) μέσω TV και PC σ' έναν καναπέ, τρώγοντας πατατάκια και όχι με έξοδο και αθλοπαιδιές υπακούονται τα μέγιστα.

Η **ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ** είναι μια μάλιστα για την κοινωνία, ιδιαίτερα για τα παιδιά. Αν δεν ληφθούν κατάλληλα μέτρα, τα παιδιά αυτά θα ζήσουν λιγότερο και χειρότερα από τους γονείς τους. Η τεχνολογία δεν πρέπει να καταρτηθεί, αλλά να χρησιμοποιηθεί και αξιοποιηθεί ορθολογικά. Η επαγρύπνηση και η διάθεση αλλαγής σ' έναν τρόπο ζωής πιο υγιεινό και σύμφωνο με τις ιατρικές συμβουλές μπορεί να φέρει ένα καλύτερο μέλλον.

* Ο Δημήτρης Ν. Παπαρήστου είναι Αν. καθηγητής Ενδοκρινολογίας ΔΠΘ, ενδοκρινολόγος και παθολόγος/διαβητολόγος, PDF Yale Univ (USA) και Mc Gill (Canada), διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής Θεραπευτηρίου Metropolitan και σύμβουλος Ωνασίου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου

Αντιμετώπιση

ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΔΥΣΚΟΛΟ (αλλά όχι αδύνατο) να αντιμετωπιστεί η παχυσαρκία εφόσον εγκατασταθεί. Είναι οπωσδήποτε προτιμότερη η πρόληψή της και εδώ η προσπάθεια στοχεύει κυρίως στην αγωγή των παιδιών σε επίπεδο οικογένειας, σχολείου, κοινωνίας ή πολιτείας. Ένας παχύσαρκος απευθύνεται στον γιατρό για να ελεγχθεί για τυχόν καταστάσεις που προκαλούν παχυσαρκία ή για αντιμετώπιση συνεπειών της. Με την καθοδήγησή του πρέπει να ξεκινήσει μια μακροπρόθεση στρατηγική απώλειας βάρους με δίαιτα και άσκηση.

Η δίαιτα πρέπει να έχει πολλά και μικρά γεύματα, σχετικά άγλυκα, άλιπα και ανάλατα, με πολλά φρούτα και φυτικές ίνες. Όσο πιο αργή η απώλεια βάρους τόσο πιθανότερο να μην υποτροπιάσει η παχυσαρκία. Προτεινόμενος ρυθμός είναι περίπου 2 κιλά ανά μήνα. Η άσκηση μπορεί να >4 km περπάτημα σε μία ώρα. Αν ο γιατρός το κρίνει μπορεί να χρησιμοποιηθούν εγκεκριμένα φάρμακα. Αν οι προσπάθειες αποτύχουν πολλές φορές και ο BMI είναι >40, η βαριατρική ιατρική μπορεί να δώσει λύση.

Στοχεύοντας στην πρόληψη, πρέπει να ενθαρρύνεται ο θάλασμος των γυναικών καθώς έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να αποτρέψει την παχυσαρκία στα παιδιά. Η εξέταση της ψυχολογίας ενός υπέρβαρου παιδιού, η αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού και η ενθάρρυνση της αυτοεκτίμησής του είναι εκ των ων ουκ άνευ. Πυρήνας της προσπάθειας είναι η εκπαίδευσή του να αντιτάσσεται στις εφηίρες της εποχής. Αποφυγή σακχαρούχων ποτών, των γλυκών, των τηγανητών και του λίπους (των λεγόμενων χαζοτροφών) και εμπλοτισμός του διατολογίου με γάλα χαμηλής λιπαρών (όχι σε παιδιά κάτω από 2 ετών), χυμούς, φρούτα και λαχανικά και ορθές ποσότητες ψαριών και άλλων πουλερικών και κρέατος σε συνδυασμό με μείωση των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης (σε κάτω από 2 ώρες /ημέρα) και ομοίως του PC και ενθάρρυνση αθλοπαιδιών και γυμναστικής αποτελούν μερικά μόνο μέτρα ορθής κατεύθυνσης. Η συνεργασία με την οικογένεια (και αν χρειαστεί παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειές της) είναι απαραίτητη.

Συμπερασματικά:

Η **ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ** είναι μια μάλιστα για την κοινωνία, ιδιαίτερα για τα παιδιά. Αν δεν ληφθούν κατάλληλα μέτρα, τα παιδιά αυτά θα ζήσουν λιγότερο και χειρότερα από τους γονείς τους. Η τεχνολογία δεν πρέπει να καταρτηθεί, αλλά να χρησιμοποιηθεί και αξιοποιηθεί ορθολογικά. Η επαγρύπνηση και η διάθεση αλλαγής σ' έναν τρόπο ζωής πιο υγιεινό και σύμφωνο με τις ιατρικές συμβουλές μπορεί να φέρει ένα καλύτερο μέλλον.

Κατασκευασμένο ως «πρόβλημα», σε ένα σχολείο που καταρρέει



Η διαταραχή υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής (ADHD) είναι το σύνδρομο που θεωρείται ότι αφορά το 4% των παιδιών ηλικίας από 7 έως 15 ετών. Η παράλυση του εκπαιδευτικού συστήματος αυτή την εποχή της κρίσης καθώς και το σχολείο που είναι πλέον προσαρμοσμένο στις ανάγκες της αγοράς επιτείνουν τα μαθησιακά προβλήματα των νέων. Η απάντηση: να ξαναρχίσουμε όλοι να μιλάμε πάνω στα γεγονότα της ζωής, στον πόνο και στις συγκρούσεις

Το **Θεόδωρου Μεγαλοκονόμου***

Διπλή η διαδρομή της «κλινικής οπτικής» στην αλληλεπίδρασή της με τον ψυχικό πόνο. Από τη μια, το «ιατρικό βλέμμα» που, όπως λέει ο Umberto Galimberti, «δεν συναντά τον άρρωστο, αλλά την αρρώστια του» με τρόπο που «η υποκειμενικότητα του αρρώστου εξαφανίζεται πίσω από την αντικειμενικότητα των παθολογικών σημείων». Από την άλλη, η «κλινική οπτική» δεν θεμελιώνεται μόνο στο «ιατρικό βλέμμα», αλλά έρχεται «από μακριά», από την «εξουσία που παράγει», από την επιδίωξη της «θετικής επιρροής» στη ζωή και της «υπολογισμένης διαχειριστικής της», η οποία λειτουργεί με τρόπο που οδηγεί σε μια βαθιά εσωτερική ευεξία, η οποία ενσωματώνει το «ιατρικό βλέμμα» μέσα στην εμπειρία του ψυχικού πόνου, έτσι ώστε αυτό ν' αποτελεί συστατικό στοιχείο της γλώσσας με την οποία αυτός εκφράζεται. Μέσα στο συγκεκριμένο κοινωνικό/πολιτιστικό πλαίσιο και με τη διεπιστημονική επίδραση των ποικίλων παραμέτρων της βιο-πολιτικής, μέσω του εκπαιδευτικού συστήματος, των ΜΜΕ κ.λπ., η γλώσσα της οδύνης συχνά μορφοποιείται και διατυπώνεται στο ιατρικό, ή ψυχολογικό, ιδίωμα, απαιτώντας τις αντίστοιχες απαντήσεις (φάρμακο και τεχνικές κάθε είδους).

Δεν θέλουμε να ισχυριστούμε ότι ο ψυχικός πόνος δεν είναι ένα σοβαρό και διαρκώς επιδεινούμενο πρόβλημα στη σύγχρονη κοινωνία. Το ζήτημα είναι πώς ορίζεται, πώς προσδιορίζονται οι αιτίες του και ποια είναι η απάντηση. Μπορεί αυτή η απάντηση να είναι το «χάπι της ευτυχίας», το «χάπι που ναρκώνει», το χάπι που μας κάνει να ξεχνάμε την πηγή των προβλημάτων; Επικεντρωνάσμε στην εφαρμογή αυτών των προσεγγίσεων στα παιδιά και συγκεκριμένα σ' ένα ζήτημα που έχει προκαλέσει τεράστια συζήτηση διεθνώς, αυτό των «υπερκινητικών» και «απρόσεχτων» παιδιών που αποτυγχάνουν στο σχολείο, καθώς και στη φαρμακολογική αντιμετώπισή τους με τη ριταλίνη.

Η διαγνωστική κατηγορία πίσω από την οποία μοδοποιούνται αυτές οι συμπεριφορές των παι-

διών αναφέρεται στα ταξινομικά συστήματα ως «διαταραχή υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής» (ADHD), η οποία χαρακτηρίζει καταστάσεις όπου συνυπάρχουν κινητική υπερδραστηριότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία.

Στην εκπαίδευση

Γνωρίζουμε ότι οι δάσκαλοι, καθηγητές κ.λπ. έρχονται συχνά σε μεγάλη δυσκολία να διαχειριστούν καταστάσεις που δημιουργούνται στην τάξη από κάποιους «διαφορετικά», ή «προβληματικά», όπως αμέσως χαρακτηρίζονται, παιδιά – παιδιά που δεν μπορούν να παρακολουθήσουν την επιθυμητή γενική πρόοδο της τάξης, δυσκολεύονται στη μάθηση και λειτουργούν διαταρακτικά -, παιδιά ανήσυχα, απρόσεχτα, που δεν «υπ-ακούνε», δεν φέρνουν εις πέρας τα καθήκοντά τους ή δεν ακολουθούν τις οδηγίες, δεν έχουν θέληση, χάνουν τα πράγματά τους, είναι παρορμητικά, ακατάστατα, ενοχλητικά, μιλάνε πολύ, διακόπτουν τους άλλους, μπλοκάρουν στα πόδια των άλλων. Όλα αυτά είναι χαρακτηριστικά της σχολικής τάξης (με τα θρανία κ.λπ.), αλλά είναι, για όλους μας, πιο ανεκτά στον ανοιχτό χώρο, σε μια πλατεία ή στην παραλία το καλοκαίρι. Ξέρουμε ότι το να έχει μαθητές καλούς, προσεκτικούς και υπάκουους, παιδιά επαρκή, σβέλτα και «πολύ προσεκτικά» είναι το όνειρο κάθε δασκάλου.

Μία από τις «εύκολες απαντήσεις» σ' αυτή τη δυσκολία, όπως σε πολλές άλλες ανθρώπινες αντιφάσεις, είναι το φάρμακο. Η ριταλίνη, το Stratera κ.λπ. Ειδικότερα η ριταλίνη (μια αμφοεταμίνη που η φαρμακολογική της επίδραση δεν είναι μόνο στα παιδιά με υπερκινητικότητα, αλλά απλώνεται σε μια γενική ευνοϊκή δράση στη σχολική επίδοση), η οποία είχε αποσπρηθεί παλιότερα, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών της (εθιστικό κ.λπ.), έχει γίνει το σύμβολο του γρήγορου ναρκωτικού, επαρκούς, σιωπηλού, συμπτωματολογικού, που, ως διά μαγείας, κάνει πιο προσεκτικό αυτόν που δεν είναι και πιο ήσυχον αυτόν που είναι πολύ ανήσυχος: το «χάπι της υπακοής».

Θεωρείται πως από τη διαταραχή πάσχει το 4% των παιδιών ηλικίας από 7 έως 15 ετών – ενώ δεν θεωρείται επιτρεπτό να τεθεί η διάγνωση του ADHD σε ηλικία κάτω των τεσσάρων ετών. Για να μπει η διάγνωση, πρέπει, όχι μόνο τα συμπτώματα να είναι σοβαρού βαθμού, αλλά και να υπάρχουν σε περισσότερα περιβάλλοντα ζωής ταυτόχρονα και, πάνω απ' όλα, να εμποδίζουν το παιδί

να λειτουργήσει όπως θα έπρεπε, στο σπίτι, στο σχολείο, με τους φίλους, από μόνο του κ.λπ. Η διάγνωση, φυσικά, θα πρέπει να γίνεται ύστερα από σοβαρή κλινική εξέταση και όχι στη βάση ερωτηματολογίων, όπως υπάρχει η τάση να γίνεται σε ορισμένες χώρες, που συμπληρώνονται από γονείς και εκπαιδευτικούς.

Δυσλειτουργίες συμπεριφοράς

Η προσοχή και η απουσία προβλημάτων συναισθηματικού χαρακτήρα είναι τα γενικά προαπαιτούμενα για οποιαδήποτε τύπου μάθηση. Η αναγνώριση, ωστόσο, μιας παθολογίας της προσοχής και της κίνησης, που εμποδίζει τη μάθηση, χρειάζεται μεγάλη προσοχή, γιατί αντιπροσωπεύει μια κωδικοποίηση (μια περιγεγραμμένη νόσο, ένα σύνδρομο) που έχει δραματικές συνέπειες σε όλα τα επίπεδα, προσωπικό (για το παιδί), οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό.

Ορισμένοι θεωρούν το ADHD έναν απλό κατάλογο συμπεριφορικών δυσλειτουργιών, ως κάτι, δηλαδή, που δεν αρκεί για την ταυτοποίηση μιας αρρώστιας. Θεωρούν ότι ο ανεπαρκής ορισμός αυτών των συμπεριφορών από λειτουργικής πλευράς καθιστά εξαιρετικά προβληματικό να εμφανίζεται το ADHD ως μια διαγνωστική κατηγορία. Στη βάση των τωρινών επιστημονικών δεδομένων, η διάγνωση του κινδυνεύει να υποκρύπτει κίνητρα πρωτίστως οικονομικού χαρακτήρα και να μην απευθύνεται στα πραγματικά συμφέροντα του παιδιού ασθενούς.

Διάγνωση

Μία από τις δυσκολίες για τη διάγνωση του

σημαίνει την παρεμβολή της σύνθεσης κάποιων πρωτεϊνών που, με τη σειρά τους, επηρεάζονται από παράγοντες περιβαλλοντικούς, όπως το στρες, τα τραύμα, η έλλειψη γονικής φροντίδας.

Τα παιδιά αυτά, με την «υπερκινητικότητα» και την «απροσεξία», κουράζονται πολύ περισσότερο από τα συνολικά τους για να καταφέρουν να κάνουν πράγματα θεωρούμενα φυσιολογικά. Η κατάσταση στο σπίτι μπορεί να επιδεινωθεί από το γεγονός ότι, πέραν όλων των άλλων, επιπροστίθεται και το γεγονός της κόπωσης

επιφυλάσσεται για ένα πολύ μικρό ποσοστό πολύ βαριών περιπτώσεων.

Η θεραπεία με τη ριταλίνη δεν βελτιώνει καθαυτή τη σχολική απόδοση των παιδιών, στον βαθμό που οι διαδικασίες που συνδέονται με τη μάθηση είναι κάτι πολύ πιο σύνθετο από το απλό να «προσέχει κανείς». Αν και δεν βελτιώνει τη μάθηση, αν και δεν θεραπεύει την υποτιθέμενη υποκείμενη ψυχοπαθολογία του συνδρόμου, φαίνεται ότι βοηθά στην καλύτερη κοινωνική αποδοχή του παιδιού.

Ο φόβος από την ευρεία χρήση της ριταλίνης (όπως όλων των μονομερών φαρμακολογικών απαντήσεων) είναι ότι θα θέσει εμπόδια στις προσπάθειες για δημιουργία παιδουχιατρικών υπηρεσιών, πράγμα που θα μετατρέψει τη χρήση της σε κοινωνικό έλεγχο. Ο κίνδυνος είναι, δηλαδή, να γλιστρήσουμε προς μια εργαλειακή χρήση τόσο της διάγνωσης όσο και του φαρμάκου και των θεραπειών, εν γένει, για τους σκοπούς του κοινωνικού ελέγχου όλων αυτών που δεν χωράνε σε προαποφασισμένους κανόνες, σε μια περίοδο περικοπών και έλλειψης πόρων.

Πατί, εκτός από τα συμφέροντα των φαρμακευτικών εταιρειών, που είναι ισχυρά και προσδιορίζουν τις κουλτούρες, υπάρχει και μια προσπάθεια πολύ ευρεία στην κατεύθυνση της απλοποίησης των κοινωνικών και των ψυχολογικών προβληματικών: φτωγαίνουν, δηλαδή, τα σχεσιακά, κοινωνικά, οικογενειακά περιβάλλοντα, μετατρέποντας κάθε οδύνη και δυσφορία σε πρόβλημα ψυχοβιολογικό, πράγμα που αποκόβει κάθε νόημα από τις ανθρώπινες σχέσεις.

Το ζήτημα είναι, ωστόσο, να διευρύνουμε τους οριζόντες μας και να προάγουμε παρεμβάσεις σε μια οπτική που ν' ανταποκρίνεται στην πολυπλοκότητα του προβλήματος, μια οπτική σφαιρική και ολιστική.

Αναγνωρίζοντας, δηλαδή, τις καταστάσεις οδύνης και δυσκολίας, θα πρέπει να χρησιμοποιούμε όλα τα μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας για να την ελαττώσουμε, να τη θεραπεύσουμε, για να



της οικογένειας στη δυσκολία, ή αδυναμία της, να βρει τρόπους προσαρμογής και εκπαίδευσης των παιδιών που έχουν πιο ειδικές ανάγκες από άλλα.

Μια ανάλυση των πειραματικών τεστ που χρησιμοποιούνται για την προσοχή και την υπερδραστηριότητα αναδεικνύει δεδομένα που δείχνουν ότι τα παιδιά είναι σε θέση να δώσουν προσοχή σε δραστηριότητες που τους είναι ευχάριστες, ενώ είναι απρόσεκτα σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη μάθηση, αν στη δική τους αντίληψη είναι λιγότερο ευχάριστες. Μπορούμε, τότε, να μιλήσουμε για «έλλειψη προσοχής σ' ένα περιβάλλον με μικρά κίνητρα» ή για «άγχος της μάθησης». Ή για συμπεριφορές υπερκινητικές σ' ένα οικογενειακό πλαίσιο με παθολογική επικοινωνία και άλλες σοβαρές ψυχοπαθολογίες.

Αντιμετώπιση

Θεραπευτικά, οι κύριες παρεμβάσεις είναι, από τη μια, αυτές που ενεργούν πάνω στο περιβάλλον των παιδιών, το οποίο τροποποιούν για ν' ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες του παιδιού και, από την άλλη, υποστηρίζουν το παιδί ν' αναπτύξει στρατηγικές που του επιτρέπουν να παρακάμψει το πρόβλημα. Κανονικά το φάρμακο θα έπρεπε να

λύσουμε αυτή την κατάσταση οδύνης, πόνου, αρρώστιας – και με τα φάρμακα. Αλλά δεν μπορούμε ν' ανάγουμε το ζήτημα στο φάρμακο.

Αυτό που μπαίνει, δηλαδή, σε αμφισβήτηση δεν είναι μια κλινική πραγματικότητα, περιγραφική και φαινομενολογική, αλλά η μέθοδος, που προάγεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες (πιθανώς, όχι τόσο λόγω του κέρδους – γιατί το συγκεκριμένο φάρμακο είναι σχετικά φτηνό), αλλά γιατί δικαιώνει μια κουλτούρα και διατηρεί μια κοινωνική στάση.

Πρέπει, επομένως, ν' αναρωτηθούμε σε ποιο βαθμό η κοινωνική και λειτουργική ομογενοποίηση του σχολικού συστήματος αναδεικνύει και δίνει

έμφαση σε μια πραγματικότητα που δεν είναι αναγκαία παθολογική.

Πρέπει ν' αναρωτηθούμε επάνω στη λειτουργία του σχολείου, στα επίπεδα ανοχής του, στις ακαμψίες του και ταυτόχρονα ν' αναπτύξουμε τα μέσα για να μπορούμε ν' αναγνωρίζουμε με ακρίβεια τον πληθυσμό που έχει πραγματικά ανάγκη το φάρμακο.

Η εμπειρία έχει δείξει, πέραν πάσης αμφισβήτησως, ότι το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών με αυτό το πρόβλημα μπορεί να βελτιωθεί με διαδικασίες στις οποίες εμπλέκονται γονείς, σχολείο, υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ενα μικρό μόνο μέρος έχει ανάγκη το φάρμακο.

Χρειάζεται, ακόμα, ν' αναρωτηθεί κανείς, «τι πάμε να θεραπεύσουμε με τη ριταλίνη» - δεδομένου ότι έχει μια γενική «ευεργετική» επίδραση.

Κι ακόμα, όσοι προωθούν τη χρήση της ριταλίνης δείχνουν τον ίδιο ζήλο για τη δημιουργία παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, καθώς και άλλων θεραπευτικών μεθόδων, πέραν των φαρμακολογικών;

Ο κίνδυνος είναι να διοχετευθούν προς το σύνδρομο ένα μέρος των προβλημάτων, των δυσκολιών, της της μοναξιάς παιδιών, γονιών και δασκάλων, που δεν ακούγονται και δεν φροντίζονται «αλλού και αλλώς».

Μαζί γονείς και δάσκαλοι

Η απάντηση που επικεντρώνεται στη φαρμακολογική παρέμβαση, συλλαμβάνει και απαντά στο πρόβλημα μονοδιάστατα και απλοποιητικά, αντιμετωπίζοντας το ως ατομικό, ψυχολογικό/βιολογικό πρόβλημα. Το σχολείο ως τέτοιο, η οργάνωσή του, η λειτουργία του, οι στόχοι του, το περιεχόμενο και η μεθοδολογία της διδασκαλίας, οι σχέσεις ανάμεσα σε διδάσκοντες και διδασκόμενους, το «κλίμα» και η «ατμόσφαιρα» μέσα στην τάξη, η καλλιέργεια, ή όχι, της δημιουργικότητας, της συμμετοχής και της πρωτοβουλίας ενάντια στην παθητικότητα και τη μηχανική αποστήθιση – όλα αυτά μένουν απ' έξω. Κανένας προβληματισμός π.χ. για το παραδοσιακό σχολικό πλαίσιο, με τη μετωπική διάταξη για τη διεξαγωγή του μαθήματος και τα παιδιά ακίνητα στα θρανία, διάταξη που λειτουργεί εκρηκτικά για τα παιδιά με το ADHD, όπως και για τα αυτιστικά, τα σπαστικά κ.λπ. Εχει, ωστόσο, παρατηρηθεί ότι, σ' ένα περιβάλλον που απαιτεί πολλή κίνηση και ταχύτητα σχέσεων και δράσεων, το παιδί με ADHD λειτουργεί καλύτερα από τα κανονικά... Τα υπερκινητικά παιδιά έχουν, προφανώς, ανάγκη συγκεκριμένων τροποποιήσεων του περιβάλλοντός τους, πάνω απ' όλα του σχολικού (διδασκτικές δραστηριότητες δομημένες και προβλέψιμες, οργανωμένες για μικρά χρονικά διαστήματα εναλλασσόμενα από διαλείμματα, διευκολυντική οργάνωση των χώρων της τάξης, ισχυρή υπογράμμιση των θετικών πλευρών).

Η «κουλτούρα του ADHD»

Τελευταία, σε ΗΠΑ και Αγγλία αναπτύσσεται η «κουλτούρα του ADHD», ότι αυτό είναι ένα οργανικό σύνδρομο, που δεν έχει τύχη της αναγκαίας

αναγνώρισης και από την άλλη, η κινητοποίηση των οικογενειών για ν' αναγνωρισθεί.

Η κατασκευή του συνδρόμου ως προβλήματος προωθείται στον ίδιο βαθμό που καταρρέει το σχολείο ως χώρος ζωής, προς χάριν ενός «άλλου σχολείου», προσαρμοσμένου, πλέον, στις ανάγκες της αγοράς – την ίδια στιγμή που η κρίση του εκπαιδευτικού συστήματος το οδηγεί στην παρά-

λυση, καθιστώντας αδύνατη ακόμα και την πιο υποτυπώδη, την πιο στοιχειώδη, καθημερινή λειτουργία του. Το σχολείο γίνεται πεδίο επιλογών στο επίπεδο της αξιολόγησης και του διαχωρισμού στη βάση της ικανότητων του καθενός – με τον δάσκαλο περισσότερο έναν προμηθευτή πληροφοριών που προετοιμάζει τους νέους για την αγορά και λιγότερο ένα πρόσωπο που «ζει μαζί και αλληλεπιδρά με άλλους ομοίους», δημιουργώντας κουλτούρα και κοινωνικές σχέσεις. Ο ειδικός και το φάρμακο κινδυνεύουν, έτσι, να παρουσιάζονται ως

η μόνη και εύκολη απάντηση σε όλα τα κακά, που δεν βρίσκουν πραγματική απάντηση στο κοινωνικό πεδίο, την ίδια στιγμή που οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν αναπτύσσουν την κουλτούρα και τη μέθοδο της «ανάληψης της φροντίδας» του περιστατικού, διαιωρίζοντας ένα φτωχό περιεχόμενο δουλειάς (που περιορίζεται στη λειτουργία «εξωτερικού ιατρείου») και υιοθετώντας ιδιωτικο-οικονομικές λογικές, σε μια διαδικασία ανοιχτής ή συγκαλυμμένης ιδιωτικοποίησης.

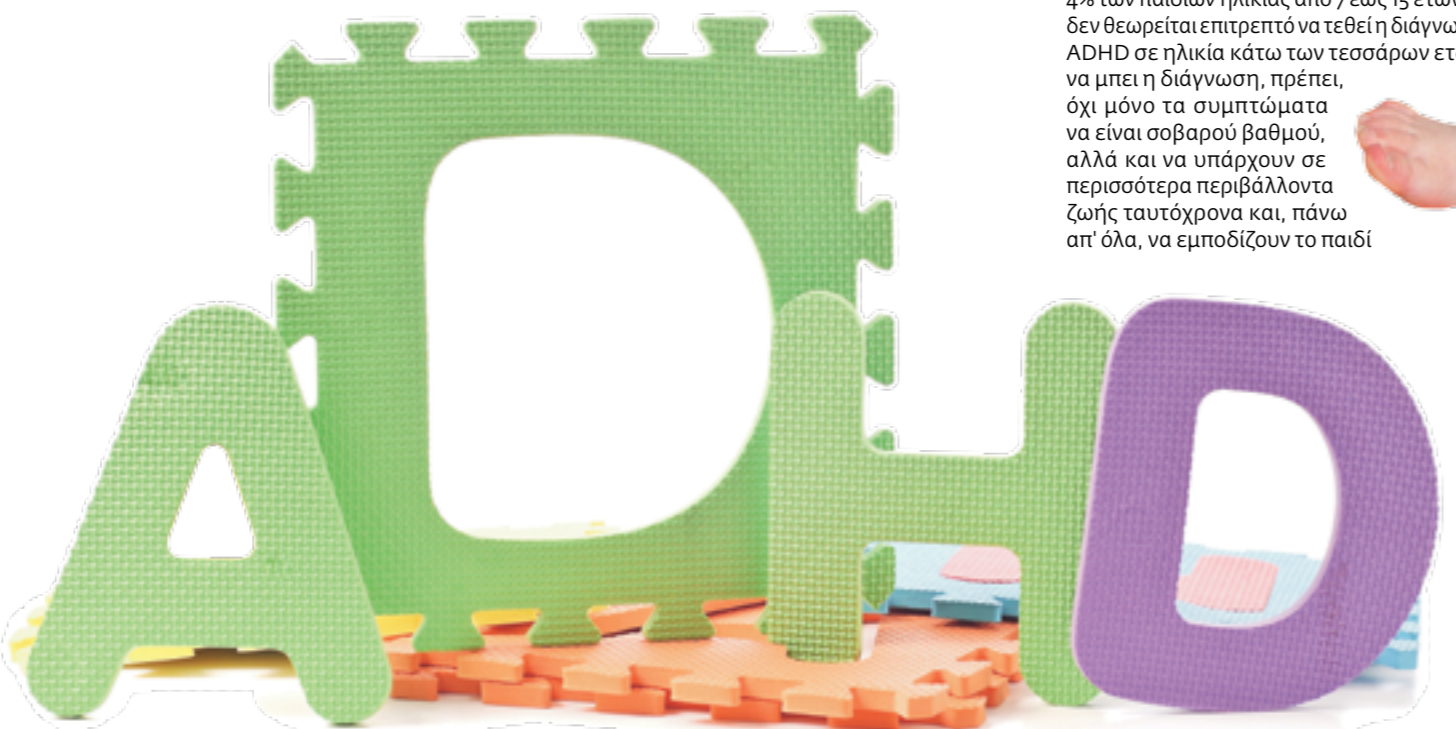
Η μόνη και εύκολη απάντηση σε όλα τα κακά, που δεν βρίσκουν πραγματική απάντηση στο κοινωνικό πεδίο, την ίδια στιγμή που οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν αναπτύσσουν την κουλτούρα και τη μέθοδο της «ανάληψης της φροντίδας» του περιστατικού, διαιωρίζοντας ένα φτωχό περιεχόμενο δουλειάς (που περιορίζεται στη λειτουργία «εξωτερικού ιατρείου») και υιοθετώντας ιδιωτικο-οικονομικές λογικές, σε μια διαδικασία ανοιχτής ή συγκαλυμμένης ιδιωτικοποίησης.

Κοινωνική αντίδραση

Η απάντηση σ' αυτή την κατάσταση είναι να διευρύνουμε το πεδίο του δυνατού, αυτού που μπορούμε να φανταστούμε, να ζητήσουμε και να διεκδικήσουμε για τη ζωή μας. Να ξαναρχίσουμε όλοι να μιλάμε, ειδικοί και μη ειδικοί, πάνω στα γεγονότα της ζωής, πάνω στον πόνο και στις συγκρούσεις που μπορούμε να τον συνοδεύουν, στην εφηβεία όπως και αργότερα. Ν' ανοίξουμε πεδία συζήτησης και αντιπαράθεσης παντού, σ' όλους τους κοινωνικούς χώρους, ορθώνοντας τα προτάγματα της κοινωνικής χειραφέτησης απέναντι στη βιο-πολιτική της εξουσίας.

Αυτό που απαιτείται είναι μια ριζοσπαστικά διαφορετική κοινωνική και πολιτική κατεύθυνση σε όλα τα επίπεδα, συμπεριλαμβανομένης της θεωρητικής και πρακτικής απόρριψης του επικρατούντος επιστημονικού παραδείγματος της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας. Μόνο μ' αυτούς τους όρους είναι δυνατό να φανταστεί κανείς την ανατροπή του κλίματος και των πρακτικών στον χώρο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σε κατεύθυνση αντίθετη με αυτή της ιατρικοποίησης και της ψυχολογικοποίησης του ψυχικού πόνου και ενεργού αντίστασης, ιδιαίτερα των ψυχιάτρων, στη μετατροπή τους σε εκουσίους διαμεσολαβητές των προϊόντων των φαρμακευτικών εταιρειών προς αυτούς που καταφεύγουν στη βοήθειά τους και ανάκτησης της θεραπευτικής σχέσης μαζί τους.

* Ο Θεόδωρος Μεγαλοκονόμου είναι ψυχίατρος, διευθυντής της 9ης Ψυχιατρικής Κλινικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής



Ένα υπέροχο μυαλό, πρ

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και το εγκεφαλικό τραύμα είναι μια μάστιγα της σύγχρονης εποχής. Σμοί πλήττουν τις νεότερες ηλικίες και αποτελούν αίτιο για πολλούς θανάτους. Ευθύνονται όμως και

Του **Πάνου Παπανικολάου***

Στο χειρουργείο

Τραυματίες με μεγάλα ενδοκρανιακά αιματώματα που πιέζουν τον εγκέφαλο και με επιπλεγμένα εμπιωματικά κατάγματα κρανίου. Αρκετά σπάνια, άλλες περιπτώσεις, όπως τραυματισμός μεγάλων αγγείων του εγκεφάλου, θα χρειαστούν χειρουργική αντιμετώπιση.

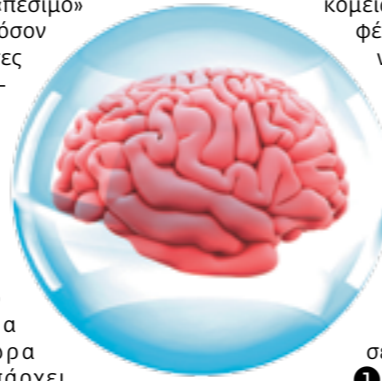
Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (τραυματισμοί της κεφαλής και του εγκεφάλου) αποτελούν μία από τις συνθεστερες αιτίες θανάτου και σοβαρής αναπηρίας σε όλο σχεδόν τον κόσμο. Αφορούν όλες τις ηλικίες και συχνότατα πλήττονται νέα άτομα, ειδικά άνδρες. Δεν είναι υπερβολή να πούμε πως οι κρανιοεγκε-

φαλικές κακώσεις αποτελούν μια σοβαρή επιδημία της σύγχρονης εποχής. Στην παιδική και στη γεροντική ηλικία η πιο συνήθης αιτία εγκεφαλικού τραύματος είναι οι πτώσεις (το «πέσιμο» πάνω στο έδαφος), ενώ όσον αφορά όλες τις ενδιάμεσες ηλικίες (έφηβοι και ενήλικες) στη μεν Ευρώπη η συνηθέστερη αιτία είναι τα τροχαία ατυχήματα, ενώ στη Β. Αμερική είναι οι πυροβολισμοί.

Το τελευταίο χρονικό διάστημα στη χώρα μας υπάρχει η γενική εντύπωση πως ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων έχει μειωθεί λόγω της μεγάλης μείωσης στην κυκλοφορία την οποία έχει επιφέρει η οικονομική κατάσταση. Δυστυχώς όμως τα πράγματα δεν είναι καθόλου έτσι. Σε ειδική ημερίδα που έγινε πρόσφατα στα πλαίσια του τελευταίου Πα- νελληνίου Συνεδρίου Νευροχειρουργικής (Ιούνιος 2013) ο εκπρόσωπος της τροχαίας αστυνομίας τόνισε πως μπορεί ο συνολικός αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων να έχει ελαττωθεί, όμως ο αριθμός των σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων έχει αυξηθεί. Αυτό οφείλεται, από τη μία, στη μέση αύξηση της ταχύτητας κίνησης των οχημάτων ειδικά μέσα στις πόλεις λόγω μείωσης της κυκλοφορίας και, από την άλλη, στη μεγάλη αύξηση που παρουσιάζεται στα κυκλοφορούντα δίκυκλα (μηχανάκια και ποδήλατα).

Στη μεγάλη πλειονότητα των τραυματιών που πεθαίνουν είτε στον τόπο του συμβάντος ή στο νοσοκομείο έπειτα από τροχαίο

ατύχημα, η αιτία του θανάτου είναι ο τραυματισμός του εγκεφάλου. Αυτό επιβεβαιώθηκε και πρόσφατα, σε μεγάλη επίκαιρη έρευνα που διεξήγαγε σε πολλά ελληνικά νοσοκομεία του κέντρου και της περιφέρειας η Ελληνική επιστημονική Εταιρεία Τραύματος και Επείγουσας Χειρουργικής. Επίσης, το εγκεφαλικό τραύμα αποτελεί την πιο συχνή αιτία σοβαρής μόνιμης αναπηρίας στις νέες ηλικίες.



Είδη κακώσεων

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κατατάσσονται σε κατηγορίες ανάλογα:

- 1 Με την εντόπιση, σε εστιακές (κάταγμα κρανίου, επισκληρίδιο αιμάτωμα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα κ.ά.) και σε διάχυτες (εγκεφαλική διάσειση, διάχυτη νευραξονική κάκωση).
- 2 Με τον μηχανισμό, σε κλειστές (συνήθως αφορούν τροχαία ατυχήματα) και σε διαττειραίνουσες (συνήθως αφορούν τραύμα από πυροβόλο όπλο).
- 3 Με τη βαρύτητα, σε ελαφριές, μέτριες, βαριές. Ο χαρακτηρισμός του βαθμού βαρύτητας καθορίζεται από το πόσο καλά ή κακά επικοινωνεί με το περιβάλλον ο ασθενής όταν φτάνει στο νοσοκομείο μετά το συμβάν. Αν ο ασθενής είναι σε κώμα, τότε λέμε πως η κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι βαριά.
- 4 Με τον χρόνο εγκτάστασης της βλάβης, σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς. Ο πρωτοπαθής τραυματισμός συμβαίνει την ίδια τη στιγμή της κάκωσης και αφορά συνήθως τον «θάνατο» πολλών νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Ο κυτταρικός αυτός θάνατος είναι οριστικός, γιατί τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου δεν αναγεννιούνται. Ο δευτεροπαθής τραυματισμός συμβαίνει αργότερα και οφείλεται σε συνέπειες του τραυματισμού που μπορούν να βλάψουν περαιτέρω τον εγκέφαλο (π.χ. ενδοκρανικά αιματώματα, εγκεφαλικό οίδημα κ.ά.) προκαλώντας τελικά εκτεταμένη μόνιμη



Βρεγματικός λοβός

Μετωπιαίος λοβός

Ινιακός λοβός

Κροταφικός λοβός

Παρεγκεφαλίδα

Νωτιαίος μυελός

οσέξετε το!

Πτώσεις, τροχαία ατυχήματα, συμπλοκές, χρήση βίας, ακόμη και... πυροβολιγια μόνιμες σοβαρές αναπηρίες. Μόνον η πρόληψη είναι καθοριστική και σώζει



Συμπερασματικά

ΟΙ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ αποτελούν μια σοβαρή «επιδημία» της εποχής μας. Στη χώρα μας η πιο συχνή αιτία με διαφορά είναι τα τροχαία ατυχήματα, και πλήττονται κατ'εξοχήν οι νεότερες ηλικίες. Εκτός από πολλούς θανάτους, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ευθύνονται για σοβαρές μόνιμες αναπηρίες. Η πρόληψη είναι καθοριστική για την αντιμετώπιση της «μάστιγας», και το μεγαλύτερο μέρος της αφορά την οδηγική παιδεία και την ασφαλή οδική συμπεριφορά. Με τα σύγχρονα μέσα η αντιμετώπιση είναι πολλές φορές σωτήρια.

Αντιμετώπιση

ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων διακρίνουμε 3 στάδια:

1 Στον τόπο του συμβάντος και κατά τη μεταφορά προς το νοσοκομείο

Η ΦΑΣΗ ΑΥΤΗ αφορά το προσωπικό άμεσης βοήθειας, δηλαδή στη χώρα μας τους γιατρούς και τους διασώστες του ΕΚΑΒ καθώς και το υγειονομικό προσωπικό Κέντρων Υγείας που πολλές φορές επίσης καλείται να παράσχει πρώτες βοήθειες κυρίως στην επαρχία. Η αρχική αντιμετώπιση του τραυματία θεωρείται σήμερα καθοριστική και υψηλών απαιτήσεων, γι' αυτό οι εμπλεκόμενοι γιατροί, νοσηλευτές και διασώστες λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση. Η εξασφάλιση των αεροφόρων οδών με ταυτόχρονη προστασία της σπονδυλικής στήλης, η εξασφάλιση του αερισμού και της κυκλοφορίας και η πρόχειρη ανάσχεση μαζικών αιμορραγιών έχουν βασική σημασία για την επιβίωση του τραυματία μέχρι να φτάσει στο νοσοκομείο.

Όσον αφορά τους παριστάμενους στο συμβάν πολίτες χωρίς ειδική εκπαίδευση, είναι θεμιτή και χρήσιμη η διάθεση να βοηθήσουν ώσπου να καταφτάσει το εξειδικευμένο προσωπικό. Το πρώτο και κύριο είναι να εξασφαλίζεται πως οι εμπλεκόμενοι στο τροχαίο και όσοι προσπαθούν να βοηθήσουν δεν κινδυνεύουν από νέο τροχαίο ατύχημα, πράγμα που δυστυχώς έχει συμβεί πολλές φορές. Η ρύθμιση της κυκλοφορίας με προειδοποίηση από μεγάλη απόσταση των οδηγών που πλησιάζουν προς το συμβάν και η τήρηση ανοιχτής διόδου για τα οχήματα βοήθειας είναι πολύ σημαντικές. Με προσοχή τα θύματα θα πρέπει να απεγκλωβίζονται και να απομακρύνονται από το όχημα όταν αυτό είναι επικίνο γιατί πάντα ελλοχεύει κίνδυνος πυρκαγιάς. Αίμα και ξένα σώματα που εμποδίζουν την αναπνοή θα πρέπει να απομακρύνονται από το στόμα του τραυματία. Αν υπάρχει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία, πρέπει να εφαρμόζεται στο σημείο πίεση με τα χέρια με τη μεσολάβηση ενός πανιού.

2 Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου (ΤΕΠ)

ΣΗΜΕΡΑ ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ η φάση αυτή αντιμετώπισης να γίνεται σε ΤΕΠ οργανωμένο και εξοπλισμένο ειδικά για την υποδοχή τραυματιών. Η ομάδα υποδοχής, από έμπειρο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ακολουθεί συγκεκριμένο αλγόριθμο διαγνωστικών και θεραπευτικών ενεργειών (πρωτόκολλο ABCDE κατά τις οδηγίες ATLS - Advanced Trauma Life Support) που κατά σειρά προτεραιότητας στοχεύει στη διατήρηση των αεροφόρων οδών, στην υποστήριξη της αναπνοής, στην υποστήριξη της κυκλοφορίας, στην εκτίμηση των εγκεφαλικών λειτουργιών και στην εκτίμηση του υπόλοιπου σώματος. Μετά τις αρχικές ενέργειες και εφόσον έχει επιτευχθεί μια πρώτη σταθεροποίηση, το πρωτόκολλο περιλαμβάνει τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας (CT) στον εγκέφαλο και στο υπόλοιπο σώμα. Όσον αφορά τον εγκέφαλο, ανάλογα με τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας και με συνεκτίμηση της κλινικής κατάστασης θα καθοριστεί αν ο τραυματίας θα οδηγηθεί στο χειρουργείο, στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ή σε απλό θάλαμο για παρακολούθηση.

3 Στο νοσοκομείο μετά το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Στο χειρουργείο οδηγούνται επειγόντως τραυματίες με μεγάλα ενδοκρανιακά αιματώματα (επισκληρίδια, υποσκληρίδια και πιο σπάνια ενδοεγκεφαλικά) που πιέζουν τον εγκέφαλο. Επίσης τραυματίες με επιπλεγμένα εμπιωματικά κατάγματα κρανίου. Αρκετά σπάνια, και άλλες περιπτώσεις (όπως τραυματισμός μεγάλων αγγείων του εγκεφάλου) θα χρειαστούν χειρουργική αντιμετώπιση. Φυσικά, εκτός από τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, επείγουσα επέμβαση χρειάζονται και τραυματισμοί σε άλλα μέρη του σώματος. Στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) οδηγούνται απευθείας από το ΤΕΠ ή μετά το χειρουργείο όλοι οι ασθενείς με βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση (αυτοί που παρουσίαζαν κώμα όταν έφτασαν) καθώς και οι τραυματίες με μέτρια κρανιοεγκεφαλική κάκωση εφόσον χρειαστεί να χειρουργηθούν για αιμάτωμα. Η ειδική εντατική θεραπεία στοχεύει βασικά στην αποτροπή της εγκεφαλικής ισχαιμίας. Με τις σύγχρονες μεθόδους (συνεχής μέτρηση της ενδοκρανιακής πίεσης, του εγκεφαλικού οξυγόνου, βιοχημικών παραμέτρων του εγκεφάλου κ.ά. και εφαρμογή εξειδικευμένων θεραπευτικών ενεργειών τη στιγμή που πρέπει) η έκβαση έχει βελτιωθεί πολύ τα τελευταία χρόνια, με μείωση τόσο των θανάτων όσο και των μόνιμων φυτικών καταστάσεων. Σε κοινό θάλαμο ή σε μονάδα βραχείας νοσηλείας οδηγούνται για παρακολούθηση οι ελαφρότερες περιπτώσεις.

ισχαιμία. Οι δευτεροπαθείς αυτές κακώσεις μπορούν δυνητικά να αποφευχθούν και η ιατρική αντιμετώπιση του κρανιοεγκεφαλικού τραυματία ακριβώς στοχεύει στην αποφυγή και τη θεραπεία τους. Αντίθετα, όπως είναι αυτονόητο, οι «πρωτοπαθείς» κακώσεις δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά, αλλά μόνο προληπτικά.

Γι' αυτό όσον αφορά τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις η πρόληψη έχει κεφαλαίωδη σημασία. Είναι ευνόητο πως τα προληπτικά μέτρα κυρίως πρέπει να στοχεύουν στη συχνότερη αιτία, που στη χώρα μας είναι τα τροχαία ατυχήματα.

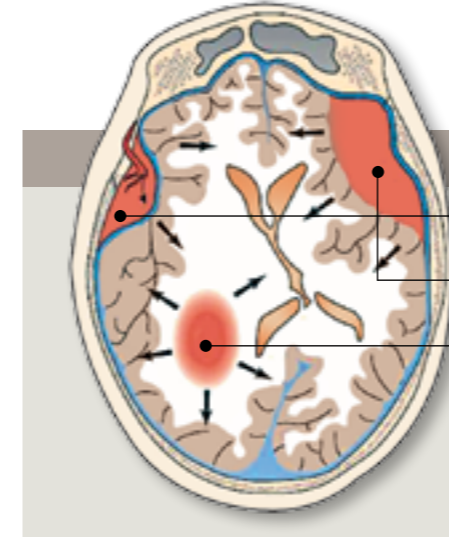
Προληπτικά μέτρα

Τα προληπτικά μέτρα αυτά αφορούν α) το κράτος και β) τους πολίτες.

Το κράτος οφείλει να παρέχει ασφαλείς δρόμους, με καλές συνθήκες φωτισμού και σηματοδότησης. Επίσης να εξασφαλίζει με το νομοθετικό πλαίσιο που θεσπίζει και με τους μηχανισμούς ελέγχου που διατηρεί τόσο την καλή κατάσταση των κυκλοφορούντων οχημάτων όσο και την επάρκεια των οδηγών. Τέλος, να προσανατολίζει το σύνολο των εμπλεκόμενων υπηρεσιών στον βασικό στόχο της οδικής ασφάλειας και όχι σε άλλες προτεραιότητες, π.χ. εισπρακτικές. Αλλιώςτε είναι τερστικό το κοινωνικό και οικονομικό κόστος που δημιουργείται από τους θανάτους και τις σοβαρές αναπηρίες λόγω τροχαίων ατυχημάτων.

Οι πολίτες οφείλουν να αντιμετωπίζουν το θέμα της οδήγησης με ευλάβεια. Οδήγηση οχημάτων σε κακή μηχανική κατάσταση, οδήγηση υπό την επήρεια αλκοολ ή/και ουσιών, οδήγηση χωρίς κράνος ή ζώνη ασφαλείας, οδήγηση φορητών χωρίς συνθηκές ασφαλούς στερέωσης του φορτίου, οδήγηση από οδηγό ασθενή ή σε υπερκόπιση, επικίνδυνη οδήγηση θα πρέπει να αντιληφθούμε πως δεν είναι απλές «επιπολαιότητες», αλλά ενέργειες εγκληματικές ενάντια στους άλλους και στον εαυτό μας.

* Ο Πάνος Παπανικολάου είναι νευροχειρουργός, επιμελητής Α', στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»



Εστιακές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Επισκληρίδιο αιμάτωμα

Υποσκληρίδιο αιμάτωμα

Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα

Η αρχική αντιμετώπιση του τραυματία θεωρείται σήμερα καθοριστική και υψηλών απαιτήσεων, γι' αυτό οι εμπλεκόμενοι γιατροί, νοσηλευτές και διασώστες λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση.



Η ψυχιατρική και η ψυχολογία καλούνται να νομιμοποιήσουν επιστημονικά την τεχνητή παθολογικοποίηση των μαθητών και του σχολείου. Ετσι διεισδύουν ως ειδικοί στο σχολείο με το πρόσχημα της πρόληψης



Ο εκφοβισμός στα σχολεία και η **βία της φτώχειας**

Η ενδοσχολική βία (bullying) και οι διαστάσεις της στη σημερινή μνημονιακή ελληνική πραγματικότητα είναι μια ιδεολογική-πολιτική κατασκευή, με στόχο την ψυχολογικοποίηση της μαθητικής συμπεριφοράς ως μηχανισμού συμμόρφωσης μαθητών, γονέων και εκπαιδευτικών

Του **Κώστα Μπαϊρακτάρη***

Είμαστε όλοι μάρτυρες της συστηματικής απόπειρας διάχυσης στο κοινωνικό σώμα, ιδιαίτερα στους νέους, μιας αντίληψης για τις πανδημικές διαστάσεις της λεγόμενης ενδοσχολικής βίας (bullying). Πρόκειται για μια ιδεολογική-πολιτική κατασκευή που με την επιστημονική συνέργεια των κυρίαρχων μοντέλων της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας και την πρόθυμη συμβολή των ΜΜΕ, που προάγουν τις μνημονιακές πολιτικές, επιχειρείται η νομιμοποίηση της βίαιης αποσάθρωσης της δημόσιας Παιδείας στο πλαίσιο της εφαρμογής των βάρβαρων αυτών πολιτικών. Πολιτικός στόχος: ο αποπροσανατολισμός μαθητών, γονέων και εκπαιδευτικών, ο έλεγχος και η συμμόρφωσή τους. Δηλαδή η ψυχολογικοποίηση-ψυχιατρικοποίηση της μαθητικής συμπεριφοράς.

Τα χαρακτηριστικά αυτά αναδεικνύονται σήμερα ακόμα πιο έντονα διότι η περίοδος κρίσης του καπιταλιστικού συστήματος που διανύουμε είναι μια περίοδος όπου επιστρατεύονται επιστήμονες και μέσα που καλούνται να μετατρέψουν τη φτώχεια και τις επιπτώσεις της στην καθημερινότητά μας σε ψυχολογικό πρόβλημα. Είναι η γνωστή μας εθνική κατάθλιψη. Μια μορφή κατάθλιψης που όμως τυχαίως αλλά «επιδημιολογικά αποτυπωμένη» πλήττει αποκλειστικά τα λαϊκά στρώματα!

Στη διαδικασία ψυχιατρικοποίησης-ψυχολογικοποίησης των κοινωνικών προβλημάτων, των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης, του πόνου συνανθρώπων που βιώνουν επώδυνα τη μετάβαση από μια βιώσιμη κοινωνικο-οικονομικά συνθήκη σε μια διαδικασία φτωχοποίησης αποσυνδέεται το ατομικό από το συλλογικό, ενοχοποιείται το άτομο

συρρικνώνοντάς το σε «περίπτωση» και επιχειρείται, με τις τεχνικές που κατασκευάζονται, να αναταχθεί η κακή «ψυχολογία της αγοράς» ή να αυξηθεί η κερδοφορία των επιχειρήσεων με το ψυχολογικό ντοπάρισμα του «ανθρώπινου δυναμικού». Επιστήμες όπως η ψυχολογία και η ψυχιατρική, με τη συμβατική ή εναλλακτική τους μορφή, έρχονται με τις ομαδικές ή ατομικές θεραπευτικές θεωρίες και τεχνικές που επινοούν να ελέγξουν στην ουσία κι όχι να απελευθερώσουν δημιουργικές δυνάμεις του ανθρώπου, επιδιώκοντας τη συρρίκνωση μιας πολυσύνθετης ατομικής και συλλογικής εμπειρίας αποκλειστικά σε ατομικό-ψυχολογικό πρόβλημα. Δηλαδή της μετατροπής των επιπτώσεων της καπιταλιστικής κρίσης, όπως π.χ. η βία της φτώχειας, σε ψυχολογικό πρόβλημα και του ψυχολογικού αυτού προβλήματος ως αιτίας της δυσαρέσκειας και αντίδρασης του πληθυσμού. Κατασκευάζεται έτσι ο φαύλος κύκλος της ενοχοποίησης των εργαζομένων και του λαού.

Σε περίοδο βίαιης ανακατανομής του πλούτου (καπιταλιστική κρίση), οι εργαζόμενοι που παράγουν τον πλούτο οδηγούνται στην οικονομική εξαθλίωση για να διασφαλιστούν τα υπερκέρδη των καπιταλιστών. Η οικονομική εξόντωση και η κοινωνική εξαθλίωση του λαού αποτελούν συνειδητή επιλογή των τρoικανών τοκογλύφων και των γηγενών πολιτικο-οικονομικών εκπροσώπων τους. Τα πλήγματα στην Υγεία, στην Παιδεία και στον κοινωνικό τομέα δεν είναι συνέπειες μιας λαθεμένης πολιτικής, αλλά αποτέλεσμα μιας συνειδητής πολιτικής επιλογής από το κυρίαρχο οικονομικό και πολιτικό σύστημα.

Σε αυτό το πλαίσιο και ο χώρος της Παιδείας και της μόρφωσης του λαού, για να προσαρμοστεί ολο-

κληρωτικά, θα πρέπει να ελεγχθεί απόλυτα.

Η κατασκευή μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου στην εκπαίδευση (π.χ. παρατηρητήρια, προληπτικά προγράμματα) είναι εργαλείο που αποσκοπεί στη συμμόρφωση και υποταγή του πιο ζωντανού και δημιουργικού μέρους της ελληνικής κοινωνίας, των νέων, στο κυρίαρχο σύστημα. Η νομιμοποίηση αυτών των μηχανισμών καταστολής και κοινωνικού ελέγχου επιτυγχάνεται μέσα από τη συρρίκνωση των «ασυμμόρφωτων μαθητών» σε προβληματικούς/μη φυσιολογικούς/μη κανονικούς. Η ψυχιατρική και η ψυχολογία καλούνται να νομιμοποιήσουν επιστημονικά την τεχνητή παθολογικοποίηση των μαθητών και του σχολείου. Ετσι διεισδύουν ως ειδικοί στο σχολείο με το πρόσχημα της πρόληψης. Ο παιδαγωγός εκτοπίζεται από τον φυσικό του χώρο, συρρικνώνεται σε άβουλο όργανο εφαρμογής ενός εκ των άνω επιβαλλόμενου αναλυτικού προγράμματος, μετατρέπεται σε «ανιχνευτή προβληματικών συμπεριφορών» και αντικαθίσταται από τον ειδικό στη διαχείριση των «προβληματικών» μαθητών και εκπαιδευτικών. Ένα πολιτικό-κοινωνικό και κατ'εξοχήν παιδαγωγικό ζήτημα μετατρέπεται σε ατομικό ψυχολογικό πρόβλημα. Ο ψυχίατρος και ο ψυχολόγος, για να νομιμοποιήσουν την παρουσία τους σε έναν χώρο στον οποίο δεν έχουν καμία απολύτως θέση, κατασκευάζουν τις προϋποθέσεις της εισβολής τους στο σχολικό περιβάλλον, μετατρέποντας μαθητές, εκπαιδευτικούς αλλά και γονείς σε εν δυνάμει προβληματικούς.

* Ο Κώστας Μπαϊρακτάρης είναι αναπληρωτής καθηγητής Ψυχολογίας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης