

01/09/13

**Κατασκευασμένο ως «πρόβλημα», σε ένα σχολείο που καταρρέει**

**Του Θεόδωρου Μεγαλοικονόμου\***

**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.**

**Η μετωπική διάταξη για τη διεξαγωγή του μαθήματος και τα παιδιά ακίνητα στα θρανία λειτουργούν εκρηκτικά για τα παιδιά με ADHD**

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 διαχείρισής της», η οποία λειτουργεί με τρόπο που οδηγεί σε μια βαθιά εσωτερικήυση, 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 διεισδυτική 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;

Επικεντρωνόμαστε 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 ομαδοποιούνται αυτές οι συμπεριφορές των παιδιών 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 κάποια «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, μπερδεύονται 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 αμφεταμίνη 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 αποσυρθεί παλιότερα, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών της (εθιστικό κ.λπ.), έχει γίνει το σύμβολο του γρήγορου ναρκωτικού, επαρκούς, σιωπηλού, συμπτωματικού, που, ως διά μαγείας, κάνει πιο προσεκτικό αυτόν που δεν είναι και πιο ήσυχο 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 οποιοδήποτε 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

διάγνωσή 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 ADHD έγκειται στο γεγονός ότι, καθώς εξαρτάται από την παρατήρηση της συμπεριφοράς των παιδιών από μέρους διαφορετικών πηγών (τους γονείς, τους δασκάλους), που συχνά διαφωνούν μεταξύ τους, γίνεται αισθητή έλλειψη μιας σαφούς μεθόδου για να αντιμετωπίζονται και να λύνονται αυτές οι αποκλίσεις. Μία από τις πηγές των αποκλίσεων είναι ότι οι συμπεριφορές επηρεάζονται από το περιβάλλον. Η σχολική τάξη, επομένως, θα μπορούσε να δώσει ώθηση σε συμπεριφορές διαφορετικές από αυτές που παρατηρούνται στο σπίτι, πέρα από τις υποκειμενικές διαφορές και τα ελλιπή εφόδια των παρατηρητών.

Ως αιτία του ADHD ως συνδρόμου θεωρείται η γενετική προδιάθεση, στην αλληλεπίδρασή της με τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Δηλαδή, ο κίνδυνος νόσησης αυξάνεται όταν υπάρχουν αρνητικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες και μειώνεται όταν υπάρχουν προστατευτικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες. Αλλά και η γενετική προδιάθεση δεν σημαίνει κάποιο φεταλιστικό υπερπροσδιορισμό: 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 συνομήλικά 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 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 τα φάρμακα θα έπρεπε να 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 απλώς 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 παιδοψυχιατρικών 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.

Γιατί, 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: φτωχαίνουν, 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 ορίζοντές 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 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 διαιώνίζει 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 αμφισβήτησεως, 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 και της μοναξιάς παιδιών, γονιών και δασκάλων, που δεν ακούγονται και δεν φροντίζονται «αλλού και αλλιώς».

### **Μαζί γονείς και δάσκαλοι**

Η απάντηση που επικεντρώνεται στη φαρμακολογική παρέμβαση, συλλαμβάνει και απαντά στο πρόβλημα μονοδιάστατα και απλοποιητικά, αντιμετωπίζοντάς 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. Έχει, 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 τύχει της αναγκαίας αναγνώρισης και από την άλλη, η κινητοποίηση των οικογενειών για ν' αναγνωριστεί.

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 παράλυση, 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 ικανοτήτων 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, διαιώνίζοντας ένα φτωχό περιεχόμενο δουλειάς (που περιορίζεται στη λειτουργία «εξωτερικού ιατρού») και υιοθετώντας ιδιωτικοοικονομικές 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 μπορούν 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 ιατροκοποίησης και της ψυχολογικοποίησης του ψυχικού πόνου και ενεργού αντίστασης, ιδιαίτερα των ψυχιάτρων, στη μετατροπή τους σε εκούσιους διαμεσολαβητές των προϊόντων των φαρμακευτικών εταιρειών προς αυτούς που καταφεύγουν στη βοήθειά τους και ανάκτησης της θεραπευτικής σχέσης μαζί τους.

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

***Πηγή: <http://www.efsyn.gr/?p=102197>***