

B. A. / m.

"Η Ευαισθητοποίηση των Παιδιάτρων της Νοτιοδυτικής Ελλάδας στην  
Ψυχική Υγεία του Παιδιού και ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας  
του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής"

098  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

Μετέχοντες Σπουδαστές:

Κων/να Αταλόγλου

Ιωάννα Καζάκου

Μαρία Κωστάκη



Υπεύθυνος Εκπαιδευτικός:

Ηλίας Γιαννικάκης Ph.D.

Καθηγητής Ψυχολογίας

Δ/ντης Σχολής Επαγγελματιών

Υγείας και Πρόνοιας

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική  
Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής  
Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού  
Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	890
----------------------	-----



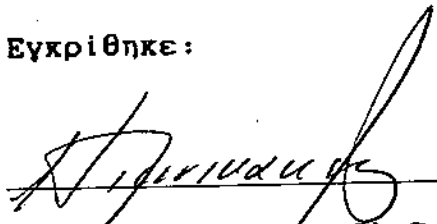
"Η Ευαισθητοποίηση των Παιδιάτρων της Νοτιοδυτικής Ελλάδας στην  
Ψυχική Υγεία του Παιδιού και ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας  
του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής"

Κων/να Αταλόγλου

Ιωάννα Καζάκου

Μαρία Κωστάκη

Εγκρίθηκε:



Γιαννικάκης Ηλίας Ph.D.

Καθηγητής Ψυχολογίας

Διευθυντής της Σχολής

Επαγγελματών Υγείας και

Πρόνοιας

---

Δρ. Μάρκος Αντώνιος

Καθηγητής Φιλοσοφίας

---

Παπαδοπούλου Χρυσούλα

Καθηγήτρια Εφαρμογών

Κοινωνικής Εργασίας

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	2
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Το πρόβλημα	6
Σκοπός της μελέτης	9
Ορισμοί όρων	10
Περιορισμοί μελέτης	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	14
Ιστορική Αναδρομή	14
Τα Στάδια Ανάπτυξης του παιδιού	19
Βρεφική ηλικία	20
Προσχολική ηλικία	22
Σχολική ηλικία	23
Εφηβική ηλικία	26
Ψυχοσωματικές Διαταραχές της Παιδικής Ηλικίας	29
Φυσιολογική και μη ανάπτυξη του παιδιού	29
Συμπτώματα που πρέπει ν' ανησυχήσουν τους γονείς στην ψυχοσωματική εξέλιξη του παιδιού	31
Παράγοντες που καθορίζουν την σοβαρότητα ενός συμπτώματος	34
Είδη διαταραχών που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία	35
Νοητική καθυστέρηση	37
Σύνδρομο Down	39

	Σελ.
Αυτισμός	39
Παιδικές ψυχώσεις (διαταραχές συμπεριφοράς)	41
Μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία, αναπτυξιακή διαταραχή γραπτού ή προφορικού λόγου, σχολική φοβία)	44
Δυσκολίες προσαρμογής (επιθετικότητα - υπερκινητικό- τητα)	47
Προβλήματα ομιλίας (δυσαρθρία, ψευδισμός, καθυστέ- ρηση ομιλίας)	51
Ενούρηση	52
Εγκόπριση	55
Μελάγχολία, κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας	56
Διαταραχές νευρικού συστήματος (εγκεφαλική παράλυση)	59
Επιληψία	61
Τικς	63
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	64
Ο Ρόλος της Οικογένειας στην Ψυχοσωματική Ανάπτυξη του Παιδιού	67
Η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ψυχική υγεία του παιδιού	67
Αγωγή υγείας και γονείς	70
Ο ρόλος της οικογένειας στην πρόληψη της ψυχικής υγείας του παιδιού	72
Συνεργασία οικογένειας και παιδιάτρου	74
Ο ρόλος του Παιδιάτρου στην Πρόληψη Ψυχικών Διαταραχών της Παιδικής Ηλικίας	75
Ο ρόλος του παιδιάτρου και η σημασία του	75
Οι ρόλοι του παιδιάτρου σήμερα	78

	Σελ.
Ο παιδίατρος ως θεραπευτής	79
Ο παιδίατρος ως ερευνητής	81
Ο παιδίατρος ως παιδαγωγός	82
Ο παιδίατρος ως πνευματικός άνθρωπος	84
Η σχέση του παιδίατρου με τους γονείς	88
Η συμβολή του παιδίατρου στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών	92
Η αναγκαιότητα συνεργασίας του παιδίατρου με άλλες ειδικότητες	100
Υπηρεσίες που Ασχολούνται με την Ψυχική Υγεία του Παιδιού	102
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	104
Ειδική Διαγνωστική Μονάδα	108
Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής	111
Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) στην πρόληψη των Ψυχικών Διαταραχών της Παιδικής Ηλικίας	115
Ο κοινωνικός λειτουργός ως εκπαιδευτής της κοινότητας	116
Η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με τον παιδίατρο και άλλους ειδικούς, για την πρόληψη ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας	122
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ</b>	
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	126
Είδος έρευνας ή μελέτης	126
Σκοπός της μελέτης	126
Ερωτήματα - Υποθέσεις	126

	Σελ.
Δειγματοληψία	127
Ερωτηματολόγιο	128
Πλαίσιο ή Πλαίσια για τη μελέτη	129
Τρόπος αντιμετώπισης πληροφοριών	130
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	131
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	145
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	
Πίνακες Κεφαλαίου II	153
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	
Πίνακες Υπολογισμών	161
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	
Ερωτήσεις από το ιστορικό της Ιατρο- παιδαγωγικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας που επιλέχθη- καν για την έρευνα.	171
Ερωτηματολόγιο για Παιδίατρος	176
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ	
Συνεντεύξεις	179
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	196

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Αρχικά θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο Καθηγητή της πτυχιακής εργασίας μας, Dr Γιαννικάκη Ηλία (Καθηγητή Ψυχολογίας και Διευθυντή της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας) για τις σημαντικές κατευθύνσεις του καθώς και για την ηθική υποστήριξη του σ' όλη τη διάρκεια της εργασίας μας.

Επίσης θέλουμε να ευχαριστήσουμε την Κα Φίλου Σοφία, κλινική ψυχολόγο του Κ.Ψ.Υ. Πάτρας και τον Κο Γιογκαράκη Θεόδωρο, Υφηγητή Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών για την εποικοδομητική συνεργασία τους στην ερευνά μας.

Θέλουμε ακόμη να ευχαριστήσουμε όλους τους επαγγελματίες υγείας για τις κατατοπιστικές πληροφορίες που μας έδωσαν.

Επιπρόσθετα, θέλουμε να ευχαριστήσουμε, τον Κο Ζαγκλή Κων/νο, Φυσικό, για την εθελοντική προσφορά του στη δακτυλογράφηση σε κομπιούτερ, των πινάκων της έρευνας και την Κα Καλομοίρη Αθηνά, μεταφράστρια, για τη μετάφραση του Αγγλικού Ιατρικού Άρθρου.

Τέλος θέλουμε να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας, που μας συμπαρσάθηκαν ηθικά και οικονομικά.



### Περίληψη Μελέτης

Η βιομηχανική και τεχνολογική πρόοδος του αιώνα μας, δημιούργησε νέες ανάγκες και προβλήματα στη ζωή των ανθρώπων. Οι επιστήμες του ανθρώπου, ακολουθώντας την εξέλιξη αυτή, άρχισαν να βελτιώνονται προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στη κάλυψη αυτών των αναγκών και των νέων προβλημάτων.

Η Παιδιατρική, ως μία από τις επιστήμες του ανθρώπου, προσανατολίστηκε στο πνεύμα των αλλαγών αυτών με ένα νέο λειτουργικό ρόλο, που αναγνώρισε την ανάγκη όχι μόνο της σωματικής, αλλά και της ψυχικής εκτίμησης στην υγεία του παιδιού.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί, αν είναι ευαισθητοποιημένοι οι Παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, σε σχέση με τα προβλήματα ψυχικής υγείας του παιδιού και να καθοριστεί, ποιός είναι ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας στην ευαισθητοποίηση αυτή.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας καταγράφηκαν στοιχεία, που αφορούν τις παραπομπές των παιδιών, που απευθύνθηκαν στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, την περίοδο 1985-1991, για να διαπιστωθεί από ποιόν έγινε η παραπομπή τους. Επίσης συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια, που στάλθηκαν στους ιδιώτες παιδίατρος και στους παιδίατρος των αγροτικών ιατρείων της Νοτιοδυτικής Ελλάδος (πλην Ζακύνθου), για να ελεγχθεί, αν γνωρίζουν τη λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, από ποιόν είχαν ενημερωθεί και αν

συνεργάζονται με την υπηρεσία αυτή.

Από τα αποτελέσματα συμπεραίνεται, ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό περιστατικών έχει παραπεμπθεί από παιδίατρος, από την έναρξη της λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας έως τον Δεκέμβριο του 1991. Αυτό δείχνει, ότι οι παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας δεν είναι ευαισθητοποιημένοι, για μία σωστή αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων της παιδικής ηλικίας. Η έλλειψη ευαισθητοποίησής τους, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οφείλεται, στην άγνοια για την ύπαρξη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, στην έλλειψη ενημέρωσής τους για τη λειτουργία του και στη προκατάληψη που υπάρχει στο κοινό για την ψυχική αρρώστεια, γεγονός που τους εμποδίζει να συστήνουν στους γονείς, να παραπέμπουν τα παιδιά τους σε ανάλογη υπηρεσία. Έτσι οι Παιδίατροι δεν βοηθούν στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, γιατί δεν παραπέμπουν έγκαιρα τα περιστατικά στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, αλλά τα παραπέμπουν σε μεγάλες ηλικίες όπου η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται δύσκολα.

Οι Παιδίατροι είναι αναγκαίο να κατανοήσουν τη σημασία του ρόλου τους στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, να επιδιώκουν την αύξηση των γνώσεών τους στους τομείς της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής, να ενημερώνονται για την ύπαρξη και λειτουργία υπηρεσιών για την ψυχική υγεία των παιδιών και να επιζητούν τη συνεργασία μαζί τους.

Κρίνεται απαραίτητο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί να ευαισθητοποιούν την κοινότητα και ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού και να τους

ενημερώνουν για την ύπαρξη και λειτουργία υπηρεσιών, που απασχολούνται με την αντιμετώπιση των ψυχολογικών διαταραχών.

Τέλος η μελέτη αυτή, δείχνει την αναγκαιότητα για την αποκέντρωση και το συντονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με σκοπό την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχολογικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

Πίνακας		Σελ.
1	Ποιοί Κοινωνικοί Φορείς Έχουν Παραπέμψει Περιστατικά στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας	134
2	Μέσος Όρος Ηλικιών Παραπεμφέντων Περιστατικών	137
3	Διάγνωση των παραπεμφέντων από παιδίατρος περιστατικών	139
4	Γνωρίζετε ότι λειτουργεί στην Πάτρα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	140
5	Πώς Ενημερώθηκαν οι Παιδίατροι για την Υπαρξη και Λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής	141
6	Είχατε Καλή Συνεργασία με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, όταν παραπέμψατε κάποιο περιστατικό	142
7	Εάν Δεν Έχετε Παραπέμψει Περιστατικά Ποιοί Ήταν οι Λόγοι	143

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τεράστια βιομηχανική και τεχνολογική πρόοδος του αιώνα μας, έχει δημιουργήσει νέες συνθήκες ζωής, ανάγκες και προβλήματα.

Οι επιστήμες του ανθρώπου, ακολουθώντας την εξέλιξη αυτή, οφείλουν να βελτιώνονται, προκειμένου να προσφέρουν, πιο ολοκληρωμένες υπηρεσίες, που στόχο θα έχουν, την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών αυτών και τον εντοπισμό των νέων προβλημάτων.

Στην εποχή μας, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, είναι ιδιαίτερα σημαντικός, σε σχέση με τα προβλήματα αυτά και επιδίωξή του θα πρέπει να είναι, τόσο η ευαισθητοποίηση, όσο και η εποικοδομητική συνεργασία με τους ειδικούς των άλλων ανθρωπιστικών επιστημών, για την επίλυσή τους, έχοντας υπ' όψη του, την κοινοτική του ευθύνη.

"Οι κύριοι παράγοντες, που δίνουν μορφή και περιεχόμενο στο πλέγμα των κοινωνικών υπηρεσιών κάθε χώρας, είναι οι ανθρώπινες και κοινωνικές ανάγκες, οι γνώσεις που υπάρχουν για τον άνθρωπο τα ατομικά και κοινωνικά προβλήματα και τους τρόπους λύσης των προβλημάτων αυτών, τα μέσα που υπάρχουν για την κάλυψη των ανθρωπίνων αναγκών (οικονομικά, τεχνολογικά, οργανωτικές δομές, ειδικευμένο προσωπικό κ.ά.), οι επικρατούσες κοινωνικές αξίες, σε σχέση με τα ανθρώπινα δικαιώματα" (Καφαντάρη, 1987, σελ. 35)

Όπως διακηρύσσει η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών, καθένας έχει δικαίωμα στα πλήρη μέτρα, για την

πρόληψη της ασθένειας, σύμφωνα με την επικρατούσα επιστημονική γνώση, με άμεση και επαρκή ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική θεραπεία και να συμμετέχει στα μέσα θεραπευτικής αγωγής. (Καταστατικό συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 1985, σελ. 54).

Συγκεκριμένα, λόγω του ότι η μελέτη αυτή ασχολείται με την παιδική ηλικία, αξίζει να αναφερθεί ένα απόσπασμα από την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του παιδιού:

"Το παιδί απολαμβάνει ειδικής προστασίας και θα του δίνονται ευκαιρίες και διευκολύνσεις από το νόμο ή άλλα μέσα, για να μπορεί να αναπτυχθεί σωματικά, διανοητικά, ηθικά, πνευματικά και κοινωνικά με υγιεινό και φυσικό τρόπο και με συνθήκες ελευθερίας και αξιοπρέπειας" (Παπαθεοφίλου, 1987, σελ. 290).

Για την προάσπιση λοιπόν του δικαιώματος της υγείας, που πρέπει να απολαμβάνει κάθε παιδί, είναι απαραίτητη η συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού με τον Παιδίατρο, προκειμένου να επιτευχθεί η πρόληψη στον τομέα των ψυχικών διαταραχών.

Η πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, δεν είναι αποκλειστικό έργο του Ψυχιάτρου ή Ψυχολόγου, αλλά αποτελεί έργο και του Παιδίατρου, εφ' όσον αυτός είναι το πρώτο πρόσωπο με το οποίο έρχεται σε επαφή το παιδί και η οικογένεια, όταν εμφανισθεί κάποιο πρόβλημα υγείας. Επομένως, μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων.

Η Παιδιατρική εξ' άλλου είναι η κατ' εξοχήν ειδικότητα της Ιατρικής, που η φύση της, (ενασχόληση με την ανάπτυξη

υγείων ατόμων) καθορίζει την προληπτική της ιδιότητα, διότι ο Παιδίατρος έχει την δυνατότητα να παρακολουθήσει όλη τη διαδικασία της εξέλιξης του παιδιού, καμιά φορά και πριν από τη γέννηση και μέχρι την εφηβεία, δηλαδή μέχρι την ολοκλήρωση του ατόμου. Ο Παιδίατρος, είναι η κυριώτερη, η πιο αξιόπιστη και η πιο εύκολη στην προσπέλαση, πηγή γνώσεων και κατευθύνσεων, τόσο για τους γονείς όσο και για το παιδί. Είναι ο ειδικός, που θα διαγνώσει έγκαιρα ή όχι και θα συμβάλει στην αντιμετώπιση, οποιασδήποτε απόκλισης από το φυσιολογικό, σε προβλήματα ανάπτυξης, ψυχικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς ή οργανικά προβλήματα με ψυχολογική επίπτωση. (Βαλάσση - Αδάμ, Βαράκης, 1986, σελ. 29, 33-34).

Η σπουδαιότητα του ρόλου του Παιδιάτρου φαίνεται, όπως υποστηρίζει ο Τσιάντης (1985), από το γεγονός, ότι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων του παιδιού, μπορεί να γίνει σε μεγάλο βαθμό και από μη ειδικούς για την ψυχική υγεία του, όπως Παιδίατρος. Αυτό έχει μεγάλη σημασία, γιατί ο Παιδίατρος, βρίσκεται πιο κοντά στο παιδί και την οικογένεια και αν έχει αρκετές γνώσεις, μπορεί να ευαισθητοποιήσει τους γονείς, για την ψυχική υγεία. Υπάρχει αρνητισμός, από πολλούς γονείς να επισκεφθούν ψυχολόγο ή παιδοψυχίατρο, ενώ δέχονται με ευχαρίστηση, να συζητήσουν με τον Παιδίατρό τους, θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού. Μπορεί λοιπόν ο Παιδίατρος να παίξει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, τη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία (σελ. 112).

Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα παρατηρείται το γεγονός, ότι η Ιατρική εκπαίδευση και κατ' επέκταση η Παιδιατρική, είναι ακόμη

νοσοκομειοκεντρική στην ειδίκευση και είναι ελάχιστα αναπτυγμένη η Κοινωνική Παιδιατρική (Βαλάσση - Αδάμ, Βαράκης, 1986, σελ. 36).

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, τίθενται οι ακόλουθοι προβληματισμοί:

Εχουν οι Παιδίατροι, την ευαισθητοποίηση εκείνη, που θα συντελέσει στην έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών;

Ερχονται οι Παιδίατροι σε συνεργασία με ανάλογες ειδικότητες, όπως Παιδοψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί κ.τ.λ. προκειμένου να επιτευχθεί η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών;

Η εργασία αυτή, έρχεται να διερευνήσει τα ερωτήματα αυτά, στο χώρο της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, δηλαδή να διερευνήσει ένα θέμα, το οποίο δεν έχει μελετηθεί σε έκταση στο παρελθόν και δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες, που να το καλύπτουν.

### Σκοπός της Μελέτης

Κύριος σκοπός της μελέτης είναι πρώτον, να διερευνηθεί, αν είναι ευαισθητοποιημένοι οι Παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, σε σχέση με τα ψυχολογικά προβλήματα της ψυχικής υγείας του παιδιού και δεύτερον, να καθορισθεί, ποιός είναι ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας στην ευαισθητοποίηση αυτή.

### Επιμέρους Στόχοι της Μελέτης

- 1) Να διερευνηθεί, αν οι Παιδίατροι είναι



ευαισθητοποιημένοι, στο ότι είναι αναγκαίο να συνεργάζονται με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, όταν κρίνουν, ότι το παιδί χρειάζεται και ψυχολογική εκτίμηση.

2) Να διερευνηθούν οι παράγοντες, που συντελούν στην ύπαρξη ή όχι της συνεργασίας αυτής.

- α) Γνωρίζουν την ύπαρξη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας;
- β) Γνωρίζουν τις υπηρεσίες, που προσφέρει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και με ποιά άτομα ασχολείται;
- γ) Εμειναν ικανοποιημένοι από τη συνεργασία, που πιθανόν είχαν στο παρελθόν με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής;
- δ) Έχουν την ευχέρεια οι Παιδίατροι, λόγω προκατάληψης, που επικρατεί για την ψυχική υγεία, να παραπέμπουν γονείς στην υπηρεσία αυτή;

3) Να διερευνηθεί, αν οι Παιδίατροι είναι ευαισθητοποιημένοι, ώστε να εκτιμήσουν την ψυχολογική εξέλιξη του παιδιού.

4) Να διερευνηθεί αν υπάρχει ενημέρωση των Παιδιάτρων για το Κ.Ψ.Υ. από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

5) Να διερευνηθεί η συμβολή του ρόλου του Παιδιάτρου, στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας.

6) Να διερευνηθεί, αν γίνεται ευαισθητοποίηση της Κοινότητας, από την πλευρά των Κοινωνικών Λειτουργών, σε θέματα ψυχικής υγείας.

#### Ορισμοί όρων

Η Κοινωνική Παιδιατρική, είναι η επιστήμη που εξετάζει, πώς επηρεάζεται η υγεία των παιδιών από τις συνθήκες μέσα στις

οποίες ζουν και από τις σχέσεις τους με τα διάφορα μέλη της οικογένειας και τις διάφορες κοινωνικές επιδράσεις (Παντελάκης, 1992, Συνέντευξη την οποία έδωσε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής).

Η Αναπτυξιακή Παιδιατρική, είναι μία καινούργια υποειδικότητα της Παιδιατρικής, που ασχολείται και μελετά με λεπτομέρεια όλα τα στάδια της κινητικής, πνευματικής, γλωσσικής, Αισθητηριακής και κοινωνικής ωρίμανσης και εξέλιξης των παιδιών από τη γέννησή τους, μέχρι την πλήρη ανάπτυξή τους (Θωμαΐδου, 1992, Συνέντευξη την οποία έδωσε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής).

Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία, που αποσκοπεί στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, που προαγουν τη σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική ευεξία και αξιοποιούν τις ανθρώπινες δυνατότητες (Βαλάσση - Αδάμ, Βαράκης, 1986, σελ. 28).

Ψυχική Υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα απροσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα (Μαδιανός, 1989, Α' Τόμος, σελ. 31).

Θετική Ψυχική Υγεία του Παιδιού είναι η ικανότητα του να δημιουργεί στενούς συναισθηματικούς δεσμούς με τους γονείς, τα αδέρφια και τους συνομηλίκους του. Επίσης είναι η ικανότητά του να χειρίζεται τα θέματα στη ζωή του με ικανοποιητική αποτελεσματικότητα, προσαρμοζόμενο στα εκάστοτε νέα αναπτυξιακά του δεδομένα και τις διαρκώς πιο περίπλοκες κοινωνικές,

συναισθηματικές και πνευματικές απαιτήσεις, που καλείται να αντιμετωπίσει, καθώς μεγαλώνει. (Παρασκευόπουλος, 1989, Τόμος Β', σελ. 320).

Η Κοινωνική Ψυχική Υγεία περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες, που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών (Μαδιανός, 1989, Τόμος Α', σελ. 30).

Πρωτογενής Προληπτική Ψυχιατρική, σύμφωνα με τον Carlan, είναι το σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων, που μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (Μαδιανός, 1989, Τόμος Β', σελ. 31,32).

Ψυχοκοινωνική Διαταραχή είναι η διαταραχή εκείνη, που δεν έχει οργανικό υπόβαθρο, αλλά οφείλεται στην έλλειψη αρμονική σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον του (Πιάνος, 1989, σελ. 9).

Προσαρμογή είναι η κατάσταση του ατόμου, που βρίσκεται σε αρμονία με το περιβάλλον του και γενικά με ό,τι επιδρά επάνω του. Είναι μια δραστηριότητα που έχει σκοπό να επαναφέρει κάθε φορά την ισορροπία, που έχει διαταραχτεί, προκειμένου το άτομο να προσαρμόζεται έτσι στους όρους του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντός του (Σταύρου, 1984, σελ. 16,17).

Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες, είναι οι υπηρεσίες που περιλαμβάνουν όλες τις δομές σωματικής και ψυχικής υγείας στο

προληπτικό και θεραπευτικό επίπεδο - Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά Ιατρεία, Συμβουλευτικά κέντρα οικογενειακού προγράμματος, κλειστά ψυχιατρεία, κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, με όλες τις ενδιάμεσες δομές κοινοτικής - ψυχιατρικής, πέρα από τους παραδοσιακούς χώρους παροχής υπηρεσιών, διαγνωστικής εκτίμησης και παρέμβασης - θεραπείας, εφαρμόζουν συνεχώς νέα προγράμματα για να αγγίξουν άτομα και ομάδες στην επίλυση των προβλημάτων τους (Δημοπούλου - Λαγωνίκα, 1992, Τεύχος 27, σελ. 171).

#### Περιορισμοί Μελέτης

Τα αποτελέσματα της μελέτης, αφορούν μόνο τα περιστατικά που παραπέμπονται στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, καθώς επίσης και τους παιδίατρος, στους οποίους στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια. Τα συμπεράσματα λοιπόν της μελέτης αυτής δεν γενικεύονται, αλλά αφορούν την Πάτρα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι Ι

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

#### 1. Ιστορική Αναδρομή

Η εξέλιξη της κοινωνίας και των επιστημών είχε σαν αποτέλεσμα, σήμερα να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχική υγεία του παιδιού, σαν καθοριστικό παράγοντα για τη σωματική και κοινωνική του ευεξία. Μία ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη των επιστημών, της Παιδοψυχιατρικής και της Παιδιατρικής θα προσδιορίσει τις αντιλήψεις, που επικρατούσαν στο παρελθόν, για την παιδική ηλικία και τον τρόπο αντιμετώπισης του παιδιού, γεγονός που αποτελούσε ανασταλτικό παράγοντα, για ν' ασχοληθούν με την ψυχική του υγεία.

Σαν επιστήμη, η Παιδοψυχιατρική καθυστέρησε να εμφανιστεί λόγω των λαθεμένων αντιλήψεων που επικρατούσαν. Πίστευαν ότι τα παιδιά αποτελούν μικρογραφία των ενηλίκων και κατά συνέπεια δεν λαμβάνονταν υπόψη οι ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας τους (Χασάπης, 1987, σελ. 13).

Θεωρούσαν ότι οι ψυχικές νόσοι, δεν προσβάλλουν τα παιδιά, με αποτέλεσμα παιδιά με ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές συμπεριφοράς να χαρακτηρίζονται ως άτακτα και απείθαρχα και ν' αντιμετωπίζονται από τους παιδαγωγούς. Έτσι εξηγείται, ότι οι αρχικές γνώσεις παιδοψυχιατρικής και ψυχοπαθολογίας είναι συνδεδεμένες όχι μόνο με ονόματα γνωστών ψυχολόγων αλλά και "μεγάλων" παιδαγωγών που εμβάθυσαν στην ψυχολογία του παιδιού (Pestelozzi - periera, Binet, Simon κ.ά.) (Χασάπης, 1987, σελ.

12-13).

Από πολύ νωρίς οι παιδαγωγοί θεώρησαν σημαντική τη συνεργασία με τους ψυχιάτρους και έτσι αρχίζουν στο τέλος του 19ου αι. οι πρώτες συνεργασίες παιδαγωγών και γιατρών που αποτέλεσαν τους προδρόμους των σημερινών ιατροπαιδαγωγικών σταθμών (Χασάπης, 1987, σελ. 13).

"Την κυριότερη, όμως ώθηση στην ανάπτυξη της Παιδοψυχιατρικής, έδωσαν οι πρόοδοι και οι αναθεωρήσεις, που έλαβαν χώρα στον κλάδο της Ψυχιατρικής, στην α' δεκαετία του 20ου αι. και συγκεκριμένα η δημιουργία της λεγόμενης Δυναμικής Ψυχιατρικής από τους Meyer και Sigmund Freud" (Χασάπης, 1987, σελ. 14)

Τα συμπεράσματα του S. Freud (1856-1936) από την εργασία του με ενήλικες που έπασχαν από νευρώσεις, έδωσαν έμφαση στη μελέτη της παιδικής ηλικίας και οδήγησαν στη διαπίστωση ότι πολλά συμπτώματα, μπορούν να εντοπιστούν στις εμπειρίες της πρώτης παιδικής ηλικίας.

Πρώτος έδειξε ότι πολλές ψυχικές διαταραχές δεν έχουν οργανική αιτία αλλά οφείλονται στο περιβάλλον του ατόμου. Διαπιστώθηκε ότι οι ψυχικές διαταραχές γίνονται καλύτερα κατανοητές αν εξεταστούν στα πλαίσια του κοινωνικού και πολιτιστικού περιβάλλοντός του. Το γεγονός αυτό συντέλεσε στο να ονομαστούν οι ψυχικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικές (Χασάπης, 1987, σελ. 14).

Οι νέες αυτές αντιλήψεις επέφεραν ριζική αλλαγή νοοτροπίας απέναντι στο παιδί και την εκδήλωση έντονου ενδιαφέροντος για την ψυχική του υγεία. Το ενδιαφέρον αυτό, οδήγησε στην

πραγματοποίηση συγκεκριμένων στόχων κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αι. Αρχικά δόθηκε έμφαση στην πρόληψη και θεραπεία της νοητικής καθυστέρησης και της κοινωνικής παρεκτροπής των νέων. Αργότερα, δημιουργήθηκαν κατηγορίες ιδρυμάτων για τα ψυχικά πάσχοντα παιδιά και τα πρώτα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα (Χασάπης, 1987, σελ. 14).

Την ευθύνη για την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας του παιδιού, σύμφωνα με τη Γιδοπούλου (1987), δεν την έχει μόνο η Παιδοψυχιατρική, αλλά και η Παιδιατρική, που αρχικά ασχολήθηκε μόνο με τη σωματική του υγεία, επηρεασμένη από το ιατροκεντρικό πρότυπο. Το πρότυπο αυτό, δημιουργήθηκε τον 17ο αι. όπου η Ιατρική για να μην ελέγχεται από την Καθολική Εκκλησία, αναγκάστηκε να διαχωρίσει το σώμα από το πνεύμα υποστηρίζοντας ότι το σώμα ανήκει στην επιστήμη και το πνεύμα στην Εκκλησία. Αποτέλεσμα αυτού του προτύπου ήταν να θεωρείται η υγεία ως ο έλεγχος της αρρώστιας και η ιατρική εξέταση ν' αποσκοπεί στον έλεγχο της σωματικής υγείας, αδιαφορώντας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ατόμου (σελ. 276).

Στα πλαίσια αυτής της αντίληψης, ο Παιδίατρος περιοριζόταν στο να δώσει οδηγίες, που είχαν σχέση με τη θεραπεία του παιδιού, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψην, την προέλευση της αρρώστιας του, με αποτέλεσμα να μην εκπαιδεύει το παιδί και την οικογένειά του, στην προφύλαξη από παρόμοια ασθένεια. Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι γινόταν μια επιφανειακή θεραπεία, χωρίς το στοιχείο της πρόληψης (Δοξιάδης, 1990, σελ. 37).

Απαραίτητο είναι να διευκρινιστεί σύμφωνα με το Δοξιάδη (1966), ότι η Παιδιατρική αρχικά ασκήθηκε κατ' εξοχήν από τους

οικογενειακούς γιατρούς, δηλαδή τους γιατρούς που είχαν τις γνώσεις της γενικής ιατρικής, χωρίς παιδιατρική ειδικευση. Ο λόγος που οι οικογενειακοί γιατροί ασχολήθηκαν με την Παιδιατρική, ήταν η σημαντική έλλειψη παιδιάτρων. Η αναλογία των Παιδιάτρων σε σχέση με τις γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας ήταν πολύ μικρή (1 : 11.500 κατοίκους) με αποτέλεσμα να μην μπορούν να καλυφθούν ικανοποιητικά, οι ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού (σελ. 239).

Η εξέλιξη της Παιδιατρικής θεωρήθηκε απαραίτητη λόγω των αλλαγών στην κοινωνία και ιδιαίτερα στη δομή της οικογένεια. Αναφορικά με τις κοινωνικές εξελίξεις, παρατηρείται μια αυξημένη ρύπανση και καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος. Η τεχνολογία αναπτύσσεται επιφέροντας θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Οι σχέσεις των ανθρώπων αλλάζουν με κύριο χαρακτηριστικό την αποξένωση και την απομόνωση.

Σημαντικές αλλαγές παρατηρούνται στη δομή και λειτουργικότητα της οικογένειας. Η οικογένεια από την εκτεταμένη μορφή περνά στην πυρηνική. Ένας μεγάλος αριθμός νέων ζευγαριών απομακρύνεται από τους γονείς τους και όταν αποκτούν τα πρώτα τους παιδιά, δεν έχουν τη συμπαράσταση και τις συμβουλές της προηγούμενης γενιάς. Όλο και περισσότερες μητέρες εργάζονται μακριά από το σπίτι και κατά συνέπεια μειώνεται ο χρόνος που αφιερώνουν στο παιδί τους. Επιπλέον, αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γονέων λόγω της γενικότερης κοινωνικής πρόοδου.

Αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν όλους, μα πιο έντονα επηρεάζουν το παιδί, γιατί εκτός από την εσωτερική βιολογική



αστάθεια που έχει, στις πιο κρίσιμες καμπές της ζωής του, εξαρτάται άμεσα από το περιβάλλον του, για τη φυσιολογική ψυχοκινητική του εξέλιξη.

Τ' αποτελέσματα όλων αυτών των αλλαγών, κατά τον Βαράκη (1979), είναι παιδιά με έντονα πολλές φορές ψυχολογικά προβλήματα, με άγχη, διαταραχές στη συμπεριφορά, προβλήματα ύπνου, ενούρησης και σε μεγαλύτερη ηλικία ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας (σελ. 278).

Η Παιδιατρική επηρεασμένη από τις αλλαγές αυτές, κατάφερε με τη βοήθεια της τεχνολογίας να ελαττώσει τον κίνδυνο από πολλές ασθένειες (π.χ. λοιμώξεις) και ν' ασχοληθεί με άλλα αίτια που διαταρράσουν την υγεία.

"Το νοσολογικό φάσμα της παιδικής ηλικίας μεταβάλλεται, καθώς τα λοιμώδη νοσήματα δίνουν τη θέση τους στ' ατυχήματα, στις κακοήθειες και στα προβλήματα με ψυχοκοινωνικό υπόστρωμα" (Τζουμάκα - Μπακούλα, 1990, σελ. 134).

Όλες αυτές οι εξελίξεις επέφεραν την ανάγκη να δημιουργηθεί ένας νέος προσανατολισμός στο ρόλο του παιδίατρο. Τώρα δεν έχει να εξετάσει μόνο τα σωματικά συμπτώματα, αλλά πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στα ψυχολογικά προβλήματα και στα προβλήματα συμπεριφοράς (Βαράκης, 1979, σελ. 278).

Ο ρόλος του παιδίατρου όχι μόνο αλλάζει αλλά και δευρύνεται. Ερχεται να προστεθεί ο ρόλος του ως παιδαγωγός, με στόχο την εκπαίδευση της οικογένειας σε θέματα υγείας και τη βοήθεια της σε καθετί που έχει σχέση με την πρόληψη διαταραχών σωματικής και ψυχικής υγείας. (Δοξιάδης, 1990, σελ. 37).

Εγινε δηλαδή αποδεκτό, πως η πρόληψη είναι προτιμότερη από

τη θεραπεία. Συστηματοποιείται η μεθοδολογία της προληπτικής ιατρικής και κατά συνέπεια η Παιδιατρική οδηγείται στην οργάνωση συστημάτων πρόληψης για την ψυχική υγεία, την πρακτική και την έρευνα (Δοξιάδης, 1966, σελ. 239-241).

Μετά την αλλαγή του ρόλου του παιδίατρου που οδήγησε, στην αναθεώρηση στόχων και στρατηγικής, για την καλύτερη φροντίδα του παιδιού, ξεκινά στη δεκαετία του '70 η χρυσή εποχή της πρόληψης, που συνεχίζεται μέχρι σήμερα και επηρεάζει τον τρόπο σκέψης των γιατρών. Την εποχή αυτή οι παιδίατροι έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, με το μεγάλο τους όπλο, τα εμβόλια και με τη δύναμη που είχε η συμβουλή τους σε ολόκληρη την οικογένεια (Τσουμάκα - Μπακούλα, 1990, σελ. 134).

Αυτός ο νέος ρόλος συντέλεσε στο να κριθεί αναγκαία η συνεργασία του παιδίατρου με άλλες ειδικότητες, όπως ψυχίατρο, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, με δεδομένο ότι η αιτιολογία της δημιουργίας προβλημάτων, είναι πολυπαραγοντική. Αποτέλεσμα της αντίληψης αυτής, ήταν η απαίτηση για τη δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας, όπου ο κάθε επιστήμονας θα προσφέρει από τη δική του οπτική γωνία, τις γνώσεις και την εμπειρία του.

## 2. Τα Στάδια Ανάπτυξης του Παιδιού

Η ανάπτυξη του ατόμου από τη βρεφική ως την εφηβική ηλικία χωρίζεται σε τέσσερις (4) περιόδους: τη βρεφική, την προσχολική, τη σχολική και την εφηβική ηλικία.

### α) Βρεφική ηλικία

"Η βρεφική ηλικία εκτείνεται από τη γέννηση ως το τέλος του δεύτερου έτους. Στη φάση αυτή, η οποία ας σημειωθεί είναι η βραχύτερη από όλες τις άλλες περιόδους της ατομικής ζωής, πραγματοποιούνται οι πιο εντυπωσιακές αλλαγές. Σε καμία άλλη αναπτυξιακή περίοδο, δεν γίνεται τόσο μεγάλη ποσοτική και ποιοτική πρόοδος. Ο άνθρωπος έρχεται στον κόσμο ανήμπορος για ν' αυτοεξυπηρετηθεί και να διατηρηθεί στη ζωή. Στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής, κατορθώνει ν' ασκήσει έλεγχο πάνω στο σώμα του και ν' αποκτήσει σωματική ισχύ, δεξιότητες και βασικές συνήθειες, που του εξασφαλίζουν μία σχετική αυτονομία από τους άλλους" (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Α, σελ. 127).

Η ανάπτυξη της βρεφικής ηλικίας πραγματοποιείται στο σωματικό - κινητικό, στο γνωστικό, στο γλωσσικό και στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης.

Στο σωματικό και κινητικό τομέα, πραγματοποιούνται ποικίλες αλλαγές, στην εξωτερική μορφή του σώματος και στις κινητικές δεξιότητες. Οι πιο εντυπωσιακές από τις κατακτήσεις αυτές του βρέφους, είναι η ικανότητα να ελέγχει το βάρος του σώματός του και να στέκεται όρθιο και η μετατόπισή του στο χώρο. Έτσι τώρα μπορεί να κινείται μόνο του, εξερευνώντας το περιβάλλον και να αυτοεξυπηρετείται (Χουρδάκη, 1982, σελ. 26).

Στο γνωστικό τομέα, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), το βρέφος έρχεται στον κόσμο χωρίς να έχει συνείδηση του εαυτού του και του κόσμου, αλλά σύντομα κατορθώνει να συνειδητοποιήσει τί συμβαίνει γύρω του. Διαθέτει ένα αρκετά αναπτυγμένο αντιληπτικό σύστημα, που του επιτρέπει ν' ανταποκρίνεται σε

ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Πειραματίζεται με τα μέσα που διαθέτει. Επίσης μπορεί να διατηρεί μία σταθερή εικόνα των αντικειμένων και να γνωρίζει ότι τ' αντικείμενα συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμα κι αν δεν τα βλέπουμε. Ακόμα δεν διαθέτει εσωτερικούς συμβολισμούς για τ' αντικείμενα του περιβάλλοντος (τόμος Α, σελ. 190-194).

Στο γλωσσικό τομέα, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), το βρέφος κατορθώνει από το κλάμα και τους πρώτους ήχους και ψελλισμούς, να παράγει από τον ενδέκατο (11) κιόλας μήνα, την πρώτη λέξη. Χρησιμοποιεί μονολεκτικές προτάσεις και τον τηλεγραφικό λόγο. Ο λόγος του όμως παραμένει ελλειμματικός. Μπορεί όμως το βρέφος να κατανοεί από τη γλώσσα των ενηλίκων πολύ περισσότερα απ' όσα μπορεί να εκράσει και να εκτελεί οδηγίες που του δίνονται προφορικά (σελ. 195).

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης το βρέφος αποκτά στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του, θετικά και αρνητικά συναισθήματα όπως: αγάπη, φόβος, ζήλια, θυμός. Τα συναισθήματα αυτά συνδέονται με διάφορα πρόσωπα του περιβάλλοντος του. Σ' αυτό το στάδιο ζωής, χαρακτηριστική είναι η προσκόλληση στη μητέρα που ξεκινά από τον 7ο ή 8ο μήνα. Παρατηρείται άγχος προς τα ξένα πρόσωπα και το άγχος του αποχωρισμού (Χουρδάκη, 1983, σελ. 30-40).

Αργότερα, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), η τάση για προσκόλληση επεκτείνεται και σε άλλα πρόσωπα του κοντινού περιβάλλοντος (πατέρας, αδέρφια). Η στάση των προσώπων αυτών είναι καθοριστική για την απόκτηση της βασικής εμπιστοσύνης και της συναισθηματικής ασφάλειας του ατόμου, στα οποία στηρίζεται

η ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας (τόμος Α, σελ. 216-127).

### β) Προσχολική ηλικία

Η νηπιακή ηλικία, κατά τον Παρασκευόπουλο (1985), διαρκεί από το 3ο ως το 5ο ή 6ο έτος της ηλικίας. Αρχίζει με τη μεταβίβαση από την εξάρτηση στην αυτονομία και αυτάρκεια του παιδιού και τελειώνει με την είσοδο του στο σχολείο (τόμος Β, σελ. 11).

Σημειώνονται αρκετές αλλαγές, που αναλυτικότερα κατά τομείς είναι:

Στο σωματικό τομέα, η ανάπτυξη συνεχίζεται με αργό ρυθμό τώρα, σε αντίθεση με τη βρεφική ηλικία.

"Η πρόοδος γίνεται με επιβραδυνόμενο ρυθμό, αλλά είναι πιο ποικίλη και επηρεάζεται περισσότερο από την άσκηση και την εμπειρία και λιγότερο από την ωρίμανση (Παρασκευόπουλος 1985, τόμος Β, σελ. 11).

Στον κινητικό τομέα, το νήπιο ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον του. Η έντονη κινητικότητα είναι το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου. Το νήπιο τρέχει, ανεβαίνει - κατεβαίνει σκάλες, σκαρφαλώνει και βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση.

Στο νοητικό τομέα, το νήπιο καταλαβαίνει γενικές και αφηρημένες έννοιες. Κάνει πολυάριθμες ερωτήσεις (πώς και γιατί) αποσκοπώντας να γνωρίσει τη ζωή και τη φύση. Έχει μια έντονη επιθυμία να μαθαίνει. Μπορεί να επεξεργάζεται και να αυτοσχεδιάζει ατέλειωτες ερωτήσεις. Δεν είναι ακόμα όμως ικανό να διατυπώσει λογικές και συναφείς προτάσεις, ενώ παράλληλα η σκέψη του παρουσιάζει λειτουργικές αδυναμίες. Μεταξύ του

πέμπτου και του έκτου χρόνου η ανεξαρτησία του έχει αναπτυχθεί ακόμα πιο πολύ.

Στον τομέα της συναισθηματικής ανάπτυξης, το χαρακτηριστικό είναι η τάση αυτονομίας του παιδιού μέσα από μια συνεχή ενίσχυση του "εγώ" του. Η συναισθηματική του συμπεριφορά, όπως υποστηρίζει ο Παρασκευόπουλος (1985), είναι πλούσια και ποικίλη. Το παθητικό και εξαρτημένο βρέφος έχει γίνει τώρα μια ξεχωριστή προσωπικότητα με πείσμα, ανυπακοή, αρνητισμό, εκρήξεις θυμού, αδικαιολόγητες φοβίες κ.ά. Όλες αυτές οι αντιδράσεις ανησυχούν και προβληματίζουν τους γονείς (τόμος Β, σελ. 12).

Στον τομέα της κοινωνικής ανάπτυξης, τα ενδιαφέροντα του νηπίου στρέφονται από τον εαυτό του και το οικογενειακό του περιβάλλον στους συνομιλήκους. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή σχηματίζουν ομάδες οι οποίες αποτελούνται από παιδιά του ίδιου φύλου. Οι ομάδες αυτές, μπορεί να λειτουργούν είτε στο επίπεδο της γειτονιάς, είτε στο χώρο του νηπιαγωγείου. Η ηλικία αυτή είναι η ηλικία του παιχνιδιού μέσω του οποίου το παιδί μαθαίνει τα βασικά στοιχεία της κοινωνικής ζωής, αλλά προετοιμάζεται και για την είσοδό του στο σχολείο. Για το λόγο αυτό η νηπιακή ηλικία ονομάζεται και προσχολική (Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 12).

### γ) Σχολική ηλικία

Η σχολική ηλικία, εκτείνεται από το 6ο έτος έως την ηλικία, που το άτομο γίνεται σεξουαλικά ώριμο, (ως το 11ο έτος για τα κορίτσια και το 13ο έτος για τα αγόρια). Χαρακτηρίζεται

ως περίοδος της βιοσωματικής σταθερότητας και υγείας, της γνώσης και της λογικής, της ομάδας των συνομηλίκων, της δράσης και της φιλοπονίας (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Γ, σελ. 11).

Η ανάπτυξη στην περίοδο αυτή, πραγματοποιείται στο σωματικό-κινητικό τομέα, στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης, στον τομέα της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και στον τομέα της ηθικότητας.

Στο σωματικό και κινητικό τομέα, η πρόοδος, που παρατηρείται είναι περισσότερο ποιοτική, παρά ποσοτική. Ο ρυθμός αύξησης των μερών του σώματος, μειώνεται, ενώ ελέγχονται και προσδιορίζονται όλες οι βιοσωματικές και ψυχοκινητικές διεργασίες. Έτσι κατά την περίοδο αυτή, οι ψυχοκινητικές δεξιότητες αποκτούν ισχύ και σταθερότητα (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Γ, σελ. 11).

Κατά τον Παρασκευόπουλο (1985), στο νοητικό τομέα, το παιδί περνά, από τον εγωκεντρισμό και τη διαισθητική λογική της νηπιακής ηλικίας, στη συνεπή και σταθερή λογική. Αποκτά γνωστικά λογικά σχήματα, όπως της έννοιας, του αριθμού, της έννοιας της διατήρησης των διαφόρων χαρακτηριστικών του φυσικού κόσμου κ.ά. Η σκέψη όμως του παιδιού, στην περίοδο αυτή, είναι ακόμη ελλειπής, γιατί παραμένει δέσμια της συγκεκριμένης πραγματικότητας. Δεν έχει τη δυνατότητα να χειριστεί αφηρημένες έννοιες και τυπικά λογικά σχήματα. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής είναι το γεγονός, ότι οι ατομικές διαφορές στην νοημοσύνη, γίνονται πιο αισθητές και διαφαίνονται μέσα από την πρόοδο του παιδιού, στα σχολικά του μαθήματα (τόμος Γ, σελ. 11).

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης, το ενδιαφέρον του παιδιού, στρέφεται προς τους συνομηλίκους του. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή, σχηματίζουν ομάδες συνομηλίκων συνήθως του ίδιου φύλου. Οι ομάδες αυτές έχουν τη δική τους γλώσσα και το δικό τους κώδικα συμπεριφοράς. Το παιδί ενδιαφέρεται να γίνει αποδεκτό, από την ομάδα, στην οποία έχει ενταχθεί.

Στην περίοδο αυτή, το σχολείο αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κοινωνικοποίησης. Μέχρι τώρα, βασικό ρόλο στην κοινωνικοποίηση του παιδιού, έπαιζε η οικογένεια. Στο σχολείο το παιδί θα αντιμετωπίσει μία αντικειμενική μεταχείριση, σε αντίθεση με την μεροληπτική στάση των γονέων του.

"Μπροστά του, προβάλλει ένα κοινό σχολικό πρόγραμμα, το οποίο θα αποτελέσει και κοινό μέτρο σύγκρισης με τους άλλους. Έτσι το παιδί αποκτά καλύτερη αυτογνωσία" (Παρασκευόπουλος 1985, τόμος Γ, σελ. 12).

Χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής, είναι, ότι το παιδί, για πρώτη φορά συνειδητοποιεί, με την είσοδό του στο σχολείο, ότι δεν έχει μόνο απαιτήσεις, αλλά και υποχρεώσεις απέναντι στους άλλους.

Στον τομέα της ανάπτυξης της προσωπικότητας, όπως αναφέρει ο Παρασκευόπουλος (1985), το ψυχικά υγιές παιδί, έχει μέχρι στιγμής, επιτύχει ικανοποιητική εμπιστοσύνη, αυτονομία και πρωτοβουλία και τώρα είναι έτοιμο να στραφεί στη φιλοπονία και την παραγωγικότητα. Στην περίοδο αυτή, υπάρχει στο παιδί συνείδηση της έννοιας του καθήκοντος και της ανάγκης για επιτεύγματα. Ενδιαφέρεται για την ολοκλήρωση της εκτέλεσης



δραστηριοτήτων, που έχει επιλέξει και βιώνει την ικανοποίηση της απόκτησης μιας δεξιότητας. Αν δεν το κατορθώσει αυτό, θα οδηγηθεί σε συναισθήματα κατωτερότητας και ανεπάρκειας (τόμος Γ, σελ. 12).

Αναφορικά με τον τομέα της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης, το παιδί της σχολικής ηλικίας, διέρχεται μία περίοδο ηρεμίας, πριν την "καταιγίδα" της ήβης. Στον τομέα της ηθικότητας, το παιδί δεν θεωρεί τους ηθικούς κανόνες αμετάβλητους και δίνει έμφαση στην πρόθεση της πράξης, παρά στα αποτελέσματά της (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Γ, σελ. 14).

Συμπερασματικά, το παιδί, με την είσοδό του στο σχολείο, απομακρύνεται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον και εισέρχεται στον κόσμο των ενηλίκων. Για την προσαρμογή του, στο νέο αυτό περιβάλλον, απαραίτητη είναι η απόκτηση ορισμένων δεξιοτήτων και μορφών συμπεριφοράς, στις οποίες βασικό ρόλο, θα παίξουν η οικογένεια, το σχολείο και οι συνομήλικοι. Η επιτυχία στην απόκτηση των δεξιοτήτων αυτών και των μορφών συμπεριφοράς, θα αποτελέσει τη βάση για ένα ομαλό πέρασμα στην εφηβεία.

#### δ) Εφηβική ηλικία

Η εφηβική ηλικία αποτελεί το τελευταίο στάδιο, την πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα.

"Αποτελεί τη φάση της ζωής που πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την αυτοδιαχείριση" (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Δ, σελ. 11).

Η εφηβεία διακρίνεται σε δύο επιμέρους φάσεις: στην κυρίως εφηβεία, που αρχίζει από το 11ο έτος του ατόμου και ολοκληρώνεται στο 16ο έτος περίπου και στην εφηβική νεότητα που αρχίζει από το 16ο έτος και ολοκληρώνεται στο 20ο έτος περίπου. Στην κυρίως εφηβεία εμφανίζονται και διαμορφώνονται οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δομές που μεταβάλλουν το παιδί σε ενήλικο. Στην εφηβική νεότητα, το άτομο κάνει προσπάθειες προσαρμογής στο νέο βιοσωματικό και γνωστικό εαυτό του και στη νέα κοινωνική πραγματικότητα της εφηβικής ζωής που βιώνει. Ταυτόχρονα προσπαθεί να ενταχθεί και στην κοινωνία των ενηλίκων (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Δ, σελ. 12-14).

Στο βιοσωματικό τομέα, οι αλλαγές της ήβης είναι απότομες και καθολικές και αφορούν όλες τις παραμέτρους του σώματος: βάρος, ύψος, αναλογίες θέση και λειτουργία οργάνων. Στην κορυφαία βιοσωματική αλλαγή, θεωρείται η ωρίμανση, της γενετήσιας λειτουργίας (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Δ, σελ. 16).

Στο νοητικό τομέα, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό είναι η εμφάνιση της αφαιρετικής σκέψης. Η σκέψη δηλαδή τώρα κινείται όχι μόνο στο χώρο του υπαρκτού (όπως στην παιδική ηλικία), αλλά και στο χώρο του πιθανού. Συλλαμβάνει και αναλύει όχι μόνο ότι υπάρχει στην πραγματικότητα αλλά και ότι θα μπορούσε να υπάρξει στο μέλλον. Αποτελέσματα της αφαιρετικής σκέψης είναι, ότι τώρα μπορεί ο έφηβος να προσδιορίζει εναλλακτικές λύσεις για ένα θέμα και να δημιουργεί ένα δικό του σύστημα αξιολόγησης της ανθρώπινης

συμπεριφοράς (τόμος Δ, σελ. 16-17).

Ο συναισθηματικός τομέας χαρακτηρίζεται από τη μεγαλύτερη ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης.

"Η συναισθηματική ζωή του εφήβου περιγράφεται γεμάτη μεταπτώσεις και ταλαντεύσεις ανάμεσα σε αντιφατικές και συγκρουόμενες διαθέσεις όπως με-ταξύ υπερδιέργειας και λήθαργου πάθους και αδιαφορίας, χαράς και κατήφειας, φιλίας και εχθρότητας, ευφορίας και μελαγχολίας κ.τ.λ." (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Δ, σελ. 17).

Βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην μορφή και έκταση της αναστάτωσης της ψυχικής διάθεσης.

Στον κοινωνικό τομέα, διακρίνεται η τάση για ανεξαρτοποίηση από τους ενηλίκους και για συμμόρφωση προς την ομάδα συνομηλίκων. Επίσης διαφοροποιούνται οι διαπροσωπικές σχέσεις του εφήβου όχι μόνο ως προς τους ενηλίκους, αλλά και ως προς τους συνομηλίκους, αφού εμφανίζεται η ετερόφυλη σεξουαλική συμπεριφορά (Χουρδάκη, 1982, σελ. 131-144).

Τέλος, πρέπει ν' αναφερθεί κατά τον Παρασκευόπουλο (1985), ότι υπάρχουν ποικίλες ατομικές διαφορές στο ρυθμό της ανάπτυξης, γι' αυτό πρέπει να δίνεται προσοχή στην ερμηνεία κάθε γενικού χρονοδιαγράμματος ανάπτυξης. Τα χρονοδιαγράμματα αυτά δείχνουν τη γενική πορεία που ακολουθεί, η ανάπτυξη ενός μέσου φυσιολογικού ατόμου (τόμος Δ, σελ. 27).

Η Θωμαΐδου (1992), υποστηρίζει ότι είναι απαραίτητο να ελέγχεται από τους γονείς συστηματικά και περιοδικά αλλά κυρίως συχνότερα στις μικρές ηλικίες, η εξέλιξη των παιδιών, γιατί

είναι γνωστό ότι η φυσιολογική τους ανάπτυξη περνά από καθορισμένα στάδια. Τα στάδια αυτά οι γονείς οφείλουν να τα γνωρίζουν, ώστε έγκαιρα να προλαμβάνουν κάθε παρέκκλιση από το φυσιολογικό στην ανάπτυξη των παιδιών (Συνέντευξη που πήρε η ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

### 3. Ψυχοσωματικές Διαταραχές της Παιδικής Ηλικίας

#### α) Φυσιολογική και μη ανάπτυξη του παιδιού

Μία από τις συχνότερες αιτίες ανησυχίας της οικογένειας για την υγεία και την ανάπτυξη ενός παιδιού, είναι η σφαλερή εντύπωση που έχει για το τί είναι "κανονικό". Αυτό μπορεί ν' αναφέρεται στο βάρος, ύψος, ποσότητα τροφής, οδοντοφυΐα και γενικότερα σε όλα τα στάδια της ψυχοσωματικής ανάπτυξης.

Κατά τον Δοξιάδη (1964), η λαθεμένη γνώμη τους οφείλεται σε διάφορα βιβλία επιστημονικά ή εκλαϊκευμένα, τα οποία δίνουν διάφορες "κανονικές" τιμές (για ύψος, βάρος, κ.ά.), χωρίς συγχρόνως να εξηγούν ότι αυτές οι τιμές είναι απλώς ένας μέσος όρος. Αυτός ο τρόπος παρουσίασης δεν βοηθά αλλά βλάπτει, γιατί δίνει την εντύπωση ότι το παιδί δεν είναι φυσιολογικό όταν αποκλίνει από τα όρια ανάπτυξης που καθορίζουν (σελ. 8).

Χρειάζεται να γίνει κατανοητό, ότι σε κάθε ηλικία αντιστοιχεί μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, που είναι φυσιολογική για την ηλικία αυτή, ενώ σε άλλη αποτελεί ένδειξη κάποιου προβλήματος (Lask, 1985, σελ. 12). Για παράδειγμα ένα νήπιο 2 χρονών είναι φυσικό να αναστατώνεται όταν η μητέρα του φεύγει και το αφήνει σε κάποιον άλλον. Η ίδια όμως συμπεριφορά στην ηλικία των 8 χρόνων είναι ασυνήθιστη και μπορεί να βάλει τους

γονείς σε υποψία.

Σύμφωνα με το Lask (1985), η ηλικία που θα μπορέσει το παιδί για πρώτη φορά να περπατήσει, να μιλήσει, να χαμογελάσει κ.ά. ποικίλει σε μεγάλο βαθμό από το ένα άτομο στο άλλο. Αυτό συμβαίνει γιατί στη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, υπάρχει ένα πλατύ ηλικιακό φάσμα για την ανάπτυξη των διαφόρων ικανοτήτων. Ορισμένα παιδιά εξελίσσονται γρηγορότερα σε κάποιους τομείς, ενώ άλλα αργούν περισσότερο από το μέσο όρο στην απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων και αναπτύσσονται γρηγορότερα σε άλλες (σελ. 59, 63).

Ο καθορισμός λοιπόν του φυσιολογικού ή μη φυσιολογικού αφήνεται στην κρίση του παιδίατρου προκειμένου να αποφασίσει αν τα άτομα που δεν εμπίπτουν στα όρια αυτά, είναι υγιή ή όχι.

Καθήκον λοιπόν του παιδίατρου, σύμφωνα με το Δοξιάδη (1964), είναι να διευκρινήσει στους γονείς, από την πρώτη επαφή μαζί τους, ότι οι αριθμοί είτε βάρους, είτε ύψους, ή ο,τιδήποτε άλλο, δεν έχουν μόνοι τους μεγάλη σημασία, γιατί από το ένα υγιές άτομο στο άλλο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές. Πρέπει επίσης να εξηγεί, ότι "κανονικό" δεν είναι ο μέσος όρος, αλλά μια μεγάλη περιοχή γύρω από αυτόν. Με τον τρόπο αυτό θα δώσει στους γονείς να καταλάβουν, ότι η απόφαση για το αν μια λειτουργία ή αργοπορία στην ανάπτυξή τους είναι φυσιολογική ή παθολογική, δεν μπορεί να βασιστεί μόνο σε μια τιμή ή παρατήρηση. Για να είναι σωστή η διάγνωση, πρέπει να ληφθούν υπόψη ένα πλήθος παραγόντων και ιδιαίτερα η γενική κατάσταση του παιδιού, η συμπεριφορά του και η ευδιαθεσία του (σελ. 8).

**β) Συμπτώματα που πρέπει ν' ανησυχούν τους γονείς στην ανάπτυξη του παιδιού**

Οι γονείς είναι συνήθως οι πρώτοι που υποπτεύονται ότι κάτι δεν πάει καλά με την ανάπτυξη και την εξέλιξη του παιδιού τους. Αυτοί, νωρίτερα από κάθε άλλον, παρατηρούν κάποια παράξενη ή ασυνήθιστη αντίδραση στη συμπεριφορά του ή κάποια καθυστέρηση στην εξέλιξή του, και πρέπει ν' απευθύνονται στον παιδίατρο (Behrman 1992, σελ. 73-76).

Είναι απαραίτητο και σημαντικό να ελέγχεται συστηματικά και περιοδικά η εξέλιξη των παιδιών. Η φυσιολογική τους ανάπτυξη περνά από γνωστά και καθορισμένα στάδια, όπου το καθένα χαρακτηρίζεται από την απόκτηση νέων ικανοτήτων. Τις ικανότητες αυτές, οφείλουν να τις γνωρίζουν οι γονείς ώστε έγκαιρα ν' αντιμετωπίζουν κάθε παρέκκλιση ανάπτυξης των παιδιών από το φυσιολογικό (Συνέντευξη που δόθηκε από την Θωμαΐδου στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, 1992, βλέπε Παράρτημα Δ).

Τα συμπτώματα που πρέπει, ν' ανησυχούν τους γονείς αναφέρονται στην όραση, στην ακοή, στην ομιλία, στην κινητικότητα και στην γενικότερη συμπεριφορά του παιδιού τους.

Σύμφωνα με την Θωμαΐδου (1992), οι γονείς πρέπει ν' ανησυχούν για την όραση του παιδιού τους όταν το νεογέννητο μωρό: α) δεν κοιτάζει τη μητέρα του καθώς το ταΐζει, β) δεν παρακολουθεί το πρόσωπό της όταν του μιλάει, γ) κινεί τα μάτια του κυκλικά, δ) εμφανίζει λευκά στίγματα στο κέντρο της κόρης του ματιού, ε) εμφανίζει στραβισμό (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ) (Παράρτημα Α, Πίνακας 1α).

Στο νεογέννητο πρέπει ν' ανησυχούν για την ακοή του αν α) δεν τρομάζει σε δυνατούς θορύβους (κλείσιμο πόρτας), β) δεν αντιδρά στους καθημερινούς θορύβους του σπιτιού (π.χ. ραδιόφωνο), γ) δεν αντιλαμβάνεται την παρουσία των γονέων του κοντά στο κρεβάτι του και ξαφνιάζεται όταν δει απότομα το πρόσωπό τους. Στο μικρό βρέφος αν α) δεν γυρίζει το κεφάλι του σε μικρούς θορύβους και β) δεν ανταποκρίνεται όταν ακούει το όνομά του. Στη νηπιακή και παιδική ηλικία αν α) καθυστερεί να μιλήσει, β) παρουσιάζει συχνά επεισόδια ωτίτιδας, γ) αρρωστήσει από σοβαρά νοσήματα (π.χ. μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα), δ) όταν νοσήσει από παιδικές αρρώστιες (π.χ. ιλαρά), ε) όταν παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες και στ) όταν είναι ανυπάκουο και υπερκινητικό (Συνέντευξη που δόθηκε από την Θωμαΐδου στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, 1992, βλέπε Παράρτημα Δ).

Ανησυχία για την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας του παιδιού πρέπει να υπάρχει, σύμφωνα με την Θωμαΐδου (1992) όταν α) είναι 1 έτους και δεν λέει επαναλαμβανόμενες συλλαβές, β) είναι 16 μηνών και δεν λέει καμία λέξη με νόημα, β) είναι 2,5 χρόνων και λέει λιγότερες από 6 λέξεις ή δεν σχηματίζει μικρές φράσεις λέξεων, δ) είναι 3 χρόνων και χρησιμοποιεί λίγες φράσεις, ε) οι γονείς δεν καταλαβαίνουν την ομιλία του ενώ είναι 3,5 χρόνων, στ) έχει δυσκολία να προφέρει σωστά όλα τα σύμφωνα ενώ είναι μεγαλύτερο από 4 χρόνων, ζ) ο ρυθμός της ομιλίας του είναι διακεκομμένος στα 5 χρόνια και έχει συνεχώς βραχνή φωνή (Παράρτημα Α, Πίνακας 1γ) (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

"Για την κινητικότητα του παιδιού υπάρχουν λόγοι ανησυχίας αν α) είναι 3 μηνών και δεν στηρίζει καλά το κεφάλι του, β) είναι 10 μηνών και δεν στηρίζεται στα πόδια του, γ) είναι 16 μηνών και δεν περπατά μόνο του, δ) είναι 2 χρόνων και δεν ανεβαίνει σκαλοπάτια, ε) είναι 4 χρόνων και πέφτει εύκολα, γιατί δεν μπορεί να διατηρήσει την ισορροπία του" (Παράρτημα Α, Πίνακας 1δ) (Θωμαΐδου 1992, συνέντευξη που δόθηκε στους μελετητές της εργασίας αυτής, Παράρτημα Δ).

Ανησυχία για τη συμπεριφορά του παιδιού πρέπει να υπάρχει αν α) έχει συχνό και έντονο θυμό, β) είναι επιθετικό χωρίς λόγο, γ) συστηματικά, αποσύρεται σε κάποια γωνιά του σπιτιού και ασχολείται μονότονα με κάποιο αντικείμενο για πολλές ώρες, δ) εμφανίζει έντονη και διαρκή υπερκινητικότητα και δεν μπορεί να διατηρήσει την προσοχή του σε κάτι περισσότερο από 1 λεπτό, ενώ είναι μεγαλύτερο από δύο χρόνων (Παράρτημα Α, Πίνακας 1ε) (Θωμαΐδου 1992, συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Υπάρχουν κάποιες συμπεριφορές που ενώ ενοχλούν τους γονείς κατά κανόνα δεν υποδηλώνουν προβλήματα στην ανάπτυξη του παιδιού, όπως α) παραξενες συνήθειες στον ύπνο, β) επίμονη και απαιτητική συμπεριφορά, γ) υπερκινητικότητα σε ορισμένες καταστάσεις, δ) φοβίες για δύσμορφα ή παράξενα αντικείμενα.

Οι γονείς αν παρατηρήσουν και αυτά τα συμπτώματα, θα πρέπει ν' απευθυνθούν στον παιδίατρό τους, ο οποίος αφού εξετάσει το παιδί και προσδιορίσει τους βιολογικούς και κοινωνικοψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του, θα τους συμβουλεύσει για το τί πρέπει να κάνουν (Θωμαΐδου



1992, συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Βέβαια τελειώνοντας, αξίζει να τονιστεί ότι οι γονείς πρέπει να πάνε το παιδί τους στον παιδίατρο, ακόμα κι αν κρίνουν οι ίδιοι ότι πολλά από τα συμπτώματα που αναφέραμε δεν είναι ανησυχητικά και θεραπεύονται μόνο με τη βοήθεια του "χρόνου". Πολλές φορές μετά από αυτά τα συμπτώματα, έχει παρατηρηθεί η εκδήλωση μιας σοβαρής διαταραχής και ο μόνος τρόπος να την προλάβουμε είναι η έγκαιρη εξέταση του παιδιού από τον παιδίατρο.

#### γ) Παράγοντες που καθορίζουν τη σοβαρότητα ενός συμπτώματος

Η παρουσία ενός παθολογικού συμπτώματος στην συμπεριφορά του παιδιού, δεν αποτελεί ανησυχητικό σημείο. Πολλές φορές ένα σύμπτωμα αποτελεί φυσιολογική αντίδραση της διαδικασίας της ανάπτυξης του παιδιού, χωρίς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του. Άλλοτε όμως συμβαίνει το σύμπτωμα να είναι σοβαρότερο και να αποτελεί την αρχή μιας βαθύτερης διαταραχής.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) οι παράγοντες, που καθορίζουν την σοβαρότητα ενός συμπτώματος μπορούν να συνοψιστούν στους εξής:

α) Η συχνότητα εμφάνισης του συμπτώματος: Όσο πιο συχνά εμφανίζεται ένα σύμπτωμα, τόσο σοβαρότερο είναι.

β) Η εμφάνιση συγχρόνως και άλλων συμπτωμάτων: όταν δηλαδή το σύμπτωμα συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα, έστω και ελαφρά, το σύμπτωμα θεωρείται σοβαρό.

γ) Ο βαθμός απόκλισης του συμπτώματος από το μέσο -

φυσιολογικό: όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός απόκλισης, τόσο σοβαρότερο θεωρείται το σύμπτωμα.

δ) Η ένταση του συνοδευτικού συναισθήματος: Το σύμπτωμα δηλαδή είναι σοβαρό, όταν το συναίσθημα, που συνοδεύει το σύμπτωμα είναι έντονο.

ε) Η αδυναμία αποφυγής του συμπτώματος: όσο πιο αδύναμο είναι το άτομο να ελέγξει το σύμπτωμα, τόσο σοβαρότερο μπορεί αυτό να θεωρηθεί.

στ) Η πιθανότητα να έλθει το παιδί αντιμέτωπο με το νόμο: όταν δηλαδή τα συμπτώματα αυτά, γίνονται επικίνδυνα για τους άλλους και παίρνουν την μορφή ποινικού αδικήματος π.χ. κλοπή (1985, τόμος Γ', σελ. 165).

Οι προαναφερόμενοι παράγοντες, καθορίζουν το αν οι γονείς πρέπει να ανησυχήσουν με την εμφάνιση ενός συμπτώματος στο παιδί τους και στην περίπτωση αυτή πρέπει να ζητήσουν την γνώμη του Παιδιάτρου, Παιδοψυχιάτρου ή Παιδοψυχολόγου, προκειμένου να αντιμετωπίσουν σωστά το πρόβλημα του παιδιού τους.

Η απόφαση των γονέων να ζητήσουν βοήθεια, βασίζεται στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού τους, στο βαθμό της ενόχλησης που προκαλεί τα παιδιά, στους γονείς, στους δασκάλους και στους άλλους, και από τις εμπειρίες τους στο παρελθόν από συζητήσεις με ψυχιάτρους για ψυχοκοινωνικά ζητήματα. (Behrman, 1992, σελ. 73-75).

#### **δ) Είδη ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία**

θεωρείται σημαντικό - πριν αναφερθούν τα είδη των ψυχικών διαταραχών, που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία - να δοθεί

ένας ορισμός της ψυχικής υγείας, προκειμένου να διευκρινιστεί τι είναι η ψυχική διαταραχή.

"Ψυχική υγεία, είναι η ικανότητα του ατόμου να βρίσκεται σε αρμονικές σχέσεις με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Επομένως ψυχική διαταραχή σημαίνει τον κλονισμό της ψυχικής ισορροπίας και την απώλεια της ψυχικής υγείας" (Πιάνος, 1989, σελ. 9).

Τα είδη των ψυχικών διαταραχών που θα αναπτυχθούν παρακάτω είναι τα ακόλουθα:

1. Νοητική Καθυστέρηση
2. Σύνδρομο Down
3. Αυτισμός
4. Παιδικές ψυχώσεις (διαταραχές συμπεριφοράς)
5. Μαθησιακές δυσκολίες (αναπτυξιακή διαταραχή γραπτού ή προφορικού λόγου, δυσλεξία, σχολική φοβία)
6. Δυσκολίες προσαρμογής (επιθετικότητα - υπερκινητικότητα)
7. Προβλήματα ομιλίας (δυσάρθρια, ψευδισμός, καθυστέρηση ομιλίας)
8. Ενούρηση
9. Εγκόπριση
10. Μελαγχολία, κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας
11. Διαταραχές νευρικού συστήματος (εγκεφαλική παράλυση)
12. Επιληψία
13. Τικς
14. Ψυχοσωματικά συμπτώματα

## 1. Νοητική καθυστέρηση

Η νοητική καθυστέρηση συνήθως δεν είναι ένα φαινόμενο παροδικό, που με το πέρασμα λίγου ή πολύ χρόνου και με οποιαδήποτε θεραπεία, αγωγή και εκπαίδευση θα εκλείψει οριστικά από το νοητικά καθυστερημένο άτομο. Πρόκειται κυρίως για μια μόνιμη κατάσταση που συνοδεύει το άτομο σε όλη του τη ζωή, χωρίς ποτέ να μπορέσει να φτάσει στον τελικό του προορισμό, δηλαδή την κανονικότητα και τη φυσιολογικότητα.

Είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει ένας σαφής και κοινά αποδεκτός ορισμός της νοητικής καθυστέρησης, γιατί δεν αποτελεί μια απλή παθολογική κατάσταση με συγκεκριμένα συμπτώματα. Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοητικής Καθυστέρησης,

"Η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση η οποία προέρχεται από μια σημαντικά υποβαθμισμένη γενική νοητική λειτουργία, συνυπάρχει με ελλείψεις στην προσαρμοστική συμπεριφορά και εμφανίζεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης" (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 8).

Το πιο εμφανές χαρακτηριστικό των παιδιών με νοητική καθυστέρηση είναι η μειωμένη ικανότητα μάθησης. Σύμφωνα με τους Zeaman και House, η συχνή διαταραχή της προσοχής και η αδυναμία παρακολούθησης ενός ερεθίσματος, είναι η κύρια αιτία του προβλήματος μάθησης. Οι ελλείψεις που παρουσιάζονται στη μνήμη είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση δεν μπορούν εύκολα να θυμηθούν λέξεις, ήχους, εικόνες και αυτό λόγω της ανικανότητας να χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες μεθόδους μάθησης. Βέβαια ο βαθμός του προβλήματος της μάθησης και μνήμης εξαρτάται από το

βαθμό καθυστέρησης (Γκουτζιαμάνη, 1991, σελ. 17).

Ο Zigler, υποστηρίζει ότι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση έχουν χαμηλή επίδοση σε πολλά θέματα επειδή όλοι τα θεωρούν "αποτυχημένα άτομα". Με βάση αυτή τη θεώρηση, έχουν ελάχιστη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και δεν μπορούν να γνωρίσουν την αξία τους (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 18).

Οι αιτίες της νοητικής καθυστέρησης ξεκινούν από την κληρονομικότητα, από επεισόδια κατά την περίοδο της κύησης, την ώρα του τοκετού, αλλά και από συμβάντα στους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα) (Παπαγεωργίου, 1985, σελ. 216, 217).

Οι βαθμίδες της νοητικής καθυστέρησης καθορίζονται από το δείκτη νοημοσύνης (Δ.Ν.). Έτσι έχουμε τρεις κατηγορίες ατόμων, με Δ.Ν. 50-75 τους εκπαιδεύσιμους, οι οποίοι μπορούν να αφομιώσουν σε ικανοποιητικό βαθμό σχολικές, κοινωνικές και επαγγελματικές γνώσεις. Με Δ.Ν. 25-50 τους ασκήσιμους, οι οποίοι δεν είναι ικανοί να αποκτήσουν γνώσεις εκτός από μεμονωμένες λέξεις και άλλες αριθμητικές έννοιες. Μπορούν όμως να ασκηθούν σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης όπως καθαριότητα, ένδυση κ.ά. Και τέλος με Δ.Ν. 25 και κάτω, τους εξαρτημένους, οι οποίοι δεν μπορούν καθόλου να εκπαιδευτούν (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 20-22).

Παρά το γεγονός ότι η νοητική καθυστέρηση είναι μια σχεδόν μόνιμη κατάσταση, σήμερα τα νοητικά αποκλίνοντα άτομα με την έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπιση του προβλήματός τους, την αρμόζουσα αγωγή, εκπαίδευση και άσκηση μειώνουν σε σημαντικό βαθμό την ανεπάρκεια της προσαρμοστικής τους συμπεριφοράς, με

αποτέλεσμα και σκοπό μαζί την ομαλή ενσωμάτωση των ατόμων αυτών στο κοινωνικό σύνολο και την αυτοδύναμη μερικά ή ολικά εντάξη τους στις παραγωγικές διαδικασίες.

## 2. Σύνδρομο Down

Το σύνδρομο Down, ονομάζεται και σύνδρομο της μογγολοειδούς ιδιωτας. Το σύνδρομο αυτό, πρώτος περιέγραψε το 1860, ο Βρετανός γιατρός L. Down, από τον οποίο πήρε το όνομά της η πάθηση αυτή (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Α, σελ. 87).

Κατά τον Παρασκευόπουλο (1985), το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται μια φορά σε κάθε 700 γεννήσεις και αποτελεί το 10% ως 20% των περιπτώσεων μέσης και βαριάς νοητικής καθυστέρησης (τόμος Α, σελ. 87).

Το σύνδρομο αυτό, οφείλεται σε χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Επίσης έχει σχέση με την ηλικία της μητέρας, δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της μητέρας, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει να παρουσιάσει το παιδί σύνδρομο Down.

"Μετά το 25ο έτος, η πιθανότητα να γεννηθεί παιδί με σύνδρομο Down, αυξάνει κατά 25% ανά πενταετία. Το 80% των ατόμων με σύνδρομο Down, είναι τέκνα μητέρων, που όταν τα γέννησαν, ήταν ηλικίας άνω των 35 ετών" (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Α, σελ. 87, 88).

## 3. Αυτισμός

Ο αυτισμός είναι μια από τις πιο σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές που παραμένει σ' όλη τη ζωή του παιδιού. Είναι

γνωστός και ως σύνδρομο Kanner, γιατί περιγράφηκε αρχικά (1943) από το Leo Kanner, ο οποίος παρατήρησε ότι μερικά από τα ψυχωσικά παιδιά της ομάδας του χαρακτηρίζονταν από έντονη συναισθηματική απομόνωση (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 50).

Κατά τον Μάνο (1988), το παιδί με αυτιστική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από έντονη ανικανότητα στη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων. Δεν το ευχαριστεί η προσωπική επαφή, ούτε την επιδιώκει. Αποφεύγει το βλέμμα του άλλου καθώς και τη σωματική επικοινωνία. Δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το λόγο σαν μέσο επικοινωνίας. Αργεί να μιλήσει και έχει πολύ ασυνήθιστους τρόπους ομιλίας, όπως ηχολαλία (επανάληψη λέξεων ή προτάσεων). Αναφέρεται στο τρίτο πρόσωπο ("αυτός" αντί "εγώ") (σελ. 463-464).

Η στερεοτυπική συμπεριφορά του είναι το εμφανέστερο γνώρισμα του αυτισμού. Το παιδί παίζει με επαναλαμβανόμενα παιχνίδια ενώ η επαναληπτική κινητική δραστηριότητα στο σώμα (κούνημα μπρος - πίσω ή δεξιά - αριστερά) δεν περνά απαρατήρητη. Η έλλειψη της συναίσθησης του κινδύνου μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να οδηγήσει σε αυτοτραυματισμούς και αυτοεπιθετικότητα (Μάνος, 1988, σελ. 465).

Ο αυτισμός κατά την άποψη της Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη (1986), δεν είναι ταυτόσημος με τη νοητική καθυστέρηση. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά έχουν Δ.Ν. περίπου 50 (σελ. 70). Η έναρξή του συμβαίνει στην παιδική ηλικία (μετά τους 36 μήνες).

Η αδυναμία του αυτιστικού παιδιού να βάλει σε τάξη τα

μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον του έχει σαν αποτέλεσμα την απομόνωση, την έλλειψη της προσοχής και έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Η αιτία του αυτισμού ακόμα είναι άγνωστη (Herbert, 1989, σελ. 222-223).

Ο Lotter (1966), υποστήριξε ότι ο αυτισμός, συνδυασμένος με σωματικές αναπηρίες μπορεί να διαγνωστεί νωρίτερα, ενώ εκείνος που συνδυάζεται με σωματική υγεία δεν αναγνωρίζεται παρά μόνο, όταν η ομιλία, οι δυσκολίες συμπεριφοράς ή τα προβλήματα μάθησης τον φέρνουν στην επιφάνεια (Σταύρου, 1984, σελ. 217).

Τέλος, ο Lask (1985), αναφέρει μια χρήσιμη συμβουλή:

"Αν νομίζετε πως το παιδί σας είναι αυτιστικό, θα πρέπει να ζητήσετε τη βοήθεια ειδικού, κατά προτίμηση παιδοψυχιάτρου"  
(σελ. 70).

#### 4. Παιδικές ψυχώσεις (διαταραχές συμπεριφοράς)

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά, που είναι κοινωνικά διασπαστική και η οποία συχνά είναι πιο ενοχλητική για τους άλλους, δηλαδή την οικογένεια και το σχολείο, παρά για τα άτομα τα ίδια. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται, η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας, η Διαταραχή της Διαγωγής και η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Μάνος, 1988, σελ. 475).

#### **Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής - υπερκινητικότητας**

Η διαταραχή αυτή αναλύεται διεξοδικά, σε ξεχωριστή



παράγραφο του κεφαλαίου αυτού.

Εκείνο που μπορεί να τονισθεί εδώ, είναι, ότι η υπερκινητικότητα, μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, αλλά παραμένει η διάσπαση της προσοχής.

#### Διαταραχή της διαγωγής

Σύμφωνα με το Μάνο (1988) στη διαταραχή της διαγωγής, η οποία ονομάζεται και επιθετική ή αντικοινωνική συμπεριφορά, περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών. Το κυριώτερο παράπονο των γονέων στις περιπτώσεις αυτές, είναι ότι τα παιδιά είναι ανυπάκουα. Επανειλημμένες και επίμονες παραβιάσεις μιας σειράς σημαντικών κανόνων, (που είναι λογικοί και σύμφωνοι προς την ηλικία του παιδιού) στο σπίτι ή στο σχολείο, χαρακτηρίζουν τα παιδιά αυτά (σελ. 479).

Τα επιθετικά παιδιά, χαρακτηρίζονται από μία βίαιη συμπεριφορά ενάντια σε άτομα, ξένη περιουσία και κλοπές, οι οποίες πολλές φορές, συνοδεύονται από μια βίαιη αντιμετώπιση του θύματος της κλοπής. Επίσης, χαρακτηρίζονται από μία αδυναμία να νιώσουν συμπάθεια ή να έχουν συναισθηματική επικοινωνία ή δεσμό με τους άλλους.

Αναφορικά με τις αιτίες της διαταραχής αυτής, δεν έχει αποδειχθεί καθαρά η σχέση αιτίας - αποτελέσματος.

Ορισμένες από τις αιτίες, που πιθανολογούνται είναι, η δυσκολία στον έλεγχο της παρορμητικότητας, έλλειψη επίβλεψης και ορίων εκ μέρους των γονέων, υπερβολικές εγγενείς επιθετικές παρορμήσεις και αντιγραφή της συμπεριφοράς των γονέων. Όλα

αυτά, μπορεί να συμβάλουν στην επιθετική συμπεριφορά. Η αδυναμία, στο να δημιουργήσουν δεσμό με τους άλλους, μπορεί να σχετίζεται με τη μητρική στέρηση, με υπερβολικά σκληρή, ασυνεπή και απρόβλεπτη συμπεριφορά των γονέων (που περιλαμβάνει και σωματική κακοποίηση), με απόρριψη από τους γονείς και με τη διαταραχή της ελαττωματικής προσοχής - υπερκινητικότητας (Μάνος, 1988, σελ. 480).

Η θεραπεία της διαταραχής αυτής, λόγω της πολλαπλής αιτιολογίας, δεν είναι καθορισμένη. Απαιτείται όμως έγκαιρη διαγνωστική αξιολόγηση, για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους, όπως επίσης χρειάζεται και συνεργασία του Παιδιάτρου, Παιδοψυχιάτρου, οικογένειας, σχολείου και γενικότερα των υπηρεσιών που έχουν σχέση με το παιδί.

#### **Εναντιωτική προκλητική διαταραχή**

Τα παιδιά που υπάγονται σ' αυτή την κατηγορία διαταραχών, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον 6 μήνες), είναι ανυπάκουα, αρνητικά και εναντιώνονται προκλητικά, πολύ περισσότερο από τα άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας, στους συνηθισμένους κανόνες και όρια, που θεωρούνται λογικά, για το περιβάλλον στο οποίο ζουν.

Όπως αναφέρει ο Μάνος (1988), συμπτώματα της διαταραχής αυτής, μπορεί να υπάρχουν και στην πρώτη ηλικία, αλλά συνήθως εμφανίζεται στα 8 χρόνια (σελ. 482).

Τα αίτια της, δεν είναι ξεκάθαρα, όπως συμβαίνει και με τις άλλες δύο διαταραχές συμπεριφοράς. Πιθανόν να οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του εγκεφάλου, ή σε περιβαλλοντικούς

παράγοντες.

Η θεραπεία στην εναντιωματική προκλητική διαταραχή, αποσκοπεί στο να βοηθήσει το παιδί να ελέγξει τη συμπεριφορά του, με βάση την κατανόηση των δυναμικών της σχέσης του με τους γονείς του και με άλλα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός του (Μανος, 1988, σελ. 483).

##### 5. Μαθησιακές δυσκολίες (αναπτυξιακή διαταραχή γραπτού ή προφορικού λόγου, δυσλεξία, σχολική φοβία)

Ο όρος μαθησιακές δυσκολίες είναι αρκετά καινούριος. Δημιουργήθηκε ύστερα από σύγχυση που επικρατούσε στους χώρους των διαφόρων ειδικοτήτων. Το 1963, ο S. Kirk, τον πρότεινε δίνοντας έτσι τερματισμό στους διαφορετικούς όρους που χρησιμοποιούσαν για την ίδια περίπτωση (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 29). Τέτοιοι όροι ήταν: διαταραχή στην ανάγνωση, εκπαιδευτικό μειονέκτημα, αντιληπτική διαταραχή, σύνδρομο απροσεξίας, δυσλεξία και άλλοι (White, Notkin-White, 1980, σελ. 76).

"Οι μαθησιακές δυσκολίες αναφέρονται στη μειωμένη ικανότητα του παιδιού να διεκπαιρεύσει τα καθήκοντα του σχολείου στο αναμενόμενο για αυτό επίπεδο" (Hobbs, Εκλογή, 1979, τεύχος 48, σελ. 31).

Οι δυσκολίες αυτές αφορούν συνήθως την ανάγνωση, την ορθογραφία, τη γραφή ή την αριθμητική. Γύρω στα 10 στα εκατό των παιδιών παρουσιάζουν κάποια μαθησιακή δυσκολία.

Το παιδί με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζεται σύμφωνα με

τη Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη (1991), παρορμητικό, υπερκινητικό, μη μπορώντας να ελέγξει τα συναισθήματά του και τις κινήσεις του, ανεύθυνο, με επιθετικότητα και γενικότερα με προβληματικές σχέσεις (σελ. 30, 31).

Ο Bannatyne (1966), υποστηρίζει ότι το παιδί με μαθησιακές δυσκολίες έχει επαρκή νοητική ικανότητα, συναισθηματική σταθερότητα και οι αισθητηριακές του λειτουργίες δεν παρουσιάζουν φανερά προβλήματα. Χαρακτηρίζεται όμως από ορισμένες ανεπάρκειες στις διαδικασίες αντίληψης, ολοκλήρωσης και έκφρασης που εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της μάθησης (1990, σελ. 13).

Τα παιδιά με μαθησιακά προβλήματα, δέχονται απόρριψη πολύ περισσότερο από τα φυσιολογικά και επιλέγονται λιγότερο σαν φίλοι ή σύντροφοι. Το κοινωνικό τους γόητρο είναι σαφώς χαμηλότερο. Αντιθέτως, προσαρμόζονται εύκολα στο χώρο της οικογένειας και στις σχέσεις με το άλλο φύλο.

Συχνά οι γονείς παιδιών με δυσκολίες μάθησης αισθάνονται αποτυχημένοι στο γονεϊκό τους ρόλο, γι' αυτό τα απορρίπτουν και θυμώνουν αυτά. Οι ενοχές είναι συχνές. Αποτέλεσμα αυτής της στάσης τους είναι η παραγνώριση και η μη - συνειδητοποίηση του προβλήματος (Καλλινικάκη, 1990, σελ. 56, 57).

Σχετικά με τα αίτια των μαθησιακών δυσκολιών πιστεύεται ότι οφείλονται σε μια μικρή νευρολογική διαταραχή, κυρίως όμως σε προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον (έλλειψη κατάλληλων ερεθισμάτων), αλλά και στους ασταθείς τρόπους διαπαιδαγώγησης (Καραντάνος, 1990, σελ. 83-92).

Ο Herbert (1989), προσθέτει σ' αυτά τα αίτια, ότι τα

παιδιά με χαμηλή νοημοσύνη αργούν όσον αφορά την εκμάθηση της ανάγνωσης. Δεν αγνοεί το λανθασμένο τρόπο διδασκαλίας ή τις ανεπαρκείς συνθήκες διδασκαλίας του μαθήματος της πρώτης ανάγνωσης. Αναφέρει ότι τα παιδιά που απουσιάζουν συχνά από το σχολείο ή χάνουν πολλά μαθήματα λόγω ασθένειας θα συναντήσουν δυσκολία αργότερα, όπως και τα παιδιά που παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα στην όραση και την ακοή. Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι άλλη μια σημαντική αιτία (σελ. 147, 148).

Η πιο συνηθισμένη από τις μαθησιακές δυσκολίες, είναι η δυσλεξία. Ο όρος δυσλεξία αναφέρεται σε μια δυσκολία στο γράψιμο και στο διάβασμα.

"Τα δυσλεκτικά παιδιά μπορεί να έχουν πολλά ταλέντα, μα χρειάζεται να καταβάλουν πολύ κόπο για να μάθουν να διαβάζουν και να γράφουν" (Lask, 1985, σελ. 71).

Μπορούν να δουν όλα τα γράμματα μιας λέξης αλλά χωρίς να βγάζουν νόημα. Συχνά μπερδεύουν τα γραπτά σύμβολα (γραμμές, αριθμοί) παρόμοιου σχήματος και γράφουν "6 αντί 9", "3 αντί ε". Μερικές φορές εμφανίζονται ταυτόχρονα με άλλα προβλήματα, όπως δυσκολίες στο συντονισμό κινήσεων, σύγχυση ανάμεσα στο δεξί και αριστερό, αδεξιότητα, κ.ά. (Herbert, 1989, σελ. 152).

Υπάρχουν, κατά τον Herbert (1989) δύο είδη δυσλεκτικών παιδιών, αυτά που δεν μπορούν να διαβάσουν, γιατί δυσκολεύονται να βγάλουν νόημα από ό,τι βλέπουν και εκείνα που δεν μπορούν να διαβάσουν, γιατί δεν βγάζουν νόημα από ό,τι ακούνε (σελ. 152).

Προβλήματα στην άρθρωση και στην ομιλία που εξακολουθούν να υπάρχουν όταν το παιδί αρχίζει το σχολείο, μεταφέρονται και στο γραπτό λόγο. Οι διαταραχές στο λόγο αποκαλύπτονται ή

γίνονται αισθητές όταν το παιδί αρχίζει τη φοίτησή του στο σχολείο. Δεν θα πρέπει όμως να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες των μαθησιακών διαταραχών (Λεβάντη, 1990, σελ. 50, 51).

Η σχολική φοβία είναι επίσης σημαντική. Είναι ένα είδος ψυχονεύρωσης που χαρακτηρίζεται από έντονο ψυχικό άγχος. Εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους όπως: απροθυμία ή άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο, ψυχοσωματικά συμπτώματα (πονοκεφάλους, ενοούρηση, εγκόπριση), αιτιάσεις κατά του δασκάλου και μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε σημείο της σχολικής φοίτησης (κυρίως στη Β' τάξη). Ερευνες έχουν δείξει ότι το 8% του σχολικού πληθυσμού χαρακτηρίζεται από σχολική φοβία, η οποία είναι συχνότερη στα κορίτσια. Κύρια αιτία της είναι το έντονο άγχος του αποχωρισμού, το οποίο βιώνει τόσο η μητέρα όσο και το παιδί. Με άλλα λόγια αποτελεί μια βαθύτερη διαταραχή της προσωπικότητας η οποία θεραπεύεται με τη βοήθεια ειδικού παιδοψυχολόγου (Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 156-158).

Συμπερασματικά, αξίζει να αναφερθεί ότι αυτά τα προβλήματα δεν αναγνωρίζονται έγκαιρα, με αποτέλεσμα το παιδί να μένει πίσω στο σχολείο και να παρουσιάζει και άλλα προβλήματα. Το να συμβουλευτούν οι γονείς κάποιον ειδικό όταν το παιδί τους παρουσιάζει δυσκολία στη μάθηση είναι η σωστή ενέργεια.

## 6. Δυσκολίες Προσοχής (Επιθετικότητα - Υπερκινητικότητα)

### Επιθετικότητα

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), η επιθετικότητα αναφέρεται σε ενέργειες, που αποσκοπούν να προκαλέσουν πόνο,

τραύμα, ζημιά, άγχος στους άλλους. Επιθετικές ενέργειες είναι π.χ. να σπάει αντικείμενα, να κλωτσάει, να γκρινιάζει, να αρνείται να εκτελέσει ό,τι του ζητούν κ.τ.λ. (τόμος Β, σελ. 118).

Κύριο χαρακτηριστικό της επιθετικής συμπεριφοράς είναι η πρόθεση, η επιθυμία να προκαλέσει ζημιά στον άλλον.

Τα μικρά παιδιά συμπεριφέρονται συχνά με επιθετικό τρόπο. Οι περιστασιακές αυτές επιθετικές ενέργειες, είναι ένα φυσιολογικό γεγονός, μέρος της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης. Όταν όμως η επιθετικότητα παρουσιάζεται επίμονη, τότε μπορεί να θεωρηθεί μη φυσιολογική (1985, σελ. 47).

Προκειμένου να διαγνωσθεί, αν η επιθετικότητα του παιδιού εξελίσσεται σε σοβαρό πρόβλημα, πρέπει να προσέξουν αρχικά οι γονείς, αν το παιδί αντιδρά υπερβολικά σε κάθε περίπτωση. Πρέπει επίσης να προσέξουν, μήπως το παιδί καταφεύγει συχνά σε πράξεις καταστροφικού βανδαλισμού και σκληρότητας, παρουσιάζοντας στη συμπεριφορά του, ένα έντονο στοιχείο εχθρότητας και φθόνου (Herbert, 1989, τόμος Β, σελ. 47).

Όπως αναφέρει ο Herbert (1989), αυτή η επιθετική συμπεριφορά του παιδιού, είναι συχνά η μακροπρόθεσμη συνέπεια των στάσεων των γονέων και του τρόπου ανατροφής του παιδιού. Έχει διαπιστωθεί, ότι ο συνδυασμός χαλαρής πειθαρχίας και εχθρικής στάσης, εκ μέρους και των δύο γονέων, δημιουργεί στα παιδιά, μία έντονα επιθετική και ελάχιστα ελεγχόμενη συμπεριφορά (τόμος Β, σελ. 47).

Ορισμένοι γονείς αποδοκιμάζουν την επιθετικότητα, αλλά

όταν το παιδί παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά, το τιμωρούν σωματικά ή το φοβίζουν με διάφορες απειλές, εκδηλώνοντας έτσι οι ίδιοι μία μορφή επιθετικότητας. Αυτή η συμπεριφορά είναι αναποτελεσματική και προκαλεί στο παιδί ακόμη πιο έντονη επιθετικότητα. Επίσης, έντονη επιθετικότητα παρουσιάζει το παιδί, που μεγαλώνει σ' ένα οικογενειακό περιβάλλον, όπου οι γονείς δείχνουν ανοχή στην επιθετικότητα αυτή του παιδιού, χωρίς να ενδιαφέρονται, αν η συμπεριφορά αυτή στρέφεται εναντίον των ίδιων των γονέων ή εναντίον άλλων (Herbert, 1989, τόμος Β, σελ. 47).

"Έρευνες έχουν δείξει, ότι τα παιδιά διαμορφώνουν τη δική τους συμπεριφορά, λαμβάνοντας ως πρότυπο, τη συμπεριφορά των γονέων τους" (Herbert, τόμος Β, σελ. 48).

Οι γονείς, που έχουν παιδί με έντονη επιθετική συμπεριφορά, μπορούν να κάνουν πάρα πολλά μόνοι τους, για να το βοηθήσουν, εντοπίζοντας τις πηγές των απογοητεύσεων του παιδιού τους και ενθαρρύνοντας το να βρει σωστότερους τρόπους έκφρασης των συναισθημάτων του (Behrman, 1992, σελ. 70-76).

Μερικές φορές όμως, τα αίτια της έντονης επιθετικότητας είναι περίπλοκα και οι γονείς αδυνατούν να τα εντοπίσουν. Τότε είναι απαραίτητη η καθοδήγηση του ειδικού. Στην περίπτωση αυτή, ο Παιδίατρος, αν είναι ευαισθητοποιημένος, μπορεί να βοηθήσει τους γονείς, παραπέμποντας αυτούς, στον αρμόδιο ειδικό ή υπηρεσία, προκειμένου να βρουν λύση στο πρόβλημά τους.

#### **Υπερκινητικότητα (υπερκινητικό σύνδρομο)**

Σύμφωνα με τον Lask (1985), τα παιδιά που χαρακτηρίζονται



υπερκινητικά, ενθουσιάζονται πολύ εύκολα και είναι υπερβολικά δραστήρια, σχεδόν πάντα. Έχουν μία έντονη παρορμητικότητα και είναι ανίκανα να κρατήσουν την προσοχή τους σε ο,τιδήποτε πάνω από λίγα δευτερόλεπτα. Κοιμούνται μόνο για μικρές περιόδους. Επειδή δυσκολεύονται να συγκεντρώσουν την προσοχή τους, έχουν σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. Η διάθεσή τους μεταβάλλεται απότομα από τον ενθουσιασμό, στο νευρικό ξέσπασμα. Επίσης τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν κι άλλα προβλήματα, όπως καθυστερημένη ανάπτυξη, σπασμούς, δυσκολία στην ομιλία και αδεξιότητα (σελ. 49).

Στην ερώτηση, τί προκαλεί το "υπερκινητικό σύνδρομο" δεν υπάρχει συγκεκριμένη απάντηση. Υποστηρίζεται όμως, ότι η πιθανότερη αιτία, είναι μια δυσλειτουργία του εγκεφάλου.

"Τουλάχιστον στα μισά παιδιά, που πάσχουν από το υπερκινητικό σύνδρομο, υπάρχουν αποδείξεις πως ένα μέρος του εγκεφάλου δεν λειτουργεί σωστά. Πιθανότατα η αιτία είναι αυτή στις πιο πολλές περιπτώσεις" (Lask, 1985, σελ. 51).

Αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης ενός υπερκινητικού παιδιού, τον σπουδαιότερο ρόλο στην πρόοδό του, θα παίξουν οι γονείς. Αν οι γονείς ανησυχούν, μήπως το παιδί τους είναι δραστήριο, σε υπερβολικό βαθμό, ώστε να ξεπερνάει το φυσιολογικό, θα πρέπει αρχικά να συμβουλευθούν τον Παιδίατρο. Ο Παιδίατρος θα εξετάσει το παιδί σωματικά και θα δώσει συμβουλές, για τον καλύτερο τρόπο θεραπείας ή θα ζητήσει τη συνεργασία άλλων ειδικοτήτων, όπως Παιδοψυχίατρο, Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό.

## 7. Προβλήματα ομιλίας (δυσarthρία, ψευδισμός, καθυστέρηση ομιλίας)

Η ομιλία αποτελεί σημαντικό μέρος της ανθρώπινης επικοινωνίας. Η αναγνώριση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την ανησυχία των γονιών, όταν το παιδί τους παρουσιάζει πρόβλημα ομιλίας. Η γνώση των φυσιολογικών σταδίων εξέλιξης του λόγου, τους βοηθάει να εντοπίζουν τη διαταραχή και ν' απευθύνονται στον ειδικό.

Ο Lask (1985) τονίζει στους γονείς, ότι αν το παιδί δεν έχει αρχίσει να μιλάει τη μωρουδιακή γλώσσα στους δώδεκα (12) μήνες ή αν δεν προφέρει απλές λέξεις στους δεκαοκτώ (18) μήνες πρέπει ν' απευθυνθούν σε ειδικό (σελ. 68).

Οι κυριότερες μορφές διαταραχών του λόγου είναι:

α) Η αφασία, που χαρακτηρίζεται από ολική ή μερική απώλεια ή αναστολή της ανάπτυξης του λόγου, ενώ τα αισθητήρια και τα φωνητικά όργανα είναι φυσιολογικά.

β) Διαταραχές της άρθρωσης και της προφοράς όπως π.χ. ο ψευδισμός που συνίσταται στην έλλειψη ενός φθόγγου - π.χ. κολείο αντί σχολείο - (ειδικότερα, η έλλειψη του γράμματος ρ - κυία αντί κυρία - λέγεται ρωτακισμός και η έλλειψη του γράμματος σ λέγεται σιγματισμός) ή η αντικατάσταση ενός φθόγγου με άλλον άσχετο - πατέλα αντί πατέρα. Ο τραυλισμός, που συνίσταται στη διακοπή χρονικής ροής του λόγου με την επανάληψη της συλλαβής -παπαπατέρα αντί πατέρα - ή με την επανάληψη ενός φθόγγου - ττιτι αντί τι), ο βατταρισμός (ασυγκράτητη και βιαστική ομιλία) και ο αναγραμματισμός (αντιμετάθεση γραμμάτων - δερπάνι αντί δρεπάνι).

γ) Η δυσλεξία που χαρακτηρίζεται από ολική ή μερική απώλεια ή αναστολή εκμάθησης της αναγνωστικής δεξιότητας.

δ) Η αγραφία που συνίσταται στην ολική ή μερική απώλεια ή αναστολή εκμάθησης της γραφής κ.ά. (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Γ, σελ. 92).

Τα αίτια των διαταραχών αυτών μπορούμε να τα χωρίσουμε σε δύο κατηγορίες: οργανικά και ψυχολογικά. Οργανικά αίτια θεωρούνται η βλάβη στα εγκεφαλικά κέντρα και στο υπόλοιπο νευρικό σύστημα, η βλάβη στα αισθητήρια όργανα, η βλάβη στα φωνητικά όργανα κ.ά. Ψυχολογικά αίτια είναι η πρώιμη είσοδος του παιδιού στο σχολείο, η πιεσμένη δεξιοχειρία, αδιάγνωστη ελαφρά νοητική ανεπάρκεια, ένταση στις σχέσεις γονιών - παιδιών κ.ά. (Παρασκευόπουλος, 1985, τόμος Γ, σελ. 93).

### 8. Ενούρηση

Στις διαταραχές της απέκκρισης ανήκουν, σύμφωνα με τον Μάνο (1988) η ενούρηση και η εγκόπριση (1988, σελ. 503). Η ενούρηση χαρακτηρίζεται:

"από την επανάληψη ακούσιας ή σκόπιμης ούρησης κατά τη διάρκεια της ημέρας ή της νύχτας στο κρεβάτι ή στα ρούχα, μετά από μια ηλικία που αναμένεται ότι το παιδί πρέπει να μπορεί να ελέγχει τους σφιγκτήρες τους" (Μάνος, 1988, σελ. 504).

Κατά τον Lask (1985) η ενούρηση στη διάρκεια της ημέρας είναι λιγότερο συνηθισμένη από τη νυχτερινή ενούρηση. Τα περισσότερα παιδιά μαθαίνουν να μένουν στεγνά κατά τη διάρκεια της ημέρας στην ηλικία των δύο χρόνων περίπου, ενώ μαθαίνουν να

μένουν στεγνά κατά τη διάρκεια της νύχτας στα τρία τους χρόνια. Αν το παιδί παρουσιάζει νυχτερινή ενοούρηση πάνω από δύο φορές την εβδομάδα μετά τα τρία του χρόνια, πιθανά να έχει πρόβλημα, ενώ αν η νυχτερινή ενοούρηση παρουσιάζεται σε μικρότερη ηλικία βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια (σελ. 33).

Η νυχτερινή ενοούρηση διακρίνεται σε πρωτοπαθή, όπου το παιδί δεν έχει σταματήσει να βρέχεται και σε δευτεροπαθή κατά την οποία το παιδί ενώ είχε σταματήσει να βρέχεται, ύστερα από μήνες ή και χρόνια ξαναπαρουσιάζει το πρόβλημα (Συνέντευξη που πήρε η ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής από τον Δαμνιανό 1992).

Η πρωτοπαθής ενοούρηση αρχίζει ως την ηλικία των 5 ετών. Στις περισσότερες περιπτώσεις της δευτεροπαθούς ενοούρησης η έναρξη συμβαίνει μεταξύ πέντε (5) και οκτώ (8) ετών (Μάνος, 1988, σελ. 504).

Η διάκριση πρωτοπαθούς - δευτεροπαθούς θεωρείται σημαντική, σύμφωνα με τον Δαμνιανό, γιατί στην μεν πρωτοπαθή υπάρχει κάποια πιθανότητα, περίπου 3% των περιπτώσεων, να υπάρχει κάποιο παθολογικό αίτιο όπως λοίμωξη ή ανωμαλίες ουροποιητικού συστήματος, σακχαρώδης διαβήτης κ.ά., ενώ στη δευτεροπαθή, τα αίτια είναι πάντα ψυχολογικά (Συνέντευξη που πήρε η ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, 1992, βλέπε Παράρτημα Δ).

Υπάρχει πάντως σαφής κληρονομική προδιάθεση. Έχει διαπιστωθεί ότι αν και οι δύο γονείς είχαν το πρόβλημα, το παιδί έχει πιθανότητα εμφάνισης της ενοούρησης σε ποσοστό 77%, ενώ αν ο αδελφός έχει πρόβλημα το ποσοστό είναι περίπου 25%

(Συνέντευξη που πήρε η ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής από τον Δαμιανό, 1992, βλέπε ΠαράρτημαΔ).

Όπως ανέφερε ο Lask (1985):

"Σε μερικά παιδιά, η ανάπτυξη καθυστερεί περισσότερο. Ο έλεγχος της κύστης προϋποθέτει περίπλοκες νευρικούς δίοδους, ανάμεσα στον εγκέφαλο και την κύστη. Οι δίοδοι αυτές συνήθως αναπτύσσονται εντελώς, γύρω στο τέλος του πρώτου χρόνου της ζωής. Αλλά σε μερικά παιδιά παίρνει περισσότερο χρόνο"(σελ. 33).

Πολλά παιδιά τυχαίνει να ζουν κάποιο στρες την εποχή που μαθαίνουν να ελέγχουν την κύστη τους, αυτό αρκεί για ν' αναχαιτίσει τη διαδικασία της μάθησης, και να παρουσιαστεί το πρόβλημα της ενούρησης.

Μια άλλη κατηγορία παιδιών, σύμφωνα με τον Lask (1985) αναπτύσσονται ικανοποιητικά στο θέμα του ελέγχου της κύστης, αλλά αργότερα χάνουν αυτό τον έλεγχο και μπορεί να παρουσιάσουν ξανά νυχτερινή ενούρηση, είτε περιστασιακά, είτε τακτικά. Τα παιδιά που εμφανίζουν νυχτερινή ενούρηση μόνο περιστασιακά, συνήθως τ' απασχολεί κάποια άμεση στενοχώρια όπως, το σχολικό ξεκίνημα, η γέννηση αδελφού ή κάποιο άλλο σημαντικό γεγονός. Συχνά η συμπεριφορά τους οφείλεται σε κάποιο έντονο στρες της ζωής τους, σχετικό με την οικογένεια ή με το σχολείο (σελ. 33).

Ο Lask (1985) θεωρεί ότι θα πρέπει να ζητηθεί η βοήθεια του παιδίατρο, όταν το παιδί παρουσιάζει νυχτερινή ενούρηση, αφού συμπληρώσει τα πέντε (5) του χρόνια και οι συστηματικές προσπάθειες των ευαισθητοποιημένων στο πρόβλημα γονέων του έχουν αποτύχει. Επίσης θεωρεί απαραίτητη τη βοήθεια παιδίατρο,

όταν το παιδί παρουσιάζει άλλα συμπτώματα όπως ενούρηση στη διάρκεια της ημέρας (μετά τα τρία (3) του χρόνια), πόνο κατά την ούρηση, λέρωμα με τα περιττώματά του, συνεχής δίψα, έλλειψη όρεξης για φαγητό ή απώλεια βάρους (σελ. 37).

### 9. Εγκόπριση

Η δεύτερη διαταραχή της απέκκρισης ή εγκόπριση ορίζεται ως:

"Η κένωση κοπράνων στα εσώρουχα του παιδιού. Μπορεί να συμβεί και την ημέρα και τη νύχτα. Το παιδί συχνά αισθάνεται ντροπή γι' αυτήν την κατάσταση και πολλές φορές αποφεύγει το σχολείο ή την κατασκήνωση γι' αυτό το λόγο. Το ένα τέταρτο (1/4) των παιδιών με εγκόπριση, έχουν επίσης ενούρηση" (Μάνος, 1988, σελ. 503).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1988), διακρίνεται σε δύο τύπους: την πρωτοπαθή, δηλαδή όταν δεν προηγήθηκε της διαταραχής μία περίοδο ελέγχου των κενώσεων, διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους και την δευτεροπαθή κατά τον οποίο προηγήθηκε της διαταραχής, μία περίοδος ελέγχου των κενώσεων, διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους. Η πρωτοπαθής εγκόπριση αρχίζει ως τα τέσσερα (4) χρόνια ενώ η δευτεροπαθής αρχίζει ανάμεσα στα τέσσερα (4) και οκτώ (8) χρόνια (σελ. 503-504).

Τα περισσότερα παιδιά έχουν μάθει να ελέγχουν το έντερό τους μέχρι την ηλικία των τριών (3). Στα επτά χρόνια (7) περίπου ένα με δύο τα εκατό των παιδιών παρουσιάζουν εγκόπριση.

"Η εγκόπριση συνήθως αποτελεί σημάδι σοβαρότερων συναισθηματικών προβλημάτων.

Σπάνια μόνο οφείλεται σε κάποια αρρώστεια. Καμιά φορά παρουσιάζεται μαζί με άλλα προβλήματα, όπως βρέξιμο του κρεβατιού, δυσκολίες στην ομιλία, αδεξιότητα και καθυστέρηση μάθησης" (Lask, 1985, σελ. 39).

Κατά τον Μάνο (1988), στην εγκόπριση, προδιαθετικοί παράγοντες είναι τα ψυχοκοινωνικά στρες (η είσοδος του παιδιού στο σχολείο, η γέννηση ενός αδελφού κ.ά.) και η ανεπαρκής και χωρίς συνέπεια εκπαίδευση της τουαλέτας (σελ. 503).

Οι διαταραχές της απέκκρισης: ενούρηση και εγκόπριση είναι πιο συνηθισμένες στ' αγόρια παρά στα κορίτσια (Μάνος, 1988, σελ. 503-504).

#### 10. Μελαγχολία, κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας

Όλα τα παιδιά αισθάνονται στενοχώρια ή λύπη, συναισθήματα που εκφράζονται φυσιολογικά με το κλάμα. Όπως με τόσες άλλες μορφές συμπεριφοράς, εκείνο που έχει σημασία δεν είναι αν συμβαίνουν τέτοια γεγονότα, αλλά πόσο συχνά συμβαίνουν και πόση ένταση έχουν.

Σύμφωνα με την Καππάτου (1992), όταν μιλάμε για κατάθλιψη του παιδιού εννοούμε ότι έχει κακή διάθεση που διαρκεί για μεγάλο διάστημα, το παιδί δεν μπορεί να χαρεί και έχει ανήσυχο ύπνο. Η λύπη, η δυσφορία και η αδιαφορία του για όλα απεικονίζονται στο πρόσωπο και τη συμπεριφορά του. Το παιδί είναι κλεισμένο στον εαυτό του και τα βλέπει όλα δύσκολα και μαύρα (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδαμελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι όταν το παιδί έχει κακή

διάθεση ή περνά μια δυσάρεστη φάση και νοιώθει δυστυχιμένο πάσχει οπωσδήποτε και από κατάθλιψη. Βασικές ενδείξεις της κατάθλιψης είναι, η τάση του να υποτιμά και ν' απορρίπτει διαρκώς τον εαυτό του και τις δυνατότητες του, η άρνηση του σ' όλες τις δραστηριότητες και η ατημέλητη εξωτερική εμφάνιση. Συχνά αισθάνεται ότι δεν το αγαπούν, είναι παθητικό με εμφανή υποταγή στους ενήλικες ίσως και απέναντι σ' άλλα παιδιά. Κλείνεται στον εαυτό του, δυσκολεύεται να παίξει, απομακρύνεται από τους φίλους και αδυνατεί να δημιουργήσει νέες σχέσεις (Καππάτου, 1992, Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

"Παρουσιάζει δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην απομνημόνευση. Δεν είναι σπάνια η αδιαφορία για τις σχολικές υποχρεώσεις και η άρνησή του να πάει σχολείο. Πολλές φορές η συμπεριφορά του καταλήγει σε σχολική αποτυχία. Η σχολική φοβία μπορεί ν' αποκαλύψει μια κατάσταση κατάθλιψης. Με την κατάθλιψη συνδέονται η ανορεξία, οι διαταραχές στον ύπνο, η συχνή ενοούρηση, το έκζεμα, το άσθμα, η παχυσαρκία και οι ημικρανίες" (Συνέντευξη που δόθηκε από την Καππάτου στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, 1992).

Κατά την Καππάτου (1992), το παιδί μπορεί να παρουσιάζει μια εντελώς διαφορετική εικόνα από αυτήν που προαναφέρθηκε και πολλές φορές οι γονείς δεν μπορούν να την εξηγήσουν. Το παιδί δείχνει μια διαρκή επιθετικότητα προς τους άλλους, είναι νευρικό, ανυπάκουο, ευερέθιστο, συμπεριφέρεται προκλητικά, τραυματίζεται συνεχώς. Πίσω από αυτά ίσως κρύβεται η κατάθλιψη. Το παιδί επιζητά την τιμωρία από τους γονείς για να εξιλεωθεί



από μία φανταστική ενοχή που έχει. Σε άλλες περιπτώσεις το παιδί λέει ότι θέλει να πεθάνει και μ' αυτό τον τρόπο τιμωρεί τους γονείς του (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, 1992, βλέπε Παράρτημα Δ).

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς αυτής, είναι συνηθισμένες σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σπάνιες στην παιδική ηλικία παρουσιάζονται κυρίως στην εφηβεία (Καππάτου, 1992, συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Δεν έχει βρεθεί ακόμα, σύμφωνα με την Καππάτου (1992) επαρκής αιτιολογία της κατάθλιψης. Μελετώντας την οικογένεια των καταθλιπτικών παιδιών, συναντάμε συχνά ένα γονιό, που παρουσιάζει κατάθλιψη. Όμως δεν είναι βέβαιο, ότι ένα παιδί με καταθλιπτικούς γονείς, θα είναι και το ίδιο καταθλιπτικό. Συνήθως στο ιστορικό των καταθλιπτικών παιδιών υπάρχει χωρισμός, απομάκρυνση των γονιών, ο θάνατος του γονιού, του παππού ή της γιαγιάς ή άλλου αγαπημένου προσώπου (Συνέντευξη που δόθηκε στους μελετητές της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

Αρνητικό είναι το γεγονός, ότι πολλές φορές το πρόβλημα περνάει απαρατήρητο ή γίνεται αντιληπτό, όταν οι γονείς αναζητούν τη βοήθεια του ειδικού για άλλο λόγο όπως μαθησιακές δυσκολίες ή ανορεξία. Η αναγνώριση της κατάθλιψης, παρουσιάζει αρκετές διαγνωστικές δυσκολίες, ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες (Καππάτου, 1992, συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

"Όμως επειδή η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Γι' αυτό, ο γονιός δεν πρέπει

να διστάζει να ζητήσει τη βοήθεια του ειδικού, όταν ανησυχεί για τη συμπεριφορά του παιδιού του" (Καππάτου, 1992, συνέντευξη που δόθηκε από στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, 1992, βλεπε Παράρτημα Δ).

### 11. Διαταραχές νευρικού συστήματος (εγκεφαλική παράλυση)

Μια από τις πιο γνωστές νευρολογικές διαταραχές είναι η εγκεφαλική παράλυση.

"Οφείλεται σε βλάβη ή δυσλειτουργία των κινητικών περιοχών του εγκεφάλου με αποτέλεσμα διαταραχές στη στάση και την κίνηση του σώματος" (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 41).

Οι διαταραχές των ατομικών θέσεων και της κινητικότητας μπορούν να βελτιωθούν με θεραπεία, η βλάβη όμως στο κεντρικό νευρικό σύστημα παραμένει σ' όλη τη ζωή και δεν εξελίσσεται (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 41).

Σύμφωνα με την Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη (1991), η εγκεφαλική βλάβη μπορεί να είναι διάχυτη ή να καταλαμβάνει μία συγκεκριμένη περιοχή. Έτσι ένα παιδί με εγκεφαλική βλάβη μπορεί να παρουσιάσει και άλλα συμπτώματα όπως προβλήματα ομιλίας, νοητική καθυστέρηση, διαταραχές στην όραση κ.λ.π. Τα συμπτώματα είναι δευτερογενή και δεν παρουσιάζονται σε όλα τα παιδιά. Όμως είναι βέβαιο ότι όταν υπάρχει βλάβη στο νευρικό σύστημα από οποιαδήποτε αιτία, οι κινητικές διαταραχές είναι το άμεσο αποτέλεσμα (σελ. 41).

Πολλοί παράγοντες προκαλούν τη δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Η δράση τους μπορεί να αρχίσει από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι και τα πρώτα αναπτυξιακά στάδια, οπότε

εκδηλώνονται και τα συμπτώματα . Οι παράγοντες αυτοί, διακρίνονται σε κληρονομικούς, επίκτητους (ενδομήτριες διαταραχές) σε προγενετικούς (ασφυξία κ.ά.) και μεταγεννητικούς (λοιμώξεις, δηλητηριάσεις κ.ά.) (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 41).

Κατά την Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη (1991), σήμερα, χρησιμοποιούνται δύο τρόποι ταξινόμησης της εγκεφαλικής παράλυσης, σύμφωνα με τις διαταραχές ανατομικής θέσης και σύμφωνα με του μυϊκού τόνου (σελ. 41).

"Σύμφωνα με τη θέση έχουμε τους τύπους:

1. Ημιπληγία: όταν προσβάλλεται το ήμισυ του σώματος, αριστερό ή δεξί.
2. Μονοπληγία: όταν προσβάλλεται ένα μέλος
3. Τριπληγία: όταν προσβάλλονται τρία άκρα
4. Τετραπληγία: όταν προσβάλλονται εξίσου τα άνω και κάτω άκρα. Όταν οι διαταραχές είναι εντονότερες στα κάτω άκρα και λιγότερο στα άνω ονομάζεται Διπληγία. Το αντίθετο συμβαίνει στη Διπλή Ημιπληγία" (Γκουτζιαμάνη-Σωτηριάδη, 1991, σελ. 41).

Σύμφωνα με τις διαταραχές του μυϊκού τόνου, όπως αναφέρει η Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, η εγκεφαλική παράλυση ταξινομείται ως εξής:

1. Σπαστικότητα, όταν υπάρχει βλάβη στο φλοιό του εγκεφάλου και έχει ως συμπτώματα ακούσιες σπαστικές συστολές, οι οποίες καταλήγουν σε δυσαρμονία των μυϊκών κινήσεων.

2. Αθétωση, όταν υπάρχει βλάβη στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου και παρουσιάζει ως συμπτώματα ακούσιες και συστρεφόμενες κινήσεις που καταλήγουν σε μία εντελώς ασυντόνιστη κίνηση. Πολλές φορές συγχέεται με την σπαστικότητα,

λόγω της αστάθειας του μυϊκού τόνου.

3. Αταξία, όταν υπάρχει έλλειψη συνεργασίας και ελέγχου των μυϊκών ομάδων. Χαρακτηρίζεται από αστάθεια και κακή ισορροπία, κυρίως στην όρθια θέση και στη βάδιση. Το αταξικό παιδί έχει πολύ μεγάλη αδεξιότητα (1991, σελ. 42-43).

Θεωρείται λοιπόν, ότι το παιδί με εγκεφαλική παράλυση έχει κινητικότητα περιορισμένη ή λανθασμένη.

"Οι στερεοτυπικές στάσεις που διατηρεί δεν του επιτρέπουν να δεχθεί ερεθίσματα και εμπειρίες που θα το βοηθήσουν, να έχει φυσιολογική κινητική εξέλιξη. Πολλές ανώμαλες αντιδράσεις του οφείλονται στην έλλειψη ελέγχου, ή στη λανθασμένη θέση του κεφαλιού, του αυχένα και της σπονδυλικής στήλης" (Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη, 1991, σελ. 42-43).

## 12. Επιληψία

"Η επιληψία είναι σύμπτωμα και όχι νόσος. Τα παιδιά παρουσιάζουν κρίσεις σπασμών συχνότερα από τους ενηλίκους. Ίσως δεν έχουν ακόμα ενδογενείς μηχανισμούς αναστολής των κρίσεων" (Γιουρούκος, 1987, σελ. 331).

Ο Ιπποκράτης υποστήριξε ότι οφείλεται σε φυσικά αίτια και μάλιστα σε διαταραχή του εγκεφάλου.

Στα παιδιά οι σπασμοί παρατηρούνται πιο συχνά. Υποστηρίζεται ότι το 7% των παιδιών έχει υποστεί τουλάχιστον ένα επεισόδιο σπασμών. Η ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα κρίσεων σπασμών γενικά είναι από 6 μηνών έως 3 χρόνων. Από 5 έως 14 χρόνων η συχνότητα των περιστατικών κυμαίνεται στα 4-8% του πληθυσμού (Γιουρούκος, 1986, σελ. 331).

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν ασαφή εικόνα για την επιληψία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν βαθιές ριζωμένες προκαταλήψεις και να τους δημιουργείται τρόμος στο άκουσμά της. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους επιληπτικούς είναι συχνά αρνητική αν όχι εχθρική. Τα τελευταία 30 χρόνια η επιληψία δεν θεωρείται μορφή "τρέλας" τόσο στη Δ. Ευρώπη και στη Β. Αμερική και έτσι αφήνουν οι γονείς τα παιδιά τους να παίζουν με επιληπτικούς (Γιουρούκιος, 1987, σελ. 332).

Η στάση της οικογένειας στο επιληπτικό παιδί δεν διαφέρει από την άποψη της ευρύτερης κοινωνίας.

• "Οι γονείς των παιδιών σε επαρχιακές πόλεις προμηθεύονται τα φάρμακα ιδιωτικά και όχι μέσω του ταμείου τους, ώστε να μη γίνει γνωστό το πρόβλημα του παιδιού τους στο περιβάλλον τους" (Γιουρούκος, 1987, σελ. 337).

Το παιδί με επιληψία παρουσιάζει συχνά διαταραχές συμπεριφοράς και προβλήματα στο χώρο του σχολείου. Στις περιπτώσεις αυτές η στάση του δασκάλου είναι πολύ σημαντική, ώστε το παιδί να μην απομονώνεται από τις σχολικές του παρέες. Αξίζει να αναφερθούν σχόλια των δασκάλων που δημιουργούν πρόβλημα στην όλη προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο, όπως "να μη διαβάζει, για να μην κουράζεται πνευματικά", "να πάει καλύτερα να μάθει μια τέχνη" ή "να μην έρθει στο σχολείο γιατί μπορεί να κολλήσουν τα άλλα παιδιά" (Γιουρούκος, 1987, σελ. 340).

Τόσο το παιδί με επιληψία που παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες όσο και η οικογένειά του, χρειάζονται βοήθεια που απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικών. Ο ρόλος του γιατρού

είναι πολύ σημαντικός και δεν πρέπει να περιορίζεται στην απλή εξέταση και χορήγηση του φαρμάκου. Πρέπει να εξετάζει το παιδί από όλες τις πλευρές του και να προσπαθεί να μειώσει το άγχος και τους φόβους της οικογένειας του (Γιουρούκος, 1987, σελ. 343).

### 13. Τικς

Πρόκειται για επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως ανοιγόκλειμα των ματιών, σούφρωμα της μύτης ή ανεβοκατέβασμα των ώμων. Εντοπίζονται κυρίως στους μύς του προσώπου, του κεφαλιού και του λαιμού. Όταν επεκτείνονται και στους μύς των φωνητικών χορδών, τότε μπορεί να συνοδεύεται από ένα ελαφρό γρύλισμα ή βήξιμο. Καμιά φορά, προσβάλλονται και άλλα μέρη του σώματος. Οι κινήσεις είναι σύντομες και κοφτές και το παιδί δεν μπορεί να τις ελέγξει. Τα τικς εμφανίζονται και στην εφηβεία, αλλά σπάνια συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή. Εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια, παρά στα κορίτσια (Lask, 1985, σελ. 44).

Τα τικς σχεδόν πάντα, αποτελούν αντίδραση στο στρες, είναι δηλαδή μια μορφή εκτόνωσης. Συνήθως ελαττώνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια του ύπνου ή κατά την διάρκεια κάποιας ενασχόλησης π.χ. διάβασμα, ζωγραφική κ.ά. (Μάνος, 1988, σελ. 499).

Στην περίπτωση των τικ, βασικό είναι οι γονείς, να μην συγκεντρώνουν την προσοχή του παιδιού, ούτε των άλλων σ' αυτά, γιατί έτσι μεγαλώνουν το άγχος του παιδιού και μπορεί να αποκτήσει περισσότερα τικ. Ίσως μερικές φορές, βοηθήσει, στο να δείξουν στο παιδί τους, άλλους τρόπους εκτόνωσης, όπως μέσα από

κάποια σωματική δραστηριότητα.

Αν τα τικς γίνουν ενοχλητικά, οι γονείς οφείλουν να ζητήσουν την βοήθεια του Παιδιάτρου. Εκείνος ίσως συμβουλέψει την επίσκεψη σε έναν ειδικό, που θα μπορεί να εφαρμόσει διάφορες μορφές θεραπείας, όπως ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, ή θεραπεία συμπεριφοράς (Lask, 1985, σελ. 46).

#### 14. Ψυχοσωματικά συμπτώματα

Με τον όρο "ψυχοσωματικό σύμπτωμα", σύμφωνα με τον Lask, (1985) εννοείται μία κατάσταση, όπου νους και σώμα συνδυάζονται, δημιουργώντας οργανικά συμπτώματα. Πολλοί πόνοι και άλλα σωματικά συμπτώματα, ξεκινούν από τη συναισθηματική διέγερση, στην οποία βρίσκονται τα άτομα ορισμένες φορές και οι οποίες ασκούν ισχυρή είδραση στο σώμα π.χ. πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι, εμετός, διάρροια κ.τ.λ. (1985, σελ. 93).

Υπάρχουν, πολλές αρρώστιες, που ενώ στην αρχή προκαλούνται από φυσικά αίτια, μπορούν να χειροτερέψουν με την ένταση ή τη στενοχώρια, όπως, ο διαβήτης, το άσθμα, ή το έκζεμα.

"Έχει γίνει δεκτό, πως τα παιδιά με ψυχοσωματικά συμπτώματα, συχνά φαίνεται να είναι εκείνα με το σταθερότερο χαρακτήρα, την καλύτερη συμπεριφορά και τη μεγαλύτερη ευσυνειδησία" (Lask, 1985, σελ. 94).

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, οφείλονται σε δυσάρεστες συναισθηματικές διεγέρσεις, στις οποίες υποβάλλεται το παιδί. Αυτό εξηγείται από το γεγονός, ότι το μέρος του εγκεφάλου, που αναφέρεται στο συναίσθημα, ο υποθάλαμος, βρίσκεται ακριβώς δίπλα σ' ένα μικρό αδέν, την υπόφυση που, παρά το μέγεθός του,

παίζει σημαντικό ρόλο στον έλεγχο πολλών λειτουργιών του σώματος. Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι είναι εύκολο η συναισθηματική διέγερση να προκαλέσει σωματικά συμπτώματα ή οργανικές διαταραχές. (Lask, 1985, σελ. 94-95).

Το παράδειγμα ενός παιδιού, με ψυχοσωματικό σύμπτωμα, θα βοηθήσει στο να γίνει κατανοητή, η αλληλεπίδραση νου και σώματος.

"Ο Πήτερ, έξι ετών, είχε μπλεχτεί στους συνεχείς καβγάδες των γονέων του, όπου ο καθένας ήθελε να τον πάρει με το μέρος του, εναντίον του άλλου. Αυτός ο διαρκής διχασμός, σε ποιόν θα έδειχνε την αφοσίωση και τη στοργή του, δημιούργησαν στον Πήτερ τόσο μεγάλη ένταση, ώστε συχνά να κάνει εμετό, χωρίς να διαπιστώνεται κάποια οργανική αιτία. Οι εμετοί σταμάτησαν, όταν οι γονείς του μπόρεσαν να καταλάβουν τί συνέβαινε και έπαψαν να ζητάνε από τον Πήτερ να πάρει το μέρος του ενός ή του άλλου" (Lask, 1985, σελ. 96).

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα ενός παιδιού, είναι απλώς ένας τρόπος, προκειμένου να εκφράσουν συναισθήματα, ιδιαίτερα τα πιο δυσάρεστα, όπως εντάσεις, ανησυχίες, ανία και λύπη.

Αναφορικά με το τί μπορεί να γίνει, όταν τα ψυχοσωματικά συμπτώματα εξελίσσονται σε σοβαρό πρόβλημα, οι γονείς πρέπει να συμβουλευθούν τον Παιδίατρο, για να διαπιστώσουν ποιός είναι ο καλύτερος τρόπος για να βοηθήσει το παιδί τους. Ο Παιδίατρος όταν κρίνει απαραίτητο, μπορεί να τους παραπέμψει σ' ένα ιατροπαιδαγωγικό κέντρο ή Παιδοψυχίατρο, προκειμένου να δοθεί μια καλύτερη διάγνωση του προβλήματος και κατά συνέπεια μια αποτελεσματική θεραπεία.



Ολοκληρώνοντας την αναφορά των ψυχολογικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας είναι απαραίτητο να τονισθεί, ότι όταν περιγράφουμε ένα παιδί, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται μια διαγνωστική ταμπέλα, μία "ετικέτα" χωρίς νόημα, αλλά συγκεκριμένες και ακριβείς πληροφορίες, για τα ειδικά οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα, καθώς επίσης και τις συναισθηματικές του δυσκολίες, που έχουν επίπτωση στην προσαρμογή του στο περιβάλλον.

Ο Herbert (1989), αναφέρει, ότι για μία σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών απαραίτητος είναι ο συνδυασμός της γνώσης και της πείρας πολλών ειδικών, όπως Παιδοψυχιάτρου, Παιδοψυχολόγου, Παιδιάτρου, Κοινωνικού Λειτουργού κ.ά. (Τόμος Β, σελ. 156).

Η διεπιστημονική αυτή θεώρηση είναι απαραίτητη, γιατί μια ψυχολογική διαταραχή, (εκτός των βαρύτερων οργανικών λειτουργιών ή δυσλειτουργιών, όπως τα εγκεφαλικά τραύματα) είναι πολυπαραγοντική και δεν παρουσιάζει τα αδιαμφισβήτητα συμπτώματα μίας ασθένειας π.χ. υψηλός πυρετός, μόλυνση, σπυράκια, εργαστηριακές εξετάσεις κ.τ.λ., τα οποία βοηθούν στη διαμόρφωση μιας σταθερής ιατρικής διάγνωσης. Η διεπιστημονική αυτή αξιολόγηση, πρέπει να γίνει έγκαιρα, προκειμένου να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα. Έτσι όχι μόνο θα υποδειχθεί η ενδεδειγμένη μορφή αγωγής, για τις οργανικές και ψυχολογικές διαταραχές του παιδιού, αλλά και η εφαρμογή εξειδικευμένων ειδικών τεχνικών, με στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Herbert, 1989, Τόμος Α, σελ. 24).

#### 4. Ο Ρόλος της Οικογένειας στην Ψυχοσωματική Ανάπτυξη του Παιδιού

##### α) Η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ψυχική υγεία του παιδιού

Η οικογένεια αναμφισβήτητα αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα στην ανάπτυξη του ατόμου. Όλες ανεξαιρέτως οι σύγχρονες ψυχολογικές θεωρίες, αναγνωρίζουν το οικογενειακό περιβάλλον, ως το σπουδαιότερο καθοριστικό παράγοντα, στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού. Η γνώμη αυτή, φαίνεται να πηγάζει από το γεγονός ότι το άτομο παραμένει υπό την άμεση και αποκλειστική σχεδόν επίδραση της οικογένειας, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και ιδιαίτερα, στα πρώτα στάδια της ανάπτυξής του, στη διάρκεια των οποίων, ο χαρακτήρας του είναι εύπλαστος. Επιπρόσθετα, μέσα στην οικογένεια, δημιουργούνται ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί, με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονη αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), η οικογένεια επιτελεί τέσσερις (4) βασικές λειτουργίες σε σχέση με το παιδί:

- Την ικανοποίηση των βασικών βιολογικών αναγκών, για τη σωματική ακεραιότητα και υγεία του παιδιού.

- Την κοινωνικοποίηση του παιδιού, δηλαδή την εκμάθηση των μορφών συμπεριφοράς, που είναι αποδεκτές από την κοινωνική ομάδα, στην οποία ανήκει.

- Τη φροντίδα για την οικοδόμηση υγιούς προσωπικότητας, δηλαδή τη διατήρηση συναισθηματικής ισορροπίας και κοινωνικής προσαρμογής.

- Την ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων, που εξασφαλίζεται

μέσα σε ένα περιβάλλον, με πλούσια μορφωτικά ερεθίσματα (Τόμος Β, σελ. 144).

Η θεωρία του Freud, έδωσε ώθηση στη μελέτη των επιδράσεων της οικογένειας, γιατί θεωρούσε την παιδική ηλικία καθοριστική στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Τόνισε ιδιαίτερα τη σχέση μητέρας και παιδιού. Υποστήριξε, ότι πολλές μορφές παθολογικής συμπεριφοράς των ενηλίκων, έχουν τις ρίζες τους, στις πρώτες εμπειρίες του ατόμου μέσα στην οικογένεια. Άλλοι ερευνητές τόνισαν το ρόλο των γονέων, ως πηγή ενίσχυσης, (οι οπαδοί της συντελεστικής μάθησης) ή ως πρότυπο για μίμηση, (οι οπαδοί της κοινωνικής μάθησης) (Παρασκευόπουλος, 1985, Τόμος Β, σελ. 145).

Πολλές μελέτες έχουν αναφερθεί στη σχέση γονέων και παιδιού και τονίζουν, ότι η σχέση αυτή είναι αμφιδρομική και δυναμικής αλληλεπίδρασης. Δεν πρέπει να θεωρείται, ότι το παιδί έχει αφεθεί στις επιδράσεις των γονέων, αλλά ότι είναι ένας ενεργητικός μηχανισμός, που κι αυτός με τη σειρά του, επηρεάζει και διαμορφώνει το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον Πάλλη (1983), οι οικογενειακοί παράγοντες, που μπορούν να επιβαρύνουν και να αναστείλουν τη φυσιολογική εξέλιξη του παιδιού είναι: η δυσαρμονία στις οικογενειακές σχέσεις "ψυχρό" οικογενειακό περιβάλλον, υπερπροστασία του παιδιού, ανεπαρκής ή ασυνεπής "πειθαρχία", ανεπαρκής οικογενειακή επικοινωνία, "φτωχό" οικογενειακό περιβάλλον σε ερεθίσματα, αντίξοα γεγονότα, (θάνατος, διαζύγιο κ.ά), ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών, μετανάστευση (σελ. 113).

Η στάση των γονέων, που δηλώνει υπερπροστασία, αδιαφορία, ψυχρότητα και ανοικτή απόρριψη, απέναντι στο παιδί, του

δημιουργεί άγχος και συναισθηματικές διαταραχές. Το γεγονός αυτό, υποδηλώνει τη σημασία της επίδρασης της οικογένειας στο παιδί.

Οι υπερπροστατευτικοί γονείς, δηλαδή αυτοί που συνδυάζουν στοργή και έλεγχο, έχουν συνήθως παιδιά, που δείχνουν τυραννική συμπεριφορά, εγωκεντρική διάθεση, περιορισμένες κοινωνικές επαφές, εσωτερική ανασφάλεια και εξάρτηση. Οι αδιάφοροι γονείς, αυτοί δηλαδή, που συνδυάζουν αυτονομία και εχθρότητα, έχουν παιδιά, που συχνά ταυτίζονται με ομάδες συνομηλίκων, για να αισθανθούν, ότι ανήκουν κάπου και να αποκτήσουν την αυτοεκτίμησή τους, από τα άλλα μέλη της ομάδας (Παρασκευόπουλος, 1985, Τόμος Β, σελ. 164, 169).

Κατά τον Herbert (1989), οι απορριπτικοί γονείς, έχουν παιδιά, που διατρέχουν τον κίνδυνο στην κατοπινή τους ζωή, να μη μπορούν να εκδηλώσουν στοργή και να ανταποκριθούν στη στοργή των άλλων (Τόμος Β, σελ. 111).

Ο Παρασκευόπουλος (1985), αναφέρει, ότι οι σκληροί γονείς, είναι αυτοί που συνδυάζουν εχθρότητα και σταθερό έλεγχο. Έχουν παιδιά, που συνήθως αναπτύσσουν συναισθήματα πικρίας, αποστροφή προς τους άλλους και επιθετικότητα. Πολλές φορές παρουσιάζουν εξάρτηση, συμμόρφωση και άλλοτε εχθρότητα και εγκληματικότητα. Συνήθως τα παιδιά αυτά, δεν εντάσσονται σε ομάδες συνομηλίκων (Τόμος Β, σελ. 169).

Αν θέλουν οι γονείς να έχουν σωστή συμπεριφορά, απέναντι στο παιδί, θα πρέπει να έχουν κάποιο μέτρο, δηλαδή ούτε να είναι πολύ αυστηροί, ούτε και υπερπροστατευτικοί. Η στάση τους, πρέπει να χαρακτηρίζεται, από ευκαμψία και να προσαρμόζεται

ανάλογα, με την κατάσταση, την ηλικία και τις ανάγκες του παιδιού.

"Ενθαρρύνοντας και επιβραβεύοντας το παιδί ενισχύουν τη θέληση του, για να ανταπεξέλθει με επιτυχία στις δυσκολίες. Έτσι εδραιώνεται η πεποίθηση στο παιδί, ότι οι γονείς του συμπαραστέκονται και δεν μειώνουν την αυτοεκτίμησή του, έχοντας παράλογες απαιτήσεις ή απορρίπτοντας εκ των προτέρων, κάθε του ενέργεια" (Σουρραπά - Ασημακοπούλου, 1992, σελ. 207).

Δεν υπάρχει συγκεκριμένος τρόπος για να μεγαλώσουμε σωστά ένα παιδί. Αντιθέτως υπάρχουν ορισμένοι γενικοί κανόνες, που μπορούν να κατευθύνουν τη συμπεριφορά ενός γονέα: να δημιουργεί μία ζεστή στοργική σχέση με το παιδί, που θα του δίνει το αίσθημα της ασφάλειας, το οποίο είναι απαραίτητο, για μία υγιή συναισθηματική ζωή, να ενθαρρύνει την αυτονομία και την αυτάρκεια του παιδιού και να απαιτεί από αυτό υπεύθυνη και ώριμη συμπεριφορά. Η συνύπαρξη όλων αυτών των χαρακτηριστικών στη συμπεριφορά των γονέων, εξασφαλίζει ευνοϊκές προϋποθέσεις, για μία ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού (Lask, 1985, σελ. 114-116).

## **β) Αγωγή υγείας και γονείς**

"Η αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία, που αποσκοπεί στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, που προάγουν τη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και αξιοποιούν τις ανθρώπινες δυνατότητες" (Βαλάσση - Αδάμ, Βαράκης, 1986, σελ. 28).

Οι γονείς είναι οι φυσικοί εκπαιδευτές του παιδιού και υπεύθυνοι για την αγωγή υγείας του. Μικρότερη ευθύνη έχουν οι δάσκαλοι, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει η τηλεόραση.

Βασική προϋπόθεση για την υγιεινή συμπεριφορά είναι να διαμορφωθεί από την αρχή σωστά. Γι' αυτό κύριος στόχος της αγωγής υγείας, είναι η νηπιακή και παιδική ηλικία, όπου το άτομο δεν έχει ακόμα αποκτήσει συνήθειες, και μπορεί να δεχτεί αλλαγές. Η συμπεριφορά και γενικά ο τρόπος ζωής του παιδιού διαμορφώνεται και σταθεροποιείται σταδιακά, κάτω από διάφορες επιδράσεις. Οι βάσεις της μπαίνουν στην πρώτη παιδική ηλικία, όταν οι γονείς και το ευρύτερο περιβάλλον μεταδίδουν στο παιδί, αξίες, παραδόσεις, συνήθειες και τρόπους συμπεριφοράς.

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση των γονέων σχετικά με την αγωγή υγείας. Σ' αυτό συντέλεσαν, οι κοινωνικές αλλαγές (πυρηνική, οικογένεια, αλλαγή ρόλων), οι αλλαγές στον τρόπο ζωής (αστικοποίηση, καταστροφή φυσικού περιβάλλοντος) και η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων, που ζητούν πιο ικανοποιητικές απαντήσεις στα καθημερινά τους ερωτήματα όσον αφορά την ανατροφή ενός παιδιού. Οι σημερινοί γονείς δεν θεωρούν αρκετές τις γνώσεις που απέκτησαν από την προηγούμενη γενιά, γιατί δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του σύγχρονου περιβάλλοντος. Επίσης απομονωμένοι στο διαμέρισμά τους δεν γνωρίζουν πολλά για την ανατροφή του παιδιού, παρά μόνο όσα διαβάζουν και βλέπουν στην τηλεόραση. Σημαντικό πρόσωπο για την εκπαίδευση των γονιών στην αγωγή υγείας είναι ο παιδίατρος και αποτελεί το πρώτο πρόσωπο που προσεγγίζουν οι γονείς για τη συμβουλευτική καθοδήγησή τους

(Βαλάσση - Αδάμ, Βαράκης, 1986, σελ. 28,29).

γ) Ο ρόλος της οικογένειας στην πρόληψη της ψυχικής υγείας του παιδιού

Οι γονείς έχουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της ψυχικής υγείας του παιδιού, γιατί είναι τα πρόσωπα, με τα οποία το παιδί περνά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ζωής του και επομένως, είναι οι πρώτοι που θα εντοπίσουν μία διαταραχή στη συμπεριφορά του. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Θεοφανοπούλου - Θεοδωρακοπούλου (1993) μετά από έρευνα, όπου προέκυψε, ότι οι γονείς παιδιών με νοητική στέρηση, έκφρασαν τις πρώτες ανησυχίες για το πρόβλημα των παιδιών τους (σελ. 105).

Η λαθεμένη αντίληψη των γονέων, ότι πρέπει να πηγαίνουν στον Παιδίατρο μόνο όταν είναι άρρωστο το παιδί τους, όπως επίσης, ότι μοναδική προληπτική τους ενέργεια είναι τα εμβόλια, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην πρόληψη και σωστή αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας.

Η Γεωργούλη - Κούκου (1992), υποστηρίζει σε συνέντευξη, την οποία έδωσε στην ομάδα μελετητών, της εργασίας αυτής, ότι πρέπει να γίνει πεποίθηση στους γονείς, πως πρόληψη δεν είναι μόνο ό,τι προλαβαίνουμε με τα εμβόλια, αλλά ό,τι αφορά τη σωστή πνευματική, ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου. Βέβαια για να υιοθετηθεί αυτή η αντίληψη, πρέπει να ενημερωθούν οι γονείς για την προληπτική τους ευθύνη, από τους Παιδιάτρους, Κοινωνικούς Λειτουργούς και γενικότερα την Πολιτεία.

Η ενημέρωση αυτή στοχεύει, στην ευαισθητοποίηση των γονέων

σε θέματα πρόληψης της ψυχικής υγείας του παιδιού, διαφωτίζοντάς τους, για τα φυσιολογικά στάδια ανάπτυξης της παιδικής ηλικίας και για το τί θεωρείται φυσιολογικό και μη, σε κάθε στάδιο.

Ενας άλλος στόχος της ενημέρωσης, είναι να συνειδητοποιήσουν οι γονείς, πόσο σημαντική είναι η επικοινωνία με τα παιδιά τους, προκειμένου να εντοπίσουν ο,τιδήποτε διαταράσσει τον ψυχικό τους κόσμο. Συχνά πίσω από μία καθυστερημένη ή μη φυσιολογική ανάπτυξη, κρύβεται κάποιο συναισθηματικό πρόβλημα, που μπορεί να οφείλεται στις σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους ή σε αρνητικές εμπειρίες και καταστάσεις στην οικογένεια και το σχολείο. Τα συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να πάρουν οποιαδήποτε μορφή, όπως επιθετικά ξεσπάσματα, προκλητική συμπεριφορά ή τελείως αντίθετα, μελαγχολική διάθεση.

Οι γονείς, που εντοπίζουν αυτά τα συμπτώματα, αντιδρούν με πανικό ή με υποτίμηση του προβλήματος και παραπομπή στο "γιατρό - χρόνο", με το σκεπτικό, "ότι το παιδί δεν έχει τίποτα σημαντικό και με τον καιρό, θα γίνει καλά". Ο χρόνος όμως, που περνά, δεν γιατρεύει, μα σχεδόν πάντα είναι καταστροφικός για την εξέλιξη του μικρού παιδιού (Γεωργούλη - Κούκου, Συνέντευξη την οποία έδωσε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, 1992, βλέπε Παράρτημα Δ).

Πρέπει λοιπόν να γίνει συνείδηση στους γονείς, μέσω της ενημέρωσης, ότι η πρόληψη μιας διαταραχής στην εξέλιξη ενός παιδιού, είναι πολύ πιο αποτελεσματική, έξυπνη και λογική πράξη από τη θεραπεία της, φυσικά όταν η επιστήμη γνωρίζει πώς να την



προλάβει. Και σήμερα γνωρίζει, γιατί μέσα από τις νέες μεθόδους, είναι δυνατόν να εξεταστεί η εξέλιξη του παιδιού, από τις πρώτες μέρες - εβδομάδες της ζωής του και να διαπιστωθεί αν έχει ομαλή εξέλιξη από πλευράς κινητικότητας, νοημοσύνης και συναισθηματικής επαφής. Επομένως μπορεί να προληφθεί, οποιαδήποτε άσχημη εξέλιξη του (Χουρδάκη, 1982, σελ. 25).

Συμπερασματικά λοιπόν, ο ρόλος των γονέων στην πρόληψη, είναι σημαντικός, γιατί είναι οι πρώτοι, που υποπτεύονται, ότι κάτι δεν πάει καλά με την ανάπτυξη και την εξέλιξη του παιδιού τους. Αυτοί νωρίτερα από κάθε άλλον, παρατηρούν κάποια "παράξενη" ή ασυνήθιστη αντίδραση στη συμπεριφορά του ή κάποια καθυστέρηση στην εξέλιξη του και πρέπει να απευθύνονται στον Παιδίατρο.

#### δ) Συνεργασία οικογένειας και παιδίατρου

Ο παιδίατρος αποτελεί για τους γονείς τον πρώτο φυσικό σύμβουλο και παραμένει σύμβουλός τους για όλα τα χρόνια της ανάπτυξης του παιδιού, δηλαδή μέχρι και την εφηβεία. Η μεγάλη επίδραση που ασκεί στους γονείς, φαίνεται από το γεγονός ότι συχνά η πραγματική αιτία που οδηγεί τους γονείς και το παιδί σ' αυτόν, δεν είναι μια απλή διαταραχή της υγείας του, αλλά η ανάγκη που έχουν οι γονείς, έστω και αν δεν το καταλαβαίνουν, για εξήγηση και καθησύχηση (Δοξιάδης, 1964, σελ. 7).

Η καθημερινή πραγματικότητα δείχνει ότι οι γονείς έρχονται σε συνεργασία με τον Παιδίατρο μόνο όταν το παιδί τους παρουσιάζει κάποια ασθένεια και όχι όταν βρίσκεται σε υγιή κατάσταση. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν είναι ευαισθητοποιημένοι

όσον αφορά τον προληπτικό τους ρόλο στην ψυχική υγεία του παιδιού, με αποτέλεσμα να μην ελέγχουν περιοδικά την ψυχοσωματική του εξέλιξη. Δεν έχουν συνειδητοποιήσει ότι όσο νωρίτερα γίνει η διάγνωση μιας απόκλισης από τα φυσιολογικά όρια, τόσο καλύτερο θα είναι το τελικό αποτέλεσμα για τη μετέπειτα ζωή του παιδιού. Με την περιορισμένη αυτή συνεργασία γονέων και Παιδιάτρου, δεν είναι δυνατόν να γίνει σωστός έλεγχος της πνευματικής και ψυχικής υγείας του παιδιού (Γεωργούλη - Κούκου, 1992, Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται η αναγκαιότητα της συστηματικής συνεργασίας γονέων και παιδίατρου, για να διαπιστωθεί έγκαιρα κάθε παρέκκλιση από το φυσιολογικό.

## 5. Ο Ρόλος του Παιδιάτρου στην Πρόληψη των Ψυχικών Διαταραχών της Παιδικής Ηλικίας

### α) Ο ρόλος του παιδίατρου και η σημασία του

"Ο παιδίατρος είτε σαν οικογενειακός γιατρός, είτε σαν γιατρός της προσχολικής ή της σχολικής ηλικίας, μπορεί να προσφέρει πολλά σε όλες τις φάσεις και σε όλους τους τομείς της ανάπτυξης του παιδιού, σωματικής, πνευματικής, ψυχικής, κοινωνικής και ηθικής. Ο παιδίατρος είναι ο κυριότερος σύμβουλος στη γενετική καθοδήγηση, στον προγραμματισμό της οικογένειας, στη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, στην προφύλαξη από τους κινδύνους του περιβάλλοντος, στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, στην προστασία του μειονεκτικού παιδιού και στην κατάλληλη υγειονομική διαπαιδα-

γώγιση" (Κάσιμος, 1985, σελ. 806).

Έχει τη δυνατότητα να παρακολουθήσει την εξέλιξη του παιδιού πολλές φορές και πριν από τη γέννηση και μέχρι την εφηβεία. Έτσι όλη η ανάπτυξη του ατόμου βρίσκεται κάτω από την καθοδήγηση του παιδίατρο. Η διαρκής σχέση του με την οικογένεια σε συνδυασμό με το επιστημονικό του κύρος, παρέχουν τη δυνατότητα της παρέμβασης, με σκοπό τη συμβουλευτική καθοδήγηση. Η συμβολή του σε διαδικασίες ανάπτυξης έχουν σημαντικές επιπτώσεις όπως θηλασμός, απογαλακτισμός, έλεγχος σφικτήρων κ.ά. Καθοριστικός είναι ο ρόλος του στην εγκυμοσύνη και στη διάρκεια του τοκετού (όταν βέβαια έχει την δυνατότητα να παρέμβει) (Βαλάσση - Αδάμ, Βαράκης, 1986, σελ. 54).

Σύμφωνα με τους Βαλάσση - Αδάμ και Βαράκη (1986), ο παιδίατρος επιδρά θετικά ή αρνητικά στη διαμόρφωση γνώσεων, στάσεων, του συστήματος αξιών και γενικότερα της δημόσιας συνείδησης, για τις ανάγκες του παιδιού και τη γονεϊκή φροντίδα. Έχει αναγνωριστεί πως η σωστή φροντίδα μητέρας και παιδιού, η βελτίωση φυσικών και κοινωνικών συνθηκών, η μείωση των ατυχημάτων, η αποφυγή αστάθειας στη γονεϊκή φροντίδα, είναι προληπτικά μέτρα, τα οποία εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του παιδίατρο (σελ. 34).

Με την προγεννητική πρόληψη και τον έλεγχο ο παιδίατρος συντελεί στη σωστή σωματική και νοητική ανάπτυξη. Θεωρείται ο ειδικός που θα διαγνώσει (έγκαιρα ή όχι) και θ' αντιμετωπίσει οποιαδήποτε απόκλιση στην ανάπτυξη του παιδιού, όπως καθυστέρηση στην ανάπτυξη ενός τομέα (ομιλία, κινητικότητα κ.ά.), ψυχικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς ή οργανικά

προβλήματα με ψυχολογική επίπτωση.

Όπως αναφέρουν οι Βαλάσση - Αδάμ και Βαράκης (1986), ο παιδίατρος αντιμετωπίζει τα ψυχοσωματικά προβλήματα του παιδιού όπως κοιλιακά άλγη, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, πονοκεφάλους κ.ά. Η παρέμβαση του αυτή είναι καθοριστική για την εξέλιξη του ατόμου (σελ. 35).

Αντιμετωπίζει τόσο προληπτικά όσο και υποστηρικτικά τα επιγενή ψυχολογικά προβλήματα σε αρρώστιες (π.χ. διαβήτη), σε διαγνωστικές μεθόδους (π.χ. αξονική τομογραφία, σε εισαγωγή στο νοσοκομείο επείγουσα ή προγραμματισμένη), σε εγκειρήσεις, (από τις απλούστερες μέχρι τις δυσκολότερες) (Δοξιάδης, 1962, σελ. 40-45).

Σημαντική είναι η συμβολή του παιδίατρου στη σωστότερη ανάπτυξη και εξέλιξη παιδιών οικογενειών με ειδικές συνθήκες και ανάγκες, όπως παιδιά διαζευγμένων γονιών, μεταναστών, υιοθετημένα παιδιά κ.ά.

Έχει συνεχή επαφή με την οικογένεια του παιδιού και συχνά με το υπόλοιπο περιβάλλον του και ξέρει καλά το ιστορικό τόσο του ίδιου του παιδιού, όσο και της οικογένειας, βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό. Αυτή η επαφή με την οικογένεια δίνει τη δυνατότητα στον παιδίατρο να παίξει το ρόλο του συμβούλου (Καραγγέλη, 1983, σελ. 69).

Τέλος, βοηθά την οικογένεια στον οικογενειακό προγραμματισμό, με σημαντική επίπτωση στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην εξασφάλιση ενός υγιέστερου περιβάλλοντος για τα παιδιά (Βαλάσση - Αδάμ, Βαράκης, 1986, σελ. 36).

Όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, σε σχέση με το τί κάνει ο

Παιδίατρος, περιλαμβάνονται στην καθημερινή άσκηση του επαγγέλματός του. Χρειάζεται να συνειδητοποιήσει το ρόλο αυτό, να τον ενδυναμώσει για να κάνει καλύτερη την Παιδιατρική εξέταση και παρακολούθηση.

Στο Παράρτημα Α παραθέτεται ο πίνακας 2 στον οποίο διαφαίνεται ο ρόλος του παιδίατρου συνοπτικά.

Συμπερασματικά ο ρόλος του παιδίατρου είναι σημαντικός τόσο για το παιδί, όσο για την οικογένεια και την κοινωνία γενικότερα. Η έμφαση που δίνει ο παιδίατρος στην πρόληψη σωματικών και ψυχικών διαταραχών, η εμπιστοσύνη και η εφυσύχαση που προσφέρει στην οικογένεια και η διάδοση υγειονομολογικών προτύπων ζωής, οδηγούν στην προαγωγή της υγείας και του ρόλου του ως αξιόλογου.

#### β) Οι ρόλοι του παιδίατρου σήμερα

Η εξέλιξη της σημερινής κοινωνίας αναγνωρίζει τη μεγάλη ανάγκη για την εξασφάλιση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ατόμου που βρίσκεται στην ανάπτυξη, και ο παιδίατρος είναι ο πιο κατάλληλος για να την καλύψει. Ακολουθώντας την εξέλιξη αυτή για να διατηρήσει την οντότητά του και να αυξήσει την επιρροή του ως επαγγελματίας, πρέπει να βλέπει ευρύτερα το ρόλο του και τη σημασία της ειδικότητάς του.

Ο Δοξιάδης (1990), αναγνωρίζοντας αυτή την ανάγκη, αναφέρει ότι ο γιατρός σήμερα, δεν έχει να παίξει μόνο ένα ρόλο, αλλά περισσότερους, από τους οποίους οι κυριώτεροι είναι: ο ρόλος του θεραπευτή, του ερευνητή, του παιδαγωγού και του πνευματικού ανθρώπου. Τους ρόλους αυτούς κάθε γιατρός πρέπει να

τους ξέρει, όπως και όλος ο κόσμος που καταφεύγει στο γιατρό και γενικότερα στην Ιατρική πληρώνοντας άμεσα ή έμμεσα για αυτήν. (σελ. 12-13).

### 1. Ο παιδίατρος ως θεραπευτής

Ο ρόλος του παιδίατρου ως θεραπευτής, είναι ο παραδοσιακός του ρόλος και τα άτομα που τον αναζητούν, έχουν ανάγκη κυρίως από τη θεραπευτική του ιδιότητα. Αυτός ο ρόλος είναι απαραίτητος γιατί αν λείπει θα εκλείψει και η Ιατρική, τουλάχιστον, όπως η ανθρωπότητα την ξέρει και πριν ακόμα από τον Ιπποκράτη (Δοξιάδης, 1990, σελ.13).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του θεραπευτικού ρόλου είναι να προηγηθεί σωστή διάγνωση, με την οποία δεν εννοούμε τη διάγνωση και τη θεραπεία μιας αρρώστιας, αλλά τη διάγνωση και θεραπεία του αρρώστου, που απευθύνεται στο γιατρό (Δοξιάδη 1990, σελ. 14).

Σύμφωνα με τον Δοξιάδη (1990), ο παιδίατρος και γενικότερα ο γιατρός ως θεραπευτής, έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι στην κοινωνία. Η πρώτη από αυτές, είναι η υποχρέωσή του για αδιάκοπη εκπαίδευση, δηλαδή να ενημερώνεται συνεχώς, για τις εξελίξεις και τις αναθεωρήσεις στο χώρο της Παιδιατρικής, με σκοπό μία ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του παιδιού. Σήμερα, αυτό ισχύει πολύ περισσότερο, γιατί ο ρυθμός αλλαγής στις γνώσεις μας είναι ταχύτατος. Αξίζει να σημειωθεί, ότι αδιάκοπη ενημέρωση, δεν σημαίνει άκριτη χρησιμοποίηση του νεώτερου, μόνο γιατί είναι καινούργιο, αλλά κάθε νέα γνώση για να υιοθετηθεί, θα πρέπει να δέχεται κριτικό έλεγχο (σελ. 15).

Η δεύτερη υποχρέωσή του, είναι η χρησιμοποίηση κριτικής ικανότητας. Πολλοί γιατροί παραδέχονται, χωρίς σκέψη, κάτι που διάβασαν ή επηρεάζονται από μία προσωπική τους εμπειρία, που όμως δεν είναι αρκετή, για να βγάλουν συμπεράσματα. Στη σημερινή εποχή όμως, με την τεράστια δύναμη της διαφήμισης, με τον έντονο ανταγωνισμό των φαρμακευτικών εταιριών, αλλά και με την πραγματική πρόοδο, είναι απαραίτητο για κάθε παιδίατρο, να μάθει να εξετάζει με πολλή σκέψη, κάθε νέα θεραπευτική μέθοδο. Πρέπει κάθε γιατρός να είναι σε θέση να κρίνει, αν τα επιχειρήματα μιας επιστημονικής εργασίας και ενός διαφημιστικού εντύπου, είναι αξιόπιστα για την υπεροχή ενός θεραπευτικού μέσου (Δοξιάδης, 1990, σελ. 16-19).

Η κριτική όμως ικανότητα του παιδιάτρου, δεν πρέπει να ασκείται μόνο για τα θεραπευτικά μέσα, που χρησιμοποιεί, αλλά να στρέφεται και στην εξέταση του ίδιου, τόσο του ρόλου του όσο και της συμμετοχής του στην θεραπεία. Αυτό είναι απαραίτητο, γιατί ο παιδίατρος, μπορεί να παρασυρθεί από τη δύναμη που αισθάνεται, βλέποντας τους άλλους να τον αντιμετωπίζουν ως "σωτήρα" και να υπερτιμήσει τις δυνάμεις του, ή να παραβλέψει σοβαρά στοιχεία που θα τον βοηθούσαν στην αντιμετώπιση του αρρώστου (Δοξιάδης, 1990, σελ. 18).

Η τρίτη υποχρέωσή του, είναι το αίσθημα ευθύνης και η απόλυτη τιμιότητα. Συχνά οι γιατροί, ενεργούν απερίσκεπτα, μηχανικά, χωρίς να προσπαθούν να δουν το πραγματικό, μακροχρόνιο όφελος για τους ασθενείς, αλλά δίνουν έμφαση μόνο στο άμεσο αποτέλεσμα των θεραπευτικών ενεργειών τους, που εντυπωσιάζει τους δέκτες των υπηρεσιών τους. Αυτό θεωρείται

σημαντικό, γιατί αποτελεί κριτήριο, για το γιατρό, που εκπληρώνει την τρίτη υποχρέωση, ο οποίος δεν διστάζει να γίνει και δυσάρεστος στον άρρωστο και το περιβάλλον του, για να πει την αλήθεια. Αντιθέτως ο γιατρός εκείνος που δεν χαρακτηρίζεται από το αίσθημα ευθύνης και την απόλυτη τιμιότητα, σκοπεύει απλώς να κρατήσει τον πελάτη χωρίς μια ολοκληρωμένη εξέταση ή να απαλλαχτεί από το φορτικό επισκέπτη στο δημόσιο ιατρείο, που εργάζεται (Δοξιάδης, 1990, σελ. 19-20).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι, σύμφωνα με τον Δοξιάδη (1990) για να εκπληρώσουν οι γιατροί, ως θεραπευτές τις υποχρεώσεις αυτές, πρέπει να τις συνειδητοποιήσουν, από τα φοιτητικά τους χρόνια. Αυτό για να γίνει, χρειάζεται οι ίδιοι οι διδάσκοντες να τις κάνουν πράξη. Πρέπει να εγκαταλείψουν την επίφαση της παντογνωσίας και να είναι έτοιμοι να παραδεχτούν και άγνοια και λάθη, για να αναπτύξουν το κριτικό πνεύμα και το αίσθημα ευθύνης στους φοιτητές τους. Ιδιαίτερα για το ρόλο του θεραπευτή οι διδάσκοντες, πρέπει να μεταδώσουν στα μαθήματά τους, τον τρόπο σωστής σκέψης και όχι να απαιτούν αποθήκευση γνώσεων (σελ. 17).

## 2. Ο παιδίατρος ως ερευνητής

Ο παιδίατρος ως ερευνητής έχει σκοπό να προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες, προς τον άνθρωπο, βελτιώνοντας τη θεραπευτική ικανότητά του, με τα αποτελέσματα της έρευνας. Προσπαθεί να αυξήσει τις γνώσεις του κοινού, με έρευνα σε όλους τους τομείς.

Ο Δοξιάδης (1990), αναφέρει, ότι ο γιατρός που ασχολείται



με την έρευνα, έχει την υποχρέωση για τιμιότητα κινήτρων και μεθόδων. Δηλαδή την αυστηρή τήρηση μιας αναγνωρισμένης επιστημονικής μεθοδολογίας, για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων (σελ. 29).

Βασικά κίνητρα του γνήσιου ερευνητή είναι η πνευματική ανησυχία, το αίσθημα του ανικανοποίητου προς το άγνωστο, καθώς επίσης και το φιλότιμο συναίσθημα, δηλαδή η ανάγκη να βοηθήσει τους ανθρώπους (Δοξιάδης, 1990, σελ. 27).

### 3. Ο παιδίατρος ως παιδαγωγός

Ο ρόλος του παιδίατρου, ως παιδαγωγός, απευθύνεται στα άρρωστα παιδιά, στις οικογένειες, στα ιδρύματα και την πολιτεία.

Ο παιδίατρος, όταν αντιμετωπίζει ένα άρρωστο παιδί, δεν πρέπει να περιορίζεται, στις οδηγίες, που έχουν σχέση μόνο με τη θεραπεία, αλλά βασικό καθήκον του είναι να στρέφεται, στο ποιά είναι τα αίτια της αρρώστιας και πώς μπορεί να αποφευχθούν στο μέλλον. Πρέπει πάντα να εκπαιδεύει το άρρωστο παιδί, ή την οικογένειά του, για προφύλαξη, από παρόμοια επεισόδια (Δοξιάδης, 1990, σελ. 35-36).

Καθήκον του παιδίατρου στην οικογένεια, είναι να της μεταδώσει ένα υγιειονολογικό πρότυπο συμπεριφοράς, για την πρόληψη των σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Πρέπει να επιστήσει την προσοχή των γονέων, στα παιδικά ατυχήματα, στην επίδραση που έχει ένα ζεστό οικογενειακό περιβάλλον, στην ψυχική υγεία των παιδιών, στην ανάγκη τους για φυσικό χώρο και παιχνίδι (Δοξιάδης, 1990, σελ. 36-38).

Ο Δοξιάδης (1964), υποστηρίζει, ότι οι αντιλήψεις και η νοοτροπία του περιβάλλοντος επηρεάζουν το παιδί, γι' αυτό κάθε προσπάθεια για τη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας του βρέφους και του μικρού παιδιού, και την εξασφάλιση της ομαλής του αναπτύξεως, θα είναι μάταιη, αν δεν στραφεί στην οικογένεια. Λόγω αυτής της επίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος, στο παιδί, ο παιδίατρος πρέπει να είναι παιδαγωγός αρχικά της οικογένειας και κατόπιν του παιδιού (σελ. 6).

Χρειάζεται να διευκρινιστεί στο σημείο αυτό, ότι ο παιδίατρος, πρέπει να είναι "παιδαγωγός" και όχι "σύμβουλος". Σαν παιδαγωγός, έχει ο ίδιος την πρωτοβουλία να εκπαιδεύσει τους γονείς σε σχέση με την αγωγή υγείας του παιδιού, μια προσπάθεια, που είναι συνεχής και χρωματίζει όλες τις επαφές του με την οικογένεια. Αντιθέτως σαν σύμβουλος, δεν έχει την πρωτοβουλία αυτή, η οποία ανήκει σε εκείνον, που ζητάει τη συμβουλή. Επίσης, ο ρόλος του συμβούλου είναι περιορισμένος, γιατί τελειώνει όταν δώσει σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα τη συμβουλή του (Δοξιάδης, 1964, σελ. 6).

Ο παιδίατρος, αισθάνεται πολλές φορές την ανάγκη, να εκπαιδεύσει ιδρύματα και οργανώσεις, είτε γιατί εργάζεται μέσα σ' αυτά, οπότε το καθήκον του είναι μεγαλύτερο, είτε γιατί συμβαίνει να δει κάτι, που δεν γίνεται σωστά. Πολλές φορές τα διοικητικά συμβούλια ιδρυμάτων, που βρίσκονται σε άγνοια στοιχειωδών κανόνων λειτουργίας νοσοκομείων, βγάζουν "αψυχολόγητες", αναχρονιστικές αποφάσεις, που δεν βοηθούν τη σωστή αντιμετώπιση του αρρώστου. Ο γιατρός, που έχει αίσθημα ευθύνης, θα πρέπει, εκφράζοντας τη γνώμη του, να τους

προβληματίσει. Συχνά το προσωπικό των ιδρυμάτων, δεν είναι τόσο ευαισθητοποιημένο, όσο θα έπρεπε, πάνω στην ψυχολογία του παιδιού, γι' αυτό ο παιδίατρος, που εργάζεται εκεί, έχει την ευθύνη της ενημέρωσής του (Δοξιάδη, 1990, σελ. 38-39).

Ο παιδίατρος, πρέπει να αισθάνεται, ως υποχρέωσή του, να επηρεάζει την πολιτική υγεία και της πολιτείας και των μεγάλων οργανισμών, αλλά και οποιουδήποτε άλλου, έχει αποφασιστική αρμοδιότητα, στον τομέα αυτό. Βέβαια είναι δύσκολο, ως άτομο να έχει μεγάλη επιρροή. Ο ρόλος αυτός ανήκει πολύ περισσότερο, σε ομάδες και οργανώσεις γιατρών. Όμως οι επιστημονικές εταιρίες και οι Ιατρικοί Σύλλογοι, δεν δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για πολλά σοβαρά, ιατροκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν, άμεσα ή έμμεσα την υγεία των πολιτών, είτε γιατί δεν έχουν συνειδητοποιήσει αυτό το εκπαιδευτικό τους καθήκον, είτε γιατί φοβούνται να εκφραστούν πάνω σε σοβαρά προβλήματα.

#### 4. Ο παιδίατρος ως πνευματικός άνθρωπος

Με τον όρο "πνευματικός άνθρωπος", εννοείται αυτός, που πρέπει να έχει ενδιαφέροντα, ευρύτερα από τη βιοποριστική του απασχόληση, να προβληματίζεται πάνω στα κοινωνικοπολιτικά προβλήματα του κόσμου και να συμβάλλει ενεργά, στην αντιμετώπισή τους (Δοξιάδης, 1990, σελ. 45-48).

Υποχρέωση του γιατρού, ως πνευματικού ανθρώπου, είναι να έχει αντικειμενικότητα και ψυχραιμία. Να μην παρασύρεται από προσωπικά συμφέροντα και πρόσκαιρες εντυπώσεις, να μην μένει στην επιφάνεια των φαινομένων, αλλά να αναζητεί τις αιτίες τους και να μην καταλήγει, από οργή ή φόβο, σε εσφαλμένα

συμπεράσματα.

Ο πνευματικός άνθρωπος είναι έτοιμος, σε κάθε στιγμή να επανεξετάσει και να αλλάξει γνώμες, που από χρόνια νόμιζε σωστές. Αυτό όμως δεν σημαίνει, ότι θα πρέπει να μεταβάλλει τις απόψεις του, για να συμπέσουν με τις απόψεις των ισχυρών της εποχής και έτσι να αποκτήσει, περισσότερη δύναμη ή εύνοια. Ο γιατρός σαν πνευματικός άνθρωπος, έχοντας την ευθύνη για την προαγωγή της υγείας, δεν πρέπει να συμβιβάζεται με τους ισχυρούς αποβλέποντας στο απώτερο κέρδος, γεγονός που υπονομεύει την υγεία του συνόλου (Δοξιάδης, 1990, σελ. 48-50).

Όπως ο Δοξιάδης αναφέρει (1990), ο παιδίατρος πρέπει να έχει θάρρος γνώμης, για τα κοινωνικά προβλήματα του κόσμου και να είναι πρόθυμος να αναλάβει την ευθύνη, για να δημιουργήσει κάτι σωστό ή να διορθώσει αρνητικές καταστάσεις. Η κριτική είναι εύκολη, αλλά μόνο η υπεύθυνη δράση φέρνει αποτέλεσμα (σελ. 51).

Μετά την αναφορά στους ρόλους που πρέπει να ασκεί ο παιδίατρος σήμερα, αξίζει να τονιστεί ότι η νέα αντίληψη που επικρατεί στην παιδιατρική, για την αναγκαιότητα της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών του παιδιού, επέβαλε την ανάπτυξη υποειδικοτήτων στον κλάδο της όπως, την Αναπτυξιακή και Κοινωνική Παιδιατρική.

Η Αναπτυξιακή Παιδιατρική, σύμφωνα με τη Θωμαΐδου (1992), ασχολείται και μελετά με λεπτομέρεια όλα τα στάδια της κινητικής, πνευματικής, γλωσσικής, αισθητηριακής και κοινωνικής ωρίμανσης και εξέλιξης των παιδιών, από την γέννησή τους μέχρι την πλήρη τους ανάπτυξη (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα

μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

Κατά τον Σταμπουλόπουλο (1989), στόχος της είναι: πρώτον να εξασφαλιστεί η καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία για τα παιδιά, δεύτερον, να επιτευχθεί η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, στις καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν αναπηρίες στο σώμα, στο νου και την προσωπικότητα και τρίτον, να ανακαλύψει τα αίτια και τα μέσα για την πρόληψη των παθήσεων αυτών (σελ. 11). Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται με την πρώιμη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, των παιδιών εκείνων που εμφανίζουν προβλήματα στις λειτουργίες της όρασης, ακοής, νόησης, του λόγου, της ομιλίας, κινητικότητας και της συμπεριφοράς.

Η Κοινωνική Παιδιατρική, είναι η επιστήμη που εξετάζει πώς επηρεάζεται η υγεία των παιδιών από τις συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν και από τις σχέσεις τους με τα διάφορα μέλη της οικογένειας και τις διάφορες κοινωνικές επιδράσεις (Παντελάκης, 1992, Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Ο Παντελάκης (1992), σε συνέντευξη που έδωσε στην ομάδα μελετητών, (βλέπε Παράρτημα Δ) αναφέρει ότι έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην Κοινωνική Παιδιατρική, και πρωτοπόρος στην Ελλάδα υπήρξε ο Σπύρος Δοξιάδης. Στόχος του ήταν να ευαισθητοποιήσει τους νέους παιδίατρος, ώστε να δίνουν την ίδια έμφαση στην ψυχική και σωματική υγεία του παιδιού.

Παρά την εξέλιξη της Παιδιατρικής, πολλοί είναι οι παιδίατροι που είναι ακόμα επηρεασμένοι από το ιατροκεντρικό πρότυπο, και πιστεύουν ότι έχουν έναν περιορισμένο ρόλο. Ο

Δοξιάδης υποστήριξε (1990), ότι αυτό οφείλεται, στη μη συνειδητοποίηση από τους παιδίατρος των ευρύτερων υποχρεώσεων τους στην κοινωνία, σε ασυνείδητους φόβους και ανασφάλειες αλλά και στο γεγονός ότι δεν θέλουν να αναλάβουν περισσότερες ευθύνες. Επίσης τονίζει ότι, στις ιατρικές σχολές προωθείται η αποθήκευση γνώσεων και όχι η κριτική σκέψη, και η προετοιμασία των φοιτητών για άλλους ρόλους (σελ. 14).

Ο θεραπευτικός ρόλος του παιδίατρο, αν και είναι ο πιο παραδοσιακός, ακόμα και σήμερα δεν ασκείται ολοκληρωμένα. Πολλοί είναι οι παιδίατροι που εξηγούν τις ψυχικές διαταραχές των παιδιών με βάση μόνο την οργανική αιτία, χωρίς να δίνουν μεγάλη έμφαση σε ψυχολογικές και κοινωνικές καταστάσεις που επηρεάζουν το παιδί (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, από τον Φρίμα, 1992, βλέπε Παράρτημα Δ).

Από τους τέσσερις ρόλους του παιδίατρο που περιγράφηκαν παραπάνω, τον πρώτο, δηλαδή του θεραπευτή, τον ασκούν συνήθως όλοι οι γιατροί, αν και όχι πάντα ολοκληρωμένα, τον δεύτερο, του ερευνητή, μερικοί, τον τρίτο, του παιδαγωγού συνειδητά ελάχιστοι, ενώ τον τέταρτο, του πνευματικού ανθρώπου, που θα έπρεπε όλοι οι παιδίατροι συνειδητά και μαχητικά να τον ασκούν, είναι στη χώρα μας σήμερα ο πιο αγνοημένος (Δοξιάδης, 1990, σελ. 13).

Σύμφωνα με τον Δοξιάδη (1990), στη χώρα μας οι ιατρικοί σύλλογοι δεν πήραν ποτέ σοβαρά το ρόλο τους ως εκπαιδευτές του κοινωνικού συνόλου και των κρατικών υπηρεσιών, παρόλο της δύναμης που είχαν.

Συμπερασματικά, ένας παιδίατρος για να ασκήσει σωστά

σήμερα το ρόλο του, σύμφωνα με τους Βαλάσση - Αδάμ και Βαράκη (1986), πρέπει:

- Να θεωρεί την αγωγή υγείας υποχρέωσή του
- Να διερευνά τις ανάγκες του πληθυσμού και να εφαρμόζει τις γνώσεις του στην πράξη
- Να αναγνωρίζει ότι η ασθένεια μπορεί να οφείλεται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς λόγους
- Να μεταδίδει γνώσεις, τοποθετήσεις και πρότυπα στο παιδί και τους εκπαιδευτές του
- Να συνειδητοποιήσει, ότι αφού το παιδί αποτελεί μέλος μιας οικογένειας, δεν μπορεί αυτό μόνο να αλλάξει τρόπο ζωής
- Να είναι λιγότερο δογματικός και να μη μεταδίδει αμφίβολες γνώσεις (σελ. 30-32).

#### γ. Η σχέση του παιδίατρου με τους γονείς

Ο παιδίατρος αναγνωρίζοντας ότι η επίτυχία του θεραπευτικού έργου του με το παιδί, εξαρτάται από την ουσιαστική επικοινωνία μαζί του, αλλά και με την υπόλοιπη οικογένεια, φροντίζει να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τους γονείς, απαραίτητη προϋπόθεση για μια εποικοδομητική συνεργασία.

Στην πρώτη επαφή του παιδίατρου με τους γονείς, μπαίνουν τα θεμέλια για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Ο παιδίατρος καλείται ν' ακούσει προσεχτικά τις ανησυχίες των γονέων, να τους μειώσει το άγχος, για μια πιθανή διαταραχή του παιδιού τους και να τους μεταδώσει το αίσθημα της ασφάλειας. Η στάση του αυτή, θα κάνει όλη την οικογένεια, να στρέφεται σ'

αυτόν σαν ένα πραγματικό σύμβουλο και φίλο και όχι μόνο σαν ένα υγειονομικό υπάλληλο, που σύντομα θα διαγνώσει και θα γράψει μία συνταγή (Δοξιάδης, 1964, σελ. 6-8).

Ο παιδίατρος θα προσπαθήσει να δημιουργήσει μία φιλική ατμόσφαιρα, ώστε το παιδί να αισθάνεται άνετα κατά την παιδιατρική εξέταση. Σ' αυτό συμβάλλουν και οι γονείς, όταν έχουν ήδη προετοιμάσει το παιδί, απαντώντας στις ερωτήσεις του, "ποιός είναι ο παιδίατρος" και "τί θα του κάνει".

Τελειώνοντας την εξέταση, ο παιδίατρος έρχεται ν' αντιμετωπίσει το ερώτημα των γονέων "τί συμβαίνει με το παιδί μας;". Αν διαγνώσει ένα απλό νόσημα το ανακοινώνει στους γονείς, δίνοντας έμφαση στη θεραπεία του. Αν όμως διαγνώσει ένα σοβαρό πρόβλημα, με την ανακοίνωσή του στους γονείς, ο παιδίατρος έρχεται να αντιμετωπίσει από την πλευρά τους, αρνητικά συναισθήματα, όπως: άρνηση του προβλήματος, αγανάκτηση και αμφισβήτηση για την εγκυρότητα της γνώμης του. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Θεοδωρακοπούλου - Θεοφανοπούλου (1993), μετά από έρευνά τους, όπου διαπίστωσαν, ότι οι γονείς με νοητική στέρηση μετά την αναγγελία του προβλήματος, βίωσαν έντονα συναισθήματα λύπης, πίκρας, απελπισίας και απογοήτευσης (σελ. 109).

Συγκεκριμένα, η ανακοίνωση του προβλήματος, είναι ένα συγκλονιστικό γεγονός. Όπως αναφέρει η Ματινοπούλου (1990), οι γονείς μετά την ανακοίνωση του προβλήματος, έχουν ανάγκη για διευκρινήσεις, τους κατέχει η αγωνία και επιζητούν την κατανόηση και την υποστήριξη του Παιδίατρου. Έτσι λοιπόν ο παιδίατρος, πρέπει να τους δώσει μια λεπτομερή εξήγηση της



κατάστασης, να τους αντιμετωπίσει με ευαισθησία και κάτω από κατάλληλες συνθήκες (σελ. 28).

Χαρακτηριστικό είναι, ότι από τα αποτελέσματα σχετικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε Παιδιατρική κλινική, είναι, ότι το 30% των γονέων, πληροφορήθηκαν την κατάσταση του παιδιού τους στο διαδρομο ή στο θάλαμο του Νοσοκομείου (Ματινοπούλου, 1990, σελ. 28).

Οι εμπειρίες των γονέων, κατά την ανακοίνωση του προβλήματος από τον Παιδίατρο, στον ελληνικό χώρο, σύμφωνα με την Οικονόμου (1976), είναι:

"α) Μπερδεμένες και ακατανόητες γνώμες, έτοιμες φράσεις, υπεκφυγές, β) επιστημονικά δεδομένα και το χειρότερο, γ) αλληλοσυγκρουόμενες απόψεις... Αν μπορούσαν οι γονείς, να έχουν τις ιδεώδεις συνθήκες για διάγνωση και πληροφόρηση, θα λιγότευε σημαντικά η αίσθηση του χάους και της καταστροφής". (Ματινοπούλου, 1990, σελ. 28).

Όταν δεν παρέχονται εξηγήσεις και υποστήριξη στους γονείς, για να κατανοήσουν ορισμένα στοιχεία του προβλήματος, τα ερωτηματικά παραμένουν και το διαγνωστικό στάδιο γι' αυτούς επιμηκύνεται. Σύμφωνα με τον Gath (1985), το πρώτο βήμα για να αποκτήσουν οι γονείς ηρεμία, που θα τους επιτρέψει, να σκεφθούν και να προγραμματίσουν, πάνω στο πρόβλημα του παιδιού τους, είναι η βοήθεια του ειδικού να κατανοήσουν, ότι το παιδί τους έχει πρόβλημα και ποιό είναι το πρόβλημα αυτό. Αν ο ειδικός δεν προσφέρει την κατάλληλη βοήθεια, τότε οι γονείς δεν υποστηρίζουν έγκαιρα το παιδί και θα απογοητευθούν, όταν σε μεγαλύτερες ηλικίες ανακαλύψουν, ότι θα μπορούσαν να είχαν

ενισχύσει την ανάπτυξη του παιδιού τους σε ορισμένους τομείς. Βέβαια η ερμηνεία του προβλήματος προς τους γονείς και η συνεργασία μαζί τους, είναι εξίσου σημαντική και όταν η διαγνωστική έρευνα δεν μπορεί να ολοκληρωθεί σ' ένα πρώτο στάδιο (Ματινοπούλου, 1990, σελ. 28-29).

Οι ερευνητές Olson, Edwards, Hunter (1987), χωρίζουν τη διαδικασία "της ενημέρωσης" του προβλήματος από τον Παιδίατρο σε τρία στάδια:

- α) Στην κατάλληλη προετοιμασία των γονέων
- β) Στην αποκάλυψη της αλήθειας
- γ) Στην παρακολούθησή τους, ώστε να δεχτούν το πρόβλημα με όσο το δυνατόν λιγότερες συναισθηματικές συγκρούσεις (Ματινοπούλου, 1990, σελ. 29).

Γενικότερα ο παιδίατρος πρέπει να αντιμετωπίσει με ευαισθησία τους γονείς στη φάση της ενημέρωσης του προβλήματος, γιατί η περίοδος που ακολουθεί μετά την ανακοίνωση, συνδέεται με οδυνηρά συναισθήματα, που καθλώνουν τη σκέψη και τη δράση του ζευγαριού για αρκετό χρονικό διάστημα. Την περίοδο αυτή οι γονείς συνήθως αναζητούν τη γνώμη και άλλων ειδικών, προσπαθώντας να πετύχουν μία πιο "έγκυρη διάγνωση". Αν όλες οι διαγνώσεις επιβεβαιώνουν την αρχική, οι γονείς εισέρχονται σε ένα δεύτερο στάδιο, όπου αρχίζουν να συνειδητοποιούν την πραγματικότητα και είναι πλέον σε θέση ν' ακούσουν οδηγίες και να συνεργασθούν με τους ειδικούς (Ματινοπούλου, 1990, σελ. 12).

Η σχέση παιδίατρού και γονέων είναι σημαντική, όχι μόνο για τη θεραπεία συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, αλλά και για την προαγωγή της υγείας του παιδιού. Ο παιδίατρος μπορεί να

ευαισθητοποιήσει τους γονείς, για την κάλυψη βασικών σωματικών αναγκών του παιδιού. Βοηθά να δημιουργηθούν πιο στενοί συναισθηματικοί δεσμοί στην οικογένεια, μεταδίδοντας στους γονείς την αξία της επικοινωνίας. Παρέχει ασφάλεια στην οικογένεια και καθοδηγεί τη συμπεριφορά της σε υγειονομικά πρότυπα ζωής.

#### δ) Η συμβολή του παιδίατρου στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών

Η παιδιατρική από τη φύση της κατέχει μια προληπτική ιδιότητα, γιατί όπως έχει προαναφερθεί, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρακολουθήσει την εξέλιξη του παιδιού από τη γέννηση μέχρι και την εφηβεία. Βρίσκεται άλλωστε σε πλεονεκτική θέση για την πρόληψη των ψυχικών και σωματικών διαταραχών και γενικότερα για την προαγωγή της υγείας, ιδιαίτερα όταν η προσπάθειά του αυτή υποστηρίζεται και από άλλα επαγγέλματα υγείας.

Το γεγονός ότι κατέχει αυτή τη θέση, οφείλεται στο ότι γνωρίζει τη δυναμική της οικογένειας και προσαρμόζει κατάλληλα τη στρατηγική του. Παρακολουθεί παιδιά στην ηλικία, κατά την οποία καλές ή κακές συνήθειες γίνονται αργότερα τρόπος ζωής. Ευαισθητοποιεί τόσο το σχολείο αλλά και την ευρύτερη κοινότητα σε θέματα υγείας. Η άποψή του έχει απήχηση, λόγω του κύρους που διαθέτει. Διαμορφώνει τη συμπεριφορά γιατί επικοινωνεί σε ατομικό επίπεδο. Ακόμα επηρεάζει, ανάλογα με την προσωπικότητά του, την κοινή γνώμη επειδή αναφέρεται σε κατηγορίες πληθυσμού που συγκεντρώνουν την κοινή ευαισθησία (Τζουμάκα - Μπακούλα, 1990, σελ. 137).

Με όλους αυτούς τους μηχανισμούς, ο παιδίατρος προσφέρει αποτελεσματική αγωγή υγείας, που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην εφαρμογή των προγραμμάτων για την προαγωγή της υγείας.

Σύμφωνα με τον Δοξιάδη (1968), η προληπτική παιδιατρική πρέπει να αρχίζει πριν από τη σύλληψη, έχει δηλαδή σχέση με την γεννητική πρόγνωση. Επειδή είναι ελάχιστες οι δυνατότητες προσφυγής σε γεννητικόλογο, ο παιδίατρος είναι εκείνος που θα πρέπει να συμβουλευτείται η οικογένεια, αφού γνωρίζει αρκετά για τη γεννητική πρόγνωση. Ένα παράδειγμα περίπτωσης που ο παιδίατρος ασκεί πρόληψη πριν τη σύλληψη είναι το ακόλουθο: Μια οικογένεια με άρρωστο παιδί, ζητά τη γνώμη του για τους κινδύνους να έχει και ένα επόμενο παιδί την ίδια κληρονομική ή συγγενή πάθηση (σελ. 153).

Η προληπτική του ιδιότητα συνεχίζεται και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπου πρέπει να συνεργάζεται με το μαιευτήρα. Συχνά έρχονται ερωτήματα στους παιδιάτρους για διακοπή της εγκυμοσύνης στους πρώτους μήνες, αν για παράδειγμα η μητέρα πάθει ένα λοιμώδες νόσημα, ή στους τελευταίους μήνες να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό, αν υπάρχουν προβλήματα (Δοξιάδης, 1968, σελ. 153).

Στην περιγεννητική περίοδο, μια συνεργασία του παιδιάτρου με το μαιευτήρα βοηθάει στο να αντιμετωπιστεί καλύτερα ένας δύσκολος τοκετός. Σ' αυτή τη φάση ο ρόλος του παιδιάτρου προς τους νέους γονείς είναι πολύ σημαντικός, γιατί οι πρώτες λέξεις του μπορούν να δημιουργήσουν ένα αίσθημα ασφάλειας που θα τους συνοδέψει σε όλη τους τη ζωή, ή άγχος που θα είναι πρόξενος πολλών προβλημάτων αργότερα (Δοξιάδης, 1968, σελ. 153).

Ενώ ο Δοξιάδης (1968), αναφέρει ότι ο προληπτικός ρόλος του παιδίατρου πρέπει να αρχίζει από την περίοδο της σύλληψης και να συνεχίζεται μέχρι και την περιγεννητική περίοδο, η Γεωργούλη - Κούκου (1992) επισημαίνει ότι στην πραγματικότητα, όλοι οι παιδίατροι ασκούν προληπτική Παιδιατρική, μόνο τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών, αφού οι γονείς φέρνουν τακτικά τα παιδιά τους στον παιδίατρο, για τα εμβόλια. Λόγω αυτής της συχνής επαφής με το παιδί, ο παιδίατρος είναι σε θέση να διαγνώσει έγκαιρα κάποια διαταραχή. Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι η συστηματική αυτή παρακολούθηση του παιδιού δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του, αλλά να συνεχίζεται μέχρι την εφηβεία. (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτό, ο παιδίατρος πρέπει να μεταδώσει στους γονείς το μήνυμα για τη σημασία της τακτικής παρακολούθησης της εξέλιξης της υγείας του παιδιού. Θα πρέπει να τους ευαισθητοποιεί και να τους ενημερώνει, κάθε φορά που βλέπει το παιδί, προσπαθώντας να αφυπνίσει τη συνείδησή τους, ότι ευθύνονται για την υγεία του παιδιού τους.

Σύμφωνα με τον Δοξιάδη (1966), τα βασικά καθήκοντα του παιδίατρου για την προστασία της υγείας των παιδιών, είναι να δίνει συμβουλές σε θέματα διατροφής και ανάπτυξης, όχι μόνο σωματικής αλλά νοητικής και ψυχικής. Πρέπει να είναι σε θέση να εφαρμόζει ολόκληρο πρόγραμμα εμβολιασμού, να συμβουλεύει και να εκπαιδεύει τους γονείς σε θέματα ψυχικής και σωματικής υγιεινής, να ευαισθητοποιεί την κοινότητα, να αντιμετωπίζει με όσο το δυνατόν λιγότερα φάρμακα τις συνηθισμένες λοιμώξεις, που

αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό της νοσηρότητας της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Δύο ακόμα σοβαρά καθήκοντα που περιλαμβάνονται στην προληπτική του ιατρική είναι να μπορεί από την εκπαίδευσή του, να αναγνωρίσει, πότε μία αρρώστια έχει φύγει έξω από τα πλαίσια του κίνδυνου και αποτελεί πρόβλημα, που δεν μπορεί ο ίδιος να το αντιμετωπίσει, είτε από διαγνωστική είτε από θεραπευτική πλευρά. Τέλος, θα πρέπει να ενδιαφέρεται για τη συστηματική παιδιατρική αξιολόγηση του παιδιού (σελ. 241).

Μία πλήρης παιδιατρική αξιολόγηση και ιδιαίτερα, όταν εφαρμόζεται στο παιδί που βρίσκεται σε "αυξημένο κίνδυνο", θα πρέπει να περιλαμβάνει, τη συστηματική ιατρική εξέταση καθώς και τον έλεγχο της κινητικής και νευρολογικής του εξέλιξης, τον έλεγχο της λειτουργικότητας των αισθητηρίων, την κοινωνική του συμπεριφορά και τη συναισθηματική του κατάσταση. Ακόμη χρειάζεται με λεπτομέρεια να αναφερθούν το κοινωνικό ιστορικό, το ιατρικό ιστορικό των γονέων, ιδιαίτερα αν υπάρχουν κληρονομικά νοσήματα, στο ιστορικό εγκυμοσύνης της μητέρας, στοιχεία από τον τοκετό, το βάρος γέννησης και η κατάσταση του νεογέννητου. Στο τέλος ο παιδίατρος θα πρέπει να κάνει μία συλλογική εκτίμηση όλων των στοιχείων που έχει συγκεντρώσει, για να καταλήξει σε μία συμπερασματική γνώμη, τόσο για την τωρινή κατάσταση του παιδιού, όσο και για την πρόγνωση της σωματικής, συναισθηματικής και νοητικής του εξέλιξης (Τσίτσικα, 1983, σελ. 129).

Τα προληπτικά μέτρα άμεσης εφαρμογής γενικότερα, αναφέρονται στη φροντίδα της μητέρας, στη διατροφή, τη μείωση

των ατυχημάτων, στη βελτίωση των φυσικών και κοινωνικών συνθηκών με βάση τη συχνότητα των προβλημάτων, στην αποφυγή αστάθειας και ασυνέχειας στη γονεϊκή φροντίδα, στη βελτίωση υπάρχουσων υπηρεσιών και στη διερεύνηση της δημόσιας συνείδησης για τις ανάγκες του παιδιού.

Η πρόληψη συμβάλει στην ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη και τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του παιδιού. Σε συνδυασμό με την έγκαιρη διάγνωση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων έχει μεγάλη σημασία, γιατί τις θέτουν υπό έλεγχο, προτού προξενήσουν μόνιμη βλάβη στον οργανισμό. Άλλωστε η πρόληψη κάνει περιττή τη θεραπεία. Έτσι ο παιδίατρος πρέπει να είναι σε θέση έγκαιρα να αναγνωρίσει οποιαδήποτε διαταραχή στην υγεία του παιδιού, ακόμα και πριν οι γονείς του επιστήσουν την προσοχή. Πρέπει να είναι σε θέση να διάγνωση την αρχή ενός έντονου προβλήματος συμπεριφοράς και να μπορεί να εντοπίσει την αρχή ενός έντονου άγχους στους γονείς, που θα δημιουργήσει προβλήματα αργότερα. Χρειάζεται να μπορεί να διακρίνει έγκαιρα την αρχή μιας σωματικής ή διανοητικής αναπηρίας. Γενικότερα ο παιδίατρος θα πρέπει να είναι ο βασικός προστάτης της υγείας και παιδαγωγός της οικογένειας (Δοξιάδης, 1968, σελ. 155).

Προκειμένου ο παιδίατρος να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του αυτές, θα πρέπει να υπάρχει μια ευαισθητοποίηση στο ρόλο του, ήδη από την εκπαίδευσή του. Το γεγονός ότι υπολλείπεται η εκπαίδευση σήμερα, καθώς και η προσπάθεια των φοιτητών για μάθηση, αποτελεί εμπόδιο για τη σωστή άσκηση του ρόλου του. Ενώ διδάσκονται το μάθημα της Ψυχολογίας και της Ψυχιατρικής, κάνοντας επίσης κλινική άσκηση στον ψυχιατρικό τομέα, οι

γνώσεις που παίρνουν είναι ανεπαρκείς, γιατί δεν δίνεται ιδιαίτερο βάρος στη σημασία που έχει η παραπομπή του παιδιού στον κατάλληλο ειδικό. (Μπεράτης, 1992, Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Όπως αναφέρει ο Μπεράτης (1992), οι ειδικευόμενοι παιδίατροι περνούν από όλα τα τμήματα της πανεπιστημιακής κλινικής. Κάθε μέρα γίνεται ένα μάθημα Παιδιατρικής από καθηγητή ψυχολόγο, που σκοπός του είναι να ευαισθητοποιήσει τους φοιτητές στα ψυχολογικά προβλήματα του παιδιού. Το τελικό όμως προϊόν εξαρτάται από την προσωπικότητα και το χαρακτήρα του ατόμου που πρόκειται να γίνει παιδίατρος. Μόλις τελειώσουν τις σπουδές απομακρύνονται και ο καθένας εφαρμόζει το δικό του τρόπο αντιμετώπισης περιπτώσεων, ο οποίος παρουσιάζει αποκλίσεις από γιατρό σε γιατρό και οφείλονται στο προσωπικό τους στοιχείο (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών, βλέπε Παράρτημα Δ).

Στην Ελλάδα υπάρχουν γιατροί οργανιστές, οι οποίοι θεωρούν ότι όλες οι διαταραχές οφείλονται σε οργανική αιτία. Αυτές οι ριζοσπαστικές θέσεις εξηγούνται από το ότι δεν υπάρχει κάποιος να τους ελέγχει και κανείς δεν δέχεται να ελεγχθεί. Η οργανική άποψη είναι εσφαλμένη και δεν συμβαδίζει με την εξέλιξη της σύγχρονης Παιδιατρικής, η οποία θεωρεί ως βασική προϋπόθεση την καλή ψυχική υγεία, που αποτελεί τη βάση για την καλή λειτουργία του οργανισμού (Μπεράτης, 1992).

Συμπερασματικά, ο Μπεράτης (1992) υποστηρίζει, ότι αποτελεί υποχρέωση του παιδίατρου να εξερευνεί τον ψυχικό κόσμο του παιδιού και να βρίσκεται σε άμεση επαφή μαζί του τόσο "εν



υγεία" (εμβολιασμοί), όσο και όταν νοσεί. Οφείλει να αποκλίσει κάθε οργανική αιτία κάνοντας όλες τις εξετάσεις, και μετά να παραπέμψει και να συνεργαστεί με άλλους ειδικούς.

Ο παιδίατρος έχει αναστολές να ενημερώσει την οικογένεια αν διαπιστώσει συμπτώματα ψυχικής διαταραχής στο παιδί, λόγω των προκαταλήψεων που πιθανόν να έχει η οικογένεια για τα ψυχολογικά προβλήματα. Συχνά η αντιδραση των γονιών, που ενημερώνονται από τον παιδίατρο ότι το παιδί τους έχει ψυχικό πρόβλημα, είναι τυφλός θυμός, δυσφήμιση και το χειρότερο μη αποδοχή της διάγνωσης. Έτσι πολλοί παιδίατροι προτρέπουν τους γονείς να περιμένουν, χωρίς δεύτερο έλεγχο από πιο ειδικευμένο πρόσωπο. Όμως, όταν η πάθηση είναι πια σαφής και από τον κοινωνικό περίγυρο, η εξέλιξη της πάθησης έχει πάρει πια το δρομο της ιδρυματοποίησης, που πολύ δύσκολα αλλάζει (Σταμπουλόπουλος, 1989, σελ. 78-80).

Βέβαια, ο παιδίατρος που κάνει υπεύθυνα το έργο του και θέλει να προλάβει την ψυχική διαταραχή στο παιδί, δεν επιτυγχάνει πάντα το στόχο του, γιατί συχνά οι γονείς τον απορρίπτουν και εμπιστεύονται το "γιατρό - χρόνο". Αυτό έχει σαν συνέπεια, το παιδί να φτάνει τελικά στα χέρια του πιο ειδικού σε ηλικία τέτοια, που λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν. Σε πολλά παιδιά μερικά σημάδια δυσλειτουργίας εξαφανίζονται με τον χρόνο. Σε πολλά άλλα όμως αυτό δεν συμβαίνει και τότε ποιός μπορεί να γυρίσει το χαμένο χρόνο πίσω; (Σταμπουλόπουλος, 1989, σελ. 21).

Στις ημιαστικές περιοχές οι παιδίατροι που αντιμετωπίζουν παιδιά με ψυχολογική διαταραχή, τα παραπέμπουν στο πλησιέστερο

αστικό κέντρο. Αυτό έχει σαν συνέπεια ένα κόστος για την οικογένεια, σε κόπο, σε χρόνο και σε χρήμα και κανείς δεν ξέρει αν το παιδί φτάνει σ' αυτό το κέντρο (Τσιάντης, 1987, σελ. 410-411).

Ανασταλτικό παράγοντα στον προληπτικό ρόλο του παιδίατρο, αποτελεί το γεγονός ότι μετά την ολοκλήρωση των εμβολιασμών κατά τα δύο πρώτα χρόνια του παιδιού, οι γονείς διακόπτουν την τακτική επαφή τους με τον παιδίατρο και πηγαίνουν σ' αυτόν μόνο όταν το παιδί τους είναι άρρωστο, με αποτέλεσμα, τις πιο πολλές φορές, να μην μπορεί να γίνει σωστός έλεγχος της ψυχοκοινωνικής εξέλιξής του. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) και οι παιδίατροι όλου του κόσμου πιστεύουν ότι αυτό δεν είναι πια αρκετό, για να προληφθούν πάρα πολλές διαταραχές στην υγεία του παιδιού. Γι' αυτό, προτείνεται για την παιδική ηλικία, η περιοδική προληπτική παρακολούθηση (Κούκου, 1992).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πληθώρα των περιστατικών που έρχεται να αντιμετωπίσει καθημερινά ένας παιδίατρος, καθώς επίσης και η σημαντική έλλειψη παιδίατρων στα επαρχιακά νοσοκομεία αποτελεί ένα ακόμα εμπόδιο για τη σωστή άσκηση του προληπτικού ελέγχου, επειδή δεν υπάρχει η δυνατότητα ολοκληρωμένης παιδιατρικής εξέτασης κάθε περιστατικού (Κούκου, 1992).

Συμπερασματικά, η ιδέα της πρόληψης και όχι μόνο της έγκαιρης διάγνωσης και καλύτερης θεραπείας των ασθενειών, πρέπει να γίνει ο πρωταρχικός σκοπός της ιατρικής γενικά, αλλά κυρίως της Παιδιατρικής. Ο ρόλος των παιδίατρων, είναι να καταφέρουν να κάνουν κτήμα του καθενός, το "τί" και "πώς" μπορούμε να

προλάβουμε. Ο παιδίατρος όμως, έστω και ευαισθητοποιημένος, αισθάνεται μόνος και ανήμπορος να κινητοποιήσει όλες τις δυνάμεις για αλλαγή. Αν όμως βάλει στόχο την αφύπνιση της αυτοπροστάσιας στην οικογένεια αλλά και στο ίδιο το παιδί, συνεργαζόμενος με άλλα επαγγέλματα υγείας και κοινοτικούς φορείς, μπορεί τότε να πραγματοποιήσει σημαντικά βήματα στο θέμα της πρόληψης.

ε) Η αναγκαιότητα συνεργασίας του παιδίατρου με άλλες

ειδικότητες

Όσο το παιδί μεγαλώνει, ο παιδίατρος παύει να είναι ο μοναδικός σύμβουλος της οικογένειας και η συνεργασία του με το δάσκαλο, τον ψυχολόγο και τον Κοινωνικό Λειτουργό είναι απαραίτητη. Αυτοί είναι που μπορούν να θέσουν τις βάσεις για την υγεία του παιδιού και να υπερασπιστούν το δικαίωμά του για μια ευτυχισμένη ζωή.

Κατά την άποψη του Πιάνου (1989), επειδή η αιτιολογία των διαταραχών της παιδικής ηλικίας είναι πολυπαραγοντική, για μια σωστή διάγνωση είναι απαραίτητη η συνεργασία πολλών επιστημόνων και κυρίως του Παιδίατρου, Παιδοψυχιάτρου, Ψυχολόγου, Κοινωνικού Λειτουργού και του Ειδικού Παιδαγωγού. Ο καθένας από αυτούς συμβάλλει στο διαγνωστικό έργο, ανάλογα με την επιστήμη του (σελ. 13).

Επομένως, ο παιδίατρος που θα διαγνώσει μια διαταραχή στο παιδί, έχοντας αποκλίσει την οργανική αιτία, δεν έχει ολοκληρώσει το έργο του. Αναγκαία είναι η παραπομπή στον κατάλληλο ειδικό για μια ψυχοκοινωνική εκτίμηση, που θα δώσει



μια πλήρη εικόνα στο πρόβλημα. Ο ειδικός αυτός, που μπορεί να είναι παιδοψυχολόγος ή παιδοψυχίατρος, καλείται να συνεργαστεί, τόσο με όλη την οικογένεια του παιδιού, όσο και με τον παιδίατρο του, στοχεύοντας στην ανακάλυψη των κρυμμένων δυνατοτήτων του παιδιού, τις οποίες θα αξιοποιήσει στο θεραπευτικό του πρόγραμμα (Σταμπουλόπουλος, 1989, σελ. 24).

Σύμφωνα με τον Webb, η συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων, όταν έχει την έννοια της συνύπαρξης, δεν έχει σαν αποτέλεσμα μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ατόμου. Αντίθετα η συνεργασία πρέπει να πάρει τη μορφή μιας εποικοδομητικής ανταλλαγής απόψεων πάνω σ' ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, για να έχει ένα όσο το δυνατόν καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Ζάρναρη, 1975, σελ. 22).

Βασικά εμπόδια στην επίτευξη αποτελεσματικής συνεργασίας, θεωρούνται, οι διαφορές στην επαγγελματική ιδεολογία, η ανάγκη απόκτησης γοήτρου από κάθε μέλος της ομάδας χωριστά, καθώς επίσης το κύρος και η δύναμη, που διαθέτει κάθε επιστημονική ειδικότητα (Ζάρναρη, 1975, σελ. 21).

Κατά τη Rose, άλλες δυσκολίες στη συνεργασία ειδικοτήτων, οφείλονται, στην κοινωνική προέλευση και στο φύλο του μέλους της ομάδας, ενώ ο Webb θεωρεί ως εμπόδια, την άγνοια, την αβεβαιότητα σχετικά με το ρόλο κάθε επιστήμονα, τη σύγχυση γύρω από τους στόχους της ομάδας και τις αδυναμίες, που έχει η διάρθρωση της δομής της υπηρεσίας που λειτουργεί η ομάδα (Ζάρναρη, 1975, σελ. 22).

Απαραίτητο λοιπόν για την αποδοτική συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας, είναι να καθορίσει στόχους, που θα

είναι κατανοητοί και αποδεκτοί από όλα τα μέλη της και να υπάρξει μία ισοτιμία της δύναμης των επαγγελματιών. Κάθε επιστήμονας - μέλος, θα πρέπει να ενεργεί, σκεπτόμενος όχι την ατομική προβολή του, αλλά το καλύτερο αποτέλεσμα για την ομάδα. Όλα αυτά θα επιφέρουν μια ισορροπία στη διεπιστημονική ομάδα και τη δυνατότητα να πετύχει τα μέγιστα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Αν η συνεργασία των ειδικών είναι συνεχής και σωστή, μπορούν τότε να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν πολλά προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας του παιδιού. Εξάλλου, αποτελεί πραγματικότητα, ότι με τη σημερινή εξέλιξη της επιστήμης, κανένας κλάδος δεν μπορεί και δεν πρέπει να αγνοεί ή να παραγνωρίζει την ανάγκη της συνεργασίας με τις άλλες σχετικές επιστήμες.

#### 6. Υπηρεσίες που Ασχολούνται με την Ψυχική Υγεία του Παιδιού

Οι υπηρεσίες παροχής παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού φροντίζουν το παιδί από τη γέννησή του μέχρι την εφηβεία (18 ετών). Στοχεύουν αφενός στη διευκόλυνση της ομαλής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του παιδιού και αφετέρου στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών (Τσιάντης, 1987, σελ. 405-406).

Οι βασικές προϋποθέσεις για τη λειτουργία των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών είναι:

- Η ανάγκη ύπαρξης μιας πλήρους παιδοψυχιατρικής ομάδας η οποία συνήθως αποτελείται από τον παιδοψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχοθεραπευτή και

το λογοθεραπευτή.

- Η μη ύπαρξη φραγμών και εμποδίων για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μπορούν να προσφέρονται σε όλες τις κοινωνικές τάξεις.
- Να υπάρχει οργάνωση έτσι ώστε να μπορούν να καλύπτουν μία ευρεία γεωγραφική περιοχή, αλλά η απόσταση αυτή να μην αποτελεί φραγμό για τη χρησιμοποίησή τους.
- Η συνεργασία τους με σχολεία, παιδικούς σταθμούς, κέντρα υγείας, μαιευτήρια και άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς, που έχει μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων.
- Να είναι τέτοια η στελέχωσή τους, ώστε να μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες ικανοποιητικού ποιοτικά επιπέδου στο παιδί και στην οικογένεια (διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές).
- Να μπορούν να προσφέρουν φροντίδα στα παιδιά με χρόνια σωματικά προβλήματα.
- Να συνεργάζονται με κοινωνικές υπηρεσίες προκειμένου να υπάρχει η υποστήριξη της οικογένειας.
- Να μπορούν να αναπτύσσουν δραστηριότητες σχετικές με τη βελτίωση των αρνητικών στάσεων σε θέματα ψυχικής υγείας (Τσιάντης, 1987, σελ. 408-410).

Στη συνέχεια δίνεται μια περιγραφή στον τρόπο λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) Πάτρας, Παρ/τος της Διεύθυνσης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας (στο οποίο πραγματοποιήθηκε και η έρευνα της εργασίας αυτής), της Ειδικής Διαγνωστικής Μονάδας του Ιδρύματος Ερευνών για το Παιδί και του

Ινστιτούτου Κοινωνικής Ψυχιατρικής, που ασχολούνται με την πρόληψη της ψυχικής υγείας και την περίθαλψη των ψυχικά διαταραγμένων παιδιών.

### Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι ο θεσμός εκείνος, μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αποσκοπεί στη παροχή υπηρεσιών μέσα στην Κοινότητα, έτσι ώστε το άτομο να μην απομακρυνθεί από το φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον. Ο θεσμός του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής αποτελεί ένα ουσιαστικό φραγμό στις εισαγωγές σε μονάδες κλειστής ψυχιατρικής περίθαλψης (Μαδιανός, 1989, σελ. 43-50-51).

Σύμφωνα με την φιλοσοφία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, όταν οι ασθενείς παραμένουν στο περιβάλλον τους, διατηρούν τις κοινωνικές και φιλικές τους σχέσεις και επιτυγχάνουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η καλύτερη πρόληψη είναι η διαρκής και επίμονη παρέμβαση πάνω στο άτομο και το περιβάλλον του.

Λόγω του ότι η έρευνα της πτυχιακής αυτής εργασίας, πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας (Παράρτημα της Διεύθυνσης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας), θεωρείται σκόπιμο να γίνει μία λεπτομερέστερη περιγραφή αυτού του Κέντρου και ιδιαίτερα της ιατροπαιδαγωγικής του υπηρεσίας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας είναι οργάνωση ανοικτής περίθαλψης. Αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και επιχορηγείται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Στόχοι της λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής σύμφωνα με τον Μαδιανό (1989) είναι οι εξής:

α) Να εκπαιδεύσει, να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τους κατοίκους της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, ώστε να μειωθεί η απόσταση μεταξύ του κοινού και των ψυχιατρικών υπηρεσιών και να μπορούν μόνοι τους οι κάτοικοι να βοηθήσουν στο έργο της πρόληψης (πρωτοβάθμια πρόληψη).

β) Να προσφέρει ψυχιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια (δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια πρόληψη).

γ) Να εξασφαλίσει την παραμονή ατόμων με υψηλή επικινδυνότητα στην κοινότητα (τριτοβάθμια πρόληψη) και να βοηθήσει άτομα με ειδικά προβλήματα στην αύξηση της αυτογνωσίας τους (πρωτοβάθμια πρόληψη).

δ) Να συμβάλλει στην επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη του αρρώστου (τριτοβάθμια πρόληψη) (σελ. 54,55).

Οι υπηρεσίες που προσφέρει το Κεντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι, η ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, η συμβουλευτική υπηρεσία ενηλίκων και η μονάδα επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης (εργαστήρια).

Ιδιαίτερη ανάλυση θα δοθεί στην ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, επειδή έχει άμεση σχέση με το θέμα της εργασίας. Η υπηρεσία αυτή είναι επιφορτισμένη με το καθήκον της σωστής διάγνωσης των παραγόντων που δρουν σε κάθε περίπτωση και της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επιδιώκεται η κατανόηση της λειτουργίας και φυσικής κατάστασης του παιδιού σε ατομική βάση,



η κατανόηση της λειτουργικότητας του σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό του στάδιο και η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. (Παπαδάτος - Στογιαννίδου, 1988, σελ. 132, 133).

Μεγάλη έμφαση δίνεται στην επαφή με τους γονείς των παιδιών, που δέχονται τις υπηρεσίες του ιατροπαιδαγωγικού τμήματος, καθώς και με τα ίδια τα παιδιά. Αυτά υποβάλλονται σε κάποιες δοκιμασίες, όπως τεστ νοημοσύνης κ.τ.λ. Στο παιδί συνήθως, δεν γίνεται ατομική θεραπεία, αλλά προσφέρεται μία απασχόληση από την κλινική ψυχολόγο του τμήματος αυτού, που μπορεί να περιλαμβάνει και κάποια παιχνίδια με υποτυπώδεις πνευματικές απαιτήσεις.

Σύμφωνα με τον Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988), θεωρείται απαραίτητη η στελέχωση της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας με μία διεπιστημονική ομάδα, η οποία θα πρέπει να καλύπτει όλο το φάσμα των επιστημόνων υγείας: παιδίατρος, παιδοψυχίατρος, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς (σελ. 133).

Στην ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής απασχολείται μόνο μία Κλινική Ψυχολόγος, η οποία συνεργάζεται με τον Ψυχίατρο, ο οποίος είναι και ο Διευθυντής του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Αναφορικά με την συμβουλευτική υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής σε γενικές γραμμές, προσφέρεται συμβουλευτική υποστήριξη στους γονείς των ατόμων που προσφεύγουν στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, δίνοντας πληροφορίες για τρόπους συμπεριφοράς που πρέπει να υιοθετούν ή να αποφεύγουν. Γίνεται επίσης

ψυχοθεραπεία σε άτομα που την έχουν ανάγκη. Το τμήμα αυτό απασχολείται συνήθως με άτομα που πάσχουν από ψυχοκινητικά προβλήματα ή ψυχολογικές διαταραχές. Δίνεται ακόμη η δυνατότητα σε άτομα με διανοητική καθυστέρηση να κάνουν αίτηση για σύνταξη εφ' όρου ζωής.

Τέλος στην υπηρεσία της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης, μέσα από τα εργαστήρια που λειτουργούν, (Γραμματειακό, Ξυλουργικό, Κεραμική - Ζωγραφική, Κοπτικής - Ραπτικής και Υφαντικής - Πλεκτικής) τα άτομα που εκπαιδεύονται σ' αυτά, προετοιμάζονται για την κοινωνική τους επανένταξη, μαθαίνοντας κάποια τέχνη. Το τμήμα αυτό, συνεργάζεται με τον ΟΑΕΔ, ο οποίος χρηματοδοτεί τα άτομα που εκπαιδεύονται. Επίσης ο ΟΑΕΔ, επιδοτεί τους εργοδότες εκείνους, που αποφασίζουν να πάρουν στην εργασία τους, άτομα που αποφοιτούν από τα εργαστήρια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, αποτελείται από ένα ψυχίατρο, ο οποίος είναι προϊστάμενος των τμημάτων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (τμήμα ενηλίκων, ιατροπαιδαγωγικού, εργαστηρίων και διοικητικού προσωπικού), δύο κλινικούς ψυχολόγους για το συμβουλευτικό τμήμα ενηλίκων και το ιατροπαιδαγωγικό τμήμα αντίστοιχα και μια ψυχολόγο στο τμήμα εργαστηρίων. Επίσης αποτελείται από δύο κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την εποπτεία των εργαστηρίων, την επαφή με την οικογένεια των εκπαιδευομένων, την επαγγελματική αποκατάστασή τους, καθώς επίσης για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της "κοινότητας" σε θέματα ψυχικής υγείας, αλλά και για την λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής

Υγιεινής. Ακόμη το επιστημονικό προσωπικό απαρτίζεται από 6 εργασιοθεραπευτές.

Η ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία δεν απασχολεί κοινωνικό λειτουργό (παρά το γεγονός ότι υπάρχει θέση κοινωνικού λειτουργού). Αυτό αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην ολοκλήρωση του έργου της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας. Γενικότερα η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού Κοινωνικών Λειτουργών στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, έχει σαν αποτέλεσμα την υπερφόρτωση των ήδη υπάρχόντων κοινωνικών λειτουργών, που τους εμποδίζει στο να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στα καθήκοντά τους. Αυτό οδηγεί στη μη πραγματοποίηση των στόχων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής εκτός της Πάτρας, λειτουργούν στον Πειραιά, Αιγάλεω, Θεσσαλονίκη, Βόλο, Ηράκλειο και Ζάκυνθο και είναι παραρτήματα της Διεύθυνσης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας.

Κύριος σκοπός των Κέντρων αυτών, είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, η πρόληψη, η θεραπεία, η αποκατάσταση και η κοινωνική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Παπαδάτος - Στογιαννίδου, 1988, σελ. 123).

#### Ειδική Διαγνωστική Μονάδα

Το Ίδρυμα Ερευνών για το Παιδί ιδρύθηκε το 1982 με σκοπό την έρευνα και την παροχή υπηρεσιών σε παιδιά με σωματικά και ψυχικά προβλήματα. Ιδρυτής του είναι ο καθηγητής Ιατρικής Σπύρος Δοξιάδης (Ενημερωτικό έντυπο της Ειδικής Διαγνωστικής Μονάδας, 1992, σελ. 1).

Μία από τις δραστηριότητες του Ιδρύματος είναι η Ειδική Διαγνωστική Μονάδα. Η λειτουργία της ξεκίνησε παράλληλα με τη λειτουργία του Ιδρύματος με κίνητρο τις πολλές και μεγάλες ανάγκες του τόπου μας, για μια πολυεπιστημονική προσέγγιση των παιδιών με προβλήματα. Αντικείμενό της, είναι η διάγνωση των προβλημάτων των παιδιών που σχετίζονται με την οργάνωση και ωρίμανση του νευρικού τους συστήματος, με την νοητική τους εξέλιξη, τη συναισθηματική τους ισορροπία και την κοινωνική τους προσαρμογή, καθώς επίσης την παροχή βοήθειας στα ίδια και στις οικογένειές τους (Ενημερωτικό έντυπο της Ειδικής Διαγνωστικής Μονάδας, 1992, σελ. 1).

"Η Ειδική Διαγνωστική Μονάδα έχει μία ιδιαιτερότητα στον ελληνικό χώρο. Η πολυεπιστημονική της συγκρότηση της δίνει τη δυνατότητα ν' αντιμετωπίζει τα προβλήματα των παιδιών με την συντονισμένη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, γιατί για την πολύ συχνή πολυπλοκότητα των περιπτώσεων δεν είναι αρκετή η γνώμη ενός μόνο ειδικού (Ενημερωτικό έντυπο της Ειδικής Διαγνωστικής Μονάδας, 1992, σελ. 1).

Η Μονάδα ιδρύθηκε για να είναι μόνο διαγνωστική αλλά πολύ γρήγορα έγινε φανερό πως δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν οι προτάσεις προς τους γονείς στο τέλος της διαγνωστικής διαδικασίας, λόγω μη επάρκειας συγγενών υπηρεσιών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαγνωσμένων προβλημάτων των παιδιών. Έτσι η Μονάδα προσπαθεί σε όσα παιδιά μπορεί, ν' αναπτύσσει και δραστηριότητες παροχής θεραπευτικών υπηρεσιών στα ίδια και στις οικογένειές τους (Ενημερωτικό έντυπο της

Ειδικής Διαγνωστικής Μονάδας, 1992, σελ. 2).

Όσον αφορά το παιδί η Μονάδα προσφέρει:

- Ιατρική βοήθεια από παιδίατρο και παιδονευρολόγο
- Ψυχιατρική θεραπεία από παιδοψυχίατρο
- Λογοθεραπεία
- Ψυχολογική βοήθεια και αγωγή από ψυχολόγο
- Ψυχοκινητική αγωγή από ψυχοκινητικό
- Ειδική αγωγή από ειδική παιδαγωγό
- Εργοθεραπεία
- Ψυχολογική αγωγή για τις μαθησιακές δυσκολίες από ψυχολογικά προβλήματα
- Αγωγή δυσλεξίας από ψυχογλωσσολόγο ή ειδική παιδαγωγό
- Μουσικοθεραπεία από ψυχολόγο
- Επιλογή του κατάλληλου ή ειδικού σχολείου και παραπομπή σ' αυτό μετά από συνεργασία ψυχολόγο-κοινωνικού λειτουργού και ειδικής παιδαγωγού.
- Εφαρμογή του συστήματος PORTAGE σε παιδιά που υστερούν σε διάφορους τομείς ανάπτυξης (πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης)

(Ενημερωτικό έντυπο της Ε.Δ.Μ., 1992, σελ. 2).

Όσον αφορά τους γονείς:

- Βραχεία συμβουλευτική από ψυχολόγο
- Συμβουλευτική υποστηρικτική μακρότερης χρονικής διάρκειας από ψυχολόγο
- Ψυχιατρική προσέγγιση γονέων - ψυχοθεραπεία οικογένειας - νέων - ζευγαριών - εφήβων από ψυχίατρο
- Ομαδική ψυχοθεραπεία γονέων από ψυχολόγο
- Επιμόρφωση μητέρων από ειδική παιδαγωγό

- Συμβουλευτική σχέσεων οικογένειας από κοινωνική λειτουργό (Ενημερωτικό έντυπο της Ε.Δ.Μ., 1992, σελ. 3).

Η Μονάδα για ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές χρειάστηκε τη συνεργασία συνεχώς περισσότερων στελεχών, έτσι η αρχική πενταμελής ομάδα έφθασε σήμερα στους 27 (με τη συντονίστρια και τους δύο βοηθούς είναι 29). Τα στελέχη δεν αυξήθηκαν μόνο σε αριθμό, αλλά λόγω της ποικιλομορφίας των προβλημάτων απαιτήθηκαν και εξειδικευμένοι επιστήμονες (Ενημερωτικό έντυπο της Ε.Δ.Μ., 1992, σελ. 3).

#### Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής λειτουργεί σαν Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Είναι φορέας ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικός, επιχορηγούμενος και εποπτευόμενος από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Στόχος του Ινστιτούτου είναι η προσφορά ενός συνόλου κοινωνικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών, για την κάλυψη των αναγκών των κατοίκων της περιοχής Παγκρατίου που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Μαραγκοπούλου, 1985, σελ. 442).

Η προοπτική του είναι η δημιουργία τέτοιων δομών στην συγκεκριμένη κοινότητα που θα επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων στο χώρο που γεννιούνται, προσφέροντας άλλες εναλλακτικές λύσεις από το άσυλο. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην παρέμβαση στην οικογένεια, στο σχολείο, στη γειτονιά και στις διασυνδέσεις με υπηρεσίες της Κοινότητας (φορείς, συλλόγους και ομάδες κατοίκων) με σκοπό την ευαισθητοποίηση και την αλλαγή στάσης της Κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και πρόληψης,

και τη δημιουργία κοινωνικού δικτύου υποστήριξης για τη θεραπεία και αποκατάσταση (Μαραγκοπούλου, 1985, σελ. 442).

Στο Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής εργάζονται ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, λογοθεραπευτής, ψυχοπαιδαγωγός και ψυχιατρικοί νοσοκόμοι. Το επιστημονικό προσωπικό αυτό, πλαισιώνει τα διάφορα τμήματα του που είναι τα παρακάτω:

- Διαγνωστικό και Συμβουλευτικό Τμήμα για ενήλικες
- Τμήμα Ατομικής Ψυχοθεραπείας Ενηλίκων
- Παιδοψυχιατρικό Τμήμα
- Συμβουλευτικός Σταθμός για εφήβους και τις οικογένειές τους, με δυνατότητα παρέμβασης του σχολείου.
- Τμήμα Αποκατάστασης
- Τμήμα Κοινωνικής δράσης
- Τμήμα Έρευνας και Εκπαίδευσης

Όλα τα τμήματα δουλεύουν με την αρχή της ομάδας. Η ομάδα θεωρεί ότι το άτομο αποτελεί βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική μονάδα (Μαραγκοπούλου, 1985, σελ. 442).

Στο Διαγνωστικό και Συμβουλευτικό Τμήμα για ενήλικες γίνεται υποδοχή των ασθενών, διαγνωστική εκτίμηση και παραπομπή στ' ανάλογα τμήματα του Ινστιτούτου ή σε άλλες υπηρεσίες της περιοχής. Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα προσφέρει διαγνωστικές, συμβουλευτικές υπηρεσίες και ψυχοθεραπεία σε παιδιά και εφήβους μέχρι 16 ετών, που παρουσιάζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή ψυχολογικές διαταραχές. Η επιστημονική ομάδα του Τμήματος θεωρεί ότι το παιδί δεν πρέπει ν' αντιμετωπίζεται μεμονωμένα από την οικογένειά του. Η θεώρηση αυτή βοηθάει στη θεραπεία

αφού αναμειγνύεται η οικογένεια του παιδιού, όταν αυτό είναι αναγκαίο, αλλά και στην πρόληψη ψυχολογικών διαταραχών σε νεαρή ηλικία (Μαραγκοπούλου, 1985, σελ. 442-443).

Η Συμβουλευτική Υπηρεσία για τους Εφήβους περιλαμβάνει την έρευνα και δράση σε θέματα σχετικά με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των εφήβων της περιοχής του Παγκρατίου. Στόχος του είναι η δημιουργία συμβουλευτικού σταθμού για εφήβους (12 έως 20 ετών) και τις οικογένειές τους, μετά τη μελέτη των αναγκών και των προβλημάτων των νέων της περιοχής Παγκρατίου (Μαραγκοπούλου, 1985, σελ. 443).

Το Τμήμα Αποκατάστασης έχει σαν στόχο την κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχασθενών και αργότερα την επαγγελματική αποκατάστασή τους. Το Τμήμα Κοινοτικής Δράσης ή Τμήμα οργάνωσης της Κοινότητας ασχολείται με την εκτίμηση των αναγκών, τη μελέτη των δυναμικών και δυνατοτήτων της κοινότητας, για ανάπτυξη υποστηρικτικού δικτύου σε σχέση με τα ψυχικά πάσχοντα άτομα. Τα κοινοτικά προγράμματα που αναπτύσσει αποσκοπούν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας, σχέσεων, αλληλοβοήθειας κ.ά. (Μαραγκοπούλου, 1985, σελ. 443-444).

Τέλος, το Τμήμα Έρευνας και Εκπαίδευσης αποβλέπει στη συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων της κοινότητας, στην πραγματοποίηση επιδημιολογικών ερευνών, στην εκτίμηση των αναγκών της κοινότητας, ώστε να καλυφθούν με κοινωνικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Συμπερασματικά, οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες είναι συγκεντρωμένες στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της



Θεσσαλονίκης. Αυτή η ανάπτυξη είναι φυσική, αφού σχεδόν το 50% του πληθυσμού βρίσκεται στις περιοχές αυτές. Στις υπόλοιπες αστικές καθώς και ημιαστικές και αγροτικές περιοχές οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες είναι ιδιαίτερα ανεπαρκείς και πολύ χαμηλού επιπέδου ή ανύπαρκτες.

Η παρακολούθηση της εξέλιξης των περιπτώσεων που παραπέμπονται για ψυχιατρική περίθαλψη είναι δύσκολη ή ανέφικτη, λόγω των μακρινών αποστάσεων, που πολλές φορές, πρέπει να διανύσει η οικογένεια για να φτάσει στο πλησιέστερο κατάλληλο κέντρο.

Ο Τσιάντης (1987), υποστηρίζει ότι είναι απαραίτητο ένα συστηματικό πρόγραμμα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας και ειδικότερα για ψυχικές διαταραχές, νοητική καθυστέρηση, επιληψία και προβλήματα όρασης και ακοής (σελ. 411).

Στην Ελλάδα λειτουργούν πέντε - έξη ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες με πρωτοπόρο αυτή του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Στην περιοχή της Αθήνας υπάρχει ένα κρατικό παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο ενώ σε πολλά παιδιατρικά νοσοκομεία υπάρχει παιδοψυχιατρική ομάδα, που αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις ψυχικές διαταραχές του παιδιού. Αξίζει να επισημανθεί η παντελής έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών για εφήβους σε ολόκληρο τον Ελλαδικό χώρο (Τσιάντης, 1987, σελ. 421).

Τέλος, ο Τσιάντης (1987), τονίζει την έλλειψη αριθμητικά επαρκούς και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού για να στελεχωθούν οι υπάρχουσες Παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες (παιδοψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κ.ά.) (σελ.

421-422).

7. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στην Πρόληψη των Ψυχικών Διαταραχών της Παιδικής Ηλικίας

Ο Κοινωνικός Λειτουργός σαν επαγγελματίας, με βασικό ρόλο τη διευκόλυνση των ανθρώπων στη διαλεκτική τους σχέση με το περιβάλλον, είναι απαραίτητος. Η βοήθειά του είναι ποικιλόμορφη και πολύπλευρη, αρχίζοντας από τις πρακτικές επεμβάσεις μέχρι την πολύπλοκη ψυχολογική βοήθεια. Η συμβολή του μπορεί να είναι μεγάλη, τόσο στον τομέα των προληπτικών προσπαθειών για την ψυχική υγεία, όσο και στον τομέα της καταστολής και της λήψης θεραπευτικών μέτρων στο θέμα της ψυχικής υγείας (Καλούτση, 1968, σελ. 8).

Γενικότερα, σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.), ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινοτικών, πολιτιστικών), που παρεμβαίνουν στην έναρξη και την πορεία της ψυχικής αρρώστιας. Για παράδειγμα, εργάζεται με την οικογένεια, άμεσα και έμμεσα, με διάφορες υπηρεσίες, όπως ασφαλιστικούς φορείς, ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας και άλλους οργανισμούς. Παρεμβαίνει με τη βοήθεια του Ψυχιάτρου ή Ψυχολόγου επηρεάζοντας θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων, όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές, ως προς το άρρωστο μέλος. Εργάζεται με την κοινότητα (Φορείς, Αρχές και Οργανώσεις) και τους κινητοποιεί για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων, χωρίς υποστηρικτικό σύστημα. Συμμετέχει στα

προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης, που στοχεύουν στην πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας. Παίρνει μέρος στις συγκεντρώσεις της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς επίσης στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Τέλος, αναλαμβάνει την ανίχνευση νέων "περιπτώσεων" (Μαδιανός, 1989, Τεύχος Α', σελ. 123-124).

#### α) Ο κοινωνικός λειτουργός ως εκπαιδευτής της κοινότητας

Η ψυχική υγεία του παιδιού, είναι ευθύνη της οικογένειας και της κοινότητας που ανήκει. Επομένως είναι ουσιαστικό και απαραίτητο να γίνει προσπάθεια, ώστε ν' αυξηθεί το επίπεδο ενημέρωσης και πληροφόρησης τόσο των γονέων, όσο και της κοινότητας, για τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του παιδιού.

Καθήκον του Κοινωνικού Λειτουργού, που εργάζεται σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, είναι η εκπαίδευση και γενικότερα η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας. Κύριος στόχος του, είναι η τροποποίηση της αρνητικής στάσης του κοινού, που θα έχει σαν αποτέλεσμα την πρόληψη και την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Η προσπάθεια αυτή είναι σημαντική, γιατί η αρνητική στάση της κοινότητας, επηρεάζει τις προσπάθειες του Κ.Ψ.Υ. σε δύο κυρίως επίπεδα. Πρώτον, εμποδίζει την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη του ψυχικά άρρωστου ατόμου. Δεύτερον, η προκατάληψη που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια, εμποδίζει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να ζητήσει βοήθεια από τις υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να

παρεμποδίζεται η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, καθώς επίσης και να επιδεινώνεται η κατάσταση των ήδη πασχόντων, οι οποίοι θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν πιο αποτελεσματικά από τα πρώτα στάδια της εμφάνισης της διαταραχής (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988, σελ. 229, 230).

Η άγνοια του κοινού γύρω από θέματα ψυχικής υγιεινής, είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία επιφυλακτικών και εχθρικών στάσεων απέναντι στα ψυχικά άρρωστα άτομα. Κύριος στόχος του κοινωνικού λειτουργού στην εκπαίδευση της κοινότητας, είναι η εξασφάλιση της συμμετοχής της, που αποτελεί θεμελιώδη αρχή στην προαγωγή της υγείας. Η συμμετοχή αναφέρεται σε υπευθυνότητες, που δίνονται σε μέλη της κοινότητας, σε οργανισμούς, όπως πολιτιστικοί σύλλογοι, εκκλησία, σύλλογοι γονέων κ.λ.π., έτσι ώστε να έχουν έναν ενεργό ρόλο στην προώθηση της υγείας και στην εύρεση κατάλληλων και αποτελεσματικών λύσεων σε διάφορα προβλήματα. Ένας άλλος σημαντικός του στόχος, είναι η σύνδεση και η συνεργασία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής με όλους τους φορείς της κοινότητας, για την πλήρη ανάπτυξη όλων των διαδικασιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης του ψυχικά ασθενούς. Η μόνιμη συνεργασία με τους φορείς της κοινότητας, μπορεί να εξασφαλίσει την επιτυχή εφαρμογή των προληπτικών προγραμμάτων και γενικότερα την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών της ψυχικής υγιεινής. (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988, σελ. 95, 137).

Σύμφωνα με τους Παπαδάτο, Στογιαννίδου, (1988), η εκπαίδευση, του πληθυσμού μιας κοινότητας σε θέματα ψυχικής

υγιεινής, έχει δύο κύριους στόχους. Πρώτον, να πληροφορήσει το κοινό και τους τοπικούς φορείς για τη φύση των ψυχικών διαταραχών τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες, καθώς επίσης τις αντίστοιχες θεραπευτικές μεθόδους και πηγές βοήθειας. Επιπλέον, να κινητοποιήσει τους κατοίκους προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των τρόπων αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα. Δεύτερον, να βελτιώσει το επίπεδο της ψυχικής υγείας της κοινότητας, με την προώθηση και εφαρμογή κατάλληλων προληπτικών μέτρων (σελ. 239-240).

Η πληροφόρηση της κοινότητας έχει άμεσα οφέλη στα ίδια τα άτομα που τη δέχονται, γιατί τους δίνεται η δυνατότητα ν' αντιμετωπίσουν δικά τους προβλήματα. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι, μέσω της ενημέρωσης, δίνονται πληροφορίες για τις υπάρχουσες υπηρεσίες της Κοινότητας (Συμβουλευτικοί Σταθμοί, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα κ.λ.π.) καθώς και τον τρόπο προσέγγισης του κοινού σ' αυτές.

Κατά τους Adelson και Lurie (1972), οι ομάδες - στόχοι της κοινότητας, στις οποίες πρέπει να γίνεται η εκπαίδευση είναι:

- Οι ομάδες "υψηλού κινδύνου" για τις οποίες υπάρχει αυξημένη η πιθανότητα της εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων, λόγω της παρουσίας ιδιαίτερων ψυχοκοινωνικών συνθηκών. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι οικογένειες με μικρά παιδιά, άτομα σε σημαντικά στάδια της ζωής τους (αρχή σχολικής περιόδου ή επαγγελματικής καριέρας κ.λ.π.), και άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ασθένειας, ανεργίας κ.λ.π. Σκοπός της εκπαίδευσης αυτής της κατηγορίας πληθυσμού, είναι να βοηθηθούν τα μέλη τους,

ώστε ν' αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους σε περιόδους κρίσεων.

- Τα άτομα που έχουν επιρροή στην Κοινότητα, γιατί η ευνοϊκή στάση τους επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής, καθώς και των εκπαιδευτικών προληπτικών προγραμμάτων. Όμως και οι ανίσχυρες ομάδες αποτελούν στόχο εκπαίδευσης, προκειμένου τα άτομα αυτά να ευαισθητοποιηθούν και να απαιτήσουν λύσεις για την βελτίωση της κατάστασής τους.
- Τα άτομα που ασκούν "λειτουργικά επαγγέλματα" όπως, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί άλλων υπηρεσιών, κληρικοί, γιατροί, χρειάζονται πληροφορίες σε θέματα ψυχικής υγείας, γιατί ασχολούνται έμμεσα ή άμεσα με άτομα επιρρεπή σε ψυχολογικές διαταραχές (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988, σελ. 243-244).

Σημαντικό μέρος της εκπαίδευσης του Κοινωνικού Λειτουργού προς την Κοινότητα, αποτελεί η εκπαίδευση των γονέων, για την σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Είναι γνωστή η σημασία της πρώτης παιδικής ηλικίας για την μετέπειτα ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την σωστή αντιμετώπιση των παιδιών, στα πρώτα στάδια της ζωής τους, αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα. (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988, σελ. 244).

Όπως αναφέρουν οι Παπαδάτος, Στογιαννίδου (1988) είναι απαραίτητο να ενημερώνονται οι γονείς, για τα στάδια της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού. Κατά την εκπαίδευση ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν πρέπει να ασχολείται αποκλειστικά με

τις συνέπειες των σφαλμάτων, που διαπράττουν οι γονείς, ανατρέφοντας τα παιδιά τους, γιατί τους δημιουργεί άγχος και τους απομακρύνει από κάθε προσπάθεια εκπαίδευσης. Οι ειδικοί που ακολούθησαν αυτόν τον τρόπο εκπαίδευσης, αντιμετώπισαν αρνητική αντίδραση εκ μέρους των γονέων. Γι' αυτό το λόγο οι μέθοδοι εκπαίδευσής τους, έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Γίνονται συνήθως μέσα από ομαδικές συζητήσεις, όπου δεν υπάρχει κριτική των στάσεων και των συναισθημάτων των γονέων, και όχι μέσα από διαλέξεις ή έντυπο υλικό, που μεταδίδουν στείρες πληροφορίες, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα διαλόγου (σελ. 244).

Αναφορικά με τις τεχνικές εκπαίδευσης οι Παπαδάτος, Στογιαννίδου (1988) υποστηρίζουν, ότι τα καλύτερα αποτελέσματα εκπαίδευσης, επιτυγχάνονται με την χρήση της τεχνικής των ομαδικών συζητήσεων (σελ. 242).

"Στο χώρο της ψυχικής υγιεινής, η οργάνωση ομάδων εθελοντών της κοινότητας ή ομάδων μέσα σε εκπαιδευτικά ιδρύματα και η διοργάνωση σεμιναρίων ή άλλων συλλογικών μορφών (π.χ. σχολές γονέων) έχει τα καλύτερα αποτελέσματα. Ο παράγοντας που συμβάλλει στην επιτυχία αυτή, είναι το ότι ο εκπαιδευτής παρουσιάζεται σαν μία πηγή πληροφοριών, που είναι διαθέσιμη στο κοινό και όχι ως απόμακρος "ομιλητής" που "διδάσκει" θέματα ψυχικής υγιεινής" (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988, σελ.242).

Ένα σημαντικό μέσο πληροφόρησης για τη διαμόρφωση της κοινής γνώμης, εξακολουθούν να είναι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Η παρουσίαση διαφόρων ψυχολογικών προβλημάτων και διαταραχών μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόησή τους, αλλά και να προσφέρει πιθανές λύσεις και τρόπους αντιμετώπισης.

Επίσης τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη "διαφήμιση" των υπηρεσιών, που διαθέτει μία κοινότητα για την εξυπηρέτηση των κατοίκων της (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988, σελ. 242).

Οι διαλέξεις σε σχολεία, πολιτιστικούς φορείς κ.τ.λ., αποτελούν πρόσφορο μέσο για τη μετάδοση πληροφοριών σε θέματα ψυχικής υγείας, όπως αυτοκτονία, ναρκωτικά, ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας, και δίνουν το ερέθισμα για συζητήσεις του κοινού με τους ειδικούς.

Στο σημείο αυτό γεννιέται το ερώτημα, αν ο Κοινωνικός Λειτουργός του Κέντρου Ψυχικής Υγείνης ανταποκρίνεται στο καθήκον του, για εκπαίδευση της κοινότητας.

Φραγμός για μια αποτελεσματική εκπαίδευση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας, από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Κέντρου Ψυχικής Υγείνης. Πάτρας είναι το γεγονός, ότι δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί καλύπτουν όλες τις ανάγκες του Κέντρου (στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία δεν υπάρχει διορισμένος Κοινωνικός Λειτουργός) με αποτέλεσμα να μην μπορούν να επεκτείνουν τις δραστηριότητές τους στην κοινότητα.

Πολλές φορές οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν μπορούν να καλύψουν έγκαιρα τις ανάγκες των ατόμων που ζητούν τις υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείνης, γιατί είναι δύο και εξυπηρετούν όλη τη Νοτιοδυτική Ελλάδα (πλην Ζακύνθου). Ενώ θεωρούν την εκπαίδευση της κοινότητας απαραίτητη για το προληπτικό τους έργο, το πλήθος των περιπτώσεων που αναλαμβάνουν και οι γενικότερες ανάγκες του κέντρου, τους περιορίζουν, στο να ασχοληθούν συστηματικά με την



ευαισθητοποίηση της κοινότητας στην ψυχική υγεία, η οποία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

**β) Η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής με το παιδίατρο και άλλες ειδικότητες, για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών**

Η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητη προϋπόθεση, για την αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και για την επιτυχή εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων στην κοινότητα.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτο, Στογιαννίδου (1988), η αποδοχή ότι η ψυχική διαταραχή δεν αφορά ένα συγκεκριμένο όργανο του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά εκφράζει την ανατροπή της ισορροπίας του ανθρώπου με το κοινωνικό περιβάλλον, ανάγκασε τους ειδικούς να μελετήσουν όλους τους παράγοντες που διαμορφώνουν την κατάσταση του υγιούς ατόμου. Η απώλεια αυτής της ισορροπίας δημιουργεί την ψυχική διαταραχή. Όλες οι δυνάμεις που επιδρούν στο άτομο, έχουν ανάγκη πληρέστερης μελέτης σε κάθε άτομο χωριστά. Φυσικό αποτέλεσμα αυτής της αντίληψης ήταν η απαίτηση για μια διεπιστημονική συνεργασία, όπου ο κάθε επιστήμονας θα προσφέρει τις δικές του γνώσεις και εμπειρίες σύμφωνα με την επιστήμη του (σελ. 219).

Συγκεκριμένα στην παιδική ηλικία, το έργο της μελέτης, θεραπείας και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και νόσων των παιδιών, είναι πάρα πολύ δύσκολο. Τόσο η δυσκολία και η ποικιλία των προβλημάτων, που σχετίζονται με το ψυχικά

διαταραγμένο παιδί, όσο και η ανάγκη προαγωγής της γνώσης μας πάνω στις ψυχικές διαταραχές και νόσους των παιδιών, οδήγησε σε ένα είδος συλλογικής προσπάθειας. Η προσπάθεια αυτή επιχειρείται από μια ομάδα ειδικών, την οποία συνήθως αποτελούν, ο παιδοψυχίατρος, ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός (Χασάπης, 1987, σελ. 19).

Ο Παιδοψυχίατρος προΐσταται στις συναντήσεις της ομάδας. Λαμβάνει το ιστορικό του παιδιού και αφού ακούσει τις γνώμες όλων των άλλων ειδικών πάνω στις αρμοδιότητες τους, θέτει την τελική διάγνωση και αποφασίζει για την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Ο ψυχολόγος εξετάζει τα παιδιά, χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους ή δοκιμασίες όπως: τεστ νοημοσύνης, προσωπικότητας κ.ά. Με τα στοιχεία που συγκεντρώνει, συντάσσει την ψυχολογική έκθεση του παιδιού, την οποία ανακοινώνει στην ομάδα.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα, συνίσταται κυρίως στην δουλειά που κάνει με την οικογένεια του παιδιού, που έχει ανάγκη από βοήθεια. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συντάσσουν και παρουσιάζουν στην ομάδα τα κοινωνικά ιστορικά των ψυχικά άρρωστων παιδιών. Επισκέπτονται το περιβάλλον των παιδιών για να πάρουν πληροφορίες για τις συνθήκες διαβίωσης τους, για την προσωπικότητα των συγγενών τους και για άλλους σημαντικούς παράγοντες, απαραίτητους, για να συμπληρώσουν το ιστορικό. Χρησιμεύουν σαν μεσάζοντες μεταξύ των γονέων του παιδιού και του Παιδίατρου, προσπαθούν με την καθοδήγηση του παιδοψυχίατρου, ν' αλλάξουν την στάση του περιβάλλοντος του παιδιού απέναντί του. Επιβλέπουν την εκτέλεση της θεραπείας και

φροντίζουν για την αποπεράτωση της (Χασάπης, 1987, σελ. 21-22).

Εκτός από τη συνεργασία τους με τις ειδικότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να επιδιώκει τη συνεργασία και άλλων ειδικοτήτων, που ασχολούνται άμεσα ή έμμεσα με το παιδί, όπως παιδίατρος, δάσκαλος, νηπιαγωγός κ.ά.

Ιδιαίτερα η συνεργασία του με τον παιδίατρο κρίνεται απαραίτητη, γιατί ο παιδίατρος σαν ο πρώτος ειδικός που έρχεται σε επαφή με το παιδί, είναι ο πιο κατάλληλος για να διαγνώσει έγκαιρα μία ψυχική διαταραχή στο παιδί. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ευαισθητοποιεί τους παιδίατρος για την αναγκαιότητα παραπομπής περιστατικών και της ευρύτερης συνεργασίας τους με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Απαραίτητη όμως είναι και η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με το δάσκαλο και νηπιαγωγό γιατί και αυτοί βρίσκονται σε άμεση επαφή με το παιδί, ώστε αν διαπιστώσουν κάποια ψυχική διαταραχή μπορούν να το παραπέμψουν στο Κ.Ψ.Υ.

Για μια εποικοδομητική συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων πρέπει να υπάρχουν βασικές προϋποθέσεις. Μία από αυτές είναι να μπορεί ο κάθε ειδικός ν' αναγνωρίζει τα όρια της δουλειάς των άλλων ειδικοτήτων.

Δεύτερη προϋπόθεση είναι, ότι το κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, δεν πρέπει να έχει για σκοπό του την προβολή του μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, αλλά να εργάζεται συλλογικά μέσα σ' αυτήν. Τρίτη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη ισοτιμίας των μελών, παράλληλα μ' ένα σεβασμό στο ρόλο του καθενός. Τέταρτη προϋπόθεση είναι η γνώση ψυχοπαθολογίας, απ'

όλα τα μέλη της ομάδας και όχι μόνο από τον Παιδοψυχίατρο (Αγάθωνος, 1980, σελ. 174-175).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός για να ανταποκριθεί στη συνεργασία του με τις άλλες ειδικότητες, απαιτεί να έχει βασικές ιατρικές και ψυχιατρικές γνώσεις, ώστε να βοηθήσει στο διαγνωστικό έργο της ομάδας, με τη συλλογή του αναγκαίου πληροφοριακού υλικού, σε κάθε περίπτωση (Καλούτση, 1968, σελ. 37-39).

Αν δεν υπάρχουν οι βασικές αυτές προϋποθέσεις στη λειτουργία της ομάδας, δεν θα υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στη διαγνωστική και θεραπευτική προσπάθεια, με γενικότερη επίπτωση στο ίδιο το άτομο που δέχεται τις υπηρεσίες.

"Προβλήματα υπάρχουν, αλλά υπάρχουν και λύσεις και μία από τις πιο αποτελεσματικές θα μπορούσε να είναι η σύνεργασία όλων αυτών που αγαπούν τα παιδιά και έχουν ως δουλειά τους τα παιδιά" (Γεωργούλη - Κούκου, 1992).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι Ι Ι

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Είδος έρευνας ή μελέτης

Η έρευνα που χρησιμοποιήσαμε ήταν διερευνητική, γιατί ο σκοπός ήταν να απαντηθούν βασικά ερωτήματα σχετικά με την ψυχική υγεία του παιδιού. Τα ερωτήματα αυτά δημιουργήθηκαν από:

α) Προβληματισμούς ύστερα από συζήτηση με ειδικούς (παιδοψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι κ.ά.) πάνω στην ψυχική υγεία των παιδιών και β) λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι ο παιδίατρος είναι ο πρώτος ειδικός που έρχεται σε επαφή με το παιδί, ποιος είναι ο ρόλος του στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας;

Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης αρχικά είναι να διερευνηθεί, αν οι Παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας είναι ευαισθητοποιημένοι, όσον αφορά τα προβλήματα ψυχικής υγείας του παιδιού και να καθοριστεί ποιος είναι ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας σ' αυτή την ευαισθητοποίηση.

Ερωτήματα - Υποθέσεις

Η έρευνα αυτή, έρχεται να δώσει απάντηση στα παρακάτω σημαντικά ερωτήματα:

1. Σε ποιά ηλικία τα παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας παραπέμπονται στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Ι.Υ) του Κέντρου

Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) Πάτρας, από ποιόν γίνεται η παραπομπή, με τί είδους διαταραχές παραπέμπονται;

2. Είναι ευαισθητοποιημένοι οι παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού και συνεργασίας με αρμόδιους φορείς και ιδρύματα;

3. Ποιός ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην ευαισθητοποίηση των ειδικών (συγκεκριμένα παιδιάτρων) και γενικότερα στην κοινότητα (ευρύτερος πληθυσμός, διάφοροι φορείς όπως, σχολείο, νοσοκομεία, δικαστήρια ανηλίκων, ιατρικοί σύλλογοι κ.ά.).

#### Δειγματοληψία

Καταγράφηκαν όλα τα περιστατικά του αρχείου της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, τα οποία είχαν παραπεμφθεί από την έναρξη της λειτουργίας της (1985) έως και το 1991.

Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε όλους τους ιδιώτες Παιδίατρος και τους Παιδίατρος των αγροτικών ιατειών (82 παιδίατροι) της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, πλην Ν. Ζακύνθου, Ν. Λευκάδος και Ν. Κερκύρας. Απάντησαν 49 παιδίατροι. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν στάλθηκαν ερωτηματολόγια στους Παιδίατρος των Παιδιατρικών Νοσοκομείων, διότι αυτοί παραπέμπουν τα περιστατικά τους στην παιδοψυχιατρική υπηρεσία του Νοσοκομείου τους.

Ο πληθυσμός ο οποίος καταγράφηκε από τα αρχεία της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας ήταν αγόρια και κορίτσια από 5 μηνών έως και 17 χρόνων που αποτελούσαν τα περιστατικά της από το 1985 έως το 1991.

Επίσης ο πληθυσμός στον οποίο στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν οι ιδιώτες παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, πλην Ν. Ζακύνθου, Ν. Λευκάδος και Ν. Κερκύρας και οι γιατροί των αγροτικών ιατρείων των αντίστοιχων περιοχών. Οι περιοχές της Ζακύνθου, Λευκάδας και Κερκύρας δεν παραπέμπουν συχνά περιστατικά στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, γιατί εξυπηρετούνται από παιδιατρικά νοσοκομεία κοντινότερων περιοχών.

Τα ιστορικά των παιδιών ελήφθησαν από το αρχείο της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας και δόθηκε έτσι η δυνατότητα συλλογής των πληροφοριών που έπρεπε να καταγραφούν σύμφωνα με τους στόχους της μελέτης. Το προσωπικό του Κέντρου υπήρξε αρκετά βοηθητικό στην προσπάθεια αυτή.

Αναφορικά με τους παιδίατρους υπήρξε δυσκολία στη συλλογή των πληροφοριών. Σε αρκετούς απ' αυτούς χρειάστηκε και δεύτερη τηλεφωνική επικοινωνία για να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια που τους είχαν σταλεί.

### Ερωτηματολόγιο

Ως μονάδα μέτρησης για τους παιδίατρους χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που στάλθηκαν ταχυδρομικά γιατί δεν ήταν δυνατή η προσωπική επαφή μαζί τους.

Σκοπός της υποβολής του ερωτηματολογίου ήταν η συγκέντρωση αξιόπιστων πληροφοριών για τη μελέτη των παραμέτρων που είχαν προσδιοριστεί.

Στις ερωτήσεις έγινε προσπάθεια να απεικονιστεί το

αντικείμενο της έρευνας και χρησιμοποιήθηκαν κλειστές και προκατασκευασμένες ερωτήσεις. Αυτό το είδος των ερωτήσεων διευκολύνει την κωδικοποίηση των απαντήσεων. Απαιτεί λιγότερο χρόνο από τους ερωτώμενους για ν' απαντήσουν, κάτι που αυξάνει τις πιθανότητες συμμετοχής τους στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από επτά ερωτήσεις.

Ως μονάδα μέτρησης για τα παιδιά (5 μηνών - 17 χρονών) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, αλλά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιεί η Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, για τη λήψη του ιστορικού κάθε περιστατικού της. Από αυτό έγινε επιλογή σε ερωτήματα που ήταν σχετικά με τη μελέτη αυτή. Το είδος των ερωτήσεων ήταν προκατασκευασμένες.

Αντίγραφο του ερωτηματολογίου που εστάλει στους παιδίατρος καθώς και αντίγραφο του ερωτηματολογίου για τα παιδιά παρουσιάζονται στο Παράρτημα Γ, σελ. 176-177 και 171-175 αντίστοιχα της εργασίας αυτής.

#### Πλαίσιο ή πλαίσια για τη μελέτη

Τα ονόματα των παιδίατρων στους οποίους στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια, προέρχονται από τους Ιατρικούς συλλόγους των περιοχών της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, πλην του Ν. Ζακύνθου, Ν. Λευκάδος και του Ν. Κερκύρας.

Για πληροφορίες που αφορούν τα παιδιά χρησιμοποιήθηκε το αρχείο με τους φακέλους περιστατικών της Ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας.



Τρόπος ανάλυσης πληροφοριών

Η ανάλυση των πληροφοριών από τα ερωτηματολόγια έγινε σε αριθμητικές και εκατοστιαίες μονάδες, διαμέσου ηλεκτρονικού υπολογιστή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κύριος σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν είναι ευαισθητοποιημένοι οι παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, σε σχέση με τα προβλήματα της ψυχικής υγείας του παιδιού και να καθοριστεί ποιος είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην ευαισθητοποίηση αυτή.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Να διερευνηθεί αν οι παιδίατροι είναι ευαισθητοποιημένοι στο ότι είναι αναγκαίο να συνεργάζονται με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, όταν κρίνουν ότι το παιδί χρειάζεται και ψυχολογική εκτίμηση.

2. Να διερευνηθούν οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη ή όχι της συνεργασίας αυτής.

α) Αν γνωρίζουν την ύπαρξη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας

β) Αν γνωρίζουν τις υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και με ποιά άτομα ασχολείται.

γ) Αν έμειναν ευχαριστημένοι από τη συνεργασία, που πιθανόν είχαν στο παρελθόν με το Κ.Ψ.Υ.

δ) Αν έχουν την ευχέρεια οι παιδίατροι, λόγω προκατάληψης που επικρατεί για την ψυχική υγεία, να παραπέμπουν γονείς σ' αυτή την υπηρεσία.

3. Να διερευνηθεί αν οι παιδίατροι είναι ευαισθητοποιημένοι, ώστε να εκτιμήσουν την ψυχική υγεία του παιδιού.

4. Να διερευνηθεί αν υπάρχει ενημέρωση των παιδιάτρων για το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

5. Να διερευνηθεί η συμβολή του ρόλου του παιδιάτρου, στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας.

6. Να διερευνηθεί αν γίνεται ευαισθητοποίηση της κοινότητας, από την πλευρά των Κοινωνικών Λειτουργών σε θέματα ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται σαν απαντήσεις στα ερωτήματα που είχαν αρχικά τεθεί.

Από το σύνολο των 905 περιστατικών (Παράρτημα Β, Πίνακας 1) που παραπέμφθηκαν στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Ι.Υ.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, από την έναρξη της λειτουργίας της (1985) μέχρι και το 1991 παρατηρείται ότι τα 558 περιστατικά, ποσοστό 61,66% ήταν αγόρια και μόνο το 38,34% ήταν κορίτσια, δηλαδή 347 περιστατικά.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3, Παράρτηματος Β, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 34,03% των περιστατικών που παραπέμφθηκαν προέρχονταν από αστική περιοχή, ενώ αρκετά σημαντικό είναι το ποσοστό των περιστατικών που προέρχονταν από ημιαστική περιοχή, 33,6%. Αξίζει να τονιστεί ότι μόνο το 0,88% προέρχεται από την Αθήνα ή τον Πειραιά. Αυτό είναι φυσικό, αφού όλες σχεδόν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται στην Αθήνα, και τα περιστατικά εξυπηρετούνται εκεί.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, Παραρτήματος Β, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 66,63% των περιστατικών ζούσαν και με τους δύο γονείς, ενώ ήταν πολύ μικρό το ποσοστό που ζούσαν με τον πατέρα (1,66%) ή με τη μητέρα (7,18%).

Στο μεγαλύτερο ποσοστό 19% (Παράρτημα Β, Πίνακας 5α) το επάγγελμα του πατέρα των περιστατικών που έχουν παραπεμφθεί στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία ήταν ανειδίκευτοι εργάτες ή κατώτεροι υπάλληλοι και στο 16,25% γεωργοί. Αξίζει να τονιστεί ότι το 15,14% των φακέλων των παραπεμφθέντων περιστατικών, δεν αναφέρεται το επάγγελμα του πατέρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο που έκανε την παραπομπή, δεν είχε πολλές γνώσεις για το ιστορικό του παιδιού. Σχετικά με το επάγγελμα της μητέρας (Παράρτημα Β, Πίνακας 5β) το μεγαλύτερο ποσοστό 47,41% ασχολούνται με τα οικιακά και μόνο το 19,34% είναι άγνωστο.

Φαίνεται ότι οι οικογένειες με χαμηλό μορφωτικό - οικονομικό επίπεδο παραπέμπουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα παιδιά τους στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υπηρεσίας από ότι οι γονείς με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο. Ωστόσο όμως η παραπάνω παρατήρηση, δεν μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα, για τη σχέση μορφωτικού επιπέδου γονέων και παραπομπών, γιατί επηρεάζεται από άλλους παράγοντες, όπως π.χ. η πληθυσμιακή σύσταση ως προς το επάγγελμα, η μελέτη των οποίων ξεφεύγει από τα πλαίσια αυτής της εργασίας.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, Παραρτήματος Β τα παραπεμφθέντα περιστατικά παρουσιάζουν μια μεγάλη γκάμα ψυχικών διαταραχών.

## Πίνακας 1

Ποιοί Κοινοτικοί Φορείς Έχουν Παραπέμψει Περιστατικά  
στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία  
του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας

Παραπομπές περιστατικών	Συχνότητα	Ποσοστό %
Παιδίατρος	42	4,64
		5,41
Παιδιατρικό Νοσοκομείο	7	0,77
Κοινωνικός Λειτουργός της Κοινωνικής Πρόνοιας	176	19,44
		23,63
Κοινωνικός Λειτουργός άλλης Υπηρεσίας	38	4,19
Σχολείο	143	15,80
Ειδικό Σχολείο	74	8,17
Γνωστοί / συγγενείς	9	0,99
Οι γονείς εξ ιδίων	260	28,73
Δικαστήριο Ανηλίκων	5	0,55
Διάφορα (Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι κ.τ.λ.)	149	16,46
		16,46
Άγνωστο	2	0,22
Σύνολο	905	100,00

Από το σύνολο των 905 περιστατικών που παραπέμφθηκαν στην Ιατροπαιδαγική Υπηρεσία μόνο 42 περιστατικά, ποσοστό 4,64% παραπέμφθηκαν από παιδιάτρους.

Τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία της Νοτιοδυτικής Ελλάδας πλην Ν. Ζακύνθου, Ν. Λευκάδος και Ν. Κερκύρας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, παρέπεμψαν 7 περιστατικά, ποσοστό 0,77%. Σύνολο παραπομπών από παιδίατρο και παιδιατρικά νοσοκομεία 49 περιστατικά, ποσοστό 5,41%.

Η συχνότητα των παραπομπών από Κοινωνικούς Λειτουργούς της Κοινωνικής Πρόνοιας ήταν 176 περιστατικά, δηλαδή ποσοστό 19,44%. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί άλλων υπηρεσιών παρέπεμψαν 38 περιστατικά, ποσοστό 4,19% ενώ 143 περιστατικά, ποσοστό 15,80% παραπέμφθηκαν από το σχολείο. Οι παραπομπές που έγιναν από το ειδικό σχολείο ήταν 74 περιστατικά, ποσοστό 8,17

Οι γνωστοί και οι συγγενείς παρέπεμψαν 9 περιστατικά, ποσοστό 0,99%, ενώ οι γονείς εξ' ιδίων παρέπεμψαν 260 περιστατικά, ποσοστό 28,73%. Τα δικαστήρια ανηλίκων παρέπεμψαν 5 περιστατικά, ποσοστό 0,55%. Τέλος οι ψυχίατροι και ψυχολόγοι παρέπεμψαν 149 περιστατικά, ποσοστό 16,46%, ενώ σε 2 φακέλους περιστατικών ποσοστό 0,22% δεν αναφερόταν ποιος έκανε την παραπομπή.

Από την ανάλυση των δεδομένων του Πίνακα 1 παρατηρείται ένα πολύ μικρό ποσοστό παραπομπών από παιδιάτρους και Παιδιατρικά Νοσοκομεία. Φαίνεται δηλαδή ότι υπάρχει μια σημαντική έλλειψη ευαισθητοποίησης καθώς επίσης και η απομόνωση

των παιδιάτρων από διάφορες υπηρεσίες.

Αξιοσημείωτο είναι, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1 ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας έστειλαν ένα μεγάλο ποσοστό περιστατικών. Αυτό συμβαίνει γιατί παραπέμπουν περιστατικά στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής για να διαπιστωθεί αν έχουν τις προϋποθέσεις προκειμένου να εξασφαλίσουν κάποιο επίδομα. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί των άλλων υπηρεσιών παρέπεμψαν ένα μικρό ποσοστό περιστατικών, γεγονός που δείχνει μια έλλειψη συνεργασίας των ιδίων με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας.

Επίσης, εμφανής είναι στον Πίνακα 1, η μικρή ευαισθητοποίηση της Κοινότητας (Σχολείο, Ειδικό Σχολείο, Γνωστοί - Συγγενείς, Γονείς, Δικαστήρια Ανηλίκων κ.ά.), από το μικρό ποσοστό περιστατικών που έχουν παραπέμψει, δίνοντας απάντηση στο στόχο 6 της μελέτης, αν δηλαδή γίνεται ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας, από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Διαπιστώνεται ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής δεν ευαισθητοποιούν σε ικανοποιητικό βαθμό την κοινότητα (όπως είναι φυσικό, λόγω των αυξημένων υποχρεώσεών τους για την περιφέρεια της Νοτιοδυτικής Ελλάδας). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το μικρό ποσοστό παραπομπών που παρατηρείται στον Πίνακα 1, από τους διάφορους φορείς της κοινότητας.

## Πίνακας 2

Μέσος Όρος Ηλικιών Παραπεμφθέντων Περιστατικών

Διάγνωση	Εύρος ηλικίας	Μέσος όρος ηλικίας
Σύνδρομο Down και Νοητικές καθυστερήσεις	2 - 17	9,00
Μαθησιακές δυσκολίες	6 - 14	10,20
Δυσκολίες προσαρμογής	3 - 14	7,80
Προβλήματα ομιλίας	2,5 - 8	5,50
Ενούρηση	3 - 7	5,00
Εγκόπριση	3 - 12	8,25
Διαταραχές Ν.Σ.	5 - 13	8,50
Διάφορα	8 - 15	11,50

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2 από τις διαγνώσεις, το Σύνδρομο Down και οι υπόλοιπες νοητικές καθυστερήσεις είχαν παραπεμφθεί σε ηλικία 2 έως 17 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 9 χρόνια, ενώ οι μαθησιακές δυσκολίες είχαν παραπεμφθεί σε ηλικίες από 6 έως 14 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 10,2 χρόνια. Οι δυσκολίες προσαρμογής παραπέμφθησαν σε ηλικία από 3 έως 14 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 7,8 χρόνια.

Τα προβλήματα ομιλίας παραπέμφθησαν από 2,5 έως 8 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 5,5 χρόνια. Τα περιστατικά ενούρησης σε ηλικία από 3 έως 7 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 5 χρόνια ενώ τα



περιστατικά εγκόπρισης από 3 έως 12 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 8,25 χρόνια.

Οι διαταραχές του νευρικού συστήματος παραπέμφθησαν σε ηλικία 5 έως 13 ετών, με μέσο όρο τα 8,5 χρόνια, ενώ διάφορες άλλες διαγνώσεις που αφορούν κυρίως προβλήματα σχέσεων με τους γονείς και προβλήματα εφηβείας από 8 έως 15 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 11,5 χρόνια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα περιστατικά παραπέμπονται στην ηλικία των 12, 13 και 14 χρονών στις μαθησιακές δυσκολίες ενώ στις δυσκολίες προσαρμογής η ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν τα 6 χρόνια, όπως και στα προβλήματα ομιλίας.

Απο τα αποτελέσματα του Πίνακα 2, φαίνεται να υπάρχει έλλειψη ευαισθητοποίησης των παιδιάτρων στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Το γεγονός αυτό εξηγείται από το ότι οι παραπομπές (σε όλες τις διαγνώσεις) γίνονται εξαιρετικά αργά, όταν πλέον το πρόβλημα είναι πασιφανές και είναι αναντίρρητη η ανάγκη επέμβασης άλλης ειδικότητας. Για παράδειγμα στις μαθησιακές δυσκολίες, όταν τα παιδιά παραπέμπονται κατά μέσο όρο σε ηλικία άνω των 10 ετών, σε επίπεδο δηλαδή Γ' και Δ' δημοτικού, η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι πλέον δύσκολη με μειωμένο ποσοστό επιτυχίας απ' ότι εάν είχαν παραπεμφθεί στις πρώτες τάξεις του δημοτικού.

Πίνακας 3

Διάγνωση των από παιδίατρος παραπεμφθέντων περιστατικών.

Διάγνωση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Σύνδρομο Down	2	3,57
Νοητική Καθυστέρηση	2	3,57
Μαθησιακές δυσκολίες	13	23,21
Προβλήματα ομιλίας	8	14,29
Δυσκολίες προσαρμογής	8	14,29
Προβλήματα συμπεριφοράς	1	1,79
Ενουρήση	2	3,57
Εγκόπριση	4	7,14
Διαταραχές Ν.Σ.	9	16,07
Ψυχοσωματικά	2	3,57
Ψυχώσεις	1	1,79
Διάφορα (προβλήματα εφηβείας, σχέσεων με γονείς κ.λ.π.)	4	7,14
Σύνολο	56	100,00

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 3, φαίνεται ότι οι παιδίατροι παραπέμπουν περιστατικά, κυρίως με διαγνώσεις όπως μαθησιακές δυσκολίες, ποσοστό 23,24%, διαταραχές νευρικού συστήματος, ποσοστό 16,07%, προβλήματα ομιλίας ποσοστό 14,29%, δυσκολίες προσαρμογής ποσοστό 14,29%, εγκόπριση ποσοστό 7,14%, προβλήματα εφηβείας και σχέσεων με τους γονείς ποσοστό 7,14%, σύνδρομο Down ποσοστό 3,57%, λοιπές νοητικές καθυστερήσεις

ποσοστό 3,57%, ενούρηση ποσοστό 3,57%, ψυχοσωματικά συμπτώματα ποσοστό 3,57%, προβλήματα συμπεριφοράς ποσοστό 1,79% και ψυχώσεις ποσοστό 1,79%.

Σημαντικό είναι, να γίνει αναφορά στο γεγονός ότι κάθε παιδί που παραπέμπεται στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία μπορεί να παρουσιάσει περισσότερα από ένα συμπτώματα. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να παρουσιάσει μαθησιακές δυσκολίες σε συνδυασμό με δυσκολίες προσαρμογής.

Όσον αφορά τη δεύτερη φάση της μελέτης, δηλαδή τη στάση των παιδιάτρων και συγκεκριμένα της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, από τους 82 παιδιάτρους μας απάντησαν μόνο οι 49 και πολλοί από αυτούς μετά από δεύτερη ειδοποίηση (τηλεφωνική επαφή), δηλαδή το 59,75% του συνόλου.

#### Πίνακας 4

Γνωρίζετε ότι λειτουργεί στην Πάτρα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	23	46,94%
Όχι	26	53,06%
Σύνολο	49	100,00%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, από τους απαντήσαντες, οι 26 δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό (53,06%) δεν γνωρίζουν ότι λειτουργεί η Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας. Αυτό μπορεί να οφείλεται:

α) Στην έλλειψη ευαισθητοποίησης των παιδιάτρων, β) σε αδυναμία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στον τρόπο πληροφόρησης και γ) στην άγνοια των άλλων υπηρεσιών παροχής υγείας για τη φύση και λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας.

Από το 46,94% των παιδιάτρων που γνωρίζει την ύπαρξη της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας, 39,13% απάντησαν ότι γνωρίζουν τη λειτουργία της εδώ και 4-5 χρόνια, ενώ το 21,74% την γνωρίζουν εδώ και 1 χρόνο, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό 4,35% γνωρίζει τη λειτουργία της πάνω από 5 χρόνια (Παράρτημα Β, Πίνακας 6).

Από αυτούς που γνωρίζουν την ύπαρξη της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας το συντριπτικά μεγάλο ποσοστό 71,43% δεν γνωρίζει τι ακριβώς υπηρεσίες προσφέρει (Παράρτηματος Β, Πίνακας 7).

#### Πίνακας 5

Πώς Ενημερώθηκαν οι Παιδίατροι για την  
Υπαρξη και Λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Από επίσημο έγγραφο	5	10,20
Από το ραδιόφωνο	1	2,04
Από εφημερίδα	1	2,04
Από Κοινωνικό Λειτουργό	2	4,08
Από εργαζόμενο του Κ.Ψ.Υ.	12	24,48
Εντελώς τυχαία	2	4,08
Δεν έχω ενημερωθεί καθόλου	26	53,06
Σύνολο	49	100,00

Από τον Πίνακα 5, φαίνεται ότι από τους 49 απαντήσαντες παιδίατρος, το μεγαλύτερο ποσοστό 24,48% γνωρίζει την ύπαρξη και λειτουργία της Ι.Υ. από κάποιο εργαζόμενο του Κ.Ψ.Υ. και όχι από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή από Κοινωνικό Λειτουργό των διαφόρων υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό είναι ότι μόνο 2 παιδίατροι, ποσοστό 4,08%, ενημερώθηκαν από Κοινωνικό Λειτουργό, στοιχείο που δείχνει τη μειωμένη προσπάθεια των Κοινωνικών Λειτουργών για ενημέρωση των παιδίατρων σε θέματα ψυχικής υγείας. Αρκετά μεγάλο ποσοστό 53,06% δεν έχει ενημερωθεί καθόλου, ενώ από επίσημο έγγραφο έχει ενημερωθεί μόνο το 10,20%. Ο πίνακας 5 δίνει απάντηση στον τέταρτο στόχο της μελέτης.

Το μικρότερο ποσοστό 20,41% από τους παιδίατρος που απάντησαν έχει παραπέμψει περιστατικά στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας (Παράρτημα Β, Πίνακας 8). Αρκετά σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το 79,59% δεν έχει παραπέμψει ποτέ κανένα περιστατικό στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Β, Πίνακας 8)

#### Πίνακας 6

Είχατε Καλή Συνεργασία με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, όταν παραπέμψατε κάποιο περιστατικό

	Συχνότητα	Ποσοστό %
α) Εμείνα ευχαριστημένος	8	80,00
β) Δεν έμεινα ευχαριστημένος	2	20,00
Σύνολο συνεργασθέντων παιδίατρων	10	100,00

Από τους παιδιάτρους που παρέπεμψαν στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, το 80% έμεινε ευχαριστημένο από τη συνεργασία. Μόνο το 20% δεν έμεινε ευχαριστημένο από τη συνεργασία που είχε στο παρελθόν από την Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής

Πίνακας 7

Εάν Δεν Έχετε Παραπέμψει Περιστατικά Ποιοί Ήταν οι Λόγοι;

Απαντήσεις μη συνεργασθέντων παιδιάτρων (39)	Συχνότητα	Ποσοστό %
Δεν γνωρίζω την ύπαρξή του	27	61,36
Δεν γνωρίζω σε ποιά ακριβώς περιστατικά απευθύνεστε	13	29,54
Είμαι πολύ-πολύ προσεκτικός όταν πρόκειται να συστήσω στους γονείς κάτι που άπτεται της ψυχικής υγείας του παιδιού	1	2,27
Φοβάμαι μήπως, χάσω την επαφή μου με το παιδί	1	2,27
Άλλο	2	4,56
Σύνολο	44	100,00

Από τους παιδιάτρους που δεν παρέπεμψαν περιστατικά ο ισχυρότερος λόγος μη παραπομπών, το 61,36%, ήταν η πλήρης

άγνοια της ύπαρξης της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας και ο αμέσως επόμενος λόγος μη παραπομπής, το 29,54%, ήταν ότι δεν γνώριζαν με ποιά περιστατικά ασχολείται, ενώ δισταγμό εξέφρασε ένα πολύ μικρό ποσοστό 4,56%.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί, αν είναι ευαισθητοποιημένοι οι Παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας σε σχέση με τα προβλήματα της ψυχικής υγείας του παιδιού και να καθοριστεί ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας στην ευαισθητοποίηση αυτή.

Το πρώτο μέρος του κεφαλαίου αυτού, ασχολείται με το συσχετισμό των ευρημάτων της μελέτης με προηγούμενα ευρήματα και θεωρητικές τοποθετήσεις άλλων μελετητών. Το δεύτερο μέρος ασχολείται με τα συμπεράσματα και τις περαιτέρω εισηγήσεις, που είναι αναγκαίες για την καλύτερη αντιμετώπιση του θέματος.

#### Συζήτηση

Ο Μπεράτης (1992), τόνισε ότι αποτελεί υποχρέωση του παιδίατρου η εξερεύνηση του ψυχικού κόσμου του παιδιού. Κατά την παιδιατρική εξέταση, οφείλει να αποκλίσει την οργανική αιτία, κάνοντας όλες τις εξετάσεις. Όταν διαπιστώσει ότι δεν υπάρχει οργανική αιτία, τότε παραπέμπει και συνεργάζεται με άλλους ειδικούς. (Συνέντευξη που δόθηκε στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, βλέπε Παράρτημα Δ).

Αντίθετα στα ευρήματα της μελέτης φάνηκε μια μικρή συχνότητα παραπομπών από την πλευρά των παιδιάτρων, γεγονός που δείχνει, ότι υπάρχει μια σημαντική έλλειψη ευαισθητοποίησης



τους σε σχέση με την ψυχική υγεία του παιδιού και μη ικανοποιητική συνεργασία με διάφορες υπηρεσίες.

Η έλλειψη ευαισθητοποίησης των παιδιάτρων ενισχύεται από το γεγονός ότι παρέπεμψαν περιστατικά στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής σε μεγάλες ηλικίες, αντιθέτως όμως ο Κάσιμος (1985), υποστηρίζει ότι ο παιδίατρος είναι ο πιο κατάλληλος ειδικός για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του παιδιού σε όλες τις φάσεις και τομείς της ανάπτυξής του (σωματικής, πνευματικής, ψυχικής) (σελ. 805-806).

Επίσης διαπιστώθηκε ότι ανασταλτικός παράγοντας στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών του παιδιού, αποτελεί το γεγονός, ότι ακόμα και όταν ο παιδίατρος είναι ευαισθητοποιημένος και συστήσει στους γονείς την παραπομπή του παιδιού σε παιδοψυχολόγο ή παιδοψυχίατρο, αντιμετωπίζει αρνητικές στάσεις από την πλευρά τους, λόγω της προκατάληψης που υπάρχει στα θέματα ψυχικής υγείας. Τη διαπίστωση αυτή υποστηρίζει και ο Σταμπουλόπουλος (1989) αναφέροντας ότι, ο παιδίατρος που κάνει υπεύθυνα το έργο του και επιθυμεί να προλάβει την ψυχική διαταραχή στο παιδί, το παραπέμπει σε άλλους ειδικούς. Όμως συχνά οι γονείς του τον απορρίπτουν λόγω της προκατάληψης που έχουν σε θέματα ψυχικής υγείας και εμπιστεύονται το γιατρό "χρόνο". Αυτό έχει σαν συνέπεια το παιδί να φτάνει στα χέρια του κατάλληλου ειδικού, σε ηλικία τέτοια που λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν (σελ. 21, 78-80).

Χαρακτηριστικό είναι ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό παιδιάτρων της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, είχαν ενημερωθεί από Κοινωνικό Λειτουργό για την ύπαρξη και λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής

Υγιεινής Πάτρας. Αυτό δείχνει τη μειωμένη προσπάθεια των Κοινωνικών Λειτουργών για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των παιδιάτρων για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Κύριος στόχος τους όμως στην εκπαίδευση της κοινότητας, όπως υποστηρίζουν ο Παπαδάτος και η Στογιαννίδου (1988), είναι η σύνδεση και συνεργασία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής με όλους τους φορείς της κοινότητας, για την πλήρη ανάπτυξη των διαδικασιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης του ψυχικά ασθενούς (σελ. 95, 137).

### Συμπεράσματα

1. Οι Παιδίατροι της Νοτιοδυτικής Ελλάδας, δεν είναι ευαισθητοποιημένοι για μία σωστή αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων της παιδικής ηλικίας, αφού μόνο ένα μικρό ποσοστό περιστατικών έχει παραπεμφεί από Παιδίατρος από την έναρξη της λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας (1985), έως τον Δεκέμβριο του 1991.

2. Η έλλειψη ευαισθητοποίησης των Παιδιάτρων, σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν, οφείλεται, στην άγνοια για την ύπαρξη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, στην έλλειψη ενημέρωσής τους για την λειτουργία του και στην προκατάληψη που υπάρχει στο κοινό για την ψυχική αρρώστεια, γεγονός που τους εμποδίζει να συστήνουν στους γονείς, να παραπέμπουν τα παιδιά τους σε ανάλογη υπηρεσία.

3. Συνέπεια της έλλειψης ευαισθητοποίησης των παιδιάτρων είναι, ότι δεν βοηθούν στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, α-

φού δεν παραπέμπουν έγκαιρα τα περιστατικά στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, αλλά τα παραπέμπουν σε μεγάλες ηλικίες, όπου η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται δύσκολα.

4. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, ενώ θεωρούν απαραίτητη την ευαισθητοποίηση της κοινότητας γενικά και των επαγγελματιών που ασχολούνται με την υγεία του παιδιού, ιδιαίτερα, το γεγονός ότι είναι μόνο δύο, τους εμποδίζει να ολοκληρώσουν το έργο τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η κοινότητα (σχολείο, εκκλησία, κ.ά.) να μην είναι ευαισθητοποιημένη στα προβλήματα ψυχικής υγείας και να μην απευθύνεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

5. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί φαίνεται να μην συμβάλλουν ικανοποιητικά στη πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Μόνο δύο παιδίατροι αναφέρουν ότι είχαν ενημερωθεί από Κοινωνικό Λειτουργό για το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

6. Οι γονείς δεν βοηθούν στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών λόγω της προκατάληψης και της αρνητικής τους στάσης απέναντι στη ψυχική ασθένεια, που είναι αποτέλεσμα της έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, με συνέπεια να μην απευθύνονται σε ανάλογες υπηρεσίες, αλλά να πιστεύουν, ότι το πρόβλημα θα το λύσει ο "γιατρός - χρόνος".

### Εισηγήσεις

Ολοκληρώνοντας τη μελέτη, θεωρείται σκόπιμο, να γίνουν κάποιες εισηγήσεις, που θα στοχεύουν σε γενικότερες αλλαγές,

για την καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας του παιδιού.

- Οι Παιδίατροι πρέπει να κατανοήσουν τη σημασία του ρόλου τους στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Αυτό θα επιτευχθεί, αν στο θεραπευτικό τους έργο συμπεριλάβουν την εκτίμηση της ψυχικής υγείας και όχι μόνο της σωματικής.

- Πέρα από τις γενικές γνώσεις, που έχουν αποκτήσει κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, σε θέματα ψυχολογίας και ψυχιατρικής, είναι αναγκαίο να διοργανώνονται σεμινάρια, που σκοπό θα έχουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των παιδιάτρων στα προβλήματα ψυχικής υγείας του παιδιού, προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη αντιμετώπισή τους.

- Οι Παιδίατροι είναι αναγκαίο να μην απομονώνονται, αλλά να ενημερώνονται εξ' ιδίων για την ύπαρξη και λειτουργία υπηρεσιών για την ψυχική υγεία του παιδιού και να επιζητούν τη συνεργασία μαζί τους.

- Είναι αναγκαίο επίσης, να συνειδητοποιήσουν τη σημασία του ρόλου τους, ως Παιδαγωγών της οικογένειας πάνω σε θέματα υγείας. Η άσκηση του ρόλου αυτού από τους Παιδίατρους είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που θα συμβάλλει στην πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων του παιδιού.

- Θεωρείται απαραίτητη η επάνδρωση της υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας με μεγαλύτερο αριθμό Κοινωνικών Λειτουργών, προκειμένου να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στο έργο της, για την προσέγγιση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας, με σκοπό την μείωση της προκατάληψης στο θέμα αυτό.

- Κρίνεται επίσης αναγκαίο, τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής να

διαμορφώνουν προγράμματα κινητοποίησης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας, με σκοπό να συμβάλλουν στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

- Εκτός από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί των άλλων Κοινωνικών υπηρεσιών, θα πρέπει με τη σειρά τους να συμβάλλουν στην ενημέρωση του κοινού, για τις πηγές βοήθειας που προσφέρει η κοινότητα, με σκοπό την κάλυψη των ψυχικών αναγκών της. Επίσης θα πρέπει να επιδιώξουν την συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, γιατί αυτό θα αποτελέσει σημαντικό παράγοντα στο έργο της πρόληψης.

- Κρίνεται αναγκαίο να δημιουργηθεί ένα οργανωμένο σύστημα πρόληψης, για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, γιατί όταν τα παιδιά φθάνουν στην σχολική ηλικία, έχει πλέον χαθεί πολύτιμος χρόνος.

- Θα πρέπει να υπάρξει αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών.

- Θεωρείται απαραίτητος ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών που ζητούν τη βοήθειά τους.

- Είναι αναγκαία η στελέχωση των Παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών με εκπαιδευμένο και ευαισθητοποιημένο προσωπικό στον τομέα της ψυχικής υγείας.

- Προτείνεται τέλος, η περαιτέρω διερεύνηση της συνεργασίας των παιδιάτρων με άλλους επαγγελματίες και υπηρεσίες υγείας, με βάση τα ευρήματα της μελέτης αυτής.

Κάθε χώρα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη σημασία στο τομέα της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού, με στόχο την πρόληψη, γιατί τα παιδιά του σήμερα είναι οι γονείς του αύριο, το μέλλον μιας χώρας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

## Πίνακας 1

Οι γονείς πρέπει να ανησυχούν όταν:

α) Ως προς την όραση

Αίσθηση	Συμπτώματα νεογέννητου
ΟΡΑΣΗ	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Δεν κοιτάζει την μητέρα όταν το ταιζει.</li><li>2. Δεν παρακολουθεί το πρόσωπο της μητέρας όταν του μιλάει.</li><li>3. Κινεί τα μάτια του κυκλικά.</li><li>4. Εμφανίζει λευκά στίγματα στο κέντρο της κόρης του ματιού.</li><li>5. Εμφανίζει στραβισμό.</li></ol>



## β) Ως προς την ακοή

Αίσθηση	Συμπτώματα νεογέννητου	Συμπτώματα μικρού βρέφους	Συμπτώματα της νηπιακής και παιδικής ηλικίας
ΑΚΟΗ	1. Δεν τρομάζει σε δυνατούς θορύβους (κλείσιμο πόρτας) 2. Δεν αντιδρά στους καθημερινούς θορύβους του σπιτιού (ραδιόφωνο, ηλεκτρ. σκούπα) 3. Δεν αντιλαμβάνεται την παρουσία των γονέων του κοντά στο κρεβάτι του και ξαφνιάζεται όταν απότομα δει το πρόσωπό τους.	1. Δεν γυρίζει το κεφάλι του σε μικρούς θορύβους 2. Δεν ανταποκρίνεται όταν ακούει το όνομά του	1. Χαθουστερεί να μιλήσει 2. Παρουσιάζει συχνά επεισόδια ωτίτιδας 3. Σοβαρά νοσήματα (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα) 4. Παιδικές αρρώστιες (ιλάρ, παρωτίτιδα) 5. Παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες 6. Είναι ανυπάκουο και υπερκινητικό.

## γ) Ως προς το λόγο και την ομιλία

	Συμπτώματα βρεφικής ηλικίας	Συμπτώματα νηπιακής ηλικίας
ΛΟΓΟΣ και ΟΜΙΛΙΑ	<p>1 έτους ----- Δεν λέει επαναλαμβανόμενες συλλαβές. (μα-μα-μα)</p>	<p>3 ετών ----- α) Χρησιμοποιεί πολύ λίγες φράσεις. β) Η ομιλία του δεν είναι κατανοητή από τους γονείς του.</p>
	<p>16 μηνών ----- Δεν λέει καμία λέξη με νόημα.</p>	<p>3,5 ετών ----- Η ομιλία του δεν είναι κατανοητή σε ξένους έστω κι αν οι γονείς καταλαβαίνουν τι θέλει να πεί.</p>
	<p>2,5 ετών ----- α) Λέει λιγότερες από 6 λέξεις. β) Δεν σχηματίζει μικρές φράσεις λέξεων. (Μαμά νάνι, κα)</p>	<p>Μεγαλύτερο από 4 ετών ----- Έχει δυσκολία να προφέρει σωστά όλα τα σύμφωνα.</p>
		<p>5 ετών ----- α) Ο ρυθμός της ομιλίας του είναι διακεκομμένος. β) Έχει συνεχώς βραχνή φωνή.</p>

## δ) Ως προς την κινητικότητα

	Συμπτώματα βρεφικής ηλικίας	Συμπτώματα νηπιακής ηλικίας
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	3 μηνών ----- Δεν στηρίζει καλά το κεφάλι.	2 χρόνων ----- Δεν ανεβαίνει σκαλοπάτια.
	10 μηνών ----- Δεν στηρίζεται στα πόδια του.	4 χρόνων ----- Σκονιάφτει και πέφτει εύκολα.
	16 μηνών ----- Δεν περπατάει μόνο του.	

ε) Ως προς την συμπεριφορά

	Συμπτώματα βρεφικής ηλικίας
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	<p>α) Έχει συχνές και έντονες εκρήξεις θυμού.</p> <p>β) Είναι επιθετικό χωρίς λόγο.</p> <p>γ) Απομονώνεται συστηματικά σε κάποια γωνιά του σπιτιού και ασχολείται για πολλές ώρες και μονότονα με κάποιο αντικείμενο.</p> <p style="text-align: center;">Μεγαλύτερο από 2 ετών -----</p> <p>α) Χαρακτηρίζεται από έντονη και διαρκή υπερκινητικότητα.</p> <p>β) Δεν μπορεί να διατηρήσει την προσοχή του σε κάτι από 1 λεπτό.</p>

## Πίνακας 2

## Ο ρόλος του Παιδιάτρου συνοπτικά

- α) Έχει την δυνατότητα να παρακολουθεί την εξέλιξη του παιδιού από τη γέννηση έως και την εφηβεία.
- β) Επιδρά θετικά ή αρνητικά στη διαμόρφωση της δημόσιας συνείδησης.
- γ) Συντελεί στη σωστή σωματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού.
- δ) Έχει τη δυνατότητα να διαγνώσει έγκαιρα ή όχι κάθε απόκλιση από το φυσιολογικό.
- ε) Αντιμετωπίζει όλο το φάσμα των ψυχοσωματικών προβλημάτων.
- ζ) Αντιμετωπίζει προληπτικά και υποστηρικτικά τα επιγενή ψυχολογικά προβλήματα.
- η) Συντελεί στη σωστή ανάπτυξη και εξέλιξη των παιδιών οικογενειών με ειδικές συνθήκες και ανάγκες.
- θ) Έχει συνεχή επαφή με την οικογένεια και γνωρίζει το ιστορικό της.
- ι) Βοηθά την οικογένεια στον οικογενειακό προγραμματισμό.

## Πίνακας 3

## Ρόλοι του Παιδίατρου

- 1) Ο Παιδίατρος σαν θεραπευτής.
- 2) Ο Παιδίατρος σαν ερευνητής.
- 3) Ο Παιδίατρος σαν παιδαγωγός.
- 4) Ο Παιδίατρος σαν πνευματικός άνθρωπος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

## Πίνακας 1

## Φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αντρας	558	61,66
Γυναίκα	347	38,34
Σύνολο	905	100



## Πίνακας 2

Διάγνωση των από Κοινοτικών Φορέων Παραπεμφθέντων περιστατικών

Διάγνωση	Παιδίατρος	Κ.Λ.	Σχολείο	Ειδικό Σχολείο	Πρόνοια και Κ.Λ.	Γονείς
Νοητική Καθυστέρηση	3	5	13	6	85	19
Σύνδρομο Down	3	-	3	2	24	9
Αυτισμός	-	-	1	-	3	3
Διαταραχές Συμπεριφοράς	10	4	10	-	40	18
Μαθησιακές Δυσκολίες	9	5	27	3	-	12
Δυσκολίες Προσαρμογής	4	8	20	4	9	23
Προβλήματα Ομιλίας	17	11	27	9	28	18
Ενούρηση	9	1	21	9	48	22
Εγκόπριση	1	2	5	1	17	1
Μελαγχολία-Κατάθλιψη-Απόπ. Αυτοκτον.	1	-	4	2	1	3
Διαταραχές Νευρικ. Συστήματος	8	3	8	7	94	21
Επιληψία	7	4	5	6	19	21
Τίξς	7	1	14	11	39	18
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα	14	7	13	3	43	9
Διάφορα	2	2	24	21	49	14

Πίνακας 3

Περιοχή που μεγάλωσε ο ασθενής ( δηλαδή που έμεινε περισσότερο μέχρι και τα 13 του).

Περιοχή	Συχνότητα	Ποσοστό %
Σε χωριό (2000 κατ.)	141	15,58
Σε κωμόπολη (2001 - 9999 κατ.)	84	9,28
Σε πόλη (10000 - 79000 κατ.)	304	33,60
Σε μεγάλη πόλη (80000 και άνω)	308	34,03
Στη Θεσσαλονίκη	---	---
Σε προάστειο της Θεσσαλονίκης	---	---
Στην Αθήνα ή Πειραιά	8	0,88
Σε προάστειο της Αθήνας ή του Πειραιά.	---	---
Σε πόλη του εξωτερικού	4	0,44
Δεν αναφέρεται.	56	6,19
<b>Σύνολο</b>	<b>905</b>	<b>100,00</b>

Με ποιούς έζησε ο ασθενής κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέχρι την ηλικία των 16 ετών.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Με τους δύο γονείς	603	66,63
Μόνο με τη μητέρα του	65	7,18
Μόνο με τον πατέρα του	15	1,66
Με την μητέρα του και τον πατριό του	10	1,10
Με τον πατέρα του και την μητριά του	3	0,33
Με συγγενείς	18	1,99
Με θετούς γονείς	12	1,32
Σε πολλές θετές οικογένειες	4	0,44
Σε ίδρυμα	25	2,76
Άγνωστο	135	14,93
Άλλο , κατονομάστε	15	1,66
Σύνολο	905	100,00

## Πίνακας 5

## Επάγγελμα γονέων

## α) Επάγγελμα πατέρα

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ανειδίκευτος εργάτης ή κατώτερος υπάλληλος.	172	19,00
Γεωργός	147	16,25
Τεχνίτης - Επαγγελματίας ή υπάλληλος.	137	15,14
Υπάλληλος απόφοιτος Γυμνασίου ή Ανώτερης ή Τεχνικής Σχολής.	39	4,31
Μικροεπιχειρηματίας με δικό του κατάστημα.	66	7,29
Καλλιτέχνης	6	0,66
Επιστήμονας , Δημόσιος ή Ιδιωτικός υπάλληλος.	45	4,97
Επιστήμονας με ελεύθερο επάγγελμα.	16	1,77
Οικιακά	--	--
Ανεργος -Αεργος	45	4,97
Άγνωστο	137	15,14
Άλλο , κατονομάστε	95	10,50
Σύνολο	905	100,00

## Πίνακας 5

## Επάγγελμα γονέων

## β) Επάγγελμα μητέρας

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ανειδίκευτος εργάτης ή κατώτερος υπάλληλος.	64	7,07
Γεωργός	39	4,31
Τεχνίτης - Επαγγελματίας ή υπάλληλος.	40	4,42
Υπάλληλος απόφοιτος Γυμνασίου ή Ανώτερης ή Τεχνικής Σχολής.	24	2,65
Μικροεπιχειρηματίας με δικό του κατάστημα.	25	2,76
Καλλιτέχνης	11	1,21
Επιστήμονας , Δημόσιος ή Ιδιωτικός υπάλληλος.	36	3,98
Επιστήμονας με ελεύθερο επάγγελμα.	9	0,99
Οικιακά	429	47,41
Ανεργος -Αεργος	19	2,10
Αγνωστο	175	19,34
Άλλο , κατονομάστε	34	3,76
<b>Σύνολο</b>	<b>905</b>	<b>100,00</b>

Εάν γνωρίζετε ότι οι λειτουργεί στην Πάτρα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής , από πότε το γνωρίζετε;

	Συχνότητα	Ποσοστό
Εως 1 χρόνο	5	21,74
2 χρόνια	2	8,70
3 χρόνια	3	13,04
4 χρόνια	5	21,74
5 χρόνια	4	17,39
Πάνω από 5 χρόνια	1	4,35
Δεν απάντησαν	3	13,04
<b>Σύνολο</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>

## Πίνακας 7

Γνωρίζετε τί υπηρεσίες προσφέρει η Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία;

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	14	28,57
Οχι	35	71,43
Σύνολο	49	100,00

## Πίνακας 8

Εχετε παραπέμψει ποτέ ασθενή σας στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας;

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	10	20,41
Όχι	39	79,59
Σύνολο	49	100,00



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

Ερωτήσεις από το ιστορικό της Ι.Υ. του Κ.Ψ.Υ. Πάτρας που επιλέχθηκαν για την έρευνα.

---

## ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### 1. ΦΥΛΟ

Αντρας

Γυναίκα

### 2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

### 3. ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ :

Παιδίατρο ή Παιδιατρικό Νοσοκομείο 1

Κοινωνικοί Λειτουργοί Κοινωνικών Υπηρεσιών 2

Σχολείο 3

Ειδικό Σχολείο 4

Γνωστοί - Συγγενείς 5

Γονείς εξ ιδίων 6

Δικαστήριο Ανηλίκων 7

Διάφορα (Ψυχίατροι κ.λ.π.) 0

### 4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

### 5. ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΜΕΓΑΛΩΣΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ (ΔΗΛΑΔΗ ΠΟΥ ΕΜΕΙΝΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΑ 13 ΤΟΥ)

Σε χωριό (2000 κατ.) 1

Σε κωμόπολη (2001 - 9999 κατ.) 2

Σε πόλη (10000 - 79000 κατ.) 3

Σε μεγάλη πόλη (80000 και άνω) 4

Στη Θεσσαλονίκη 5

Σε προάστιο της Θεσσαλονίκης 6

Στην Αθήνα ή στον Πειραιά 7

Σε προάστιο της Αθήνας ή του Πειραιά 8

Σε πόλη του εξωτερικού 9

**6. ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΕΖΗΣΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 16 ΕΤΩΝ**

Εζησε και με τους δυο γονείς	1
Εζησε μόνο με την μητέρα του	2
Εζησε μόνο με τον πατέρα του	3
Εζησε με τη μητέρα του και τον πατριό του	4
Εζησε με τον πατέρα του και τη μητριά του	5
Εζησε με συγγενείς	6
Εζησε με θετούς γονείς	7
Εζησε σε πολλές θετές οικογένειες	8
Εζησε σε ίδρυμα	9
Αγνωστο	10
Άλλο, κατονομάστε	0

**7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ**

(Σημειώστε έναν αριθμό ανάλογα με τον παρακάτω πίνακα)

1. Του πατέρα

2. Της μητέρας

Ανειδίκευτος εργάτης ή κατώτερος υπάλληλος	1
Γεωργός	2
Τεχνίτης - Επαγγελματίας ή Υπάλληλος	3
Υπάλληλος απόφοιτος Γυμνασίου ή Ανώτερης ή Τεχνικής Σχολής	4
Μικροεπιχειρηματίας με δικό του κατάστημα	5
Καλλιτέχνης	6
Επιστήμονας, Δημόσιος ή Ιδιωτικός Υπάλληλος	7
Επιστήμονας με ελεύθερο επάγγελμα	8
Οικιακά	9
Άνεργος - Αεργος	10
Αγνωστο	11
Άλλο , κατονομάστε	0

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Δεν διαπιστώθηκε καμία ανωμαλία	1
Μη φυσιολογική	2
Δεν έγινε	3

### 2. ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Σημειώστε όσα ισχύουν)

Δεν υπάρχουν στοιχεία	1
Λοιμώδες νόσημα (Εκτός από τα συνήθη παιδικά νοσήματα)	2
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος.	3
Διαταραχές του κυκλοφοριακού συστήματος	4
Αιματολογικά νοσήματα και νοσήματα σπληνός	5
Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος	6
Μεταβολικές διαταραχές	7
Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος	8
Διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος	9
Αφροδίσια νοσήματα	10
Αλλεργικά νοσήματα	11
Νοσήματα του δέρματος	12
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	13
Διαταραχές του κινητικού συστήματος	14
Βλάβες από χημικές ουσίες (π.χ. βιομηχανικές ουσίες κα)	15
Βλάβες από φυσικά αίτια (αυτοκινητιστικά δυστυχήματα , πτώση από μπαλκόνι , κεραυνός , κλπ) , κατονομάστε	16
Άλλο , κατονομάστε	17
Κανένα	0

**ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΙΘΑΝΩΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (που διαπιστώθηκαν μετά από ιατρική εξέταση)**

**3. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ (Σημειώστε όσα ισχύουν)**

Σπασμοί ή τικ	1
Κράμπες	2
Τρέμουλο	3
Ραιβόκρανο	4
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	5
Άλλο , κατονομάστε	6
Καμία	0

**4. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ (Σημειώστε όσα ισχύουν)**

Ναυτία και έμετοι	1
Αίσθημα καύσου στο στομάχι	2
Δυσκοιλιότητα	3
Διάρροια	4
Ευερέθιστο στομάχι	5
Έλκος	6
Ελκώδης κολίτιδα	7
Εγκόπριση	8
Άλλο , κατονομάστε	9
Καμία	0

**5. ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Σημειώστε όσα ισχύουν)**

Ενούρηση	1
Πολυουρία	2
Δυσουρία και κατακράτηση ούρων	3
Δυσπαρέυνεια	4
Δυσμηνόρροια	5
Ολιγομηνόρροια	6
Αμηνόρροια	7

Αλλο , κατονομάστε	8
Καμία	0
6. ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Σημειώστε όσα ισχύουν)	
Ιλιγγος	1
Αλλο , κατονομάστε	2
Καμία	0

Ερωτηματολόγιο για παιδίατρος

1. Γνωρίζετε ότι λειτουργεί στην Πάτρα Κέντρο Ψυχικής Υγείας;
  - Ναί .....
  - Όχι .....
2. Σε περίπτωση ΝΑΙ , από πότε;
  - .....
3. Γνωρίζετε τί υπηρεσίες προσφέρει αυτό το Κέντρο για τα παιδιά και τους εφήβους;
  - Ναί .....
  - Όχι .....
4. Για την ύπαρξη και λειτουργία του, πώς έτυχε να ενημερωθείτε;
  - α. Από επίσημο έγγραφο που μου εστάλει .....
  - β. Από το ραδιόφωνο .....
  - γ. Από εφημερίδα .....
  - δ. Από Κοινωνικό Λειτουργό .....
  - ε. Από εργαζόμενο του Κέντρου .....
  - στ. Εντελώς τυχαία .....
  - ζ. Δεν έχω ενημερωθεί .....
5. Έχετε παραπέμψει ποτέ κάποιον ασθενή σας στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας;
  - Ναί .....
  - Όχι .....
6. Εάν ΝΑΙ , είχατε καλή συνεργασία με το Κέντρο;
  - α. Εμείνα ευχαριστημένος .....
  - β. Δεν έμεινα ευχαριστημένος .....
7. Εάν ΟΧΙ , ποιοί ήταν οι λόγοι;
  - α. Δεν γνωρίζω την ύπαρξή του .....
  - β. Δεν γνωρίζω σε ποιά ακριβώς περιστατικά απευθύνεσθε ....
  - γ. Είμαι πολύ προσεχτικός , όταν πρόκειται να συστήσω στους

γονείς, κάτι που άπτεται της ψυχικής υγείας του παιδιού...

δ. Φοβάμαι μήπως χάσω την επαφή μου με το παιδί .....



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'

**Συνέντευξη που δόθηκε από την Κα Αναστ.Γεωργούλη - Κούκου (Παιδίατρος Αμ. Επίκουρος Καθηγήτρια Παιδιατρικής) στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής στις 20 - 10 - 1992**

---

Η Κα Γεωργούλη Κούκου σ'αυτή τη συνέντευξη ανέφερε, ότι σήμερα είναι γνωστό, εφ'όσον η επιστήμη το έχει αποδείξει θεωρητικά, πειραματικά, φιλοσοφικά και εργαστηριακά, πως οι βάσεις για τη σωματική, πνευματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου, ως σύνολο, μπαίνουν στα 3 - 5 πρώτα χρόνια της ζωής και καθορίζουν τη μετέπειτα συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του καθενός μας, σε μεγάλο ποσοστό. Είναι γνωστό, ότι το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνουμε και ωριμάζουμε, παίζει σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτήρα μας, πολύ μεγαλύτερο από την κληρονομικότητα, γιατί ο βασικός τρόπος με τον οποίο μαθαίνουμε είναι η μίμηση των πράξεων, των λέξεων και των μνημάτων που δεχόμαστε από το περιβάλλον.

Επίσης είναι γνωστό, όπως αναφέρει η Κα Γεωργούλη - Κούκου ότι η πρόληψη μιας διαταραχής στη φυσιολογική εξέλιξη ενός παιδιού είναι πολύ πιο αποτελεσματική, έξυπνη και λογική πράξη από τη θεραπεία της. Φυσικά όταν η επιστήμη γνωρίζει πως να προλάβει. Και σήμερα γνωρίζει.

Σύμφωνα με την Κα Γεωργούλη - Κούκου, υπάρχει μια άλλη επιστημονική αλήθεια. Οτι με τη σημερινή εξέλιξη της επιστήμης, κανένας κλάδος της, δεν μπορεί και δεν πρέπει να αγνοεί ή να παραγνωρίζει την ανάγκη της συνεργασίας με τις άλλες σχετικές ειδικότητες.

Ο Παιδίατρος, που είναι χρονικά ο πρώτος φυσικός σύμβουλος της οικογένειας και παραμένει σύμβουλος της για όλα τα χρόνια της ανάπτυξης ενός ανθρώπου, δηλαδή μέχρι και την ήβη, καλεί-

ται να εκτελέσει έναν νέο ωραίο ρόλο. Δηλαδή σε συνεργασία τα πρώτα χρόνια με τους γονείς και μετά τους γονείς , τους δασκάλους, τους ψυχολόγους κλπ. καλείται να βάλει τις βάσεις της υγείας των παιδιών και να υπερασπιστούν όλοι μαζί το δικαίωμά τους , για μια ευτυχισμένη ζωή.

Η πιο δύσκολες στιγμές, που αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι, είναι οι πρώτοι μήνες της ζωής με το παιδί τους , όταν το ζευγάρι είναι αναγκασμένο να αντιμετωπίσει μία πραγματικότητα , για την οποία συνήθως γνωρίζει ελάχιστα πράγματα. Στη φάση αυτή , η παρουσία του παιδίατρο, που με αγάπη και κατανόηση θα βοηθήσει τους γονείς να μην απογοητευθούν , να μη νοιώσουν ελλειπείς , να μην ξεκινήσουν τη σχέση τους με το παιδί τους σε λάθος βάση να μην έχουν τύψεις και ενοχές , ότι δήθεν κάτι δεν κάνουν σωστά , είναι σημαντική.

Ο Παιδίατρος είναι αυτός που μπορεί να διαβεβαιώσει τους γονείς , ότι το παιδί από πάρα πολύ μικρό καταλαβαίνει σχεδόν τα πάντα και ότι πάνω απ'όλα αναζητάει την αγάπη, την τρυφερότητα και την αποδοχή των γονέων του, αδιαφορώντας για άλλου είδους μικροπαραλείψεις. Ο Παιδίατρος είναι αυτός που μπορεί να βοηθήσει , ώστε το μέγιστο ενός παιδιού να είναι και μια ωραία διασκέδαση και εμπειρία. Οσο μεγαλώνει όμως το παιδί , ο παιδίατρος παύει να είναι ο μοναδικός σύμβουλος και η συνεργασία του με το δάσκαλο , τον ψυχολόγο , τον κοινωνικό λειτουργό , είναι απαραίτητη και σημαντική. Αν αυτή η συνεργασία των ειδικών για το παιδί ήταν συνεχής και σωστή , σε όλο τον κόσμο φυσικά , όχι μόνο στην Ελλάδα , πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε σήμερα , θα μπορούσαμε να τα είχαμε προλάβει και αν αυτό το ξεκινήσουμε από εδώ και πέρα , πολλά προβλήματα μπορούμε να τα

διορθώσουμε.

Αναφορικά με την πρόληψη , η Κα Γεωργούλη - Κούκου, υποστηρίζει ότι τα τελευταία χρόνια όλο και πιο πολύ αναπτύσσεται η πεποίθηση , ότι η πρόληψη είναι η πιο σωστή ιατρική πράξη και ότι η πρόληψη δεν είναι μόνο ότι προλαβαίνουμε με τα εμβόλια , αλλά και ότι αφορά τη σωστή πνευματική , ψυχική και σωματική υγεία του ανθρώπου. Κάτι που αφορά από κοινού την πολιρεία, τους γιατρούς, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους δασκάλους και τους γονείς.

Η ιδέα της πρόληψης και όχι μόνο της έγκαιρης διάγνωσης και καλύτερης θεραπείας των ασθενειών , πρέπει να γίνει ο πρωταρχικός σκοπός της ιατρικής γενικά , αλλά κυρίως της παιδιατρικής. Ο ρόλος των παιδιάτρων είναι να καταφέρουν να κάνουν κτήμα του καθενός , το τι και πως μπορούμε να προλάβουμε. Σχεδόν όλοι οι παιδίατροι κάνουν προληπτική παιδιατρική , τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών , αφού οι γονείς φέρνουν συχνά τα παιδιά τους στον παιδίατρο για τα εμβόλια , δηλαδή όταν το παιδί είναι καλά.

Μετά την ηλικία αυτή , κατά την Κα Γεωργούλη - Κούκου , οι γονείς συνήθως , πηγαίνουν στον Παιδίατρο , μόνο όταν το παιδί τους είναι άρρωστο , οπότε βέβαια, τις πιο πολλές φορές δεν είναι δυνατόν να γίνει και σωστός έλεγχος της πνευματικής και της ψυχικής εξέλιξης του παιδιού. Η Παγκόσμια οργάνωση υγείας και οι Παιδίατροι όλου του κόσμου πιστεύουν, ότι αυτό δεν είναι πιά αρκετό για να προληφθούν πάρα πολλές διαταραχές της ψυχοσωματικής και της πνευματικής υγείας του παιδιού.

Η πρόταση αυτή για προληπτική εξέταση των παιδιών , αρχικά φαίνεται σαν μια απλή επέκταση της ιδέας του περιοδικού προλη-

πτικού ελέγχου των ενηλίκων , του γνωστού σε όλους μας τσεκ-απ. Στην πραγματικότητα όμως , είναι κάτι πολύ περισσότερο , γιατί όσο νωρίτερα διαπιστωθεί μία παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια τόσο καλύτερο είναι το τελικό αποτέλεσμα για όλη τη μετέπειτα ζωή του παιδιού.

Η άποψη αυτή , της προληπτικής παρακολούθησης , όπως αναφέρει η Κα Γεωργούλη - Κούκου , της υγείας των παιδιών , έχει γίνει αποδεκτή εδώ και 4 - 5 χρόνια από το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ετσι σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έχει εφαρμοσθεί τα τελευταία χρόνια ο υποχρεωτικός έλεγχος της υγείας των παιδιών στα σχολεία.

Πολλές διαταραχές της ψυχοσωματικής και της πνευματικής υγείας του παιδιού , θα είχαν προληφθεί , αν υπήρχε, μία πιο συχνή και πλήρης ιατρική παρακολούθηση , εάν η διάγνωση είχε γίνει έγκαιρα και είχε εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία καθώς επίσης η κατάλληλη ενημέρωση των γονέων.

Η Κα Γεωργούλη - Κούκου τέλος υποστηρίζει , ότι πολλά προβλήματα υπάρχουν , αλλά υπάρχουν και λύσεις και μία από τις πιο αποτελεσματικές θα μπορούσε να είναι η συνεργασία όλων αυτών αγαπούν τα παιδιά και έχουν ως δουλειά τους τα παιδιά.

Συνέντευξη που δόθηκε από την Κα Θωμαΐδου Λωρέττα (Παιδίατρος Αναπτυξιακής Παιδιατρικής - Επιμελήτρια Α' Παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών) στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής στις 21-10-1992

---

Η Κα Θωμαΐδου στην συνέντευξη αυτή , αρχικά ανέφερε, ότι είναι απαραίτητο και σημαντικό να ελέγχεται συστηματικά και περιοδικά η εξέλιξη των παιδιών σε διάφορες ηλικίες , καθώς γνωρίζουμε , ότι η φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών περνά από γνωστά και καθορισμένα στάδια , κάθε ένα από τα οποία χαρακτηρίζεται από την απόκτηση νέων ικανοτήτων. Τις ικανότητες αυτές οφείλουμε να τις γνωρίζουμε, ούτως ώστε έγκαιρα να αντιμετωπίζουμε κάθε παρέκκλιση ανάπτυξης των παιδιών από το φυσιολογικό.

Στην συνέχεια η Κα Θωμαΐδου αναφέρθηκε στην Αναπτυξιακή Παιδιατρική , για την οποία είπε , ότι είναι μία καινούρια υποειδικότητα της Παιδιατρικής , που ασχολείται και μελετά με λεπτομέρεια όλα τα στάδια της κινητικής , πνευματικής , γλωσσικής , αισθητηριακής και κοινωνικής ωρίμανσης και εξέλιξης των παιδιών από την γέννησή τους μέχρι την πλήρη τους ανάπτυξη. Κύριος στόχος της , είναι να εξασφαλίσει όχι μόνο την σωματική , αλλά και τη διανοητική υγεία των παιδιών. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρώιμη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των παιδιών εκείνων , που εμφανίζουν προβλήματα στις λειτουργίες της όρασης , της ακοής , της νόησης , του λόγου , της ομιλίας , της κινητικότητας και της συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με την Κα Θωμαΐδου υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα στις λειτουργίες αυτές , που πρέπει ν'ανησυχούν τους γονείς , ώστε γρήγορα και έγκαιρα να συμβουλευθούν τον παιδίατρό τους ή τον ειδικό , ο οποίος μετά από προσεκτική εξέταση του παιδιού , θα

τους συμβουλεύσει κατάλληλα.

Στην όραση, οι γονείς πρέπει να ανησυχούν όταν το νεογέννητο (4 - 5 εβδομάδων) δεν κοιτάζει τη μητέρα του καθώς το ταιζει ή δεν παρακολουθεί με το βλέμμα του το πρόσωπό της , όταν του μιλάει. Πρέπει να ανησυχήσουν όταν παρατηρήσουν παράξενες κυκλικές κινήσεις στα μάτια του. Όταν εμφανίζει λευκά στίγματα στο κέντρο της κόρης του ματιού και όταν παρουσιάζει στραβισμό, δηλαδή όταν το ένα ή και τα δύο μάτια , ξεφεύγουν από τη μέση γραμμή.

Στην λειτουργία της ακοής , οι γονείς πρέπει να ανησυχήσουν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού , στις εξής περιπτώσεις. Στο νεογέννητο , αν δεν τρομάζει σε δυνατούς θορύβους (π.χ. στο δυνατό κλείσιμο της πόρτας), ή δεν αντιδρά στους καθημερινούς θορύβους του σπιτιού (ηλεκτρική σκούπα, πλυντήριο, ραδιόφωνο κλπ) Επίσης αν δεν αντιλαμβάνεται την παρουσία των γονέων του κοντά στο κρεβάτι του και δείχνει ξαφνιασμένο , όταν απότομα δει το πρόσωπό τους.

Στο μικρό βρέφος , πρέπει να ανησυχήσουν (για την ακοή του) αν δεν γυρίζει το κεφάλι , για να εντοπίζει τους θορύβους και αν δεν ανταποκρίνεται , όταν ακούει το όνομά του. Στην νηπιακή και παιδική ηλικία , ανησυχητικά συμπτώματα , είναι, όταν καθυστερεί να μιλήσει, όταν κάνει συχνά ή σοβαρά επεισόδια ωτίτιδας όταν αρρωστήσει από σοβαρά νοσήματα , όπως μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα ή παιδικές αρρώστιες (ιλαρά , παρωτίτιδα) , όταν είναι ιδιαίτερα ανυπάκουο και υπερκινητικό , όταν έχει μαθησιακές δυσκολίες. Σχετικά με την λειτουργία της ακοής , η Κα Θωμαΐδου τόνισε , ότι θα πρέπει να γίνεται προληπτικός έλεγχος, στα παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα με ίκτερο ή με μικρό σωματικό βάρος , κα-

θώς επίσης και όταν στο οικογενειακό περιβάλλον τους , υπάρχει ιστορικό βαρηκοΐας ή κώφωσης .

Σύμφωνα με την Κα Θωμαΐδου στον τομέα του λόγου και της ομιλίας ανησυχητικά συμπτώματα , για την ανάπτυξή του είναι , όταν το παιδί είναι ενός έτους και δεν λέει επαναλαμβανόμενες συλλαβές(π.χ. μα - μα - μα κ.λ.π.), όταν είναι 16 μηνών και δεν λέει καμία λέξη με νόημα , όταν είναι 2,5 χρονών και λέει λιγότερες από 6 λέξεις , όταν είναι 2,5 χρονών και δεν σχηματίζει μικρές φράσεις δύο λέξεων (π.χ. μαμά νάνι κ.λ.π.), όταν είναι 3 χρονών και χρησιμοποιεί πολύ λίγες φράσεις. Επίσης ανησυχητικό είναι, όταν είναι 3 χρόνων και η ομιλία του δεν είναι κατανοητή από τους γονείς του , όταν 3,5 χρονών και η ομιλία του δεν είναι κατανοητή σε ξένους , έστω κι αν οι γονείς καταλαβαίνουν τι θέλει να πει , όταν είναι μεγαλύτερο από 4 χρονών και έχει δυσκολία να προφέρει σωστά όλα τα σύμφωνα.Ακόμη όταν είναι 5 χρόνων και ο ρυθμός της ομιλίας είναι διακεκομμένος(κεκεδίζει) και αν έχει ιδιαίτερα βραχνή φωνή.

Στον τομέα της κινητικότητας , λόγοι ανησυχίας υπάρχουν, όταν το παιδί είναι 3 μηνών και δεν στηρίζει καλά το κεφάλι του, αν είναι 10 μηνών και δεν στηρίζεται στα πόδια του, αν είναι 16 μηνών και δεν περπατά μόνο του , αν είναι 2 χρόνων και δεν ανεβαίνει σκαλοπάτια , αν είναι 4 χρόνων και σκοντάφτει και πέφτει εύκολα.

Στον τομέα της συμπεριφοράς , η Κα Θωμαΐδου αναφέρει , ότι οι γονείς πρέπει ν' ανησυχήσουν για τη συμπεριφορά του παιδιού τους αν είναι 1 έτους και συνεχίζει να βάζει όλα τα αντικείμενα στο στόμα του, αν είναι 18 μηνών και συνεχίζει να πετάει συστηματικά αντικείμενα στο πάτωμα , αν έχει συχνές και έντονες



εκρήξεις θυμού , αν είναι επιθετικό , δηλαδή χτυπάει ή δαγκώνει τους γονείς του ή άλλα άτομα χωρίς ιδιαίτερο λόγο. Επίσης ανησυχητικό είναι όταν διασπά συνεχώς το παιχνίδι των άλλων παιδιών , με αποτέλεσμα να μη το κάνουν παρέα , όταν απομονώνεται και αποσύρεται συστηματικά σε κάποια γωνιά του σπιτιού και ασχολείται μονότονα με κάποιο αντικείμενο. Όταν είναι 2 χρόνων και εμφανίζει έντονη και διαρκή υπερκινητικότητα (δεν μένει στιγμή ακίνητο ούτε για να φάει ή να παίξει) και δεν μπορεί να διατηρήσει την προσοχή του σε κάτι , περισσότερο από 1 λεπτό.

Όπως ανέφερε η Κα Θωμαΐδου στην συνέντευξη αυτή , λιγότερο σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς, που μολονότι ενοχλούν τους γονείς , κατά κανόνα δεν υποδηλώνουν προβλήματα στην ανάπτυξη,είναι όταν έχει παράξενες συνήθειες στον ύπνο, όταν έχει ιδιοτροπίες σχετικές με τα γεύματα ή το φαγητό , όταν έχει επίμονη και απαιτητική συμπεριφορά , όταν παρουσιάζει υπερκινητικότητα σε ορισμένες μόνον καταστάσεις και όταν έχει φοβίες για δύσμορφα ή παράξενα αντικείμενα.

Τέλος η Κα Θωμαΐδου τόνισε ότι , εάν οι γονείς παρατηρήσουν κάποιο από τα παραπάνω ανησυχητικά σημεία θα πρέπει να απευθυνθούν στον παιδίατρό τους.Αυτός αφού εξετάσει προσεχτικά το παιδί, θα τους συμβουλέψει κατάλληλα τι θα πρέπει να κάνουν, ούτως ώστε έγκαιρα να αντιμετωπισθεί η οποιαδήποτε διαταραχή της ανάπτυξης του.

Συνέντευξη που δόθηκε από τον Κον Δημοσθένη Δαμιανό (Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών και Επιμελητή Παιδιατρικού τμήματος Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών) , στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, στις 22 - 10 - 92.

---

Σύμφωνα με τον Κο Δαμιανό , νυχτερινή ενούρηση, θεωρείται η κατάσταση εκείνη που το παιδί συνεχίζει να βρέχεται στον ύπνο του και μετά την ηλικία των 5 χρόνων. Η ενούρηση τα πρώτα χρόνια της ζωής είναι φυσιολογικό φαινόμενο , ενώ από την ηλικία των 3 χρόνων , πάνω από τα μισά παιδιά ελέγχουν την κύστη τους.

Η συχνότητα της ενούρησης για τα παιδιά ηλικίας 5 χρόνων είναι 12% , στην ηλικία των 10 χρόνων περίπου 9% και στην ηλικία των 18 χρόνων 1%. Βέβαια , πρέπει ν' αναφερθεί μία διάκριση που γίνεται στην νυχτερινή ενούρηση , επισημαίνει ο Κο Δαμιανός. Η νυχτερινή ενούρηση , διακρίνεται σε πρωτοπαθή , δηλαδή όταν το παιδί δεν έχει σταματήσει να βρέχεται και σε δευτεροπαθή , κατά την οποία το παιδί ενώ είχε σταματήσει να βρέχεται , μετά από μερικούς μήνες ή ακόμα και χρόνια ξαναπαρουσιάζει το πρόβλημα.

Η διάκριση αυτή θεωρείται σημαντική, γιατί ενώ στην πρωτοπαθή ενούρηση υπάρχει πιθανότητα (3% των περιπτώσεων) να υπάρχει παθολογική αιτία όπως λοιμώξεις, ανωμαλίες ουροποιητικού συστήματος , σακχαρώδης διαβήτης κ.λ.π, στη δευτεροπαθή ενούρηση τα αίτια είναι πάντα ψυχολογικά.

Έχει διαπιστωθεί, αναφέρει ο Κο Δαμιανός ότι υπάρχει κληρονομική προδιάθεση στη νυχτερινή ενούρηση. Αν και οι δύο γονείς είχαν το πρόβλημα , τότε το παιδί έχει πιθανότητα εμφάνισης της ενούρησης σε ποσοστό 77%,όμως αν μόνο ο αδερφός έχει το πρόβλημα το ποσοστό είναι περίπου 25%.

Κατά τον Κο Δαμιανό , σημαντικό είναι να συνειδητοποιήσει η

οικογένεια αλλά και το ίδιο το παιδί ότι το πρόβλημα είναι παροδικό και δεν λύνεται με τιμωρία , είτε σωματική, είτε ψυχική. Η αισιοδοξία που πρέπει να εμφυσήσει ο παιδίατρος τους ενισχύει την προσπάθεια τους για τη λύση του προβλήματος.

Πρέπει να γίνει προσπάθεια , να καταλάβει το παιδί το πρόβλημα , ν' απαλλαγεί από τις ενοχές του , αποκτώντας εμπιστοσύνη στον εαυτό του ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει την νυχτερινή ενούρηση. Επίσης θα πρέπει να επιβραβεύεται για όλες τις προσπάθειές του.Στις περιπτώσεις που έπειτα από μία πετυχημένη θεραπεία , επανέλθει το πρόβλημα , τότε η προσπάθεια θα πρέπει να επαναλαμβάνεται με υπομονή και επιμονή.

Συνέντευξη που δόθηκε από τον Κον Σ. Παντελάκη (Υφηγητής Διευθυντής Παιδιατρικής κλινικής του Νοσοκομείου Αγ.Σοφία) στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, στις 22 - 12 - 92.

Ο Κος Παντελάκης σ'αυτή τη συνέντευξη , ανέφερε ότι σήμερα στη χώρα μας, έχει γίνει πρόοδος στα θέματα της Κοινωνικής Παιδιατρικής. Όταν λέμε Κοινωνική Παιδιατρική , σύμφωνα με τον Κον Παντελάκη , εννοούμε την επιστήμη που εξετάζει πως επηρεάζεται η υγεία των παιδιών από τις συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν και από τις σχέσεις τους με τα διάφορα μέλη της και τις διάφορες κοινωνικές επιδράσεις. Ιδιαίτερα πρέπει να τονισθεί ότι οι μητέρες είναι οι πρώτες και οι πιο σπουδαίες επαφές. Ακολουθούν οι οικογένειες οι παιδικοί σταθμοί και τα σχολεία.

Πρωτοπόρος στα θέματα Κοινωνικής Παιδιατρικής στη χώρα μας ήταν ο Σπύρος Δοξιάδης , με την ίδρυση του Κέντρου Βρεφών " Η ΜΗΤΕΡΑ"(1955), που στόχο του είχε να καλύψει τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του παιδιού.

Τέλος , ο Κος Παντελάκης , τόνισε ότι σήμερα υπάρχει συνεργασία παιδίατρου , ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού , γιά να αντιμετωπισθούν τα ψυχολογικά προβλήματα του παιδιού.

Συνέντευξη που δόθηκε από την παιδοψυχολόγο Αλεξ. Καππάτου, στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, στις 23 - 10 - 92.

Η Κα Καππάτου υποστηρίζει, ότι όταν μιλάμε για κατάθλιψη αναφερόμαστε στις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες η κακή διάθεση ενός παιδιού διαρκεί μεγάλο διάστημα, το παιδί δεν μπορεί να χαρεί και ο ύπνος του είναι ιδιαίτερα ανήσυχος. Όταν η λύπη, η δυσφορία και η αδιαφορία του για όλα, απεικονίζονται στο πρόσωπο και τη συμπεριφορά του, είναι "κλεισμένο" ερμητικά στον εαυτό του και τα βλέπει όλα μαύρα και δύσκολα.

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει, ότι όταν το παιδί έχει κακή διάθεση ή ζει μια δυσάρεστη φάση και φαίνεται στενοχωρημένο, πάσχει οπωσδήποτε και από κατάθλιψη, λέει η Κα Καππάτου.

Δυστυχώς πολλές φορές το πρόβλημα δεν εντοπίζεται έγκαιρα ή γίνεται αντιληπτό μόνο όταν οι γονείς ζητούν τη βοήθεια του ειδικού για άλλους λόγους π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, ανορεξία. Η αναγνώριση της κατάθλιψης αναφέρει η Κα Καππάτου γίνεται δύσκολα στις μικρές ηλικίες.

Βασικές ενδείξεις της κατάθλιψης αποτελούν, η τάση του παιδιού να υποτιμά και να απορρίπτει τον εαυτό του και τις δυνατότητές του συνεχώς, που εμφανίζεται με την μορφή των επαναλαμβανόμενων διαπιστώσεων "δεν ξέρω", "δεν μπορώ", "δεν τα καταφέρνω". Η άρνησή του εκτείνεται σε όλες τις δραστηριότητές του. Το παιδί φαίνεται ατημέλητο, αδιαφορεί για την εξωτερική του εμφάνιση, δείχνει ανίκανο να φροντίσει τον εαυτόν του. Συχνά αισθάνεται ότι δεν το αγαπούν, γίνεται παθητικό και έχει μια εμφανή υποταγή στους συνομηλίκους του και στους ενήλικους.

Είναι "κλεισμένο" στον εαυτό του, έχει δυσκολία να παίξει

με άλλα παιδιά , απομακρύνεται από τους φίλους του και αδυνατεί να δημιουργήσει καινούριες σχέσεις , αναφέρει η Κα Καππάτου.

Παρουσιάζει δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην απομνημόνευση. Δεν είναι σπάνια η αδιαφορία του για τις σχολικές επιδόσεις και η άρνησή του να πάει σχολείο. Πολλές φορές η συμπεριφορά του καταλήγει σε σχολική αποτυχία. Η σχολική φοβία μπορεί να αποκαλύψει μία κατάσταση κατάθλιψης. Με την κατάθλιψη συνδέονται η ανορεξία , οι διαταραχές στον ύπνο , η συχνή ενούρηση , το έκζεμα , το άσθμα , η παχυσαρκία και οι ημικρανίες.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις , τονίζει η Κα Καππάτου , που το παιδί παρουσιάζει μία τελείως διαφορετική εικόνα, από αυτήν που έχει αναφερθεί , που πολλές φορές οι γονείς δεν μπορούν να την εξηγήσουν. Δηλαδή το παιδί δείχνει μία συνεχή επιθετικότητα στους άλλους, είναι νευρικό , ανυπάκουο και ευερέθιστο, συμπεριφέρεται παράτολμα και προκλητικά και αυτοτραυματίζεται συνεχώς. Πίσω από όλα αυτά μπορεί να κρύβεται η κατάθλιψη. Το παιδί δίνει την εντύπωση ότι επιδιώκει την τιμωρία από τους γονείς σαν εξιλέωση για μια φανταστική ενοχή που συνέχεια είναι παρούσα. Σε άλλες περιπτώσεις λέει ότι θέλει να πεθάνει, σαν μία μορφή τιμωρίας προς τους γονείς του.

Συνηθισμένες είναι αυτές οι διαταραχές της συμπεριφοράς στα παιδιά σχολικής ηλικίας , συνεχίζει η Κα Καππάτου , όπως και τα ψέμματα , οι κλοπές και ο αναίτιος θυμός. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σπάνιες στα παιδιά και παρουσιάζονται κυρίως στους εφήβους.

Όπως λέει η Κα Καππάτου , δεν έχει βρεθεί ακόμα επαρκής αιτιολογία κατάθλιψης. Αν μελετήσουμε την οικογένεια των καταθλιπτικών παιδιών , συχνά θα δούμε ένα γονιό , κυρίως τη μητέρα να

έχει κατάθλιψη. Ωστόσο δεν είναι βέβαιο, ότι ένα παιδί που έχει καταθλιπτικούς γονείς αναγκαστικά θα είναι και το ίδιο καταθλιπτικό. Αν κοιτάξουμε το ιστορικό καταθλιπτικών παιδιών, θα δούμε να υπάρχει χωρισμός ή απομάκρυνση γονιών , ο θάνατος του γονιού, του παππού ή της γιαγιάς ή άλλου αγαπημένου προσώπου.

Η παιδική κατάθλιψη αντιμετωπίζεται κυρίως με ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στο παιδί αλλά και στην οικογένεια, με στόχο να αποκτήσει το παιδί εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να κινητοποιηθεί. Η επιτυχία ή όχι της θεραπείας , συνεχίζει η Κα Καππάτου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συμμετοχή και τη καλή συνεργασία της οικογένειας με τον ειδικό. Βέβαια πρέπει να τονισθεί , ότι επειδή η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη , γι' αυτό ο γονιός δεν πρέπει να διστάζει να ζητήσει την βοήθεια του ειδικού όταν ανησυχεί για την συμπεριφορά του παιδιού του.

**Συνέντευξη που δόθηκε από τον Κο Φρίμα (Παιδίατρος Πανεπιστημιακής κλινικής Νοσοκομείου Ρίου) στην ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής , στις 11- 12- 92 .**

---

Ο Κοσ Φρίμας στην συνέντευξη αυτή, ανέφερε ότι η βασική αιτία παιδικών διαταραχών είναι η οργανική και θεωρεί πως με την εξέλιξη της Παιδιατρικής σήμερα γίνεται πιο αισθητή η άποψη του Αφού εξετάσουν το παιδί σωματικά και αποκλίσουν την οργανική αιτία , τότε μόνο προχωρούν στην ψυχολογική εξέταση. Μας τόνισε πως όταν υπάρχει ψυχολογικό πρόβλημα παραπέμπουν τα περιστατικά σε παιδοψυχιάτρους της κλινικής.

Όσον αφορά την ειδικότητα της Παιδιατρικής , ο Κοσ Φρίμας μας ανέφερε , ότι δεν υπάρχει μάθημα ψυχιατρικής , όμως οι ειδικευόμενοι παιδίατροι μπορούν να παρακολουθούν ανάλογα σεμινάρια που πραγματοποιούνται στον χώρο της κλινικής.



**Συνέντευξη που δόθηκε από τον Κο Ν.Μπεράτη (Διευθυντής Παι-  
διατρικής Πανεπιστημιακής κλινικής Νοσοκομείου Ρίου) στην  
ομάδα μελετητών της εργασίας αυτής, στις 14 - 12 - 92.**

---

Ο Κο Μπεράτης στην συνέντευξη αυτή , ανέφερε ότι δεν υπάρ-  
χει μάθημα ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο. Σήμερα υπολλείπεται  
τόσο η εκπαίδευση όσο και η προσπάθεια των φοιτητών για μάθηση.  
Διδάσκονται στοιχεία ψυχολογίας και κάνουν και κλινική άσκηση.  
Μόλις όμως , τελειώσουν τις σπουδές τους , ξεμακραίνουν , απο-  
μακρύνονται και ο καθένας εφαρμόζει τον δικό του τρόπο αντιμε-  
τώπισης των περιπτώσεων , ο οποίος παρουσιάζει αποκλίσεις από  
γιατρό σε γιατρό, που οφείλονται στο προσωπικό του στοιχείο.

Συγκεκριμένα , για τους ειδικευόμενους παιδιάτρους μας είπε  
πως περνούν από όλα τα τμήματα της πανεπιστημιακής κλινικής.Κά-  
θε μέρα γίνεται ένα μάθημα παιδιατρικής κυρίως από ψυχολόγους  
με ιδιαίτερη έμφαση στα ψυχολογικά προβλήματα. Σκοπός του είναι  
η ευαισθητοποίησή τους , αλλά το τελικό προϊόν εξαρτάται από  
την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του ατόμου που γίνεται για-  
τρός.

Όσον αφορά το έργο του παιδιάτρου ο Κο Μπεράτης μας δήλωσε  
ότι κυρίως αγνοούν την οργανική αιτία των ψυχιατρικών νοσημάτων  
γι'αυτό αρχίζουν την εξέταση του παιδιού από αυτό που βλέπουν.  
Στη συνέχεια τόνισε , ότι αποτελεί υποχρέωση του παιδιάτρου η  
εξερεύνηση του ψυχικού κόσμου του παιδιού. Οφείλει να αποκλίσει  
την οργανική αιτία κάνοντας όλες τις εξετάσεις.Όταν διαπιστώσει  
ότι δεν οφείλεται σε οργανική αιτία, τότε παραπέμπει και συνεργ-  
γάζεται με άλλους ειδικούς.

Στην Ελλάδα υπάρχουν γιατροί οργανιστές που πιστεύουν ότι  
όλες οι νόσοι οφείλονται σε οργανική αιτία. Σύμφωνα με τον Κο

Μπεράτη , αυτές οι ριζοσπαστικές θέσεις υπάρχουν στην χώρα μας γιατί δεν υπάρχει κάποιος για να ελέγχει , αλλά και κανείς δεν δέχεται να ελεγχθεί. Ο ίδιος πιστεύει ότι πρόκειται για λαθεμένη άποψη , η οποία δεν συμβαδίζει με την εξέλιξη της Σύγχρονης Παιδιατρικής , η οποία θεωρεί ως βασική προϋπόθεση την καλή ψυχική υγεία. Και η καλή ψυχική υγεία αποτελεί τη βάση για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού , αλλά και αυτή με τη σειρά της αποτελεί τη βάση για μια καλή ψυχική υγεία.

Τελειώνοντας , μας είπε πως σήμερα , δεν δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός να παραπέμπεται ο ασθενής στο σημείο που θα δεχθεί την κατάλληλη βοήθεια.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Αγάθωνος - Μαρούλη Ελένη "Τα επαγγέλματα υγείας στη σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού" Εκλογή Δεκέμβριος 1980, τεύχος 530, σελ. 171-176.
2. Αγγελόπουλος Νικηφόρος "Περιβάλλον και Ψυχική Υγεία" Κοινωνική Εργασία, Γενάρης - Μάρτης 1990, τεύχος 17ο, σελ. 47-53.
3. Αργυρίου Ιωσήφ Θέματα Εκλαϊκευμένης Παιδιατρικής Εκδότης Ιατρικός Σύλλογος, Πύργος Δεκέμβριος 1976.
4. Ασπιώτης Αρ. Μελέται του Ινστιτούτου Ιατρικής Ψυχολογίας και Ψυχικής Υγιεινής. Ψυχολογία και Ζωή. Η ψυχική υγιεινή του μαθητή . Εκδότης Ινστιτούτο Ιατρικής Ψυχολογίας και ψυχικής υγιεινής, Αθήνα 1964.
5. Βαλάσση - Αδάμ Ελένη, Βαράκης Γιώργος Υγεία του παιδιού, Διεπιστημονική θεώρηση . Εκδότης Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1986.
6. Βαράκης Γ., Ηλιού Μ., Κουμάντος Γ., Σκουτέλης Γ., Φραγκουδάκη Α. Συζήτηση στρογγυλού τραπεζιού. "Το παιδί σ'ένα κόσμο αδιάκοπης αλλαγής" Ιατρική 1979, Τόμος 36, Τεύχος 4ο, σελ. 275-295.
7. Βελεσιώτου Βασιλική "Το σχολείο στα πλαίσια της κοινότητας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην κοινοτική ανάπτυξη" Εκλογή Μάρτης 1992, τεύχος 94ο, σελ. 227-232.
8. Behrman E. Richard M.D. Nelson Textbook of Pediatrics (μετάφραση Αθηνά Καλομοίρη, σελ. 70-76) 14η έκδοση, 1992).
9. Βογιατζάκη Χ. Γαλενιανού Ε., Γιγουργτάκη Κ., Μακαρώνας Ν.

- "Εμπειρίες και παρατηρήσεις από την τριετή λειτουργία της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στην Κρήτη" Κοινωνική Εργασία, Ιούλης - Σεπτέμβρης 1990, τεύχος 190, σελ. 159-172.
10. Γιδοπούλου Κούλα "Υγεία" 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών, Αθήνα 1987, σελ. 275-289.
  11. Whittaker James "Αιτιολογία διαταραχών παιδικής ηλικίας, Νέα Ευρήματα. "Εκλογή" Απρίλιος 1979, τεύχος 480, σελ. 26-35.
  12. Γκουτζιαμάνη - Σωτηριάδη Κων/να "Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες" Κοινωνική Εργασία Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1992, τεύχος 270, σελ. 167-173.
  13. Δημοπούλου - Λαγωνίκα Μαρία "Συμβουλευτική σε Ιατροκοινωνικές υπηρεσίες" Κοινωνική Εργασία Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1992, τεύχος 27, σελ. 167-173.
  14. Δοξιάδης Σπύρος "Τα προβλήματα του παιδιού στο νοσοκομείο" Ιατρική Ιανουάριος 1962, τόμος 1ος, τεύχος 10, σελ. 40-45.
  15. Δοξιάδης Σπύρος "Η παιδιατρική εκπαίδευση του οικογενειακού γιατρού" Ιατρική Σεπτέμβριος 1966 Τόμος 10, τεύχος 30, σελ. 239-242.
  16. Δοξιάδης Σπύρος "Ο παιδίατρος σαν παιδαγωγός της οικογένειας" Ιατρική Ιανουάριος 1964, Τόμος 5, τεύχος 10, σελ. 5-11.
  17. Δοξιάδης Σπύρος "Η εκπαίδευση του παιδίατρου σαν οικογενειακού γιατρού" Ιατρική Φεβρουάριος 1968, Τόμος 13, τεύχος 20, σελ. 152-158.
  18. Δοξιάδης Σπύρος Ο ρόλος του γιατρού στην κοινωνία

Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα - Γιάννινα 1990.

19. Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού Σεμινάριο Μαθησιακές Δυσκολίες. Σύγχρονες απόψεις και τάσεις. Εκδότης Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού, Αθήνα 1990.
20. Ευλογημένος Β., Κοζαδίνος Μ., Μακαρώνας Ν., Παπαθεοφίλου Ρ., Χαριτάκη Μ. "Μαθησιακές δυσκολίες σε παιδιά, που εξετάστηκαν σε μια ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία στον Πειραιά", Κοινωνική Εργασία Απρίλης - Ιούνιος 1989, τεύχος 14ο, σελ. 103-118.
21. Ζάρναρη Ολγα "Ευρωπαϊκό σεμινάριο για τον συντονισμό του προσωπικού των φορέων κοινωνικής πρόνοιας και υγείας στην παροχή υπηρεσιών: Συνέπειες για την εκπαίδευση" Εκλογή Δεκέμβριος 1975, τεύχος 37ο, σελ. 20-25.
22. Ζάρναρη Ολγα "Δυνατότητες προληπτικής και κοινοτικής ψυχιατρικής" Εκλογή Απρίλιος 1977, τεύχος 42ο, σελ. 11-16.
23. Herbert Martin Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας (μετάφραση Ιωάν. Παρασκευόπουλος) Τόμος Α, Β Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989.
24. Θεοδωρακοπούλου Μαρία, Θεοφανοπούλου Κατερίνα Αιτίες που οδηγούν την οικογένεια του παιδιού με νοητική υστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς (Πτυχιακή Εργασία), Πάτρα Απρίλιος 1993.
25. Ιατρίδης Δημήτρης "Κοινωνική Εργασία και Υγεία". Κοινωνική Εργασία Απρίλιος - Ιούνιος 1989, Τεύχος 15ο, σελ. 71-89.
26. Illingworth Ronald S. Το φυσιολογικό παιδί (Μετάφραση Ν. Σουμελάς) Εκδόσεις Επιστημονικές, Αθήνα 1970.

27. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού Περιγεννητική Φροντίδα στην Ελλάδα Εκδότης Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα, Απρίλιος 1990.
28. Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού Οι ανάγκες του παιδιού για κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα. Συμπεράσματα και προτάσεις ομάδων εργασίας , Εκδότης Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα 1985.
29. Ινστιτούτο Μελέτης παιδιού και Οικογένειας Πατρών Το παιδί από τη γέννηση έως το σχολείο. Οδηγός για την σωματική - ψυχική και Κοινωνική ανάπτυξή του Εκδόσεις Αχαϊκές Πάτρας, Αύγουστος 1989.
30. Καλούτση Ασπασία Κοινωνική εργασία σε ψυχιατρικό πλαίσιο. Πρακτικά Σεμιναρίου , Αθήνα 1968.
31. Κάσιμος Δ. Χρίστος Πρακτική Παιδιατρική. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1985.
32. Καταστατικό Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Αθήνα 1985.
33. Καφαντάρη Αναστασία "Οι κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες από τη σκοπιά του κοινωνικού λειτουργού" Κοινωνική εργασία. Γενάρης Μάρτης 1987, τεύχος 5ο, σελ. 35-42.
34. Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ" Πρακτικά Σεμιναρίου. Το παιδί και οι γονείς του σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες . Εκδότης Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ" Αθήνα 1983.
35. Lask Bryan Προβλήματα των παιδιών (μετάφραση Ελλη Εμκε), Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1985.
36. Μαδιανός Μιχάλης Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Τόμος Α,Β, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.

37. Μάνος Νίκος Σύγχρονα θέματα Ψυχιατρικής University Studio Press, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1988.
38. Μάνος Νίκος "Η αναγκαιότητα ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργιών" Κοινωνική εργασία 1987, τεύχος 6ο, σελ. 101-107.
39. Ματαθία Παυλίνα "Ψυχική Υγεία", 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών, Αθήνα 1987, σελ. 253-274.
40. Ματινοπούλου Υπατία Εμπειρίες, Προβλήματα και Απόψεις Οικογενειών που ανάθρεψαν παιδί με Νοητική Καθυστέρηση, Εκδότης Ινστιτούτο Ερευνών για το παιδί, Αθήνα 1990.
41. Πάλλης Δ. Ψυχολογικές διαταραχές παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα. Ερευνητικές Μονογραφίες. Εκδότης Ελένη Δήμου Αθήνα 1982.
42. Παπαγεωργίου Ιωάννης Γενική Ψυχολογία εκδόσεις Ψυχοτεχνική, Ηράκλειο Κρήτης 1985.
43. Παπαδάτος Ιωάννης - Στογιαννίδου Αριάνας Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα Νοέμβριος 1988.
44. Παπαθεωφίλου Ελλη "Παιδική Προστασία" 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών, Αθήνα 1987, σελ. 290-291.
45. Παπαϊωάννου Καλλιόπη. "Ψυχική Υγεία και Παιχνίδι". Εκλογή Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 1976, τεύχος 40ο-41ο, σελ. 60-63.
46. Παρασκευόπουλος Ιωάννης Εξελικτική Ψυχολογία, τόμος Α,Β,Γ,Δ, Αθήνα 1985.
47. Πιάνος Κων/νος Ψυχοκοινωνικές Διαταραχές και Αντιμετώπιση τους, Εκδόσεις Γιάννινα 1989
48. Σαβουλίδου - Λεντάκη Εφη "Συμβουλευτική λήψη" Κοινωνική

- Εργασία Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1992, τεύχος 27ο, σελ. 187-193.
49. Seldom White, Barbara Notkin - White Η Εφηβική Ηλικία (μετάφραση Ολγα Μαράτου), Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1991.
50. Seldom White, Barbara Notkin-White Η Παιδική Ηλικία (μετάφραση Ολγα Μαράτου), Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1991.
51. Silver K.H., Bruyn B.H., Kempe H.C. Παιδιατρική (μετάφραση Ι. Νικολόπουλος), Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1963.
52. Σουρραπά - Ασημακοπούλου Μαρία "Ενα Πειραματικό Πρόγραμμα στα πλαίσια της Εκπαίδευσης Σπουδαστών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕ Αθήνας" Εκλογή Μάρτις 1992, τεύχος 94ο, σελ. 204-222.
53. Σταύρου Λάμπρος Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία νηπίου - παιδιού - εφήβου Εκδόσεις Γρηγόρης, Αθήνα 1984.
54. Ταυλαρίδου - Καλούτση Ασπασία "Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Παιδοψυχιατρικής" Κοινωνική εργασία Ιούλης - Σεπτεμβρίου 1989, τεύχος 15ο, σελ. 135-143.
55. Τζουμάνα - Μπακούλα Χρύσα "Ο ρόλος του παιδίατρου στην προαγωγή της υγείας". Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Απρίλιος - Ιούνιος 1990, Τόμος 37, τεύχος 2ο, σελ. 131-138.
56. Τσιάντης Ιωάννης - Μανωλόπουλος Σωτήρης Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής Τόμος Α μέρος Γ', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1987.
57. Φακιολάς Νίκος "Κοινωνική Εργασία και πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα", Εκλογή Δεκέμβριος 1980, τεύχος 53ο, σελ. 163-170.



58. Χασάπης Ιωάννης Ψυχοπαθολογία της Νηπιακής Ηλικίας  
Εκδόσεις Στεφ. Δ. Βασιλόπουλος, Αθήνα 1987.
59. Χουρδάκη Μαρία Οικογενειακή Ψυχολογία. Εκδόσεις Γρηγόρης,  
Αθήνα 1982.