

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΙΕΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ*

Μακαρώνας Ν,

Παιδοψυχίατρος

Γαλενιανού Ε,

*Κοινωνικός Λειτουργός,
Κοινωνιολόγος*

Γιγουρτάκη Κ,

Κοινωνικός Λειτουργός

Βογιατζάκη Χ,

Κοινωνικός Λειτουργός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας της παιδικής και εφηβικής ηλικίας αποτελούν αντικείμενο έντονου δημόσιου ενδιαφέροντος στις ανεπτυγμένες χώρες. Η Π.Ο.Υ (21) αναφέρει ότι 3-15% των παιδιών εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές.

Στο ποσοστό αυτό, δεν συμπεριλαμβάνονται τα παιδιά με οργανικές μειονεξίες όπως νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακά προβλήματα κ.λ.π. Στην Ελλάδα, η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην παιδική και εφηβική ηλικία, όπως αυτή προκύπτει από τον περιορισμένο αριθμό σχετικών ερευνών (4) (9) (12) δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά από αυτήν των άλλων χωρών.

Σε μια μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού από το Houghton (3) έγινε μια προσπάθεια θεωρητικού υπολογισμού του αριθμού των παιδιών που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές κατά περιφέρεια και στο σύνολο της χώρας, στηριγμένη στην απογραφή 1971. Σύμφωνα με αυτή, στην Κρήτη θα υπήρχαν περίπου 8.000-21.000 παιδιά, και έφηβοι με ψυχικές διαταραχές.

Σύμφωνα με τις προδιαγραφές του Π.Ο.Υ, απαιτούνται 8 παιδοψυχίατροι, με τις αντίστοιχες διεπιστημονικές ομάδες, για ένα πληθυσμό 100.000 παιδιών (19). Εύκολα μπορεί να υποθέσει κανείς ότι, στην Κρήτη, με πληθυσμό 150.000 τουλάχιστον παιδιών, θα ήταν αναγκαία η ύπαρξη 12 καλά στελεχωμένων Παιδοψυχιατρικών ομάδων.

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, στα παιδιά και τους εφήβους είναι, συνήθως εξωνοσοκομειακή. Όταν η βοήθεια, δοθεί έγκαιρα προλαβαίνει πολλές φορές, ιδρυματοποίηση, διάλυση της οικογένειας, αποτυχία στο σχολείο, μα και στη μετέπειτα ζωή που μπορεί να εκδηλωθεί με επαγγελματική και οικογενειακή αστάθεια ή και με ψυχική νόσο (15).

* Ανακοινώθηκε στο Β' Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Ερευνας. Ρέθυμνο 18-20/5/90.

Γίνεται λοιπόν, φανερή η ανάγκη ύπαρξης τέτοιων υπηρεσιών που θα έχουν σαν στόχο την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών.

Η Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Ηρακλείου του ΚΨΥ άρχισε να λειτουργεί από τον Οκτώβρη 1986 και στην μελέτη αυτή παρουσιάζονται οι πρώτες εμπειρίες από την τριετή παρουσία της στο χώρο της Κρήτης.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της έρευνας, αυτής είναι να καθορίσει:

- α) το μέγεθος των συνηθέστερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν για τα παιδιά τους οι γονείς της Κρήτης,
- β) τις σχέσεις των προβλημάτων αυτών με άλλες συνιστώσες, οικογενειακές, σχολικές, κοινωνικές,
- γ) την επάρκεια ή μη της παρεχόμενης από μας βοήθειας προς τα παιδιά και τις οικογένειές τους,
- δ) να προτείνει περαιτέρω έρευνες και αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης και παρέμβασης στην κοινότητα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ - ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Ελέγχθηκαν από τα αρχεία της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας του ΚΨΥ όλοι οι φάκελλοι των 3 πρώτων χρόνων της λειτουργίας του.

Ερευνήθηκαν κυρίως δημογραφικά στοιχεία, οικογενειακό και ατομικό ιστορικό του παιδιού.

Αποφασίστηκε για πληρέστερη ανάλυση να μελετηθούν τα περιστατικά που παραπέμφθηκαν το 1989 και για το σκοπό αυτό ταξινομήθηκαν στο πενταξονικό διαγνωστικό και ταξινομητικό σύστημα ICD-9 (1980 9η αναθεώρηση).

Τα στοιχεία αυτά συγκρίθηκαν με αντίστοιχα άλλων ελληνικών και ξένων μελετών, καθώς και με στοιχεία που έχουν σχέση με τη δομή και σύνθεση του τοπικού πληθυσμού.

Οι δυσκολίες που συναντήσαμε στη μελέτη αυτή ήταν:

- α) η διαγνωστική ταξινόμηση στο ICD-9 για την πληρέστερη ανάλυση των περιστατικών μας, μια και το επίσημο στατιστικό σύστημα που χρησιμοποιεί το Κέντρο, είναι το παλιό διαξονικό σύστημα της Π.Ο.Υ 1967, και
- β) ο διαφορετικός τρόπος συλλογής, καταγραφής και διαγνωστικής εκτίμησης, στοιχείων, που είχαν σχέση με το κάθε παιδί, αποτέλεσμα των συχνών αλλαγών του επιστημονικού προσωπικού στη διάρκεια της 3ετίας.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

1) Κατανομή ως προς τον αριθμό και το φύλο των παιδιών ανά έτος.

Την τριετία λειτουργίας της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας Ηρακλείου, εξετάστηκαν 440 νέες περιπτώσεις παιδιών και εφήβων. Ειδικότερα η κατανομή τους ανά έτος και φύλο παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

Η μέση ετήσια αύξηση του αριθμού των νέων προσερχομένων περιστατικών είναι 17% περίπου.

Η μέση ετήσια αύξηση του αριθμού των νέων προσερχομένων περιστατικών είναι 17% περίπου.

Το 64.5% (Να=284) είναι αγόρια και το 35.5% (Νκ=156) κορίτσια, μια αναλογία ίση με 1.8/1 (αγόρια / κορίτσια = 1.8/1).

2) Κατανομή ως προς την ηλικία.

Εξετάστηκαν παιδιά και έφηβοι μέχρι 17 χρόνων με ηλικιακή κατανομή όπως φαίνεται στον πίνακα 2. Οι καμπύλες και των δύο φύλων είναι ασύμμετρες πολυκόρυφες. Η μεγαλύτερη προσέλευση παιδιών συμβαίνει στις ηλικίες που αντιστοιχούν στην πρωτοβάθμια, σχολική εκπαίδευση.

3) Παραπομπές.

Το 80% των παραπομπών γίνεται από διάφορους φορείς (πίνακας 3) και μόνο το 20% περίπου ξεκινά με πρωτοβουλία γονέων. Αναλυτικά, 18% παραπέμπονται από Νοσοκομεία, 28% από ιδιώτες ιατρούς και άλλους ειδικούς, 25% από Κρατικές υπηρεσίες (Κοινωνική Πρόνοια κ.λ.π.), ενώ μόνο 4.4% προέρχονται απευθείας από σχολεία.

4) Οικογένεια.

α- Τόπος διαμονής.

Οι οικογένειες που έφεραν τα παιδιά τους για εξέταση προέρχονται κατά 57% από την πόλη του Ηρακλείου, 29% περίπου από το νομό Ηρακλείου και 14% από τους άλλους νομούς (πίνακας 4). Σημειώνεται η ετήσια αύξηση του αριθμού των προσερχομένων οικογενειών από την πόλη και το νομό Ηρακλείου.

β- Αριθμός μελών στην οικογένεια.

Διαπιστώσαμε ότι ο μέσος όρος παιδιών ανά οικογένεια είναι 2.72 (1 έως 16 παιδιά).

γ- Δομή οικογένειας.

Το 45% των οικογενειών που εξετάσαμε δεν ανέφεραν σημαντικά ενδοοικογενειακά προβλήματα, ενώ στο 55% υπήρχαν μέτριες ή σοβαρές διαταραχές.

Το 82% των παιδιών ζούσαν με τους δύο φυσικούς τους γονείς, ενώ 11% ζούσαν με ένα φυσικό γονέα μόνο ή και αντικαταστάτη του άλλου και στο 7% υπήρχε απουσία φυσικών γονέων και το παιδί ζούσε με συγγενείς ή σε ίδρυμα.

δ- Μορφωτικό επίπεδο και επάγγελμα γονιών.

66% των πατέρων έχουν γνώσεις έως και δημοτικού, 15% γνώσεις μέσης εκπαίδευσης, ενώ 18.5% γνώσεις ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης. (Πίνακας 5). Το 62% των μητέρων έχουν γνώσεις έως και δημοτικού, 26% μέσης και 12% ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης (πίνακας 6).

Συγκριτικά (πίνακας 7) παρατίθεται η εκπαίδευση των προσερχόμενων στο Κέντρο γονιών με αυτήν του γενικού πληθυσμού της Κρήτης (ΕΣΥΕ 1981).

Τα επαγγέλματα των πατέρων φαίνονται στον πίνακα 8. Από αυτούς 2.6% είναι άνεργοι, 37% ανειδίκευτοι εργάτες, 22% γεωργοί, 7% επαγγελματίες, χαμηλής εξειδίκευσης, 8% υπάλληλοι μέσης ή ανώτερης εξειδίκευσης, 15% μικροεπιχειρηματίες, και 8% επιστήμονες (ελεύθεροι επαγγελματίες, ή υπάλληλοι ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα).

Το μεγαλύτερο ποσοστό 68% των μπτέρων (πίνακας 9) ασχολούνται με οικιακά, 16% είναι ανειδίκευτες εργάτριες, 2% άνεργες, ενώ 2% επιστήμονες ελεύθεροι επαγγελματίες, ή ανώτεροι υπάλληλοι.

6) Ατομικό ιστορικό.

Ελέγξαμε το ατομικό ιστορικό και την περιγεννητική ανάπτυξη των παιδιών που μας ήρθαν μέσα στο 1989(N=162) σε 37 (23%) από τα οποία δεν είχαμε ακριβή στοιχεία.

Στο 84% των περιπτώσεων (N=101) ο τοκετός ήταν φυσιολογικός, ενώ στο 16% έγινε καισαρική ή χρησιμοποιήθηκαν εμβρυουλκοί. 12% των παιδιών (N=15) είχαν βάρος γέννησης μικρότερο των 2.500 γρ.

Ως προς την ψυχοκινητική τους εξέλιξη: καθυστέρηση στη βάδιση (μετά τους 18 μήνες) υπήρξε στο 58,5% (N=72) των περιπτώσεων, στην ομιλία (μετά τους 18 μήνες) στο 48% (N=58) και στον έλεγχο σφικτήρων (μετά τα 5 χρόνια) στο 30% (N=37). Τέλος, 1.6% των παιδιών (N=2) είχε πρόβλημα ακοής.

7) Διαγνωστική ταξινόμηση.

Στο πρώτο άξονα του ICD-9, που περιλαμβάνει τα κλινικά ψυχιατρικά σύνδρομα, ταξινομήθηκαν τα 157 διαγνωσμένα περιστατικά του 1989 (Πίνακας 10).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών (55%) και των κοριτσιών (62%) βρέθηκε ότι δεν είχε κανένα ψυχιατρικό πρόβλημα. Ενδιαφέρον είναι ότι, τα μεγαλύτερα ποσοστά και για τα δύο φύλα, αφορούν την αντίδραση προσαρμογής (1309) και τα σύνδρομα χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας που δεν ταξινομούνται αλλού (τραυλισμός 5, διαταραχές ύπνου 3, ενούρηση 2, εγκόπριση 1, πιπίλισμα δακτύλων 1, τικ 1, στερεοτυπικές κινήσεις 2).

Στα κορίτσια συνηθισμένο πρόβλημα επίσης ήταν οι νευρωσικές εκδηλώσεις.

Στον άξονα II, που περιλαμβάνει ειδικές καθυστερήσεις στην εξέλιξη (πίνακας 11), 17% είχαν μαθησιακές δυσκολίες και 11,5% καθυστέρηση στο λόγο.

Στον άξονα III, που αφορά το νοητικό επίπεδο (πίνακας 12) 57% είχαν νοημοσύνη στα ευρέα πλαίσια της φυσιολογικής (ΔΝ70), ενώ 43% νοητική καθυστέρηση.

Παρατηρείται μη αναλογική δραστηριοποίηση των διαφόρων επιπέδων της νοητικής καθυστέρησης σε σχέση με αυτή του γενικού πληθυσμού (7), (20).

Στον άξονα IV με τις σωματικές νόσους, βρέθηκαν 23 παιδιά (14,6%) με διαγνωσμένη επιληψία.

Στον άξονα V που αναφέρονται οι συναφείς ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, 45% των παιδιών δεν αντιμετώπισαν ενδοοικογενειακά ή ευρύτερα κοινωνικά προβλήματα που τα επηρέασαν. Το 55% των παιδιών αντιμετώπισαν ποικίλα προβλήματα, όπως μη αρμονικές ενδοοικογενειακές σχέσεις, ανώμαλη οικογενειακή κατάσταση κ.λ.π.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αριθμός περιστατικών.

Ο ρυθμός της ετήσιας αύξησης των νέων περιπτώσεων (17%) στην Ι.Υ. είναι μεγαλύτερος από αυτόν που έγινε στην αντίστοιχη του Πειραιά όταν άρχισε να λειτουργεί (10%) (5). Αυτό ίσως έχει σχέση με τις πολλαπλές ανάγκες που πρέπει να καλύψει στην Κρήτη η Ι.Υ. Ηρακλείου και ίσως με την ευαισθητοποίηση που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια στον κόσμο σε θέματα ψυχικής υγείας.

Φύλα και ηλικία

Η παρατηρηθείσα σχέση που αφορά τα φύλα (αγόρια / κορίτσια = 1.8/1) συμφωνεί με αυτήν που παρατηρήθηκε σε αντίστοιχες υπηρεσίες στον Ελλαδικό χώρο (5) (10) (17).

Η αναλογία αυτή των φύλων μπορεί να οφείλεται ίσως στο ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα από τα κορίτσια ή και στο ότι η επιθετικότητα εκφράζεται κύρια από αυτά παρά από τα κορίτσια (13). Επίσης πιθανές φαίνονται και οι υποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες τα αγόρια παραπέμπονται συχνότερα, γιατί η Ελληνική οικογένεια κάνει μεγαλύτερες επενδύσεις σ' αυτά ή γιατί η διαταραχή των κοριτσιών πρέπει να "κρυφτεί" για λόγους κοινωνικούς, όπως γάμος κ.λ.π. (17).

Στην ηλικιακή κατανομή των παιδιών που προσέρχονται διαπιστώνουμε ανοδική τάση της καμπύλης και των δύο φύλων στις ηλικίες έναρξης της στοιχειώδους και κατά δεύτερο λόγο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Ακολουθώντας οι καμπύλες ακολουθούν πτωτικές τάσεις όπου στο μέτρο της εφηβείας εξισώνονται. Οι πιθανές ερμηνείες νομίζουμε έχουν σχέση με τις δυσκολίες που συναντάει ένα παιδί στην κοινωνικοποίησή του έτσι όπως αυτή εκφράζεται με την είσοδό του στην σχολική ζωή (5) αλλά και με το γεγονός ότι, οι ποικίλες δυσκολίες του γίνονται πια φανερές με την έναρξη των σχολικών υποχρεώσεων.

Η είσοδός του στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, σημαίνει και το πρώτο "φραγμό" με εξετάσεις, όπου τα ποικίλα προβλήματα, συνήθως μαθησιακά γίνονται πια φανερά (11).

Η εξισωτική τάση των φύλων στην εφηβεία ίσως έχει να κάνει με το γεγονός ότι περισσότερο επιθετικές συμπεριφορές των αγοριών να θεωρούνται κοινωνικά περισσότερο αποδεκτές παρά αυτές των κοριτσιών.

Παραπομπές.

Η τάση που υπάρχει, να παραπέμπονται δηλαδή παιδιά στην Ι.Υ., από κρατικούς φορείς κυρίως, νομίζουμε έχει σχέση με την εμπλοκή μας στην γραφειοκρατική διεκπεραίωση της χορήγησης επιδομάτων κυρίως παιδιών με νομικές καθυστερήσεις.

Ο μικρός αριθμός παραπομπών από σχολεία αφ' ενός μεν οφείλεται στην ύπαρξη και λειτουργία ειδικής Διαγνωστικής Επιτροπής που καλύπτει τα καθαρώς μαθησιακά προβλήματα και αφ' ετέρου στην μη αποτελεσματική παρέμβαση στα σχολεία κύρια εξ αιτίας της μέχρι πρότινος όχι σε μόνιμη βάση παρουσίας παιδοψυχιάτρου.

Αριθμός μελών οικογένειας.

Ο μέσος όρος παιδιών ανά οικογένεια στη μελέτη μας (2.72) είναι υψηλός συγκρίνοντάς τον με τον 2.39 στην έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας, του Παιδιού (16) και με τον 1.74 στην έρευνα της Μουσούρου στην περιοχή της πρωτεύουσας.

Είχαμε οικογένειες με 1-16 παιδιά. Η πολυμελής οικογένεια εξ άλλου είναι μια από τις μεταβλητές του δείκτη οικογενειακής εκτροπής (Family adversity index) των Rutter & Quinton (14).

Δομή της οικογένειας και μορφωτικό επίπεδο γονιών.

Η πλειοψηφία των παιδιών που μας παραπέμφθηκαν ζούσαν με τους δύο φυσικούς γονείς (82%) ποσοστό ανάλογο με αυτό που παρατηρήθηκε και σ' άλλες υπηρεσίες αντίστοιχες (11) αλλά και στο γενικό πληθυσμό της πρωτεύουσας (8).

Το μορφωτικό επίπεδο των γονιών στην πλειοψηφία του είναι χαμηλό, όχι όμως αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει μια τάση χρησιμοποίησης των υπηρεσιών από γονείς υψηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όμως εξαιτίας του μικρού δείγματός μας είναι παρακινδυνευμένη η έκφραση οποιασδήποτε απόλυτης θέσης.

Αυτό είναι συμβατό με την επικρατούσα άποψη ότι οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις δυσκολεύονται στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών αυτών (19).

Ατομικό ιστορικό.

Η μεγάλη αναλογία παιδιών που βρέθηκε με καθυστέρηση στην ψυχοκινητική εξέλιξη έχει σχέση με το γεγονός ότι στο συνολικό δείγμα παιδιών που είχαμε υπήρχε ικανός αριθμός με νοτικές καθυστερήσεις κυρίως μέτριες και βαρείες.

Διαγνωστική ταξινόμηση.

Τα συχνότερα προβλήματα και για τα δύο φύλα, έτσι όπως αυτά ταξινομούνται στον I άξονα του ICD-9 αφορούν αντιδράσεις προσαρμογής και καταστάσεις που υπάγονται στο γενικό πλαίσιο σύνδρομο χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας μη ταξινομούμενα αλλού.

Στα κορίτσια συνηθισμένο πρόβλημα επίσης, είναι οι νευρωσικές αντιδράσεις. Ίσως το τελευταίο έχει σχέση με κοινωνικές και οικογενειακές παραμέτρους, εξ αιτίας των οποίων, οι επιθετικές συμπεριφορές από μέρους των κοριτσιών, είναι δυσκολότερα αποδεκτές, με αποτέλεσμα την ευκολότερη ανάπτυξη νευρωσικών μηχανισμών.

Όλα τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με αντίστοιχες έρευνες σε ανάλογες Ιατρο-παιδαγωγικές υπηρεσίες (5) (10) και στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Παίδων (17).

Αρκετά συνηθισμένα προβλήματα επίσης, είναι οι μαθησιακές δυσκολίες και η καθυστέρηση στο λόγο, καταστάσεις που ανήκουν στο II άξονα. Τα αγόρια εμφανίζουν τα προβλήματα αυτά σε μεγαλύτερη συχνότητα επιβεβαιώνοντας την επικρατούσα άποψη σε σχέση μ' αυτές τις διαταραχές.

Το πολύ ψηλό ποσοστό των μικτών καθυστερήσεων σίγουρα έχει σχέση με τον μεγάλο αριθμό βαριών νοτικών καθυστερήσεων που έχουμε δει. Αυτό το δεδομένο οφείλεται στο ότι ήμαστε η μόνη υπηρεσία που μπορούμε να χορηγήσουμε βεβαιώσεις για έκδοση επιδομάτων από την Κοινωνική Πρόνοια.

Αυτός είναι και ο λόγος που η διαβάθμιση των διαφόρων επιπέδων της νοτικής καθυστέρησης των περιπτώσεών μας δεν είναι ανάλογη αυτής του γενικού πληθυσμού (7).

Το υψηλό ποσοστό ύπαρξης διαγνωσμένων επιληπτικών παιδιών (14.6%) συμφωνεί με αυτό που παρατηρείται και σε άλλες μελέτες (11) και είναι σαφώς υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού (0.5%) (1), (16).

Νομίζουμε ότι, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα επιληπτικά παιδιά, αναπτύσσουν δευτερογενώς ψυχολογικά προβλήματα (20) αλλά και στο ότι υπάρχει μια γενικότερη καλή συνεργασία της υπηρεσίας μας με άλλες, νοσοκομειακές κύρια, που αντιμετωπίζουν σε πρώτη φάση αυτά τα παιδιά.

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο (που προκύπτει από τον V άξονα), είναι ότι, ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών που μας παραπέμπονται (55%) ζουν κάτω από συνθήκες με πολλά και σοβαρά οικογενειακά ή ευρύτερα κοινωνικά προβλήματα που τα επηρεάζουν δυσμενώς. Το εύρημα αυτό, δεν συγκρίθηκε με δείγμα γενικού πληθυσμού, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει σκοπό μιας επόμενης μελέτης μας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι οι ανάγκες του παιδικού και εφηβικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγιεινής, είναι μεγάλες στην Κρήτη και ο αριθμός των παιδιών που καταφεύγουν στις ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, μικρός.

Η έλλειψη επαρκών τέτοιων υπηρεσιών, κατάλληλων στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών και εφήβων και η δυσκολία χρησιμοποίησης των υπαρχόντων, αποτελούν αρνητικούς παράγοντες στον τομέα της ομαλής ψυχολογικής τους υποστήριξης.

Τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και των δύο φύλων είναι η αντίδραση προσαρμογής, οι μαθησιακές δυσκολίες, οι διαταραχές λόγου και οι νευρωσικές αντιδράσεις.

Νομίζουμε ότι υπάρχουν, μεγάλες ανάγκες δημιουργίας παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στην Κρήτη, εξωνοσοκομειακά, αλλά και στα γενικά νοσοκομεία.

Θα χρειαστεί επίσης να γίνει διαφοροποίηση αυτών των υπηρεσιών, ώστε να μην αντιμετωπίζουν μόνο παιδιά με νοητικές καθυστερήσεις, όπως είναι η τάση μέχρι σήμερα, αλλά και παιδιά που παρουσιάζουν όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.

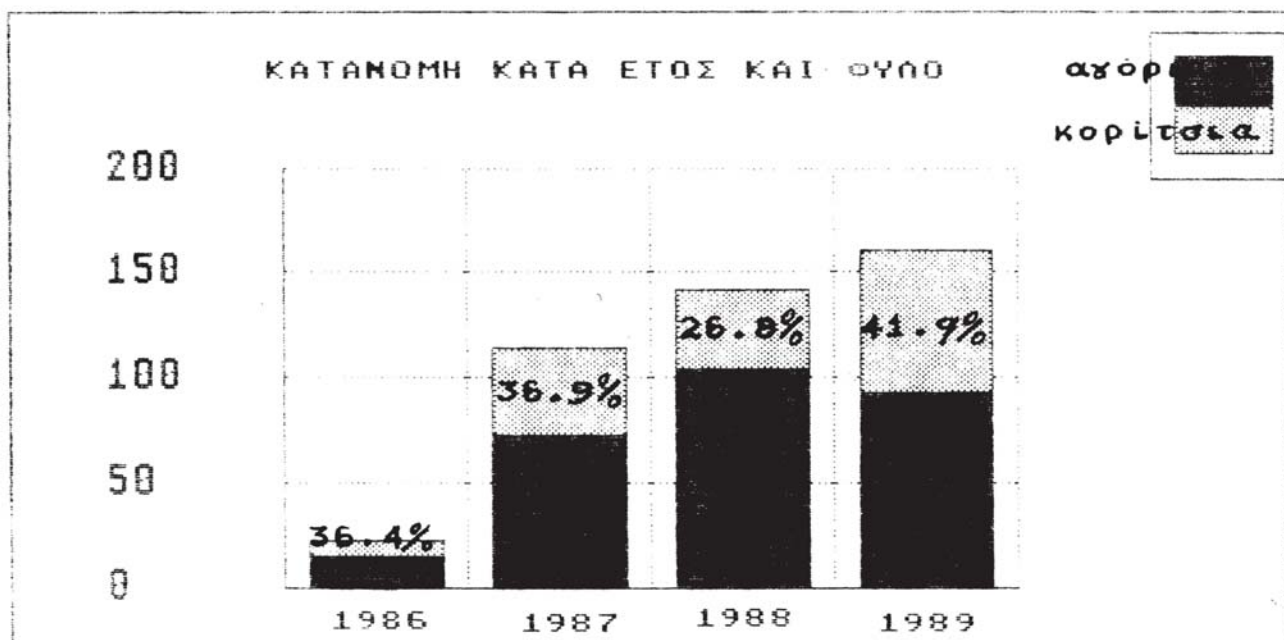
Ιδιαίτερη φροντίδα θα πρέπει επίσης να αποδοθεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, προληπτικά δρώντας οι υπηρεσίες αυτές τόσο στο επίπεδο της οικογένειας, όσο και στο επίπεδο του σχολείου. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει πέρα από το διαγνωστικό και συμβουλευτικό έργο τους μεγάλη βαρύτητα να δώσουν και για το θεραπευτικό. Τέλος, όσον αφορά την τριτοβάθμια περίθαλψη να δημιουργηθούν όλες εκείνες οι προϋποθέσεις που θα επιτρέπουν την φροντίδα και την αποκατάσταση των παιδιών και εφήβων με χρόνια προβλήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

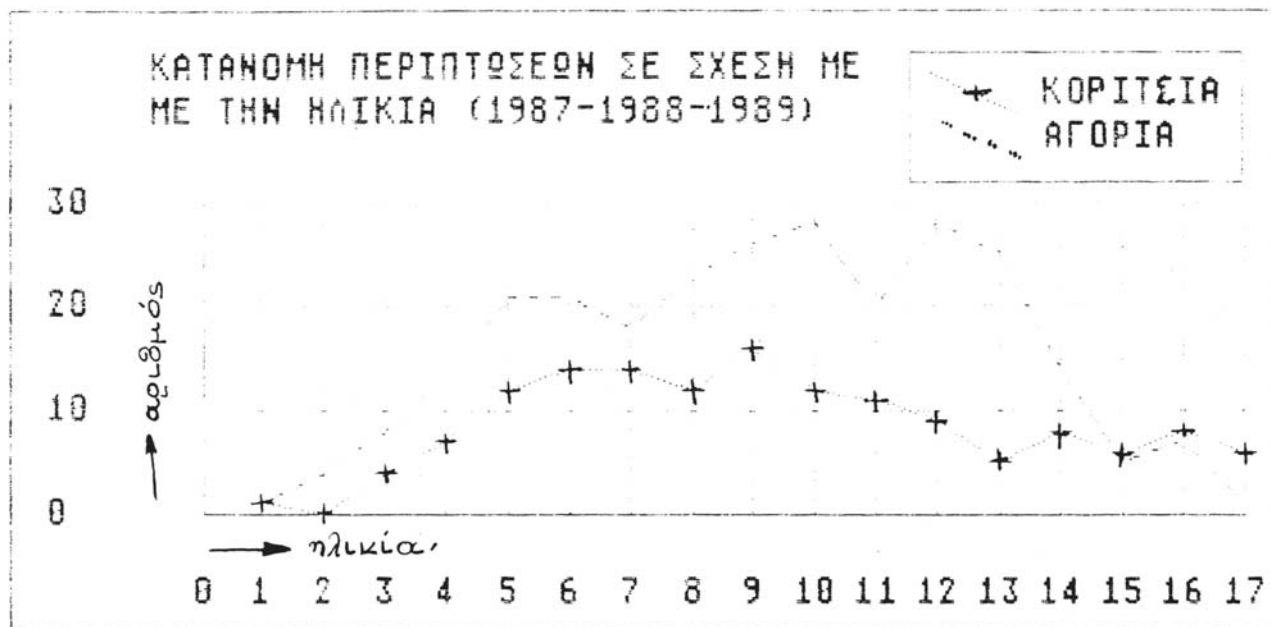
1. Ajuriaguerra J., Marcelli D., Psychopathologie de l' enfant (2e ed) Masson 1984.
2. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, απογραφή 5.4.1981, Αθήνα 1985.
3. Haughton A. (1979): "Mentally disabledhandicapped persons in Greece". U.S. Public Health Service Work Study. Fellow Fullbright. Research Scholar Affiliate Institute of Child Health, Athens.
4. Κοκέβη Α, Τυπάλδου Μ, Κοκώση Μ, Κατσουγιάννη Κ. Αδάμου Μ: "Αγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα σ' ένα δείγμα εφήβων". Εγκέφαλος 23, 233-241, 1986.
5. Κωτσόπουλος, Σ: "Εμπειρία από την ίδρυση και λειτουργία Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού στον Πειραιά". Πρακτικά του 7ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Νευρολογίας - Ψυχιατρικής 1975. Εγκέφαλος 1, 504-509, 1977.
6. Μαδιανός Μ: "Κοινωνία και ψυχική υγεία". Αθήνα 1989.
7. Μάνος Ν: "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής". Θεσσαλονίκη 1988.
8. Μασούρου Λ. "Οικογένεια και παιδί στην Αθήνα". Εστία Αθήνα 1985.
9. Papatheophilou R., Bada K, Michelogiannakis S., Makaronis G, Pantelakis S (1981): "Psychiatric disorders in 6 to 8 years old children in the greater Athens area". Bibliotheka Psychiatrica Publ. Karger B. Switzerland.
10. Παπαθεοφίλου Ρ, Μαδιανός Μ, Μαδιανού Δ, Ρότσικα Β, Πεχλιβανίδου Γ, Γουρνάς Α, Παπαγεωργίου Α, Στεφανής Κ: "Υπηρεσία κοινοτικής ψυχικής υγιεινής για παιδιά και εφήβους και τις οικογένειές τους στο Βύρωνα - Καισαριανή". Εγκέφαλος 23, 277-285, 1986.
11. Παπαθεοφίλου Ρ, Κοζαδίνος Μ, Μακαρώνας Ν, Χαριτάκη Μ, Ευλογημένου Β: "Μαθησιακές δυσκολίες σε παιδιά που εξετάστηκαν στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία στον Πειραιά". Κοινωνική εργασία 15, 103-118, 1989.
12. Παρίτσης Ν, και συν (1984): "Ψυχολογικά προβλήματα εφήβων μαθητών σ' αντιπροσωπευτικό δείγμα των σχολείων της Ελλάδας". Πρακτικά 10ου Ετήσιου Πανελλήνιου Ιατρικού συνεδρίου, Μάιος 1984.
13. Rutter M. 1976: "Individual Differences" in Child Psychiatry Modern Approaches eds. M. Rutter and Hersov Blackwell Scientific Publication London.

14. Rutter, M and Quinton 1977. Psychiatric disorder - ecological factors and concepts of causation in McCurk II (ed) Ecological factors in Human development Amsterdam North Holland.
15. Robins L.N.: Deviant Children Grow Up. Baltimore: Williams and Wilkins 1966.
16. Σώκου - Μπάδα Κ, Παντελάκης Σ, Παπαθεοφίλου Ρ, Δοξιάδης Σ. "Σχολική επίδοση, Μεθοδολογία και κοινωνικοί παράγοντες". Ψυχολογικά θέματα, 1,2, 44-81, 1988.
17. Τσιάντης Ι, Γιαννοπούλου - Καβουρίδη Στ, Ξυπολυτά - Τσαντίλη Δ, Τσανίρα Ε, Καλλίας Φ, Πιτσούνη Δ. "Εμπειρίες και παρατηρήσεις από τη λειτουργία του τμήματος Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παιδών "Αγία Σοφία"". Παιδιατρική 45: 81-91, 1982.
18. Τσιάντης Ι. "Μαθησιακές δυσκολίες της κυρίως σχολικής ηλικίας". Παιδιατρική 44: 36-46, 1981.
19. Τσιάντης Ι. "Παιδοψυχιατρική περίθαλψη". Εγκέφαλος 23, 290-301, 1986.
20. Τσιάντης Ι, Μανωλόπουλος Σ. (επιμ.) "Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής". Αθήνα, 1987.
21. WHO: Child mental health and psychosocial development. Tech. Report Series 613, 1977.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1



ΠΙΝΑΚΑΣ 2



ΠΙΝΑΚΑΣ 3
ΠΗΓΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ
(1987-88-89) N=389

	N	%
Νοσοκομεία	71	18.2
Ιατροί	59	15.2
Άλλοι ειδικοί	51	13.1
Κρατικές υπηρεσίες	97	24.9
Σχολεία (καν.+ειδ.)	17	4.4
Ιδρύματα	19	4.9
Πρωτοβουλία γονέων	72	18.5
Άλλα	3	.8

ΠΙΝΑΚΑΣ 4
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

	1987		1988		1989		Σύνολα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόλη Ηρακλείου	66	61.6	72	55.5	84	55.6	222	57.2
Νομός Ηρακλείου	24	22.4	37	28.5	50	33	111	28.6
Άλλοι νομοί	17	16	21	16	17	11.4	55	14.2
Σύνολο	107	100	130	100	151	100	388	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 5
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΑΤΕΡΩΝ

	1987		1988		1989		Σύνολα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Καθόλου ή δημοτικό	52	65.8	51	68	48	64.8	151	66.2
Γυμνάσιο	4	5.1	5	6.7	7	9.5	16	7
Λύκειο	5	6.3	7	9.3	7	9.5	19	8.3
Ανώτερη ή τεχν. σχολή	8	10.1	6	8	5	6.7	19	8.3
Ανώτατη σχολή	10	12.7	6	8	7	9.5	23	10.1
Σύνολο	79	100	75	100	74	100	228	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 6
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΗΤΕΡΩΝ

	1987		1988		1989		Σύνολα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Καθόλου ή δημοτικό	54	61.3	45	62.5	48	63.2	147	62.3
Γυμνάσιο	9	10.2	11	15.3	7	9.2	27	11.4
Λύκειο	10	11.4	10	13.9	14	18.4	34	14.4
Ανώτερη ή τεχν. σχολή	13	14.8	4	5.5	5	6.6	22	9.3
Ανώτατη σχολή	2	2.3	2	2.8	2	2.6	6	2.5
Σύνολο	88	100	72	100	76	100	236	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 7
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΕΣΥΕ απογρ. 1981)

	πατέρες		μητέρες	
	ΙΥΗ %	Κρήτη %	ΙΥΗ %	Κρήτη %
Αγραμ. + δημ.	66.2	72	62.3	78.3
Γυμνάσιο	7	10.2	11.4	7.5
Λύκειο	8.3	10.7	14.4	9.9
Φοιτ.σπουδ.	-	1.2	-	.9
Ανώτερες	8.3	2.4	9.3	1.8
Ανώτατες	10.1	3.4	2.5	1.5

ΠΙΝΑΚΑΣ 8
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΩΝ

	1987		1988		1989		Σύνολα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ανεργος	3	3	4	3.7	2	1.5	9	2.6
Ανειδ. εργάτες - κατ. υπάλ.	32	32.3	45	42	51	37.5	128	37.4
Γεωργοί	20	20.2	16	15	39	28.7	75	21.9
Τεχνίτες - επαγγ. χαμ. εξειδ.	9	9.1	3	2.8	12	8.8	24	7
Υπάλληλοι (μέση - ανωτ. εξειδ.)	11	11.1	7	6.5	10	7.4	28	8.2
Μικροεπιχειρηματίες	13	13.1	22	20.5	15	11	50	14.6
Επιστήμονες (ελ. επαγ. υπ. δημ. + ιδ.)	11	11.1	10	9.5	7	5.1	28	8.2
Σύνολο	99	100	107	100	136	100	342	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 9
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΩΝ

	1987		1988		1989		Σύνολα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Αεργος	2	2.2	1	.9	3	2.1	6	1.8
Ανειδ. εργάτης - κατωτ. υπάλ.	16	17.6	20	18.4	18	12.7	54	15.8
Υπάλληλοι (μέσης - ανωτ. εξειδ.)	9	9.9	5	4.6	9	6.3	23	6.7
Μικροεπιχειρηματίες	4	4.4	6	5.5	8	5.6	18	5.3
Επιστήμονες (ελευθ. επαγγ.								
- υπαλ. δημ. + ιδ.)	2	2.2	3	2.8	3	2.1	8	2.3
Οικιακά	58	63.7	74	67.8	101	71.1	233	68.1
Σύνολο	91	100	109	100	142	100	342	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ICD-9	άξονας I	αγόρια		κορίτσια		σύνολο	
		N	%	N	%	N	%
Φυσιολογική παραλλαγή	000	50	54.9	41	62.1	91	58
Σχιζοφ. ψύχωση	295	1	1.1	-	-	1	.6
Ψύχωση	299	3	3.3	2	3	5	3.2
Νεύρωση	300	2	2.2	4	6.1	6	3.8
Συνδ. χαρ. παιδικής ηλικ.	307	11	12.1	4	6.1	15	9.6
Αντίδραση προσαρμογής	309	11	12.1	5	7.6	16	10.2
Υπερκινητικό σύνδρομο	314	4	4.4	-	-	4	2.5
Διαταραχές συναισθήματος	313	2	2.2	2	3	4	2.5
Διαταραχές συμπεριφοράς	312	6	6.6	3	4.5	9	5.7
Άλλα		1	1.1	5	7.6	6	3.8
Σύνολο		91	100	66	100	157	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

ICD-9	ειδικές καθυστερήσεις άξονας II	αγόρια		κορίτσια		σύνολο	
		N	%	N	%	N	%
Ουδεμία	0	35	38.5	27	40.3	62	39.2
Μαθησιακές δυσκολίες	1,2,3,	17	18.7	10	14.9	27	17.1
Καθυστερήση στο λόγο	4	13	14.3	5	7.5	18	11.4
Κινητική καθ.	5	1	1.1	1	1.5	2	1.3
Μικτή	6	25	27.5	24	35.8	49	31
Σύνολο		91	100	67	100	158	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ICD-9	νοητικό επίπεδο άξονας II	αγόρια		κορίτσια		σύνολο	
		N	%	N	%	N	%
ΔN>70		59	64.8	31	47	90	57.3
ΔN 50-70		9	9.9	10	15.1	19	12.1
ΔN 35-49		3	3.3	5	7.6	8	5.1
ΔN<34		20	22	20	30.3	40	25.5
Σύνολο		91	100	66	100	157	100

Υπολογιζόμενος αριθμός ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα

πηγή: A.B. Haughton, Institute of Child Health Athens, 1979

		0-4 χρ.	5-9 χρ.	10-14 χρ.	15-19 χρ.	σύνολο
ΚΡΗΤΗ	Σ	(42,120)	(37,320)	(38,760)	(31,080)	(149,280)
	Ψ	3,370	5,598	5,814	6,216	20,998
	X	842	1,868	1,938	3,108	7,756
Σύνολο	Σ	(768,080)	(698,000)	(714,140)	(658,480)	(2,838,700)
Χώρας						
	Ψ	61,445	104,702	107,521	140,044	413,712
	X	15,362	34,902	35,747	70,022	156,033

ΠΗΓΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

(1987-88-89) N=389

	N	%
Νοσοκομεία	71	18.2
Ιατροί	59	15.2
Άλλοι ειδικοί	51	13.1
Κρατικές υπηρεσίες	97	24.9
Σχολεία (καν.+ειδ.)	17	4.4
Ιδρύματα	19	4.9
Πρωτοβουλία γονέων	72	18.5
Άλλα	3	.8

ICD-9	άξονας V	συναφείς παθολογικές ψυχοκοινωνικές καταστάσεις					
		αγόρια		κορίτσια		σύνολο	
		N	%	N	%	N	%
	00	41	45	30	45.5	71	45.2
	01	5	5.5	2	3	7	4.5
	02	10	11	6	9.1	16	10.2
	03	2	2.2	3	4.5	5	1.3
	05	6	6.6	2	3	8	5.1
	06	1	1.1	-	-	1	.6
	07	2	2.2	3	4.5	5	1.3
	08	5	5.5	4	6.1	9	5.7
	09	15	16.5	8	12.1	23	14.6
	10	-	-	1	1.5	1	.6
	11	1	1.1	-	-	1	.6
	13	1	1.1	2	3	3	1.9
	14	1	1.1	-	-	1	.6
	99	1	1.1	5	7.5	6	3.8
Σύνολο		91	100	66	100	157	100