

# ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ\*

**Χριστίνα Χρηστίδου<sup>1</sup>**  
**Νίκος Ζηλίκης<sup>2</sup>**  
**Γρηγόρης Αμπατζόγλου<sup>3</sup>**

## Περίληψη

*Η παρουσίαση αυτή αφορά στην οργάνωση και λειτουργία συμβουλευτικής υπηρεσίας ψυχοκοινωνικής φροντίδας παιδιών και εφήβων στο πλαίσιο συνεργασίας παιδοψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών της Θεσσαλονίκης και σε καταγραφή περιστατικών που προσήλθαν σ' αυτήν.*

*Η ανάγκη δημοσίευσης αυτής της εργασίας έγινε έκδηλη μετά τις τελευταίες αλλαγές στους φορείς Κοινωνικής Πρόνοιας στη χώρα μας, καθώς και τη διαπίστωση ότι η συνεργασία μεταξύ κοινωνικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών για ενήλικες και παιδιά παραμένει και σήμερα ζητούμενο όχι μόνο στη χώρα μας, αλλά και σ' άλλες χώρες της Ευρώπης.*

## Ιστορικό ή... «ο μύθος καταγωγής»

Στα τέλη του 1997 δύο αποφάσεις των Δ.Σ. του ΠΙΚΠΑ (Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης), πρώτα του τοπικού παραρτήματος Θεσσαλονίκης (στις 10/7/97) και στη συνέχεια των κεντρικών γραφείων της Αθήνας (στις 10/12/97) δίνουν «σάρκα και οστά» σε μια συνεργασία χρόνων, δύο Υπηρεσιών με κοινό ενδιαφέρον τη φροντίδα του παιδιού και του εφήβου: του ΠΙΚΠΑ και του Παιδοψυχιατρικού τμήματος του Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ.

---

\* Το κείμενο αυτό σε πρώτη μορφή αποτέλεσε εργασία με τον ίδιο τίτλο της Χ. Χρηστίδου, η οποία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική - Παιδοψυχιατρική της Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων.

Καταγράφοντας ένα μέρος της ιστορίας της Υπηρεσίας αναφέρουμε συνεργάτες που απασχολήθηκαν παλαιότερα ή απασχολούνται σήμερα, εκτός από τις μεταπτυχιακές φοιτήτριες, τις παιδοψυχιάτρους Λ. Αθανασοπούλου, Σ. Καμαλακίδου, Σ. Αμοιρίδου, Ε. Δελνικοπούλου, τις κλινικές ψυχολόγους Ε. Ελευθερίου, Γ. Καμάλ και Χ. Χατζηδημητρίου, τη λογοθεραπεύτρια Ε. Αβραμίδου, την κοινωνική λειτουργό Φ. Παπαγερίδου, την ειδική παιδαγωγό Π. Κολαρά, την εργοθεραπεύτρια Μ. Πουλιοπούλου και την εκπαιδευτήρα ψυχοκινητικής Κ. Γκόλφη την οποία ευχαριστούμε και για τη βοήθειά της στην καταγραφή των περιστατικών.

1. Κοινωνικός Λειτουργός - Παιδαγωγός - Ψυχολόγος.
2. Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.
3. Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής - Παιδοψυχιατρικής Α.Π.Θ., Υπεύθυνος Υπηρεσίας Παιδιού και Εφήβου Ν. ΑΧΕΠΑ.

Το ΠΙΚΠΑ, βασικός φορέας προστασίας μητρότητας και βρέφους από το 1914, Ν.Π.Δ.Δ., από τις παλαιότερες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, με παραρτήματα σε όλη την επικράτεια, αντιμετώπιζε τότε δυσκολίες να απαντήσει στις ανάγκες του πληθυσμού και να εκσυγχρονιστεί. Παρουσίαζε μια συρρίκνωση σε προσωπικό και δραστηριότητες και παράλληλα είχε ήδη υποστεί μια σκληρή κριτική, κυρίως για το Ίδρυμα στη Λέρο παλαιότερα, αλλά και για τα υπόλοιπα ιδρύματα για παιδιά, που διατηρούσε σε άλλες πόλεις. Με την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (ΦΕΚ 236/20-10-98) το ΠΙΚΠΑ εντάχθηκε στον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΟΚΦ), μαζί με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας (ΕΟΠ) και το Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα». Σήμερα τα κατά τόπους παραρτήματα του ΠΙΚΠΑ έχουν περάσει στην αρμοδιότητα των Π.Ε.Σ.Υ.Π. και έτσι οι υπηρεσίες του βρίσκονται σε μια μεταβατική κατάσταση.

Η Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, από το 1991 με αφορμή παραπομπές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιπτώσεων είχε αναπτύξει συνεργασία με κοινωνικούς φορείς, ιδρύματα και θεσμούς της πόλης. Η συνεργασία αυτή συστηματοποιήθηκε από το 1996, με το συντονισμό μηνιαίων συναντήσεων επαγγελματιών ή εκπροσώπων της διοίκησης των φορέων που διαχειρίζονταν περιπτώσεις παιδιών και οικογενειών με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Αρχικά οι φορείς που συμμετείχαν ήταν 8: το ΠΙΚΠΑ, ο ΕΟΠ, Ιδρύματα Φιλοξενίας Παιδιών όπως το Βρεφοκομείο «Αγ. Στυλιανός», το Παιδικό Χωριό SOS, τα οικοτροφεία Μελίσσα, Μ. Αλέξανδρος (για κορίτσια) και Παπάφειο (για αγόρια), καθώς και η Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων (ΕΠΑ). (Θα πούμε περισσότερα γι' αυτό το δίκτυο συνεργασίας των φορέων παρακάτω).

Εν τω μεταξύ, ο χώρος του Νοσοκομείου σιγά - σιγά ήταν δύσκολο να στεγάσει τις δραστηριότητες του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, μια που τα δύο γραφεία στην Κλινική και το ένα στα Εξωτερικά Ιατρεία, καθώς και κάποιοι χώροι κοινοί με την Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων δεν επαρκούσαν. Το «άνοιγμα» στην κοινότητα για μια δραστηριότητα «εκτός των τειχών» ήταν μια πρόκληση και ταυτόχρονα μια απόφαση που έπρεπε να παρθεί.

Έτσι μέσα από την εμπειρία αυτής της συνεργασίας με τους φορείς, κάτω απ' αυτό το «καθεστώς» των δύο Υπηρεσιών και με τη συμπαράσταση της προέδρου του ΠΙΚΠΑ Θεσσαλονίκης Αν. Καθηγήτριας Παιδιατρικής του ΑΠΘ Φ. Αθανασιάδου, επιτυγχάνεται η παραχώρηση ενός ορόφου στο κεντρικό κτίριο και αρχίζει να λειτουργεί από το 1998 χώρος υποδοχής παιδιών και εφήβων, με τη μορφή Εξωτερικού Ιατρείου, για 2-3 ημέρες την εβδομάδα και με προσωπικό την παιδοψυχιατρική ομάδα του ΑΧΕΠΑ.

## Το πλαίσιο

### Τεχνικά χαρακτηριστικά του πλαισίου

Ο χώρος: Περίπου 150 τ.μ., βρίσκεται στον 1ο όροφο μιας πολυκατοικίας στο παλιό εμπορικό κέντρο, στη δυτική είσοδο της πόλης της Θεσσαλονίκης (Μαβίλη 11). Πριν από την εγκατάσταση της Υπηρεσίας είχε λειτουργήσει για λίγα χρόνια εδώ, ένα πρόγραμμα απασχόλησης και προεπαγγελματικής κατάρτισης ΑΜΕΑ επιδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Με τη λήξη του προγράμματος ο χώρος έμενε ανεκμετάλλετος. Περιλαμβάνει μεγάλη αίθουσα υποδοχής, 3 γραφεία για ατομικές συνεντεύξεις, 2 χώρους για ομαδικές συναντήσεις, 1 χώρο για εργοθεραπεία, παιχνιδιοθεραπεία και 3 βοηθητικούς χώρους.

Στόχος είναι αποκτώντας μια δυναμική να λειτουργεί και σε «μεταβατικός χώρος», (με την έννοια που έδωσε ο Winnicott στη λέξη μεταβατικός), δηλαδή σε μια ενδιάμεση περιοχή εμπειρίας, για όσους συνευρίσκονται σ' αυτόν, όπου θα συντελείται το πέρασμα από τον αντικειμενικά αντιληπτό, πραγματικό χώρο στον θεραπευτικό.

*Ο χρόνος:* Η Υπηρεσία λειτουργεί κάθε Τρίτη, Τετάρτη και Πέμπτη, 9.30 π.μ. με 1.30 μ.μ. μετά από ραντεβού. Τα ραντεβού αρχικά κλείνονταν από το ΠΙΚΠΑ, από επισκέπτρια υγείας που συνεργαζόταν με την Υπηρεσία και έκανε τη διασύνδεση. Σήμερα τα ραντεβού κλείνονται απευθείας από την παιδοψυχιατρική ομάδα.

### **Δυναμικά χαρακτηριστικά του πλαισίου**

*Οι άνθρωποι:* Η διαμόρφωση μιας παιδοψυχιατρικής ομάδας με κάλυψη όλων των ειδικοτήτων απαραίτητων για μια πολυεστιακή προσέγγιση των αναγκών των παιδιών και των γονιών τους αποτέλεσε έναν πρωταρχικό στόχο. Αρχικά το προσωπικό αποτελούνταν από 5 παιδοψυχιάτρους (3 επιστημονικοί συνεργάτες), 1 κλινική ψυχολόγο, 1 εργοθεραπεύτρια και 1 λογοθεραπεύτρια (επιστημονικός συνεργάτης). Κάποιοι από τον αρχικό εκείνο πυρήνα παραμένουν σταθερά εργαζόμενοι στην ομάδα, άνθρωποι-κλειδιά που σηματοδότησαν και τη δυναμική των πραγμάτων. Αλλά βέβαια σ' αυτά τα 5 χρόνια λειτουργίας υπήρξαν και εναλλαγές προσώπων.

Σήμερα υπάρχουν τρεις κατηγορίες απασχολούμενων στην Υπηρεσία: οι μόνιμοι υπάλληλοι του Νοσοκομείου (παιδοψυχίατροι, κοινωνική λειτουργός), οι επιστημονικά συνεργαζόμενοι (παιδοψυχίατροι, λογοθεραπεύτρια, εργοθεραπεύτρια, ειδική παιδαγωγός, εκπ. ψυχοκινητικής) και ένας σημαντικός αριθμός μεταπτυχιακών φοιτητών που κάνουν πρακτική άσκηση, της Κλινικής και Σχολικής Ψυχολογίας από το Ψυχολογικό Τμήμα του ΑΠΘ, καθώς και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής - Παιδοψυχιατρικής από την Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων.

Η εκπαίδευση είναι συνεχής για όλους τους απασχολούμενους τόσο μέσα από τις εβδομαδιαίες συναντήσεις της ολομέλειας, με στόχο την παρουσίαση και συζήτηση των περιστατικών, όσο και με την παρακολούθηση εβδομαδιαίων σεμιναρίων.

Οι εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας δεν μπορούν να θεωρηθούν εποπτεία αλλά θα λέγαμε ότι είναι μια *εποπική διαδικασία* όπου εκτίθεται, από την παιδοψυχίατρο συνήθως που έχει πάρει την πρώτη συνέντευξη, ποιο είναι το αίτημα, από ποιον τίθεται αυτό, αναλύεται το περιστατικό καθώς και οι αντιδράσεις του θεραπευτή για το παιδί και την οικογένεια. Επιτυγχάνεται έτσι μια κινητοποίηση των ψυχικών αντιδράσεων και των υπολοίπων μελών, εκφράζονται σκέψεις και γίνονται υποθέσεις πάνω στο πρόβλημα, που θα βοηθήσουν στην παραπέρα κατανόησή του. Σ' αυτές τις συναντήσεις επίσης θα προταθούν οι ειδικές εκτιμήσεις, οι ψυχομετρικές δοκιμασίες, λογοθεραπευτική ή άλλη εξέταση, θα σχεδιαστούν η πορεία, οι χειρισμοί, οι παρεμβάσεις των άλλων ειδικών στο παιδί, την οικογένεια, το σχολικό ή το ευρύτερο περιβάλλον ή θα γίνει, όπου χρειάζεται, η διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες. Τα πιο άπειρα στελέχη μ' αυτό τον τρόπο θα αποκτήσουν μια *καθαρότητα εικόνας* στα *θεραπευτικά προβλήματα*, θα νιώσουν *αίσθημα ασφάλειας*, θα αντιληφθούν ότι υπάρχει *περιεχόμενο πίσω από το επιφανειακό ασήμαντο ή «άχαρο» υλικό των συνεδριών* (Σακελλαρόπουλος, 1989).

Συναντήσεις μικρότερου αριθμού ανθρώπων του προσωπικού που ασχολούνται μ' ένα συγκεκριμένο περιστατικό μπορεί να γίνουν, ανεξάρτητα από τις τακτές συναντήσεις, προκειμένου να συζητηθούν ιδιαίτερα προβλήματα που προκύπτουν στην πορεία.

*Η φροντίδα:* Στηρίζεται στη θεραπευτική σχέση που θα αναπτυχθεί, η οποία επιδιώκεται από το πρώτο ραντεβού ώστε να γίνει δυνατή η συνέχεια. Μολονότι η πρώτη επαφή γίνεται συνήθως με παιδοψυχίατρο υπάρχει η πρόβλεψη να είναι δυο μέλη της ομάδας στις συναντήσεις με το παιδί ή τους γονείς ή ταυτόχρονα να βλέπει ένας θεραπευτής τους γονείς και άλλος το παιδί. Στις περισσότερες περιπτώσεις ασχολούνται με το κάθε περιστατικό πάνω από δυο ειδικότητες μια που είναι απαραίτητη μια πολυεπίπεδη αντιμετώπιση των αναγκών του παιδιού.

Η φροντίδα κάποτε περνάει και έξω από τα όρια της Υπηρεσίας με επισκέψεις των απασχολούμενων με το περιστατικό στο σπίτι, τον παιδικό σταθμό, το σχολείο. Όλη η ομάδα των ειδικών που θα ασχοληθεί με το παιδί καλείται να το «εμπεριέξει» με την έννοια που έδωσε ο Bion περιγράφοντας την εμπεριέχουσα λειτουργία που επιτελεί η μητέρα. *Η μητέρα καλύπτει αυτή τη λειτουργία με το να δίνει την κατάλληλη απάντηση στις διαφορετικές εκδηλώσεις εσωτερικής έντασης που εκφράζει το παιδί* (Σακελλαρόπουλος, 2001). Ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να δώσει ένα νόημα σ' αυτά που νιώθει το παιδί όπως αυτά εκφράζονται μέσα από το «σύμπτωμα» ή μέσα από συγκεκριμένες δραστηριότητες (παιχνίδι, ζωγραφική). Ο καθένας μέσα από το ρόλο του καλείται να συμβάλει σ' αυτό. Η συμπληρωματικότητα επίσης των ρόλων είναι αναγκαία, αν και είναι πάντα ένα σημείο τριβής στις διεπιστημονικές ομάδες.

Εκτός από τις παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο με το παιδί και τη δουλειά με τους γονείς μπορεί η βοήθεια να επιδιωχθεί μέσα από τη δημιουργία ομάδας παιδιών, όταν υπάρχει δυνατότητα. Φέτος λειτούργησε μια ομάδα Ψυχοπαιδαγωγικής Υποστήριξης για παιδιά σχολικής ηλικίας με την ευθύνη δύο ειδικών παιδαγωγών.

*Η φιλοσοφία:* Η θεωρητική οπτική της ομάδας χαρακτηρίζεται από το ψυχαναλυτικό πρίσμα, με την έννοια ότι ο θεραπευτής καλείται να εξετάσει τους ασυνείδητους μηχανισμούς που διέπουν τον οικογενειακό αστερισμό του παιδιού που έρχεται. Ο στόχος δεν είναι συνήθως η ερμηνεία της συμπεριφοράς αλλά γίνεται προσπάθεια κατανόησης των βαθύτερων κινήτρων και αναγκών του παιδιού και της οικογένειας που παράγουν το σύμπτωμα ή τη συγκεκριμένη συμπεριφορά που δημιουργεί προβλήματα.

Ο Υπεύθυνος της μονάδας αναφερόμενος στη φιλοσοφία λέει ότι *παρόλο που κυρίαρχη θεωρητική αναφορά της Υπηρεσίας είναι η ψυχαναλυτική δεν υπάρχει μια δογματική προσήλωση σε σχολές, τάσεις ή ιδεολογικά ρεύματα. Έτσι ο καθένας θεραπευτής μπορεί να έχει τις θεωρητικές του προτιμήσεις χωρίς αυτό να ανατρέπει μιαν υποτιθέμενη «εύρυθμη» λειτουργία της ομάδας, όπως επίσης δίνεται η δυνατότητα σε κάθε περιστατικό να έχει τη θεραπεία που του ταιριάζει σε μια κυρίαρχη θεωρία* (Αμπατζόγλου, 1997).

Έχοντας υπόψη ότι οι εξυπηρετούμενοι Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας μπορεί πολλές φορές να είναι άτομα με χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό, μορφωτικό, νοητικό επίπεδο ή με έναν άλλο κώδικα αξιών και ηθικής από αυτούς που καλούνται να τους βοηθήσουν, η ομάδα δεν ξεχνά ότι δεν είναι εκεί για να κρίνει όσους απευθύνονται σ' αυτήν. Η δράση της διέπεται από το σεβασμό στον άνθρωπο και στον ψυχικό του πόνο και οι παρεμβάσεις της λαμβάνουν υπόψη τα Ανθρώπινα Δικαιώματα με έμφαση στα Δικαιώματα των Παιδιών.

## Το άτυπο «δίκτυο» Ψυχιατρικών και Κοινωνικών Υπηρεσιών για παιδιά

*Η κατανόηση και η ικανότητα με τις οποίες συνεργαζόμαστε μεταξύ μας, ως επαγγελματίες, είναι εξίσου σημαντικές όσο και οι εξειδικευμένες θεραπευτικές ικανότητες που χρησιμοποιούμε στην εργασία μας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.*

*D. Steinberg*

Το μέγεθος των προβλημάτων που καλούνται ν' αντιμετωπίσουν οι Κοινωνικές Υπηρεσίες, η πολλαπλή αιτιολογία τους, η αλληλεπίδραση των αιτιολογικών παραγόντων και η αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών σε βάθος χρόνου κάνουν αναγκαία τη συνεργασία των ειδικών και των υπηρεσιών για μια πληρέστερη κατανόηση και αντιμετώπιση των περιστατικών.

Πολλές φορές κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε υπηρεσίες Πρόνοιας ανακαλύπτουν να ασχολούνται με οικογένειες, για κάποιο χρονικό διάστημα, ταυτόχρονα ή διαδοχικά με άλλους συναδέλφους, περιοριζόμενος ο καθένας σε παροχές ή φροντίδα που αφορά μεμονωμένα τη δική του οργάνωση, με αποτέλεσμα οι ενέργειες να γίνονται ασυντόνιστα, αποσπασματικά, χωρίς προσπάθεια ολοκληρωμένης κάλυψης των αναγκών της οικογένειας. Κάποιες οικογένειες είναι συχνά «μόνιμοι πελάτες» Κοινωνικών Υπηρεσιών, επανέρχονται ξανά και ξανά σαν περιστατικά στις διάφορες υπηρεσίες με το ίδιο ή διαφορετικό κάθε φορά αίτημα.

Σε τέτοιες οικογένειες, που στη βιβλιογραφία αναφέρονται ως «πολυπροβληματικές», «οικογένειες σκληρού πυρήνα» (Hard-core families), ή «οικογένειες που δύσκολα αγγίζονται» (Hard-to-reach families) συνυπάρχουν συχνά θέματα οικονομικής ανέχειας, κακής σωματικής και ψυχικής υγείας, δυσπροσαρμοστικότητας, απομόνωσης, κακές συνθήκες στέγασης, κακές οικογενειακές σχέσεις, παραπρωματικότητα, εξαρτήσεις, χρήση βίας.

Στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες φτάνουν επίσης τέτοιες οικογένειες, για δυσκολίες που αφορούν στα παιδιά (στη βιβλιογραφία τα συναντάμε να αναφέρονται ως παιδιά με «δύσκολο οικογενειακό αστερισμό») αναπτυξιακές, μαθησιακές, συμπεριφοράς ή και για θέματα κακοποίησης - παραμέλησης.

Οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τέτοιου είδους περιπτώσεις αντιμετωπίζουν κάτω από επείγουσες, συχνά πιεστικές συνθήκες θέματα «διαχείρισης» σύνθετων και σοβαρών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Όταν εμπλέκονται θέματα παιδιών καταλαβαίνουμε πως τα πράγματα γίνονται πολλές φορές ακόμα και τραγικά, κινητοποιούν πολύ περισσότερο συναισθηματικά επαγγελματίες και μη, διακινούν θέματα της δικής τους παιδικής ηλικίας και ενεργοποιούν κοινωνικά στερεότυπα περί «σωστών» γονέων ανάλογα με τις προσδοκίες της κάθε κοινωνίας για το ρόλο του γονιού. Οι ειδικοί βρίσκονται συχνά μπροστά σε δύσκολες αποφάσεις όσον αφορά την αξιολόγηση της γονεϊκής φροντίδας και την καταλληλότητα ή επικινδυνότητα ενός οικογενειακού περιβάλλοντος για το παιδί. Ηθικά διλήμματα ανακύπτουν. Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων, η χρονιότητα και η παγίωση κάποιων καταστάσεων στη δομή της οικογένειας δυσκολεύουν το έργο του επαγγελματία. Συχνά αισθάνεται τεράστια την ευθύνη του και λιγοστά τα εφόδια που έχει για αντιμετώπιση της κατάστασης. Μπορεί να αισθανθεί τόσο μόνος και αβοήθητος όσο και οι εξυπηρετούμενοί του. Απαισιοδοξία για την έκβαση, λύπη για το παιδί και θυμός για τους γονείς θα δυσκολέψουν τη δουλειά του. Αν δεν

έχει αλλοτριωθεί από τα χρόνια δουλειάς με τέτοια περιστατικά και έχει αναπτύξει άμυνες και αντιστάσεις, υπάρχει κίνδυνος να διαχειριστεί το περιστατικό «από μακριά», επιλέγοντας στην ουσία να μη δουλέψει καθόλου μαζί του, αλλά να κάνει απλά τις απαραίτητες γραφειοκρατικές διαδικασίες (είτε αυτό είναι μια γνωμάτευση ή ένα επίδομα, ή μια γρήγορη απομάκρυνση ή τοποθέτηση ενός παιδιού).

Η αναγκαιότητα της συνεργασίας και του συντονισμού των παρεμβάσεων γίνεται εύκολα αντιληπτή. Η μεγαλομανία και η αυτάρκεια από τη μεριά του επαγγελματία δεν έχουν θέση όταν έχει να διαχειριστεί τέτοια θέματα. Κανείς δεν είναι αρκετός από μόνος του. Χρειάζεται ένας χώρος διαλόγου των περιστατικών, ένας χώρος για να σκεφτούν όλοι μαζί οι επαγγελματίες εναλλακτικές λύσεις παρέμβασης.

Το 1999 η Υπηρεσία συμμετείχε στο Πρόγραμμα «Ίκαρος», που αφορούσε μελέτη του συστήματος φροντίδας γονέων με ψυχιατρικά προβλήματα και των παιδιών τους σε 10 χώρες της Ευρώπης και την Αυστραλία, του Κέντρου Συγκριτικών Σπουδών Κοινωνικής Εργασίας του Πανεπιστημίου Brunel της Αγγλίας. Στην τελική έκθεση του Προγράμματος μια πρόταση που αφορά την Ελλάδα (και την Ιταλία) αναφέρεται στην ανάγκη ενεργούς παρέμβασης της τοπικής κοινωνίας, έτσι ώστε να προσδιοριστούν τα συστήματα υποστήριξης στη γειτονιά για την οικογένεια χρησιμοποιώντας και συντονίζοντας την τοπική γνώση και τις επαφές με άλλους φορείς.

Όπως ήδη είδαμε, η διαπίστωση της έλλειψης συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ ψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών ενηλίκων και παιδιών, για ολοκληρωμένη φροντίδα σε οικογένειες με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως αυτή έγινε ορατή από τους επαγγελματίες του χώρου και η ανάγκη θεραπευτικής αντίληψης και προοπτικής στις προνοιακές πρακτικές παρέμβασης οδήγησαν σε τακτές μηνιαίες συναντήσεις Κοινωνικών Οργανώσεων που συντόνιζε η Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου του ΑΧΕΠΑ από το 1996.

Με την ανάπτυξη της Υπηρεσίας στο χώρο του ΠΙΚΠΑ άρχισαν να γίνονται εδώ και οι συναντήσεις των φορέων, την πρώτη Τετάρτη κάθε μήνα. Παράλληλα μεγάλωσε και ο αριθμός των συμμετεχουσών υπηρεσιών, προστέθηκαν Συμβουλευτικοί Σταθμοί Δήμων όπως των Συκεών, του Ευόσμου, των Αμπελοκήπων, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα του ΨΝΘ, το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Γ.Ν. Παπανικολάου, η Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων των Δικαστηρίων, το Φιλοξενείο στο Παπάφειο, το ΨΚΒΕ. Σ' όλα τα χρόνια που λειτουργεί η ομάδα των φορέων διατηρήθηκε ανοιχτή, «ένας χώρος υποδοχής των επαγγελματικών και συναισθηματικών επενδύσεων του καθενός εκπροσώπου φορέα, αλλά και της παροδικής του απόσυρσης» (Στεφανάτος, 1989).

Έτσι κατά διαστήματα κάποιες υπηρεσίες συμμετέχουν πιο ενεργά μέσω των εκπροσώπων τους, είτε εξαιτίας κάποιων περιστατικών που τους κινητοποιούν, είτε προσωπικού ενδιαφέροντος να επενδύσουν στο *θεσμό*, ενώ αλλαγές στο «καθεστώς» των οργανώσεων, στη θέση του επαγγελματία κ.λπ. μπορεί να επηρεάσουν τη συμμετοχή ή να σημάνουν απομάκρυνση.

Με αφετηρία αυτό το άτυπο δίκτυο αναπτύχθηκαν παραπέρα συνεργασίες κυρίως με τα ιδρύματα κλειστής φροντίδας παιδιών. Για παράδειγμα, η συστηματική συνεργασία παιδοψυχιάτρου στο χώρο του οικοτροφείου Μέλισσα έκανε ορατή για τη διοίκηση την ανάγκη πρόσληψης παιδοψυχιάτρου στη δύναμη του προσωπικού. Με το Παιδικό Χωριό SOS υπάρχει συνεργασία με το προσωπικό για θέματα των παιδιών εκεί, ενώ με το Βρεφοκομείο Αγ. Στυ-

λιανός υπάρχει επίσης συνεργασία με το προσωπικό σε τακτή βάση με συναντήσεις τόσο στο χώρο του Ιδρύματος όσο και στην Υπηρεσία.

Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα που επιδιώκονται μέσα από την ανάπτυξη του δικτύου είναι:

1) Γνωριμία με προγράμματα, υπηρεσίες, ιδρύματα, με τον τρόπο της δουλειάς τους, τις δυνατότητες και τα όριά τους για την καλύτερη προετοιμασία παραπομπών, καθώς και οργάνωση - υλοποίηση εναλλακτικών μορφών φροντίδας με ενεργοποίηση όλων των πηγών της κοινότητας.

2) Σχεδιασμός των δράσεων κοινωνικών και παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών για μια συντονισμένη, ολόπλευρη προσέγγιση των αναγκών των παιδιών και των οικογενειών τους. Η ισότιμη σχέση των συμμετεχόντων στο δίκτυο εξασφαλίζει στην πράξη την αποφυγή επιλογών / αποφάσεων ενός μόνο ανθρώπου για την τύχη ενός παιδιού.

3) Δυνατότητα δυναμικής αξιολόγησης της ποιότητας των οικογενειακών δεσμών, έμφαση στην υποστήριξη του γονεϊκού δεσμού και της ευρύτερης οικογένειας, ώστε να κρατηθούν τα παιδιά εντός της και όπου αυτό δεν είναι δυνατόν ανάπτυξη πρωτοβουλιών για διατήρηση των δεσμών (γονεϊκών, αδελφικών, συγγενικών).

4) «Συνοδοδεία» παιδιών στα νέα πλαίσια φροντίδας (ανάδοχη - θετή οικογένεια, ίδρυμα). Προσφορά πλαισίου για έκφραση του πόνου εξαιτίας του χωρισμού ή της απώλειας. Ψυχοθεραπευτική ανάληψη του παιδιού οποτεδήποτε αυτό θεωρηθεί αναγκαίο.

5) Δυνατότητα συνέχειας και σταθερότητα υποστήριξης, δουλεύοντας με βιολογικές, ανάδοχες ή θετές οικογένειες. Ευαισθητοποίησή τους στην αναγνώριση των αναγκών του παιδιού και ιδίως στην ανάγκη του να γνωρίζει την αλήθεια για την ιστορία του. Δυνατότητα επανεκτίμησης τοποθετήσεων.

6) Πρόληψη σοβαρότερων προβλημάτων και δυσκολιών για τα παιδιά αργότερα. Όλοι οι παραπάνω στόχοι δουλεύουν ουσιαστικά για την επίτευξη αυτού μια που η δυναμική αντιμετώπιση των καταστάσεων μέσω της συνεργασίας εμπεριέχει και την πρόληψη.

7) Μελέτη της κοινωνικής πραγματικότητας, των αλλαγών στο κοινωνικό γίγνεσθαι και του αντίκτυπου στις ζωές και στην ψυχοπαθολογία των ανθρώπων που ζητούν βοήθεια. Έρευνα αναγκών του πληθυσμού και αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων της περιοχής ευθύνης του δικτύου.

8) Εντοπισμός επικαλύψεων αναγκών ή «κενών» στο δίκτυο φροντίδας, προσπάθεια ανάπτυξης συμπληρωματικότητας και παράλληλα ευαισθητοποίησης υπευθύνων και διοικήσεων των φορέων για προγραμματισμό σύμφωνα με τις διαπιστώσεις.

9) Μοίρασμα υπευθυνοτήτων, δυσκολιών μεταξύ των συνεργατών. Δυνατότητα αλλαγής στάσης των επαγγελματιών, εκπαιδευτικής εμπειρίας, ανάπτυξης εμπιστοσύνης, πίστης, αισιοδοξίας και ικανοποίησης από τη δουλειά τους με την επίτευξη επιτυχούς αποτελέσματος. Αντιμέτωπη της επαγγελματικής εξάντλησης (burn out).

Η σταθερότητα και η συνέχεια της ύπαρξης του άτυπου αυτού δικτύου κοινωνικών και ψυχιατρικών δομών στο πέρασμα των χρόνων το κάνει πια θεσμό. Ένα θεσμό με ευελιξία, ώστε να εκπληρώνει το ρόλο του, ανοικτό στις αλλαγές όταν οι συνθήκες το απαιτούν.

## Καταγραφή περιστατικών 1998-2002

### Σχολιασμός

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται εδώ αφορούν περιστατικά παιδιών και εφήβων που παρακολούθηθηκαν στο χώρο του ΠΙΚΠΑ από την Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου της Γ' Π.Ψ. Κλινικής του Νοσ. ΑΧΕΠΑ το χρονικό διάστημα 1998-2002. Αναφέρονται σε 148 περιπτώσεις για τις οποίες βρέθηκαν επαρκή στοιχεία. Δίδεται έτσι μια εικόνα των περιπτώσεων που παρακολούθηθηκαν στα πέντε πρώτα χρόνια της λειτουργίας της Υπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο και όχι του συνόλου των περιπτώσεων που αποτάθηκαν σ' αυτήν.

Δεν περιλαμβάνονται περιπτώσεις γονέων υποψηφίων για αναδοχή ή υιοθεσία που παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση ή συμβουλευτική στην Υπηρεσία ανεξάρτητα από παιδιά, καθώς και γονέων που ήρθαν για συμβουλευτική βοήθεια σχετικά με θέματα των παιδιών τους χωρίς να έρθουν τα ίδια. Το δείγμα αφορά μόνο στην προσέλευση παιδιών και εφήβων.

Από τις 148 περιπτώσεις 59% είναι αγόρια και 41% κορίτσια (Πίν. 1). Όσον αφορά τις ηλικίες, εκτός από ένα βρέφος (για υιοθεσία) και 2 περιστατικά πάνω από 19 χρόνων που ήταν παλιά περιστατικά του ΑΧΕΠΑ, το ηλικιακό φάσμα κινείται μεταξύ 3 έως 18 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 9,7 έτη. Η πλειονότητα των περιστατικών (32%) βρίσκεται στη σχολική ηλικία (7-10 χρ.) και στην πρώτη εφηβική 11-14 χρ. (30%), ακολουθεί η προσχολική ηλικία (3-6 χρ.), ενώ για πάνω από τα 15 χρ. το ποσοστό πέφτει στο 11% (Πίν. 2).

Από τα παιδιά του δείγματος, 33 (22%) είναι αδέλφια που ήρθαν μαζί ή διαδοχικά στην Υπηρεσία, κυρίως με το ίδιο αίτημα, ενώ 4 ακόμη περιπτώσεις αδελφών εξετάσθηκαν αλλά δεν περιλαμβάνονται στο δείγμα.

Ο τόπος κατοικίας στην πλειονότητα των περιπτώσεων (79%) είναι η πόλη της Θεσσαλονίκης, για ένα 10% είναι χωριά σε μικρή απόσταση από την πόλη και ένα 11% κατοικεί σε άλλες πόλεις της Β. Ελλάδας, που δεν έχουν παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες (π.χ. Καβάλα, Πτολεμαΐδα, Σέρρες) (Πίν. 3).

Ένας σημαντικός αριθμός του δείγματος προέρχεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία του ΑΧΕΠΑ ή τη Διασυνδετική (26%). Οι παραπομπές προέρχονται κυρίως από Κοινωνικές Υπηρεσίες (46%) προνοιακού χαρακτήρα όπως ΠΙΚΠΑ, ΕΟΠ, ΕΠΑ, Συμβουλευτικοί Σταθμοί Δήμων ή Κ.Υ. του Εθνικού Συστήματος Υγείας όπως Κέντρα Υγείας, και ακολουθούν τα Ιδρύματα κλειστής φροντίδας παιδιών (26%) με τα οποία υπάρχει συνεργασία αρκετά χρόνια. Τα Ιδρύματα αυτά είναι το Παιδικό Χωριό SOS (12 περ.), το Βρεφοκομείο Αγ. Στυλιανός (9 περ.) και τα οικοτροφεία: Μελισσα (3 περ.), Παπάφειο (1 περ.) και Πεσταλότζι (1 περ.) Παιδικοί Σταθμοί, Νηπιαγωγεία, Σχολεία, παρέπεμψαν 11 περιστατικά (7%), ενώ παιδίατροι ή άλλοι επαγγελματίες υγείας 8 (5%) (Πίν. 4).

Το αίτημα για την πλειοψηφία των περιστατικών είναι η διαγνωστική εκτίμηση. Αυτή μπορεί να αφορά την τοποθέτηση σε ίδρυμα μια που για την εισαγωγή απαιτείται ψυχιατρική εκτίμηση, μαθησιακές δυσκολίες ή παιδοψυχιατρικά προβλήματα. Το αίτημα για συμβουλευτική βοήθεια - υποστήριξη προτάθηκε σε λιγότερα περιστατικά, αφορούσε τοποθέτηση παιδιών σε οικογένειες (υιοθεσία ή αναδοχή) ή ίδρυμα καθώς και παρακολούθηση στη συνέχεια της τοποθέτησης, κακοποίηση, χρήση ουσιών, αντιμετώπιση πένθους ή άλλων τραυματικών καταστάσεων (π.χ. απόπειρα ασελγείας, βιασμός).

Προσπαθώντας να ομαδοποιήσουμε τις περιπτώσεις με βάση το λόγο προσέλευσης τις χωρίσαμε σε 3 κύριες, γενικές κατηγορίες (Πίν. 5).



(α) Για ποικίλα *Παιδοψυχιατρικά Προβλήματα* προσήλθαν 56 περιστατικά (38%). Πιο αναλυτικά συμπεριλαμβάνονται εδώ (βλέπε επίσης Πίν. 6):

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ		
Διαταραχές συμπεριφοράς-Διαταραχές διαγωγής	20	36%
Διαταραχές ανάπτυξης	6	11%
Διαταραχές διάθεσης	7	12,5%
Διαταραχές στην ανάπτυξη λόγου & ομιλίας	8	14,3%
Ενούρηση	5	9%
Νοτική Υστέρηση	4	7%
Διαταραχές που εκδηλώνονται με σωματικά συμπτώματα	3	5%
Απόπειρα αυτοκτονίας	2*	3,5%
Διαταραχές ύπνου/Υπνοβασία	1	1,7%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

\* Παρουσιάστηκαν άλλα 3 περιστατικά με απόπειρα, στα 2 συνυπήρχαν διαταραχές συμπεριφοράς και σε 1 καταθλιπτικά συμπτώματα και μαθησιακές δυσκολίες.

(β) Για *Μαθησιακά Προβλήματα*, δυσκολίες στο σχολείο προσήλθαν 31 περιστατικών (21%), σε 10 (περίπου στο 1/3) από τα οποία συνυπήρχαν και άλλα προβλήματα (παιδοψυχιατρικά) αν και προτάθηκαν τα μαθησιακά. Το αίτημα σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι διαγνωστικό και η διαγνωστική εκτίμηση έχει να κάνει με εξέταση, εκτός από παιδοψυχίατρο, από ψυχολόγο, λογοθεραπευτή ή ειδικό παιδαγωγό, ανάλογα με το πρόβλημα. Η διαδικασία σ' αυτές τις περιπτώσεις συνήθως περιλαμβάνει μια πρώτη συνέντευξη, λήψη ιστορικού από παιδοψυχίατρο, 1-2 συναντήσεις με ψυχολόγο και 1-2 συναντήσεις με λογοθεραπευτή για εξέταση στην αντιγραφή, ορθογραφία, ανάγνωση, απόδοση νοήματος κειμένου. Για την αξιολόγηση του νοητικού δυναμικού χρησιμοποιούνται από ψυχολόγο συνήθως οι δοκιμασίες WISC III, Bender - Gestalt και Raven. Τα αποτελέσματα και οι προτάσεις, αφού συζητηθεί το περιστατικό, θα ανακοινωθούν στους γονείς σε μια νέα συνάντηση με παιδοψυχίατρο. Θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να προταθούν να γίνουν στην Υπηρεσία, όταν αυτό είναι εφικτό, ή και σε ιδιώτες όπου μπορούν να καλυφθούν τα έξοδα από τα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. για λογοθεραπείες). Αρκετά από τα περιστατικά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν σαν αίτημα την έκδοση πιστοποιητικού - γνωμάτευσης για χρήση στο σχολείο, προκειμένου τα παιδιά να έχουν ειδική μεταχείριση και για τις περιπτώσεις που ο νόμος το προβλέπει απαλλαγή από γραπτή εξέταση. Παιδιά που έρχονται στην Υπηρεσία γι' αυτό το λόγο είναι κυρίως μαθητές Γυμνασίου ή Λυκείου και χρειάζονται επανεξέταση για ανανέωση της γνωμάτευσης.

(γ) Στην κατηγορία *Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα* συμπεριλήφθηκαν κυρίως περιστατικά που προέκυψαν από διάλυση της οικογένειας, είτε λόγω θανάτου ενός ή και των δύο γονέων, είτε λόγω εγκατάλειψης, παραμέλησης παιδιών εξαιτίας ψυχικής αρρώστιας των γονέων, φυλάκισης, διαζυγίου, κ.ά. Η παρέμβαση σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες φροντίδας παιδιών είχε να κάνει με τοποθέτηση σε ανάδοχη ή θετή οικογένεια ή ίδρυμα κλειστής προστασίας, όταν τα μέτρα για ενίσχυση και υποστήριξη της οικογένειας δεν επαρκούσαν.

Από τα 148 περιστατικά ένας σημαντικός αριθμός (39 περ. -26%) αφορούσε τέτοιες περιπτώσεις. Κάτω από τον όρο ψυχοκοινωνικά προβλήματα συμπεριλάβαμε επίσης και περιστατικά που προσήλθαν για θέματα κακοποίησης (7 περ. -5%) και για χρήση ουσιών (6 περ. -4%). Σε 3 ακόμα περιστατικά διαπιστώθηκε θέμα κακοποίησης, αλλά δεν ήρθαν στην Υπηρεσία γι' αυτό το λόγο.

(δ) Στην κατηγορία Άλλο ομαδοποιήθηκαν 9 περιστατικά (6%) που προσήλθαν για υποστηρικτική βοήθεια σε προβλήματα σχέσεων, εφηβείας, διαχείρισης πένθους, χρόνιων προβλημάτων υγείας, τραυματικών εμπειριών.

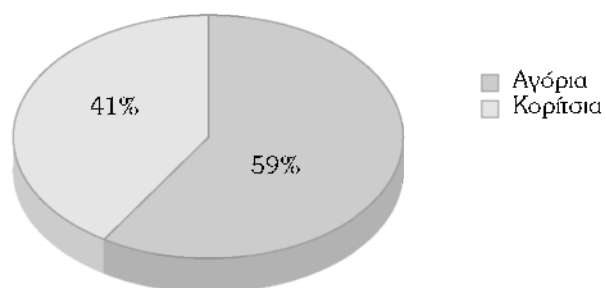
Η καταγραφή περιβαλλοντικών παραγόντων με πιθανή επιβαρυντική σημασία αφορά ένα μεγάλο μέρος των περιπτώσεων, κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν και το υπόλοιπο των περιπτώσεων και όχι μόνον αυτές που προσήλθαν με προεξάρχον το ψυχοκοινωνικό πρόβλημα.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		
Παλιννοστούντες η Μετανάστες	17	11,5%
Γονείς με ψυχοπαθολογία	10*	6,7%
Μονογονεϊκή οικογένεια	8	5,5%
Διάσταση - Διαζύγιο γονέων	8	5,5%
Παιδί εκτός γάμου	4	2,7%
Παιδί σε αναδοχή	9	6%
Παιδί υιοθετημένο	6	4%
Παιδί ορφανό	5	3,4%
Ζει σε ίδρυμα	3	2%
Ζει με παππού-γιαγιά	4	2,7%

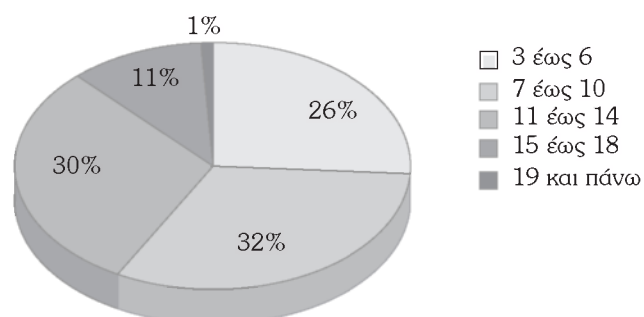
\* (1 αλκοολικός και 1 χρήστης ουσιών)

Κλείνοντας θα πρέπει να επισημάνουμε ότι μπορεί τα παιδοψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία να έφεραν την παιδοψυχιατρική ομάδα κοντά στο παιδί και τον έφηβο με προβλήματα, αλλά χρειάζονται υπηρεσίες στην κοινότητα που να επιτρέπουν μια πιο εύκολη πρόσβαση καθώς και συμβουλευτικές υπηρεσίες στα σχολεία που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στο επίπεδο της πρόληψης και του έγκαιρου εντοπισμού των περιστατικών. Η συνεργασία μεταξύ των φορέων αυτών στο τοπικό επίπεδο είναι βέβαια απαραίτητη.

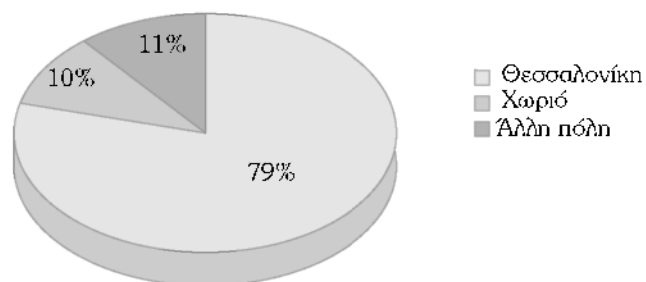
**Πίνακας 1: ΦΥΛΟ**

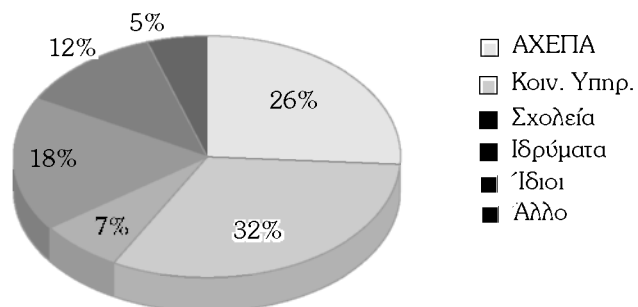
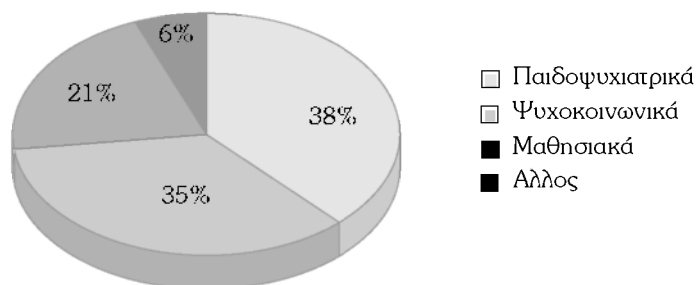
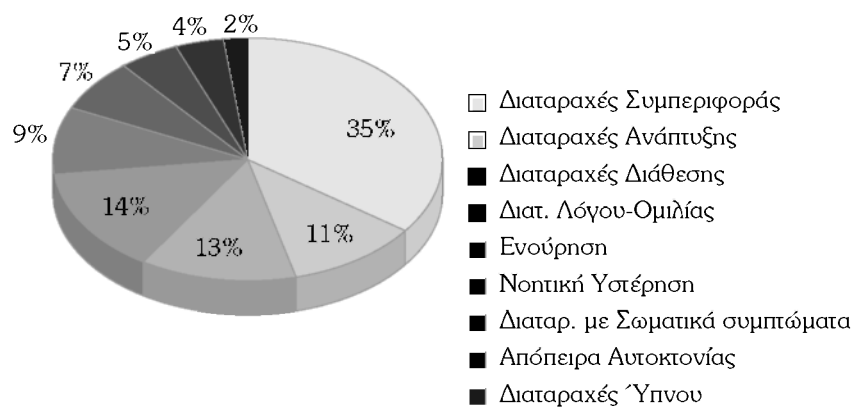


**Πίνακας 2: ΗΛΙΚΙΑ**



**Πίνακας 3: ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**



**Πίνακας 4: ΤΡΟΠΟΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ****Πίνακας 5: ΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ****Πίνακας 6: ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ**

## Βιβλιογραφία

- Αθανασοπούλου, Λ., Ελευθερίου, Ε., Αμπατζόγλου, Γ., (1999). «Παιδοψυχιατρική Παρέμβαση σε οικογένειες με γονείς ψυχικά πάσχοντες». *Το σήμα*, τεύχ. 1 Δεκ. (σελ. 15-20).
- Abatzoglou, G., Eleftheriou, E., Athanassopoulou, E., Kamalakidou, S., Zilikis, N., (2000). «A Network of Psychiatric and Social Services for Children: an Account from Greece». *Social Work in Europe*, Vol. 7, Num. 3 (pp. 50-52).
- Αμπατζόγλου, Γ., (επιμέλεια), (2000). *Αλλάζοντας χέρια*. University Studio Press, Θεσ/νίκη.
- Αμπατζόγλου, Γ., (1997). «Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία στο Γενικό Νοσοκομείο» στο *Η Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο*, Ιεροδιακόνου - Ιακωβίδη. Μαστορίδης, Θεσ/νίκη.
- Bentovim, A., Bingley, L., (1987). «Η γονεϊκή φροντίδα και η διαταραχή της παροχής της: μερικές κατευθύνσεις για την αξιολόγηση του παιδιού, των γονέων του και της οικογένειάς» στο *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής* Α' τόμ., Β' μέρ. Επιμ. Τσιάντης - Μανωλόπουλος. Καστανιώτης.
- Δαμίγος, Δ., Ευριπίδου, Ε., (1992). «Η έννοια του μεταβατικού πλαισίου». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 38 (σελ. 18-22).
- Δημοπούλου - Λαγωνίκα Μ., (1983). «Κοινωνική Εργασία με τις πολυπροβληματικές οικογένειες», *Εκλογή*, Αρ. 61 (σελ. 59-70).
- Hetherington, R., Baistow, K., Johanson, P., Mesie, J., (2000). *Professional Intervention for Mentally ill Parents and their Children: Building a European Model* (Final report of the Icarus Project).
- Σακελλαρόπουλος, Π., (1989). Παράρτημα 2ου τόμου από το *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων* Τ. Lemperiere, A. Feline. Παπαζήσης.
- Σακελλαρόπουλος, Π., (2001). *Σχέσεις μητέρας - παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής*. Παπαζήσης.
- Steinberg, D., (1989). «Διεπιστημονική συνεργασία και συμβουλευτική. Προβλήματα και ευκαιρίες στη διεπιστημονική συνεργασία». Μετ. Θ. Καλλινικάκη, *Εκλογή*, Αρ. 82 (σελ. 137-145).
- Στεφανάτος, Γ., (1989). «Η παιδοψυχιατρική θεραπευτική ομάδα. Αρχές και πλαίσια λειτουργίας της», στο *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Γ' τόμ. Επιμ. Τσιάντης - Μανωλόπουλος. Καστανιώτης.