

Ψυχοδυναμική υποστήριξη γονιών. Η ποιοτική προσέγγιση στη μελέτη της διεργασίας της κλινικής κοινωνικής εργασίας

Γιώργος Καρπέτης

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) Αθήνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια ποιοτική έρευνα πολλαπλών περιπτώσεων στην πρακτική της κλινικής κοινωνικής εργασίας ψυχοδυναμικής προσέγγισης. Μεθοδολογικά, έχει υιοθετήσει το ευρετικό παράδειγμα, όπου ο κλινικός είναι ταυτόχρονα ο ερευνητής, ο οποίος εκ των υστέρων μελετά –σε ένα Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο– το υλικό της πρακτικής του, η οποία δεν υπέστη καμιά απολύτως τροποποίηση χάριν της έρευνας. Στόχος ήταν η μελέτη της διεργασίας και της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης του κλινικού σε έξι ζευγάρια γονιών, των οποίων το λανθάνουσα ηλικίας παιδί τους εμφάνισε κυρίαρχα συμπτώματα της διαταραχής άγχους αποχωρισμού. Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της υποστηρικτικής θεραπείας ψυχοδυναμικής έμπνευσης. Παρουσιάζονται αναλυτικά και με ενδεικτικά παραδείγματα οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν, καθώς επίσης αυτές που ανέδειξε η κλινική πρακτική και η αποτελεσματική ή μη χρήση τους. Η μελέτη ανέδειξε ότι η εργασία με τους γονείς συνέβαλε στην κατανόηση των συναισθηματικών αναγκών του παιδιού και ακολούθως στη μείωση των συμπτωμάτων του. Τόνισε επίσης, ότι το σύνολο της κλινικής πράξης –θεραπευτικής διεργασίας– αποτελείται από τεχνικές, αφού τίποτε από όσα είπε ή έπραξε ο κλινικός δεν συνιστά «μη τεχνική». Επιπλέον αναδείχθηκαν ως σημαντικές παράμετροι της παρέμβασης, η διεπιστημονική συνεργασία και η μη λεκτική επικοινωνία των γονιών.

Εισαγωγή

Στο χώρο της ψυχικής υγείας του παιδιού, η εργασία με τους γονείς θεωρείται το πιο δύσκολο μέρος, ενώ συνιστά την αιτία για την οποία οι ψυχοθεραπευτές των παιδιών συχνά επιζητούν εκπαίδευση στην ψυχοθερα-

πεία ενηλίκων (Rustin, 2000). Επιπλέον, υπάρχει σύγχυση αναφορικά με αυτή καθαυτή την ταυτότητα της παρέμβασης και προκύπτουν ερωτήματα ως προς το κατά πόσον κανείς παρεμβαίνει στους γονείς, που απευθύνονται στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες με αφορμή και αίτημα την επίλυση

του προβλήματος του παιδιού και όχι –ως ασθενείς– φέροντες προσωπικό θεραπευτικό αίτημα (Siskind, 1996). Ευρύτερα, δε, στο χώρο της ψυχικής υγείας διαπιστώνεται ότι υφίσταται ερευνητικό έλλειμμα σε ό,τι αφορά πλήρεις και λεπτομερείς περιγραφές διάφορων θεραπειών (Drisko, 2000).

Στο παρόν άρθρο, με τη χρήση της ποιοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας ευρετικής προσέγγισης και ιδιαίτερα μέσω της μελέτης πολλαπλών περιπτώσεων, επιχειρείται η ανάδειξη της διεργασίας και των παραγόμενων τεχνικών της ψυχοδυναμικής παρέμβασης σε γονείς παιδιών που εμφάνισαν διαταραχή άγχους αποχωρισμού και απευθύνθηκαν σε Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρουσιάζονται το θεωρητικό υπόβαθρο και η μεθοδολογία της ερευνητικής μελέτης, οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν και η έκβαση της χρήσης τους –με ενδεικτικά παραδείγματα από το κλινικό υλικό– καθώς επίσης η συμβολή της διεπιστημονικής συνεργασίας και η σημασία της εστίασης στη μη λεκτική επικοινωνία των γονιών.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης

Βασικές θεωρητικές παραμέτρους της μελέτης συνιστούν η ευρετική ερευνητική προσέγγιση, η ψυχοδυναμική κατανόηση και παρέμβαση σε θέματα γονικού ρόλου και η ψυχοδυναμική κατανόηση της διαταραχής άγχους αποχωρισμού. Στη φιλοσοφία της επιστήμης, η θεώρηση των «κριτικών ρεαλιστών» (Wimsatt, 1986b) και Bhaskar, 1989b) έχει καταλήξει στο «ευρετικό παράδειγμα», το οποίο υιοθετεί τη «μεταθετικιστική» οντολογία και επιστημολογία (Arnd-Caddigan & Pozzuto,

2006), σύμφωνα με την οποία δεν υφίσταται γνώση δίχως προκαταλήψεις. Εννοείται βέβαια, ότι υφίσταται μια ανεξάρτητη πραγματικότητα, η οποία αποτελεί τη βάση για την επαλήθευση ή την παραγωγή πιστών θεωριών. Οι στόχοι της ευρετικής προσέγγισης στην έρευνα είναι η απόκτηση «χρηστικής γνώσης», η «επίλυση προβλημάτων» και η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών. Ο ερευνητής προσπαθεί να μειώσει τις αναπόφευκτες προκαταλήψεις του (ή αντιμεταβίβαση σύμφωνα με τον Devereux, 1967, βλ. Giarni, 2001) μελετώντας όσες περισσότερες πλευρές του προβλήματος (τριγωνοποίηση) από όσο το δυνατό περισσότερες οπτικές. Επιπλέον, εγείρει θεωρητικές πιθανότητες (υποθέσεις) ως προτάσεις για να δοκιμαστεί η σύνδεσή τους με τα δεδομένα και την ενεχόμενη υποκειμενικότητά τους (Poulter, 2003). Η άποψη των συμμετεχόντων στην έρευνα θεωρείται ότι έχει μεγαλύτερη ισχύ από τη χρήση στατιστικών μεθόδων (Gibbs, 2001), ενώ ο ερευνητής μπορεί να είναι ο ίδιος ο επαγγελματίας/κλινικός που πραγματοποιεί τη θεραπεία (Pieper, 1995). Στο χώρο της ψυχολογίας ο Moustakas (1990) όρισε την ευρετική μέθοδο ως ένα οργανωμένο και συστηματικό τρόπο διερεύνησης της ανθρώπινης εμπειρίας, όπου η προσοχή εστιάζεται κυρίως στις εσωτερικές υποκειμενικές αντιδράσεις του ερευνητή.

Αναφορικά με τη *γονεϊκότητα*, αυτή –με ψυχοδυναμικούς όρους– ορίζεται ως ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς εφαρμόζουν τις σχεσιακές και εκπαιδευτικές ικανότητες στα παιδιά τους, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αναπαριστούν και βιώνουν τις φαντασιώσεις, τις συγκρούσεις και τις εσωτερικές τους σχέσεις, τα στοιχεία δη-

λαδή του ασυνείδητου που καθορίζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές και που ονομάζονται «αναπαρασάσεις». Ο τρόπος με τον οποίο ο γονιός ασυνείδητα αποδίδει στο παιδί του δικές του πλευρές του χαρακτήρα, ονομάζεται «προβλητική ταύτιση». Η διεργασία όπου ο γονιός αναλαμβάνει κάποια χαρακτηριστικά (κάποιο ρόλο που εκφράζεται με συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις απέναντι στο παιδί) ονομάζεται «συμπληρωματική ταύτιση» και έπεται των γονικών χαρακτηριστικών που ήδη έχουν προβληθεί στο παιδί (Muratori, 2004). Ο βαθμός και η έκταση των προβαλλόμενων στο παιδί γονικών εικόνων εκδηλώνεται μέσω του βαθμού της στοργής ή της επιθετικότητας και καθορίζει την έκταση με την οποία οι γονείς συμπεριφέρονται, όπως οι γονείς τους. Η έκταση αυτών των προβολών, της επιθετικότητας¹ όπως αναφέρει η Rustin (2000), λειτουργεί ως βασικός παράγοντας αιτιογένεσης των συμπτωμάτων στο παιδί» (Palacio & Manzano, 1987).

Με βάση τις αναφορές των Sutton & Hughes (2005), της Rustin (2000) και της Hogne (2000), οι στόχοι της κλινικής παρέμβασης στους γονείς στην παρούσα μελέτη ήταν ο εντοπισμός των αιτιών που οδηγούσαν στη συμπτωματολογία του παιδιού, η τροποποίηση των συμπεριφορών και στάσεών τους που δημιουργούσαν/διατηρούσαν/ενίσχυαν την ψυχοπαθολογία του παιδιού, η συμμετοχή τους στο θεραπευτι-

κό συνεχές κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, η υποστήριξη και η επαύξηση της λειτουργικότητάς τους στο γονικό ρόλο, η υποκίνηση για διαμόρφωση του κινήτρου συνεργασίας (αιτήματος) των ίδιων και η υποστήριξη του κινήτρου του παιδιού (Καρπέτης, 2008).

Όσον αφορά στην προβληματική του *άγχους αποχωρισμού*, αιτία –σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση– αποτελεί η ασυνείδητη επιθετικότητα της μητέρας/των γονιών προς το παιδί, με αποτέλεσμα να του δημιουργούνται έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα απέναντι στη μητέρα/γονείς. Αυτή η αμφιθυμία, δηλαδή η «κίνηση» του παιδιού ανάμεσα στην αγάπη και το μίσος, μπορεί να γίνει ανεκτή μόνον μέσω της συνεχούς φυσικής παρουσίας δίπλα του, ώστε να μπορεί να ανακουφίζεται, όπως αναφέρει η Anna Freud (1966) και ο John Bowlby (1960), ο οποίος επιπλέον προσθέτει τις απειλές απώλειας της αγάπης που οι γονείς έχουν χρησιμοποιήσει για να κρατήσουν το παιδί κολλημένο πάνω τους. Ως αποτέλεσμα, το παιδί αποζητά τη συνεχή συνύπαρξη με τους γονείς και βιώνει έντονο άγχος κάθε φορά που απουσιάζουν, ή υποχρεώνεται να τους αποχωριστεί (π.χ. σχολική άρνηση).

Οι *τεχνικές* που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, ως βάση της πρακτικής με τους γονείς, ήταν αυτές της «υποστηρικτικής θεραπείας ψυχοδυναμικής προσέγγισης», έτσι όπως περιγράφηκαν από τον Rockland²

1. Η επιθετικότητα διαχωρίζεται σε ενεργητική (βρισιές, χειροδικία) και παθητική (αμέλεια να ενεργεί κανείς, όπως του επιβάλλει ο ρόλος του).

2. Ο Rockland βασίζει την περιγραφή των “υποστηρικτικών τεχνικών” στους: Jones, E. (1912), Abraham, K. (1926), Glover, E. (1931), Schilder, P. (1938), Levine, M. (1945), Cameron, E. (1950), Gill, M. (1951), Knight, R. (1954), Bibring, E. (1954), Alexander, F. (1961), Tarachow, S. (1963), Gedo, J. (1964), Schlesinger, J. (1969), Miller, I. (1969), Dewald, P. (1971), Kernberg, O. (1984), Pine, F. (1984), Wallerstein, S. (1986)

(1989) και αφορούν ευρύτερα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, χωρίς να προϋποτίθεται η εκπαίδευση/ειδίκευσή τους στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Η υπόθεση της μελέτης ήταν ότι, η κλινική κοινωνική εργασία ψυχοδυναμικής έμπνευσης με γονείς παιδιών που εμφανίζουν διαταραχή άγχους αποχωρισμού, συμβάλει στην αποκάλυψη της γονικής επιθετικότητας προς το παιδί (στοιχείο που θεωρείται ως η αιτία του προβλήματος του παιδιού) και υποκινεί αλλαγή στη στάση των γονιών, η οποία καταλήγει στη θεραπεία του παιδιού.

Το ερευνητικό πλαίσιο

Η μελέτη διεξήχθη σε *Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο* του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η λειτουργία του Κέντρου διαμορφώνεται από την κλινική πρακτική ψυχοδυναμικής έμπνευσης, στην οποία έχει εκπαιδευτεί ή εκπαιδεύεται το επιστημονικό προσωπικό και εκλαμβάνει την εργασία με τους γονείς και τους έχοντες την επιμέλεια των παιδιών, ως στοιχείο απαραίτητο για την επίτευξη θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Ειδικότερα υιοθετεί την άποψη ότι, αν δεν υπάρχει συνεργασία με γονείς, δεν ξεκινά η συνεργασία με το παιδί (Lush, 1998, και Reeves, 1988).

Οι «παραπομπές» στο Κέντρο υποδεικνύονται είτε από φορείς προσχολικής αγωγής και εκπαίδευσης (σχολεία), φορείς υγείας, δικαιοσύνης ή από ιδιώτες, είτε οι γονείς γνωρίζουν εκ των προτέρων την ύπαρξή του και προσφεύγουν σε αυτό. Η

αρχική επικοινωνία πραγματοποιείται από τον ένα γονιό ή το άτομο που έχει την επιμέλεια του παιδιού. Ακολουθεί τηλεφωνική επικοινωνία ενός επαγγελματία με τους γονείς για την καταγραφή βασικών στοιχείων και μια αρχική περιγραφή του προβλήματος (*intake*). Τα εν λόγω στοιχεία συζητούνται σε τακτική συνάντηση της διεπιστημονικής ομάδας, όπου και ορίζονται ο επαγγελματίας που θα υποδεχθεί το παιδί (συνήθως παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, ή όποιος έχει κλινική εκπαίδευση στην εργασία με παιδιά) και εκείνος, συνήθως ο κλινικός κοινωνικός λειτουργός, που θα υποδεχθεί το γονέα/τους γονείς του.

Η εκτίμηση του/των προβλήματος/ων του παιδιού και των γονιών γίνεται με βάση την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποτυπώνεται στο διαγνωστικό σύστημα ICD-10, διαδικασία που συνήθως ολοκληρώνεται σε τέσσερις συνεδρίες. Το ιστορικό και η εκτίμηση της παθολογίας του παιδιού και των γονιών, συνιστούν την αρχική εικόνα για τα αίτια και τους συμμετέχοντες στην ψυχοπαθολογία και οδηγούν τη διεπιστημονική ομάδα σε προτάσεις για την εργασία με το παιδί και τους γονείς. Τα αποτελέσματα της εκτίμησης ανακοινώνονται και συζητούνται σε μια ξεχωριστή συνάντηση των δυο θεραπευτών από κοινού με τους γονείς, ώστε να εξασφαλιστεί η συναίνεσή τους στην προτεινόμενη παρέμβαση. Η πρόταση για ατομική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στο παιδί συνδυάζεται πάντοτε με πρόταση για εργασία του κλινικού κοινωνικού λειτουργού με τους γονείς. Αυτή συνήθως έχει δεκαπενθήμερη συχνότητα και μέγιστη διάρκεια ενός έτους.

Στην παρούσα μελέτη ο κλινικός ήταν ταυτόχρονα ο ερευνητής που εκ των υστέρων μελέτησε το υλικό της πρακτικής του, η οποία δεν υπέστη καμιά τροποποίηση χάριν της έρευνας³. Την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης, ο ερευνητής-κλινικός εργαζόταν με πλήρη απασχόληση στο συγκεκριμένο πλαίσιο και η εργασία του με τις «περιπτώσεις» αποτελούσε μέρος των κλινικών του καθηκόντων, παράλληλα με τα διοικητικά και άλλα επαγγελματικά του καθήκοντα.

Ως προς την επιλογή των συμμετεχόντων στη μελέτη, εφαρμόστηκε η «σκόπιμη δειγματοληψία» και ειδικότερα η τεχνική του «δείγματος πυκνότητας» που στην ποιοτική ερευνητική μεθοδολογία σημαίνει επιλογή περιπτώσεων με πλούσιο υλικό αναφορικά με το φαινόμενο που ερευνάται (Patton, 1990). Επιλέχθηκαν περιπτώσεις στις οποίες ολοκληρώθηκε τουλάχιστον η φάση της διαγνωστικής εκτίμησης, έτσι, ώστε να σχηματίζεται μια κατά το δυνατόν περιεκτική εικόνα για το πρόβλημα και τη στάση του κλινικού και των γονιών.

Μελετήθηκε το υλικό που παρήχθη κατά τη διάρκεια της εργασίας του κλινικού με συνολικά έξι περιπτώσεις, αριθμός που θεωρείται επαρκής για τη διεξαγωγή μελέτης πολλαπλών περιπτώσεων, αφού ως ενδεδειγμένο πλήθος αναφέρονται οι τέσσερις (Creswell, 2000).

Οι μελετώμενες περιπτώσεις των παιδιών ήταν πέντε κορίτσια και ένα αγόρι, ηλικίας 6-10 ετών, ηλικίες όπου κυρίως εμφανίζεται η διαταραχή και σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία αντιστοιχούν στη

λανθάνουσα φάση της ανάπτυξής τους. Αναφορικά με την εκπαίδευσή τους, το ένα πήγαινε στο νηπιαγωγείο, δύο ήταν μαθητές της Α' τάξης δημοτικού, δύο της Γ' τάξης και ένα της Ε' τάξης. Οι έξι οικογένειες ήταν πυρηνικές, συζυγικές και οι γονείς ηλικιακά βρίσκονταν στις παρυφές ή διένυαν τη μέση ηλικία. Δύο από τις προαναφερθείσες οικογένειες είχαν και μεγαλύτερο παιδί, δύο μικρότερο, ενώ δύο είχαν μοναχοπαιδιά. Σε όλες τις περιπτώσεις εργαζόταν ο πατέρας, ενώ στις τρεις από αυτές εργαζόταν και η μητέρα. Η οικονομική κατάσταση των οικογενειών κυμαίνονταν από χαμηλή έως μεσαία, ενώ διακύμανση παρουσίαζε το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών, από στοιχειώδες –απόφοιτοι δημοτικού–σε μέσο –απόφοιτοι Λυκείου– ως και ανώτατο –τριτοβάθμια εκπαίδευση. Όλες οι περιπτώσεις είχαν ενιαία υποδοχή, όπου την εξέταση των παιδιών ανέλαβαν δυο έμπειροι και τρεις –υπό εποπτεία– ειδικευόμενοι παιδοψυχίατροι, ενώ τους γονείς ανέλαβε ο κλινικός κοινωνικός λειτουργός/ερευνητής. Η συχνότητα των συναντήσεων μια φορά ήταν ανά δεκαπενθήμερο, ο δε συνολικός χρόνος παρέμβασης στις οικογένειες διήρκεσε από τρεις έως δεκατρείς μήνες (από 4-18 συνεδρίες). Η διαγνωστική εκτίμηση των έξι παιδιών κατέληξε στο χαρακτηρισμό της συμπτωματολογίας τους ως «διαταραχής άγχους αποχωρισμού», όπως περιγράφεται στα διαγνωστικά εγχειρίδια ICD-10 και DSM-IV.

Το υλικό των συνεντεύξεων με τους γονείς καταγραφόταν συστηματικά από τον

3. Αντίθετα, κατά το «παρεμβατικό» ερευνητικό σχέδιο (Pieper, 1995), τροποποιείται εσκεμμένα η κλινική πρακτική. Εισάγεται η χρήση μαγνητόφωνου, βίντεο, ή σταθμισμένων εργαλείων αρχικής αξιολόγησης, παρέχεται συνεχής πληροφόρηση και αιτείται εκ προοιμίου η συναίνεση των θεραπευόμενων για την ερευνητική χρήση του υλικού θεραπείας.

ερευνητή, μετά το τέλος κάθε συνεδρίας (Midgley, 2006). Το γραπτό αυτό υλικό μαζί με την περιγραφή της πρώτης επαφής των γονιών με το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, τα πρακτικά των συνεδριάσεων της διεπιστημονικής ομάδας που αφορούσαν στις υπό μελέτη περιπτώσεις, οι σημειώσεις των θεραπειών από την κλινική εργασία με τα παιδιά και η ημιδομημένη συνέντευξη επαναξιολόγησης της πορείας της περίπτωσης, αποτελούν το ερευνητικό υλικό της παρούσας μελέτης.

Η επαναξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στους γονείς και το παιδί διεξήχθη μέσω ημιδομημένων τηλεφωνικών συνδιαλέξεων, τις οποίες πραγματοποίησε ο κλινικός/ερευνητής με έναν από τους γονείς –υποκείμενα της έρευνας, ένα και ενάμισι χρόνο μετά την ολοκλήρωση της συνεργασίας μαζί τους. Η τηλεφωνική συνέντευξη πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διαπιστωθεί η διάρκεια της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης με το πέρασμα του χρόνου, ενώ τα ερωτήματα του κλινικού εστίασαν στην παρούσα κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού και των γονιών.

Οι γονείς γνώριζαν (φυλλάδιο ενημέρωσης «Οδηγός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων» της συγκεκριμένης Οργάνωσης) ότι η πληροφόρηση –συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και της έρευνας– καθώς επίσης και η θεραπεία είναι απόρρητες. Το ερώτημα προς τους γονείς σχετικά με τη συγκατάθεσή τους για ερευνητική χρήση του υλικού της παρέμβασης έγινε μετά τον τηλεφωνικό επανέλεγχο (*follow-up*), ώστε να εξασφαλιστεί ο αναλλοίωτος χαρακτήρας της νατουραλιστικής μελέτης. Όλοι οι γονείς ήταν σύμφωνοι.

Η ποιότητα των χειρισμών του κλινικού κατά τη διάρκεια της παρέμβασης και ο

βαθμός στον οποίο αυτοί ενίσχυσαν ή ανέστειλαν τη ροή της συνεργασίας, σχολιάζεται σε συνάρτηση με την εκπαίδευση και την εμπειρία του, ο οποίος, αναγνωρίζοντας ότι αποτελεί το μέσο διεξαγωγής της έρευνας –δηλαδή εργαλείο και ταυτόχρονα μέρος των δεδομένων– προχώρησε στον εντοπισμό και την περιγραφή των στοιχείων που τον χαρακτηρίζουν ως «ειδικό» στο υπό έρευνα αντικείμενο (Fook, 2001).

Τα στοιχεία αυτά αφορούν στην εκπαίδευση, το είδος και τη διάρκεια της επαγγελματικής του εμπειρίας με γονείς, καθώς επίσης το εάν η εργασία του τελούσε υπό συνεχή αξιολόγηση από μια ομοιογενή –ως προς το θεωρητικό της υπόβαθρο– διεπιστημονική ομάδα. Ο κλινικός ήταν κάτοχος βασικού και μεταπτυχιακού τίτλου στην κοινωνική εργασία, μέρος του οποίου αφορούσε κλινική ειδίκευση στην Κλινική Tavistock του Λονδίνου που ακολουθεί την ψυχοδυναμική προσέγγιση στην κλινική πρακτική και την εκπαίδευση της διεπιστημονικής ομάδας. Επιπλέον, είχε ολοκληρώσει την εισαγωγική εκπαίδευση στην Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Παιδιών και Εφήβων (θεωρητικά σεμινάρια και ομαδική εποπτεία κλινικού υλικού –με τη μορφή καταγραφής σημειώσεων για μελέτη της περίπτωσης και δύο έτη στην ψυχαναλυτική παρατήρηση βρέφους), ενώ είχε εμπειρία προσωπικής ψυχαναλυτικής θεραπείας με μέλος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας.

Κατά την περίοδο έναρξης της έρευνας, ο κλινικός διέθετε επαγγελματική εμπειρία στην εργασία ψυχοδυναμικής προσέγγισης με γονείς ατόμων με συναισθηματικές διαταραχές, νοητική υστέρηση και σωματικές αναπηρίες που διαβιούσαν σε πιλοτικό Ξενοίονα αποασυλοποίησης (τετραετή πλήρη απασχόληση) και σε Ιατροπαιδαγωγικό Κέν-

ντρο (πενταετή πλήρη απασχόληση). Ενώ, παράλληλα με τη διεξαγωγή της μελέτης, ο ερευνητής παρείχε υποστηρικτική/θεραπευτική παρέμβαση ψυχοδυναμικής προσέγγισης σε γονείς αυτιστικών και ψυχωτικών παιδιών με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα (οκταετή μερική εργασιακή απασχόληση σε Θεραπευτική Μονάδα για παιδιά με ψύχωση και αυτισμό). Και οι τρεις προαναφερόμενοι εργασιακοί χώροι ακολουθούσαν ψυχοδυναμική προσέγγιση στην κλινική πρακτική, ενώ επιστημονικά διευθύνονταν από ψυχαναλυτή και ψυχαναλυτικούς θεραπευτές -εκπαιδευτές ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών παιδιών και ενηλίκων. Οι ίδιοι χώροι λειτουργούσαν στη βάση της διεπιστημονικής ομάδας, πραγματοποιούσαν προγραμματισμένες «κλινικές συναντήσεις» για συζήτηση των περιπτώσεων και παρείχαν στους επαγγελματίες ατομικές εποπτείες, που προσέφεραν ανατροφοδότηση και υποστήριξη στο κλινικό έργο.

Η κατηγοριοποίηση δεδομένων

Η μελέτη της διεργασίας της παρέμβασης στους γονείς συνίσταται στη μελέτη της σχέσης που αναπτύχθηκε μεταξύ του κλινικού και των γονιών, του υλικού δηλαδή που παρήχθη στη διάρκειά της, του υλικού από την εργασία του θεραπευτή του παιδιού, αλλά και του υλικού που προήλθε από τη συνεργασία των δυο επαγγελματιών μεταξύ τους και ευρύτερα με τη διεπιστημονική ομάδα.

Η παράθεση λόγου/συζήτησης κατά χρονική ακολουθία ανάμεσα σε γονείς και κλι-

νικό σε κάθε συνέντευξη, διευκόλυνε τη μελέτη της διεργασίας της παρέμβασης. Αυτός ο λόγος κατηγοριοποιήθηκε σε μια ακολουθία με σπειροειδή μορφή κατά την οποία αυτό που ειπώθηκε από τον γονέα επηρέασε αυτό που σχολίασε ο κλινικός, το οποίο εν συνεχεία επηρέασε ή ήταν επακόλουθο αυτού που είπε ο γονιός και ούτω καθεξής. Η κατηγοριοποίηση του κλινικού υλικού πήρε τη μορφή πίνακα με έξι στήλες (Πίνακας 1). Στην πρώτη στήλη αναγράφεται η χρονική ακολουθία της πορείας της περίπτωσης ανά συνεδρία. Στη δεύτερη στήλη σημειώνεται ο λόγος του γονιού (ο οποίος εκτιμάται αν δηλώνει επιθετικότητα ή υποστήριξη στο παιδί). Στην τρίτη στήλη αναγράφεται ο λόγος/απόκριση του κλινικού στα λεγόμενα του γονιού. Στην τέταρτη στήλη καταγράφονται οι επιπτώσεις που είχε ο λόγος του κλινικού, έτσι όπως απέρρεαν από τον απαντητικό λόγο, τη συμπεριφορά ή τη στάση του γονιού. Στην πέμπτη στήλη αναγράφονται οι σκέψεις του κλινικού (οι οποίες τον οδήγησαν στην εκάστοτε παρέμβασή του -τρίτη στήλη) που βασιζόνταν στην εκτίμηση της επιθετικότητας των γονιών προς το παιδί ή -κατά την πορεία της συνεργασίας- την αύξηση της υποστήριξής τους προς αυτό. Κατ' ουσία, στο σημείο αυτό καταγράφεται η εκτίμηση του κλινικού για την πορεία της θεραπευτικής συμμαχίας. Στην έκτη στήλη καταγράφονται οι τεχνικές τις οποίες χρησιμοποίησε ο κλινικός οι οποίες είναι απόρροια των σκέψεων και παρεμβάσεων του (3^η και 5^η στήλη αντίστοιχα).

Στο υλικό των συνεντεύξεων με τους γονείς⁴ εντοπίζονται στοιχεία συμμετοχής τους στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού

4. Το ανώνυμο υλικό των έξι περιπτώσεων είναι στη διάθεση ερευνητών για επιβεβαίωση της επαναληψιμότητας στην εμφάνιση των δεδομένων στις έξι περιπτώσεις.

Πίνακας 1. Παράδειγμα κατηγοριοποίησης των δεδομένων

A	B	C	D	E	F	G	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΛΕΝΗΣ							
Κατηγορία	Αίτιος Γονιός (α)	Παραφύλακτος Παιδικός (α)	Συνάδελφοι Παιδικός (β)	Συνάδελφοι Παιδικός (β)	Συνάδελφοι Παιδικός (β)	Παιδικός (β)	
1	Παράπομή	Με Εδώ και 10 ημέρες η Ε λέει τα πρωίνα στη Μα ότι δεν θέλει να πάει σχολείο γιατί οι φίλες της δεν θέλουν να παίζουν τα παιχνίδια που τους προτείνω. Τελικά πηγαίνει σχολείο και μόλιστα πέρασε καλά. Η Ε είπε στη Μα ότι κάνει κάποιες σκέψεις ότι να να τελειώσει κάτι. Α, δεν ξέρει αυτές τις σκέψεις φοβάται ότι θα παύσει κάποια (φοβάται μπιτς πρεβόνιμο, δεν θέλω να παύσω κανένα κάτι, είναι καλή μαθήτριά μου, καλή φίλη) η Μα λοιπόν φέρνει τα παιχνίδια της. Μόλις λέει ότι δεν θέλω να πάω σχολείο.	συνεχίζω να φοβάται	Με οι φοβές συνεχίζουν αλλά σε πιο λογικά πλαίσια. Λέει για παράδειγμα «ένας αυτό να να μην πάωω κάτι και μετά το σπίτι», δεν επτάμει όμως πάλι. Εδώ δεν θέλει να έλθει και δεν το απολογώ, τπάρω εμπρός της λέω ότι θέλω να βοηθήσω.	Λέει δεν θέλει να πάει σχολείο βελτιστοποιώντας και υποστηρικτικών συμπεριφορών της τελευταίας μέρας / δεν θέλει να έλθει στο β/ο. Οι γονείς έχουν σφαιρικές αρσικές αρσικές		
2	Γονείς 1ο		θα θέλατε να μου πείτε πως άρρωσε να εμπράξω η Ε τη δυσκολία	Εκείνο το Σάββατοκυριακό όπως σας είπα στο τηλέφωνο άρρωσε να λέει τα παράβενε Ένα μήνα πριν όπως έκλαιγε το πτωρ έλεγε «δεν θέλω να πάω σχολείο. Το Σάββατο είναι φυλακή, είναι βαρετό». Η δασκάλα είπε ότι η Ε είναι πολλά συντηρημένη σε όλα	αλλάζει εκλυτικά από / εμφανίζει σχολική άρνηση / αγχώσ αποχωρισμού / μήνα πριν τους άρρωσωναν	διερεύνηση	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							
97							
98							
99							
100							

του παιδιού, καθώς και οι χειρισμοί του κλινικού για την αποκάλυψη και κατανόηση της από τους γονείς. Επισημαίνεται, δηλαδή, η ψυχοδυναμική κατανόηση της συμμετοχής των γονιών στην ψυχοπαθολογία του παιδιού και επιχειρείται η ανάδειξη των χειρισμών του κλινικού για την κατανόηση και την αντιμετώπισή της.

Ανάλυση δεδομένων

Σύμφωνα με τους Ruckdeschel et.al. (1994), η σύνδεση των παραγόμενων θεμάτων με τα εμπειρικά δεδομένα της μελέτης θεωρού-

νται ως ίσως το πιο σημαντικό στοιχείο που παρέχει εγκυρότητα στην μελέτη περίπτωσης. Στην παρούσα μελέτη, κατά την ανάλυση των δεδομένων, έγινε προσπάθεια σύνδεσης των κύριων θεμάτων (ή αλλιώς πρότυπα/επιθετικότητα/υποστήριξη) με τα εμπειρικά στοιχεία από την παρέμβαση (το υλικό από το λόγο των γονιών κατά την πορεία και έκβαση της συνεργασίας).

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας βασίστηκε στην «ανάλυση λόγου» των γονιών και του ερευνητή, καθώς επίσης στις σκέψεις και στα συναισθήματα του ερευνητή. Έγινε προσπάθεια εύρεσης κοινών στοιχείων/προτύπων στο σύνολο των έξι

περιπτώσεων (διαπεριπτωσιακή ανάλυση) και ακολούθησε η ανάλυση των κοινών θεμάτων που προέκυψαν, η οποία ανέδειξε τα βασικά στοιχεία/παραμέτρους χρήσης των τεχνικών, δηλαδή της διεργασίας της παρέμβασης της κλινικής κοινωνικής εργασίας ψυχοδυναμικής έμπνευσης με τους συγκεκριμένους γονείς των παιδιών που εμφάνισαν κυρίως συμπτώματα της διαταραχής άγχους αποχωρισμού, μια διεργασία που είτε αναδεικνύει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, είτε παρουσιάζει τις δυσκολίες εφαρμογής των τεχνικών, οπότε και την αποτελεσματική ή μη χρήση τους.

Η ανάλυση του υλικού έδειξε ότι οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν σε όλες τις μελετώμενες περιπτώσεις στις φάσεις της διαγνωστικής εκτίμησης και της παρέμβασης ήταν η διερεύνηση, η αποσαφήνιση, η αναπλαισίωση, η οριοθέτηση του πλαισίου συνεργασίας, η παρέμβαση στο περιβάλλον, η αντιπαράθεση, η παροχή συμβουλής, η ερμηνεία της μεταβίβασης στο πλαίσιο, η αναφορά στα δυνατά σημεία, η ενθάρρυνση της θεραπευτικής συμμαχίας, η αποδοχή των έντονων συναισθημάτων και η παροχή εκπαίδευσης.

Οι συγκεκριμένες τεχνικές αποτέλεσαν το μέσο ανάπτυξης και κατανόησης της διεργασίας. Η συμπληρωματική δε λειτουργία τους καθόρισε τη θεραπευτική σχέση και την έκβαση της παρέμβασης. Ακολουθεί η παρουσίαση των τεχνικών με δείγματα αξιοποίησής τους στο κλινικό υλικό των περιπτώσεων.

1. Οι τεχνικές της διερεύνησης και της αποσαφήνισης

Η τεχνική της διερεύνησης κυριάρχησε στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης και αφορούσε στην αναζήτηση στοιχείων για το πα-

ρουσιαζόμενο πρόβλημα και την αποκάλυψη του αιτιώματος των γονιών. Τα ερωτήματα της ημιδομημένης συνέντευξης είχαν παρεμβατικό/παρεισφρητικό χαρακτήρα, καθόσον ο κλινικός είχε εκ προοιμίου υπόψη του να τα θέσει στους γονείς και χωρίς κατ' ανάγκη να ακολουθεί τα λεγόμενα τους. Συχνά οι αποκρίσεις των γονιών (προϊόντα της διερεύνησης) παρακινούσαν τον κλινικό να χρησιμοποιήσει την τεχνική της αποσαφήνισης, κατά την οποία οι διευκρινήσεις που ζητούνταν αποτέλεσαν συνέχεια των ερωτημάτων που είχαν τεθεί μέσω της τεχνικής της διερεύνησης. Ο κλινικός ζήτησε δηλαδή περισσότερες ή ειδικότερες πληροφορίες για συγκεκριμένα ζητήματα, αναδεικνύοντας συνδέσεις μεταξύ των στοιχείων. Η αποσαφήνιση, όπως και η τεχνική της διερεύνησης, είχε τη μορφή ερωτημάτων «εσείς πώς αισθάνεστε με αυτό;», «ποιους λόγους νομίζετε ότι είχε για να το κάνει;», «μέχρι τότε κοιμόσασταν όλοι μαζί;», «γιατί λέτε ότι έχει φοβίες;».

Οι δύο τεχνικές αποτέλεσαν τη βάση στην οποία στηρίχθηκε η χρήση των υπολοίπων τεχνικών, καθόσον το υλικό που παρήχθη τροφοδότησε τη χρήση τους. Οι δύο τεχνικές λειτούργησαν συμπληρωματικά, με στόχο τη συλλογή πληροφοριών για το ψυχοκοινωνικό ιστορικό του παιδιού, το ψυχοκοινωνικό ιστορικό του κάθε γονιού, το είδος της σχέσης που είχε στην «παρούσα φάση» ο κάθε γονιός με το παιδί, τη συναισθηματική κατάσταση του γονιού κατά την περίοδο που είχαν απευθυνθεί στο Κέντρο, τη σχέση του ζεύγους των γονιών και την πορεία του συμπτώματος του παιδιού. Ειδικότερα:

α) Τα ερωτήματα διερεύνησης του ψυχοκοινωνικού ιστορικού του παιδιού, που τέθηκαν στη φάση της διαγνωστικής εκτί-

μησης για όλες τις περιπτώσεις αφορούσαν στα εκλυτικά γεγονότα για την εμφάνιση των συμπτωμάτων, τα αναπτυξιακά ορόσημα του παιδιού, την παρελθούσα σχέση με τους γονείς του. Οι πληροφορίες που έδιδαν οι γονείς κατανοήθηκαν μέσω της ψυχοδυναμικής οπτικής του κλινικού (διερεύνηση τυχόν ενεργητικής και παθητικής επιθετικότητας στη σχέση γονιών-παιδιού, που εκφράζεται με τη μορφή λόγου, στάσεων και πράξεων/επιλογών ζωής, εντός και εκτός συνεδρίας). Από το ψυχοκοινωνικό ιστορικό των έξι παιδιών φαίνεται:

Έναρξη πρόδρομων συμπτωμάτων άγχους αποχωρισμού σημειώθηκε πριν την ηλικία των 6 ετών στο σύνολο των έξι περιπτώσεων. Τα ευρήματα αυτά συμπίπτουν με τα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την έναρξη του άγχους αποχωρισμού. Για παράδειγμα η Χριστίνα είχε προβλήματα ύπνου μέχρι 3 ετών και εφιάλτες με επεισόδια υπνοβασίας από 3-6 ετών, ενώ ο Ανδρέας εμφάνισε πρόδρομα άγχη αποχωρισμού στην ηλικία των 3,5 ετών όταν πήγε Παιδικό Σταθμό, όπου έκλαιγε για τη μισή χρονιά.

Παθητική επιθετικότητα (με τη μορφή είτε της υπερπροστασίας είτε της ελλιπούς φροντίδας) των γονιών προς το παιδί και ιδίως της μητέρας κατά τη διάρκεια της πρώιμης φάσης ανάπτυξης του ανιχνεύθηκε και στις έξι περιπτώσεις. Για παράδειγμα ο Ανδρέας αποχωρίστηκε τη μητέρα του από 4-11 μηνών την οποία έβλεπε κάθε 15 ημέρες, η μητέρα της Μαρίας φοβόταν υπερβολικά και την έβαζε να κοιμάται πάνω της μέχρι και 7 μηνών, η μητέρα της Λίνας δεν ήθελε να τη θηλάσει ως μωρό, η μητέρα της Βάσως ανέφερε ότι «η πρώτη μέρα που έφυγε η Βάσω από το γονικό κρεβάτι μου φάνηκε περίεργα, δεν μου άρεσε,

επηρέαστηκα και εγώ από αυτό...». Σοβαρές δυσκολίες στη σχέση των γονιών, μέχρι που το παιδί ήταν 6 ετών, εμφανίστηκαν σε τρεις περιπτώσεις, όπου πιθανόν τα παιδιά εισέπρατταν ως έλλειψη φροντίδας (παθητική επιθετικότητα) και ενίσχυαν το άγχος αποχωρισμού που βίωναν.

Τα εκλυτικά γεγονότα συνιστούσαν για όλες τις περιπτώσεις στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή της οικογένειας που ενείχαν τον κίνδυνο ρήξης ή απώλειας της σχέσης του παιδιού με τους γονείς του (μετακόμιση, σεισμός), ή ένα μερικό ή ολικό αποχωρισμό από το κύριο πρόσωπο παροχής φροντίδας, (απουσία μητέρας, έναρξη του σχολείου, γέννηση αδελφού), όπως αναφέρεται και στα ερευνητικά και θεωρητικά δεδομένα για το άγχος αποχωρισμού. Η αναζήτηση των/του εκλυτικού γεγονότος έγινε κατά την πρώτη συνάντηση με τους γονείς και τα ερωτήματα που τέθηκαν στόχευσαν στην αναζήτηση στοιχείων αναφορικά με την έναρξη των συμπτωμάτων και τα γεγονότα που, κατά την εκτίμηση των γονιών, τα προκάλεσαν. Τα ερωτήματα είχαν τη μορφή: «από τότε άρχισε η δυσκολία;», «συνδέετε την αντίδραση του παιδιού με κάτι που συνέβη πριν;».

β) Οι πληροφορίες του ψυχοκοινωνικού ιστορικού των γονιών συλλέχθηκαν στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης σε προσχεδιασμένες συνεδρίες, αφού αποσαφηνίστηκε ο στόχος και η αξία τους. Από κάθε γονιό ζητήθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν στην ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, την ατομική ιστορία, τις παρελθούσες και παρούσες σχέσεις του, ώστε να επισημανθεί τυχόν επιθετικότητα που εισέπραξε από το περιβάλλον του, πώς αυτή επηρέασε τις ακόλουθες επιλογές της ζωής του και πώς ακολούθως επηρέασε τη γο-

νική του λειτουργικότητα. Το ερώτημα προς κάθε γονέα είχε τη μορφή «θα θέλατε να με βοηθήσετε να σας γνωρίσω περισσότερο, μιλώντας μου για την προσωπική σας ιστορία;». Από το ψυχοκοινωνικό ιστορικό των γονιών φαίνεται να επιβεβαιώνεται η ψυχοδυναμική θεώρηση σχετικά με βιώματα επιθετικότητας που έχουν εισπράξει οι γονείς στην παιδική τους ηλικία, τα οποία φαίνεται να αντανακλώνονται στη γονική τους λειτουργικότητα. Πιο συγκεκριμένα:

Οι γονείς και στις έξι περιπτώσεις ανέφεραν βιώματα στο ιστορικό τους όπου διαφαίνεται ότι είχαν εισπράξει μορφές ενεργητικής (κακοποίηση) ή παθητικής (στέρηση, αμέλεια) επιθετικότητας από τους γονείς τους. Στις περιπτώσεις που αυτή η επιθετικότητα πήγαζε από τη στάση και συμπεριφορά του ενός πατρικού ή μητρικού γονιού, ο έτερος γονιός, ακόμα και όταν την αναγνώριζε, δεν ενεργούσε για να την αποτρέψει και να προστατέψει το παιδί. Το γεγονός αυτό επιτρέπει να θεωρούμε ότι και ο ίδιος παθητικά συμμετείχε σε αυτήν. Για παράδειγμα, η μητρική γιαγιά της Χριστίνας περιγράφεται «απούσα» και ανεπαρκής» στο γονικό της ρόλο, ενώ ο μητρικός παππούς δεν άφησε την κόρη του να γίνει κομμώτρια επειδή φοβόταν ότι θα κάνει σχέση με αγόρι. Η δε πατρική γιαγιά είχε εμμονή στην ευταξία, ενώ ο πατρικός παππούς έστειλε το γιό του στο χωράφι όταν είχε εξετάσεις στο σχολείο. Ο μητρικός παππούς της Μαρίας «έδενε τον αδελφό μου στην καρέκλα γιατί δεν διάβαζε, μας έκλεινε μέσα στο κοτέτσι... μας χτυπούσε», η δε μητρική γιαγιά δεν ασχολούνταν με το μαγείρεμα και με τα παιδιά. Η μητέρα της Βάσως ανέφερε «ο πατέρας μου ήταν πολύ αυταρχικός, δεν είχα μαζί του ούτε καν τυπική σχέση... με έβαζε να

στέκομαι τιμωρία με το ένα πόδι... Έπαιρνε μόνο στον αδελφό μου σοκολάτες...». Ο πατέρας της Βάσως ανέφερε «η μητέρα μου δεν μπόρεσε να μου δείξει ευαισθησία. Έφαγα το ξύλο της αρκούδας...», «ο πατέρας μου πάντα έλλειπε...».

Οι γονείς και στις έξι περιπτώσεις ανέφεραν στο ιστορικό τους επώδυνες εμπειρίες που σχετίζονται με την εξάρτηση και τον αποχωρισμό (επιβεβαίωση θεωρητικών δεδομένων). Για παράδειγμα, η μητέρα της Χριστίνας μέχρι την Ε' Δημοτικού κοιμόταν στο κρεβάτι των γονιών της, επειδή είχε νυχτερινή ενούρηση, η μητέρα του Ανδρέα βίωσε ιδιαίτερα επώδυνα τον επαναπατρισμό της οικογένειας στην Ελλάδα, ο πατέρας του Ανδρέα στεναχωριόταν που δεν έμενε στο χωριό του, η μητέρα της Λίνας μέχρι τα 18 της χρόνια δεν έβγαινε για να διασκεδάσει, ο πατέρας της Λίνας βίωσε την εγκατάλειψη της οικογένειας από τον πατέρα του, η μητέρα της Μαρίας συνεχίζει την εξαρτητική της συμπεριφορά από τον πατέρα της που την κακοποιούσε, η μητέρα της Ελένης δεν έβγαινε να διασκεδάσει επειδή το ζητούσαν οι γονείς της, η μητέρα της Βάσως έχει παθολογικά εξαρτητική σχέση με τη μητέρα της («ακόμα με ταΐζει μερικές φορές...»). Επιπλέον, δύο μητέρες –της Χριστίνας και της Βάσως– φαίνεται πως είχαν παρουσιάσει οι ίδιες κυρίαρχα στοιχεία της διαταραχής άγχους αποχωρισμού.

Οι μητέρες των πέντε κοριτσιών ανέφεραν ιστορικό ανεσταλμένης έκφρασης του θυμού προς τους γονείς τους και προσπάθειας να λειτουργούν ως «το καλό παιδί». Το στοιχείο αυτό ψυχοδυναμικά θεωρείται ότι πιθανόν παρήγε γονικές συμπεριφορές, οι οποίες ίσως προκάλεσαν αναστολή έκφρασης της επιθετικότητας στα παιδιά, απώθηση του θυμού και ακόλουθη μετάθε-

σή του σε φοβική συμπτωματολογία/άγχος αποχωρισμού. Οι μητέρες των πέντε κοριτσιών, ανέφεραν ιστορικό άγχους, κατάθλιψης ή φοβίες. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στους τέσσερις από τους έξι μπαμπάδες (οι δύο διέκοψαν πρώιμα τη συνεργασία και δεν συμπληρώθηκε το ατομικό τους ιστορικό). Τα στοιχεία φαίνεται να συνάδουν με τα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα της διαταραχής άγχους αποχωρισμού.

Εκτός από το πρόβλημα στο ρόλο τους ως γονείς, δύο ζευγάρια των μελετώμενων γονιών αντιμετώπιζαν πρόβλημα στο «ρόλο συζύγου» (Χριστίνα, Ανδρέας). Οι πατεράδες περιγράφονται από τις συζύγους τους ως «απόντες» από το σπίτι και τη φροντίδα των παιδιών (όπως αναφέρεται και στα θεωρητικά δεδομένα), στοιχείο που αποτελεί πηγή εντάσεων στη συζυγική σχέση.

γ) Όσον αφορά στη σχέση του γονιού με το παιδί κατά την περίοδο της συνεργασίας των γονιών με το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, φαίνεται ότι οι γονείς και στις έξι περιπτώσεις ήταν αμφιθυμικοί απέναντι στο παιδί και –υιοθετώντας υπερπροστατευτική στάση– το αντιμετώπιζαν ως ανώριμο/βρέφος, στοιχεία που συμφωνούν με την ψυχοδυναμική θεώρηση για εκδήλωση παθητικής επιθετικότητας των γονιών προς το παιδί. Εμφανώς, η υπερπροστατευτική στάση των μητέρων υποστηρίζονταν και από τους μπαμπάδες, μέσω της ανεκτικότητάς τους και της αδυναμίας για πλήρη ανάληψη του ρόλου τους, καθόσον αυτοί δεν αναλάμβαναν την οριοθέτηση των ενδοοικογενειακών σχέσεων. Για παράδειγμα, η μητέρα της Χριστίνας παρότι δεν εργαζόταν, την έστελνε σε «ολοήμερο» σχολείο και τα βράδια της επέτρεπε να κοιμάται στο γονικό κρεβάτι, ενώ ο πατέρας παθητικά συναινούσε. Η μητέρα του Ανδρέα ήταν

υποχωρητική στην επιθετικότητά του παιδιού, ενώ ο πατέρας θεωρούσε τους φόβους του παιδιού ως δικαιολογία. Η μητέρα της Μαρίας κατά την εμφάνιση της σχολικής άρνησης του παιδιού, της έλεγε «μήπως θέλεις να φύγεις από το σχολείο;», ενώ ο πατέρας επέτρεπε τη μετακίνηση του παιδιού με αυτοκίνητο χωρίς αυτό να φορά ζώνη ασφαλείας. Η μητέρα της Λίνας δεν εκλάμβανε τη σχολική άρνηση ως δυσκολία του παιδιού. Οι γονείς της Ελένης ζητούσαν την άδειά της για να βγουν ως ζευγάρι να διασκεδάσουν. Η μητέρα της Βάσως πήγαινε να κοιμηθεί στο κρεβάτι του παιδιού, ενώ το ίδιο δεν το είχε ζητήσει.

δ) Η συναισθηματική κατάσταση των γονιών αφορούσε προσωπικές τους δυσκολίες που είχαν αντίκτυπο και αποτελούσαν εμπόδιο στη γονική λειτουργικότητα. Ενδεικτικές είναι οι ακόλουθες: Η μητέρα της Χριστίνας περιέγραφε καταθλιπτικού τύπου δυσκολίες πριν την έναρξη της συνεργασίας με τον κλινικό («πριν ήμουν χάλια»). Ο πατέρας του Ανδρέα ανέφερε καταθλιπτικού τύπου δυσκολίες «έχω στεναχώριες... δεν έχω χόμπι... δεν μου αρέσει στην Αθήνα». Η μητέρα της Μαρίας ανέφερε καταθλιπτικού τύπου δυσκολίες «με πειράζει που ακόμα και σήμερα ο πατέρας μου κάνει διακρίσεις σε βάρος μου, αλλά δεν θυμώνω μαζί του». Η μητέρα της Λίνας ανέφερε φοβικά και υποχόνδρια χαρακτηριστικά («φοβάμαι τις αρρώστιες, με το παραμικρό τρέχω τη Λίνα στο γιατρό»). Ο πατέρας αναφέρει φοβικά και αγχώδη χαρακτηριστικά («φοβάμαι το σκοτάδι... φοβάμαι μήπως χάσω αυτά που έχω.., έχω άγχος»). Η μητέρα της Βάσως ανέφερε έντονα αγχώδη και καταθλιπτικά χαρακτηριστικά («φοβάμαι ότι θα πεθάνει η μητέρα μου και τότε θα πεθάνω και εγώ ή θα τρελαθώ»).

Από τη συναισθηματική κατάσταση των γονιών φαίνεται ότι σε όλες τις οικογένειες τουλάχιστον ένας γονιός ανέφερε ότι δυσκολευόταν συναισθηματικά με δικά του θέματα. Οι μαμάδες ανέφεραν προσωπική συναισθηματική δυσκολία σε πέντε περιπτώσεις, στη μία περίπτωση μόνο ο μπαμπάς (Ανδρέας), ενώ σε μία περίπτωση και οι δύο γονείς (Λίνα). Οι αναφερόμενες δυσκολίες αφορούσαν καταθλιπτικά, φοβικά και αγχώδη χαρακτηριστικά.

ε) Η εστίαση του κλινικού στη σχέση του ζεύγους των γονιών αφορούσε στην κατανόηση της επιθετικότητας που διαμεμβόταν μεταξύ των συζύγων και τις επιπτώσεις της στη γονική τους λειτουργικότητα. Στις τρεις περιπτώσεις υπήρχαν δυσκολίες και ένταση στη σχέση του ζεύγους. Η μητέρα της Χριστίνας ανέφερε ότι δεν την ενοχλούσε ιδιαίτερα που κοιμόταν με το παιδί και όχι με τον άνδρα της. Η μητέρα του Ανδρέα ανέφερε ότι «δεν ταίριαζε» σαν χαρακτήρας με τον άνδρα της, θύμωνε που έλειπε πολλές ώρες από το σπίτι, αλλά δεν το συζητούσε μαζί του. Η μητέρα της Βάσως ανέφερε ότι ο πατέρας δεν ήταν τρυφερός μαζί της, ενώ ο πατέρας ότι δεν μπορούσε «να ξεκόψει» την προσκόλληση της γυναίκας του στην πεθερά του. Στις προαναφερθείσες δυσκολίες συνεισέφεραν και οι δύο γονείς, με αποτέλεσμα η δημιουργηθείσα ένταση να έχει επιπτώσεις στην ανάγκη για κοινή στάση τους απέναντι στο παιδί, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιούσε τη συμμαχία με ένα γονιό για τη διαιώνιση των εξαρτητικών του αναγκών.

στ) Επιπλέον, μέσω της τεχνικής της διερεύνησης, αναζητήθηκαν στοιχεία σχετικά με την πορεία του συμπτώματος του παιδιού. Τα ερωτήματα του κλινικού είχαν τη μορφή «πως πάνε τα πράγματα με το σχο-

λείο;», «έρχεται το βράδυ στο κρεβάτι σας;», «συνεχίζει να φοβάται;». Ειδικότερα οι γονείς επισήμαναν μείωση των συμπτωμάτων στη διάρκεια της διαγνωστικής εκτίμησης (Χριστίνα), τη συνέχιση των συμπτωμάτων κατά τη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης (Ανδρέας, Λίνα, Βάσω), την εξαφάνιση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής εκτίμησης (Μαρία, Ελένη). Ο κλινικός διασταύρωνε τα στοιχεία αυτά με συναφείς παρατηρήσεις/εκτιμήσεις του θεραπευτή κάθε παιδιού.

2. Η τεχνική της αναπλαισίωσης

Η τεχνική αξιοποιήθηκε στην αποκάλυψη και αναγνώριση της επιθετικότητας (γονικά συναισθήματα, απόψεις, συμπεριφορές) που διαμεμβόνταν στη σχέση γονιών και παιδιού, ειδικότερα μάλιστα στη σχέση μητέρας-παιδιού. Ο κλινικός άκουγε και απέδιδε («μετέφραζε») τα λεγόμενα των γονιών υπό το πρίσμα της ψυχοδυναμικής σκέψης, ενθαρρύνοντάς τους να γνωρίσουν/ευαισθητοποιηθούν στις συναισθηματικές τους ανάγκες και να τις συσχετίσουν με πτυχές της στάσης/απόκρισής τους στο παιδί. Συνέδεε, δηλαδή, αιτιολογικά την αναδυόμενη επιθετικότητα (από τα λεγόμενά τους, από τη στάση τους, από τις περιγραφές τους, από τα σχόλιά τους προς το παιδί), με τις συζητούμενες συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού ή των ίδιων των γονιών. Με αυτό τον τρόπο, υποκινούσε τη μετάθεση της εστίασης των γονιών από το πρόβλημα του παιδιού στη συνάφειά του με τη δική τους στάση και με προσδοκίες από του παιδιού. Ενθάρρυνε δηλαδή την τροποποίηση του αιτήματος των γονιών από θεραπεία του παιδιού σε «θεραπεία της σχέσης» τους μαζί του.

Η τεχνική χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις τόσο στη φάση της διαγνωστι-

κής εκτίμησης, όσο και της παρέμβασης και αφορούσε στη σχέση των γονιών με το παιδί, τις συναισθηματικές δυσκολίες του γονιού και τη συζυγική σχέση. Ειδικότερα:

α) Τα συναισθήματα στη σχέση των γονιών με το παιδί και οι γονικές συμπεριφορές που περιέγραψαν οι γονείς είχαν τη μορφή θυμού, άγχους αποχωρισμού και υπερπροστατευτικότητας προς το παιδί. Όταν η μητέρα του Ανδρέα ανέφερε ότι εκείνος χτυπούσε την ίδια και την αδελφή του, ο κλινικός σκεπτόμενος την αδυναμία της μητέρας να οριοθετήσει το παιδί, εστίασε στις συναισθηματικές ανάγκες του, σχολιάζοντας ότι ο Ανδρέας τρομάζει με την επιθετικότητά του, επειδή ένας μεγάλος δεν τον οριοθετεί. Ως αποτέλεσμα, η μητέρα ζήτησε επιπλέον συμβουλή για τη διαχείριση των φόβων του παιδιού. Όταν η Μαρία τηλεφώνησε στη μητέρα της από το σχολείο, εκείνη τη ρώτησε «μήπως θέλεις να φύγεις από το σχολείο;» ο κλινικός σχολίασε: «χωρίς να το θέλετε, μάλλον ενισχύετε το άγχος αποχωρισμού του παιδιού, ίσως και εσείς δυσκολεύεστε να αποχωρίζεστε τη Μαρία, δυσκολία η οποία αναρωτιέμαι αν συνδέεται με εμπειρίες από την προσωπική σας ιστορία». Ως αποτέλεσμα, η μητέρα ανέφερε αντίστοιχα δικά της βιώματα αποχωρισμού, τα οποία ενέχουν έντονο θυμό προς τους γονείς της.

β) Η αξιοποίηση της αναπλαισίωσης στόχευε στην αναγνώριση των συναισθημάτων και των χαρακτηριστικών προσωπικότητας των γονιών, ως παραγώγων της προσωπικής τους ιστορίας και στη σύνδεσή τους με τις στάσεις και συμπεριφορές τους –τα προϊόντα αυτών των συναισθημάτων– προς το παιδί. Όταν, στην περίπτωση της Χριστίνας, η μητέρα αναρωτιόταν πώς να πείσει τον πατέρα να έλθει ξανά στο Κέ-

ντρο, ο κλινικός σχολίασε ότι ίσως ο πατέρας να ντρέπεται να ξαναέλθει, επειδή στην πρώτη συνάντηση λέχθηκαν δύσκολα πράγματα για τον ίδιο (κακοποίηση προς τη μητέρα) και ίσως φοβάται ότι θα κατηγορηθεί και πάλι. Ως αποτέλεσμα, η μητέρα παρακινήθηκε και το συζήτησε μαζί του ενώ ο πατέρας επανέκαμψε στη συνεργασία του με τον κλινικό.

γ) Η αξιοποίηση της αναπλαισίωσης στόχευε επίσης στην αναγνώριση των συναισθημάτων των γονιών που επιφέρουν δυσκολίες στη σχέση του ζεύγους και ακολούθως επηρεάζουν αρνητικά τη σχέση τους με το παιδί. Συχνότερα αξιοποιήθηκε στην αναγνώριση του θυμού που υφίστατο μεταξύ των γονιών. Όταν η μητέρα του Ανδρέα ανέφερε ότι –παρόντος του παιδιού– εκφράζει τη διαφωνία της για τα όρια που του θέτει ο πατέρας, ο κλινικός συνέδεσε τη διαφωνία με το θυμό της προς το σύζυγο που έλειπε πολύ από το σπίτι, ενώ ονομάτισε ως δυσκολία του συζύγου την αδυναμία του να ιεραρχήσει μέσα του τις ανάγκες της γυναίκας και των παιδιών του, ως πιο σημαντικές από τη δουλειά του. Καθώς η δυσκολία επικεντρώθηκε στη μεταξύ τους σχέση, οι γονείς φαίνεται ότι ασυνείδητα μείωσαν τις προβολές τους απέναντί του. Στην επόμενη συνεδρία οι γονείς ανέφεραν μείωση της έντασης της συμπτωματολογίας του παιδιού και βελτίωση της σχέσης τους μαζί του.

Συμπερασματικά, μπορεί να αναφερθεί ότι, μέσω της τεχνικής της αναπλαισίωσης, παρασχέθηκε στους γονείς μια διαφορετική οπτική της σχέσης τους με το παιδί αναδεικνύοντας πλευρές της ασυνείδητης επιθετικότητάς τους προς αυτό. Είναι, επομένως, αναμενόμενο να εγείρει αντιστάσεις από μέρους τους, λόγω των ενοχών που παράγονται. Οι αντιστάσεις αυτές ήταν εμφα-

νείς στους γονείς, ιδίως στην αρχική φάση της διαγνωστικής εκτίμησης (άρνηση για συνδέσεις που πρότεινε ο κλινικός, διαφωνία στα λεγόμενά του), ενώ οι αντιστάσεις μειώθηκαν δραστικά μετά τη λήψη του ψυχοκοινωνικού τους ιστορικού. Όταν, δηλαδή, είχαν την ευκαιρία να συνδέσουν παρελθόντα με παρόντα άγχη τους και συμπεριφορές.

3. Η τεχνική της οριοθέτησης του πλαισίου της συνεργασίας

Η τεχνική της οριοθέτησης του πλαισίου συνεργασίας είχε παρεμβατικό χαρακτήρα, καθόσον η χρήση της δεν ήταν απόρροια του λόγου των γονιών, αλλά στόχευε στη διαφύλαξη του πλαισίου συνεργασίας. Ειδικότερα, συνίστατο στη διατήρηση ή επαναφορά της εστίασης σε περίπτωση εκτροπής της συζήτησης από τα συμφωνηθέντα θέματα/στόχους της συνεργασίας και αξιοποιήθηκε στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης και της παρέμβασης. Από το κλινικό υλικό των έξι περιπτώσεων προκύπτει ότι οι παράμετροι χρήσης της τεχνικής ήταν: η λήψη του ιστορικού των παιδιών και των γονιών, η οριοθέτηση της επαγγελματικής σχέσης, η ενημέρωση για το αντικείμενο συμβουλευτικής υποστήριξης των γονιών και η επικέντρωση στο αίτημα των γονιών.

Στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης η τεχνική επικεντρώθηκε στη λεπτομερή αφήγηση/νοσηματοδότηση του ιστορικού του παιδιού. Χρησιμοποιήθηκε κυρίως κατά τη δεύτερη συνάντηση με τους γονείς ή σε άλλες στιγμές της διαγνωστικής εκτίμησης των έξι μελετώμενων περιπτώσεων. Ο κλινικός έχοντας μια πρώτη εικόνα για την ποιότητα και έκταση της συμπτωματολογίας του παιδιού (κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας με τους γονείς) ζήτησε

από τους γονείς λεπτομερή στοιχεία του ιστορικού του παιδιού, εξηγώντας τους ότι είναι απαραίτητα για την κατανόηση της δημιουργίας των συμπτωμάτων και βήμα προσέγγισης όλων των παιδιών που εξετάζονται στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Όταν για παράδειγμα, στη διάρκεια της τρίτης συνάντησης –και μετά την παροχή συμβουλών από τον κλινικό για το χειρισμό του ύπνου του παιδιού στις προηγούμενες συνεδρίες– η μητέρα της Χριστίνας ανέφερε ότι την απασχολεί που το παιδί ξυπνά το βράδυ, ο κλινικός σχολίασε ότι θα χρειαστεί να γνωρίσει πρώτα την ιστορία του παιδιού προκειμένου να κατανοήσει, από κοινού με τους γονείς, την ανάγκη του να ξυπνά το βράδυ.

Στη φάση της παρέμβασης η τεχνική επικεντρώθηκε στη συμβουλευτική υποστήριξη των γονιών. Όταν η μητέρα της Χριστίνας αναφέρθηκε σε ιδεοψυχαναγκασμούς που της προκαλούσαν τρόμο (10^η συνεδρία με τη μητέρα), ο κλινικός σχολίασε ότι στο Κέντρο η δουλειά επικεντρώνεται στη υποστήριξη των γονιών στη σχέση τους με το παιδί, ότι ίσως η συχνότητα των παρεχόμενων συνεδριών μαζί του δεν της αρκεί για την αντιμετώπιση των σκέψεών της και ότι για να κατανοήσει τους φόβους της θα χρειαστεί δική της ψυχοθεραπεία με το εν λόγω αίτημα. Ως αποτέλεσμα, η μητέρα αναφέρθηκε στην ανάγκη της για περισσότερες συναντήσεις με τον κλινικό και στη συνέχεια ζήτησε να της προτείνει κάποιον που ο ίδιος εμπιστεύεται. Η χρήση της τεχνικής αποδείχθηκε αποτελεσματική στις πέντε περιπτώσεις καθόσον οι γονείς, κυρίως οι μητέρες, αναφέρθηκαν στην επιθετικότητα που εισέπραξαν από τους γονείς τους (ένδειξη ότι δημιουργήθηκε θεραπευτική συμμαχία).

Όταν στην αρχή της δεύτερης συνάντησης η μητέρα της Χριστίνας ρώτησε «τι κάνετε;», ο κλινικός απέφυγε τη μετάθεση του ενδιαφέροντος στον ίδιο και απάντησε ρωτώντας την ίδια τι κάνει. Σε περίπτωση που ο κλινικός, λόγω αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων (επειδή ο ίδιος δεν θα άντεχε τον ψυχικό πόνο και τις δυσκολίες της μητέρας), αναφερόταν σε προσωπικά του ζητήματα, θα μετέτρεπε τη συνάντηση σε «φιλική», όπου θα επιτρεπόταν να μιλήσει για δικά του θέματα, καταργώντας το «πλαίσιο» και το συμβόλαιο συνεργασίας. Το γεγονός θα συνιστούσε επιθετικότητα του κλινικού απέναντι στο αίτημα και τις ανάγκες της μητέρας και ακολούθως του παιδιού. Στην οριοθέτηση του πλαισίου της επαγγελματικής σχέσης θεωρείται ότι επίσης συνέβαλε η αδιάλειπτη χρήση του «πληθυντικού αριθμού» του κλινικού απέναντι στους ενήλικες εξυπηρετούμενους/γονείς, καθώς επίσης και η ακρίβεια στην τήρηση του προσυμφωνηθέντος χρόνου έναρξης και λήξης των συνευξέων. Στην περίπτωση της Βάσως, ο κλινικός δεν έκανε λεπτομερή και με οργανωμένο τρόπο λήψη του ιστορικού του παιδιού, άρα και ορθή χρήση της τεχνικής, επειδή αντιμεταβιβαστικά επηρεάστηκε από τις έντονες συναισθηματικές δυσκολίες της μητέρας, οπότε και «βιάστηκε» να επικεντρωθεί στο δικό της ιστορικό, με αποτέλεσμα να εκτραπεί ο στόχος της συνεργασίας από το παιδί στο γονιό.

4. Η τεχνική της παρέμβασης στο περιβάλλον

Στην κλινική κοινωνική εργασία⁵ με τους

γονείς, «περιβάλλον» (Frank, 1978) αποτέλεσαν οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, η σχέση των γονιών με το θεραπευτικό πλαίσιο, η σχέση τους με το σχολείο του παιδιού και η σχέση του κάθε γονιού με το περιβάλλον εκτός της οικογένειας (π.χ. εργασιακή απασχόληση). Οι παρεμβάσεις του κλινικού στο περιβάλλον, τόσο στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης όσο και της παρέμβασης, αφορούσαν στον εντοπισμό και εν συνεχεία στην κατανόηση και τροποποίηση πράξεων ή παραλείψεών τους, οι οποίες είχαν επίπτωση στη λειτουργικότητά τους ως γονείς και στην κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού. Οι πράξεις αυτές ήταν εκείνες που εξέφραζαν την «επιθετικότητά τους» προς το παιδί. Πιο συγκεκριμένα οι παρεμβάσεις αφορούσαν:

α) τη σχέση των γονιών με το παιδί και επικεντρώνονταν στην κατανόηση και τη διαχείριση της επιθετικότητάς τους, παθητικής ή ενεργητικής, προς το παιδί. Στην περίπτωση της Μαρίας, ο κλινικός ρώτησε τη μητέρα αν το παιδί ενημερώθηκε για το λόγο που έρχεται στο Κέντρο (1^η συνάντηση με τους γονείς). Όταν εκείνη απάντησε αρνητικά (υπερπροστασία παιδιού επειδή ασυνείδητα το βρεφοποιούσε περνώντας της το μήνυμα ότι δεν αντέχει την αλήθεια), εκείνος της τόνισε την ανάγκη της πλήρους ενημέρωσης του παιδιού.

β) τη σχέση των γονιών με το πλαίσιο και εστιάζονταν στο σχεδιασμό και την οριστικοποίηση των συνεδριών με τον κλινικό και το θεραπευτή του παιδιού και τη διαχείριση των μεταβιβαστικών συναισθημάτων των γονιών προς τους θεραπευτές.

5. Η κλινική κοινωνική εργασία αποτελεί μια εξειδίκευση του εφαρμοσμένου επιστημονικού κλάδου της κοινωνικής εργασίας. Ακολουθεί τις αξίες και τη δεοντολογία της κοινωνικής εργασίας, θεωρητικά καλύπτεται από την έννοια «άτομο-στο-περιβάλλον», εφαρμόζεται κυρίως στο χώρο της υγείας, επικε-

Όταν, στην περίπτωση της Λίνας, ο πατέρας στην πρώτη συνεδρία εξέφρασε την ανάγκη να μιλήσει για την τραυματική προσωπική του ιστορία, ο κλινικός του προσέφερε επόμενο ατομικό ραντεβού, υπερασπιζόμενος το στόχο της παρούσας συνεδρίας για πληροφόρηση/κατανόηση του συμπτώματος του παιδιού.

γ) το σχολείο φοίτησης των μελετώμενων περιπτώσεων και οι εν λόγω παρεμβάσεις αποσκοπούσαν στη μείωση ή εξάλειψη της επιθετικότητας του σχολικού περιβάλλοντος προς το παιδί, στη διευκόλυνση της προσαρμογής του και στην συνακόλουθη μείωση του άγχους του. Απευθείας επικοινωνία για συνεργασία με τους δασκάλους του σχολείου (ενημέρωση για την προσαρμογή του παιδιού) έγινε στην περίπτωση της Μαρίας.

δ) την εργασιακή απασχόληση του γονιού και επικεντρώθηκαν στην αυτονόμηση της μητέρας από το παιδί και εμμέσως στην ανάγκη της να το υπεπροστατεύει, όντας συνεχώς μαζί του. Όταν, στην περίπτωση της Λίνας, η μητέρα ανέφερε ότι δεν αναζητά συστηματικά εργασία, ο κλινικός τη ρώτησε αν επιθυμεί να εργαστεί, και απάντησε ότι θέλει αλλά με όρους, νοηματοδότησε την αμφιθυμία της.

5. Η τεχνική της αντιπαράθεσης

Η αντιπαράθεση αφορούσε στην επί σκοπού κατεύθυνση της προσοχής του γονιού σε αντιφάσεις στα λόγια και τις συμπερι-

φορές του, που καταδεικνύουν και παρέχουν στο θεραπευόμενο τη δυνατότητα ευαισθητοποίησης και αναγνώρισης της ύπαρξης εσωτερικών συγκρούσεων ή αμυντικών λειτουργιών. Η αντιπαράθεση αξιοποιήθηκε στις φάσεις της διαγνωστικής εκτίμησης και της παρέμβασης, ως απάντηση στις έντονες αμυντικές λειτουργίες των γονιών –κυρίως στη χρήση του αμυντικού μηχανισμού της προβολής– οι οποίες καταλήγουν σε επιθετικότητα προς το παιδί, προς τον άλλο γονιό και προς το πλαίσιο συνεργασίας με το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Όταν η μητέρα της Χριστίνας είτε ότι το παιδί συνεχίζει να φοβάται χωρίς να ξέρει ακριβώς τί, και ότι η ίδια δεν ξέρει πώς να τη βοηθήσει (12^η συνεδρία με τη μητέρα), ο κλινικός σχολίασε ότι και η ίδια έχει αναφέρει ότι φοβάται να μένει μόνη της. Έτσι, η μητέρα μπόρεσε να μιλήσει για τους δικούς της έντονους φόβους, που την αναστέλλουν να βοηθήσει το παιδί και, στη συνέχεια, να κατανοήσει τον τρόπο που οι φόβοι αυτοί επηρεάζουν και εντείνουν τους φόβους/άγχη αποχωρισμού της Χριστίνας.

6. Η τεχνική της παροχής συμβουλής

Η παροχή συμβουλής είναι μια από τις υποστηρικτικές/ενδυναμωτικές στο Εγώ τεχνικές, στο πλαίσιο της υποστηρικτικής θεραπευτικής παρέμβασης (Ornstein, 1986). Οι γονείς ζητούν υποδείξεις για το πώς να χειριστούν συγκεκριμένες δυσκολίες με το

ντρώνει την πρακτική της στα άτομα, τις οικογένειες και τις μικρές ομάδες, στοχεύει στην αύξηση της βιοψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του αποδέκτη -έτσι όπως εκφράζεται μέσα από τους κοινωνικούς του ρόλους, ασχολείται με τη βιο-ψυχο-κοινωνική διαγνωστική εκτίμηση των ψυχικών διαταραχών που επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργικότητα του αποδέκτη, σε θεραπευτικό επίπεδο παρεμβαίνει –ανάλογα με τη θεωρητική κατεύθυνση του επαγγελματία– στα ενδοψυχικά δυναμικά στοχεύοντας στην ενίσχυση των δυνάμεων του Εγώ και στις διαπροσωπικές σχέσεις, παρεμβαίνει στο άμεσο κοινωνικό δίκτυο σε έκταση και βαθμό ανάλογο με την αξιολόγηση και θεωρητική κατεύθυνση του επαγγελματία και θεωρεί τη «σχέση» με τον εξυπηρετούμενο διαγνωστικό/θεραπευτικό εργαλείο και παράγοντα αλλαγής.

παιδί. Ο κλινικός αποκρίνεται, θεωρώντας τους «συνεργάτες» που έχουν το δικαίωμα να εκφέρουν συγκεκριμένο αίτημα, στο οποίο χρειάζεται κανείς άμεσα να απαντήσει. Αν οι γονείς αντιμετωπίσουν δυσκολία στην εφαρμογή τους, ο κλινικός θα χρειαστεί να εργαστεί μαζί τους, ώστε να κατανοηθούν οι προσωπικοί για τον καθένα λόγοι (αμυντικές διεργασίες) που τους εμποδίζουν. Όταν ο κλινικός παρέχει συμβουλή «αναλαμβάνει» υποστηρικτικά μέρος της γονικής ευθύνης και καθίσταται φροντιστική φιγούρα για τους ίδιους τους γονείς, αναλαμβάνοντας –όπως αναμένεται από ένα γονιό– την ευθύνη και τις συνέπειες της παρεχόμενης συμβουλής.

Σε αντίθετη περίπτωση, η αδυναμία του κλινικού να παρέχει –όταν του ζητείται– συμβουλή για το χειρισμό του παιδιού, δυναμικά τροποποιεί το συμβουλευτικό/υποστηρικτικό πλαίσιο της συνεργασίας μετατρέποντάς το σε ψυχοθεραπευτικό, χωρίς να υπάρχει ανάλογο αίτημα από τους γονείς, αλλά ούτε κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο που θα υποστηρίξει αυτή την πρακτική (π.χ. θεραπευτικό συμβόλαιο, συχνότητα συνεδριών). Σε μια τέτοια περίπτωση, οι γονείς βιώνονται από τον κλινικό μόνο ως θεραπευόμενοι και όχι ως συνεργάτες. Είναι σημαντικό –σε μεταβιβαστικό επίπεδο– ο κλινικός να βιώνεται από τους γονείς ταυτόχρονα ως μητρική/πατρική φιγούρα, αλλά και ως αδελφός/συνεργάτης.

Η τεχνική χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης και της παρέμβασης και αφορούσε στη διαχείριση θεμάτων ύπνου (αποχωρισμού) του παιδιού, το χειρισμό της επιθετικότητάς του, τη διαχείριση της σχολικής άρνησης (άγχος αποχωρισμού), το χειρισμό θεμάτων σεξουαλικότητας, το χειρισμό ιδε-

οψυχαναγκαστικών συμπεριφορών, το χειρισμό της απουσίας των γονιών και το χειρισμό του διαβάσματος του παιδιού. Όταν η μητέρα της Λίνας ρώτησε τον κλινικό (9^η συνεδρία) αν θα πρέπει να την πιέξει στο διάβασμά της, εκείνος σχολίασε ότι μπορεί να της προτείνει συγκεκριμένη ώρα που η ίδια μπορεί να τη βοηθήσει, εξηγώντας πως στη συνέχεια έχει να ασχοληθεί και με δικά της πράγματα και με τον άνδρα της (ώστε να μη γίνει το διάβασμα υπόθεση της μητέρας). Ταυτόχρονα πρότεινε στη μητέρα να ρωτήσει το παιδί για τον τρόπο που το ίδιο θα ήθελε να το βοηθήσει στο διάβασμα.

7. Η τεχνική της ερμηνείας στη μεταβίβαση στο πλαίσιο

Η ερμηνεία στη μεταβίβαση αποτελεί βασική τεχνική της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Η έννοια «μεταβίβαση» αφορά στην ασυνείδητη επανάληψη προτύπων της παιδικής ζωής του θεραπευόμενου (ασυνείδητες επιθυμίες), τα οποία επανενεργοποιούνται και βιώνονται στη σχέση με το θεραπευτή, αποκτώντας ένα αίσθημα έντονης επικαιρότητας. Ο Freud διακρίνει δύο είδη μεταβίβασης, τη θετική και την αρνητική, μια μεταβίβαση δηλαδή τρυφερών και μια εχθρικών συναισθημάτων (όπως αναφέρεται στους Laplanche & Pontalis, 1986). Η ερμηνεία στη μεταβίβαση συνίσταται στην αναγνώριση των έντονων (θετικών ή αρνητικών) συναισθημάτων του θεραπευόμενου προς το θεραπευτή και την επακόλουθη αναγωγή τους σε ανάλογα συναισθήματα που έχει ο θεραπευόμενος για τις γονικές φιγούρες της παιδικής του ηλικίας.

Το θεραπευτικό πλαίσιο στην εργασία με τους γονείς δεν συμπίπτει με εκείνο της ατομικής ψυχοθεραπείας επειδή παρευρί-

σκονται και οι δύο γονείς και το αίτημα των γονιών αφορά στο παιδί, ενώ η συχνότητα των συναντήσεων (μία φορά ανά 15 ημέρες, αντί της ελάχιστης συχνότητας για μία φορά την εβδομάδα στην ψυχοθεραπεία) δεν ενισχύει τη δημιουργία έντονων μεταβιαστικών συναισθημάτων. Η συνεργασία επικεντρώνεται κυρίως στο γονικό ρόλο (και όχι συνολικά στον εαυτό) και, τέλος, η συνεργασία έχει συγκεκριμένη χρονική διάρκεια (δεν είναι ανοικτού τέλους). Επομένως, στην εργασία με γονείς η τεχνική της «ερμηνείας στη μεταβίβαση» δεν έχει την «κλασική μορφή» που απαντάται στην ψυχοθεραπευτική διεργασία. Έντονα συναισθήματα (θετικά και αρνητικά) των γονιών προς το πλαίσιο/θεσμό (επειδή σχετίζεται με το παιδί τους) και προς τον κλινικό που τον εκπροσωπεί είναι παρόντα σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας. Το στοιχείο αυτό συνδέεται θεωρητικά με την επέκταση της έννοιας «ερμηνείας της μεταβίβασης», που παρείχε η Σχολή των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων, σύμφωνα με την οποία η μεταβίβαση περιλαμβάνει και τις προσδοκίες του θεραπευόμενου από το «αντικείμενο» (Galdston, 1986), το οποίο μεταβιαστικά είναι ο θεραπευτής.

Συναισθήματα μεταβιαστικού χαρακτήρα μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και στην πρώτη συνάντηση με τον κλινικό, τα οποία έχουν τη μορφή άγχους για το αν οι γονείς μπορούν να τον εμπιστευτούν (επειδή ασυνείδητα αντιπροσωπεύει ποιότητες μιας από τις γονικές φιγούρες του

παρελθόντος). Η αναγνώριση και η αποδοχή αυτών των συναισθημάτων από τον κλινικό, αυξάνει την εμπιστοσύνη και συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας (Malan, 1992). Η ερμηνεία αυτών των συναισθημάτων και η σύνδεσή τους με το πρόσωπο του κλινικού ή το πλαίσιο του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου, ονομάζεται «ερμηνεία της μεταβίβασης στο πλαίσιο»⁶. Ο κλινικός δεν αποπειράται να συνδέσει αυτά τα συναισθήματα με τα βιώματά τους από τις πρώιμες γονικές φιγούρες των ίδιων των γονιών. Επικεντρώνεται στο «εδώ και τώρα», στη σχέση γονιών – κλινικού στο συγκεκριμένο χώρο και χρόνο της συνεδρίας, στη διευκόλυνση της θεραπευτικής συνεργασίας και την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η ανάπτυξη στοιχείων της «νεύρωσης μεταβίβασης», όπως αναφέρει και η Ornstein (1986), προϋπόθεση για να μπορεί να υφίσταται θεραπευτική συμμαχία, ενώ ταυτόχρονα –λόγω των χαρακτηριστικών του πλαισίου συνεργασίας– δεν ευνοείται η ανάπτυξη της πλήρους μεταβιαστικής σχέσης. Στη συγκεκριμένη μελέτη, η ερμηνεία της μεταβίβασης των συναισθημάτων των γονιών προς τον κλινικό επικεντρώθηκε στα αρνητικά χαρακτηριστικά (επιθετικότητα).

Όταν η μητέρα της Μαρίας (2^η συνεδρία με γονείς), ανέφερε ότι στο παιδί δεν άρσε που η θεραπεύτρια της έκανε ερωτήσεις για την οικογένειά της, ο κλινικός σκεπτόμενος ότι η μητέρα προβάλλει τις δι-

6. Ο κλινικός είχε την ευκαιρία να εκπαιδευτεί, υπό εποπτεία, στην εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνικής κατά τη διάρκεια της κλινικής του εκπαίδευσης στην Young People Counseling Service της κλινικής Tavistock του Λονδίνου. Στη συγκεκριμένη υπηρεσία παρέχονταν 4 ατομικές συνεδρίες σε νέους (16-25 ετών) που αντιμετώπιζαν κάποια συναισθηματική δυσκολία. Κατά τη διάρκεια της συνεργασίας, η αναγνώριση των μεταβιαστικών συναισθημάτων στο πλαίσιο, αποτελούσε βασική θεραπευτική τεχνική.

κές της αντιστάσεις στην αποκάλυψη προσωπικού και οικογενειακού υλικού, σχολίασε ότι ίσως ούτε και για την ίδια δεν θα είναι εύκολο να έρχεται στο Κέντρο και ότι είναι δύσκολο για τους περισσότερους γονείς (αρνητική μεταβίβαση της μητέρας στο πλαίσιο). Ως αποτέλεσμα, οι γονείς επιβεβαίωσαν το σχόλιο του κλινικού και αναφέρθηκαν στην αμφιθυμία τους («ερχόμαστε όμως για να μας βοηθήσετε»). Από τη στιγμή που ο κλινικός άντεξε και νοσηματοδότησε την επιθετικότητά τους, οι γονείς, οπότε και το παιδί, συνέχισαν τη συνεργασία με το Κέντρο.

Όταν στην περίπτωση της Χριστίνας η μητέρα ανέφερε τα αμφιθυμικά της συναισθήματα για τον άνδρα της και τη δυσκολία στη σεξουαλική σχέση μαζί του, ζητώντας από τον κλινικό να την παραπέμψει σε σεξολόγο (8^η συνεδρία), εκείνος σχολίασε ότι η μητέρα ίσως δυσκολεύεται να μιλήσει μαζί του για σεξουαλικά ζητήματα, επειδή είναι άνδρας. Ως αποτέλεσμα, η μητέρα επιβεβαίωσε το σχόλιο του κλινικού, μιλώντας όμως ακολουθώντας εκτενώς για τη δυσκολία στη σεξουαλική σχέση με τον άνδρα της, η οποία αποτελούσε έκφραση του συναισθηματικού προβλήματος στη συζυγική σχέση, από την οποία δεν έβρισκε υποστήριξη στις εξαρτητικές της ανάγκες (οπότε τις προέβαλε στο παιδί, ενισχύοντάς του το άγχος αποχωρισμού).

Η τεχνική χρησιμοποιήθηκε και απεδείχθη αποτελεσματική, όταν παρουσιάστηκε έντονη επιθετικότητα στη σχέση γονιών-κλινικού. Σε επίπεδο αντιμεταβίβασης, το συναίσθημα που δημιουργήθηκε στον κλινικό και χρειάστηκε «να κατανοήσει, να

αντέξει μέσα του και να μην το μετατρέψει σε πράξη» ήταν θυμός απέναντι στην παθητική και ενεργητική επιθετικότητα των γονιών προς το παιδί και τον ίδιο.

8. Η τεχνική της αναφοράς στα δυνατά σημεία

Η επικέντρωση του κλινικού στις δυνατότητες των αποδεκτών αποτελεί βασικό στοιχείο της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας (Cowger & Snively, 2002). Όπως και η τεχνική της παροχής συμβουλής, η τεχνική αυτή συνιστά υποστηρικτική παρέμβαση στο Εγώ (Greenberg, 1986). Στην εργασία με γονείς, η επικέντρωση και η υπογράμμιση όσων έχουν πετύχει στη σχέση τους με το παιδί, αναμένεται να συμβάλει στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης και να αυξήσει τη συναισθηματική τους επένδυση στο θεραπευτικό πλαίσιο και στη συνεργασία, με αποτέλεσμα τη μείωση των συμπτωμάτων του παιδιού.

Η τεχνική, εστιάζοντας στα «δυνατά σημεία», αναγνωρίζει στους γονείς ότι έχουν κάνει και «καλά πράγματα» με το παιδί τους, γεγονός που συμβάλει στην απενοχοποίησή τους. Επιπλέον, προσδίδει μια πληρέστερη διάσταση στη διαγνωστική εκτίμηση και παρέμβαση, καθόσον δεν επικεντρώνεται μόνο στα στοιχεία ψυχοπαθολογίας των γονιών αλλά, αναδεικνύοντας τα επιτεύγματά τους, παρέχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των γονιών-στο-περιβάλλον τους⁷. Η τεχνική της αναφοράς στα δυνατά σημεία αξιοποιήθηκε στις φάσεις της διαγνωστικής εκτίμησης και της παρέμβασης και αφορούσε παραμέτρους της σχέσης των γονιών με το παιδί κατά το παρελθόν, της

7. Το σύστημα διαγνωστικής εκτίμησης της κοινωνικής εργασίας «ΠΛΕΥΣΗ» (Karls & Wandrei, 1994), και ιδίως η έκδοσή του σε λογισμικό (το οποίο κυκλοφορεί και στην Ελληνική Γλώσσα), κάνει εκτενή αναφορά στην εκτίμηση των δυνατοτήτων του εξυπηρετούμενου.

σχέσης των γονιών με το παιδί στην περίοδο της παρέμβασης (παρόν), της σχέσης του ζεύγους των γονιών μεταξύ τους και τη συναισθηματική κατάσταση των γονιών.

Όταν ο πατέρας της Χριστίνας (6^η συνεδρία), μετά την επιστολή που του στάλθηκε, προσήλθε για συνεργασία, ο κλινικός σχολίασε ότι γνωρίζει (από τις πληροφορίες για το ιστορικό του παιδιού που έδωσε η μητέρα) πως και ο μπαμπάς βοήθησε στο μέγιστο της Χριστίνας. Ως αποτέλεσμα, ο πατέρας έδειξε ανακουφισμένος και αναφέρθηκε στη σχέση του με το παιδί, ενώ παράλληλα εμπιστεύθηκε δύσκολα σημεία της προσωπικής του ιστορίας. Έκτοτε και μέχρι την απάλειψη των συμπτωμάτων του παιδιού, συνέχισε τη συνεργασία του με το Κέντρο.

Όταν η μητέρα της Λίνας χαρακτήρισε τα σχόλια του θεραπευτή του παιδιού –για τη βρεφοποίηση της Λίνας από τη μητέρα– ως υπερβολικά (7^η συνεδρία με τους γονείς), ο κλινικός σχολίασε ότι και οι γονείς κάνουν λάθη όχι όμως επίτηδες (εννοώντας ασυνειδήτητα), εξάλλου –επειδή οι ίδιοι ενδιαφέρονται για τη Λίνα– απεύθύνθηκαν για βοήθεια στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Ως αποτέλεσμα, η μητέρα –επειδή φάνηκε να αποενοχοποιείται– ζήτησε συμβουλή από τον κλινικό για το χειρισμό συμπεριφορών του παιδιού (ένδειξη θεραπευτικής συμμαχίας).

Η τεχνική υπήρξε αποτελεσματική στις περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκε καθόσον ενίσχυσε τη θεραπευτική συμμαχία σε όλες της φάσεις της συνεργασίας. Δεν χρησιμοποιήθηκε στις περιπτώσεις της Μαρίας και της Βάσως, όπου η παθητική επιθετικότητα των γονιών (αντιστάσεις) προς τον κλινικό ήταν έντονη (αρνητική μεταβίβαση) και η θεραπευτική συμμαχία δεν ήταν «ισχυρή», οπότε ο κλινικός χρειάστηκε να χρησιμο-

ποιεί άλλες τεχνικές (αναπλαισίωση, αντιπαράθεση, ερμηνεία της μεταβίβασης στο πλαίσιο) προκειμένου να οριοθετησει/τροποποιήσει αυτή την επιθετικότητα.

9. Η τεχνική της ενθάρρυνσης της θεραπευτικής συμμαχίας

Με τη χρήση της συγκεκριμένης τεχνικής μεταφέρεται στον θεραπευόμενο το μήνυμα ότι η προτεινόμενη διαδικασία συνιστά μια κοινή προσπάθεια του κλινικού και του ιδίου. Στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης αποσκοπούσε στην εγκατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας και περιελάμβανε την ενημέρωση των γονιών για το θεραπευτικό πλαίσιο και τη σαφή δήλωση του κλινικού για την ανάγκη συνεργασίας τους μαζί του προς όφελος του παιδιού.

Η περιγραφή του θεραπευτικού πλαισίου έγινε στο τέλος της πρώτης συνάντησης με τους γονείς. Ο κλινικός ενημέρωσε τα πέντε ζευγάρια των γονιών για το στόχο των συναντήσεών τους μαζί του (κατανόηση των αιτιών που οδηγούν στη συμπτωματολογία του παιδιού), το μέσο της κατανόησης (παροχή εκ μέρους τους στοιχείων ψυχοκοινωνικού ιστορικού του παιδιού και των ιδίων), τη διάρκεια των συναντήσεων (45 λεπτά της ώρας), τη συχνότητα (ανά δεκαπέντε ημέρες), τον αριθμό των συναντήσεων εκτίμησης (κατά μέσο όρο τέσσερις), τη συχνότητα της παράλληλης συνεργασίας του παιδιού με το θεραπευτή του και την ακόλουθη κοινή συνεδρία ενημέρωσής τους (από τους δύο θεραπευτές: παιδιού και γονιών) σχετικά με τα πορίσματα της διαγνωστικής εκτίμησης, καθώς και το πιθανό είδος και τη συχνότητα της προτεινόμενης θεραπευτικής παρέμβασης. Οοι γονείς «ορίστηκαν» ως συνεργάτες του κλινικού (όχι ασθενείς) και τα πέντε ζευγάρια ολο-

κλήρωσαν –ταυτόχρονα με το παιδί– τη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης.

Η προαναφερθείσα ενημέρωση στους γονείς δεν έγινε στην περίπτωση της Βάσως λόγω αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων του θεραπευτή (αρχική εστίαση στις προσωπικές δυσκολίες της μητέρας). Έτσι, η φάση της διαγνωστικής εκτίμησης του παιδιού και των γονιών πρώιμα μετατράπηκε σε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στη μητέρα –παρά την έλλειψη ξεκάθαρου αιτήματός της– με αποτέλεσμα την καταστρατήγηση του πλαισίου συνεργασίας (διερεύνηση του αιτήματος των γονιών, λήψη ψυχοκοινωνικού ιστορικού παιδιού και γονιών).

Στη φάση της παρέμβασης, η τεχνική της ενθάρρυνσης της θεραπευτικής συμμαχίας είχε τη μορφή της έμμεσης αναφοράς στο αίτημα των γονιών. Η μητέρα της Λίνας –στην αρχή της συνέντευξης– ζήτησε από τον κλινικό να κάνει τις ερωτήσεις (8^η συνεδρία με τη μητέρα). Ο κλινικός σχολίασε ότι δεν γνωρίζει τί να ρωτήσει, καθόσον η ίδια σχετίζεται με τη Λίνα (επομένως ο κλινικός χρειάζεται τη συνεργασία της). Έμμεσα, δηλαδή, έδωσε στη μητέρα το μήνυμα ότι η θεραπευτική διεργασία είναι μια συνεργατική προσπάθεια στην οποία οι πληροφορίες που φέρνει ο γονιός για το παιδί είναι απαραίτητες για την κατανόησή του. Το αποτέλεσμα ήταν η μητέρα να δώσει πληροφορίες της σχέσης της με το παιδί, οι οποίες στη συνέχεια έγιναν υποκείμενα κατανόησης και διαχείρισης από τον κλινικό.

10. Η τεχνική της αποδοχής των έντονων συναισθημάτων

Η αποδοχή των έντονων συναισθημάτων χωρίς ερμηνευτική παρέμβαση επιτρέπει στον αποδέκτη να βιώσει την κάθαρση από έντονα συναισθήματα και παράλληλα να

ταυτιστεί με τη στάση αποδοχής των συναισθημάτων του από τον κλινικό (ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας). Η τεχνική εφαρμόστηκε στη συνεργασία και με τα έξι ζευγάρια των γονιών στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης και της παρέμβασης και αφορούσε στο ατομικό ιστορικό του γονιού, τη σχέση του ζεύγους και την παρούσα σχέση του γονιού με το παιδί.

Όταν η μητέρα της Μαρίας περιέγραφε τη σωματική κακοποίηση που υφίστατο από την πατέρα της (4^η συνεδρία με τη μητέρα), ο κλινικός (συνεκτιμώντας και ενδείξεις της μη λεκτικής της επικοινωνίας –καταθλιπτική εικόνα) σχολίασε ότι «είναι δύσκολα πράγματα αυτά που περιγράφετε», με αποτέλεσμα, η μητέρα να προσθέσει ότι ακόμη πιο δύσκολο ήταν για την ίδια οι διακρίσεις που έκαναν οι γονείς της σε βάρος της και στη συνέχεια μίλησε γι' αυτές. Από τη στιγμή δηλαδή που η μητέρα αισθάνθηκε ότι ο κλινικός «κατανοεί και αντέχει» τον ψυχικό της πόνο, μπόρεσε να μοιραστεί επιπλέον τραυματικά της βιώματα.

Όταν ο πατέρας της Χριστίνας ανέφερε ότι το παιδί πάει πολύ καλά και δεν αρνείται να πάει στο σχολείο (9^η συνεδρία με τον πατέρα), ο κλινικός (παρατηρώντας και τη μη λεκτική του επικοινωνία - χαρούμενος) σχολίασε ότι και ο ίδιος ακούγεται αρκετά ανακουφισμένος με αποτέλεσμα, ο πατέρας να επιβεβαιώσει την παρατήρηση του κλινικού, αναφέροντας στη συνέχεια τις μεγάλες δυσκολίες που παλιότερα έφερνε στην οικογένεια το σύμπτωμα της Χριστίνας. Οι πληροφορίες αυτές συνετέλεσαν στην πληρέστερη διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού και της σχέσης του με τους γονείς.

Η τεχνική χρησιμοποιήθηκε σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας με τους γονείς και η χρήση της (η ταύτιση δηλαδή του κλι-

νικού με τα συναισθήματα του γονιού) υπήρξε αποτελεσματική για όλες τις περιπτώσεις. Η χρήση της τεχνικής προϋποθέτει τη συνεκτίμηση του λόγου των γονιών με τη μη λεκτική επικοινωνία, η οποία επιβιβαιώνει/ενισχύει το περιεχόμενό του.

11. Η τεχνική της παροχής εκπαίδευσης

Η τεχνική αφορά στην ενημέρωση/εκπαίδευση των γονιών σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού και των ιδίων. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης όπου αφορούσε ζητήματα συναισθηματικών αναγκών των γονιών, έτσι, όπως εγείρονταν από την αφήγηση της προσωπικής τους ιστορίας. Όταν, στην περίπτωση της Βάσως, η μητέρα ανέφερε τη σοβαρή αμέλεια (παθητική επιθετικότητα) που εισέπραττε από τον πατέρα της (διακρίσεις σε βάρος της), ο κλινικός σχολίασε ότι «για να κάνει τέτοιες διακρίσεις ο πατέρας της ίσως είχε αρκετή δυσκολία μέσα του» (3^η συνεδρία με τη μητέρα). Το αποτέλεσμα ήταν πως η μητέρα μπόρεσε να εκφράσει έμμεσα το θυμό της λέγοντας ότι μερικές φορές αναρωτιέται πώς θα νοιώσει αν ο πατέρας της πεθάνει.

Όταν ο πατέρας του Ανδρέα (στη φάση της παρέμβασης, παρά την ενημέρωσή του για το άγχος αποχωρισμού του παιδιού και τη σύνδεσή του με τη σχέση με τους γονείς του) αναρωτήθηκε αν το πρόβλημα του Ανδρέα είναι γενετικής αιτιολογίας (11^η συνεδρία με τον πατέρα). Τότε ο κλινικός μίλησε για τη σημασία των πρώιμων αποχωρισμών στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, για τις αρνητικές συνέπειες της υπερπροστατευτικής στάσης των γονιών και για τις αρνητικές επιπτώσεις της έλλειψης κοινής στάσης των γονιών. Ως αποτέλεσμα, ο πατέρας συμφώνησε με τα

λεγόμενα του κλινικού και αναγνώρισε ότι οι παρεμβάσεις του βοήθησαν το παιδί να τα βγάλει πέρα μόνο του.

Από τα προαναφερθέντα προκύπτει ότι η τεχνική της παροχής εκπαίδευσης χρησιμοποιήθηκε στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης με στόχο τη λήψη πληροφοριών, που αφορούν στο ψυχοκοινωνικό ιστορικό του γονιού και στη φάση της παρέμβασης με στόχο την κάμψη των αντιστάσεων των γονιών για τη συνεργασία. Αντίθετα με ό,τι αναφέρεται βιβλιογραφικά, ο κλινικός εστίασε επιπλέον σε θέματα της προσωπικής ιστορίας των γονιών (εκεί που ήταν εμφανείς οι σοβαρές συναισθηματικές δυσκολίες του γονιού) με στόχο την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Η χρησιμότητά της συνίσταται στο ότι συνέβαλε στην κατανόηση των συναισθηματικών δυσκολιών των γονιών και στην ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας.

Με την ολοκλήρωση της παράθεσης των τεχνικών, ακολουθεί συνοπτική αναφορά στην έκβαση των παρεμβάσεων για το σύνολο των περιπτώσεων και η συμβολή της διεπιστημονικής συνεργασίας. Τέλος, γίνεται αναφορά στη ανάγκη για εστίαση του κλινικού στη μη λεκτική επικοινωνία των γονιών.

Η έκβαση των παρεμβάσεων

Η συνεργασία του κλινικού με τους γονείς, παράλληλα με την εργασία του θεραπευτή με το παιδί, είχε ως στόχο την ύφεση και εξαφάνιση της συμπτωματολογίας του παιδιού (αίτημα γονιών) και αποτέλεσαν τις δύο βασικές παραμέτρους, οι οποίες καθόρισαν την έκβαση της παρέμβασης.

Η ανυπαρξία του άγχους αποχωρισμού του παιδιού στο τέλος της παρέμβασης

[όπως φαίνεται από την αποτίμηση της εργασίας στο πλαίσιο των τελευταίων συνεδριών του κλινικού με τους γονείς (λόγος γονιών), από τις σημειώσεις του θεραπευτή του παιδιού, από τη συζήτηση της περίπτωσης του κλινικού με το θεραπευτή του παιδιού στο τέλος της περίπτωσης και από την επαναξιολόγηση των περιπτώσεων (*follow-up*) στον ένα και ενάμισι χρόνο μετά το πέρας της συνεργασίας μέσω ημιδομημένης τηλεφωνικής συνέντευξης του κλινικού με τους γονείς] μας ωθεί να θεωρήσουμε ότι η παρέμβαση στους γονείς, μέσω των τεχνικών που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν χρήσιμη και συνέβαλε στη θεραπεία των έξι παιδιών, όπως δείχνει και η περιγραφή της πορείας των συμπτωμάτων τους.

Ειδικότερα, στις τέσσερις από τις έξι περιπτώσεις (Χριστίνα, Μαρία, Ελένη, Λίνα) τα συμπτώματα της διαταραχής είχαν σταματήσει με το τέλος της παρέμβασης. Στη μία περίπτωση (Ανδρέας) τα συμπτώματα της διαταραχής παρουσίασαν ύφεση με το τέλος της παρέμβασης. Η ύφεση συνεχίστηκε ένα χρόνο μετά και τελικά τα συμπτώματα αναφέρεται να εξαφανίστηκαν ενάμισι έτος μετά το τέλος της παρέμβασης. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στον επιπλέον χρόνο που χρειάστηκαν οι γονείς να τροποποιήσουν τη στάση τους απέναντι στο παιδί. Στη μία περίπτωση (Βάσω) τα συμπτώματα της διαταραχής παρουσίασαν ύφεση παρά την πρόωγη διακοπή της παρέμβασης. Η ύφεση συνεχίστηκε ένα χρόνο μετά (πιθανές επιπτώσεις της παρέμβασης, οι οποίες επέρχονται με αργούς ρυθμούς, λόγω των αντιστάσεων των γονιών). Τελικά, τα συμπτώματα αναφέρεται ότι παρουσίασαν περαιτέρω ύφεση (δεν εξαφανίστηκαν όμως εντελώς) ενάμισι έτος μετά το τέλος της παρέμβασης (πιθανόν λό-

γω των σοβαρών εξαρτητικών δυσκολιών της μητέρας, η οποία επέτεινε τα άγχη αποχωρισμού του παιδιού).

Όλοι οι γονείς δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συνεργασία με τον κλινικό και το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο και κανείς γονιός δεν απευθύνθηκε, μέχρι και ενάμισι έτος μετά τη λήξη της παρέμβασης, σε άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας για αντιμετώπιση ίδιων ή ανάλογων θεμάτων του παιδιού.

Η συμβολή της διεπιστημονικής συνεργασίας

Η διεπιστημονική συνεργασία συνίστατο στη διαρκή αλληλοενημέρωση των θεραπειών (του παιδιού και των γονιών) αναφορικά με την πορεία της περίπτωσης. Η αλληλοενημέρωση, η οποία ήταν περισσότερο εντατική στη φάση της διαγνωστικής εκτίμησης, είχε τη μορφή συνάντησης των θεραπειών για συζήτηση του περιστατικού και αλληλοενημέρωση από τις καταγεγραμμένες σημειώσεις των συνεδριών του κάθε θεραπευτή. Περιελάμβανε παρατηρήσεις από τις επιμέρους συνεργασίες, επεξεργασία του υλικού των συνεδριών για κατανόηση των οικογενειακών σχέσεων και νοηματοδότηση της συμπτωματολογίας. Επίσης αφορούσε και αναφερόταν στην κατανόηση και διαχείριση των συνεδριών που ακυρώθηκαν, στην κατανόηση και διαχείριση της πρόωρης διακοπής της συνεργασίας, στην επιβεβαίωση της ορθότητας των υποθέσεων εργασίας και του βαθμού αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων του κάθε θεραπευτή. Η ευρύτερη διεπιστημονική ομάδα παρείχε στους θεραπευτές ατομική και ομαδική εποπτεία μέσω της συζήτησης των περιστατικών και των οργα-

νωμένων κλινικών και εκπαιδευτικών ομαδικών συνεργασιών.

Ειδικότερα, η συνεισφορά της διεπιστημονικής συνεργασίας θα μπορούσε να συνοψισθεί, ως ακολούθως: Τροφοδότησε άμεσα και συνέβαλε ευθέως στη διαμόρφωση των συμπερασμάτων της διαγνωστικής εκτίμησης του προβλήματος του παιδιού, διευκόλυνε τη διαγνωστική εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας του γονιού, παρείχε αμοιβαία επιβεβαίωση σχετικά με την ορθότητα/αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων των θεραπειών με γονείς και παιδί, υποστήριξε και –όποτε χρειάστηκε– αποκατέστησε τη συνεργασία των γονιών και του παιδιού με το Κέντρο, συνέβαλε στη διαρκή αξιολόγηση των θεραπευτικών επιλογών (θέματα, προτεραιότητες) καθώς και των επιμέρους και των συνολικών αποτελεσμάτων της παρέμβασης σε γονείς και παιδί και, τέλος, συνέβαλε στη λήψη αποφάσεων για κοινή δράση (π.χ κοινή επιστολή σε γονείς σε περίπτωση επιλογής των γονιών για διακοπή της συνεργασίας κ.ά.).

Η μη λεκτική επικοινωνία

Η κατανόηση από τον κλινικό δεν εξαντλήθηκε στην ανάλυση του λόγου, ταυτόχρονα αξιολογούσε τη συνοδό μη-λεκτική επικοινωνία του γονιού.

Για παράδειγμα, στην 11^η συνεδρία, η μητέρα της Χριστίνας –παρότι προσήλθε με πολύ περιποιημένη εμφάνιση– ανέφερε ότι «...είμαι χάλια και φοβισμένη...» με τους ιδεοψυχαναγκασμούς της (που είχαν αυτοτιμωρητικό χαρακτήρα). Ο κλινικός νοηματοδότησε τη στάση της στο πλαίσιο της θετικής προς εκείνον μεταβίβασης και της επικοινωνήσε την πιθανή αγωνία της «μή-

πως τον χάσει». Εκείνη συμφώνησε, ενώ στην επόμενη συνάντηση ανέφερε ότι «...αισθάνθηκα καλύτερα». Ταυτόχρονα, ήταν η πρώτη φορά που μίλησε για τα δικά της άγχη αποχωρισμού και φόβους που εδράζονται στην παιδική της ηλικία, επιτρέποντας στον κλινικό να τα συνδέσει με τη σχέση της με το παιδί και το άγχος αποχωρισμού του.

Συμπερασματικά, μπορεί να αναφερθεί ότι το ενδιαφέρον του κλινικού και η παρέμβαση στη μη λεκτική επικοινωνία των γονιών αφορούσε στην εμφανή διαφοροποίηση ανάμεσα σε αυτά που έλεγε ο γονιός για τη συναισθηματική του κατάσταση και ακούσια έδειχνε με την εμφάνιση και στάση του (Χριστίνα, Βάσω), τη μη λεκτικοποίηση ενός έντονου συναισθήματος του γονιού που αποκάλυπτε η εμφάνιση, η έκφραση του προσώπου ή η στάση του σώματός του (Ανδρέας, Μαρία), και, τέλος, τους λόγους της επιλογής σιωπής από το γονιό (Λίνα), όπου για την νοηματοδότησή της ο κλινικός χρησιμοποίησε την κατανόηση των αντιμεταβιβαστικών του συναισθημάτων.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν να επιβεβαιώνουν την ερευνητική υπόθεση ότι η κλινική κοινωνική εργασία ψυχοδυναμικής έμπνευσης με γονείς παιδιών που εμφανίζουν διαταραχή άγχους αποχωρισμού συμβάλει στην αποκάλυψη της γονικής επιθετικότητας προς το παιδί (στοιχείο που θεωρείται ως η αιτία του προβλήματος του παιδιού) και υποκινεί την αλλαγή στη στάση των γονιών, η οποία κατ'ήγει στη θεραπεία του παιδιού.

Ο κλινικός ενδιαφέρθηκε για την εγκατάσταση και διατήρηση της θεραπευτικής

σχέσης, η οποία στην ψυχοδυναμική προσέγγιση θεωρείται ότι αποτελεί το αντικείμενο κατανόησης και το μέσο αλλαγής/θεραπείας (Holmes, 1999). Η παρέμβαση εστιάστηκε στην αποκάλυψη και ταυτόχρονη ή μετέπειτα διαχείριση της επιθετικότητας των γονιών βάσει ενός ψυχοδυναμικά ορισμένου θεραπευτικού πλαισίου. Εφαρμόστηκαν τεχνικές της ατομικής ψυχοδυναμικής υποστηρικτικής θεραπείας, μέσα από το αξιακό και θεωρητικό πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας⁸, όπως έχουν περιγραφεί από τον Rockland (1989). Από αυτές, ο κλινικός αξιοποίησε την ενθάρρυνση της θεραπευτικής συμμαχίας, την παροχή συμβουλής, την παροχή εκπαίδευσης, την αποδοχή του έντονου συναισθήματος, την παρέμβαση στο περιβάλλον, την αναπλαισίωση, την αναφορά στα δυνατά σημεία, την αποσαφήνιση και την αντιπαράθεση.

Στην εργασία με τους γονείς δεν αξιοποιήθηκαν οι τεχνικές (της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας ψυχοδυναμικού τύπου κατά Rockland) του καθησυχασμού και παροχής ελπίδας, της ενθάρρυνσης, της παροχής ορίων και της λειτουργίας του κλινικού ως μοντέλου ταύτισης. Ο καθησυχασμός και η παροχή ελπίδας –βάσει του ψυχοδυναμικού σκεπτικού– θεωρήθηκε ότι θα τροποποιούσε το πλαίσιο συνεργασίας μετατρέποντας τη σχέση σε μη επαγγελματική/φιλική, εκπέμποντας το μήνυμα ότι ο κλινικός δεν αντέχει να διερευνήσει την πηγή/αιτία του άγχους, της θλίψης, της απελπισίας, με πιθανό αποτέλεσμα την επιδείνωση του ψυ-

χικού πόνου του γονέα (αφού «ο πόνος δεν αντέχεται ούτε από τον κλινικό»). Θεωρήθηκε ότι ο κλινικός «καθησυχάζει» τους γονείς καθώς αναγνωρίζει και αντέχει να νοηματοδοτήσει το άγχος και τον ψυχικό τους πόνο. Ελπίδα (από ψυχοδυναμική άποψη) παρέχεται στον γονιό όταν του μεταφέρεται το μήνυμα ότι οι δυσκολίες και τα προβλήματα δεν είναι τυχαία, αλλά απότοκα «των επιλογών του». Αν, επομένως, «αναγνωρίσει/κατανοήσει» τις εσωτερικές ανάγκες που ωθούν τις επιλογές του/δυσκολίες του, τότε μόνον θα μπορέσει να τις αναχαιτίσει. Η τεχνική της ενθάρρυνσης φαίνεται στην παρούσα μελέτη να ταυτίζεται με την τεχνική της αναφοράς στα δυνατά σημεία της κλινικής κοινωνικής εργασίας, οπότε θεωρήθηκε ότι δεν χρειάζεται να διαφοροποιηθεί από μόνη της ως τεχνική. Η τεχνική της παροχής ορίων στην παρούσα μελέτη φαίνεται να ταυτίζεται με την τεχνική οριοθέτησης του πλαισίου συνεργασίας ή να εμπεριέχεται σ' αυτήν. Τέλος, η λειτουργία του κλινικού ως μοντέλου ταύτισης επίσης δεν χρησιμοποιήθηκε, καθόσον η ταύτιση θεωρήθηκε (και ψυχοδυναμικά θεωρείται) ως «μηχανισμός άμυνας», που δεν μπορεί να αποδοθεί επαρκώς από τη στάση ή το λόγο του κλινικού, οπότε και να αξιολογηθεί η λειτουργία της.

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε επιπλέον την ύπαρξη/χρήση των νέων τεχνικών της διερεύνησης, της οριοθέτησης του πλαισίου συνεργασίας και της ερμηνείας της μεταβίβασης στο πλαίσιο. Η μελέτη τόνισε το γε-

8. Το πλαίσιο αυτό εδράζεται στη βασική θέση ότι τα προβλήματα δημιουργούνται, επιπολάζουν, αλλά και αντιμετωπίζονται βάσει της αλληλεπίδρασης των ατόμων, σχημάτων οικογένειας και των ομάδων με το εκάστοτε περιβάλλον/περιβάλλοντά τους: Αλληλεπίδραση η οποία καταλήγει στην αξιοποίηση τεχνικών παρέμβασης στο περιβάλλον για την αποκάλυψη των εμποδίων και την ανάδειξη των δυνατών σημείων και των πόρων που διαθέτει.

γονός ότι το σύνολο της παρούσας κλινικής πράξης αποτελείται από τεχνικές, (τίποτε από όσα είπε ή έπραξε ο κλινικός δεν συνιστά «μη τεχνική») οι οποίες και απαρτίζουν το σύνολο της θεραπευτικής διεργασίας. Ο στόχος της ευρετικής προσέγγισης στην έρευνα για την απόκτηση χρήσιμης γνώσης, για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών (επίλυση προβλημάτων) και η πρόληψη της μελλοντικής συμπεριφοράς, μέσω της αποκάλυψης των σχέσεων αιτίου-αποτελέσματος της παρούσας συμπεριφοράς (Pierer, 1995) φαίνεται ότι επιτεύχθηκε. Η μελέτη παρέχει γνώσεις σχετικά με την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών και την πρακτική με γονείς στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας όπου παρέχεται. Πιο συγκεκριμένα, ανέδειξε ένα προς ένα τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοδυναμικής παρέμβασης στους γονείς και την αξιοποίηση των θεραπευτικών τεχνικών που οδήγησαν σε θετικές εκβάσεις. Εκτιμάται ότι η χρήση αυτών των τεχνικών από κλινικούς μπορεί να αποβεί αποδοτική στην εργασία τους, αποτελεσματική στους γονείς και έμμεσα να επηρεάσει την ύφεση των συμπτωμάτων και την εξέλιξη των παιδιών.

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης αφορούν κυρίως στον αριθμό των έξι πε-

ριπτώσεων, την ελλιπή δυνατότητα σύγκρισης των ευρημάτων λόγω της περιορισμένης ερευνητικής δράσης στο υπό έρευνα αντικείμενο και τη μια μόνον κλινική οντότητα την οποία μελετά. Τα ευρήματα αναμένεται να δοκιμαστούν από επαγγελματίες των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη του διεπιστημονικού διαλόγου και, ενδεχομένως, στην περαιτέρω επικύρωση των ευρημάτων.

Ερωτήματα, τέλος, που ανακύπτουν και χρήζουν νέων ή περαιτέρω ερευνών εστιάζονται στη διερεύνηση της επαναληψιμότητας και συγκρισιμότητας των ευρημάτων με διαφορετικό κλινικό δείγμα και από άλλους κλινικούς/ερευνητές ψυχοδυναμικής προσέγγισης, στην ανίχνευση της χρησιμότητας των τεχνικών σε κλινικές παρεμβάσεις με παρόμοιο δείγμα (γονείς παιδιού με άγχος αποχωρισμού) με τη χρήση διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων και στην ψυχοδυναμική κλινική παρέμβαση σε κλινικό δείγμα άλλων ηλικιακών ομάδων (π.χ. εφήβων). Επίσης, ιδιαίτερη πρόκληση αποτελεί η ανίχνευση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κλινικής διεργασίας με διαφορετικές κλινικές οντότητες, από διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Arnd-Caddigan M. and Pozzuto P. Truth in our time. *Qualitative Social Work*, 2006, 5, 4, 423-440.

Bhaskar R. *Reclaiming reality: A critical introduction to contemporary philosophy*. London, Verso, 1989b.

Bowlby J. Separation Anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 1960, 41, 89-113.

Cowger C. and Snively C. Assessing client strengths. In A. Roberts & G. Green (Eds.), *Social worker's desk reference*.

- New York, Oxford University Press, 2002.
- Creswell J. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. UK, Sage, 2000.
- Drisko J. Conceptualizing clinical practice evaluation: Historical trends and current issues. *Smith College Studies in Social Work*, 2000, 70, 2, 185-205.
- Fook J. Identifying expert social work: Qualitative practitioner research. In: I. Shaw and N. Gould (Eds.), *Qualitative research in social work*. London, Sage, 2001.
- Frank M. Clinical social work: Past, present, challenges and dilemmas for the future. In P. Edwalt (Ed.), *Towards a definition of clinical social work*. USA, NASW Press, 1979.
- Freud A. *Normality and pathology in childhood*. London, Hogarth Press, 1966.
- Galdston F. Discussion of Anna Ornstein's paper "Supportive psychotherapy: A contemporary view". *Clinical Social Work Journal*, 1986, 1, 14, 31-38.
- Giami A. Counter-transference in social research: Georges Devereux and beyond. *Papers in Social Research Methods*, Qualitative Series No 7. London School of Economics and Political Science, 2001.
- Gibbs A. The changing nature and context of social work research. *British Journal of Social Work*, 2001, 31, 687-704.
- Greenberg A. The supportive approach to therapy. *Clinical Social Work Journal*, 1986, 1, 14, 6-13.
- Holmes J. The relationship in psychodynamic counseling. In C. Feltham (Ed.), *Understanding the counseling relationship*. London, Sage, 1999.
- Horne A. Keeping the child in mind: Thoughts on work with parents of children in therapy. In J. Tsiantis (Ed.), *Work with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. London, Karnac Books, 2000.
- Καρπέτης Γ. *Κλινική κοινωνική εργασία ψυχοδυναμικής έμπνευσης με γονείς παιδιών, που εμφανίζουν κυρίαρχα συμπτώματα της διαταραχής άγχους αποχωρισμού*. Δημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, 2008.
- Laplanche J. and Pontalis J. *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*. Αθήνα, Εκδόσεις Κέδρος, 1986.
- Lush D. The Child guidance clinic. In D. Daws and M. Boston. *The child psychotherapist and problems of young people*. London, Karnac Books, 1998.
- Malan D. *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworth-Heinemann, Cambridge, 1992.
- Midgley N. The inseparable bond between cure and research: clinical case study as a method of psychoanalytic inquiry. *Journal of Child Psychotherapy*, 2006, 32, 2, 122-147.
- Moustakas C. *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks CA, Sage, 1994.
- Muratori F., Casella C., Tancredi R., Milone A. and Patarnello G. Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2002, 17, 28-38.
- Ornstein A. Supportive psychotherapy: A contemporary view. *Clinical Social Work Journal*, 1986, 1, 14, 14-30.

- Palacio Espasa F. and Manzano J. Intra-
psychic conflicts and parent-child
interactions in brief therapeutic
interventions. *Infant Mental Health
Journal*, 1987, 4, 374-381.
- Patton Q. *Qualitative evaluation and
research methods*. 2nd Ed., Newbury
Park, CA, Sage, 1990.
- Peiper M. The heuristic paradigm: A
unifying and comprehensive approach to
social work research. In K. Tyson (Ed.),
*New Foundations for Scientific Social and
Behavioral Research: The Heuristic
Paradigm*. Massachusetts, Allyn &
Bacon, 1995.
- Poulter J. Research and theory building
functions of heuristic case practice.
Australian Social Work, 2003, 56, 4, 318-
328.
- Reeves A. Freud and child psychotherapy.
In D. Daws D and M. Boston. *The child
psychotherapist and problems of young
people*. London, Karnac Books, 1988.
- Rockland L. *Supportive therapy. A
psychodynamic approach*, New York,
Basic Books, 1989.
- Ruckdeschel, R., Earnshaw P. and Firrek A.
The qualitative case study and
evaluation: Issues, methods and
examples. In E. Sherman & W. Reid
(Eds), *Qualitative research in social work*.
New York, Columbia University Press,
1995.
- Rustin M. Dialogues with parents. In J.
Tsiantis (Ed.), *Work with parents:
psychoanalytic psychotherapy with
children and adolescents*. London,
Karnac Books, 2000.
- Siskind D. The Child therapist and the
child's parents: A precarious alliance
viewed from a psychoanalytic
perspective. In J. Edward & J. Sanville
(Eds), *Fostering healing and growth. A
psychoanalytic social work approach*. N.J,
Jason Aronson, 1996.
- Sutton A. and Hughes L. The psychotherapy
of parenthood: towards a reformulation
and valuation of concurrent work with
parents. *Journal of Child Psychotherapy*,
2005, 31, 2, 169-188.
- Wimsatt C. Heuristics and the study of the
human behavior. In D. Fiske & R
Shweder (Eds.), *Metatheory in social
science: Pluralisms and subjectivities*.
Chicago, University of Chicago Press,
1986b.