

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
Τμήμα Ψυχολογίας**

**Ομάδες γονέων - νηπίων (parent - toddler groups) και  
προαγωγή της ψυχικής υγείας στην οικογένεια.  
Πρόληψη και πρώιμη παρέμβαση στην κοινότητα**

**Διδακτορική διατριβή**

**Ευανθία Ναυρίδη**

**Ιούλιος 2013**

## Ευχαριστίες

Η διδακτορική αυτή διατριβή οφείλει πολλά σε μια σειρά από σημαντικούς ανθρώπους του χώρου της ψυχικής υγείας, που μοιράστηκαν μαζί μου τις γνώσεις και την εμπειρία τους. Ανάμεσα σε αυτούς οφείλω πρωτίστως να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου, κύριο Στέλιο Στυλιανίδη, για την συνεχή υποστήριξη και καθοδήγηση που προσέφερε σε όλα τα βήματα αυτού του έργου. Επίσης πολύτιμη ήταν η βοήθεια των δύο άλλων επιβλεπόντων, του Αναπληρωτή Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής κυρίου Δημήτρη Αναγνωστόπουλου και της Καθηγήτριας κυρίας Φωτεινής Τσαλίκογλου, που με την καθοδήγηση και τα σχόλια τους, συνέβαλαν καθοριστικά στην επιστημονική αρτιότητα της εργασίας αυτής.

Η διδακτορική αυτή διατριβή δεν θα μπορούσε να έχει πραγματοποιηθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια της Dr. Inge-Martine Pretorius, διευθύντριας του προγράμματος Ομάδες Γονέων – Νηπίων (Parent – Toddler Groups) του Anna Freud Centre, που αποτέλεσε σταθερή πηγή έμπνευσης και καθοδήγησης, μοιράστηκε μαζί μου την μακροχρόνια κλινική της εμπειρία και την πλούσια θεωρητική της κατάρτιση. Επιπλέον οφείλω πολλά, ειδικά σε ότι αφορά την μεθοδολογία και τη δομή της εργασίας αυτής στον Dr. Nick Midgley, Διευθυντή του Τμήματος Ψυχοθεραπείας Παιδιών και Εφήβων του Anna Freud Centre.

Σημαντική ήταν η συμβολή της ψυχοθεραπεύτριας παιδιών και εφήβων κυρίας Έφης Λάγιου – Λιγνού και της ψυχοθεραπεύτριας παιδιών και εφήβων

κυρίας Ολυμπίας Σκλείδη για την καθοδήγηση και τη μεγάλη βιβλιογραφική βοήθεια που μου παραχώρησαν. Επιπλέον, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον ψυχαναλυτή κύριο Νίκο Κουρέτα για όλη την υποστήριξη και την ενθάρρυνση που μου προσέφερε, αλλά και για τα καίρια σχόλια του που συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Οφείλω επίσης πάρα πολλά στον πατέρα μου Κλήμη Ναυρίδη, Καθηγητή Ψυχολογίας, που όπως πάντα με στήριξε και με ενέπνευσε σε όλα τα βήματα αυτής της προσπάθειας με τις πολύτιμες γνώσεις και την εμπειρία του. Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου, στον άνδρα μου Γιώργο Μαυρογένη και στις κόρες μου Λίλα και Ζωή, που με ανέχτηκαν και με στήριξαν σε όλη τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας.

<b>Εισαγωγή</b>	<b>8</b>
<b>1. Θεωρητικό πλαίσιο</b>	
1.1. Η αναπτυξιακή φάση της πρώτης νηπιακής ηλικίας	10
1.1.1. Η διαδικασία του αποχωρισμού-εξατομίκευσης	11
1.1.2. Δημιουργία αίσθησης εαυτού	13
1.1.2.1. Κάποιες βασικές θεωρίες για την ανάπτυξη του αισθήματος εαυτού	15
1.1.3. Εισαγωγή του παιδιού στον κόσμο του συμβολικού και η ικανότητα για συμβολοποίηση	19
1.2 Η σημασία των πρωταρχικών σχέσεων	22
1.2.1. Το ζεύγος μητέρας-νηπίου	25
1.3. Γονεϊκότητα	27
1.4 Τα ευρήματα των νευροεπιστημών για την ανάπτυξη του εγκεφάλου	35
<b>2. Θεραπευτικά Προγράμματα</b>	
2.1. Κοινωνική ψυχιατρική και υποστήριξη της οικογένειας	43
2.2. Η σημασία της πρώιμης παρέμβασης	46
2.3. Προγράμματα πρώιμης παρέμβασης σε γονείς και βρέφη-νήπια	49
2.3.1 Ψυχοθεραπευτικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης	50
2.3.2 Ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης	59
<b>3. Οι ομάδες Γονέων-Νηπίων</b>	<b>69</b>
3.1 Ιστορική αναδρομή	73
3.2 Το Anna Freud Centre	74

3.3	Οι ομάδες Γονέων-Νηπίων στην Ελλάδα	75
<b>4.</b>	<b>Η έρευνα</b>	
4.1	Ζητήματα μεθοδολογίας	77
4.2	Μεθοδολογία	82
4.2.1	Η επιλογή ερευνητικής μεθόδου	83
4.2.2	Η ποιοτική μέθοδος ανάλυσης	85
4.2.3	Έρευνα και ψυχανάλυση	87
4.3.	Συνεντεύξεις με θεραπευτές Ομάδων Γονέων-Νηπίων	94
4.3.1.	Η επιλογή του δείγματος	97
4.3.2.	Οι συμμετέχοντες στην έρευνα	98
4.3.3.	Τα προφίλ των θεραπευτών	98
4.3.4.	Η συνέντευξη ως ερευνητικό εργαλείο	101
4.3.5.	Η προεργασία	104
4.3.6.	Η λήψη των συνεντεύξεων	105
4.3.7.	Η επεξεργασία του υλικού	107
4.4.	Η ανάλυση των συνεντεύξεων	108
4.4.1.	Μεταβιβαστικές και αντι-μεταβιβαστικές συνιστώσες	112
4.4.2.	Κανόνες δεοντολογίας	119
4.4.3.	Αξιοπιστία & εγκυρότητα	121
<b>5.</b>	<b>Ευρήματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων</b>	
5.1	Τρόποι παρέμβασης των θεραπευτών	125
5.1.1	Θεραπευτικό πλαίσιο	133
5.1.1.1	Διασφάλιση σταθερότητας και συνέπειας	135

5.1.1.2 Ανάπτυξη ικανότητας αναστοχασμού	140
5.1.1.3 Δημιουργία κλίματος ασφάλειας	144
5.1.2 Προαγωγή της ομαλής συναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου	146
5.1.2.1 Ανεξαρτητοποίηση νηπίου	148
5.1.2.2 Ικανότητα για παιχνίδι	150
5.1.2.3 Εκμάθηση κατάλληλων τρόπων συμπεριφοράς	151
5.1.2.4 Παρεμβάσεις εκτός ομάδας	152
5.1.3 Υποστήριξη του γονιού	153
5.1.3.1 Παροχή φροντίδας στο γονιό	155
5.1.3.2 Ενδυνάμωση της γονεϊκής επάρκειας	159
5.1.3.3 Ερμηνευτική λειτουργία	163
5.1.4 Υποστήριξη της σχέσης γονιού-νηπίου	164
5.1.4.1 Αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων	166
5.1.4.2 Προώθηση αλληλεπίδρασης / αποχωρισμού	168
5.1.4.3 Αποκατάσταση των διαστρεβλώσεων	169
5.1.5. Προώθηση της ενδο-ομαδικής αλληλεπίδρασης	171
5.1.5.1. Προώθηση αλληλεπίδρασης μελών	173
5.1.5.2. Η Ομάδα «ως Όλον»	174
5.1.6. Σύνοψη ευρημάτων για τους τρόπους παρέμβασης	175
5.2. Κριτήρια επιλογής του τρόπου παρέμβασης	177
5.2.1. Συγκυρία	180
5.2.1.1. Συναισθήματα θεραπευτή	180
5.2.1.2. Χρονική συγκυρία	181
5.2.2. Ως προς το γονιό	182

5.2.2.1. Σχέση γονιού-θεραπευτή	182
5.2.2.2. Ποιος είναι ο γονιός	183
5.2.3. Ως προς το νήπιο	183
5.2.3.1. Η σχέση νηπίου – θεραπευτή	184
5.2.3.2. Ποιο είναι το νήπιο	184
5.2.4. Ως προς την ομάδα	185
5.2.4.1. Η σύνθεση της ομάδας	185
5.2.4.2. Η φάση και η ψυχική κατάσταση της ομάδας	186
5.2.5. Ως προς τα εκτός της ομάδας	186
5.2.5.1. Προϋπάρχουσες πληροφορίες / εποπτεία	187
5.3 Τρόποι αξιολόγησης της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων-νηπίων	188
5.3.1. Σχέση γονιού – νηπίου	191
5.3.1.1. Εναρμόνιση (attunement)	191
5.3.1.2. Ικανότητα αποχωρισμού	192
5.3.2. Η στάση του γονέα	192
5.3.2.1. Η ανταπόκριση του γονιού απέναντι στην ομάδα	193
5.3.2.2. Αλλαγές αναφορικά με το γονεϊκό ρόλο	195
5.3.3. Η ανάπτυξη του παιδιού	198
5.3.4. Η εξέλιξη της ομάδας	200
5.3.4.1. Η σχέση των μελών μεταξύ τους	200
5.3.4.2. Η σχέση τους με το θεραπευτή	200
5.3.4.3. Η ομάδα ως όλον	201
5.3.5. Κλινική εκτίμηση – ερευνητικά εργαλεία	201
5.3.5.1. Παρατηρητές / μαγνητοσκόπηση	201

5.3.5.2. Ερωτηματολόγια	202
<b>6. Συζήτηση</b>	
6.1. Τρόποι παρέμβασης των θεραπειών	203
6.2. Κριτήρια επιλογής των τρόπων παρέμβασης	220
6.3. Τρόποι αξιολόγησης της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων- νηπίων	236
6.4. Περιορισμοί ερευνητικής μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα	241
6.5. Συμπεράσματα	243
<b>7. Βιβλιογραφία</b>	<b>248</b>
<b>8. Παράρτημα</b>	<b>279</b>



## Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία αφορά στις ομάδες γονέων-νηπίων (parent-toddler groups), ένα πρόγραμμα πρόληψης και πρώιμης παρέμβασης, που στόχο έχει την υποστήριξη της σχέσης μεταξύ γονιού και νηπίου κατά την κρίσιμη αναπτυξιακή φάση της πρώτης νηπιακής ηλικίας. Είναι ένα πρόγραμμα που υπάγεται στην κοινοτική ψυχιατρική, της οποίας κύριο μέλημα αποτελεί η ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση μέσα στην κοινότητα, (Μαδιανός 2000, Edelman 2004). Με μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αντιλαμβάνεται κανείς, ότι η κοινοτική ψυχιατρική έχει συνδεθεί κυρίως με την ψυχοπαθολογία και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών, ενώ ο τομέας της πρόληψης και της πρώιμης παρέμβασης μοιάζει συχνά να αντιμετωπίζεται ως ένα ζήτημα ήσσονος σημασίας.

Το αντικείμενο της παρούσης διδακτορικής διατριβής, είναι οι ομάδες γονέων - νηπίων και ερευνάται σε συνάφεια με τα εξής τρία επιστημονικά πεδία: α) την ψυχαναλυτική ψυχοπαθολογία, β) την ψυχαναλυτική αναπτυξιακή ψυχολογία και γ) την κοινοτική ψυχιατρική. Η ανάλυση που θα πραγματοποιηθεί θα έχει ποιοτικό χαρακτήρα, ώστε να διερευνηθούν σε βάθος τα στοιχεία που θα προκύψουν.

Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη λαμβάνει κυρίως χώρα στα πλαίσια της οικογένειας, και άρα οι βάσεις τόσο της ψυχικής υγείας, όσο και της ενδεχόμενης ψυχοπαθολογίας του αυριανού ενήλικα, στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στις πρώτες σχέσεις των παιδιών με τους γονείς τους. Η πρώιμη φροντίδα επηρεάζει καταλυτικά τη ζωή ενός ατόμου, τον τρόπο που αντιμετωπίζει τη μάθηση, που συνάπτει σχέσεις, τον τρόπο που βιώνει και διαχειρίζεται τα συναισθήματα του καθώς και τη συμπεριφορά του, αλλά και

το πώς διαμορφώνει την προσωπικότητα του (Belsky, 2001; Melhuish, 2004). Ολοένα και αυξάνονται τα στοιχεία για τις σοβαρές και μακροχρόνιες επιδράσεις των διαταραγμένων πρώιμων σχέσεων (Fonagy et al., 1994; Fonagy et al., 2002; Balbernie, 2001). Τα προγράμματα συνεπώς πρώιμης παρέμβασης αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορούν να λειτουργήσουν προληπτικά, οδηγώντας σε μια αρτιότερη συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και άρα στον περιορισμό μετέπειτα δυσκολιών (Fonagy, 1998; Green Paper, 1999; Zaphiriou Woods; 2000).

Η πρώτη νηπιακή ηλικία είναι μια κομβικής σημασίας περίοδος μεγάλων προκλήσεων αναφορικά με τη σχέση γονιού-παιδιού. Η υπό την ευρύτερη έννοια ψυχαναλυτική θεωρία αναφέρεται στην περίοδο αποχωρισμού και εξατομίκευσης τόσο για το παιδί όσο και για τη μητέρα (Malher 1965, Bergman 1999). Είναι μια φάση με ιδιαίτερες απαιτήσεις και ανάγκες, και η διατήρηση μιας ισορροπίας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού. Απ' την άλλη μεριά, το ζήτημα της ανάπτυξης δεν αφορά μόνο το παιδί αλλά ολόκληρη την οικογένεια, με την έννοια ότι η γέννηση ενός παιδιού, όπως και τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης έχουν βαθιές επιδράσεις πάνω στη μητέρα αλλά και σε ολόκληρη την πυρηνική οικογένεια.

## 1. Θεωρητικό πλαίσιο

### 1.1 Η αναπτυξιακή φάση της πρώτης νηπιακής ηλικίας

Η νηπιακή ηλικία, από πλευράς ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης, είναι μια εποχή δραματικών αλλαγών όσον αφορά τη λειτουργικότητα των παιδιών, πολλές των οποίων συνεπάγονται μόνιμες δομικού χαρακτήρα εσωτερικεύσεις (Aber & Baker, 1990; Lieberman, 1994; Mahler et al., 1975; Shimm & Ballen, 1995), αλλά και αλλαγές στη σχέση τους με τους γονείς. Το παιδί πλέον περπατάει και αρχίζει να μιλάει, δοκιμάζει τις δυνατότητες και τα όρια του.

Η έναρξη της πρώτης νηπιακής ηλικίας συμπίπτει με την περίοδο της εξάσκησης, (practising sub-phase), κατά Mahler (ηλικία 9-15 μηνών), όπου το παιδί κατακτά την ικανότητα να «περπατά με τα τέσσερα» (να μπουσουλάει, να σκαρφαλώνει, κλπ.). Είναι η φάση όπου το αίσθημα της μαγικής σχεδόν παντοδυναμίας που χαρακτηρίζει το παιδί φτάνει στο ζενίθ, οδηγώντας σε αυτό που η Phyllis Greenacre περιέγραψε ως “ερωτική σχέση του παιδιού με τον κόσμο” (love affair with the world) (Greenberg & Mitchell, 1983).

Η Anna Freud (1978: 731), έχοντας την πεποίθησή ότι η νηπιακή περίοδος είναι καίρια για την ανάπτυξη του παιδιού, παρατηρεί ότι: *«το δεύτερο έτος ζωής, θεωρείται πολύ σημαντικό για το πέρασμα του παιδιού από την πρωτογενή στη δευτερογενή λειτουργία, την εγκαθίδρυση του ταΐσματος και των συνηθειών του ύπνου, την απόκτηση των βασικών στοιχείων της ανάπτυξης του Υπερεγώ και του ελέγχου της ενόρμησης, την εγκαθίδρυση αντικειμενότροπων δεσμών με συνομήλικους».*

### 1.1.1 Η διαδικασία του αποχωρισμού-εξατομίκευσης

Ειδικά η πρώτη νηπιακή ηλικία (μεταξύ ενός και τριών ετών) περιγράφεται και ως “τα τρομερά δίχρονα” (terrible twos), την οποία οι γονείς βιώνουν ως εξαιρετικά πιεστική και με μεγάλη ένταση, λόγω της ολοένα αυξανόμενης διεκδίκησης της αυτονομίας των νηπίων, αλλά και του έντονου αρνητισμού που συχνά χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά τους (Aber & Baker, 1990; Lieberman, 1994).

Ένα λοιπόν από τα βασικά ζητήματα που καλείται να διαπραγματευτεί το παιδί αυτής της ηλικίας είναι και αυτό του αποχωρισμού-εξατομίκευσης, (separation-individuation) (Mahler et al., 1975). Η ηλικία αυτή δηλαδή χαρακτηρίζεται από την πρώτη προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης του παιδιού από τους γονείς. Το παιδί επιδιώκει τον αποχωρισμό και την αυτονομία του, αλλά παράλληλα αισθάνεται ακόμη εξαρτημένο από την μητέρα του, βιώνει δηλαδή μία κατάσταση έντονης αμφιθυμίας απέναντι στην μητέρα του. Θέλει απεγνωσμένα να βρίσκεται κοντά της, ταυτόχρονα όμως απορρίπτει και κάθε προσπάθεια της να το φροντίσει. Ένα νήπιο αυτής της ηλικίας, είναι πολύ ευαίσθητο και απαιτητικό, ενίοτε δημιουργώντας στη μητέρα του και ανάμεικτα συναισθήματα. Χρειάζεται λοιπόν να βρεθεί κάποιου είδους ισορροπία μεταξύ των δύο αυτών κινήτρων συμπεριφοράς, αυτού για προσκόλληση και αυτού για αυτονομία και εξερεύνηση (Bowlby, 1969).

Η διαδικασία της αυτονόμησης αποτελεί μια αλληλεπιδραστική (interactive) κατάσταση. Η μητέρα δηλαδή δεν αποτελεί απλά έναν πόλο αντίδρασης, αλλά εμπλέκεται εις βάθος στη διαδικασία αυτή με τη δική της

εξάρτηση από το νήπιο και άρα τη σχέση της με το εσωτερικό της παιδί<sup>1</sup> και την εσωτερική της σχέση μητέρας-παιδιού. Στο πλαίσιο αυτό, η μητέρα βιώνει εκ νέου και όχι μόνο σε συνειδητό επίπεδο, συγκρούσεις, αδιέξοδα και διαπραγματεύσεις της δικής της ψυχοαναπτυξιακής φάσης αποχωρισμού - εξατομίκευσης με την δική της μητέρα (Cramer, 2000). Η ενεργοποίηση στη μητέρα της δικής της νηπιακής ηλικίας και των φαντασιώσεων της ενισχύει την ενσυναίσθηση της (empathy) απέναντι στο παιδί. Πρόκειται δηλαδή για κάτι που μοιάζει με μια “παλινδρόμηση στην υπηρεσία του βρέφους”, κατά την Bergman (1999).

Η διαδικασία του αποχωρισμού – εξατομίκευσης είναι δυαδική, υπό την έννοια ότι γονείς και νήπια εμπλέκονται ισότιμα, επηρεάζουν αμοιβαία ο ένας τον άλλο και συν-δημιουργούν τη δική τους μοναδική εκδοχή αυτής της διαδικασίας (Musitano & Rosenman, 2012). Ο ρόλος των γονέων και ειδικά της μητέρας, είναι πολύ σημαντικός για την προσπάθεια αυτή του παιδιού, καθώς χρειάζεται να αποτελεί για εκείνο σταθερό σημείο αναφοράς από το οποίο να μπορεί να απομακρύνεται ώστε να εξερευνά το περιβάλλον του στο οποίο να μπορεί και να επιστρέφει για επιβεβαίωση και ενίσχυση σε στιγμές έντασης και κούρασης (Furman, 1982; Brandell, 2013). Και συγχρόνως να έχει ωριμοποιό επίδραση στην αμφιθυμική διάθεση του νηπίου απέναντι της, δηλαδή στην τάση διχοτόμησης της ενδοψυχικής αναπαράστασης της μητέρας του σε καλή και κακή μητέρα.

Οι γονείς καλούνται λοιπόν να βρουν μια ισορροπία ανάμεσα στις συμπεριφορές που αφορούν στην προστασία του νηπίου και σε αυτές που

---

<sup>1</sup> Το εσωτερικό παιδί έχει την έννοια ενός εσωτερικού αντικειμένου. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική βιβλιογραφία, τα εσωτερικά αντικείμενα (internal objects) αποτελούν ψυχικούς αντιπροσώπους (αναπαραστές) εξωτερικών αντικειμένων που έχουν ενδοβληθεί. Τα εσωτερικά αντικείμενα είναι ασυνείδητες ψυχικές εικόνες που εμφανίζονται μέσα σε φαντασιώσεις προς τις οποίες αντιδρούμε σαν να είναι “πραγματικές” (Rycroft, 1968).

αφορούν στην ενθάρρυνση του για αυτονομία. Οι γονείς δημιουργούν δηλαδή στο παιδί τους ένα αίσθημα ασφάλειας, με το να είναι σωματικά και συναισθηματικά διαθέσιμοι, και παράλληλα επιτρέποντας του να εξερευνά το περιβάλλον του άφοβα (Lieberman, 1992).

### **1.1.2. Δημιουργία αίσθησης εαυτού**

Η δημιουργία αίσθησης εαυτού προκύπτει μέσα από τη σχέση του παιδιού με τους σημαντικούς άλλους και την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Το πώς θα αντιμετωπίσουν οι γονείς το νήπιο, σε αυτή του την προσπάθεια, θα συμβάλει καίρια στην ποιότητα των ενδοψυχικών αναπαραστάσεων που το ίδιο θα δημιουργήσει αναφορικά με τον εαυτό του αλλά και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Το νήπιο μεταβαίνει από την υποκειμενικότητα με την οποία αντιλαμβανόταν και ερμήνευε το περιβάλλον και την καθημερινότητα, στην αντικειμενικότητα (Zaphiriou Woods & Pretorius, 2011). Σιγά-σιγά αντιλαμβάνεται όλο και περισσότερο ότι οι σημαντικοί άλλοι της ζωής του έχουν μια διαφορετική οντότητα και ότι δεν αποτελούν μόνο μέρος της υποκειμενικής του πραγματικότητας (Winnicott, 1971, 2003). Σύμφωνα με τον Sullivan, ένα βρέφος αρχίζει να αναπτύσσει αυτό που ο ίδιος ονομάζει «προσωποποιήσεις» (personifications), εννοώντας την ανάδυση της προσωπικής υπόστασης, από πολύ νωρίς (Sullivan, 1953). Πιο συγκεκριμένα, ως «προσωποποιήσεις» ορίζονται οι ενδοψυχικές αναπαραστάσεις του βρέφους για τον άλλο, μέσα σε ένα φροντιστικό περιβάλλον. Συχνά μάλιστα, δεν ανταποκρίνονται σε μια αντικειμενική πραγματικότητα, αλλά είναι καλύτερο οι «προσωποποιήσεις» αυτές να γίνονται αντιληπτές ως «ατομικές,

ιδιοσυγκρασιακές, φαινομενολογικές αναπαραστάσεις του εαυτού και του άλλου» (Singer, 1998: σελ. 77).

Η ηλικία ανάμεσα στους 15-24 μήνες της ζωής του παιδιού αποτελεί ορόσημο αναφορικά με την ανάπτυξη του εαυτού. Αυτό άλλωστε συμβολίζει και ο αρνητισμός που χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά του πολύ μικρού αυτού νηπίου, όπως και η συχνή χρήση της λέξης «όχι» από μέρους του (Κουγιουμουτζάκης, 1997). Εκφράζοντας τη διαφωνία του, λέγοντας όχι, το νήπιο προβάλλει μια δεύτερη άποψη διαχωρίζοντας τον εαυτό του από τον άλλο. Η περίοδος αυτή ισοδυναμεί με την κατά Mahler φάση της επαναπροσέγγισης (*rapprochement sub-phase*), όπου τότε το παιδί αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι η μητέρα του είναι ένα ξεχωριστό άτομο το οποίο λειτουργεί ανεξάρτητα και δεν είναι διαθέσιμο πάντα για εκείνο (Mahler, 1979; Brandell, 2013). Ο αρνητισμός και η συχνή χρήση της λέξης «όχι» σηματοδοτούν την ανεξαρτητοποίηση του νηπίου (Furman, 1982; Fraiberg, 1996) και τη μεταστροφή του από την παθητικότητα σε μια πιο ενεργητική στάση απέναντι στον κόσμο (Spitz, 1958). Προς το τέλος πια του δεύτερου έτους, η δημιουργία του εαυτού διαφαίνεται και πάλι μέσα από τη γλώσσα, όπου το μικρό νήπιο αρχίζει να χρησιμοποιεί το πρώτο πρόσωπο και τη λέξη «εγώ» ή και «μόνος/η μου».

Κατά τον 3<sup>ο</sup> χρόνο, έχει αρχίσει να διαμορφώνει πλέον μια ολοένα και πιο σύνθετη και σταθερή εικόνα για τον εαυτό του και τους σημαντικούς άλλους της ζωής του (Zaphiriou Woods & Pretorius, 2011). Και τότε ξεκινάει και το παιχνίδι ρόλων, κάτι που προϋποθέτει την πρότερη δημιουργία εικόνας εαυτού, η οποία θα λειτουργήσει ως βάση και σημείο εκκίνησης για την

ανάπτυξη της περιέργειας και της επιθυμίας διερεύνησης της ετερότητας των άλλων (Bergman, 1999).

#### **1.1.2.1. Κάποιες βασικές θεωρίες για την ανάπτυξη του αισθήματος εαυτού**

Ο Stern (1985) εισήγαγε ένα πρότυπο αναφορικά με την ανάπτυξη της αίσθησης εαυτού, το οποίο συνίσταται σε μια σειρά από ψυχικές δομές. Υποστηρίζει ότι ο εαυτός συγκροτείται μέσα από την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και τους σημαντικούς άλλους της ζωής μας. Αναφέρεται σε 5 επάλληλες αισθήσεις εαυτού κατά την ανάπτυξη του μικρού παιδιού:

1. τον αναδυόμενο εαυτό, στους πρώτους 2 μήνες της ζωής, όπου η αίσθηση εαυτού προκύπτει μέσα από σωματικές αισθήσεις,

2. τον πυρηνικό εαυτό, από τον 2<sup>ο</sup> έως τον 6<sup>ο</sup> μήνα, όπου πλέον το βρέφος αρχίζει να διαισθάνεται τα όρια ανάμεσα σε αυτό και στο περιβάλλον του,

3. τον δι-υποκειμενικό εαυτό, από τον 7<sup>ο</sup> έως και τον 15<sup>ο</sup> μήνα της ζωής, όπου η αίσθηση εαυτού σχετίζεται με την υποκειμενική συναισθηματική εμπειρία,

4. τον λεκτικό εαυτό, από τον 15<sup>ο</sup> μήνα και μετά, όπου αλλιώς λέγεται και συμβολικός εαυτός και σχετίζεται με τα νοήματα που προκύπτουν μέσα από την βαθμιαία εγκατάσταση του Λόγου και τέλος,

5. τον αφηγηματικό εαυτό, που συναντάμε στην ηλικία των 3<sup>ωv</sup> και 3 ½ ετών, που έχει να κάνει με την δημιουργία νοήματος και συνοχής αναφορικά με την αυτοβιογραφία του. Η αυτοβιογραφία του νηπίου, σύμφωνα με τον Stern, βασίζεται στις εσωτερικές αναπαραστάσεις των γονιών του, όπου τα



παιδιά αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους μέσα από την άποψη που αισθάνονται ότι έχουν για αυτά οι γονείς τους.

Από το άλλο μέρος, σύμφωνα με την προσέγγιση της Ψυχολογίας του Εαυτού όπως καθιερώθηκε στις Η.Π.Α., το αίσθημα εαυτού γίνεται κατανοητό μέσα στο πλαίσιο των διαπλεκόμενων αναπτυξιακών τροχιών και επιπέδων όσο και των δομικών καταστάσεων (Kohut, 1977; Leider, 1996; Brandell, 2013).

Υποστηρίζεται ότι καθένας γεννιέται με βασικές ανάγκες αναγνώρισης εαυτού και έχει συνεχώς την ανάγκη από κάποιον άλλο να τον συμπληρώνει, ικανοποιώντας αναπτυξιακές επιταγές και χορηγώντας εκείνος την ελλείπουσα δομή, ώστε το βρέφος να νιώθει όσο το δυνατόν πιο συγκροτημένο. Αναδεικνύονται τέσσερις βασικοί τύποι εαυτού:

1. Ο εικονικός εαυτός (virtual self), ο οποίος ισοδυναμεί με την εικόνα εαυτού του βρέφους που υπάρχει στη σκέψη των γονιών του και η οποία αναπτύσσεται ανάλογα με το πως τα γονεϊκά «εαυτό-αντικείμενα ανταποκρίνονται με ενσυναίσθηση στις δυνατότητες του παιδιού» (Kohut, 1977: 100).

2. Ο πυρηνικός εαυτός (nuclear self), ο οποίος αναδύεται κατά το δεύτερο χρόνο της ζωής του παιδιού και αποτελεί τη βάση για το αίσθημα αυτονομίας του παιδιού αναφορικά με την αντίληψη του και την ικανότητά του να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες

3. Ο συνεκτικός εαυτός. Πρόκειται για τη βασική δομή εαυτού, για κάθε υγιές, λειτουργικό και προσαρμοστικό άτομο και αντανακλά την αρμονική αλληλενέργεια των φιλοδοξιών, των ιδανικών και των ταλέντων του με τις ευκαιρίες που του παρέχονται μέσα από την καθημερινότητα.

4. Ο επιβλητικός εαυτός, που συνιστά μια φυσιολογική δομή εαυτού της βρεφικής και της πρώτης νηπιακής ηλικίας, η οποία προκύπτει ως απάντηση στην εναρμόνιση (attunement) του εαυτο-αντικειμένου με το αίσθημα του παιδιού για τον εαυτό του ως κέντρου του κόσμου (Kohut, 1977; Leider, 1996; Brandell, 2013).

Αναφορικά με την οργάνωση μιας υγιούς δομής εαυτού, ο Kohut επικεντρώνεται στη σημασία των πρώιμων σταδίων και γενικότερα στο δεσμό του βρέφους με τη μητέρα του (1977).

Αντίστοιχα ο Erickson (1950) ανέπτυξε μια ψυχοκοινωνική / ψυχοσεξουαλική θεωρία για την ανάπτυξη της προσωπικότητας, υποστηρίζοντας ότι το Εγώ εξελίσσεται και διαφοροποιείται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, υπογραμμίζοντας και την επιρροή που ασκεί σε αυτό το κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον. Η ανάπτυξη του Εγώ εξαρτάται από την επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων και την αντιμετώπιση των αναπτυξιακών κρίσεων, που συνδέονται με κάθε ένα από τα οχτώ στάδια ή τις οχτώ αναπτυξιακές κρίσεις, κατά Erickson, του Εγώ (Brandell, 2013).<sup>2</sup> Ο ίδιος υποστήριξε ότι, σε ένα τέτοιο αναπτυξιακό σχήμα, τα πιο πρώιμα στάδια της ανάπτυξης είναι πιο ευάλωτα στις περιβαλλοντικές επιδράσεις από ότι είναι τα επόμενα.

Με τη βρεφική και την πρώτη νηπιακή ηλικία συμπίπτουν οι δυο πρώτες αναπτυξιακές κρίσεις: 1. εμπιστοσύνη – δυσπιστία, όπου το βρέφος μέσα από τη σχέση του με τον σημαντικό Άλλο, θα αναπτύξει το αίσθημα της

---

<sup>2</sup> Οι οχτώ αναπτυξιακές κρίσεις του Εγώ κατά Erickson είναι οι εξής: 1. εμπιστοσύνη – δυσπιστία (κατά τη βρεφική ηλικία), 2. αυτονομία – αμφιβολία (από το 2<sup>ο</sup> έως το 3<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας), 3. πρωτοβουλία – ενοχή (από το 3 έως το 6<sup>ο</sup> έτος), 4. φιλοπονία –κατωτερότητα (από το 6<sup>ο</sup> έως το 11<sup>ο</sup> έτος), 5. ταυτότητα – σύγχυση ρόλων (από το 12<sup>ο</sup> έως το 20<sup>ο</sup> έτος), 6. Οικειότητα – απομόνωση (καλύπτει τη νεανική ηλικία, οπότε και την απόκτηση επαγγελματικής αποκατάστασης και τη δημιουργία οικογένειας), 7. πανανθρώπινο ενδιαφέρον – αυτοαπορρόφηση, (κατά την ώριμη μέση ηλικία) και 8. καταξίωση – απόγνωση (όταν πλέον το άτομο βρίσκεται εκτός ενεργού δράσης).

βασικής εμπιστοσύνης και της ασφάλειας ή το αίσθημα της δυσπιστίας απέναντι στους άλλους και 2. αυτονομία – αμφιβολία, όπου μέσα από τη σωματική, κινητική αλλά και διανοητική ανάπτυξη και τη στάση που θα κρατούν οι γονείς απέναντι σε αυτό, το παιδί αναπτύσσει το αίσθημα ότι ασκεί έλεγχο απέναντι στον εαυτό του και στο περιβάλλον του ή αναπτύσσει το αίσθημα της ντροπής και της αμφιβολίας (Erickson, 1950, 1975).

Ένας βασικός περιορισμός της σύγχρονης ψυχολογίας αναφορικά με την οργάνωση του εαυτού, είναι η έλλειψη ενός ενιαίου εννοιολογικού πεδίου το οποίο να συμπεριλαμβάνει τόσο τη συναισθηματική όσο και τη γνωστική ανάπτυξη καθώς και την επιρροή που ασκεί η μια στην άλλη (Slade, 1994): Από τη μια πλευρά η ψυχαναλυτική αναπτυξιακή ψυχολογία ερευνά κυρίως τη συναισθηματική εξέλιξη, ενώ από την άλλη, η γνωστική αναπτυξιακή ψυχολογία προσπαθεί να περιγράψει την εξελικτική διαδρομή των γνωστικών ικανοτήτων.

Ο Greenspan (1979) προσπάθησε να συνθέσει τις δυο αυτές πλευρές της ανάπτυξης, διασαφηνίζοντας τη λειτουργική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο συναίσθημα και στη νόηση (intellect). Θεωρούσε την ανάπτυξη σαν μια πολυγραμμική διαδικασία, κατά την οποία η βιωματική εμπειρία οργανώνεται με βάση τη συγκεκριμένη κάθε φορά κατάσταση των ψυχολογικών δομών. Οι ψυχολογικές αυτές δομές ορίζονται με βάση τα αναπτυξιακά επιτεύγματα που συνεπάγεται η ψυχολογική διαδικασία των συναισθηματικών και γνωστικών εμπειριών. Με βάση αυτή την προσέγγιση αναπτύχθηκε και η κλίμακα παρατήρησης Greenspan - Lieberman (1980).

### **1.1.3. Εισαγωγή του παιδιού στον κόσμο του συμβολικού και η ικανότητα για συμβολοποίηση**

Κατά τη νηπιακή ηλικία ο λόγος του παιδιού εμπλουτίζεται και αυτό σημαίνει ότι τα αντικείμενα του εξωτερικού κόσμου, αποκτώντας το όνομά τους, βρίσκουν τη θέση τους στον εσωτερικό κόσμο του νηπίου (Hobson, 2002; Bates, O' Connell & Shore, 1987). Ο εξωτερικός κόσμος υπάρχει ανεξάρτητα από την ύπαρξη του λόγου, ενώ αντίθετα ο εσωτερικός μας κόσμος οργανώνεται μέσω του λόγου, αλλά και μέσα από τις επικοινωνιακές συναλλαγές που έχουμε με τους άλλους και ταυτόχρονα μπορεί να είναι επικοινωνήσιμος σε αυτούς (Litowitz, 2012).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Vivona, «μπορούμε να αναλογιστούμε τις λέξεις σαν προάγγελους εμπειριών, σαν αναμνήσεις σχέσεων ή σαν περιέκτες (containers) νοημάτων και αξιών» (2012: 257). Η ανάπτυξη αυτή του λόγου επομένως αντικατοπτρίζει τη μετάβαση από την απόλυτη κυριολεξία που χαρακτηρίζει την άμεση βιωματική εμπειρία, στην ικανότητα του νου να αναπαριστά την εμπειρία αυτή (Joyce, 2005).

Όταν υπάρξει μια πρωταρχική αναγνώριση του διαχωρισμού του βρέφους από τη μητέρα του, τότε ένα νέο μέσο επικοινωνίας αναζητείται προκειμένου να καλύψει αυτή την απόσταση που έχει δημιουργηθεί (Lanyado, 1987). Ο λόγος συμβάλλει θετικά στην ικανότητα του παιδιού να σκέφτεται λογικά και οργανωμένα, καθώς περνάει από μια κατάσταση όπου σύμβολα και εικόνες υπάρχουν απλά στο νου του, σε μια άλλη κατάσταση όπου μπορεί να χρησιμοποιήσει τα σύμβολά αυτά προκειμένου να σκεφτεί.

Διαχωρίζοντας τον εαυτό του από τον άλλο, αρχίζει να οργανώνει τον εσωτερικό του κόσμο, δημιουργώντας αναπαραστάσεις οι οποίες του

επιτρέπουν ένα μεγαλύτερο έλεγχο στο περιβάλλον του αλλά και έναν πιο ενεργητικό ρόλο σε αυτό. Αρχίζει να δημιουργεί αναπαραστάσεις για τους σημαντικούς άλλους της ζωής του, αλλά και τη σχέση του μαζί τους, πράγμα που του επιτρέπει να αντέχει περισσότερο να τους αποχωρίζεται (Freud, 1965).

Όσο οι αναπαραστάσεις του παιδιού για τον εαυτό του και τα αντικείμενα, δηλαδή τα σημαντικά πρόσωπα γύρω του, εγκαθίστανται πιο σταθερά, τόσο πιο ικανό γίνεται το ίδιο στο να μπορεί να εκδραματίζει τις ανάγκες του, και τις εσωτερικές του συγκρούσεις μέσα από το παιχνίδι και ειδικά το παιχνίδι ρόλων (Mahler, 1975). Ο Winnicott (1968) υποστήριξε άλλωστε ότι το παιδί συλλέγει εξωτερικά αντικείμενα, τα οποία στη συνέχεια χρησιμοποιεί στην υπηρεσία της προσωπικής του πραγματικότητας.

Σταδιακά λοιπόν γίνεται εφικτή και η χρήση της φαντασίας στο παιχνίδι του παιδιού (Settlage, 1997 [Kramer, 1992]). Οι κοινωνικές συναναστροφές του παιδιού προωθούνται μέσα από την κατάκτηση του λόγου, ενώ παράλληλα ενισχύεται και η ικανότητα του να εκφράζει επιθυμίες και φαντασιώσεις μέσα από το συμβολικό παιχνίδι. Το παιχνίδι άλλωστε πολύ εύστοχα έχει χαρακτηριστεί ως η εργασία της πρώτης νηπιακής ηλικίας (Erikson, 1950), καθώς μέσα από αυτό ένα παιδί μπορεί να εκφράσει αλλά και να διαχειριστεί όλα όσα το απασχολούν.

Αντίστοιχα, με το συμβολικό παιχνίδι, όπου το νήπιο υποδύεται διάφορους ρόλους, ιδίως ρόλους που αφορούν στους σημαντικούς άλλους της ζωής του, εκτός από την ταύτιση μαζί τους που του επιτρέπει να τους διατηρεί στο νου του και άρα να κάνει τον αποχωρισμό λιγότερο επώδυνο, βοηθιέται επίσης στην υποκειμενική διαμόρφωση της ταυτότητάς του

(Zaphiriou Woods & Pretorius, 2011). Σε αυτό το στάδιο κάθε νέο επίτευγμα, όπως η ανεξαρτητοποίηση, η ικανότητα για συμβολοποίηση ή η ανακάλυψη του συμβολικού παιχνιδιού, κάνει το νήπιο να αισθάνεται σαν να είναι ένα νέο άτομο (Lanyado, 1987).

Η εισαγωγή του παιδιού στο συμβολικό και η προαγωγή της ικανότητας του για συμβολοποίηση είναι ιδιαίτερως σημαντική σε αυτή την αναπτυξιακή φάση. Σύμφωνα με τη θεωρία του Jean Piaget για τη νοητική ανάπτυξη<sup>3</sup> του παιδιού, κατά την ηλικία των τριών ετών, εμφανίζεται η συμβολική λειτουργία και η ικανότητα του παιδιού να αναπαραστήσει εσωτερικά τον εξωτερικό κόσμο (Anthony, 1957; Nass, 1966). Όπως παρατηρεί η Όλγα Μαράτου «Ο Piaget παρουσίασε ένα μωρό νοήμον, που μπορεί να συνδυάσει τα πρώτα αισθητηριοκινητικά σχήματα, να δομήσει σταδιακά το φυσικό αντικείμενο, να αναπαραστήσει, να παίξει και να λύσει απλά προβλήματα» (Μαράτου – Πανοπούλου, 2008: 32-38).

Σε αυτή την ηλικία εγκαθίσταται και η ικανότητα για τη συναισθηματική μονιμότητα του αντικειμένου (emotional object constancy) η οποία σύμφωνα με τη Mahler, αποτελείται από δυο ζωτικής σημασίας και αλληλοεξαρτώμενα επιτεύγματα: τη διαμόρφωση σταθερών ενδοψυχικών αναπαραστάσεων του εαυτού και του άλλου, παράλληλα με την ικανότητα του νηπίου να διατηρεί μια θετική εσωτερική εικόνα της μητέρας του, είτε κατά την απουσία της είτε σε

---

<sup>3</sup> Ο Jean Piaget ασχολήθηκε με την πορεία που ακολουθεί η νοητική ανάπτυξη στα παιδιά. Μέσα από την έρευνα του, η οποία ως επί το πλείστον στηρίχθηκε στην άμεση παρατήρηση παιδιών, ανέπτυξε τη θεωρία του, με βάση την οποία χώρισε τη νοητική ανάπτυξη σε τέσσερις βασικές περιόδους: 1. Αισθητηριοκινητική περίοδος (εκτείνεται από τη γέννηση έως και το 2<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας), κατά την οποία η γνωστική λειτουργία στηρίζεται σε αισθητηριοκινητικές δραστηριότητες και δεν υπάρχει η ικανότητα εσωτερικής αναπαραστάσης του εξωτερικού κόσμου, 2. προσυλλογιστική περίοδος (από το 3<sup>ο</sup> έως το 6<sup>ο</sup> έτος), όπου μέσα από την ανάπτυξη του λόγου, εμφανίζεται η συμβολική λειτουργία, 3. περίοδος της συγκεκριμένης σκέψης (από το 7<sup>ο</sup> έως το 11<sup>ο</sup> έτος), όπου η γνωστική ανάπτυξη στηρίζεται σε λογικές νοητικές πράξεις – κατηγοριοποίηση, σειροθέτηση, αρίθμηση – και τέλος 4. περίοδος της αφαιρετικής σκέψης (από το 12<sup>ο</sup> έως το 16<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας) (Anthony, 1957; Nass, 1966).

άλλες στιγμές έντασης και άγχους (Mahler, Pine & Bergman, 1975; Mahler 1979; Γαλανάκη & Ναυρίδη, 2006; Brandell, 2013).

Η ανάπτυξη του λόγου και της ικανότητας για συμβολοποίηση γενικά, απελευθερώνει το νήπιο από την άμεση παρουσία, επιτρέποντας τη μάθηση σε ανώτερα επίπεδα πολυπλοκότητας, την επικοινωνία, την κριτική σκέψη, όπως επίσης και την αυτο-ρύθμιση του συναισθήματος (affect regulation) (Blum, 2004). Η κατάκτηση της ικανότητας για συμβολοποίηση θεωρείται ότι λειτουργεί και ως ασπίδα προστασίας για την ψυχική υγεία του παιδιού, διασώζοντας το από την ψύχωση (Borens, 1993). Τέλος, σύμφωνα με τον Lacan, η εισαγωγή του παιδιού στον κόσμο του συμβολικού και του λόγου πραγματοποιείται μέσα από τη συμβολική λειτουργία του πατέρα, ο οποίος αντιπροσωπεύει το τρίτο στοιχείο που μπαίνει ανάμεσα στη σχέση μητέρας παιδιού, κόβοντας τη μεταξύ τους συνένωση και προστατεύοντας με αυτό τον τρόπο το παιδί από το να καταλήξει να γίνει αποκλειστικά το αντικείμενο επιθυμίας της μητέρας του (1953)<sup>4</sup>.

## **1.2. Η σημασία των πρωταρχικών σχέσεων**

Το ανθρώπινο είδος γεννιέται με μια έμφυτη τάση που του υπαγορεύει να δημιουργήσει στενούς συναισθηματικούς δεσμούς, πρωτίστως με τη μητέρα του, προκειμένου να καταφέρει να επιβιώσει και να αναπτυχθεί υγιώς (Sullivan, 1953; Lebovici & Soule, 1970; Bowlby, 1969; 1973; Trevarthen, 1976, 1979; Lanyado, 1987; Fonagy, 2001; Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος,

---

<sup>4</sup> Ο Lacan μέσα από τη θεωρία του για «το όνομα του πατέρα ή το όχι του πατέρα» (Nom du père ή Non du Père) η οποία έχει και μια διπλή ανάγνωση, αναφέρεται στη λειτουργία του πατέρα, όχι τόσο του πραγματικού πατέρα όσο της συμβολικής του λειτουργίας, δηλαδή, ότι αντιπροσωπεύει το σημαντικό τρίτο που υπεισέρχεται στη σχέση μητέρας παιδιού, διακόπτοντας την από ψυχικής πλευράς συμβιωτική-συγχωνευτική τους σχέση.

2003). Είναι άλλωστε γνωστές οι μελέτες του Spitz για την ιδρυματοποίηση και της συνέπειες της στον ψυχισμό των βρεφών, όπου περιέγραψε ως «ανακλιτική κατάθλιψη» την παλινδρομική σωματο-ψυχική κατάσταση στην οποία περιέρχεται το βρέφος στερούμενο τη σχέση με ένα σταθερό πρόσωπο φροντίδας κατά το δεύτερο εξάμηνο του πρώτου χρόνου της ζωής του (1946). Ή το γνωστό πείραμα του γερμανού βασιλιά της Πρωσίας που οδήγησε στον καθολικό σωματοψυχικό μαρασμό και στο θάνατο εκείνα τα δυστυχή βρέφη που, για τους πρώτους μήνες της ζωής τους, μεγάλωναν με τροφούς που είχαν ρητή εντολή να καλύπτουν αποκλειστικά και μόνο τις ανάγκες επιβίωσης τους (για φαγητό, νερό, ύπνο) αλλά να μη τους απευθύνουν ποτέ ούτε μια λέξη.

Η ψυχολογική ανάπτυξη λαμβάνει κυρίως χώρα στα πλαίσια της οικογένειας, κατά συνέπεια οι βάσεις τόσο της ψυχικής υγείας όσο και της ενδεχόμενης ψυχοπαθολογίας του αυριανού ενήλικα μπαίνουν μέσα από πρωταρχικές σχέσεις. Οι εμπειρίες του παιδιού οργανώνονται μέσα από την οικογένεια, η οποία και του παρέχει ή όχι το αίσθημα ασφάλειας (Guralnick, 2001). Μια σταθερή και καλή σχέση του βρέφους με ένα άτομο που του παρέχει φροντίδα, δημιουργεί στο βρέφος ένα αίσθημα ασφάλειας που διασφαλίζει την ταυτότητα του και διαμορφώνει τον τρόπο που θα σχετίζεται στη μετέπειτα ζωή του (Lebonici & Soule, 1970; Vacca, 2001; Schore, 2001; Λαζαράτου, 2005, 2007). Επιπλέον και η μάθηση προκύπτει μέσα από το πλαίσιο των σχέσεων του υποκειμένου, επηρεαζόμενη καίρια από την ποιότητα των σχέσεων αυτών (Norman-Murch, 1996). Η δημιουργία λοιπόν μιας καλής σχέσης με έναν ενήλικα κατά την βρεφική ηλικία μπορεί να



λειτουργήσει ως ασπίδα κατά της ψυχοπαθολογίας, ακόμα και για τα βρέφη εκείνα που είναι υψηλού κινδύνου (Werner & Smith, 2001).

Η έκθεση σε δυσμενή περιβάλλοντα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ανθρώπου, αποτελεί τη βάση για την μετέπειτα εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών (Brown, Bifulco, & Harris, 1987; Ambellas, 1990; Kendler, Kessler, Neale, Heath & Eaves, 1993; Mayes, Fonagy & Target, 2007b). Μαιωτικές και αρνητικές εμπειρίες με τον σημαντικό Άλλο, που συνεπάγεται η έλλειψη ενσυναίσθησης που μπορεί να δείχνει εκείνος απέναντι στο βρέφος, δεν έχουν μόνο άμεσες και βραχυπρόθεσμες συνέπειες σε αυτό, αλλά ενδέχεται να αναχθούν σε καταλυτικούς παράγοντες για τις μετέπειτα σχέσεις του (Brandell, 2013).

Ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν την πολύπλοκη αλληλεπίδραση που υπάρχει ανάμεσα στις πρώιμες σχέσεις του παιδιού με τους γονείς και στις γενετικές προδιαθέσεις του νηπίου, η οποία δύναται να επηρεάσει τις μετέπειτα σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του, οδηγώντας το στην κοινωνική απόσυρση (Γαλανάκη & Βογιατζόγλου, 2007). Επιπλέον, ακραίας μορφής τραυματικές εμπειρίες, όπως η παραμέληση και η κακοποίηση, συνοδεύονται συνήθως από σοβαρές βιοχημικές αλλοιώσεις του ανώριμου εγκεφάλου, ειδικά σε εκείνες τις περιοχές που συνδέονται με τις ικανότητες του παιδιού να ανταπεξέρχεται (coping capacities) (Schorr, 1996; 1997α). Κατ' επέκταση, οι ίδιες φαίνεται ότι προκαλούν γνωστικές και εκπαιδευτικές διαταραχές (Singer & Ryff, 1999; Strathearn, Gray, O' Callaghan & Wood, 2001), αλλά ενίοτε και ψυχιατρικές διαταραχές (Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein, 1999; Widom, 1999).

### 1.2.1. Το ζεύγος μητέρας-νηπίου

Οι απαρχές της οργάνωσης του ψυχισμού βρίσκονται στη σχέση μητέρας – βρέφους και πατέρα – βρέφους. Η σχέση μητέρας-παιδιού αναγνωρίζεται γενικότερα ως μια από τις πιο σημαντικές σχέσεις στη ζωή ενός ανθρώπου, ικανή να επηρεάσει καίρια τη μετέπειτα πορεία του (Winnicott, 1956, 2003; Stern, 1985), σε ότι αφορά την ανάπτυξη του αλλά και τη γενικότερη υγεία του (Schoore, 2001).

Στο δεύτερο μισό του εικοστού αιώνα, Ψυχαναλυτές στη Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπως η Melanie Klein, η Anna Freud, ο Donald Winnicott, η Margaret Mahler, ο John Bowlby και άλλοι, έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στην πρώιμη ανάπτυξη του παιδιού, εστιάζοντας στη σημαντικότητα του ρόλου της μητέρας και της πρώιμης δυαδικής σχέσης μητέρας-παιδιού. Μέσα από τις θεωρίες τους ανέδειξαν το πόσο κρίσιμος είναι ο ρόλος της μητέρας όπως και το πόσο σημαντική είναι η σχέση μητέρας-παιδιού, για την ψυχική υγεία και τη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

Σύμφωνα με τον Winnicott μάλιστα, κατά την πρώιμη ανάπτυξη του παιδιού, δεν υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα σε εκείνο και στη μητέρα του, οι δυο τους μαζί συγκροτούν μια ενότητα, κάτι που πολύ παραστατικά περιέγραψε με την φράση του: «το βρέφος δεν υπάρχει» (“there is no such a thing as an infant”, ([1960] 1990:39)). Αντίστοιχα, η Margaret Mahler περιγράφοντας αυτή την κατάσταση, όπου δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στο Εγώ και το μη-Εγώ και επικρατεί μια κατάσταση συγχώνευσης ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος, μίλησε για τη συμβιωτική φάση, (4-6 μηνών), (Symbiotic phase), (Mahler et al., 1975).

Μετά τους πρώτους μήνες της ζωής του και αυτή την πρώιμη κατάσταση συγχώνευσης, το βρέφος βρίσκεται σε μία φάση όπου σταδιακά αρχίζει να διαχωρίζει τη μητέρα από τον εαυτό του. Παράλληλα και η μητέρα, με τη δική της «ανάρρωση», επιχειρεί να εξέλθει από μια κατάσταση υψηλού βαθμού ταύτισης με το βρέφος (Winnicott, 1971). Στο πλαίσιο αυτό, καλείται να πραγματοποιήσει τη μετάβαση από την αρχικά ναρκισσιστική επένδυση του βρέφους ως μέρους του εαυτού της, σε μια επένδυση του αντικειμένου ως αυτόνομου και ξεχωριστού άτομου (Lebonici, 1962; Furman, 1992). Η διαδρομή όμως από την εξάρτηση στην αυτονομία δεν αποτελεί μονόδρομη κίνηση, με αποτέλεσμα κατά τη διαδικασία του αποχωρισμού-εξατομίκευσης να υπάρχουν στιγμές (moments) επανασυγχώνευσης μητέρας-βρέφους, (Pine, 1992).

Ο αποχωρισμός πραγματοποιείται τόσο ψυχικά όσο και σωματικά, όμως για το βρέφος αυτά τα δυο είναι στην αρχή απaráλλακτα (Gillies, 2008). Με τη γέννα επιτελείται ο σωματικός διαχωρισμός της μητέρας και του βρέφους. Ο συναισθηματικός διαχωρισμός όμως πραγματοποιείται σταδιακά και ολοκληρώνεται πολύ αργότερα. Σε αυτή την κατεύθυνση, η Anna Freud χαρακτηριστικά αναφέρει ότι το σώμα προϋπάρχει του νου: «Ο νους γεννιέται μέσα από το σώμα» (1953: σελ.574). Έτσι, ένα βρέφος κινείται συνεχώς ανάμεσα σε μια κατάσταση όπου αισθάνεται να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της μητέρας του και σε μια άλλη κατάσταση όπου αισθάνεται να αποτελεί κάτι το ξεχωριστό από εκείνη.

Η συναισθηματική κατάσταση συγχώνευσης του βρέφους με τη μητέρα του, σύμφωνα με τον Gillies (2008) αλλά και πολλούς άλλους, δεν εκλείπει ποτέ εντελώς. Απλά, καθώς το βρέφος μεγαλώνει και αναπτύσσεται, γίνεται

όλο και λιγότερο ευπρόσιτη. Άλλωστε, από τη στιγμή της γέννησης μας συμπλεκόμαστε ο ένας στο νευροψυχικό σύστημα του άλλου (Stern, 2001). Παρ' όλο λοιπόν που ο συναισθηματικός διαχωρισμός της μητέρας και του βρέφους γίνεται σταδιακά ξεκινώντας από τη στιγμή της γέννησης, η πιο κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδος είναι η πρώτη νηπιακή ηλικία (1-31/2 ετών), όπου το βασικό αναπτυξιακό επίτευγμα που διακυβεύεται είναι ο αποχωρισμός και η εξατομίκευση (separation-individuation), (Mahler et al., 1975).

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Bion (1962) η μητρική φροντίδα έγκειται στο να δώσει νόημα στην εμπειρία του βρέφους, η οποία δύναται με αυτόν τον τρόπο να μετασχηματιστεί από ένα ανεπεξέργαστο ψυχικό υλικό, σε μια νοηματοδοτούμενη και μεταβολίσιμη ψυχική κατάσταση. Όπως άλλωστε υποστηρίζουν οι Fonagy και Target (2007a), ο άνθρωπος περιστοιχίζεται από υποκειμενικότητες, οι οποίες διαγράφουν την ποιότητα και δίνουν νόημα στις προσωπικές εμπειρίες. Τα βρέφη λοιπόν αποκτούν τις γνώσεις για τον κόσμο, όχι μόνο μέσα από τις προσωπικές τους εξερευνήσεις, αλλά χρησιμοποιώντας το νου των σημαντικών άλλων της ζωής τους. Συνεπώς, δεν μπορούμε να μάθουμε τίποτε, ούτε καν για το πιο ασήμαντο και απλό στοιχείο του κόσμου μας, αν δεν χρησιμοποιήσουμε το νου και την υποκειμενικότητα αυτού που μας εισάγει στη ζωή.

### **1.3. Γονεϊκότητα**

Το πέρασμα στη μητρότητα έχει αναγνωριστεί από πολλούς ψυχαναλυτές ως μια πολύ ιδιαίτερη αναπτυξιακή περίοδος, σε συντονισμό με τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού σε εκείνη τη φάση. Είναι από μόνη της μια

ξεχωριστή αναπτυξιακή φάση (Furman, 1992) με την προσωπικότητα του γονιού να συνεχίζει να αναπτύσσεται (Benedek, 1959). Στην πραγματικότητα, όλες οι μητέρες αναγνωρίζουν ότι η μητρότητα είναι μια πολύ ιδιαίτερη συνθήκη στη ζωή τους, όπου η όποια βοήθεια από τους κοντινούς τους ανθρώπους είναι απαραίτητη και πολύτιμη. Επιθυμούν να αναπτυχθούν στο ρόλο τους ως μητέρες και να μπορέσουν να διαμορφώσουν μια όσο το δυνατόν καλύτερη σχέση με το βρέφος ή το μικρό νήπιο τους. Για το λόγο αυτό, πολλές μητέρες επιζητούν τη συνύπαρξη με άλλες μητέρες, προκειμένου να βοηθηθούν στο να παγιώσουν την εικόνα του εαυτού τους ως μητέρες (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Η γέννηση του βρέφους βιώνεται ως ψυχολογική αναγέννηση (rebirth) των γονιών του (Fraiberg, 1980). Αυτή η πολύ ιδιαίτερη περίοδος που έχει περιγραφεί ως «ο αστερισμός της μητρότητας» (motherhood constellation) από τον Daniel Stern (1998) και ως «πρωταρχική μητρική ενασχόληση» (primary maternal pre-occupation) από τον Donald Winnicott (1960), αφορά μια φυσιολογική και μοναδική ψυχική οργάνωση, η οποία καθορίζεται από ένα πλέγμα νέων συναισθημάτων και φαντασιώσεων που κυριαρχούν στον ψυχισμό της μητέρας.

Για κάθε μητέρα, η κάθε αναπτυξιακή φάση από την οποία διέρχεται το παιδί της, αναβιώνει συνειδητά και ασυνείδητα συναισθήματα, όπως και άλυτα ζητήματα που προέρχονται από την δική της αντίστοιχη αναπτυξιακή φάση κατά την παιδική της ηλικία (Benedek, 1959). Κατά συνέπεια, οι μητρικές προβολές δεν είναι στο σύνολο τους παθολογικές, καθώς μπορεί να αποτελούν και μορφές «πρώιμης ενσυναίσθησης» (primitive empathy) οι οποίες επιτρέπουν στη μητέρα να ταυτιστεί με το παιδί της και κατ' επέκταση

διευκολύνουν τη μεταξύ τους επικοινωνία και προάγουν το δεσμό (Cramer, 1995, σελ. 65).

Η «πρώιμη σύνδεση» ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος, διακινεί πολύ έντονα και ανάμεικτα συναισθήματα στη μητέρα, τα οποία ενδέχεται να είναι πολύ δύσκολο να ρυθμιστούν (regulate) και να εκφραστούν λεκτικά (Gregory L., Bucci, W. Maskit, B. & Christian, C. 2007). Τα συναισθήματα αυτά που διακινούν στο γονιό οι ανάγκες και οι απαιτήσεις του παιδιού, είναι εξαιρετικά επώδυνα, ειδικά για εκείνο το γονιό ο οποίος έχει χρειαστεί να απαρνηθεί τα δικά του ανάλογα συναισθήματα, παλεύοντας να μη τα αισθάνεται ή να μη τα θυμάται (Slade, 1999).

Από τη στιγμή της γέννησης, οι γονείς επικοινωνούν με το βρέφος τους και μέσω του βλέμματος (Λαζαράτου, 2005; Wright, 1991; Paul, 1991). Μάλιστα πίσω από τη βλεμματική επαφή που διατηρούν μαζί του, αισθάνονται ότι κάποιος υπάρχει εκεί πίσω (από το βλέμμα), και η πίστη ως προς αυτό είναι που τους κάνει να αποδίδουν νοήματα και (patterns) σε αυτό που φαντάζονται ότι αποτελεί την υποκειμενική εμπειρία του βρέφους τους. Συνδέονται μαζί του ως εάν να υπήρχε ένα πολύ συγκεκριμένο άτομο με το οποίο συνδέονται (Lanyado, 1987).

Οι γονείς ξεκινάνε τη σχέση τους με το παιδί τους έχοντας τις δικές τους φαντασιωσικές, συνειδητές ή ασυνείδητες, αναπαραστάσεις για εκείνο, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη μεταξύ τους σχέση, τον τρόπο που αντιλαμβάνονται το παιδί τους και το πώς ανταποκρίνονται σε αυτό (Buchholz, 1990 [Klitzing et. al, 1999]). Αυτή η σχέση γονιού - παιδιού ξεκινάει πριν από τη γέννηση του παιδιού, με τους γονείς να έχουν ήδη τόσο σε ενδοψυχικό όσο και σε δι-υποκειμενικό οικογενειακό επίπεδο προσδοκίες και

φόβους για αυτό, μέσα από τις οποίες γεννιέται στο νου τους «το παιδί της προέκτασης του εαυτού τους και των οικογενειακών μύθων» (Λάγιου-Λιγνού, 2008: σελ.12).

Κατ' επέκταση, υπάρχουν τουλάχιστον δυο βρέφη, το πραγματικό και το βρέφος στο νου και στις φαντασιώσεις των γονιών του (Soule, 1982), ή όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Stern, «υπάρχει το πραγματικό μωρό που κρατάει η μητέρα στην αγκαλιά και υπάρχει και ένα φαντασιακό μωρό που η μητέρα έχει στο νου της» (Stern, 1995: σελ.18). Το φαντασιακό αυτό μωρό «συγκεντρώνει επάνω του ασυνείδητες επιθυμίες, οικογενειακές προσδοκίες και κοινωνικές πεποιθήσεις» (Λάγιου-Λιγνού, 2008: σελ.13).

Η δυνατότητα της μητέρας να ταυτιστεί με το μωρό της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ο σημαντικότερος από όλους είναι η εμπειρία παροχής μητρικής φροντίδας που η ίδια η μητέρα βίωσε στη σχέση της με τη δική της μητέρα (Emde, 1988). Πρώιμα συναισθήματα και πρώιμοι ρόλοι επανεμφανίζονται καθώς η παρούσα σχέση επηρεάζεται από τις προηγούμενες εμπειρίες των γονιών και το είδος των σχέσεων που είχαν με τους δικούς τους γονείς (Emde, 1988). Αντίστοιχα, το πόσο φροντιστικός θα είναι ένας γονιός και το πόσο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού του, κατά ένα μεγάλο μέρος οφείλονται στη δική του παιδική ηλικία και στη δική του σχέση με τους γονείς του, αλλά και στην ποιότητα του δεσμού που διαμορφώθηκε μαζί τους (Miller, Kramer, Warner, Wickramaratne & weissman, 1997).

Στη σχέση γονιού-βρέφους εμφανίζονται δυσκολίες, όταν το βρέφος γίνεται ο εκπρόσωπος του παρελθόντος των γονέων του ή μιας πλευράς του εαυτού τους που οι ίδιοι απαρνιούνται (Fraiberg, 1980). Όταν δουλεύει κανείς

με γονείς και βρέφη, έρχεται συχνά αντιμέτωπος με καταστάσεις όπου αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει ένα “αναφομοίωτο αντικείμενο” που κάνει την εμφάνιση του από παλαιότερες γενιές. Το αναφομοίωτο αυτό αντικείμενο ο Barrows (2008) το αποκαλεί “ξένο σώμα”, αναφερόμενος σε αυτό που η Fraiberg αποκαλεί “φαντάσματα από το παρελθόν” (“ghosts in the nursery”). Γιατί αυτό που συμβαίνει είναι η μεταβίβαση στο παιδί μιας φιγούρας από το παρελθόν των γονέων που προκαλεί στρεβλώσεις στις αναπαραστάσεις των γονέων για το παιδί τους και κατ’ επέκταση και στη δική τους γονεϊκή λειτουργία (Barrows, 2008).

Τη θεωρία «των φαντασμάτων από το παρελθόν» ήρθαν να επιβεβαιώσουν και ευρήματα από τη γενετική και τις νευροεπιστήμες, που καταδεικνύουν το πώς ανταποκρίνονται οι γενετικοί μηχανισμοί στο πρώιμο άγχος, επηρεάζοντας όχι μόνο τη συναισθηματική οργάνωση και τη ζωή του ίδιου του ατόμου, αλλά και των επόμενων γενεών, μέσα από τη μεταβίβαση των γενετικών χαρακτηριστικών (Meaney & Szyf, 2005).

Όλη η αμφιθυμία, οι ασυνείδητες αντιζηλίες και ο θυμός που αφορούν στους σημαντικούς ανθρώπους του παρελθόντος της μητέρας, είναι ως εάν, κατά την προγεννητική περίοδο, να αφυπνίζονται και να συνδέονται με τις εσωτερικές αναπαραστάσεις της μητέρας για τη μητρότητα αλλά και για το ίδιο της το βρέφος (Cramer, 2000). Παλιές μνήμες επανέρχονται στην επιφάνεια, εικόνες, φαντασιώσεις και συγκρούσεις από τις πρώιμες σχέσεις της μητέρας με τους δικούς της γονείς αναβιώνουν, λόγω της παλινδρόμησης που συμβαίνει στη μητέρα (Cramer, 2000). Η δυσκολία που κάποιες φορές επιδεικνύει μια μητέρα να αναγνωρίσει τα κίνητρα της συμπεριφοράς του παιδιού της, μπορεί να οφείλεται σύμφωνα με τον Cramer στην αντίσταση



που ασυνείδητα υποβάλλει ενάντια στην ανάδυση όλων αυτών των απωθημένων στοιχείων του παρελθόντος (2000).

Αυτές οι στάσεις και οι φαντασιώσεις επηρεάζουν, συνειδητά ή ασυνείδητα, τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα ανταποκρίνεται στο παιδί της (Hesse, 1999). Κατά συνέπεια, οι αρνητικές μητρικές προβολές, είναι σαν να βομβαρδίζουν το παιδί με έναν πολύ καταστροφικό τρόπο, υπονομεύοντας την ανάπτυξη ασφαλούς δεσμού. Οι απόλυτες και αρνητικές πεποιθήσεις της μητέρας για το παιδί, διαμορφώνουν σιγά-σιγά και το αίσθημα του παιδιού για τον εαυτό του (Berlin, 2002).

Όμως, πέρα από τις γονικές προβολές και το βρέφος μπορεί να αναμοχλεύει προβληματικά θέματα στους γονείς, αφού και το ίδιο γεννιέται έχοντας την προσωπική του ιδιοσυγκρασία (Chess et al., 1960). Βάση ερευνητικών πλέον δεδομένων, υπάρχουν βρέφη με «δύσκολη» ιδιοσυγκρασία (Γαλανάκη & Βογιατζόγλου, 2007). Σύμφωνα με τους Stella Chess και Alexander Thomas υπάρχουν και «δύσκολα παιδιά» (“difficult children”), κάτι που μπορεί να διαφανεί ακόμα και από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής τους (Chess et al., 1960; Brinich, 1998). Συνδύασαν δε την ιδιοσυγκρασία του βρέφους με τους «παράγοντες κινδύνου» (“risk factors”) για την ψυχική του υγεία και μίλησαν για τη σημασία της δυνατότητας ταιριάσματος (“goodness to fit”) του βρέφους με το άτομο που του παρέχει φροντίδα.

Η απουσία πρώιμου ταιριάσματος, ματαιώνει τις προσδοκίες των γονιών και αφήνει ακάλυπτες τις ανάγκες του βρέφους. Κατ’ επέκταση, ο δεσμός που χτίζεται πάνω στην αλληλουχία των αμοιβαίων ανεκπλήρωτων

προσδοκιών και ακάλυπτων αναγκών, εγκαθιδρύει δυσλειτουργικές αλληλεπιδράσεις (Λάγιου-Λιγνού, 2013).

Από το άλλο μέρος, η μητρότητα είναι μια περίοδος «έντονης μεταβλητότητας και ψυχικής ευελιξίας» (Furman, 1969: σελ.67), λόγω των σημαντικών εσωτερικών μεταβολών και των νέων στοιχείων που επηρεάζουν τον ψυχισμό της μητέρας. Η ψυχική της οργάνωση παρουσιάζει ευελιξία, κατά τα πρώτα δυο χρόνια μετά τη γέννηση του μωρού της (Cramer, 2000).

Πολλοί θεραπευτές έχουν εκφράσει την πεποίθηση, ότι υπάρχει κάτι έμφυτο κατά τη φάση της γονεϊκότητας (in the state of parenthood) που κάνει τα άτομα να είναι ψυχολογικά ανοιχτά στην αλλαγή. Η γονεϊκότητα θεωρείται μια δυναμική κατάσταση, ανοιχτή στην αλλαγή και στην ενεργοποίηση ικανοτήτων (Green, 2000).

Μέσα από τα ευρήματα των νευροεπιστημών, έχουν αναδειχθεί και οι βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στο να συντελεστούν αυτές οι μεταβολές στον ψυχισμό της μητέρας, προκειμένου η ίδια να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού της. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η επαφή και η επικοινωνία μητέρας-βρέφους προκαλεί την απελευθέρωση οξυτοκίνης στη μητέρα, η οποία έχει αντικαταθλιπτική δράση, ελαττώνει τα επίπεδα άγχους και δρα διευκολυντικά στις κοινωνικές συμπεριφορές (Carter, 1998; Uvnas-Moberg, 1998). Κατά συνέπεια, επηρεάζει τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα που έχουν να κάνουν με τη μητρική φροντίδα και τον αντίκτυπο αυτής, τόσο στη σχέση μητέρας-βρέφους, όσο και στη συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους.

Όλες αυτές οι μορφές ενεργοποίησης του εγκεφάλου της μητέρας κατά τον πρώτο καιρό της ζωής του παιδιού της εκτός από φροντιστική απέναντι

στο μωρό της, την καθιστούν και πιο ανοιχτή σε θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα και στο επίπεδο της νευροφυσιολογίας, (Mayes, Fonagy & Target, 2007).

Για τη δημιουργία μιας υγιούς σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί, είναι απαραίτητο προηγουμένως να κατανοηθούν και να μετασχηματιστούν οι αρνητικές αντιλήψεις της για εκείνο, ούτως ώστε να μπορέσει εκείνη να εναρμονιστεί με τον ξεχωριστό από το δικό της, νου του παιδιού (Slade, 1999). Όταν ο θεραπευτής επιτυγχάνει να αναδείξει στη μητέρα τις δικές της αρνητικές προβολές, τότε εκείνη καταφέρνει να δει το παιδί της πιο κοντά σε αυτό που είναι εκείνο πραγματικά. Αναπτύσσει έτσι μια νέα και πιο αντικειμενική αίσθηση για εκείνο, που προάγει τη μεταξύ τους σχέση και προωθεί την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού (Berlin, 2002).

Επιπλέον, το αν θα καταφέρει μια μητέρα να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη μητρότητα και όλα όσα αυτή της υπαγορεύει, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ένας από τους βασικότερους παράγοντες είναι η ικανότητα, του να μπορεί να βάζει σε λόγια τα συναισθήματα της. Αυτή η ικανότητα επηρεάζει την δυνατότητα της να αυτο-ρυθμίζει (regulate) τα συναισθήματα της, καθώς επίσης και το να μπορεί να επιζητά και να δέχεται βοήθεια από τους άλλους (Gregory L., Bucci, W. Maskit, B. & Christian, C. 2007).

Μέσα λοιπόν από τη σχέση του παιδιού με τα πρόσωπα των πρωταρχικών δεσμών του, είναι σημαντικό να γεφυρωθούν οι φαντασιώσεις των γονιών με την πραγματικότητα. Καταφέροντας οι γονείς να δουν το παιδί τους έτσι όπως πραγματικά εκείνο είναι, του επιτρέπουν να αναπτύξει πιο αυτόνομα τον πραγματικό προσωπικό του εαυτό. Αλλάζοντας ο γονιός το πώς εκείνος βλέπει τα πράγματα, αλλάζει συνακόλουθα και η πραγματικότητα

του παιδιού, λόγω της στενής σύνδεσης που υπάρχει ανάμεσα τους. Άλλωστε, όπως πολύ παραστατικά αναφέρουν οι Fonagy και Target: “Όταν κοιτάμε έξω από τον εαυτό μας, αυτό που βλέπουμε δεν είναι απλά ο εξωτερικός κόσμος. Αυτό που τραβάει την προσοχή μας είναι ο νους των άλλων” (Fonagy & Target, 2007a).

#### **1.4. Τα ευρήματα των νευροεπιστημών για την ανάπτυξη του εγκεφάλου**

Ήδη από το 1895 ο Freud είχε αναγνωρίσει την ανάγκη που υπήρχε να επιβεβαιωθούν και νευρο-φυσιολογικά οι ψυχολογικές θεωρίες, προκειμένου να μπορέσουν να επεκταθούν τόσο θεωρητικά όσο και στην κλινική πρακτική. Σε κείμενα του έγραφε:

*«Για ευρηματικούς λόγους, στάθηκε απαραίτητο να κρατηθεί μια απόσταση από βιολογικές παραμέτρους, για να μην παρελκυστεί η αμερόληπτη κρίση μας για τα ψυχαναλυτικά δεδομένα. Αλλά όταν έχει συμπληρωθεί η ψυχαναλυτική μας εργασία, θα πρέπει να βρούμε ένα σημείο σύνδεσης με την βιολογία και θα πρέπει να χαιρόμαστε για αυτό» (Freud, 1913 [Κουρέτας, 2007]).*

*«Η βιολογία είναι, μα την αλήθεια, ένα βασίλειο με απεριόριστες δυνατότητες [...] δεν μπορούμε να μαντέψουμε τι απαντήσεις θα υπάρξουν τις επόμενες δεκαετίες στα ερωτήματα που της θέτουμε. Ίσως απαντήσεις ικανές να ανατρέψουν με ένα φύσημα όλο το τεχνητό οικοδόμημα των υποθέσεων μας πάνω στις ενορμήσεις» (Freud, 1920 [Κουρέτας, 2012]).*

Οι νευροεπιστήμες σήμερα πλέον μας έχουν προμηθεύσει πολύτιμα εργαλεία με τα οποία μπορούμε να μετρήσουμε και να αναδείξουμε την εγγενώς πολυσύνθετη φύση των ψυχολογικών διεργασιών, ισχυροποιώντας

πολλές από τις βασικές υποθέσεις της θεωρίας του δεσμού και της ψυχανάλυσης (Mayes, Fonagy & Target, 2007). Οι αναπτυξιακές αλλά και οι ψυχαναλυτικές θεωρίες, οι οποίες μιλούν για το πόσο σημαντικά είναι τα πρώτα χρόνια της ζωής για τη συναισθηματική ανάπτυξη και την ψυχική υγεία του ατόμου και υπογραμμίζουν τη μεγάλη σημασία των πρωταρχικών σχέσεων, ήρθαν να επιβεβαιωθούν περίτρανα τις τελευταίες δεκαετίες, μέσα από τα ευρήματα των νευρο-επιστημών και της ανάλυσης του εγκεφάλου.

Είναι απαραίτητο λοιπόν, να αναγνωρίσουμε την ύπαρξη ενός συνεχούς εννοιολογικού φάσματος ανάμεσα στην ψυχανάλυση και τις νευροεπιστήμες, καθώς αντιπροσωπεύουν τις δυο πλευρές της ίδιας πραγματικότητας μέσα από διαφορετικές φαινομενολογικές εκφράσεις (Scalzone, 2005). Η ψυχανάλυση από τη μια βασίζεται στην διυποκειμενικότητα, ενώ οι νευροεπιστήμες στη σχέση ανάμεσα στο υποκείμενο και στο αντικείμενο του ενδιαφέροντός του, κατά συνέπεια, ο διάλογος μεταξύ τους καθιστά δυνατή τη σύνδεση ανάμεσα στις νευροφυσιολογικές και νοητικές λειτουργίες ως βάση για μια ενοποιημένη θεωρία του Νου (Ντάβου, 2000; Anagnostopoulos, 2010). Το διεπιστημονικό αυτό πεδίο έχει τα τελευταία χρόνια αποκληθεί «μονισμός διπτής οπτικής» (dual aspect monism), (Solms & Turnbull, 2002; Solms & Turnbull, 2011).

Επιπλέον, η βαθύτερη κατανόηση της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζει τη φυσιολογική ανάπτυξη, είναι εφικτή μόνο μέσα από την απαρτίωση (integration) της αναπτυξιακής ψυχολογίας, της ψυχανάλυσης, της βιολογίας και της νευροεπιστήμης (Schor, 2000α). Η δεκαετία 1990-2000 έχει χαρακτηριστεί ως «η δεκαετία του εγκεφάλου» καθώς ανέδειξε πολύ σημαντικά επιστημονικά ευρήματα αναφορικά με τη μοναδικότητα των

ψυχολογικών, ψυχοβιολογικών και νευροβιολογικών φαινομένων που λαμβάνουν χώρα στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου (Schoore, 1996; 1997<sup>α</sup>, 2000β, 2001). Από την ώρα της σύλληψης ενός ανθρώπου, ξεκινάει μια δυναμική αλληλεπίδραση ανάμεσα στα γονίδια και το κληρονομικό του δυναμικό με το περιβάλλον στο οποίο ο ίδιος μεγαλώνει. Ένας άνθρωπος γεννιέται με ένα συγκεκριμένο δυναμικό, το οποίο όμως κινητοποιείται ανάλογα με τα ερεθίσματα που θα λάβει από το περιβάλλον του, επηρεάζοντας την μετέπειτα ανάπτυξη του ίδιου του εγκεφάλου. Η ποιότητα λοιπόν του οικογενειακού δικτύου του παιδιού παίζει καθοριστικό ρόλο στο αν θα εμφανιστεί ή όχι το κάθε γενετικό ρίσκο (Fonagy, 2003).

Πλέον έχει διασαφηνιστεί πως τα βρέφη έχουν έμφυτες (preprogrammed) κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες (Kalmanson & Seligman, 1992). Οι πρώιμες αυτές έμφυτες τάσεις, χρειάζεται όμως να αλληλεπιδράσουν με το κοινωνικό περιβάλλον προκειμένου να μετασχηματιστούν σε ψυχικές δομές (Plomin, 1983; Κουγιουμουτζάκης, 1997). Σε αυτή τη διαδικασία, η συμπεριφορά των σημαντικών ανθρώπων που παρέχουν φροντίδα στο πολύ μικρό παιδί παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για το ποιες γονιδιακά προκαθορισμένες προδιαθέσεις θα αναπτυχθούν και πως. Όλες αυτές οι έμφυτες ικανότητες και οι ψυχολογικές δομές, προκειμένου να αναπτυχθούν βασίζονται τόσο σε ενδογενείς παράγοντες, όσο και στην αμοιβαία σχέση του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου με πιο ώριμους εγκεφάλους (Trevarthen, 2005).

Η πιο ευαίσθητη περίοδος αναφορικά με την ανάπτυξη του εγκεφάλου, που χαρακτηρίζεται και από τη μεγαλύτερη νευροπλαστικότητα, είναι τα πρώτα δυο με τρία χρόνια της ζωής ενός ανθρώπου. Μέχρι την ηλικία των

τριών χρόνων, ο εγκέφαλος ενός παιδιού έχει αναπτυχθεί σε ποσοστό 80%, (Chugani, 1999; Balbernie, 2001). Οι εμπειρίες πρωταρχικού δεσμού, έχουν πολύ μεγάλη επίδραση για τη μετέπειτα συμπεριφορά, καθώς η μεγαλύτερη ανάπτυξη του εγκεφάλου συντελείται τα χρόνια εκείνα όπου το παιδί εξαρτάται από τον σημαντικό ενήλικα που του παρέχει φροντίδα, (Hart, 2008; Chugani, 1999), η σχέση με τον οποίο επηρεάζει ουσιαστικά την ανάπτυξη -από ανατομικής και λειτουργικής πλευράς- του εγκεφάλου του. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Hart «η ανάπτυξη του εγκεφάλου εξαρτάται από τη δυαδική επικοινωνία» (2008: σελ.87).

Πιο συγκεκριμένα, ειδικά προς το τέλος του 1<sup>ο</sup> χρόνου αρχίζει να αναπτύσσεται ο προμετωπιαίος λοβός (prefrontal cortex) του εγκεφάλου. Η διαδικασία αυτή επηρεάζεται καίρια από τη συναισθηματική συνδιαλλαγή που έχει το παιδί με τον σημαντικό άλλο της ζωής του. Το κέντρο αυτό του εγκεφάλου έχει βαρύνουσα σημασία για τη συγκρότηση και διατήρηση συναισθηματικής ισορροπίας, και επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις ικανότητες αυτο-στοχασμού (self-reflection), εν-νόησης (mentalization) και ενσυναίσθησης (empathy), ικανότητες που είναι απαραίτητες για να δημιουργεί κανείς ικανοποιητικές σχέσεις (Hoffer, 1990; Schore, 2003).

Η σχέση δεσμού (attachment relationship) επηρεάζει άμεσα την ικανότητα του βρέφους να διαχειρίζεται το άγχος του, καθώς επιδρά στην ωρίμανση του «συστήματος ελέγχου» (control system) στον εγκέφαλο του βρέφους, το οποίο ρυθμίζει τις λειτουργίες του δεσμού. Αντίθετα, σοβαρές ανεπάρκειες ως προς το δεσμό (attachment), υπονομεύουν την πρώιμη ανάπτυξη του εγκεφάλου και ειδικότερα των συστημάτων αντιμετώπισης του άγχους (stress coping systems), στο δεξί ημισφαίριο, προκαλώντας

διαταραχές στη συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους (Schoore, 2001). Το δεξί ημισφαίριο, το οποίο εμπλέκεται κεντρικά στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται την ψυχική κατάσταση του άλλου, καθώς και στον έλεγχο ζωτικών λειτουργιών που προάγουν την επιβίωση αλλά και την ικανότητα του ατόμου να τα βγάζει πέρα με το άγχος (τόσο ενεργητικά όσο και παθητικά), βρίσκεται σε κατάσταση ραγδαίας ανάπτυξης κατά τον πρώτο ενάμισι χρόνο της ζωής και είναι κυρίαρχο κατά τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου. Η ωρίμανση εξαρτάται άμεσα από τις εμπειρίες οι οποίες εντυπώνονται μέσα από το δεσμό γονιού – βρέφους (Schoore, 2001). Από το άλλο μέρος, οι εμπειρίες κοινωνικοποίησης που λαμβάνουν χώρα κατά τον δεύτερο χρόνο, συμβάλλουν επίσης καίρια στην ανάπτυξη κέντρων του εγκεφάλου που έχουν να κάνουν με την ικανότητα για αυτο-ρύθμιση (Schoore, 1993).

Φυσικά ο εγκέφαλος συνεχίζει να αναπτύσσεται και να διαφοροποιείται και μετά από αυτή την ηλικία, οι πρώιμες όμως δομές καθορίζουν τον χαρακτήρα της εγγραφής των νέων εμπειριών οι οποίες με τη σειρά τους θα λειτουργήσουν σαν διαφοροποιημένες πλέον μήτρες εμπειριών που οδηγούν στην απαρτίωση του ώριμου ψυχισμού (Escalona, 1963). Οι πρώιμες αυτές δομές και ο τρόπος που είναι οργανωμένες οδηγούν σε μια κατάσταση αναβίωσης των πρώιμων εμπειριών. Κατά συνέπεια, η επανάληψη, η οποία συχνά κρίνεται ως ένα σύμπτωμα νεύρωσης του ψυχισμού, είναι και μια βασική και ζωτικής σημασίας ιδιότητα του νευρικού συστήματος το οποίο επιδιώκει έτσι να ξαναβρίσκει αυτό που του είναι γνώριμο (Κουρέτας, 2007).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες όσον αφορά στη μνήμη και στις επιπτώσεις που αυτή έχει κατά την ανάπτυξη του ατόμου. Υπάρχει λοιπόν ένα διπλό σύστημα μνήμης, το οποίο περιλαμβάνει την άδηλη μνήμη



(ασυνείδητη) και την έκδηλη μνήμη (συνειδητή). Η άδηλη μνήμη ελέγχεται από την αμυγδαλή και ωριμάζει νωρίτερα από την έκδηλη η οποία ελέγχεται από τον ιππόκαμπο. Κατά συνέπεια, αυτή η διαφορά φάσης στην ωρίμανση του συστήματος της μνήμης έχει ουσιώδεις επιπτώσεις στην ανάπτυξη του βρεφικού Νου και στη διαδικασία οργάνωσης του ασυνειδήτου (Anagnostopoulos, 2010).

Από την άλλη μεριά, ολοένα και αυξάνονται τα στοιχεία για τις σοβαρές και μακροχρόνιες επιδράσεις των διαταραγμένων πρωταρχικών σχέσεων (Fonagy et al., 1994, Fonagy et al., 2002, Balbernie, 2001). Όταν υπάρχουν διαταραχές στις σχέσεις αυτές, τότε αυτό συμβάλλει καίρια στο να αυξάνεται το ενδεχόμενο του να αναπτύξει το άτομο τόσο εσωτερικευμένες (internalising) όσο και εξωτερικευμένες διαταραχές (externalizing disorders) (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). Επιπλέον, στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο δεσμός ανάμεσα στο γονιό και το παιδί χαρακτηρίζεται από παραμέληση ή κακοποίηση τότε υπάρχουν πολύ σοβαρές συνέπειες στην νευρο-ψυχική ανάπτυξη του παιδιού (Cahill, Kaminer & Johnson, 1999) και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (Carlson et al., 1989; Egeland & Sroufe, 1981; Heinicke, 1995; Rogosch et al., 1995).

Επίσης, σοβαρές διαταραχές του δεσμού κατά τη βρεφική ηλικία οδηγούν σε ανεπάρκεια ως προς τη ρυθμιστική λειτουργία, που μπορεί να εκφράζεται μέσα από τη δυσλειτουργία του λιμβικού συστήματος (limbic activity) του υποθαλάμου, καθώς και με ανεπάρκεια της αυτόνομης ομοιόστασης (autonomic homeostasis) (Reite & Capitanio, 1985). Αποδιοργανωτικές τραυματικές εμπειρίες κακοποίησης και παραμέλησης, προκαλούν ακραίες μεταβολές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ANS),

υπό τη μορφή υπερδιέγερσης (hyperarousal) εργοτροπικών (ergotropic) λειτουργιών του συμπαθητικού συστήματος και υποδιέγερση (hypoarousal) του παρασυμπαθητικού τροφοτροπικού (trophotropic) συστήματος, προκαλώντας χαοτικές βιοχημικές αλλοιώσεις και δημιουργώντας μια τοξική νευροχημική κατάσταση στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο (Schoore, 2001).

Τα πρώιμα τραυματικά περιβάλλοντα επιφέρουν άτυπες μορφές (atypical patterns) νευρικής λειτουργίας, οι οποίες παρεμβαίνουν στη λειτουργική οργάνωση φλοιωδών - λιμβικών (cortical – limbic areas), περιοχών του εγκεφάλου, υπονομεύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο μια σειρά ψυχικών λειτουργιών, όπως την εγκατάσταση του διαπροσωπικού δεσμού, την ενσυναίσθηση και τη ρύθμιση του συναισθήματος (Perry et al., 1995). Από το άλλο μέρος, και οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στην αμυγδαλή (amygdala), η οποία επισύρει σημαντικές αλλαγές στη διαμόρφωση των κοινωνικών δεσμών και στη συναισθηματικότητα (emotionality) του ατόμου (Bach-Evalier, 1994).

Πληθώρα λοιπόν ερευνητικών δεδομένων αναδεικνύουν το πόσο σημαντική είναι η πρωταρχική σχέση του παιδιού με τους γονείς του για την ψυχική υγεία και για όλους τους τομείς της ανάπτυξης του παιδιού (Spitz, 1965; Mahler et al., Stern, 1985; Kalmanson & Seligman, 1992; Weston, et al, 1997; McCollum et al, 2001; Hart, 2008).

Η αναγνώριση της ιδιαίτερης σημασίας των πρώτων χρόνων της ζωής ενός παιδιού, καταδεικνύει και τη σημαντικότητα της πρώιμης φροντίδας και το πόσο αυτή επηρεάζει καταλυτικά τη μετέπειτα ζωή ενός ατόμου, τον τρόπο που το ίδιο αντιμετωπίζει τη μάθηση (Χατζηχρήστου, Μπεζεβέγκης, 2012), που συνάπτει σχέσεις, αλλά και γενικότερα τον τρόπο που βιώνει και

διαχειρίζεται τα συναισθήματα του καθώς και τη συμπεριφορά του στο σύνολό της (Belsky, 2001, Melhuish, 2004).

## **2· Θεραπευτικά Προγράμματα**

### **2.1. Κοινωνική ψυχιατρική και υποστήριξη της οικογένειας**

Η κοινωνική ψυχιατρική ασχολείται με όλες τις δράσεις που ασκούνται στα πλαίσια μιας κοινότητας και αφορούν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Μέσα από τον κοινοτικό χαρακτήρα, επιτυγχάνεται η προσβασιμότητα των διάφορων παρεμβάσεων σε όλο τον πληθυσμό, ενώ μέσα από την πολλαπλότητα των δράσεων, διασφαλίζεται ότι σε όλους τους πολίτες θα παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα (Αναγνωστόπουλος & Λαζαράτου, 2005; Στυλιανίδης, 2010α). Η πρόσβαση άλλωστε στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως υποστηρίζεται από τους ειδικούς, θα έπρεπε γενικότερα να είναι διαθέσιμη για όλες τις κοινωνικο-οικονομικές ομάδες (Tsalicoglou, 1988; Τσαλίκου & Αρτινοπούλου, 2003).

Η ανάπτυξη της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι συνδεδεμένη με την παρακμή των ασύλων και την αναπροσαρμογή των δομών και του τρόπου λειτουργίας αυτών, σε σχέση με τους ψυχικά πάσχοντες. Παράλληλα όμως, πρόκειται και για ένα κοινωνικό κίνημα, καθώς αφορά στην αναπροσαρμογή των αξιών και των αρχών που διέπουν τη φροντίδα των ασθενών, και παράλληλα στην αντιμετώπιση των αναγκών της κοινότητας και όχι του ατόμου (Στυλιανίδης, 2010α). Παρ' όλο που όπως λέει ο Castel (Στυλιανίδης, 2010) «η έκβαση του κινήματος ήταν συνολικά θετική [...] δυστυχώς εκτός από ορισμένες πιλοτικές εμπειρίες, στην Ευρώπη, η γενική εξέλιξη της ψυχιατρικής φροντίδας των ασθενών, δεν οδήγησε συνολικά σε ένα κοινοτικό προσανατολισμό της φροντίδας ώστε να αποφεύγεται η ψυχιατρικοποίηση κοινωνικών προβλημάτων και να υπάρχει ένας ουσιώδης ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας αυτής της φροντίδας» (σελ. 17-18).

Με μια σύντομη ανασκόπηση της συναφούς βιβλιογραφίας αντιλαμβάνεται κανείς, ότι η κοινοτική ψυχιατρική έχει συνδεθεί κυρίως με την ψυχοπαθολογία, την απο-ιδρυματοποίηση και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Σύμφωνα με τους Tansella και Thornicroft (1999), αφορά ένα πλήρες φάσμα φροντίδας και ψυχικής υγείας, που στοχεύει στο να εκπαιδεύσει και να βοηθήσει τους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές

Παρ' όλο που οι κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες είναι συνυφασμένες με την απο-ιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζονται μέσα στο φυσικό, κοινοτικό τους περιβάλλον, δεν συνεπάγεται απλά εξω-νοσοκομειακές μονάδες, αλλά την ιδρυτική θα λέγαμε αρχή, ότι αυτές οφείλουν να αποτελούν ζωντανό κομμάτι της περικείμενης τοπικής κοινότητας, με το οποίο άλλωστε και βρίσκονται εξ ορισμού σε διαρκή αλληλεπίδραση. Κατ' επέκταση, πέρα από όλα όσα αναφέρονται στην αντιμετώπιση της ήδη οργανωμένης ατομικής ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβάνεται και μια σειρά από πολυεπίπεδες δράσεις ψυχοκοινωνικής πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η με την ευρύτερη έννοια προαγωγή της ψυχικής υγείας (Τσαλίκου & Αρτινοπούλου, 2003).

Πεδίο της κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί το πεδίο των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς ένα άτομο δεν μπορεί να απομονωθεί έξω από το σύνολο των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στις οποίες ζει και υπάρχει (Sullivan, 1940). Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής οφείλεται ακριβώς στην παραδοχή ότι οι ψυχικά πάσχοντες μπορούν να βοηθηθούν πιο αποτελεσματικά όταν διατηρούν δεσμούς με τους οικείους τους, την οικογένεια τους και γενικότερα την κοινότητα στην οποία ανήκουν. Κατά

συνέπεια, η κοινοτική ψυχιατρική έβαλε στο επίκεντρο το ατομικό (κοινωνικό όμως) υποκείμενο και την οικογένεια του. Η ανάδειξη της στενής σύνδεσης που υπάρχει ανάμεσα στην ποιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος και στην εκδήλωση κάποιας ψυχικής νόσου (Desjarlais et. al., 1995), ενίσχυσε ακόμα περισσότερο τη θέση και το ρόλο της οικογένειας σε όλες αυτές της διαδικασίες.

Επιπλέον, η σημασία της πρόληψης και της πρώιμης παρέμβασης αν και ενίοτε τείνει να παραγκωνίζεται, εν τούτοις αναφέρεται ως βασική συνιστώσα της προσέγγισης της δημόσιας υγείας (Στυλιανίδης, 2010α). Έτσι, μέσα στους στόχους μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας στην κοινότητα, πέρα από την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, εντάσσεται και η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, προκειμένου να αποτραπεί η έναρξη της όποιας διαταραχής. Σε αυτό το πλαίσιο, ένα κύριο μέλημα της κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί η ανίχνευση, η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση μέσα στην κοινότητα (Μαδιανός, 2000; Edelman 2004).

Στην κατεύθυνση αυτή κινούνται τα διάφορα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, καθώς αποσκοπούν στη μείωση της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (McGeorge, Cross & Jenkins, 2010). Τα προγράμματα πρόληψης θεωρούνται οικουμενικά, με την έννοια ότι απευθύνονται σε όλους τους ανθρώπους και εφαρμόζονται εκεί όπου τα οφέλη ξεκάθαρα βαραίνουν περισσότερο από ότι το ρίσκο ή το κόστος και δεν απευθύνονται σε πληθυσμό υψηλού κινδύνου. Σύμφωνα με τους Morgan & Bhugra (2010), το μεγαλύτερο όφελος για τον πληθυσμό στο σύνολο του, προκύπτει μέσα από τέτοιου είδους προγράμματα και όχι τόσο από αυτά που απευθύνονται σε πληθυσμού υψηλού κινδύνου.

Όσον αφορά την παιδοψυχιατρική, παρ' όλο που υπάρχουν περιορισμένες βιβλιογραφικές αναφορές που να αναφέρονται σε μια κοινοτική οργάνωση της, στην κλινική εφαρμογή τα παραδείγματα είναι πάρα πολλά (Αναγνωστόπουλος & Λαζαράτου, 2005). Αντίστοιχα και η ιστορία των κοινοτικών παρεμβάσεων ψυχαναλυτικής προσέγγισης προκειμένου να υποστηρίξουν ομάδες γονέων, παιδαγωγών, γενικών γιατρών, νομικών, κοινωνικών λειτουργών, και δράσεων πρόληψης στη κοινότητα, είναι εξαιρετικά πλούσια, παρότι δεν έχουν ίσως μελετηθεί επαρκώς από την ψυχαναλυτική κοινότητα (Στυλιανίδης, 2010β).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα κλινικού χώρου όπου πραγματοποιούνται πολλαπλές δράσεις στα πλαίσια της πρώιμης παρέμβασης είναι το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής του Βύρωνα και της Καισαριανής. Από το 1984 πραγματοποιείται ένα πρόγραμμα πρώιμης αντιμετώπισης ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών λόγου και κίνησης (Βλασσοπούλου & Τσίπρα, 2005). Στο ίδιο κέντρο πραγματοποιούνται επίσης ένα πρόγραμμα πρώιμης ανίχνευσης και αντιμετώπισης μαθησιακών δυσκολιών (Αναγνωστόπουλος, Ρότσικα & Σίνη, 2005), όπως και ένα άλλο πρόγραμμα προαγωγής της ψυχικής υγείας στο σχολείο (Αναγνωστόπουλος & Λαζαράτου, 2005).

## **2.2. Η σημασία της πρώιμης παρέμβασης**

Τις τελευταίες δεκαετίες, το επίκεντρο στην ψυχική υγεία έχει στραφεί προς τις υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης (Kassebaum, 1994; Zigler & Styfco, 1995). Επισημαίνεται το πόσο σημαντικό είναι να παρεμβαίνει κανείς όσο πιο άμεσα γίνεται για να αντιμετωπίσει τις όποιες δυσκολίες πριν αυτές

εσωτερικευθούν πλήρως και άρα παγιωθούν (Zaphiriou Woods, 2000: 209). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι τα πιο πρώιμα στάδια ανάπτυξης είναι πιο ευάλωτα στις περιβαλλοντικές επιδράσεις από ότι είναι τα επόμενα (Brandell, 2013).

Είναι πλέον ευρέως αναγνωρισμένη στις μέρες μας η δυνατότητα των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης να μετριάζουν τις συναισθηματικές δυσκολίες, όπως επίσης και τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών, οι οποίες αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως, μπορεί να οδηγήσουν στη συνέχεια σε παθολογικές συμπεριφορές και κοινωνικά προβλήματα (Fonagy, 1998). Τα προγράμματα συνεπώς πρώιμης παρέμβασης αποκτούν μεγάλη σημασία, καθώς μπορούν να λειτουργήσουν προληπτικά, οδηγώντας σε μια πιο λειτουργική συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και άρα στον περιορισμό μετέπειτα δυσκολιών (Fonagy, 1998, Green Paper, 1999, Zaphiriou Woods, 2000).

Τα ευρήματα των νευροεπιστημών επιβεβαιώνουν, όπως είδαμε, τη σημασία της πρώιμης παρέμβασης, υπογραμμίζοντας ότι, λόγω της ευπλαστότητας του εγκεφάλου στο πολύ μικρό παιδί, αλλά και λόγω των αντίστοιχων μορφών ενεργοποίησης του εγκεφάλου της μητέρας, τον πρώτο καιρό της ζωής του παιδιού της, επιτρέπουν στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, να έχουν καλύτερα αποτελέσματα στο επίπεδο της νευροφυσιολογίας (Mayes, Fonagy & Target, 2007).

Ο Stern, αναφερόμενος σ' αυτή την περίοδο, παρατηρεί πως οι εξωτερικές και εσωτερικές πραγματικότητες του νηπίου και της μητέρας του είναι τόσο έντονα διασυνδεδεμένες (interconnected) και αλληλοεξαρτώμενες (interdependent), ώστε με μια επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση μπορούν



να μεταβληθούν, όχι μόνο οι αντιληπτές αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους αλλά και οι ενδοψυχικές αναπαραστάσεις τους (Stern, 1995).

Τα αποτελέσματα των ερευνών αναφορικά με την πρώιμη ανάπτυξη, που αναγνωρίζουν τη μεγάλη σημασία των πρωταρχικών σχέσεων στην ανάπτυξη του παιδιού, επηρέασαν και τη φύση των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης. Ενώ παλαιότερα μοντέλα πρώιμης παρέμβασης, αφορούσαν μόνο στο παιδί και η κλινική δουλειά γινόταν αποκλειστικά με εκείνο, πλέον όλο και περισσότερο ακολουθούνται μοντέλα πρώιμης παρέμβασης σχεσιοκεντρικά, όπου ο θεραπευτής δουλεύει μαζί με το μικρό παιδί και τους γονείς του (Westin et al, 1997; Miller & Hanft, 1998; Kelly, 1999; McCollum et al, 2001; Wilcox & Weber, 2001; Pilkington & Malinowski, 2002).

Υπάρχουν εξάλλου σοβαρά ευρήματα, που υποστηρίζουν ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι περισσότερο επιτυχημένες όταν επικεντρώνονται στην ενίσχυση των γονεϊκών δεξιοτήτων, στην κοινωνικοποίηση και στη μητρική ευεξία (maternal well-being), αλλά και ιδιαίτερα όταν συμπεριλαμβάνουν και τους δυο γονείς (Mayes, Fonagy & Target, 2007). Η αποφθεγματική φράση του Winnicott, ότι «το βρέφος [μόνο του] δεν υπάρχει», είναι κάτι που έμπρακτα αναγνωρίζεται πλέον, μέσα από τη δουλειά των θεραπευτών αλλά και των ερευνητών, καθώς αποτελεί κοινό τόπο ότι προκειμένου να κατανοήσει κανείς ένα βρέφος αλλά και να δουλέψει θεραπευτικά μαζί του, χρειάζεται να το κάνει μέσα στα πλαίσια του περιβάλλοντος του και συγκεκριμένα μέσα από τη σχέση του με τους σημαντικούς άλλους της ζωής του (Fenichel & Eggbeer, 1990). Αλλά και ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι είναι απαραίτητο η σχέση γονιού-νηπίου να

αποτελεί το επίκεντρο της κλινικής εργασίας, όσον αφορά στην πρώιμη παρέμβαση (Kelly, 1999).

Αναφορικά με τη σημασία και τους στόχους των πρώιμων παρεμβάσεων, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι πλείστα από αυτά τα προγράμματα στοχεύουν στην ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν αντικοινωνική συμπεριφορά στην εφηβεία και την πρώτη ενήλικη ζωή (Olds, Sandler & Kitzman, 2007). Επιπλέον, τα προγράμματα αυτά, στοχεύουν στην ενίσχυση της εν-νόησης<sup>5</sup> (mentalization) και του αναστοχασμού (reflective functioning) (Reynolds, 2003; Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006; Musitano & Rosenman, 2012), καθώς αποτελούν τον πυρήνα της πρόληψης για την ψυχοπαθολογία κατά την πρώτη παιδική ηλικία (Fonagy et al., 1997).

### **2.3. Προγράμματα πρώιμης παρέμβασης σε γονείς και βρέφη-νήπια**

Το να δουλεύεις θεραπευτικά με παιδιά σημαίνει ότι δουλεύεις θεραπευτικά και με τους γονείς τους. Σε αυτή την παραδοχή στηρίζονται διάφορα θεραπευτικά μοντέλα, όπως είναι η οικογενειακή και ειδικότερα η λεγόμενη συστημική θεραπεία αλλά και οι θεραπείες γονιού / βρέφους ή γονιού / νηπίου. Το κοινό σημείο όλων αυτών των προσεγγίσεων είναι η βασική επικέντρωση της κλινικής εργασίας στο σύνθετο αστερισμό των εσωτερικών συγκρούσεων, των αμυντικών μηχανισμών και των διαφορετικών

---

<sup>5</sup> Εν-νόηση είναι ένας όρος που εισήγαγε ο Peter Fonagy και οι συνεργάτες του και αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τόσο τη δική του ψυχονοητική κατάσταση όσο και εκείνη των άλλων και να ερμηνεύει τις διαπροσωπικές συμπεριφορές με όρους ψυχονοητικών καταστάσεων όπως είναι για παράδειγμα, τα συναισθήματα, οι πεποιθήσεις, οι ανάγκες, τα κίνητρα (Fonagy & Βρύβα, 2010; Fonagy et al. 2002).

τρόπων σχετίζεσθαι με το παιδί, αυτό δηλαδή που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως γονεϊκότητα (Cramer, 2000).

Η ταυτόχρονη παρουσία του παιδιού στη θεραπεία διακινεί στο γονιό έντονα μεταβιβαστικά φαινόμενα, επιτρέποντας την άμεση παρέμβαση στη σχέση γονιού – παιδιού. Μια τυπική συνεδρία συνδυάζει ένα παιχνίδι σε τρία επίπεδα όπου συμμετέχουν ο γονιός, το παιδί και ο θεραπευτής, ενώ παράλληλα μπορεί να γίνεται και συζήτηση για όλα όσα απασχολούν την οικογένεια. Πρωταρχικό μέλημα είναι να παρατηρήσει κανείς τους τρόπους αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο γονιό και στο παιδί και στη συνέχεια παρεμβαίνοντας να προσπαθήσει να βελτιώσει τους λιγότερο λειτουργικούς από αυτούς τους τρόπους (Berlin, 2002). Μερικά από τα πρώτα δείγματα τριμερούς θεραπείας όπως την ονομάζουν (tripartite therapy), συναντάμε στην κλινική εργασία της Mahler και της Sperling (Mahler & Bergman, 1975; Sperling, 1950).

Η ταυτόχρονη θεραπεία μητέρας – βρέφους είναι μια μοναδική ευκαιρία να αντιμετωπίσει κανείς τις πρώιμες δυσκολίες της σχέσης αυτής (Fraiberg, 1980; Galenson, 1991; Mahler & Bergman, 1975). Συναντιέται συχνά σε διάφορες κλινικές πρακτικές, είτε έχουν να κάνουν με δουλειά σε ομάδα, είτε σε πιο εξατομικευμένες παρεμβάσεις.

### **2.3.1 Ψυχοθεραπευτικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης**

Παραδείγματα ψυχοθεραπευτικής εργασίας με γονείς και βρέφη – νήπια συναντώνται ευρύτατα σε διάφορες χώρες στην Ευρώπη, τις Η.Π.Α. και την Αυστραλία. Στις Η.Π.Α εφαρμόζονται ευρέως τέτοιου τύπου ψυχοθεραπευτικά προγράμματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το

πρόγραμμα για γονείς και βρέφη που λειτουργεί στο Γενικό Νοσοκομείο του San Francisco, στα πλαίσια του οποίου, πέρα από όλες τις άλλες υπηρεσίες που προσφέρονται στις οικογένειες, τους παρέχεται και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη για γονείς μαζί με τα βρέφη τους (Pawl, 1993). Αντίστοιχο παράδειγμα αποτελεί και η Αναπτυξιακή Υπηρεσία για γονείς και βρέφη του πανεπιστημίου του Chicago, όπου η παρέμβαση αφορά και πάλι όλη μαζί την οικογένεια (Roth & Morrison, 1993).

Επιπλέον, στο κέντρο μελέτης παιδιών έως πέντε ετών του πανεπιστημίου της Βιρτζίνια (Under Fives Study Center, University of Virginia), εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης για γονείς με βρέφη / νήπια (Sorensen, 2000). Το πρόγραμμα αυτό, ακολουθεί το μοντέλο της κλινικής Tavistock του Λονδίνου και τις τεχνικές της ψυχαναλυτικής παρατήρησης βρέφους. Βασίζεται στη θεωρία του δεσμού (attachment theory) και στη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (object relation theory).

Πλείστα παραδείγματα υπάρχουν και στον Ευρωπαϊκό χώρο. Στη Βρετανία, δυο πολύ σημαντικοί χώροι οι οποίοι αποτελούν σημεία αναφοράς για την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων καθώς και για την φροντίδα της οικογένειας είναι το Anna Freud Centre και η κλινική Tavistock στο Λονδίνο. Σε αυτούς τους δυο χώρους πραγματοποιούνται ανάλογα προγράμματα.

Στο Anna Freud Centre, πραγματοποιείται ένα ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα για Γονείς και Βρέφη (Parent – Infant Project, P.I.P.). Το μοντέλο της ψυχοθεραπείας γονιού – βρέφους του Anna Freud Centre απευθύνεται στις οικογένειες, όπου υπάρχει ανησυχία ότι τα συναισθήματα των γονιών έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο βρέφος. Η θεραπεία τοποθετεί στο επίκεντρο

τη σχέση του γονιού με το βρέφος, αναγνωρίζοντας την ανάγκη να κατανοηθούν και να νοηματοδοτηθούν τα συναισθήματα που το βρέφος προκαλεί και αναμοχλεύει στο γονιό και αντίστροφα (Baradon, 2002). Η κλινική ομάδα απαρτίζεται από έμπειρους ψυχοθεραπευτές παιδιών και εφήβων και ψυχαναλυτές με κλινική εμπειρία στην πρώιμη παρέμβαση.

Στόχος του προγράμματος αυτού είναι η υποστήριξη του γονιού ώστε να μπορεί να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του βρέφους, καθώς και η προαγωγή της επικοινωνίας και της σύνδεσης ανάμεσα τους. Ο θεραπευτής είναι ένας κλινικός παρατηρητής και συναισθηματικός συμμετέχων στη σχέση γονιού βρέφους. Ο ρόλος του είναι να προάγει συμβολικά, τόσο στο γονιό όσο και στο βρέφος, την εμπειρία του να είναι μαζί. Έτσι αναπτύσσεται ο συναισθηματικός διάλογος μεταξύ τους, συμπεριλαμβάνοντας σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία προηγουμένως διαδραματίζονταν (enacted) διαδικαστικά (Baradon, 2002).

Αντίστοιχα, το πρόγραμμα της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας για παιδιά κάτω των 5 ετών (Under 5's Counseling Service) της Κλινικής Tavistock στο Λονδίνο πραγματοποιείται τα τελευταία 30 χρόνια στο τμήμα για το παιδί και την οικογένεια (Barrows, 1997; Emanouel, 2002, 2006; Emanuel & Youel, 2013). Το πρόγραμμα αυτό όπως και το μοντέλο της κλινικής Tavistock έχουν επίσης εφαρμοστεί και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και στις Η.Π.Α. και την Αυστραλία .

Συγκεκριμένα, από το 2011 πραγματοποιείται στην Ελλάδα, το πρόγραμμα Βραχείας Θεραπευτικής Παρέμβασης στην Παιδοψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «η Αγία Σοφία» (Λάγιου-Λιγνού, 2012; Λάγιου-Λιγνού, 2013). Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε βρέφη και νήπια

μέχρι πέντε ετών και τις οικογένειες τους. Η διάρκεια του προγράμματος είναι συνήθως πέντε συνεδρίες. Υπάρχει όμως σχετική ευελιξία όσον αφορά στη συχνότητα με την οποία οργανώνονται οι συνεδρίες αυτές όπως και στη συνολική διάρκεια της κάθε θεραπευτικής συνεργασίας, για τα οποία οι αποφάσεις λαμβάνονται μέσα από την κλινική αξιολόγηση.

Πρόκειται για μια σύντομη εστιασμένη θεραπεία που εξασφαλίζει ένα χώρο για να σκεφθεί κανείς μαζί με τους γονείς για τις αγχογόνες καταστάσεις που δημιουργούνται στο σπίτι με το βρέφος/νήπιο. Ο στόχος είναι να ανακτήσουν οι γονείς την ικανότητα να σκέφτονται για το παιδί τους, για τον εαυτό τους, αλλά και για τη μεταξύ τους σχέση, (Λάγιου-Λιγνού, 2007), καθώς και η δυναμική αποδέσμευση των αναπαραστάσεων του παιδικού παρελθόντος των γονέων από την παρούσα πραγματικότητα (Fraiberg, 1975; Hopkins, 1992) .

Η θεραπευτική παρουσία ενός συναισθηματικά διαθέσιμου επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος διαθέτει ψυχαναλυτική εκπαίδευση εργασίας με γονείς και παιδιά, διευκολύνει αυτή την ψυχική ανακατάταξη στις σχέσεις γονέων-παιδιών πριν την εδραίωση παθολογικών τρόπων επικοινωνίας (Λάγιου-Λιγνού, 2007). Οι θεραπευτές, χρειάζεται να σκέφτονται και να παρατηρούν προσεκτικά την οικογένεια με την οποία συνεργάζονται, χωρίς να υπάρχουν προκαθορισμένοι τρόποι παρέμβασης που χρειάζεται να χρησιμοποιούν (Emanuel & Bradley, 2008). Οι θεραπευτές προσπαθούν να έρθουν σε επαφή με το βρέφος ή το μικρό παιδί, παρατηρώντας το παιχνίδι του και προσπαθώντας να κατανοήσουν το νόημα που υπάρχει σε αυτά που επικοινωνεί, ενώ παράλληλα ασχολούνται και με τους γονείς. Στη μεγάλη

πλειοψηφία τους οι συνεδρίες γίνονται με τους γονείς και το παιδί μαζί, ενώ περιστασιακά μπορεί να γίνουν και κάποιες συνεδρίες μόνο με τους γονείς.

Ο Cramer από την Ελβετία, περιγράφει ένα αντίστοιχο θεραπευτικό μοντέλο το οποίο αφορά βρέφη και νήπια ηλικίας μέχρι 36 μηνών (Cramer, 2000; Λαζαράτου, 2005). Αναφορικά με αυτό το μοντέλο, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιείται με τους γονείς και το παιδί μαζί, ενώ αφήνει στη δική τους ευχέρεια το αν θα συμμετέχουν και οι δυο γονείς ή μόνο ο ένας. Αυτό που συνηθέστερα συμβαίνει βέβαια στη Γενεύη, όπως υποστηρίζει ο Cramer είναι το να προσέρχεται μόνο η μητέρα. Οι λόγοι παραπομπής αφορούν συνήθως στα συμπτώματα του παιδιού. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, η οποία πραγματοποιείται μια φορά την εβδομάδα και η διάρκεια της κυμαίνεται από 45 έως 60 λεπτά, η μητέρα μιλάει για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με το παιδί της, το οποίο είτε κάθεται στην αγκαλιά της, είτε παίζει στο πάτωμα κοντά της με παιχνίδια κατάλληλα για την ηλικία του.

Όπως υποστηρίζει ο Cramer, ο θεραπευτής χρειάζεται να επιδεικνύει μια διπλή προσοχή (bifocal attention), να ακούει τη μητέρα και την ίδια στιγμή να παρατηρεί το βρέφος. Δίνεται μεγάλη προσοχή στις λέξεις που χρησιμοποιεί η μητέρα, καθώς ο θεραπευτής επιδιώκει να αναδείξει τις ασυνείδητες συγκρούσεις που υποδαυλίζουν τις μητρικές αναπαραστάσεις για το βρέφος της. Από το άλλο μέρος, ο θεραπευτής χρειάζεται να δείχνει κατανόηση και ενσυναίσθηση, να κάνει συνδέσεις, να επισημαίνει στη μητέρα τις προσπάθειες του βρέφους για επικοινωνία και σπάνια επίσης να ερμηνεύει. Και επιπλέον, ο θεραπευτής παίζει με το παιδί, όπως επίσης βάζει σε λόγια τα συναισθήματα του (Cramer, 2000).

Αναφορικά με τη διάρκεια της θεραπείας, αυτή εξαρτάται από τον τύπο της παθολογίας που υπάρχει, όπου ένα μεγάλο ποσοστό το περιπτώσεων (τα οποία αντιμετωπίζουν λειτουργικές δυσκολίες, όπως είναι η δυσκολία με τον ύπνο ή θέματα αποχωρισμού ή επιθετικότητα), ανταποκρίνονται πολύ γρήγορα, οπότε και οι συνεδρίες κυμαίνονται ανάμεσα στις 5 με 10. Πρόκειται δηλαδή πάλι για μια εστιασμένη θεραπεία, η οποία έχει σαν στόχο την κατανόηση αυτού που προκαλεί τα συμπτώματα, το οποίο επιτυγχάνεται μέσα από την προαγωγή της λειτουργίας της σκέψης των γονιών (Cramer, 2000). Οι συνεδρίες στην περίπτωση αυτή μαγνητοσκοποούνται, γεγονός που έχει μεγάλη ερευνητική αξία, καθώς επιτρέπει την μικροαναλυτική μελέτη τόσο της θεραπευτικής διαδικασίας, όσο και της νοηματοδότησης της αλληλεπίδρασης μητέρας – βρέφους (Cramer 2000).

Στη Γαλλία η Regine Prat περιγράφει ένα αντίστοιχο πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης για γονείς και βρέφη, μέχρι 18 μηνών (Prat, 2010). Το πρόγραμμα αυτό πραγματοποιείται στην Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας του 17<sup>ου</sup> διαμερίσματος του Παρισιού. Το θεραπευτικό πλαίσιο ποικίλει. Τις περισσότερες φορές οι συνεδρίες πραγματοποιούνται στο χώρο του κέντρου, υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου η παρέμβαση, εν μέρει ή και εξ' ολοκλήρου, πραγματοποιείται στο σπίτι της οικογένειας.

Συχνά το θεραπευτικό πλαίσιο είναι πανομοιότυπο με αυτό της παρατήρησης βρέφους. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται 1 φορά την εβδομάδα και διαρκούν 1 ώρα. Ένα μεγάλο μέρος της συνεδρίας αφιερώνεται στην παρατήρηση του βρέφους το οποίο βρίσκεται είτε στην αγκαλιά της μητέρας του, είτε ακουμπισμένο σε ένα στρώμα και ο θεραπευτής με τη μητέρα το παρατηρούν σιωπηλά ή κάνοντας σχόλια για όλα όσα παρατηρούν



και σκέφτονται. Ο θεραπευτής παρεμβαίνει πολύ σπάνια και μόνο για να επαναφέρει την προσοχή των γονιών στο βρέφος τους, προκειμένου να συνεχίσουν να το παρατηρούν (Prat, 2010).

Αντίστοιχα στην Ιταλία η Dina Vallino (2009) και η Maria Teresa Gallo (1997) περιγράφουν το πώς εργάζονται θεραπευτικά με παρόμοιο τρόπο, με νήπια και τους γονείς τους. Ο θεραπευτής όπως λένε, λειτουργεί σαν “ομιλιακός καθρέφτης” (verbal mirror), με στόχο να προάγει την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και να διευκολύνει ή και να δημιουργεί το δεσμό (bond) ανάμεσα στο βρέφος ή το μικρό παιδί και τους γονείς του (Gallo, 1997). Κύριο μέλημα του είναι να συνδέει τα διάφορα νοήματα που προέρχονται από τα λόγια των γονιών, με αυτά που προέρχονται από το παιχνίδι και τη συμπεριφορά των παιδιών, προκειμένου να αντλούνται νέα νοήματα και να αποκατασταθίστανται τυχόν διαστρεβλώσεις και παρεξηγήσεις στη μεταξύ τους επικοινωνία (Vallino, 2009).

Στην Αυστραλία επίσης, υπάρχουν προγράμματα ψυχοθεραπείας γονιών και βρεφών, όπως αυτό που πραγματοποιείται στο Βασιλικό Νοσοκομείο για Παιδιά στη Μελβούρνη (Salo, 1997, 2007; Neven, 1995). Είναι ιδιαίτερος ενδιαφέρον το γεγονός, ότι λέγοντας βρέφη, οι συγγραφείς εννοούν μέχρι τριών ετών, χωρίς να ξεχωρίζουν τα μικρά νήπια (toddlers). Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, πρόκειται για ένα πρόγραμμα που εφαρμόζεται εδώ και 25 χρόνια, το οποίο διαφέρει πολύ ως προσέγγιση από τα περισσότερα προγράμματα ψυχοθεραπείας γονιών-βρεφών.

Η κύρια διαφορά έγκειται στο ότι το βρέφος αντιμετωπίζεται ως υποκείμενο αφ'εαυτού, έχοντας έναν πιο ενεργητικό ρόλο στη θεραπευτική

διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα, στα πλαίσια αυτής της κλινικής πρακτικής, ο θεραπευτής προσπαθεί να κατανοήσει την εμπειρία του βρέφους μέσα από την αλληλεπίδραση που έχει μαζί του, την οποία και επικοινωνεί στους γονείς. Οι θεραπευτές παρεμβαίνουν κατευθείαν στο βρέφος βασιζόμενοι στην υπόθεση ότι επηρεάζουν τις δικές του εσωτερικές αναπαραστάσεις και την αίσθηση εαυτού που ήδη έχει. Η έμφαση λοιπόν δεν δίνεται στους γονείς και στην κατανόηση και επεξεργασία των δικών τους εσωτερικών αναπαραστάσεων και συμπεριφορών, όπως συμβαίνει στους συνηθισμένους τρόπους ψυχοθεραπείας γονιού-βρέφους.

Οι γονείς παρατηρούν το πώς ο θεραπευτής αναγνωρίζει και κατανοεί τις εμπειρίες του βρέφους, ενώ τις αλλαγές αυτές που επιφέρει η θεραπεία στο βρέφος, τις μεταφέρει εκείνο και στη σχέση του με τους γονείς του. Οι συγγραφείς τονίζουν, ότι όταν γονείς και βρέφη αντιμετωπίζουν δυσκολίες, είναι πολύ σημαντικό οι θεραπευτές να μην επικεντρώνονται μόνο στις δυσκολίες από την πλευρά των γονιών, γιατί το βρέφος όπως άλλωστε και η σχέση του με τους γονείς του, χρειάζονται επίσης θεραπευτική βοήθεια. Εμπνευστής αυτής της προσέγγισης, σύμφωνα με τους συγγραφείς ήταν ο Winnicott (1941 [Salo, 2007]) .

Αναφορικά με το κλινικό πλαίσιο, η θεραπευτική ομάδα σε αυτήν την περίπτωση απαρτίζεται από έναν ψυχίατρο, έναν κοινωνικό λειτουργό, ένα λογοθεραπευτή και έναν ψυχαναλυτή. Όσον αφορά στο θεωρητικό πλαίσιο, υπάρχει μια σαφής αναφορά στην αναπτυξιακή θεωρία, καθώς οι τρόποι παρέμβασης εξαρτώνται πάντα από την αναπτυξιακή φάση από την οποία διέρχονται τα βρέφη (Neven, 1995). Ένας τρόπος παρέμβασης που κατά κόρον χρησιμοποιούν οι Αυστραλοί ειδικοί είναι η λεκτικοποίηση, βάζοντας

διαρκώς σε λόγια τη μη-λεκτική επικοινωνία του βρέφους και μεταφέροντας έτσι το νόημα και στους γονείς. Επιπλέον, λαμβάνουν υπόψη το ασυνείδητο και τις έννοιες μεταβίβαση – αντιμεταβίβαση προκειμένου να κατανοούν τα συμπτώματα του βρέφους και να επιλέγουν το πώς θα παρέμβουν.

Η αλλαγή που επιφέρει η εν λόγω θεραπεία προέρχεται μέσα από την κατανόηση του βρέφους / νηπίου και από έναν αλληλεπιδραστικό διάλογο, τον οποίο οι ειδικοί μοιράζονται με τους γονείς, επηρεάζοντας τις αναπαραστάσεις τους μέσω μιας διπλής λειτουργίας ερμηνείας και ενσυναίσθησης που χαρακτηρίζει τη θεραπευτική σχέση και συμβάλει στην κατανόηση του βρέφους. Οι συνεδρίες μαγνητοσκοποούνται, γεγονός που καταδεικνύει και την ερευνητική διάσταση του προγράμματος (Salo, 2007).

Συμπερασματικά, όλα αυτά τα προγράμματα, πέρα από τις ιδιαιτερότητες που το καθ' ένα διαθέτει, έχουν και μια σειρά από κοινά χαρακτηριστικά, με κυρίαρχο τον ψυχαναλυτικό προσανατολισμό που τα διακρίνει. Επιπλέον πρόκειται για σύντομες παρεμβάσεις (από 3 έως 12 συνεδρίες), όπου ο στόχος είναι να ελαττωθούν οι γονεϊκές προβολές στο βρέφος. Οι θεραπευτές επικεντρώνονται στη μεταβίβαση των γονιών πάνω στο βρέφος ή στο μικρό παιδί τους, ενώ αναγνωρίζουν τη θετική μεταβίβαση ως καθοριστικό παράγοντα για την επιτυχημένη έκβαση μιας θεραπείας (Barrows, 1997).

Ένας τρόπος παρέμβασης που κατά κόρον χρησιμοποιείται σε αυτά τα προγράμματα είναι η λεκτικοποίηση, το να βάζουν δηλαδή σε λόγια τη μη-λεκτική επικοινωνία του βρέφους και να μεταφέρουν έτσι το νόημα και στους γονείς (Sorensen, 2000; Barrows, 1997; Emanuel, 2002). Η λεκτικοποίηση συμβάλλει και στο να αναπτύξουν οι γονείς την ικανότητα να σκέφτονται για

αυτά που συμβαίνουν μέσα τους και να μπορούν να αναστοχάζονται. Ως επί το πλείστον δεν γίνονται ερμηνείες, ασυνείδητων τουλάχιστον φαντασιώσεων, αλλά συνδέσεις ανάμεσα στην εσωτερική και στην εξωτερική πραγματικότητα (Sorensen, 2000; Barrows, 1997).

### **2.3.2 Ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης**

Ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης για γονείς με βρέφη ή νήπια, που να έχουν και ένα πιο ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα -κυρίως όσον αφορά τη σκέψη που τα πλαισιώνει, επίσης φαίνεται να πραγματοποιούνται σε διάφορους χώρους στην Ευρώπη, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Αυστραλία. Τα προγράμματα αυτά συχνά διαφέρουν μεταξύ τους, ως προς τη δομή και την οργάνωση τους, έχουν όμως ένα κοινό βασικό χαρακτηριστικό, που είναι η ψυχαναλυτική σκέψη και ο ψυχοθεραπευτικός χαρακτήρας που τα διακρίνει.

Στις Η.Π.Α. λ.χ., στο κέντρο Pacella για το γονιό και το παιδί, της ψυχαναλυτικής εταιρείας της Νέας Υόρκης (Pacella Parent Child Center of the New York Psychoanalytic Society), πραγματοποιούνται ομάδες γονέων – βρεφών/νηπίων (parent-infant / toddler groups. Αντίστοιχο πρόγραμμα εφαρμόζεται και στο Κέντρο για την Ανάπτυξη του παιδιού Sackler Lefcourt στη Νέα Υόρκη (Sackler Lefcourt Center for Child Development) (Hoffman, 2003).

Το πρόγραμμα αυτό ως επί το πλείστον απευθύνεται σε νέες μητέρες, οι οποίες μπορούν να συμμετέχουν μαζί με το παιδί τους (ηλικίας από νεογέννητο έως και τριών ετών) και να συναναστραφούν άλλες μητέρες, ώστε να μοιραστούν τις ανησυχίες και τα συναισθήματα τους αναφορικά με τη

μητρότητα και το μέγιστο των παιδιών (Murphy, Zweifach & Hoffman, 2011).

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονται, ανήκει ως επί το πλείστον στη μεσαία και ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη, ενώ πολλές από τις μητέρες είχαν παλαιότερα ή παράλληλα με τη συμμετοχή τους στην ομάδα, ψυχοθεραπευτική εμπειρία. Συντονιστές είναι ένας ψυχαναλυτής και ένας εξελικτικός ψυχολόγος ενώ η ομάδα πραγματοποιείται 1 φορά την εβδομάδα για μια ώρα και συμμετέχουν σε αυτή 4-6 ζεύγη μητέρων-παιδιών.

Ο χώρος στον οποίο διεξάγεται η συνεδρία της ομάδας είναι χωρισμένος σε τρεις περιοχές: στον ένα χώρο που είναι για την ομάδα των μητέρων, υπάρχουν ένας καναπές και καρέκλες σε ημι-κύκλιο, στον ενδιάμεσο χώρο υπάρχουν παιχνίδια, ώστε τα παιδιά να μπορούν να παίζουν, κοντά στις μητέρες τους και στον τελευταίο χώρο έχουν τοποθετηθεί μια τσουλήθρα και τραπεζάκια, ώστε να μπορούν και πάλι τα παιδιά να απασχολούνται όντας αυτή τη φορά σε μεγαλύτερη απόσταση από τις μητέρες τους. Βέβαια, από το 1990 όπου ξεκίνησε το πρόγραμμα, έχει εφαρμοστεί επιτυχώς με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα κάθε φορά με τον συντονιστή (Murphy, Zweifach & Hoffman, 2011).

Ένας από τους τρόπους εφαρμογής του είναι και το μοντέλο «ο ένας πλάι στον άλλο» (“side-by-side”) που υπονοεί τις δυο ομάδες, εκείνη των μητέρων και την άλλη των παιδιών, τη μια δίπλα στην άλλη, μέσα στον ίδιο χώρο (Musitano & Rosenman, 2012). Βέβαια, παρ’ όλο που γονείς και παιδιά είναι χωρισμένοι, έχοντας μάλιστα και διαφορετικούς επαγγελματίες να τους στηρίζουν, υπάρχει η αίσθηση ότι οι δυο αυτές ομάδες, είναι μέρη μιας ευρύτερης, κοινής ομάδας. Επιπλέον υπάρχουν και φορές όπου ο χώρος των

μητέρων κατακλύζεται από τα παιδιά που παίζουν. Ένα άλλο μοντέλο που ακολουθείται το ονομάζουν “πολλαπλό δυαδικό μοντέλο” (“multiple dyadic model”), στο οποίο δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στις μητέρες και στα παιδιά τους (Hoffman, 2003).

Ως πλαίσιο δεν είναι αμιγώς ψυχοθεραπευτικό, παρ’ όλο που πολλές από τις παρεμβάσεις έχουν ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα, κινείται όμως ανάμεσα στη θεραπεία και στην εκπαίδευση. Πάνω από όλα, είναι υποστηρικτικό απέναντι στους γονείς, στα παιδιά και στη μεταξύ τους σχέση. Παρέχει στήριξη και φροντίδα στους γονείς, ενώ παράλληλα προάγει την κοινωνικό-συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και τη σχέση τους με τους γονείς (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006 ). Επιπλέον, προωθείται η ικανότητα αναστοχασμού και προάγεται η ενδο-ομαδική επικοινωνία (Musitano & Rosenman, 2012).

Οι παρεμβάσεις δεν είναι απλά δυαδικές, με την έννοια ότι θεωρείται πως κάθε γονιός και κάθε ζεύγος γονιού – παιδιού, εξασκεί επιρροή στους υπόλοιπους. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι συμμετέχοντες (γονείς, ζεύγη γονιών – παιδιών) έχουν πολλά να πάρουν ο ένας από τον άλλο, χωρίς καν τη μεσολάβηση των θεραπευτών (Hoffman, 2003; Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Υποστηρίζουν ότι η σταθερότητα και η συνέπεια που χαρακτηρίζει την ομάδα, κάνει τα μέλη της να την αισθάνονται σαν οικογένεια, όπου ο θεραπευτής λειτουργεί για αυτούς και λίγο σαν “φροντιστική γιαγιά” (σύμφωνα με την ιδέα του good grandmother transference (Stern, 1995, π.186)), που αναγνωρίζει την αξία και τους κόπους της μητέρας και παράλληλα την

υποστηρίζει στο ρόλο της και την εκπαιδεύει, χωρίς όμως να την παρακάμπτει ή να την αντικαθιστά.

Οι συγγραφείς τονίζουν, ότι η κλινική εργασία στην ομάδα δεν οφείλει να ευθυγραμμίζεται με την κλασικά εννοούμενη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Ως εκ τούτου η μεταβίβαση δεν ερμηνεύεται με τον τρόπο που ερμηνεύεται στις ατομικές ψυχοθεραπείες και ψυχαναλύσεις, αλλά οι θεραπευτές χρησιμοποιούν τα θετικά στοιχεία της μεταβίβασης προκειμένου να υποστηρίξουν το πλαίσιο. Υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία που δίνουν στο να δημιουργηθεί ένα αίσθημα ασφάλειας στα μέλη της ομάδας, μέσα από τη θετική μεταβίβαση τους στην ομάδα και τους θεραπευτές (Hoffman, 2003; Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Επιπλέον ο ρόλος του θεραπευτή είναι να αναγνωρίζει και να επισημαίνει τις δυσκολίες που προκύπτουν, παρεμβαίνοντας διακριτικά. Ενθαρρύνονται οι ομαδικές συζητήσεις ανάμεσα στις μητέρες και γενικότερα η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της ομάδας. Πολλές φορές αυτές οι συζητήσεις έχουν ως στόχο να αναδείξουν τον οικουμενικό χαρακτήρα κάποιων δυσκολιών, όπως π.χ. πως η ανησυχία και το μπέρδεμα που οι γονείς μπορεί να αισθάνονται κατά το μεγάλωμα του παιδιού τους, αποτελεί κοινό τόπο για όλους τους γονείς και κάνοντάς τους έτσι να αισθάνονται λιγότερο αποκλειστικά υπεύθυνοι και μόνοι, αλλά και περισσότερο ικανοί να αντέχουν και να αντιμετωπίζουν τα άγχη τους σε σχέση με το παιδί τους (Hoffman, 2003; Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Αναφορικά με τα αποτελέσματα αυτής της κλινικής εργασίας, οι ειδικοί υποστηρίζουν, ότι οι γονείς που εκφράζουν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους στην ομάδα, αισθάνονται λιγότερο ένοχοι, μελαγχολικοί και

θυμωμένοι, τόσο σε σχέση με τον εαυτό τους όσο και σε σχέση με το παιδί τους, με αποτέλεσμα να μπορούν να ευχαριστιούνται περισσότερο τη σχέση τους μαζί του. Επιπλέον, οι ίδιοι μπορούν να βρίσκουν μια καλύτερη ισορροπία ανάμεσα στο να είναι μαζί με το παιδί τους και να υποστηρίζουν ή τουλάχιστον να μην υπονομεύουν την αυτονομία του. Τονίζουν επίσης, ότι φροντίζοντας το γονιό, μπορεί μετά κι εκείνος να είναι πιο φροντιστικός με το παιδί του (Hoffman, 2003; Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Με παρεμφερή τρόπο λειτουργούν και οι ομάδες Mindful Parenting του Συμβουλευτικού Κέντρου Σφεντάμι (Maple Counseling Center) στο Λος Άντζελες. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα του εν λόγω Κέντρου απευθύνεται σε γονείς με βρέφη και νήπια έως 3 ετών, με στόχο να ενισχύσει την ικανότητα τους για αναστοχασμό (reflective functioning). Οι ομάδες Mindful Parenting ξεκίνησαν το 2001, ακολουθούν ένα ψυχαναλυτικό τρόπο σκέψης, τη θεωρία του δεσμού (attachment theory) και τη θεωρία της αυτο-ρύθμισης του συναισθήματος (affect regulation), ενώ χρησιμοποιούν και την παρατήρηση ως θεραπευτική μέθοδο.

Στις ομάδες αυτές συμμετέχουν νήπια και βρέφη και οι συντονιστές είναι περισσότεροι από δυο. Όσον αφορά τις δραστηριότητες, αυτές είναι αρκετά δομημένες. Υπάρχει συγκεκριμένη χρονική περίοδος (τα πρώτα 20-30 λεπτά), όπου απλά παρατηρούν και μια επόμενη, όπου συζητούν για όλα όσα παρατήρησαν. Στο τέλος κάθονται όλοι γύρω-γύρω σε κύκλο (όπως κάνουν και στα νηπιαγωγεία) και λένε τραγούδια. Τέλος, αναφορικά με τη συμμετοχή στην ομάδα, οι συμμετέχοντες δεσμεύονται για ένα πλήρη κύκλο 8 συναντήσεων και στη συνέχεια ανανεώνουν τη συμμετοχή τους αν το επιθυμούν (Reynolds, 2003).



Όσον αφορά στον τρόπο σκέψης που πλαισιώνει αυτή την κλινική εργασία, η Reynolds προτείνει ότι η ομάδα λειτουργεί σαν μια ευαίσθητη μητέρα ανταποκρινόμενη στις ανάγκες της πολυμελούς οικογένειας της: Μεταφέροντας το επίκεντρο της ενασχόλησης της εκεί όπου υπάρχει κάθε φορά ανάγκη, διατηρεί ταυτόχρονα ζωντανό στο πίσω μέρος του μυαλού της το ενδιαφέρον της και για όλα τα υπόλοιπα μέλη. «Ο στοχαζόμενος νους της ομάδας» (reflective group mind) όπως η ίδια τον ονομάζει λειτουργεί ως περιέκτης για τα άγχη που προκύπτουν από την αντιμετώπιση του ανοίκειου, τόσο του εαυτού όσο και του άλλου (2003).

Ένα άλλο παράδειγμα από τις Η.Π.Α. αποτελούν οι ομάδες νηπίων (toddler groups) του κέντρου Hanna Perkins. Το Κέντρο Hanna Perkins ιδρύθηκε στα πλαίσια του παιδοψυχιατρικού τομέα του πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Κληβελαντ το 1951 από τις Erna Furman και Anny Katan (Furman & Katan, 1969). Προσέφερε μια σειρά από προγράμματα, εν μέρει εκπαιδευτικά, εν μέρει θεραπευτικά / ψυχαναλυτικά, που απευθύνονταν σε μικρά παιδιά και στις οικογένειες τους.

Το επιστημονικό προσωπικό απαρτιζόταν από ειδικά εκπαιδευμένους δασκάλους και ψυχοθεραπευτές. Μέσα στα πλαίσια του κέντρου αυτού λειτουργούν και ομάδες νηπίων (toddler groups), στόχος των οποίων είναι να βοηθήσουν τη σχέση γονιού – παιδιού προκειμένου να καταστούν καλύτερα διαχειρίσιμες οι δυσκολίες που συναντώνται κατά τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Από τους γονείς ζητούν να δεσμευτούν ότι θα συμμετέχουν για ένα διάστημα δυο χρόνων (Furman, 1992).

Αναφορικά με το ρόλο των θεραπευτών, αυτός είναι να προωθούν την ανάπτυξη της αίσθησης εαυτού στα νήπια και να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη

της αυτονομίας τους, βάζοντας τα να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα του σώματος τους (φαγητό, ντύσιμο, πλύσιμο, τουαλέτα κ.λ.π.). Υπάρχει ένα δομημένο πρόγραμμα αναφορικά με τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται μέσα στην ομάδα, στη διάρκεια των οποίων οι θεραπευτές αναγνωρίζουν και στη συνέχεια βάζουν σε λέξεις τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές, ενισχύοντας την ανοχή των συμμετεχόντων στη ματαίωση και στη λιγότερο άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους (Furman, 1992).

Στην Αυστραλία έχουν κατά καιρούς σε διάφορους χώρους εφαρμοστεί ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης για γονείς και βρέφη – νήπια. Για παράδειγμα, υπάρχει ένα ομαδικό πρόγραμμα για μητέρες με οριακή παθολογία (borderline) και τα βρέφη ή τα νήπια τους (Newman, 1995). Η διάρκεια του προγράμματος περιορίζεται στις 21 συνεδρίες, ενώ συντονιστής της ομάδας είναι ένας ψυχοθεραπευτής, που ασχολείται κυρίως με τις μητέρες και ένας παιδαγωγός που ασχολείται με τα παιδιά. Βασική προϋπόθεση προκειμένου να ενταχθεί κάποιος/α στην ομάδα αποτελεί το να έχει προηγουμένως αναγνωρίσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και να είναι διατεθειμένος/η να τις αντιμετωπίσει.

Ένα άλλο παράδειγμα από την Αυστραλία είναι οι ομάδες για μητέρες και βρέφη μέχρι ενός έτους, που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σχέση τους και στην καθημερινότητα τους. Η καινοτομία του εν λόγω προγράμματος, σύμφωνα με τους θεραπευτές που συμμετέχουν σε αυτό, είναι το ότι επικεντρώνονται στο βρέφος στον ίδιο βαθμό που επικεντρώνονται και στις μητέρες. Τα βρέφη που συμμετέχουν στην ομάδα αντιμετωπίζονται ως μέλη με αυθύπαρκτη οντότητα. Συντονιστές είναι δυο θεραπευτές που, όπως

υποστηρίζουν, λειτουργούν ως “σκεπτόμενο γονεϊκό ζευγάρι” (thinking parental couple) (Paul & Salo, 1997).

Οι θεραπευτές παρέχουν φροντίδα και εμπειρία στις μητέρες, χωρίς να τους δίνουν συγκεκριμένες συμβουλές / οδηγίες, ενώ ταυτόχρονα μιλάνε και αλληλεπιδρούν με τα βρέφη. Υπογραμμίζουν το πόσο σημαντικό είναι για τις μητέρες να συναναστρέφονται και να αλληλεπιδρούν μαζί με άλλες μητέρες που βρίσκονται στην ίδια φάση, προσφέροντας η μια στην άλλη λεκτική υποστήριξη, αλλά και ανακούφιση απέναντι στα συναισθήματα ενοχής και ντροπής που αντιμετωπίζουν. Τέλος, οι θεραπευτές χρησιμοποιούν ενίοτε και παρεμβάσεις που άπτονται της ομαδικής ψυχοθεραπείας, όπου για παράδειγμα ερμηνεύουν διάφορα ομαδικά φαινόμενα όπως και την ομαδική μεταβίβαση (Paul & Salo, 1997).

Αντίστοιχα και στην Ευρώπη πραγματοποιούνται ανάλογα ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, εδώ και αρκετές δεκαετίες. Κατ’ αρχάς είναι οι ομάδες γονέων-νηπίων (parent-toddler groups) στο Anna Freud Centre του Λονδίνου (Zaphiriou Woods, 2000, 2005; Pretorius, 2004; Zaphiriou Woods & Pretorius, 2012, 2013) το μοντέλο του οποίου έχει επίσης εφαρμοστεί και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Ivanova, 2007; Ναυρίδη, 2007; Navridi, 2010; Navridi, Navridis & Midgley, 2012). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρουσιάζεται εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

Από την άλλη μεριά, η Françoise Dolto οργάνωσε στο Παρίσι το 1979, το πρόγραμμα “Τα Πράσινα Σπίτια” (“Maisons Vertes”), το οποίο εξαπλώθηκε σε διάφορες γειτονίες του Παρισιού (Vegetti Finzi, 2006). Απευθύνονταν σε βρέφη και πολύ μικρά παιδιά με τους γονείς τους, προάγοντας την

κοινωνικοποίηση, τον αποχωρισμό γονιού-παιδιού και παρέχοντας παράλληλα συναισθηματική υποστήριξη στους γονείς (Dolto, 1986).

Υπήρξε ένα πολύ καινοτόμο για την εποχή του πρόγραμμα, καθώς έδινε έμφαση στη μεγάλη σημασία που παίζουν στην συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού οι σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους της ζωής του. Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμμετέχει κάποιος στην ομάδα ήταν να έρθει με το παιδί του, ή με το παιδί στην ανατροφή του οποίου έπαιζε έναν ενεργό ρόλο. Με αυτή την έννοια, στην ομάδα μπορούσε να συμμετέχει και η γιαγιά ή ο παππούς ή ακόμα και η νταντά, όμως δεν μπορούσε να μπει κανένας ενήλικας εάν δεν συνοδευόταν από κάποιο παιδί (Cane, 2011).

Το επιστημονικό προσωπικό απαρτιζόταν από έμπειρους ψυχαναλυτές, ενώ η ομάδα λειτουργούσε για αρκετές ώρες κάθε μέρα, με τους θεραπευτές να εναλλάσσονται. Αναφορικά με το πρόγραμμα στην ομάδα, δεν υπάρχουν καθόλου προκαθορισμένες δραστηριότητες που να συνθέτουν μια συγκεκριμένη δομή. Η συμμετοχή επίσης στην ομάδα είναι ελεύθερη. Δεν υπάρχει καμία δέσμευση στο να έρχεται κανείς στην ομάδα, ούτε υπάρχει και συγκεκριμένη διάρκεια για την οποία χρειάζεται να παραμείνει. Ο καθένας προσέρχεται όποτε θέλει, μένει όσο θέλει, για όσες φορές επιθυμεί.

Όσον αφορά στο ρόλο των θεραπευτών, εκείνοι παρεμβαίνουν μόνο όταν χρειάζεται, είτε γιατί τους το ζητούν, είτε γιατί το υπαγορεύουν οι συνθήκες. “Εμείς οι ψυχαναλυτές δεν κάνουμε τίποτα άλλο από το να είμαστε εκεί για εκείνους” ανέφερε σε μια ομιλία της η Cane (2011), ενώ και η Dolto (1986), αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή, έλεγε ότι αυτό που χρειάζεται να είναι, είναι “ένα σφουγγάρι για την αγωνία και την ψυχική οδύνη” (sponge

of anguish), που να απαλύνει και να κατευνάζει το άγχος στη σχέση των γονιών με τα παιδιά τους.

Ένα ανάλογο πρόγραμμα πραγματοποιείται στο Ινστιτούτο εφαρμοσμένης έρευνας για το παιδί και το ζευγάρι, στο Παρίσι (IRAEC: Institut de Recherche Appliquee pour l' enfant et le couple) (De Rouvray & Gandt, 2005). Η ανεπίσημη ονομασία του είναι «Club για παιδιά και γονείς» και λειτουργεί κάθε απόγευμα από τις 14:30 έως τις 19:00. Είναι ελεύθερο ως προς τη συμμετοχή, με την έννοια ότι οι γονείς μαζί με τα μικρά παιδιά τους, μπορούν να πηγαίνουν όποτε θέλουν και να παραμένουν για όσο θέλουν, εντός του προβλεπόμενου ωραρίου. Προκειμένου να συμμετέχει κάποιος στην ομάδα, δεν είναι απαραίτητο να προϋπάρχει κάποια δυσκολία ή κάποιο σύμπτωμα.

Συντονιστές τις ομάδας είναι δυο ψυχαναλυτές και δυο εκπαιδευόμενοι ψυχαναλυτές. Δεν κρατούνται αρχεία ή φάκελοι για τα μέλη της ομάδας και ο βασικός κανόνας που ακολουθείται είναι η τήρηση της ανωνυμίας. Στόχος του προγράμματος είναι το να φροντιστούν οι νέοι γονείς, να μοιραστούν τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να υποστηριχθεί η σχέση γονιού – παιδιού. Δεν υπάρχουν προκαθορισμένες δραστηριότητες. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, η ομάδα είναι ένας χώρος «για να βρίσκονται και όχι για να κάνουν πράγματα» (a place “for being and not for doing”) (De Rouvray & Gandt, 2005).

### **3. Οι ομάδες Γονέων-Νηπίων**

Οι Ομάδες Γονέων - Νηπίων ξεκίνησαν στο Anna Freud Centre το 1950 και αποτελούν μια μορφή πρώιμης παρέμβασης που ακολουθεί ένα

ψυχοδυναμικό πρότυπο. Σαν στόχο έχουν το να υποστηριχθούν τα νήπια, οι γονείς τους αλλά και η μεταξύ τους σχέση κατά τη διάρκεια της δύσκολης αυτής φάσης, ενισχύοντας την προοδευτική ανάπτυξη και ταυτόχρονα παρέχοντας και τη δυνατότητα εντοπισμού τυχών δυσκολιών πριν αυτές εσωτερικευθούν πλήρως και άρα παγιωθούν (Zaphiriou Woods, 2000:p.209).

Η σημασία της λεγόμενης Πρώιμης Παρέμβασης για την αντιμετώπιση συναισθηματικών δυσκολιών και προβλημάτων συμπεριφοράς, είναι όπως είδαμε απόλυτα αναγνωρισμένη στις μέρες μας (Fonagy, 1998; Green Paper, 1999). Προγράμματα όπως αυτά των Ομάδων Γονέων - Νηπίων έχουν το πλεονέκτημα να γίνονται αντιληπτά ως υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης και διαπαιδαγώγησης και όχι ως ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες που αφορούν στην ψυχοπαθολογία, με αποτέλεσμα να προσελκύεται σ' αυτές μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού (Zaphiriou Woods, 2000).

Η Ομάδα Γονέων – Νηπίων θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί έναν μεταβατικό κατά Winnicott (1971) χώρο σε διάφορα επίπεδα. Ως πλαίσιο προσανατολισμένο στην πρόληψη, αποτελεί ένα μεταβατικό χώρο μεταξύ του υγιούς και του παθολογικού, αλλά και όσον αφορά στους τρόπους παρέμβασης βρίσκεται μεταξύ της θεραπείας και της διαπαιδαγώγησης (Zaphiriou-Woods, 2005). Κυρίως όμως, αποτελεί ένα μεταβατικό χώρο μεταξύ του νηπίου και της μητέρας του, όπου «υπάρχει εμπιστοσύνη και αξιοπιστία για να δημιουργηθεί ένας δυνητικός χώρος που μπορεί να γίνει απεριόριστη περιοχή χωρισμού [...] την οποία το νήπιο και ο ενήλικας μπορούν να γεμίσουν δημιουργικά με παιχνίδι» (Winnicott, 1971, σελ. 189).

Οι Ομάδες Γονέων – Νηπίων απευθύνονται σε γονείς που εκφράζουν την ανάγκη για βοήθεια στη σχέση τους με το παιδί τους ή για τυχόν

δυσκολίες που οι ίδιοι κρίνουν ότι αντιμετωπίζει το παιδί. Βρίσκονται μέσα στα πλαίσια της πρώιμης αντιμετώπισης και της πρόληψης, ενώ παράλληλα, ενισχύουν και τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης και εντοπισμού πιθανών προβλημάτων. Συμμετέχουν παιδιά ηλικίας από ενός έως τριών ετών και η ομάδα αποτελείται από 5-8 ζεύγη παιδιών-γονιών (συνήθως συμμετέχουν μητέρες). Από τους γονείς ζητείται από την αρχή να δεσμευτούν ότι θα συμμετέχουν στην ομάδα για τουλάχιστον ένα σχολικό έτος, μέχρι το παιδί τους να ξεπεράσει την ηλικία των τριών ετών. Η ομάδα πραγματοποιείται μια φορά την εβδομάδα, ενώ η κάθε συνεδρία διαρκεί μιάμιση ώρα.

Στόχος του προγράμματος είναι η παροχή υποστήριξης στα παιδιά στην κρίσιμη αυτή ηλικία, στις μητέρες τους, αλλά και στη μεταξύ τους σχέση, μέσω της συμβουλευτικής και του παιχνιδιού. Πρόκειται για ένα ασφαλές, σταθερό και πλούσιο σε ερεθίσματα περιβάλλον, διαμορφωμένο σύμφωνα με τη συναισθηματική ηλικία και την αναπτυξιακή φάση των παιδιών. Εκεί, γονείς και παιδιά μπορούν να συναντώνται τακτικά, συμβάλλοντας στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης, όπου μπορεί κανείς να μοιραστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, να διδαχθεί ο ένας από τον άλλο, αλλά και να ζητήσει συμβουλές και καθοδήγηση όπου χρειάζεται. Συμβολικά, η ομάδα παρέχει μητρικές και πατρικές λειτουργίες στα μέλη της, όπως το κράτημα, (holding), (Winnicott, 1971), η περίεξη, (containing), (Bion, 1962b), η διαπαιδαγώγηση, η οριοθέτηση κ.τ.λ. βοηθώντας στη διαδικασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης (separation-individuation), (Mahler, 1965b).

Οι τρόποι παρέμβασης ποικίλουν και πραγματοποιούνται σε διάφορα επίπεδα. Σε ένα πρώτο επίπεδο η παρέμβαση αφορά στα παιδιά καθώς οι ομάδες νηπίων, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι αποτελούν και ένα προθάλαμο

για το νηπιαγωγείο με το οποίο έχουν πολλά κοινά όπως π.χ. το ότι είναι ένας χώρος έξω από το σπίτι, με πολλά παιχνίδια, όπου τα νήπια συναναστρέφονται με άλλα παιδιά και ενήλικες. Παράλληλα βέβαια διαφέρουν και σε πολλά σημεία, όπως για παράδειγμα, ότι στις ομάδες νηπίων τα παιδιά πηγαίνουν με τους γονείς τους, ότι διαρκούν μόνο μιάμιση ώρα την εβδομάδα κ.α.

Επιπλέον γίνεται προσπάθεια διεργασίας της επιθετικότητας των παιδιών, ενίσχυσης της οριοθέτησης αλλά και εκμάθησης του να μοιράζονται. Γίνεται δηλαδή μια προσπάθεια διεργασίας των διαφόρων θεμάτων που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή φάση (Ναυρίδη, 2007; Navridi, 2010; Zaphiriou Woods & Pretorius, 2011; Navridi, Navridis & Midgley, 2012). Το δεύτερο επίπεδο έχει να κάνει με τη δουλειά που γίνεται με τους γονείς, οι οποίοι ενθαρρύνονται στο να κάνουν διάλογο μεταξύ τους, να μοιράζονται τα άγχη και τις ανησυχίες τους, καθώς και τις εμπειρίες τους, μαθαίνοντας ο ένας από τον άλλο. Παράλληλα τους παρέχεται και ένα μοντέλο εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης διαφόρων καταστάσεων αλλά και τρόπων ευχάριστης ενασχόλησης με το παιδί τους. Επίσης, γίνεται και προσπάθεια σύνδεσης της εσωτερικής με την εξωτερική πραγματικότητα.

Τέλος, σε ένα τρίτο επίπεδο, η παρέμβαση αφορά στη σχέση μεταξύ των νηπίων και των γονιών τους, όπου λ.χ. οι συντονιστές της ομάδας μιλούν στο γονιό για το παιδί του (εκ μέρους του) ή άλλες φορές βάζουν σε λόγια διάφορα συναισθήματα που δεν μπορούν να εκφραστούν λεκτικά τόσο από τους γονείς προς τα παιδιά, όσο και από τα παιδιά προς τους γονείς (Ναυρίδη, 2007; Navridi, 2010; Zaphiriou Woods & Pretorius, 2011; Navridi, Navridis & Midgley, 2012).



### 3.1. Ιστορική αναδρομή

Το πρώτο toddler group ξεκίνησε στο Anna Freud Centre (A.F.C) το 1950 από την Joyce Robinson, η οποία διηύθυνε την Well Baby Clinic του A.F.C. Μέσα από τη δουλειά της στην κλινική αυτή, παρατήρησε ότι όταν τα βρέφη μεγαλώνοντας γίνονται πιο ενεργητικά και δραστήρια, δημιουργούνται δυσκολίες στη σχέση τους με τις μητέρες τους, οι οποίες βιώνουν ένα έντονο αίσθημα απώλειας (Zaphiriou Woods, 2005). Σήμερα, το πρόγραμμα των Toddler Groups αποτελεί ένα μεγάλο κομμάτι κλινικής δουλειάς του A.F.C.

Υπήρξαν όμως και πρόδρομοι αυτού του τύπου κλινικής δουλειάς με νήπια 1-3 ετών. Το 1937 η Anna Freud ίδρυσε την πρώτη ομάδα για νήπια στην Βιέννη, η οποία λεγόταν Βρεφοκομείο Jackson. Εκεί, είκοσι νήπια από κάποιες από τις φτωχότερες οικογένειες της Βιέννης παρακολουθούσαν αυτό το πρόγραμμα. Η Anna Freud έδινε πολύ μεγάλη σημασία στην ερευνητική εργασία. Θεωρούσε το Βρεφοκομείο Jackson μια «ερευνητική νηπιακή ομάδα», γιατί προσέφερε την ευκαιρία να μάθει για αυτό το αναπτυξιακό στάδιο μέσω της άμεσης παρατήρησης παιδιών αλλά και να επιβεβαιώσει κάποιες από τις θεωρητικές της ιδέες σε ένα πλαίσιο κέντρου ημέρας και να διευρύνει την υπάρχουσα ψυχαναλυτική γνώση (Freud, 1951; Μπεράτη, 2007). Όλο το προσωπικό κρατούσε λεπτομερείς σημειώσεις των δικών τους παρατηρήσεων των παιδιών, κάτι που συνεχίζει να γίνεται έως σήμερα στο Anna Freud Centre. Η ομάδα νηπίων έκλεισε από τους Ναζί στα τέλη του 1938 (Pretorius, 2010).

Στη συνέχεια η Anna Freud μετακόμισε μαζί με την οικογένεια της στην Αγγλία, όπου το 1941 δημιούργησε τα “Hampstead War Nurseries”, μαζί με

την Dorothy Burlingham (Midgley, 2007; Pretorius, 2010; Μπεράτη, 2007; Γαλανάκη & Ναυρίδη, 2006). Επρόκειτο για μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει τη μεγάλη ανάγκη, λόγω του πολέμου, για προστατευμένες στέγες, για εκείνα τα παιδιά και τις οικογένειες τους, τα σπίτια των οποίων καταστράφηκαν από τους βομβαρδισμούς ή έμειναν ορφανά ή διέφυγαν από τα στρατόπεδα συγκέντρωσης. Κάποια από αυτά τα παιδιά ήταν μαζί με τις μητέρες τους στα “Hampstead War Nurseries”, κάτι που επεδίωκε η Anna Freud, δίνοντας στις μητέρες αυτές τη δυνατότητα να εργαστούν στο συγκεκριμένο χώρο και έτσι να μένουν δίπλα στα παιδιά τους (Midgley, 2007).

Επρόκειτο για τρία σπίτια, όπου βρέφη και παιδιά, ηλικίας από 10 ημερών έως και 6 ετών, ζούσαν κατά την διάρκεια του πολέμου. Συνολικά 191 παιδιά ζούσαν σε αυτές τις προστατευμένες στέγες, για διαφορετικές περιόδους το καθένα, από μερικές ημέρες έως και 5 χρόνια. Η Anna Freud, δεν προσπάθησε να καλύψει μόνο τις σωματικές και εκπαιδευτικές ανάγκες των νεαρών παιδιών, αλλά και τις ψυχολογικές και συναισθηματικές τους ανάγκες, καθώς κάποια λιγότερο και κάποια περισσότερο, ήταν τραυματισμένα ψυχικά από τον πόλεμο. Οι παρατηρήσεις έδειξαν πόσο σημαντικές είναι οι πρώιμες σχέσεις των παιδιών για την μετέπειτα ανάπτυξή τους (Pretorius, 2010).

### **3.2. Το Anna Freud Centre**

Το Anna Freud Centre είναι ένας οργανισμός με πολύ πλούσια ιστορία αναφορικά με τη φροντίδα «των νέων ανθρώπων». Ιδρύθηκε από την Anna Freud το 1952 με την ονομασία “Hampstead Child Therapy Course and

Clinic”. Μετά το θάνατο της το 1982, μετονομάστηκε προς τιμήν της σε Anna Freud Centre, και εξακολουθεί να στεγάζεται μέχρι σήμερα στον ίδιο χώρο.

Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό κέντρο, αφιερωμένο στην ψυχροσυναισθηματική ευημερία των παιδιών, το οποίο χαίρει διεθνούς αναγνώρισης. Παρέχει υποστήριξη σε παιδιά και εφήβους με ψυχροσυναισθηματικές δυσκολίες και στις οικογένειες τους. Παράλληλα, μεγάλο βάρος δίνεται στην εκπαίδευση επαγγελματιών και την προαγωγή της έρευνας. Στο σε Anna Freud Centre σήμερα, πραγματοποιούνται μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών με αντικείμενο την ψυχροσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και την ψυχοπαθολογία, σε συνεργασία με τα πανεπιστήμια UCL και Yale.

### **3.3. Οι ομάδες Γονέων-Νηπίων στην Ελλάδα**

Οι Ομάδες Γονέων-Νηπίων (Parent-Toddler Groups) ξεκίνησαν να εφαρμόζονται στην Ελλάδα το 2004 στην Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, όπου λειτουργούν μέχρι και σήμερα. Το κέντρο αυτό έχει ιδιαίτερη και μακρά εμπειρία σε προγράμματα πρόληψης, πρώιμης αντιμετώπισης και υποστήριξης της οικογένειας, και από τη πρώτη στιγμή η πρόταση για τη δημιουργία των ομάδων γονέων – νηπίων υποστηρίχθηκε ιδιαιτέρως από τους επικεφαλής του.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Πρέπει να τονισθεί ότι η πραγματοποίηση των ομάδων και η επιτυχία τους δεν θα ήταν δυνατή χωρίς το σύνολο του επιστημονικού προσωπικού του Κέντρου και την ιδιαίτερη μέριμνα, του διευθυντή της Υπηρεσίας Παιδιών και Εφήβων, αν. καθηγητή Δημήτρη Ανάγνωστοπούλου και της αν. καθηγήτριας παιδοψυχιατρικής Ελένης Λαζαράτου. Καθοριστικής σημασίας ήταν και η συμβολή της ψυχοθεραπεύτριας παιδιών και εφήβων, κυρίας Έφης Λάγιου -Λιγνού που είχε αναλάβει την κλινική εποπτεία του θεραπευτικού έργου του προγράμματος. Επιπλέον πολύ σημαντική ήταν και η συμβολή των Ψυχολόγων

Από το 2011 οι Ομάδες Γονέων-Νηπίων έχουν πλέον ενταχθεί και στα Προγράμματα της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής<sup>7</sup> της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» τα οποία χρηματοδοτούνται από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος.

Το πρόγραμμα Ομάδες Γονέων-Νηπίων στην Ελλάδα, οργανώθηκε από την αρχή και εξακολουθεί να πραγματοποιείται με τη συνεργασία του Anna Freud Centre του Λονδίνου. Η θεωρητική προσέγγιση που ακολουθείται και στο πρόγραμμα είναι ψυχαναλυτική, όσον αφορά στον τρόπο σκέψης και κατανόησης της συναισθηματικής ανάπτυξης των παιδιών, της σχέσης τους με τους γονείς τους, αλλά και του τι συμβαίνει μέσα στην ομάδα (Ναυρίδη, 2007; Navridi, 2010; Navridi, Navridis & Midgley, 2012). Όσον αφορά τους τρόπους παρέμβασης επίσης ακολουθείται το μοντέλο του Anna Freud Centre, σύμφωνα με το οποίο οι ομάδες νηπίων βρίσκονται στο μεταβατικό χώρο μεταξύ της θεραπείας και της διαπαιδαγώγησης (Zaphiriou Woods, 2005).

---

Αγγελικής Χριστοδούλου και Παυλίνας Λασκαράτου, καθώς και και της παιδοψυχιάτρου Ιουλίας Παπαδάκη.

<sup>7</sup> Διευθυντής της Κλινικής είναι ο επ. καθηγητής Γεράσιμος Κολαΐτης και επιστημονική υπεύθυνη του προγράμματος η ψυχοθεραπεύτρια Έφη Λάγιου-Λιγνού. Το πρόγραμμα πραγματοποιείται στο ΚΕΨΥΕ στο Χαλάνδρι.

## 4. Η έρευνα

### 4.1. Ζητήματα μεθοδολογίας

Ενώ η ποσοτική έρευνα βασίζεται στη στατιστική ανάλυση αριθμητικών δεδομένων, η ποιοτική έρευνα είναι κατά κύριο λόγο ερμηνευτική και ασχολείται περισσότερο με τις λέξεις και το νόημα παρά με τους αριθμούς (Bryman, 2001). Αποσκοπεί, όχι στην παραγωγή στατιστικών δεδομένων, αλλά στο να κατανοήσει το προς διερεύνηση φαινόμενο και να παραγάγει θεωρία μέσα από μια επαγωγική διαδικασία (Murray, 2010). Αναφορικά με την ποσοτική έρευνα, υπάρχει παραδοσιακά μια και μόνη κυρίαρχη τάση, με βάση την οποία τα δεδομένα συλλέγονται προκειμένου να οδηγήσουν σε μια ορισμένη και σαφή γνώση για τον κόσμο. Σύμφωνα μάλιστα με τον McLeod (2001), η ποσοτική έρευνα καθοδηγείται από τις διαθέσιμες ερευνητικές μεθόδους και όχι τόσο από τα ερωτήματα στα οποία η ίδια καλείται να απαντήσει.

Οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας, από το άλλο μέρος, είναι πολύ λιγότερο προκαθορισμένες και ο ερευνητικός σχεδιασμός αναπτύσσεται και εκτυλίσσεται καθώς προχωρά η ερευνητική διαδικασία (Robson, 2002). Επιπλέον, απαρτίζονται από ένα σύνολο διαφορετικών προσεγγίσεων, οι οποίες, παρόλο που μπορεί να μοιράζονται μια σειρά από θεμελιώδεις υποθέσεις, διαφέρουν μεταξύ τους ανάλογα με το εκάστοτε ερευνητικό αντικείμενο, αλλά και την επινοητικότητα των ίδιων των ερευνητών (Miller & Crabtree, 2005; Λυδάκη, 2012).

Οι ποιοτικές προσεγγίσεις είναι ποικίλες, με σύνθετες και λεπτές διαφορές μεταξύ τους (Holloway & Todres, 2003). Έτσι, οι διάφορες και ποικίλες ποιοτικές προσεγγίσεις, μοιάζει να έχουν σχεδιαστεί ως απαντήσεις

σε διαφορετικά ερευνητικά ερωτήματα, διαφοροποιούμενες από την παραδοσιακή άποψη μιας τυποποιημένης και ενιαίας ερευνητικής μεθόδου, όπως είναι η εμπειρικο-στατιστική (Polkinghorne, 1983; Silverman, 1993).

Η ποσοτική έρευνα στις ανθρωπιστικές επιστήμες, συνδέεται με την επίδραση που αυτές δέχτηκαν από τις φυσικές επιστήμες στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, με αποτέλεσμα τα υποκείμενα της έρευνας να προσεγγίζονται ως αντικείμενα (Πανταζής, 2004) και τα ανθρώπινα φαινόμενα να ερμηνεύονται με όρους αιτίας-αποτελέσματος (Bryman, 2001).

Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στις θετικές επιστήμες και συγκεκριμένα στη φυσική σημειώθηκε ήδη από το μεσοπόλεμο μια ρήξη με την επικρατούσα μέχρι τότε Νευτώνια φυσική, με πρωταγωνιστές τον Einstein (θεωρία της σχετικότητας) και τον Heisenberg (αρχή της απροσδιοριστίας), η οποία άργησε πολύ να επηρεάσει (ή δεν το έκανε καν μέχρι σήμερα) την κοινωνική έρευνα και τις επιστήμες του ανθρώπου.

Ιστορικά λοιπόν, η ποσοτική έρευνα προηγήθηκε της ποιοτικής, καθώς μετά την επιτυχημένη εξέταση φαινομένων που συνδέονται με την ύλη και το φυσικό περιβάλλον, οι μέθοδοι των φυσικών επιστημών (η παρατήρηση δηλαδή και το πείραμα) χρησιμοποιήθηκαν σχεδόν αυτούσιες στην κοινωνική έρευνα για τη μελέτη του ανθρώπινου υποκειμένου και των κοινωνικών φαινομένων (Polkinghorne, 1983).

Ακολουθώντας τις αρχές των φυσικών επιστημών, η ποσοτική προσέγγιση στην έρευνα, συνεπαγόταν τον έλεγχο θεωρητικών υποθέσεων με ερωτηματολόγια ή πειράματα, στα οποία χρησιμοποιούνται ποσοτικές μεταβλητές και παράμετροι, από τα οποία προκύπτουν μετρήσιμα δεδομένα σε αριθμητική μορφή. Αυτή η προσέγγιση θεωρήθηκε ότι παρέχει

αντικειμενικά και αδιάσειστα ερευνητικά αποτελέσματα, επιτρέποντας τη δημιουργία θεωρητικών σχημάτων που μπορούν να εξηγούν και να προβλέπουν την πορεία φαινομένων στον χρόνο. Η συγκεκριμένη προσέγγιση κατέληξε να χαίρει συχνά μεγάλης αναγνώρισης και εκτίμησης στο επιστημολογικό περιβάλλον, στοιχειοθετώντας αυτό που ονομάστηκε θετικιστική ή καλύτερα νέο-θετικιστική αντίληψη στην έρευνα (McLeod, 2001).

Και ενώ οι ποσοτικές μέθοδοι θεωρούνται συλλήβδην “επιστημονικές” - χαρακτηριζόμενες και ως το «χρυσό πρότυπο» - η “επιστημονικότητα” των ποιοτικών μεθόδων συχνά αμφισβητείται (Robson, 2002). Μια συνηθισμένη κριτική που τους γίνεται αφορά στην έλλειψη δυνατότητας για γενίκευση, όπως και στο ότι δεν μπορεί να διασφαλίζεται μέσω αυτών η σταθερότητα του αποτελέσματος μέσα από επαναληπτικές μετρήσεις (De Vaus, 2004). Ένα άλλο “αδύνατο σημείο”, με την έννοια ότι σ’ αυτό εδράζονται πολλές από τις αμφισβητήσεις αναφορικά με την επιστημονικότητα των ποιοτικών μελετών, είναι ο προσωπικός παράγοντας ο οποίος υπεισέρχεται, αφού μοιάζει να στηρίζονται στον υποκειμενικό παράγοντα και στις υποκειμενικές ερμηνείες των ερευνητών (Λυδάκη, 2012).

Όπως αναφέρει όμως ο Polkinghorne (1983), στη δεκαετία του 60, η επιδίωξη κατάκτησης σαφούς και καθορισμένης γνώσης στις κοινωνικές επιστήμες, που συντελείται με την ποσοτική έρευνα, αποδείχθηκε τελικά ανεπαρκής στο να ανταποκριθεί στο αίτημα για επαλήθευση της θεωρίας μέσω επαγωγής.

Από το άλλο μέρος, η ποιοτική έρευνα, προερχόμενη σε μεγάλο βαθμό από τους χώρους της κοινωνικής ανθρωπολογίας (εθνομεθοδολογία) και της κοινωνιολογίας (συμβολική αλληλεπίδραση), αλλά και με επιρροές από την

ψυχανάλυση, ιδιαίτερα ως προς την έννοια της δι-υποκειμενικότητας που συμπεριλαμβάνει και τη σχέση του ίδιου του ερευνητή με τα υποκείμενα της έρευνάς του, άρχισε ήδη από τη δεκαετία του '70 (Revault d'Allonnes & Al., 1989) και ακόμα περισσότερο από τις αρχές της δεκαετίας του '90, να κερδίζει σταθερά έδαφος στις προτιμήσεις πολλών ερευνητών. Το αυξανόμενο αυτό ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας προς τις ποιοτικές μεθόδους τη συγκεκριμένη περίοδο επισημαίνει και ο Robson (2002).

Εναλλακτικές προσεγγίσεις, όπως η ερμηνευτική και η φαινομενολογική μεθοδολογία, αναγνωρίζουν τη μοναδικότητα που χαρακτηρίζει το προσωπικό υποκείμενο και ανοίγουν ένα παράθυρο σε πληροφορίες που είχαν προηγουμένως αγνοηθεί ή υποτιμηθεί, αφού είχαν θεωρηθεί ότι στερούνται αντικειμενικότητας (Polkinghorne, 1983; Barus-Michel, 1994; Braun & Clarke, 2006). Ενάντια στο αίτημα του νεο-θετικισμού για βεβαιότητα στα ερευνητικά αποτελέσματα, στάθηκε το επιχείρημα, ότι δεν υπάρχει μια και αναμφισβήτητη αλήθεια ή «ουδέτερη» έρευνα, (Devereux, 1967; Robson, 2002), καθώς η πραγματικότητα είναι πάντοτε κατασκευασμένη, ή για την ακρίβεια συν-κατασκευασμένη, και άρα η έρευνα είναι ούτως ή άλλως ερμηνευτική (McLeod, 2001; Bryman, 2001; Στυλιανίδης, 2010β).

Στην προσπάθεια να καθιερωθεί η ερμηνευτική μέθοδος ως η κατεξοχήν μεθοδολογία για την κατανόηση των πραγμάτων στις ανθρωπιστικές επιστήμες, ο γερμανός φιλόσοφος Wilhelm Dilthey πρότεινε, ότι αντί να εξηγείται η ανθρώπινη συμπεριφορά με όρους αίτιου – αιτιατού, καλύτερα θα ήταν να ερμηνεύεται με βάση την εμπειρία και τα εσωτερικά κίνητρα (Gallagher, 2004; Phillips, 1996; Teo, 2003). Με αυτή την έννοια η



ερμηνευτική μέθοδος συνεπάγεται καθαρά μια έμφαση στο ενδοψυχικό και στο δι-υποκειμενικό.

Η κοινωνική έρευνα είχε πάντα επίγνωση της δυναμικής φύσης της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στον ερευνητή και στο ερευνώμενο (Clarke & Hoggett, 2009). Η αλήθεια θεωρείται ότι κατασκευάζεται κοινωνικά, όντας το προϊόν αλληλεπίδρασης μεταξύ υποκειμένων, και δεν είναι ένα σύνολο φαινομένων που εξελίσσονται «εκεί έξω», ξεκομμένα από αυτούς που τα βιώνουν και που εμπλέκονται στην κατασκευή τους (Bryman, 2001; Λυδάκη, 2012).

Αντίστοιχα και το ερευνητικό περιβάλλον συν-κατασκευάζεται από τον ερευνητή και τα υποκείμενα της έρευνας, με την έννοια ότι όλοι έχουν το δικό τους μερίδιο στη διαδικασία (Clarke & Hoggett, 2009), διαμορφώνοντας από κοινού τα νοήματα που παράγονται μέσα από αυτή, (Hollway & Jefferson, 2000). Κατ' επέκταση το έργο του ερευνητή είναι να κατανοήσει τις πολλαπλές κοινωνικές κατασκευές νοήματος και γνώσης, και καθώς υπάρχουν πολλαπλές αλήθειες, τα ερευνητικά ερωτήματα δεν μπορούν πλήρως να τεθούν εκ των προτέρων (Robson, 2002).

Με αυτούς τους όρους, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει μια έρευνα, δεν παραπέμπουν στην ύστατη αλήθεια, αλλά στην καλύτερη δυνατή κατανόηση που αυτή μπορεί να προσφέρει (Polkinghorne, 1983). Η εναλλακτική αυτή στάση απέναντι στην έρευνα και στη γνώση, συνδυάζει την επαγωγική μέθοδο με τη δι-υποκειμενική επαλήθευση (Barus-Michel, 1994), με στόχο την ανάδυση συμπερασμάτων γύρω από την ανθρώπινη φύση, εντασσόμενη στο χώρο του μετά-θετικισμού, (Polkinghorne, 1983). Οι ποιοτικοί ερευνητές μεταχειρίζονται τη γνώση σαν κάτι που προκύπτει μέσα

από τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων και άρα σαν κάτι που παράγεται μέσα από την έρευνα (Bryman, 2001).

Εν κατακλείδι, φαίνεται ότι ιστορικά οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας, έχουν αμφισβητηθεί ως προς το κατά πόσο είναι ικανές να δώσουν εικόνα για το τι και κυρίως το πώς πραγματικά είναι ο άνθρωπος. Κατ' επέκταση δεν αποτελούν τον ιδανικό τρόπο προσέγγισης για εργασίες που εστιάζουν στην ανθρώπινη δι-υποκειμενική εμπειρία, όπως η παρούσα, στην οποία αυτό που εξετάζεται είναι η κλινική εργασία στις ομάδες γονέων-νηπίων.

#### **4.2. Μεθοδολογία**

Αντικείμενο της παρούσας διατριβής αποτελεί η κλινική εργασία που πραγματοποιείται στο πλαίσιο των Ομάδων γονέων – νηπίων (parent – toddler groups). Η έρευνα επικεντρώνεται σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στη μελέτη των τρόπων παρέμβασης στο εσωτερικό των ομάδων και ο δεύτερος στην αξιολόγηση, (evaluation), της κλινικής εργασίας που πραγματοποιείται στις ομάδες αυτές. Η αξιολόγηση κλινικών διαδικασιών και τρόπων παρέμβασης, με στόχο μέσα από τα ευρήματα της έρευνας να αναδειχθούν οι τρόποι εκείνοι παρέμβασης που είναι και οι πιο αποτελεσματικοί, αποτελεί μια πρακτική αρκετά διαδεδομένη στη διεθνή έρευνα και βιβλιογραφία (Jimenez, 2007).

Ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να παρεμβαίνει σε μια ομάδα νηπίων ένας θεραπευτής είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς εκφράζει, αφενός το γενικότερο κλινικό προσανατολισμό αυτών των ομάδων και αφετέρου, το επίπεδο ακρόασης, αλλά και παρατήρησης των εξω-λεκτικών δρώμενων από μέρους του. Επιπλέον, η μελέτη των τρόπων παρέμβασης δύναται να

συμβάλλει στο να εντοπιστούν ανάμεσα τους εκείνοι που είναι οι πιο κατάλληλοι, εκείνοι δηλαδή που οδηγούν σε θεραπευτική αλλαγή. Για να μπορέσουν όμως να αξιολογηθούν οι τρόποι παρέμβασης, θα πρέπει πρώτα να εντοπιστούν και να καταγραφούν αναλυτικά, ως μέρος της μεθοδολογίας της συγκεκριμένης κλινικής εργασίας που συνδέεται με τις ομάδες γονέων-νηπίων, κάτι που μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί επαρκώς στη διεθνή βιβλιογραφία,

Στην παρούσα εργασία, οι τρόποι παρέμβασης δεν αφορούν αυστηρά σε συγκεκριμένους κλινικούς χειρισμούς αλλά αναφέρονται σε κάτι πολύ πιο γενικό που σχετίζεται με τον στόχο στον οποίο οι χειρισμοί αυτοί μπορεί να αποβλέπουν. Σε αυτό το πλαίσιο κρίθηκε σκόπιμο, μέσω της παρούσας εργασίας, να μελετηθούν τόσο οι τρόποι παρέμβασης όσο και η αξιολόγηση της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων-νηπίων. Υπέρ αυτής της θέσης συνηγορεί και η άποψη ότι είναι απαραίτητο, η σύγχρονη θεωρία για τη θεραπευτική δράση να περιγράφει, όχι μόνο τις αλλαγές στις οποίες προσβλέπει, αλλά και τις στρατηγικές μέσα από τις οποίες αυτές θα προέλθουν (Gabbard & Westen, 2003).

#### **4.2.1. Η επιλογή ερευνητικής μεθόδου**

Ύστερα από την αρχική μας επιλογή να διερευνηθεί η κλινική εργασία στις ομάδες γονέων-νηπίων, το επόμενο ζήτημα ήταν να επιλεγεί ο τρόπος προσέγγισης του όλου θέματος και η ερευνητική μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί. Σύμφωνα με τους Hollway and Jefferson (2000), ο καλύτερος τρόπος να προσδιορίσει κανείς την κατάλληλη μέθοδο διερεύνησης ενός φαινομένου που σχετίζεται με την ανθρώπινη εμπειρία, είναι η επικέντρωση

στο συγκεκριμένο φαινόμενο και στο ερευνητικό ερώτημα που τίθεται. Η εν λόγω στρατηγική αποτελεί ευρέως διαδεδομένη πρακτική στην διεθνή έρευνα (Polkinghorne, 1983; Spinelli, 1996; Moustakas, 1994).

Είναι γεγονός, ότι την επιλογή της ερευνητικής μεθόδου, την υπαγορεύουν το ίδιο το αντικείμενο της έρευνας, η ιδιαιτερότητα των υποκειμένων της έρευνας, αλλά και η υφή των υπό αναζήτηση ερευνητικών δεδομένων (Robson, 2002; Braun & Clarke, 2006; Denzin & Lincoln, 2005). Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι το να υπαγορεύεται η ερευνητική μέθοδος από το ίδιο το φαινόμενο που διερευνάται δεν αποτελεί και κανόνα στο χώρο της έρευνας. Οι Marshall και Rossman (2006) υποστηρίζουν επ' αυτού, ότι ο καθορισμός της κατάλληλης ερευνητικής μεθόδου εξαρτάται από το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται μια έρευνα, με έναν αυστηρό και καθαρό διαχωρισμό ανάμεσα στις ποσοτικές και τις ποιοτικές προσεγγίσεις, ή διαφορετικά, ανάμεσα στους παγιωμένους και στους πιο ευέλικτους ερευνητικούς σχεδιασμούς (Robson, 2002).

Υπάρχει βέβαια και η άποψη, ότι αυτός ο διαχωρισμός, ανάμεσα στην ποιοτική δηλαδή και στην ποσοτική έρευνα, συχνά δεν είναι βοηθητικός. Απεναντίας μάλιστα, ενδέχεται να είναι και παραπλανητικός. Ενώ ένας διαχωρισμός ανάμεσα στα δυο στάδια της ερευνητικής διαδικασίας, τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων, μπορεί να είναι περισσότερο βοηθητικός (De Vaus, 2004). Επιπλέον, λόγω αυτού ακριβώς του διαχωρισμού, πολύ συχνά η ποιοτική έρευνα καταλήγει να ορίζεται, όχι με βάση το τι πραγματικά είναι, αλλά ως αυτό που δεν είναι η ποσοτική (Bryman, 2001).

#### 4.2.2. Η ποιοτική μέθοδος ανάλυσης

Η ποιοτική έρευνα, όπως τονίστηκε και προηγουμένως, εξ' ορισμού δεν στοχεύει στην ποσοτικοποίηση των δεδομένων και στην ανάδειξη της αριθμητικής συχνότητας με την οποία αυτά εμφανίζονται. Αντιθέτως, σε αντιδιαστολή με την ποσοτική, η ποιοτική έρευνα προσανατολίζεται σε μια εις βάθος μελέτη επιμέρους πτυχών της υποκειμενικής εμπειρίας, αναδεικνύοντας κατεξοχήν το ρόλο του υποκειμένου και της δι-υποκειμενικότητας και το πώς τα υποκείμενα βιώνουν και ερμηνεύουν την πραγματικότητα. Αυτό δηλαδή που για τις άλλες επιστήμες αποτελεί το "αδύνατο σημείο" των κοινωνικών ερευνών, αναδεικνύεται από τις ίδιες ως το βασικό προσόν τους, αλλά και ως ο καθοριστικός παράγοντας για την έκβαση και το κύρος της μελέτης. Αυτή η μέθοδος βασίζεται στην υποκειμενικότητα αλλά και στον ενδελεχή έλεγχο της. Δεν αποφεύγουμε την υποκειμενικότητα αλλά τη χρησιμοποιούμε.

Η έρευνα φαινομένων και γεγονότων που αφορούν στην ανθρώπινη συμπεριφορά έχει ως αντικείμενο το προσωπικό υποκείμενο. Εστιάζεται δε σε επικοινωνιακές καταστάσεις ανάμεσα σε δυο τουλάχιστον υποκείμενα, τον ερευνητή και το (τα) υποκείμενο(α) της έρευνας. Από τη σχέση των δύο αυτών προκύπτει το προς ανάλυση υλικό, ενώ παράλληλα, η ίδια η σχέση ανάγεται σε αυτό καθαυτό το αντικείμενο της έρευνας. «Κάθε κοινωνική έρευνα θα πρέπει να αποβλέπει στην κατανόηση του άλλου, στην αναζήτηση της δικής του αλήθειας, της υποκειμενικότητας και της ιδιαιτερότητας του, που θα αναδύονται μέσα από μια εν-παθητική σχέση ανάμεσα σε ερευνητή και ερευνώμενο (Λυδάκη, 2012: 188). Τα αποτελέσματα προκύπτουν μέσα από τη διαρκή αλληλεπίδραση των δεδομένων της έρευνας με τις υποθέσεις που

αναδεικνύονται μέσα από αυτή, διατηρώντας ταυτόχρονα την παραδοχή ότι καμία παρατήρηση δεν είναι ποτέ τελείως ουδέτερη (Midgley, 2006a).

Στην ποιοτική έρευνα δίνεται έμφαση στην προσωπικότητα του ερευνητή, τον οποίο είναι σημαντικό να διακρίνει μια πλουραλιστική στάση απέναντι στα πράγματα και ο οποίος οφείλει να δείχνει ευελιξία αναφορικά με την κατανόηση αυτών που προκύπτουν αλλά και όλων των αλλαγών που συντελούνται (Miller & Crabtree, 2005). Ο ερευνητής χρειάζεται να είναι στοχαζόμενος και διερωτώμενος, σε σχέση με τις μεθόδους και τις πρακτικές που ακολουθεί, όπως και να αναγνωρίζει τη συναισθηματική του εμπλοκή, συνειδητή ή ασυνείδητη, στην ερευνητική διαδικασία (Clarke & Hoggett, 2009), κάτι που από μέρους του συνιστά και μια στάση ανα-στοχαστική. Παράλληλα, ο ερευνητής θα πρέπει να είναι δεκτικός και να μπορεί να παρατηρεί τόσο τις σκέψεις του όσο και τα συναισθήματά του, γιατί κρύβουν ή αποκαλύπτουν νοήματα. Να μπορεί δηλαδή να εξετάζει μερικούς από τους «συναισθηματικούς του τρόπους να μαθαίνει» (“affective ways of knowing”) που μπορεί να του είναι χρήσιμοι (Lucey, Melody & Walkerdine, 2003; Walkerdine, 1997).

Είναι σημαντικό να μπορεί να κρατά εν μέρει ατακτοποιητό αυτό που βλέπει, μέχρις ότου σταδιακά αυτό καταλήξει να συνδεθεί με κάτι άλλο και έτσι να αποκτήσει νόημα (Bion, 1962; Nichols, 2009). Άλλωστε, η ίδια η ερευνητική μεθοδολογία της λεγόμενης συμμετοχικής παρατήρησης συνίσταται στο να βλέπει ο ερευνητής την «πραγματικότητα του ξένου έξω όσο και εκείνη του ξένου μέσα» (Corin, 1998a, 1998b, Στυλιανίδης 2008).

Εξίσου σημαντικό θεωρείται το να έχει ο ερευνητής την ικανότητα να μπορεί να αντιλαμβάνεται τον κόσμο με τα μάτια των άλλων, αλλά και να

μπορεί να δημιουργεί σχέσεις, αφού ο μόνος τρόπος για να γνωρίσει και να κατανοήσει τους άλλους είναι το να σχετιστεί μαζί τους (Λυδάκη, 2012). Ιδιαίτερη σημασία δίνεται επίσης στους προσεκτικούς χειρισμούς, στην αδιάλειπτη εγρήγορση και στη σύνεση του ερευνητή προκειμένου να θεωρηθεί η μελέτη του έγκυρη αλλά και αξιόπιστη (Braun & Clarke, 2006).

Οι ποιοτικές μέθοδοι θεωρούνται ως οι πιο κατάλληλες για τη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων στο σύνολό τους και ιδιαίτερα στη λεγόμενη μικρο-κλίμακα, εκεί δηλαδή που τα ανθρώπινα πράγματα συγκεκριμενοποιούνται, δεν είναι ανώνυμα και εξελίσσονται μέσα στη διυποκειμενικότητα και στην ιστορικότητα. Έτσι, σύμφωνα με τον Creswell (1988), η ποιοτική έρευνα μελετά τα διάφορα φαινόμενα και τις συμπεριφορές στο φυσικό τους περιβάλλον, σε μια προσπάθεια να τα ερμηνεύσει και να τους δώσει νόημα. Και προφανώς η ανάδειξη αυτού του νοήματος προκύπτει μέσα από την ίδια την εμπειρία των υποκειμένων της έρευνας. Επιπλέον, όπως υποστηρίζει ο Peter Fonagy, “τα ψυχολογικά δεδομένα (είτε είναι ποσοτικά, είτε ποιοτικά) που προκύπτουν από υποκείμενα, χρήζουν ερμηνείας, καθώς αναπόφευκτα βασίζονται σε ασυνάρτητες αλληλεπιδραστικές διαδικασίες” (Fonagy, 2002: σελ. 49).

#### **4.2.3. Έρευνα και Ψυχανάλυση**

Η σύνδεση της εμπειρικής έρευνας με την κλινική πρακτική στον ψυχαναλυτικό χώρο εξακολουθεί να είναι αμφιλεγόμενη. Παρ’ όλα αυτά η ψυχαναλυτική κοινότητα βρίσκεται μπροστά σε μια πιεστική ανάγκη να αυξήσει την έρευνα σε όλες τις πλευρές της κλινικής ψυχαναλυτικής θεωρίας και τεχνικής και των εφαρμογών τους (Kernberg, 2006). Βέβαια είναι

σημαντικό να αναγνωρίσει κανείς, ότι όσο απαραίτητο μπορεί να είναι αυτό, άλλο τόσο δύσκολο είναι μεθοδολογικά.

Οι ενστάσεις απέναντι στην εμπειρική έρευνα απορρέουν από μια θεμελιώδη δυσπιστία απέναντι στα συναφή εργαλεία και στις διάφορες εμπειρικο-στατιστικές μεθοδολογίες, που ως κοινή αφετηρία έχουν το ζητούμενο της αντικειμενοποίησης, όχι μόνο στην καταληκτική φάση της θεωρητικής ολοκλήρωσης, αλλά κυρίως ως βασική προϋπόθεση της ίδιας της έρευνας.

Είναι γεγονός από το άλλο μέρος, ότι η έρευνα στην ψυχανάλυση δεν μπορεί παρά να διεξάγεται στο επιστημολογικό και θεωρητικό περιβάλλον που η ίδια εγκαθιδρύει, στοχεύοντας κατεξοχήν – στον αντίποδα κάθε αντικειμενοποίησης – στην υποκειμενοποίηση μέσα από τη δι-υποκειμενικότητα. Η έρευνα συνεπώς στην ψυχανάλυση δεν πραγματοποιείται με τον ίδιο τρόπο που μπορεί να γίνεται σε άλλες κλινικού τύπου παρεμβάσεις. Όπως αναφέρουν άλλωστε οι Busch & Milrod, η αποτελεσματικότητα των ψυχαναλυτικών παρεμβάσεων βασίζεται στην κλινική παράδοση και στην υποκειμενική εμπειρία (Busch & Milrod, 2010).

Το χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στην εμπειρική έρευνα και στην κλινική πρακτική στον ψυχαναλυτικό χώρο καθρεφτίζει ίσως τη συνθετότητα που χαρακτηρίζει και γενικότερα τη σχέση της θεωρίας με την κλινική πρακτική (Jimenez, 2007). Από τη μία πλευρά οι ερευνητές επιδιώκουν να αναδείξουν την αιτιώδη σχέση ανάμεσα στους τρόπους παρέμβασης και στη βελτίωση που επέρχεται, εφαρμόζοντας διάφορες μεθόδους αξιολόγησης.

Από το άλλο μέρος, οι κλινικοί δεν ενδιαφέρονται τόσο να προσδιορίσουν το συστατικό εκείνο που φέρνει την αλλαγή, όσο το να



επιτευχθεί η αλλαγή (Jimenez, 2007). Υπάρχει λοιπόν διαφορετική στοχοθεσία στους δυο αυτούς χώρους, η οποία δυσχεραίνει τη μεταξύ τους σχέση. Επιπρόσθετα, η ψυχοθεραπεία είναι μια πολύπλοκη δι-υποκειμενική επικοινωνία στην οποία υπεισέρχονται και αλληλεπιδρούν πλείστοι όσοι παράγοντες, ενώ οποιοσδήποτε από αυτούς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την έκβαση της θεραπείας (Fonagy et al., 2005).

Η έλλειψη έρευνας στους ψυχαναλυτικούς χώρους, οδηγεί πολλούς, ακόμα και γνωστούς ψυχαναλυτές, να παραμένουν εκτός των κεντρικών επιστημονικών συζητήσεων που πραγματοποιούνται σε ένα μεγάλο εύρος της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με την ψυχική υγεία (Busch & Milrod, 2010). Επιπλέον, οι ψυχαναλυτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις κρίνονται συχνά ακατάλληλες και δεν αποτελούν επιλογή για την αντιμετώπιση αρκετών ψυχιατρικών και συναισθηματικών διαταραχών, κυρίως λόγω της έλλειψης στοιχείων αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να μελετηθεί με προσοχή η αποτελεσματικότητα των ψυχαναλυτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, με τρόπο που να είναι αποδεκτός και κατανοητός και από κλινικούς, αλλά και από επιστήμονες εκτός του ψυχαναλυτικού χώρου, προκειμένου να αλλάξει αυτή η εικόνα (Busch & Milrod, 2010).

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύεται, όχι βέβαια πολύ συχνά, η σημασία του να δίνεται έμφαση στην έρευνα στους ψυχαναλυτικούς χώρους (Gunderson & Gabbard, 1999; Kernberg, 2012; Kernberg, 2006; Jimenez, 2007), καθώς τα οφέλη όπως φαίνεται είναι πολλά αλλά και ουσιαστικά.

Η Anna Freud, όπως και πολλοί άλλοι διακεκριμένοι ψυχαναλυτές, όπως ο Spitz, ο Bowlby, η Mahler, ο Winnicott κα., ήταν ένθερμοι υποστηρικτές της έρευνας και συγκεκριμένα της μεθόδου της παρατήρησης. Η Anna Freud θεωρούσε ότι είναι απαραίτητη η έρευνα προκειμένου να προχωρήσει η ψυχανάλυση, καθώς θα συμβάλλει στην αξιολόγηση θεωρητικών σκεπτικών και την ανάδειξη νέων (Freud, 1951). Αναφορικά με τις επιδράσεις της έρευνας στην κλινική πρακτική παραπέμπουμε επίσης στα κατά Safran & Muran «έμμεσα κλινικά αποτελέσματα της έρευνας» - *clinical by product of research* – (Safran & Muran, 1994: σελ.219).

Είναι γεγονός βέβαια, ότι η μεγαλύτερη ανάπτυξη στην ψυχαναλυτική θεωρία και στην τεχνική δεν έχει προέλθει από εμπειρική έρευνα αλλά μέσα από την εμπνευσμένη αναλυτική εργασία σπουδαίων κλινικών και θεωρητικών όπως η Klein, ο Winnicott, ο Bion, η Jacobson κ.α. Παρ' όλα αυτά η εμπειρική έρευνα είναι απαραίτητη, προκειμένου η ψυχαναλυτική κλινική θεωρία να ισχυροποιηθεί με τρόπο ευρύτερα επιστημονικά αποδεκτό αλλά και να αναπτυχθεί περαιτέρω, μέσα από την αξιολόγηση και την επικύρωση των όσων αυτή πρεσβεύει (Kernberg, 2006). Στην ίδια κατεύθυνση και ο Perron, αναγνωρίζει τη μεγάλη ανάγκη εκτεταμένης έρευνας, προκειμένου να αποτιμάται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μεθόδων. Ο ίδιος όμως θέτει και το ζήτημα της καταλληλότητας της ερευνητικής μεθόδου, καθώς θεωρεί ότι πολύ συχνά πολλές από τις εν λόγω έρευνες καταλήγουν αναπόδραστα σε εσφαλμένα συμπεράσματα (Perron, 2006; Ποταμιάνου, 2007).

Ο Kernberg (2012), ένας από τους πιο ένθερμους υποστηρικτές της ανάπτυξης της έρευνας στους ψυχαναλυτικούς χώρους, πρότεινε πρόσφατα

κάποιες οδηγίες, για τη «διάσωση της ψυχανάλυσης από την αυτοκτονία», όπως ο ίδιος λέει, λόγω της υπεροψίας με την οποία η ίδια δια των εκπροσώπων της δείχνει να κινείται, διατεινόμενη ότι κατέχει τη μοναδικότητα ως προς την πρόσβαση στην ύστατη αλήθεια. Μια από τις λύσεις κατά τον Kernberg (2012) είναι η συνεχιζόμενη έρευνα. Προτείνει λοιπόν την εδραίωση της ψυχανάλυσης, ως επιστήμης που επιζητά τον διαρκή έλεγχο των θεωριών, την αντιπαράθεση αυτών των θεωριών με άλλες εναλλακτικές, αλλά και τη διερεύνηση των σχέσεών της με συναφείς επιστήμες.

Αναφερόμενος στην αντίδραση που παρατηρείται στους χώρους της ψυχανάλυσης απέναντι στην έρευνα, ο Otto Kernberg εξηγεί ότι η εισαγωγή νέας γνώσης και νέων τρόπων αντιμετώπισης της πραγματικότητας, τείνει να διεγείρει अपέλπιδες απαιτήσεις για την υποτιθέμενη γνησιότητα του παρελθόντος (Kernberg, 2006; Kernberg, 2007), συγκρίνοντας αυτή την αντίδραση με καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας θεραπευτής με σοβαρά διαταραγμένους ασθενείς με χρόνιες χαρακτηρισολογικές διαταραχές και αυτοκτονικές τάσεις.

Η έρευνα στους ψυχαναλυτικούς χώρους ως επί το πλείστον επικεντρώνεται:

1. στην εφαρμογή ψυχαναλυτικών παρεμβάσεων σε συγκεκριμένους πληθυσμούς,
2. στην ανάπτυξη εγχειριδίων που καθιστούν αξιόπιστη την αξιολόγηση των παρεμβάσεων και την εκπαίδευση επαγγελματιών και
3. στη χρησιμότητα της έρευνας ως εργαλείου για την αποσαφήνιση και τη βελτίωση της θεραπευτικής στάσης των θεραπευτών (Busch & Milrod, 2010).

Αρκετοί κλινικοί και ερευνητές έχουν προχωρήσει ήδη στη δημιουργία εγχειριδίων για διάφορες ψυχαναλυτικές παρεμβάσεις και στη συστηματική μελέτη της έκβασης τους (Barkham, Shapiro, Hardy, & Rees, 1999; Bateman & Fonagy, 2008; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Leichsenring et al., 2009; Milrod et al., 2007). Υπάρχουν όμως και άλλοι, οι οποίοι είναι αντίθετοι απέναντι στη συγκεκριμενοποίηση που προϋποθέτει η δημιουργία εγχειριδίων, θεωρώντας ότι με αυτό τον τρόπο περιορίζεται και μετατρέπεται σε άκαμπτη η ψυχαναλυτική προσέγγιση (Blatt, 2001; Busch, Milrod & Sandberg, 2009). Μια κριτική που ασκείται συχνά βασίζεται στην παραδοχή, ότι η τεχνική από μόνη της δεν είναι αρκετή, καθώς οι ανθρώπινες σχέσεις μετράνε εξίσου (Bromberg, 2012). Όταν προσπαθούμε να βάζουμε ταμπέλες στις τεχνικές που χρησιμοποιούμε, τότε επιβραδύνουμε την εξέλιξη της ψυχανάλυσης, τόσο σε κλινικό επίπεδο όσο και σε θεωρητικό (Bromberg, 2012).

Συχνά κάποια εγχειρίδια έχουν χαρακτηριστεί ως άκαμπτα ή κατηγορούνται ότι παρεμβαίνουν στην ψυχαναλυτική διαδικασία. Υπάρχει όμως σήμερα και ένας μεγάλος αριθμός εγχειριδίων για ψυχαναλυτικού τύπου παρεμβάσεις, που παρουσιάζουν μια μεγάλη ελευθερία και ευελιξία, τόσο ως προς την κλινική εκτίμηση όσο και ως προς τις προτεινόμενες θεραπευτικές τεχνικές, προκειμένου αυτές να προσαρμόζονται όσο το δυνατό καλύτερα στον κάθε ασθενή (Busch & Milrod, 2010).

Πολλοί είναι επίσης εκείνοι που υποστηρίζουν, ότι η ανάπτυξη της ψυχαναλυτικής σκέψης χρειάζεται να στηρίζεται στη συνεργασία με τη σύγχρονη έρευνα αναφορικά με την ανάπτυξη (γνωστική και συναισθηματική) (Bucci, 2012). Πολύ σημαντική θεωρείται επίσης η συνέχιση και διεύρυνση

του διεπιστημονικού διαλόγου με τις νευροεπιστήμες, (Solms, Turnbull, 2002, Χατζή, Πατεράκη, 2009, Kandel, 1999, 2006, Leuzinger – Bohleber & Pfeifer, 2006; Bucci, 2012), την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την φιλοσοφία, την ψυχιατρική, την κοινωνική ψυχολογία, αλλά και την έρευνα με στόχο την αξιολόγηση του κλινικού έργου, (Klauber, 1968, Kernberg, 2006, Leuzinger - Bohleber et al., 2003). Προτείνεται δε, η μεταξύ τους επικοινωνία να είναι αμφίδρομη, συμβάλλοντας η μια στην περαιτέρω ανάπτυξη της άλλης (Bucci, 2012).

Από το άλλο μέρος, υποστηρίζεται επίσης και η ανάγκη διαμόρφωσης μιας κουλτούρας απαρτίωσης (integration) και σύνθεσης με στοιχεία από άλλα ψυχοθεραπευτικά ρεύματα προς όφελος του πάσχοντος υποκειμένου (Pocock, 1995, Greenberg et. al., 1988, Beebe & Lachmann, 2002, Lancer, 2000). Βέβαια, χρειάζεται εδώ να αναφερθεί, ότι συχνά η προσπάθεια να ανοίξει και να αναπτυχθεί ένας συστηματικός διάλογος με άλλα ψυχοθεραπευτικά ρεύματα, τόσο εντός του ψυχαναλυτικού γαλαξία όσο και έξω από αυτόν, γίνεται αντιληπτή ως αντι-ψυχαναλυτική στάση που νοθεύει την ίδια την ουσία του ψυχαναλυτικού διαβήματος και «κινήματος», (Στυλιανίδης, 2010β).

Η ψυχανάλυση βρίσκεται μόλις στο ξεκίνημα της έρευνας αναδεικνύοντας μέχρι στιγμής ένα μικρό μόνο μέρος της όλης συνθετότητας που χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο ζήτημα (Scalzone, 2005). Μέχρι το 2002, η επίσημη έκδοση της Επιτροπής Έρευνας της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Ένωσης, κατέγραφε 70 συστηματικά ερευνητικά προγράμματα ανά τον κόσμο, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχαναλυτικής θεραπείας (Κουρέτας, 2007; Fonagy, 2002). Παρά τις αντιστάσεις όμως, τα τελευταία 20

χρόνια η Διεθνής Ψυχαναλυτική Ένωση και η Αμερικάνικη Ψυχαναλυτική Εταιρεία καταβάλλουν προσπάθειες για να αναστραφεί αυτή η τάση (Κουρέτας, 2007). Τις τελευταίες δεκαετίες μάλιστα έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος σε ότι αφορά και τη χρηματοδότηση της έρευνας στους ψυχαναλυτικούς χώρους, (Fonagy, 2002). Παρ' όλα αυτά η έρευνα, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης και των ψυχοδυναμικών θεραπειών γενικότερα, είναι ακόμα πολύ περιορισμένη (Gerber et al, 2010).

#### **4.3. Συνεντεύξεις με θεραπευτές ομάδων Γονέων-Νηπίων**

Το αντικείμενο της διατριβής αυτής όπως προαναφέρεται είναι η μελέτη της κλινικής δουλειάς που πραγματοποιείται εντός των ομάδων γονέων-νηπίων. Τα πρωτογενή δεδομένα της ερευνητικής αυτής εργασίας, προέκυψαν μέσα από συνεντεύξεις με τους θεραπευτές, το περιεχόμενο των οποίων καταγράφηκε ηλεκτρονικά και εν συνεχεία μετά την απομαγνητοφώνηση του πραγματοποιήθηκε εις βάθος ανάλυση και επεξεργασία των στοιχείων και των μεταβλητών που ανέκυψαν.

Δεν επιλέχθηκε μια ποσοτική ανάλυση των δεδομένων, καθώς ο κύριος αντικειμενικός στόχος δεν ήταν να καταλήξουμε σε στατιστικά εδραιωμένα συμπεράσματα, αλλά να αναδείξουμε βαθύτερα νοήματα μέσα από τις περιγραφόμενες από τα υποκείμενα διαδικασίες και καταστάσεις, να αναδείξουμε υπόρρητες συσχετίσεις, αλλά και μέσα από την ανάλυση και ερμηνεία του εκφερόμενου από τα ίδια λόγου.

Η ανάλυση συνεπώς των συνεντεύξεων έγινε ποιοτικά. Αναφορικά με τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, θα λέγαμε ότι πρόκειται για ένα συνδυασμό

Θεματικής Ανάλυσης (thematic analysis) (Leininger, 1985; Blanchet & Al., 1985; Blanchet, Ghiglione, Massonnat, Trognon, 1987; Barker et al, 1994; Braun & Clarke, 2006; Murray, 2010), και Ανάλυσης Περιεχομένου (Weber, 1996; Murray 2010), μαζί με κάποια στοιχεία, όσο αφορά κυρίως στις τεχνικές, από την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (Smith, 1996; Murray, 2010).

Η μεθοδολογική προσέγγιση σε μεγάλο βαθμό υποδείχθηκε και από τη μορφή και το περιεχόμενο των απαντήσεων των υποκειμένων της έρευνας. Τα διαφορετικά υπόβαθρα των ερωτώμενων οδήγησαν στην παραγωγή δεδομένων τα οποία ήταν ανομοιογενή. Οι απαντήσεις τους κινήθηκαν σε ένα συνεχές φάσμα, όπου στο ένα άκρο τοποθετούνται οι απαντήσεις με τη μορφή συγκεκριμένων ονομαστικών κατηγοριών (π.χ. λεκτικοποίηση) και στο άλλο οι πιο αναλυτικές και περιγραφικές, που μιλάνε για την εμπειρία τους.

Για το λόγο αυτό, η ανάλυση απαιτεί και ορισμένα επίπεδα ερμηνείας του ερευνητή, αφού επικεντρώνεται και στο πως τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται τις προσωπικές τους εμπειρίες. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι υιοθετεί ορισμένες από τις τεχνικές της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (Moon, Dillon and Sprengle, 1990; Smith, 1996; Murray, 2010). Παρ' όλα αυτά, δεν ακολουθείται γενικότερα αυτός ο τρόπος ανάλυσης, καθώς το γεγονός ότι στην παρούσα εργασία το δείγμα της έρευνας αποτελούν "ειδικοί" επί του θέματος, στρέφει το βάρος της έρευνας περισσότερο στο περιεχόμενο και στις πληροφορίες με βάση την εμπειρία τους παρά στην εμπειρία τους αυτή καθαυτή.

Η θεματική ανάλυση είναι χρήσιμο να θεωρείται ως μια θεμελιακή μέθοδος για ποιοτική ανάλυση (Braun & Clarke, 2006). Ένα από τα χαρακτηριστικά πλεονεκτήματα της είναι η ευελιξία. Μέρος της ευελιξίας της

έγκειται στο ότι επιτρέπει στον ερευνητή να προσδιορίσει τα επικρατούντα θέματα, με διάφορους τρόπους. Το σημαντικό είναι να είναι ξεκάθαρος και να αναφέρεται με σαφήνεια στο τι κάνει, γιατί το κάνει και πως το κάνει (Attride-Stirling, 2001; Braun & Clarke, 2006). Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμόζεται ευρέως, δεν υπάρχει όμως μια ξεκάθαρη και προσυμφωνημένη εικόνα για το τι ακριβώς περιλαμβάνει, καθώς και για τα στάδια που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της υλοποίησης της (Braun & Clarke, 2006).

Η θεματική ανάλυση αποτελεί μια δόκιμη μέθοδο για αναγνώριση, ανάλυση και αναφορά των θεμάτων που αναδύονται μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα και είναι ιδιαίτερος χρήσιμη, όταν εξετάζονται τομείς που δεν έχουν τύχει διεξοδικής μελέτης (Braun & Clarke, 2006). Προϋπόθεση για να είναι επιτυχής η θεματική ανάλυση, είναι οι ερμηνείες του ερευνητή να βρίσκονται σε συνέπεια με το όλο θεωρητικό πλαίσιο και τη βιβλιογραφία (Braun & Clarke, 2006). Σε κάθε περίπτωση αυτή η μέθοδος ανάλυσης οφείλει να στηρίζεται πρωτίστως στα ερευνητικά ερωτήματα, και δευτερευόντως μόνο σε γενικότερες θεωρητικές υποθέσεις.

Μέσα από την χρήση της θεματικής ανάλυσης τα διάφορα πρότυπα συμπεριφορών και αντιλήψεων τα οποία προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων, συνδυάζονται μεταξύ τους και αποκτούν νόημα. Σύμφωνα με τον Leininger, τα θέματα εμφανίζονται όταν βάλουμε μαζί συστατικά μέρη και αποσπασματικά κομμάτια από ιδέες και εμπειρίες, που αν ιδωθούν ξεχωριστά, μοιάζουν να στερούνται νοήματος (Leininger, 1985).

Αυτή η μέθοδος βασίζεται συνεπώς σε μια αλληλοδιαδραστική (interactive) διαδικασία ανάμεσα στα δεδομένα και στα προσωπικά πιστεύω των υποκειμένων και τις ερμηνείες του ερευνητή. Παρ' όλα αυτά, το



σημαντικότερο στην όλη ερευνητική διαδικασία είναι να γνωρίζει καλά ο ερευνητής τους στόχους και τις διαδικασίες της ποιοτικής ανάλυσης και να τις εφαρμόζει με συστηματικό τρόπο, και όχι να εμμένει σε κάποια συγκεκριμένη ορολογία (Murray, 2010).

#### **4.3.1. Η επιλογή του δείγματος**

Σε αντίθεση με την τυχαία δειγματοληψία που ισχύει στην ποσοτική έρευνα προκειμένου να εξασφαλίσει αντιπροσωπευτικό δείγμα, στην ποιοτική έρευνα η δειγματοληψία ακολουθεί συγκεκριμένα και προκαθορισμένα κριτήρια επιλογής, ώστε τα υποκείμενα της έρευνας να συγκεντρώνουν τα χαρακτηριστικά εκείνα που υπαγορεύει το ερευνητικό ερώτημα (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, Trognon, 1987; Murray, 2010). Σύμφωνα με τους Marshall και Rossman, (2006), μια προηγούμενη σύνδεση / σχέση με τους συμμετέχοντες στην ποιοτική έρευνα, διευκολύνει ως ένα βαθμό τη συλλογή των δεδομένων, αρκεί να συνάδει με τις αρχές που διέπουν τη συγκεκριμένη ερευνητική προσέγγιση, οι οποίες υπαγορεύουν και τις απαιτήσεις ως προς το ρόλο του ερευνητή σε αυτή. Στη φαινομενολογική έρευνα το βασικό κριτήριο για την επιλογή των συμμετεχόντων, είναι να έχουν βιωματική εμπειρία αναφορικά με το υπό διερεύνηση φαινόμενο (Spinelli, 1996).

Στην παρούσα εργασία, η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με κριτήριο την εμπειρία τους στο συγκεκριμένο είδος κλινικής εργασίας. Το προς διερεύνηση αντικείμενο έχει μέχρι σήμερα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ελάχιστα μελετηθεί και άρα είναι σημαντικό με την εργασία αυτή να μπορέσουν να τεθούν με τον πλέον αξιόπιστο δυνατό τρόπο οι βάσεις για την περαιτέρω

επιστημονική διερεύνηση της κλινικής εργασίας που πραγματοποιείται στο εσωτερικό των ομάδων γονέων-νηπίων.

Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο αποφασίστηκε να παρθούν συνεντεύξεις μόνον από θεραπευτές ομάδων του Anna Freud Centre και όχι και από άλλους χώρους, στους οποίους πραγματοποιούνται μεν ομάδες γονέων-νηπίων κατά το πρότυπο του Anna Freud Centre, προσαρμοσμένες όμως στα δικά τους δεδομένα.

#### **4.3.2. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα**

Συνολικά συλλέχθηκαν εννέα συνεντεύξεις από θεραπευτές ομάδων γονέων-νηπίων. Ζητήθηκε να συμμετέχουν στην έρευνα, δίνοντας συνέντευξη, από όλους όσους διετέλεσαν διαχρονικά θεραπευτές στις ομάδες νηπίων - γονέων του Anna Freud Centre, από την αρχή δηλαδή της λειτουργίας του προγράμματος, πριν από εξήντα περίπου χρόνια, μέχρι σήμερα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, πως όλοι οι θεραπευτές που τους ζητήθηκε να λάβουν μέρος, απάντησαν θετικά.

Από την όλη διαδικασία, εξαιρέθηκε μόνο μια παλαιότερη θεραπεύτρια επειδή η ίδια πλέον κατοικούσε σε γεωγραφικά απομακρυσμένη περιοχή και άρα θα της ήταν αδύνατο να λάβει μέρος, όπως και μια πολύ καινούργια θεραπεύτρια, λόγω της μικρής εμπειρίας που είχε (2 μήνες μόνο).

#### **4.3.3. Τα προφίλ των θεραπειών<sup>8</sup>**

---

<sup>8</sup> Τα ονόματα των θεραπειών και κάποια από τα χαρακτηριστικά του προφίλ τους έχουν αλλαχθεί ώστε να διατηρείται η ανωνυμία των ερωτώμενων και γενικότερα η εμπιστευτικότητα της έρευνας.

**Helen:** Είναι ψυχοθεραπεύτρια και ψυχαναλύτρια παιδιών και ενηλίκων. Αρχικά σπούδασε και εργάστηκε ως δασκάλα μικρών παιδιών. Έχει διατελέσει υπεύθυνη ομάδας γονέων-νηπίων για πολλά χρόνια, ενώ στη συνέχεια έγινε διευθύντρια του προγράμματος και επόπτρια των θεραπειών.

**Kathy:** Είναι ψυχοθεραπεύτρια παιδιών και εφήβων, εκπαιδευμένη στο Anna Freud Centre. Αρχικά σπούδασε μοριακή γενετική. Εδώ και πολλά χρόνια είναι υπεύθυνη ομάδας γονέων-νηπίων, ενώ έχει διατελέσει και διευθύντρια του συγκεκριμένου προγράμματος.

**Dora:** Είναι ψυχαναλύτρια ενηλίκων. Αρχικά σπούδασε κλινική ψυχολογία και για κάποια χρόνια εργάστηκε σε νηπιαγωγείο. Έχει διατελέσει υπεύθυνη ομάδας για επτά χρόνια. Τα πρώτα δυο, σε ομάδα στο χώρο του Anna Freud Centre ενώ τα επόμενα πέντε σε ομάδα που πραγματοποιούνταν σε έναν ξενώνα για άστεγες οικογένειες.

**Maria:** Είναι ψυχαναλύτρια παιδιών και ενηλίκων. Αρχικά σπούδασε και εργάστηκε ως κοινωνική λειτουργός. Έχει εργαστεί ως υπεύθυνη ομάδας σε μια από τις ομάδες που πραγματοποιούνταν στο χώρο του Anna Freud Centre για περίπου δέκα χρόνια.

**Jane:** Είναι ψυχοθεραπεύτρια παιδιών και εφήβων εκπαιδευμένη στην Tavistock. Αρχικά σπούδασε κοινωνικές επιστήμες και media. Εργάστηκε όμως για αρκετά χρόνια εθελοντικά σε σχολεία και ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εργάζεται εδώ και ένα χρόνο ως υπεύθυνη ομάδας σε μια από τις ομάδες που πραγματοποιούνται εκτός του Anna Freud Centre, σε έναν ξενώνα για άστεγες οικογένειες.

**Christin:** Είναι ψυχοθεραπεύτρια παιδιών και εφήβων, εκπαιδευμένη στο Anna Freud Centre. Είναι υπεύθυνη ομάδας εδώ και δυο χρόνια σε μια από τις ομάδες που πραγματοποιούνται στο χώρο του Anna Freud Centre.

**Nicole:** Είναι δασκάλα για μικρά παιδιά και έχει εργαστεί για πολλά χρόνια στο πλευρό της Anna Freud. Έχει διατελέσει υπεύθυνη ομάδας για 12 χρόνια.

**Sarah:** Ψυχοθεραπεύτρια παιδιών και εφήβων εκπαιδευμένη στο Anna Freud Centre. Αρχικά σπούδασε ψυχολογία και εργάστηκε σε δημοτικό σχολείο. Έχει εργαστεί ως υπεύθυνη ομάδας για ένα χρόνο, σε ομάδα που πραγματοποιούνταν στο χώρο του Anna Freud Centre.

**Betty:** Ψυχοθεραπεύτρια παιδιών και εφήβων, εκπαιδευμένη στην Tavistock. Αρχικά σπούδασε και εργάστηκε ως κοινωνική λειτουργός. Είναι υπεύθυνη ομάδας γονέων-νηπίων σε μια από τις ομάδες που πραγματοποιούνται εκτός του Anna Freud Centre, σε έναν ξενώνα για άστεγες οικογένειες.

Κάποια γενικά συμπεράσματα που προκύπτουν από τα προφίλ των συμμετεχόντων είναι τα ακόλουθα. Κατ' αρχάς, όλες οι θεραπεύτριες, εκτός από δυο, είναι ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης ψυχοθεραπεύτριες παιδιών και εφήβων ενώ τρεις από αυτές είναι και ψυχαναλύτριες ενηλίκων. Η μόνη που δεν είναι ψυχοθεραπεύτρια και είναι η αρχαιότερη που εργάζεται με ομάδες νηπίων στο Anna Freud Centre του Λονδίνου, είναι δασκάλα.

Η ίδια ήταν όμως στο πρόγραμμα από το ξεκίνημά του, έχοντας μάλιστα υπάρξει και συνεργάτιδα της Anna Freud. Επιπλέον, δυο από τις θεραπεύτριες έχουν διατελέσει (ή είναι) και διευθύντριες του προγράμματος των ομάδων νηπίων στο εν λόγω κέντρο, ενώ τρεις από τις θεραπεύτριες

έχουν εργαστεί ως υπεύθυνες ομάδας (group leaders) σε ομάδες της ευθύνης του Anna Freud Centre, που πραγματοποιούνται όμως εκτός κλινικής, σε ξενώνες για άστεγες οικογένειες. Τέλος, οι πέντε από τις εννέα θεραπεύτριες δεν εργάζονται πλέον με σχετικές ομάδες, έχοντας αποσυρθεί ύστερα από κάποια χρόνια υπηρεσίας, ενώ οι άλλες τέσσερις είναι σήμερα βασικές θεραπεύτριες τέτοιων ομάδων στο Anna Freud Centre.

#### **4.3.4. Η συνέντευξη ως ερευνητικό εργαλείο**

Οι βασικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων στην έρευνα για την ψυχική υγεία είναι η συνέντευξη, η παρατήρηση και οι εστιασμένες ομάδες (focus groups) (Trakas, 2008). Η συνέντευξη έχει κυρίαρχη θέση ανάμεσα στα ερευνητικά αυτά εργαλεία, αφού ο κύριος ερευνητικός στόχος από μέρους του ερευνητή, είναι η ανάδειξη μιας προσωπικής εκτίμησης των εμπειριών και των συμπεριφορών των συμμετεχόντων στην έρευνα (Murray, 2010). Η ευελιξία που γενικά χαρακτηρίζει τη συνέντευξη, είναι αυτό που την κάνει να είναι και τόσο γοητευτική (Bryman, 2001), αφού είναι μια ευέλικτη και ευπροσάρμοστη μέθοδος εξεύρεσης απαντήσεων (Robson, 2002). Η συνέντευξη άλλωστε αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μέθοδο ποιοτικής έρευνας (Bryman, 2001).

Ως συνέντευξη, ορίζεται μια οργανωμένη συζήτηση με συγκεκριμένους και προκαθορισμένους από τον ερευνητή στόχους (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, Trognon, 1987). Ο ρόλος του συνεντευκτή, είναι να συνεργαστεί και να διευκολύνει τα υποκείμενα να αναδείξουν τις εμπειρίες και τα πιστεύω τους, εστιάζοντας στην πείρα που το καθένα τους έχει πάνω στον τομέα ο οποίος ερευνάται (Murray, 2010).

Πρέπει να τονιστεί ότι η διαδικασία της συνέντευξης δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση μια ουδέτερη διαπροσωπική επικοινωνία στη βάση αλληλοδιαδεχόμενων ερωτήσεων και απαντήσεων, (Atkinson & Silverman, 1997; Fontana, 2002; Fontana & Frey, 2005). Αντίθετα, το μοντέλο που θέλει τον ερευνητή να είναι μια φιγούρα εξουσίας που ρωτά ένα παθητικό και άρα αντικειμενοποιημένο υποκείμενο, έχει από καιρού αποδυναμωθεί για χάρη ενός πιο συνεργατικού τρόπου αναζήτησης, (Heron, 1981), όπου τα υποκείμενα της έρευνας γίνονται αντιληπτά ως συν-ερευνητές, με ενεργό ρόλο και ανοιχτή συμμετοχή στην ερευνητική διαδικασία (Fontana & Frey, 2005). Η αμοιβαιότητα της συμμετοχής των δύο μερών σε μια πιο ενεργητική διαδικασία, δύναται να οδηγήσει τελικά στην από κοινού κατασκευή μιας ιστορίας, στη δι-υποκειμενική συν-κατασκευή δηλαδή της συνέντευξης.

Στις συνεντεύξεις που γίνονται στο πλαίσιο μιας ποιοτικής έρευνας, υπάρχει πολύ μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις απόψεις του ερωτώμενου, σε αντιδιαστολή με την ποσοτική έρευνα, όπου η συνέντευξη συνήθως αντανakλά τους προβληματισμούς του συνεντευκτή (Bryman, 2001). Επιπλέον, ο συνεντευκτής είναι ένα άτομο που εμφορείται από συνειδητά και ασυνειδητά κίνητρα, επιθυμίες, συναισθήματα και γνώσεις (Scheurich, 1995), τα οποία δυνητικά μπορεί να επηρεάζουν την όλη διαδικασία. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό ο ερευνητής να βρίσκεται σε μια διαρκή κατάσταση αναστοχασμού και αυτο-έλεγχου, έχοντας επίγνωση των χαρακτηριστικών του εκείνων που πιθανά μπορεί να υπεισέλθουν επηρεάζοντας τη διαδικασία όσο και το περιεχόμενο της συνέντευξης (Murray, 2010).

Στην παρούσα εργασία, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί η τεχνική της διεξαγωγής ατομικών ημι-δομημένων συνεντεύξεων (semi-structured interviews). Η ημι-δομημένη συνέντευξη είναι η πλέον συνηθισμένη μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιείται στην ποιοτική έρευνα (Midgley, 2006a). Εκτός από αυτή τη μορφή συνέντευξης υπάρχουν και πλείστες άλλες, όπως η δομημένη συνέντευξη, η συνέντευξη βάθους ή κλινικού τύπου συνέντευξη, οι εστιασμένες ομάδες ή ομαδικές συνεντεύξεις κλπ. (Fontana & Frey, 2005; Λυδάκη, 2012).

Η ημι-δομημένη συνέντευξη ειδικά χρησιμοποιείται ευρέως στην ποιοτική έρευνα, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους (Robson, 2002). Σε αυτήν, ο ερευνητής συνήθως ακολουθεί έναν απομνημονευμένο “οδηγό συζήτησης”, ο οποίος περιλαμβάνει μια λίστα από ερωτήσεις και θεματικούς άξονες που πρέπει να καλυφθούν. Τα υποκείμενα από το άλλο μέρος, έχουν μεγάλα περιθώρια ελευθερίας για το πώς θα απαντήσουν. Η ατζέντα της συζήτησης έτσι δεν είναι ποτέ απόλυτα προδιαγεγραμμένη και ενδέχεται στην πορεία μιας συνέντευξης να προστίθενται και ερωτήσεις που δεν υπήρχαν από την αρχή, στην περίπτωση που ο ερευνητής διαπιστώνει ότι είναι σημαντικές για τον ερωτώμενο ή για το προς διερεύνηση θέμα (Bryman, 2001). Παράλληλα, είναι σύνηθες να τροποποιηθεί η αρχική πορεία και κατεύθυνση του ερευνητή στο ξετύλιγμα της επιτόπιας μελέτης των κινήτρων και των νοημάτων που αρχίζουν να αναδύονται (Robson, 2002).

Στο πλαίσιο αυτό και για την παρούσα έρευνα, σχεδιάστηκε αρχικά ένας αριθμός ερωτήσεων, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στη συνέχεια με τον τρόπο που παρουσιάζεται στο επόμενο υποκεφάλαιο ως κεντρικός άξονας για

τη λήψη των ημι-δομημένων συνεντεύξεων με τις 9 θεραπεύτριες του δείγματος. Η πραγματοποίηση των συνεντεύξεων έλαβε χώρα τον Οκτώβριο 2010 και το ερωτηματολόγιο / οδηγός συζήτησης που χρησιμοποιήθηκε παρατίθεται στο Παράρτημα 1.

#### **4.3.5. Η προεργασία**

Ειδική μέριμνα λήφθηκε κατά την προετοιμασία της οργάνωσης των συναντήσεων, έτσι ώστε αφενός να παρθούν οι απαραίτητες άδειες και αφετέρου να οριστεί και να οργανωθεί κατάλληλα ο χώρος για τις συνεντεύξεις (Robson, 2002). Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στα πρώιμα στάδια, τόσο της προεργασίας όσο και των πρώτων επαφών, καθώς οι αρχικές εντυπώσεις που θα προκύψουν δύνανται να επηρεάσουν αποφασιστικά την επιτυχή ή όχι έκβαση της όλης διαδικασίας (Fontana & Frey, 2005; Λυδάκη, 2012).

Για την προσέγγιση των υποψήφιων να συμμετέχουν στην έρευνα γράφτηκε ένα ενημερωτικό σημείωμα που παρουσίαζε τα στοιχεία της ερευνήτριας και περιέγραφε τους σκοπούς της συγκεκριμένη έρευνας. Το σημείωμα αυτό δόθηκε στη διευθύντρια του Προγράμματος Ομάδων γονέων-νηπίων του Anna Freud Centre, Inge – Martine Pretorius. Εκείνη με τη σειρά της το κοινοποίησε σε όλους τους πρώην και νυν θεραπευτές σχετικών ομάδων, παροτρύνοντάς τους να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στη συνέχεια, η ερευνήτρια επικοινωνήσε με κάθε έναν από εκείνους που δήλωσαν ότι δέχονται να λάβουν μέρος στην έρευνα, για να κλείσει μια συνάντηση για τη συνέντευξη.

Σε όλους τους θεραπευτές στάλθηκαν 2-3 ημέρες νωρίτερα τα ερωτήματα της συνέντευξης, καθώς στόχος δεν ήταν μέσα από τη συνέντευξη



να παρθούν αυθόρμητες απαντήσεις, αλλά πληροφορίες βασισμένες στην κατά τεκμήριο μεγάλη γνώση και εμπειρία τους πάνω στο θέμα. Έτσι, έχοντας στα χέρια τους τα ερωτήματα από πριν, τους δινόταν η δυνατότητα να τα σκεφτούν και να προετοιμαστούν καλύτερα για τη συνέντευξη.

#### **4.3.6. Η λήψη των συνεντεύξεων**

Ο Morse (1994) αναφέρει για τις ερευνητικές συνεντεύξεις, ότι δρομολογούνται μέσα σε συγκεκριμένα πλαίσια, που είτε έχουν να κάνουν με την κουλτούρα και τις πολιτισμικές συνήθειες, είτε με το ίδιο το κοινωνικό, επαγγελματικό ή οικιακό περιβάλλον των υποκειμένων της έρευνας. Στην παρούσα εργασία, οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα σε μέρη οικεία και προσιτά για τους συμμετέχοντες, δηλαδή είτε στο χώρο εργασίας τους είτε το σπίτι, ενώ σε κάθε περίπτωση είχε ληφθεί μέριμνα ώστε να υπάρχουν οι ελάχιστες κατά το δυνατόν παρεμβολές.

Επρόκειτο για στοχευμένες συζητήσεις με σκοπό την άντληση συγκεκριμένων πληροφοριών, όπως αυτές που έχουν περιγραφεί από τους Kahn and Cannel (1957, cited in Marshall & Rossman, 2006), στο πλαίσιο ενός γενικότερου διαλόγου ανάμεσα στα υποκείμενα του δείγματος και στην ερευνήτρια. Η τελευταία φρόντιζε πάντα να εκφράζει προς τις συμμετέχουσες εκτίμηση και ενδιαφέρον για τις απόψεις τους, αναγνωρίζοντας τη μεγάλη επιστημονική σημασία της εμπειρίας τους (Marshall & Rossman, 2006; Fontana & Frey, 2005; Λυδάκη, 2012) και δείχνοντας παράλληλα ελαστικότητα αναφορικά με τον προβλεπόμενο χρόνο της συνέντευξης.

Η ελαστικότητα ως προς τη διάρκεια προτιμήθηκε έναντι του απόλυτα αυστηρού χρονικού πλαισίου, καθώς οι ομάδες γονέων-νηπίων, ως θέμα και

μόνο, αποτελούν ένα εξαιρετικά σύνθετο και πλούσιο αντικείμενο προς διερεύνηση. Η κάθε συνέντευξη διαρκούσε 45 – 55 λεπτά και μαγνητοφωνείτο με την εκ προοιμίου σύμφωνη γνώμη των υποκειμένων του δείγματος. Κατά κοινή ομολογία μια συνέντευξη αυτού του τύπου χρειάζεται χρόνο. Τα 30 λεπτά δεν επαρκούν ώστε η συνομιλία να έχει νόημα και να αποκτήσει αξία, ενώ και το πάνω από μια ώρα, ως διάρκεια θεωρείται αδικαιολόγητα απαιτητική ίσως και κουραστική (Robson, 2002).

Κάποιες από τις συμμετέχουσες επικεντρώνονταν στο να απαντούν επακριβώς στις ερωτήσεις, ενώ άλλες περιέγραφαν πιο αναλυτικά τις εμπειρίες τους, χρησιμοποιώντας παραδείγματα και ιστορίες από την καθημερινότητα της δουλειάς τους. Ορισμένες έδειχναν να νιώθουν λίγο αμήχανα στην αρχή της συνέντευξης, χαλαρώνοντας κατά την πρόοδο της όλης διαδικασίας.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, η ερευνήτρια δεν κρατούσε σημειώσεις παρά μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις όπου και πάλι ήταν εξαιρετικά σύντομες (μια χαρακτηριστική φράση ή λέξη), ούτως ώστε να επηρεάζονται στο ελάχιστο ή όλη διαδικασία αλλά και τα αποτελέσματα αυτής. Η ίδια είχε πάντα κατά νου, ότι κρατώντας σημειώσεις την ώρα της συνέντευξης ήταν σα να κρατά ένα κομμάτι του εαυτού της έξω από τη δυαδική επικοινωνία. Αυτό συνέβαινε μόνο προκειμένου η ίδια να διευκολύνεται στο να κατευθύνει τη συζήτηση, ή να ζητά στη συνέχεια διευκρινίσεις, στην προσπάθεια να μειώνονται τα εμπόδια και οι δυσκολίες που έθετε το ίδιο το γεγονός, ότι η συνέντευξη γινόταν στα Αγγλικά, που δεν ήταν η μητρική της γλώσσα ούτε όμως και ορισμένων από τις συμμετέχουσες στην διαδικασία.

Οι πέντε από τις εννέα συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του Anna Freud Centre. Μια πραγματοποιήθηκε στο ιδιωτικό γραφείο της συμμετέχουσας, εκτός δηλαδή του AFC, δυο άλλες έλαβαν χώρα στα σπίτια των υποκειμένων, ενώ η τελευταία έγινε στο χώρο όπου διέμενε η ερευνήτρια.

#### **4.3.7. Η επεξεργασία του υλικού**

Ύστερα από τη λήψη των συνεντεύξεων, ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση τους. (Παρατίθενται ως παράδειγμα τρεις από αυτές στο Παράρτημα 2). Παρόλο που η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων αποτελεί μια καθαρά τεχνική διαδικασία, τελικά φάνηκε να έπαιξε πολύ ουσιαστικό ρόλο στην όλη ερευνητική διαδικασία, καθώς η ερευνήτρια, ξανακούγοντας «εκ των υστέρων» τους διαλόγους με τα υποκείμενα του δείγματος, οδηγήθηκε σε μια εις βάθος εξοικείωση με τα εμπειρικά δεδομένα.

Είναι γεγονός, ότι η απομαγνητοφώνηση μπορεί να είναι μια ιδιαίτερος χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία, είναι όμως και ένας εξαιρετικός τρόπος για μια πρώτη εξοικείωση του ερευνητή με τα ερευνητικά δεδομένα (Riessman, 1993), γι' αυτό και χρειάζεται να γίνεται αναλυτικά και με μεγάλη προσήλωση (Tuckett, 2005). Αναφορικά με τις ερμηνευτικές ποιοτικές μεθοδολογίες, αυτή η φάση θεωρείται από κάποιους ερευνητές ως «φάση κλειδί» για την ανάλυση των δεδομένων μιας έρευνας (Bird, 2005: 227).

Απαιτήθηκε πολύ χρόνος και πολλαπλή επανάληψη των μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, προκειμένου αυτές να καταγραφούν λέξη προς λέξη. Αφού απομαγνητοφωνήθηκαν και οι εννέα συνεντεύξεις, στάλθηκαν εκ νέου στα υποκείμενα για να δώσουν την έγκριση τους σχετικά με τα γραφόμενα. Επιπλέον, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν όπου ήθελαν

σκέψεις που μπορεί να τους ήρθαν στο νου μετά τη συνέντευξη, αλλά να το κάνουν χρησιμοποιώντας είτε άλλο χρώμα είτε άλλη γραμματοσειρά, ώστε να αναγνωρίζονται ως δικές τους προσθήκες.

Ο ερευνητής είναι πολύ σημαντικό να επιδιώκει τη συμμετοχή των υποκειμένων της έρευνας, στην κατασκευή των ερμηνειών. Το ερευνητικό πλαίσιο από μόνο του, υπαγορεύει μια αρκετά σύντομη επαφή ανάμεσα στον ερευνητή και στα υποκείμενα της έρευνας του. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό ο ερευνητής να χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους που να ενθαρρύνουν τον διάλογο πάνω στα ευρήματα που προκύπτουν κάθε φορά από την έρευνα (Stopford, 2004; Clarke & Hoggett, 2009). Ένας τρόπος είναι να τους ενημερώνει και να μοιράζεται μαζί τους τα προσχέδια της δουλειάς του.

#### **4.4. Η ανάλυση των συνεντεύξεων**

Το επόμενο βήμα ήταν η ανάλυση των συνεντεύξεων. Μετά από προσεκτική<sup>9</sup> και κατ' επανάληψη ανάγνωση του εμπειρικού υλικού, έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν κάποια θέματα και να ενταχθούν στις αντίστοιχες κατηγορίες οι πληροφορίες που ανέκυπταν. Η διαδικασία της κωδικοποίησης είναι κομμάτι της ανάλυσης, καθώς τα ερευνητικά δεδομένα οργανώνονται σε νοηματικές κατηγορίες (Tuckett, 2005). Πιο αναλυτικά, χρειάστηκε να διαβαστούν πολλές φορές οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις προκειμένου να καταστούν ευδιάκριτες και αξιοποιήσιμες από ερμηνευτικής

---

<sup>9</sup> Βέβαια, όπως υποστηρίζει ο Claudio Neri (2011), εκτός από την προσοχή, για την κατανόηση χρειάζεται και η 'απροσεξία', ή για την ακρίβεια η αμεριμνησία και η ονειροπόληση (reverie) του ερευνητή (εκείνος εν προκειμένω βέβαια μιλά για τον αναλυτή).

πλευράς οι πληροφορίες που «υποκρύπτονταν» μέσα σ' αυτές, σε σχέση με τα προς διερεύνηση ερωτήματα.

Η επαναλαμβανόμενη ανάγνωση με μια ενεργητική στάση, αναζητώντας νοήματα που υποκρύπτονται, καθώς και επαναλαμβανόμενα συγκρουσιακού χαρακτήρα θέματα, είναι απαραίτητη. Είναι σημαντικό ο ερευνητής να μην προσπεράσει αυτή τη φάση, καθώς αποτελεί το θεμέλιο της όλης ανάλυσης. Σε αυτή τη φάση, όπως τονίζεται στη σχετική βιβλιογραφία, καλό είναι ο ερευνητής να αρχίσει να κρατά σημειώσεις και να δοκιμάζει ιδέες για πιθανούς τρόπους κωδικοποίησης (Tuckett, 2005; Braun & Clarke, 2006).

Η ερευνήτρια συνέλαβε αρκετές φορές τον εαυτό της να θυμάται επακριβώς τα λόγια και τις φράσεις που οι συνομιλήτριές της είχαν χρησιμοποιήσει. Στη συνέχεια, κράτησε σημειώσεις από κάθε συνέντευξη, προσπαθώντας να απομονώσει επιγραμματικά τις πληροφορίες που την ενδιέφεραν, πληροφορίες που έμοιαζε να απαντούν δηλαδή στα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας (παρατίθενται ως παράδειγμα οι σημειώσεις από τρεις συνεντεύξεις στο Παράρτημα 3). Η κωδικοποίηση αποτελεί βασικό κομμάτι της ανάλυσης, καθώς στη συγκεκριμένη φάση ο ερευνητής προσπαθεί να οργανώσει τα δεδομένα του σε νοηματικές κατηγορίες (Tuckett, 2005).

Όταν ολοκληρώθηκε η ανάλυση της πρώτης συνέντευξης, ακολουθήθηκε η ίδια ακριβώς διαδικασία και για τις υπόλοιπες οχτώ. Στη συνέχεια, έχοντας πλέον μια ομάδα από θέματα και κατηγορίες, η ερευνήτρια επέστρεψε στα πρωτότυπα αρχεία (τις απομαγνητοφωνήσεις των συνεντεύξεων) προκειμένου να επαληθεύσει ή να αναθεωρήσει αυτά τα θέματα και τις κατηγορίες ελέγχοντας για άλλη μια φορά ότι αυτά βρίσκονται

όσο γίνεται πιο κοντά στην ‘πραγματικότητα’ του εμπειρικού υλικού. Η εν λόγω καταγραφή έγινε οργανωμένα και ξεχωριστά για κάθε ερευνητικό ερώτημα. Αφού κρατήθηκαν και αυτές οι σημειώσεις για κάθε συνέντευξη, η ερευνήτρια προσπάθησε να τις ενοποιήσει, τοποθετώντας από κοινού τις απαντήσεις όλων των υποκειμένων ανά ερώτηση, ώστε στη συνέχεια να μπορέσει να τις κατηγοριοποιήσει ως σύνολο.

Όταν πλέον διαμορφώθηκε ένας κατάλογος πληροφοριών για κάθε ερώτημα, η ερευνήτρια ανέτρεξε εκ νέου, τόσο στις σημειώσεις κάθε συνέντευξης όσο και στις ίδιες τις συνεντεύξεις, προκειμένου να ελέγξει αν η καταγραφή της ήταν σωστή και να μπορέσει να βρει τις όποιες παραλήψεις ή παρερμηνείες μπορεί να είχαν γίνει. Επιπλέον, ζήτησε από δυο συναδέλφους της από το Anna Freud Centre (η μια μάλιστα εργάζεται με ομάδες γονέων-νηπίων), να ελέγξουν τη διαδικασία που ακολουθήθηκε. Τους έστειλε δηλαδή από δυο συνεντεύξεις με τις αντίστοιχες σημειώσεις της για την κάθε μια, όπως επίσης τις τελικές λίστες για κάθε ερευνητικό ερώτημα, ώστε να μπορέσουν να αξιολογήσουν εκείνες τη διαδικασία που ακολουθήθηκε.

Στη συνέχεια έγινε και μια πρώτη μετάφραση του υλικού, με μια προσπάθεια να λαμβάνεται κυρίως υπόψη το νόημα που συνάγεται περιφραστικά και να μην ‘εγκλωβίζεται’ η μεταγλώττιση μέσα στις επιμέρους σημασίες των λέξεων και στην ορολογία, με αποτέλεσμα να αλλοιώνεται το νόημα. Σ’ αυτό το σημείο η ερευνήτρια ζήτησε τη βοήθεια Ελλήνων αυτή τη φορά συναδέλφων της με εμπειρία στο συγκεκριμένο τρόπο κλινικής εργασίας αλλά και εξοικείωση με την Αγγλική γλώσσα και την ορολογία, ώστε να ελέγξουν τη μετάφραση που είχε κάνει.

Η διαδικασία της αλληλεπίδρασης της ερευνήτριας με τα δεδομένα, ήταν μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα κυκλική διαδικασία, κατά την οποία η ίδια προσπαθούσε να κατανοήσει τις πληροφορίες που έδιναν τα υποκείμενα αναφορικά με τους τρόπους παρέμβασης και την αξιολόγηση της κλινικής τους εργασίας, ενώ ταυτόχρονα έβγαζε συμπεράσματα για όλα αυτά που λέγονταν (Smith et al., 1999). Έτσι, υπήρχε μια διαρκής ανατροφοδοτική ανακύκλωση, μια διαρκής μετάβαση από τα δεδομένα της έρευνας στις αναλυτικές κατηγορίες και αντίστροφα.

Οι εννέα συνεντεύξεις συγκεντρώθηκαν τελικά σε μια βασική ανάλυση, όπου τα θέματα οριστικοποιήθηκαν με κριτήριο το πόσο καλά αντιπροσωπεύουν την ποικιλότητα και το πολυσύνθετο των δεδομένων. Τέλος, όλες αυτές οι πληροφορίες κατηγοριοποιήθηκαν προκειμένου να πάψουν να έχουν τη μορφή λίστας και να ενοποιηθούν, φέρνοντας στο φως τα στοιχεία εκείνα που τις συνδέουν. Από την αρχή της όλης διαδικασίας, κρατήθηκαν σημειώσεις, οι οποίες ήταν στη διάθεση των εποπτών της εργασίας, προκειμένου οι ίδιοι να μπορούν να ελέγχουν την αναλυτική διαδικασία (βλ. Παράρτημα 4). Όπως έχει υποστηριχθεί, η ακρίβεια στην ποιοτική ανάλυση επιτυγχάνεται με την εμπλοκή και άλλων ερευνητών στη διαδικασία της κωδικοποίησης αλλά και κρατώντας ο ίδιος ο ερευνητής λεπτομερείς σημειώσεις όσον αφορά στην όλη ερευνητική διαδικασία και στην ανάπτυξη των θεμάτων (Murray, 2010).

Τέλος, αναφορικά με την καταγραφή των αποτελεσμάτων, σε αυτά είναι σημαντικό να περιλαμβάνονται και αποσπάσματα από τα ερευνητικά δεδομένα, προκειμένου να περιγράφονται καλύτερα τα θέματα που έχουν προκύψει από την ανάλυση. Αυτά τα αποσπάσματα είναι σημαντικό να είναι

διαφωτιστικά ως προς την ανάλυση που έχει ακολουθήσει ο ερευνητής. Τέλος μια καλή θεματική ανάλυση οφείλει να διασφαλίζει ότι οι ερμηνείες των δεδομένων είναι σε διαρκή συνέπεια με το θεωρητικό πλαίσιο που έχει τεθεί.

#### **4.4.1. Μεταβιβαστικές και αντι-μεταβιβαστικές συνιστώσες**

Στους χώρους της κοινωνικής ψυχολογίας, αλλά και της κοινωνικής έρευνας γενικότερα (Devereux, 1967) έχει εδώ και αρκετά χρόνια ανοίξει μια μεγάλη συζήτηση αναφορικά με τη χρησιμότητα της ψυχαναλυτικής διαδικασίας ως τρόπου κατανόησης της διεξαγωγής μιας ποιοτικής έρευνας (Frosch & Emerson, 2005). Ενώ και άλλοι συγγραφείς έχουν ασχοληθεί με το πώς θα μπορούσε να συμβάλλει ο ψυχαναλυτικός τρόπος του σκέπτεσθαι στην ποιοτική έρευνα (Midgley, 2004). Γενικά, η συμβολή της ψυχαναλυτικής σκέψης είναι πολύ σημαντική για την κατανόηση του πώς οργανώνονται και κατασκευάζονται – ή καλύτερα, συν-κατασκευάζονται – τα κοινωνικά δεδομένα.

Το ασυνείδητο παίζει μεγάλο ρόλο στην κατασκευή της πραγματικότητας και στο πώς αντιλαμβανόμαστε τους άλλους, όπως επίσης και στην παραγωγή των δεδομένων της έρευνας αλλά και του ίδιου του ερευνητικού περιβάλλοντος (Hunt, 1989). Πριν καλά-καλά ξεκινήσει μια ερευνητική διαδικασία το ασυνείδητο την επηρεάζει με την επιλογή κατ' αρχήν του ερευνητικού πεδίου. Ενώ κατά τη διάρκεια της όλης διαδικασίας ο ασυνείδητος ψυχισμός μεσολαβεί και στις συναντήσεις του ερευνητή με τα υποκείμενα της έρευνας (Barus-Michel, 1994).

Και πέρα από τους χώρους της ψυχανάλυσης εδώ και πολλές δεκαετίες, έχουν διατυπωθεί, όπως προαναφέρθηκε, ανάλογες σκέψεις. Ο



Devereux (1967) λ.χ. υποστήριξε ότι οι μελέτες που αφορούν στον άνθρωπο, δημιουργούν ασυνείδητο άγχος στους ερευνητές, και πως ενίοτε οι μέθοδοι που μπορεί να υιοθετεί ένας κοινωνικός ερευνητής προκειμένου να περιορίζεται η υποκειμενικότητά του κατά τη συλλογή των δεδομένων και να διασφαλίζεται η «αντικειμενικότητα» των μετρήσεών του σχετικά με ένα υπό διερεύνηση φαινόμενο, δεν είναι παρά άμυνες απέναντι στο άγχος και την ψυχική αποσταθεροποίηση που του προκαλεί ασυνείδητα η όλη ερευνητική διαδικασία. Ο Devereux υποστήριξε, ότι ο ερευνητής χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη του τουλάχιστον τρία είδη δεδομένων:

- 1) τη συμπεριφορά του υποκειμένου της έρευνας,
- 2) τις δυσκολίες / ανησυχίες που προκαλεί από μόνη της η χρήση της παρατήρησης και
- 3) τις συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές του ερευνητή, συμπεριλαμβανομένων του άγχους και των αμυντικών του εκδηλώσεων.

Την τελευταία τριακονταετία αναπτύχθηκαν (ιδιαίτερα στο γαλλόφωνο χώρο, αλλά όχι μόνο) οι λεγόμενες «μέθοδοι ψυχο-κοινωνικής έρευνας», στρέφοντας το ενδιαφέρον των κοινωνικών ερευνών και προς άλλες κατευθύνσεις, όπως είναι για παράδειγμα η ασυνείδητη επικοινωνία, τα διάφορα ζητήματα του «κοινωνικού πόνου», οι δυναμικές και οι αμυντικοί μηχανισμοί που δημιουργούνται στο ερευνητικό περιβάλλον, αναγνωρίζοντας την συνύπαρξη, τη διαπλοκή, αλλά και τη διαρκή αλληλεπίδραση ανάμεσα στην εσωτερική και την εξωτερική πραγματικότητα (Clarke & Hoggett, 2009). Μέσα από την ψυχοκοινωνική προσέγγιση, επιχειρήθηκε «μια στροφή προς το συναίσθημα» στις επιστήμες που το αντικείμενο τους είναι ο άνθρωπος, αναγνωρίζοντας όλο και περισσότερο τη σημασία του (Clarke & Hoggett,

2009). Η ψυχο-κοινωνική έρευνα τοποθετεί το υποκείμενο στο σημείο συνάντησης των εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων, θεωρώντας ότι είναι κάτι που κατασκευάζεται και που συνάμα το ίδιο κατασκευάζει (Frosh, 2003).

Η ίδια η ερευνητική συνάντηση διεξάγεται στη διασταύρωση πολλών και ποικίλων συναισθημάτων, όπως για παράδειγμα του άγχους, του φόβου, της ανίας, του ενθουσιασμού κα. Αυτά τα συναισθήματα προκύπτουν, είτε ως αποτέλεσμα της σχέσης του ερευνητή με τα υποκείμενα της έρευνας, είτε υπεισέρχονται σε αυτή (τη σχέση) μέσα από το ένα ή και από τα δυο μέρη (ερευνητή και ερευνώμενους) εν αγνοία τους (Clarke & Hoggett, 2009).

Χρειάζεται λοιπόν κανείς να βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση αναφορικά με τη βαθύτερη δι-υποκειμενική ψυχική επικοινωνία και τις εκτυλισσόμενες διεργασίες, στις οποίες αναπόδραστα συμμετέχει και να είναι παρόν στο πεδίο της έρευνας με όλο του τον εαυτό, με την προσοχή του ανοιχτή και σε σταθερή επαγρύπνηση (Λάγιου-Λιγνού, 2012). Είναι σημαντικό ο ερευνητής, όπως και ο θεραπευτής, να κοιτάζουν προς τα έξω αλλά και προς τα μέσα, καθώς τίποτα δεν μπορούμε να δούμε – όπως τονίζει η Έφη Λάγιου-Λιγνού – αν πρωτίστως δεν κοιτάξουμε μέσα μας. Ο ερευνητής οφείλει λοιπόν να βλέπει με συναίσθημα, γιατί αυτό που βλέπει μεταφέρει νοήματα, όχι μόνο για το αντικείμενο της οπτικής επαφής του αλλά και για τον ίδιο (Λάγιου-Λιγνού, 1993, 1999, 2012).

Ο ερευνητής αποτελεί και ο ίδιος μέρος και δεδομένο της ερευνητικής διαδικασίας το οποίο χρειάζεται εκ προοιμίου να τίθεται υπό ερώτηση, με την έννοια ότι ο ίδιος δεν μπορεί ποτέ να είναι «αντικειμενικός». Αντίθετα, αυτό που – σε κάποιο τουλάχιστο βαθμό – αναπόφευκτα κάνει, είναι ότι προβάλλει και μεταβιβάζει ασυνείδητα πάνω στα αντικείμενα του ερευνητικού

περιβάλλοντος, αλλά και στο ίδιο το ερευνητικό περιβάλλον, δικά του ψυχικά αντικείμενα και σχέσεις αντικειμένων, με αποτέλεσμα (εν αγνοία του) να είναι τελικά εκείνος «το πρώτο αντικείμενο της έρευνας» που διεξάγει (Barus-Michel, op.cit.; αλλά και Manoni, 1979).

Η «διερεύνηση» του δεδομένου ερευνητής χρειάζεται λοιπόν να ξεκινήσει πριν από την έναρξη της ερευνητικής δραστηριότητας, σε μια προσπάθεια να αναγνωριστούν τα κίνητρα που τον ώθησαν να πραγματοποιήσει τη συγκεκριμένη έρευνα καθώς η επιλογή του ερευνητικού πεδίου από μόνη της καθίσταται βασικό ζήτημα της γνώσης (Λυδάκη, 2012). Αναφορικά με αυτή την προσέγγιση, στο επίκεντρο χρειάζεται να τίθεται το υποκείμενο με όλο του το είναι (Sherwood, 1980). Επίσης, ο ερευνητής οφείλει να έχει επίγνωση των προσωπικών του θεωρητικών θέσεων και αξιών, καθώς δεν προσφέρει μόνο «ένα βήμα» για τα υποκείμενα της έρευνας μεταφέροντας απλά τα λόγια τους, αλλά εμπλέκεται εις βάθος στην όλη ερευνητική διαδικασία (Fine, 2002).

Ο ερευνητής πάντα επηρεάζεται / παρασύρεται από τις δυναμικές του ατόμου ή της συλλογικότητας που μελετά, λειτουργώντας ο ίδιος ως «προβλητική επιφάνεια». Οπότε μια προσπάθεια κατανόησης και ερμηνείας όλων όσων διαμείβονται και διακινούνται κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης, μπορεί να συμβάλει καταλυτικά στην κατανόηση του προς διερεύνηση φαινομένου (Tietel, 2000). Η υποκειμενικότητα, η αυτο-παρατήρηση και η αυτο-κατανόηση, είναι ιδιαίτερες σημαντικές για την επιτυχημένη διεξαγωγή μιας ερευνητικής διαδικασίας (Clarke & Hoggett, 2009).

Ο Marks (2001) περιγράφει μια διαδικασία, κατά την οποία ο ερευνητής ο οποίος πραγματοποιεί μια συνέντευξη, κρατά σημειώσεις για τις δικές του

συναισθηματικές αντιδράσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Στη συνέχεια, κάνει μια inter-vision με δυο συναδέλφους του, αναφορικά με αυτές του τις αντιδράσεις, όπου συζητούν όλες τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τους συνειρμούς του ερευνητή. Επιπλέον, κάθε συνέντευξη αξιολογείται από δυο μικρές ομάδες εργασίας, όπου η κάθε μια από αυτές επεξεργάζεται το άμεσο, μη μετεγγραμμένο, μαγνητοφωνημένο υλικό και όχι το κείμενο που προκύπτει από την απομαγνητοφώνηση. Μέσα από τις αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις, μπορεί να αναγνωρίσει κανείς, αν και σε λανθάνουσα κατάσταση, το θέμα κλειδί του αντικείμενου της κάθε μελέτης (Midgley, 2006a).

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην επιλογή της ερευνητικής μεθόδου, έπαιξε και η σχέση της ερευνήτριας με το υπό έρευνα αντικείμενο, το οποίο προέκυψε μέσα από την κλινική εμπειρία της ίδιας στο συγκεκριμένο θεραπευτικό χώρο. Και από αυτή την άποψη, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παρούσα εργασία συνιστά για τη ερευνήτρια και μια αναστοχαστικού τύπου μετάβαση από το πεδίο της κλινικής πράξης και της κλινικής εμπειρίας με ομάδες γονέων-νηπίων, σ' εκείνο της θεωρητικής κατανόησής τους μέσω μιας ερευνητικής διαδικασίας.

Άλλωστε και οι συμμετέχουσες στην έρευνα γνώριζαν εκ των πρότερων ότι δεν μιλούσαν σε μια ουδέτερη και ανυποψίαστη παρατηρήτρια, αλλά σε κάποια που είχε πολυετή πρακτική εμπειρία πάνω σε αυτό το είδος κλινικής εργασίας, γεγονός που συνέβαλε καθοριστικά στο να δεχθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα, αλλά πολύ πιθανόν επηρέασε και τον τρόπο που οι ίδιες περιέγραψαν την εμπειρία τους. Υπ' αυτή την έννοια, η ερευνήτρια αποτελούσε και η ίδια εν δυνάμει μέρος της υπό διερεύνηση διαδικασίας συμμετέχοντας ενεργά στη διαμόρφωση του τελικού ερευνητικού προϊόντος.

Στη μεθοδολογία άλλωστε, η οποία στηρίζεται στα προσωπικά βιώματα, η εμπλοκή του ερευνητή στη διαδικασία και η δι-υποκειμενική σχέση αλληλεπίδρασης με το (τα) υποκείμενο (α) της έρευνας θεωρείται δεδομένη και μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις όπως οι αφηγήσεις ζωής, αυτή η εμπλοκή μπορεί να φτάνει στο έπακρο (Plummer 2000; Revault d'Allonnes, Barus-Michel, 1981; Gaulejac, 1987; Barus-Michel, 1987; Ναυρίδης, 1994; Ιγγλέση, 1997; Λιδάκη, 2012).

Η ερευνητική λοιπόν συνάντηση είναι γεμάτη από πολλά και διαφορετικά μεταξύ τους συναισθήματα, τα οποία φέρουν νοήματα άρρηκτα συνδεδεμένα με το αντικείμενο της ερευνητικής εργασίας. Για το λόγο αυτό, μετά από κάθε συνέντευξη, η ερευνήτρια κρατούσε σημειώσεις με τη μορφή ημερολογίου, όπου κατέγραφε τα συναισθήματα της κατά τη διάρκεια της συνέντευξης όπως και άλλες παρατηρήσεις από την όλη διαδικασία. Επιπλέον και η ίδια η μελέτη, πριν καν ακόμα ξεκινήσει, της είχε διακινήσει διάφορα έντονα μεταβιβαστικά και αντι-μεταβιβαστικά συναισθήματα. Αρχικά το συναίσθημα που διακατείχε την ερευνήτρια ήταν η εκτίμηση και ο θαυμασμός για τους συμμετέχοντες σε αυτή, καθώς αισθανόταν ότι θα έχει την ευκαιρία να έρθει πιο κοντά και να γνωρίσει καλύτερα τη σκέψη και τη δουλειά τους. Στη συνέχεια, όταν συμφώνησαν να συμμετέχουν και να στηρίξουν αυτή την εργασία, προστέθηκε στα συναισθήματα και αυτό της ευγνωμοσύνης.

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, εκτός από τον ενθουσιασμό, προκλήθηκαν και δυσάρεστα συναισθήματα. Πολύ συχνά η ερευνήτρια αισθανόταν ότι δεν καταλάβαινε τι της έλεγαν τα υποκείμενα αλλά και ότι ούτε εκείνα την καταλαβαίνουν, σα να υπήρχε δυσκολία στη μεταξύ τους

επικοινωνία. Σαν να μιλούσαν “άλλη γλώσσα”. Αυτή η αίσθηση εν μέρει μπορεί να οφειλόταν και στο γεγονός ότι η γλώσσα που επιλέχθηκε για να γίνουν οι συνεντεύξεις ήταν η Αγγλική η οποία όμως δεν ήταν η μητρική όλων των συμμετεχόντων. Από το άλλο μέρος οφειλόταν επίσης και στο διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο (δασκάλα, ψυχολόγος, κλπ.) ή στις διαφορετικές θεωρίες που κατηύθυναν τη σκέψη τους (Φροϋδική, Κλαϊνική κ.).

Για κάποιες από τις συμμετέχουσες η ερευνήτρια είχε κάποιες φορές την αίσθηση ότι μιλούσαν γενικά και όχι για αυτά που εκείνη ήθελε να μάθει, σα να μη την αφορούσαν οι ιστορίες που της έλεγαν. Το ίδιο αισθανόταν να ισχύει και για τις συμμετέχουσες, οι οποίες επίσης ώρες-ώρες ήταν σα να μην καταλάβαιναν τι τους έλεγε εκείνη. Για παράδειγμα μια από τις συμμετέχουσες της είπε 1-2 φορές ότι: «εγώ είμαι δασκάλα, δε σκέφτομαι έτσι».

Μετά από κάποιες από τις συνεντεύξεις, η ερευνήτρια άρχισε να νιώθει ανασφάλεια για το πόση αξία είχε όλο αυτό το υλικό που αποκόμισε, το οποίο είτε έμοιαζε ασύνδετο και μέχρι ενός σημείου άσχετο με αυτά που ζητούσε, είτε έμοιαζε τόσο αυτονόητο που ακύρωνε το νόημα της εργασίας. Αυτό που την καθισούχαζε εκείνες τις στιγμές ήταν το ότι ή εμπειρία αυτή καθεαυτή ήταν από μόνη της σημαντική, το ότι είχε δηλαδή την ευκαιρία, λόγω αυτής της εργασίας να συνομιλήσει για το συγκεκριμένο ζήτημα με όλους αυτούς τους ανθρώπους.

Υπήρχαν βέβαια και δυο περιπτώσεις όπου αισθάνθηκε να επικοινωνεί απόλυτα, όπου οι ερωτήσεις της έκαναν νόημα και οι απαντήσεις που έπαιρνε ακούγονταν πολύ ενδιαφέρουσες, οργανωμένες και αναλυτικές. Αυτές οι εμπειρίες ήταν ιδιαίτερες βοηθητικές καθώς τροφοδοτούσαν το κίνητρο της,

της έδιναν θάρρος και την έκαναν να μπορεί να προσβλέπει στην διαδικασία των συνεντεύξεων με μεγαλύτερη αισιοδοξία.

Στη συνέχεια, στη φάση της απομαγνητοφώνησης, ήταν μια ευχάριστη έκπληξη, όταν αντιλήφθηκε το πόσο ενδιαφέρον ήταν το υλικό των συνεντεύξεων και αισθάνθηκε ότι έκρυβε για την ίδια πολύ ενδιαφέροντα νοήματα. Η ανομοιογένεια που υπήρχε αναφορικά με το επιστημονικό υπόβαθρο και τις θεωρητικές προσεγγίσεις, ανάμεσα στους θεραπευτές, σε ένα πρώτο επίπεδο έδινε την εντύπωση ότι μιλάνε διαφορετικές γλώσσες και έμοιαζε να κάνει δύσκολη την ερευνητική προσέγγιση σ' αυτό το χώρο - κάτι σαν πύργος της Βαβέλ - (Amati Mehler, Argentieri & Canestri, 1990). Σε ένα αμέσως επόμενο όμως επίπεδο, αντιλαμβάνεται κανείς, ότι αναφέρονται στα ίδια πράγματα, ότι λένε τα ίδια με άλλα λόγια, κάτι που αποτελεί και τη γοητεία της ερευνητικής αυτής εργασίας, αφού σαν στόχο έχει ακριβώς να ανασύρει όλα αυτά τα κοινά νοήματα που αρχικά δεν φαίνεται να υπήρχαν λόγω του διαφορετικού «ιδιόλεκτου» που χρησιμοποιούν οι διάφοροι αφηγητές.

#### **4.4.2. Κανόνες δεοντολογίας**

Η διασφάλιση της ανωνυμίας των υποκειμένων είναι ένα κρίσιμο σημείο της ερευνητικής διαδικασίας. Ο ερευνητής οφείλει να είναι πολύ προσεκτικός, ούτως ώστε οι αναφορές που χρησιμοποιεί να μην αποκαλύπτουν την ταυτότητα του κάθε συμμετέχοντα. Παρόλα αυτά, στην κοινωνική έρευνα, η πλήρης ανωνυμία δεν μπορεί να επιτευχθεί (Singleton & Strait, 1999). Η δυσκολία αυτή μεγιστοποιείται όταν ο πληθυσμός από τον οποίο προέρχεται το δείγμα είναι πολύ συγκεκριμένος, αριθμητικά περιορισμένος και εκ των πραγμάτων επώνυμος. Στο πλαίσιο αυτό, τα

δημογραφικά στοιχεία οφείλουν να παρουσιάζονται συνολικά, ούτως ώστε να μη μπορεί να συνδεθούν με συγκεκριμένα υποκείμενα (Morse, 1998). Γενικά όμως η διατήρηση της ανωνυμίας είναι μια διαδικασία διαρκώς σε εξέλιξη, είναι μια διαδικασία διαπραγμάτευσης, αναστοχασμού και πειραματισμού (Clark, 2006).

Στην παρούσα εργασία, για να επιτευχθεί η διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων σε αυτή, έχουν ακολουθηθεί τα εξής βήματα: Κατ' αρχήν έχουν χρησιμοποιηθεί ψευδώνυμα στη θέση των πραγματικών ονομάτων των θεραπευτών. Από το άλλο μέρος δίνονται αρκετά στοιχεία για το προφίλ των θεραπευτών, που έχουν να κάνουν με την κλινική τους εμπειρία, την ειδικότητα και την εκπαίδευση τους. Η αναφορά σε αυτές τις πληροφορίες γίνεται, καθώς κρίνεται ότι συμβάλλουν σημαντικά στην πιο ολοκληρωμένη και εις βάθος κατανόηση των ερευνητικών δεδομένων και της αξίας τους.

Βέβαια, μέσα από αυτές τις πληροφορίες καθίσταται εφικτή η αναγνώριση των υποκειμένων, που όμως ούτως ή άλλως είναι δυνατή, λόγω του πολύ συγκεκριμένου επαγγελματικού προφίλ του δείγματος (οι θεραπευτές ομάδων γονέων – νηπίων του Anna Freud Centre, είναι γνωστοί και είναι όλοι όσοι έχουν συμμετάσχει στην έρευνα. Δεν υπάρχουν άλλοι). Η διαδικασία όμως που ακολουθήθηκε είχε σαν στόχο τη διαφύλαξη της ταυτότητάς τους σε σχέση με τα όσα οι ίδιοι ανέφεραν στη συνέντευξη. Αυτό δηλαδή που επεδίωξε η ερευνήτρια ήταν να μη μπορεί να γίνει αντιστοίχιση των όσων λέγονταν με ένα συγκεκριμένο κάθε φορά θεραπευτή.

Προκειμένου να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, τα αποσπάσματα που χρησιμοποιήθηκαν δεν συνοδεύονταν από το όνομα ή το ψευδώνυμο ενός θεραπευτή. Δεν μπορούσε άρα να συνδεθούν με το προφίλ ενός



συγκεκριμένου προσώπου. Έφεραν απλά έναν αριθμό που παρέπεμπε στην αρίθμηση των συνεντεύξεων (συνέντευξη 1, συνέντευξη 2, κτλ.). Επιπλέον, στα Παραρτήματα δεν συμπεριλήφθηκαν αυτούσιες οι 9 συνεντεύξεις, για τον ίδιο ακριβώς λόγο.

Τέλος, όλες οι συμμετέχουσες στο δείγμα ενημερώθηκαν πριν δώσουν την συνέντευξη, ότι η όλη διαδικασία αφορούσε μια ερευνητική εργασία πάνω στις ομάδες γονέων-νηπίων, και πως το υλικό που θα παρθεί από τη συνέντευξη μαζί τους θα χρησιμοποιηθεί για το σκοπό αυτό και μόνο. Τέλος, τους δόθηκε η διαβεβαίωση, ότι θα τηρηθεί αυστηρά (με τους παραπάνω βέβαια περιορισμούς) η ανωνυμία, ενώ οι ίδιες συναίνεσαν και στο να μαγνητοφωνηθεί η συνέντευξη.

#### **4.4.3. Αξιοπιστία και εγκυρότητα**

Η ποσοτικοποίηση των δεδομένων που χαρακτηρίζει την ποσοτική έρευνα, επιτρέπει στη συνέχεια και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων, την εφαρμογή δηλαδή διαφόρων στατιστικών ως επί το πλείστον τεχνικών, με βάση τις οποίες ελέγχεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο και με τις ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους. Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η ποιοτική ανάλυση είναι ανακριβής και όχι ιδιαίτερος σχολαστική και προσεκτική στο να αποδεικνύει αλήθειες (Merrick, 1999; Jessor, 1996). Παρ' όλα αυτά ο Merrick δηλώνει πως μέσα από έναν μετα-θετικιστικό τρόπο σκέψης, μπορεί κανείς να αναγνωρίσει ότι δεν υπάρχει μια και μόνη αλήθεια, αλλά ότι δημιουργούνται πολλαπλές απόψεις και προοπτικές για τον κόσμο.

Επιπροσθέτως, οι May and Pope (1995, 2000) υποστηρίζουν ότι οι συμβατικές μετρήσεις της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας δεν έχουν καλή εφαρμογή στην ποιοτική έρευνα, ενώ αντίθετα οι ίδιοι θεωρούν ότι στην ποιοτική ανάλυση είναι καλύτερο να αξιολογούνται η εγκυρότητα και η συνάφεια. Η ακρίβεια στην ποιοτική ανάλυση επιτυγχάνεται με την εμπλοκή και άλλων ερευνητών στη διαδικασία της κωδικοποίησης αλλά και κρατώντας ο ίδιος ο ερευνητής αναλυτικές σημειώσεις όσον αφορά στην όλη ερευνητική διαδικασία και στην ανάπτυξη των θεμάτων (Murray, 2010).

Οι Mays και Pope έχουν προτείνει διάφορους τρόπους, με τους οποίους ένας ερευνητής μπορεί να μεγιστοποιήσει την εγκυρότητα της ερευνητικής του εργασίας:

- a. Με την ευκρινή παρουσίαση των μεθόδων συλλογής των δεδομένων και της ανάλυσης.

Προκειμένου να μπορεί ο αναγνώστης να αξιολογεί αν οι ερμηνείες υποστηρίζονται από τα δεδομένα, ο ερευνητής χρειάζεται να σκιαγραφεί πολύ καθαρά τις μεθόδους που χρησιμοποίησε στη συλλογή και στην ανάλυση των δεδομένων του. Οι ποιοτικοί ψυχολόγοι χρειάζεται να είναι ξεκάθαροι και να αναφέρονται αναλυτικά στο τι κάνουν, γιατί το κάνουν και πώς κάνουν το κάθε τι στην έρευνα, (Braun & Clarke, 2006).

Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο να είναι διαθέσιμα για λεπτομερή εξέταση και προσεκτική ανασκόπηση όλα τα βήματα που ακολουθήθηκαν καθ' όλη την ερευνητική διαδικασία, όπως και οι διάφορες ερμηνείες που μπορεί να προέκυψαν. Στα Παραρτήματα περιλαμβάνονται όλα τα βήματα της διαδικασίας συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων.

- b. Ερευνητική αυτοπάθεια (Reflexivity).

Αυτό σημαίνει, πως ο ερευνητής χρειάζεται να είναι ευαισθητοποιημένος σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους ο ίδιος αλλά και η όλη ερευνητική διαδικασία μπορεί να επηρέασαν τη συλλογή των δεδομένων. Έτσι, προκειμένου να αυξήσει την αξιοπιστία των ευρημάτων του, ο ερευνητής θα πρέπει να αναγνωρίζει και να συζητά όλες αυτές τις ενδεχόμενες επιδράσεις και την πιθανή βαρύτητά τους πάνω στα δεδομένα της έρευνας.

Ο ερευνητής αποτελεί μέρος της όλης διαδικασίας, οπότε ο τρόπος που προσεγγίζει τα φαινόμενα αλλά και η όλη θεωρητική του αφετηρία, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ερμηνεία του υπό διερεύνηση αντικειμένου (Murray, 2010; Braun & Clarke, 2006; Fine, 2002).

Για το σκοπό αυτό, η ερευνήτρια ζήτησε από δυο θεραπευτές του Anna Freud Centre να διαβάσουν από μια συνέντευξη ο καθ' ένας, όπως επίσης και να αξιολογήσουν τα βήματα που ακολούθησαν. Οι δυο αυτοί θεραπευτές προέρχονταν, ο ένας από το πρόγραμμα Ομάδων γονέων-νηπίων και ο άλλος από το τμήμα ψυχοθεραπείας παιδιών και εφήβων. Η ερευνήτρια τους ζήτησε να σχολιάσουν τις θεματικές κατηγορίες που η ίδια συγκρότησε, αλλά και να προσθέσουν καινούριες εκεί που εκείνοι κρίνουν ότι χρειάζεται. Τα θέματα που προτάθηκαν από τους δυο αυτούς θεραπευτές, ήταν παρόμοια με εκείνα που η ερευνήτρια είχε διαμορφώσει. Παρ' όλα αυτά, η όποια διαφορά στις εκτιμήσεις τους, λήφθηκε πολύ σοβαρά υπ' όψη.

Επιπλέον, επειδή τα δεδομένα που προκύπτουν μέσα από την ποιοτική έρευνα είναι κατεξοχήν περιγραφικά, προκειμένου να αυξηθεί ο βαθμός εγκυρότητάς τους, συνήθως αναφέρονται αυτούσια κάποια από τα λόγια που χρησιμοποίησαν τα υποκείμενα του δείγματος, ώστε να μπορούν να

ελεγχθούν ανά πάσα στιγμή από τους αναγνώστες τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε ο ερευνητής.

## **5. Ευρήματα της Έρευνας: Ανάλυση των συνεντεύξεων**

Τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι οργανωμένα σε τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά στους τρόπους με τους οποίους παρεμβαίνουν οι θεραπευτές. Στη δεύτερη ενότητα αναφέρονται τα κριτήρια με τα οποία οι θεραπευτές αποφασίζουν για το πώς θα παρέμβουν. Στην τρίτη και τελευταία ενότητα αναδεικνύονται οι τρόποι με τους οποίους αξιολογείται η κλινική εργασία στις ομάδες γονέων – νηπίων.

### **5.1. Τρόποι παρέμβασης των θεραπευτών**

Ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να παρεμβαίνει σε μια ομάδα νηπίων ένας θεραπευτής ενδιαφέρει από την άποψη ότι εκφράζει, αφενός το γενικότερο κλινικό προσανατολισμό των συγκεκριμένων ομάδων και αφετέρου, το επίπεδο ακρόασης, αλλά και παρατήρησης των εξω-λεκτικών δρώμενων από μέρους του.

Η κατηγοριοποίηση όμως αυτή δεν είναι εύκολη υπόθεση, για δύο κυρίως λόγους: Ο πρώτος είναι, ότι οι παρεμβάσεις από μόνες τους μοιάζει να «αντιστέκονται» στην όποια κατηγοριοποίηση, είτε αυτή αφορά στο επίπεδο στο οποίο στοχεύουν, (συνειδητό, προ-συνειδητό ή ασυνειδητό), είτε στο χαρακτήρα τους (διδακτικό ή ψυχοθεραπευτικό), είτε στο υποκείμενο της απεύθυνσης. Αυτό που τελικά συμβαίνει, είναι ότι σχεδόν όλες φαίνεται να εντάσσονται συστηματικά σε περισσότερες από μια κατηγορίες: Είναι ταυτόχρονα διδακτικές και θεραπευτικές, στοχεύουν ταυτόχρονα στο συνειδητό, στο προ-συνειδητό και στο ασυνειδητό, ενώ την ίδια στιγμή έχουν και πολλαπλούς αποδέκτες.

Ειδικότερα, αναφορικά με το υποκείμενο της απεύθυνσης αυτών των παρεμβάσεων, οι οποίες μάλιστα δεν είναι απαραίτητο να είναι μόνο ομιλιακές, θα πρέπει να σημειωθεί το εξής: Δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερη σημασία το που απευθύνεται μια παρέμβαση. Το αν δηλαδή αυτή απευθύνεται στο γονιό, στο νήπιο, στη μεταξύ τους σχέση ή σε ολόκληρη την ομάδα. Σε όποιο και αν απευθύνεται ο θεραπευτής, οι παρεμβάσεις του «αγγίζουν» ταυτόχρονα και όλα τα υπόλοιπα μέρη.

Η κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση εγγράφεται άλλωστε σε μια πολύπλοκη δι-υποκειμενική ανταλλαγή, κατά την οποία πλείστοι παράγοντες αλληλεπιδρούν αναμεταξύ τους, και οποιοσδήποτε από αυτούς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την έκβαση της θεραπείας (Fonagy & Roth 2005). Με ανάλογο τρόπο άλλωστε έχει αποδειχθεί ότι λειτουργεί και ο ανθρώπινος εγκέφαλος, καθώς η ενεργοποίηση κάποιου νευρώνα μπορεί να προκαλέσει την ενεργοποίηση και άλλων νευρώνων. Η λειτουργία αυτή αποκαλείται *συντονισμός* (resonance). Αντίστοιχα, όταν ομάδες νευρώνων ενεργοποιούνται ταυτόχρονα, η λειτουργία αυτή αποκαλείται *συγχρονισμός* (synchronicity). Η τάση για *συγχρονισμό* και *συντονισμό* είναι μια διαρκής ενστικτώδης δύναμη που υπάρχει παντού στο σύμπαν (Strogatz, 2003).

Όπως αναφέρει μια από τις θεραπεύτριες:

*“υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία παρεμβάσεων. Αλλά πιστεύω ότι δεν παίζει ρόλο το που παρεμβαίνει κανείς, με άλλα λόγια το που απευθύνεται κάποιος είτε απευθύνεται στο γονιό είτε στο παιδί είτε και στη μεταξύ τους σχέση. Πιστεύω ότι δεν έχει καμία σημασία, δεν κάνει διαφορά το όποιο από τα τρία ενδεχόμενα ή το να απευθυνθείς και στην ομάδα συνολικά, θα προκαλέσει κάποια αλλαγή, θα υπάρξει αλλαγή”. (συνέντευξη 1, p.3: 21-25)*

Ας πάρουμε για παράδειγμα «το παιχνίδι», το οποίο αποτελεί και έναν από τους πιο σημαντικούς και συνήθεις τρόπους παρέμβασης που χρησιμοποιούνται στις ομάδες γονέων-νηπίων. Όταν ένας θεραπευτής παίζει με ένα παιδί, αυτό που μοιάζει να συμβαίνει σε ένα πρώτο επίπεδο είναι ότι, μέσω του παιχνιδιού, ο θεραπευτής επιδιώκει να επικοινωνήσει με το παιδί στη γλώσσα του παιδιού, ενώ ταυτόχρονα εμπλουτίζεται και η ικανότητα του ίδιου του παιδιού για παιχνίδι, με ότι αυτό μπορεί να συνεπάγεται. Όπως για παράδειγμα, η ικανότητα του να χρησιμοποιεί και να εμπλουτίζει την φαντασία του, να συμβολοποιεί και να εκφράζεται.

Παράλληλα όμως, αυτό το παιχνίδι υποστηρίζει και τους γονείς – όχι μόνο του συγκεκριμένου παιδιού, αλλά και όλους τους υπόλοιπους που συμμετέχουν στην ομάδα – ως προς το γονικό τους ρόλο, προσφέροντας τους ένα πρότυπο συμπεριφοράς και επικοινωνίας, ένα έμπρακτο δηλαδή παράδειγμα για το πώς και εκείνοι μπορούν πότε-πότε να γίνονται και λίγο παιδιά για να επικοινωνούν καλύτερα με το παιδί τους.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι το παιχνίδι ενός παιδιού με το θεραπευτή στην ομάδα νηπίων, μπορεί να προάγει ταυτόχρονα τη σχέση του συγκεκριμένου παιδιού με τους γονείς του, τις σχέσεις όλων των άλλων νηπίων που συμμετέχουν στην ομάδα με τους δικούς τους γονείς, αλλά και την ίδια την ενδο-ομάδικη επικοινωνία στο σύνολο της.

Μια άλλη θεραπεύτρια, αναφέρει σχετικά:

*“υπάρχουν κάποιες μητέρες που μιλάνε για μια συγκεκριμένη δυσκολία και εγώ γνωρίζω ότι υπάρχει και κάποια άλλη μητέρα που αντιμετώπισε το ίδιο πράγμα. Θα πω, «και η Χ μιλούσε για αυτό πρόσφατα» και θα την φέρω στη συζήτηση, προσπαθώντας να κάνω την ομάδα να*

*χρησιμοποιήσουν ο ένας τον άλλο αντί να χρησιμοποιούν μόνο εμένα” (συνέντευξη 3, ρ.5: 20-23).*

Μέσα από το συγκεκριμένο παράδειγμα, περιγράφεται το πώς μια παρέμβαση μπορεί να έχει παραπάνω από μια λειτουργίες: την ενθάρρυνση σε ένα πρώτο επίπεδο από μέρους των θεραπευτών της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ενήλικων μελών της ομάδας, η οποία συμβάλλει τόσο στο δέσιμο της ομάδας όσο και στην ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου των γονιών (αφού ενθαρρύνονται στο να αλληλοστηρίζονται, και άρα στο να χρησιμοποιούν και να βασίζονται στο γονικό ρόλο το δικό τους ή των υπολοίπων γονιών και όχι μόνο στους θεραπευτές).

Από το άλλο μέρος, όταν ο θεραπευτής ακούει ένα γονιό και συζητά μαζί του, κάτι που αποτελεί έναν ακόμα πολύ διαδεδομένο τρόπο παρέμβασης στις ομάδες νηπίων, παρόλο που εκ πρώτης όψεως το υποκείμενο της απεύθυνσης του θεραπευτή μοιάζει να είναι ο συγκεκριμένος γονιός και μόνον αυτός, αυτό που εκείνη την ώρα συμβαίνει έχει επίσης ως αποδέκτες τόσο το παιδί του συγκεκριμένου γονιού, όσο και τη μεταξύ τους σχέση, με επακόλουθο την έμμεση υποστήριξη από μέρους του θεραπευτή της ίδιας της ομαλής ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου. Ας θυμηθούμε άλλωστε αυτό που έλεγε και ο Bowlby, ότι δηλαδή, για να είναι φροντιστικός ένας γονιός, χρειάζεται να είναι και ο ίδιος φροντισμένος (Bowlby, 1989).

Συνακόλουθα, ένας τρόπος να κατηγοριοποιηθούν οι παρεμβάσεις στις ομάδες νηπίων, ίσως ο πιο κατάλληλος, τουλάχιστον για τις ανάγκες αυτής της έρευνας, είναι βάσει των στόχων που τίθενται γενικά σ’ αυτές τις ομάδες. Οι στόχοι αυτοί αφορούν στους ακόλουθους τομείς:



1. Στην υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου.
2. Στη προαγωγή της ομαλής ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης των νηπίων.
3. Στην υποστήριξη των γονιών αναφορικά με το γονεϊκό τους ρόλο, αλλά και γενικότερα ως ατόμων.
4. Στην υποστήριξη της σχέσης των νηπίων με τους γονείς τους, και
5. Στη προώθηση της ενδο-ομαδικής αλληλεπίδρασης, της αλληλεπίδρασης δηλαδή ανάμεσα στα μέλη της ομάδας και στους συν-θεραπευτές.

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανάλυση των θεμάτων που αναδείχθηκαν από τις εννέα συνεντεύξεις. Η αφήγηση σε πολλά σημεία περιλαμβάνει και αυτούσιες τις ομιλιακές εκφράσεις των θεραπευτών, προκειμένου να γίνεται πιο κατανοητό αυτό που εννοούν.

Τα θέματα αυτά εντάσσονται σε 5 κατηγορίες, όπου σε κάθε μια από αυτές υπάρχουν υποκατηγορίες. Ακολουθεί πίνακας (Πίνακας 1), ο οποίος περιλαμβάνει το σύνολο των κατηγοριών και των υποκατηγοριών.

<b>Που απευθύνονται οι παρεμβάσεις</b>					
<b>Με ποιό στόχο</b>	<b>Θεραπευτικό πλαίσιο</b>	<b>Νήπιο</b>	<b>Γονιός</b>	<b>Σχέση γονιού-νηπίου</b>	<b>Ομάδα</b>
	Διασφάλιση σταθερότητας και συνέπειας	Ανεξαρτητοποίηση	Ενδυνάμωση γονεϊκής επάρκειας	Αποκωδικοποίηση μηνυμάτων	Προαγωγή αλληλεπίδρασης μελών
	Ανάπτυξη Ικανότητας Αναστοχασμού	Ικανότητα για παιχνίδι	Παροχή φροντίδας στο γονιό	Προαγωγή Αλληλεπίδρασης / Αποχωρισμού	Η ομάδα ως όλον
	Δημιουργία κλίματος ασφάλειας	Καταλληλότεροι τρόποι συμπεριφοράς	Ερμηνευτική λειτουργία	Αποκατάσταση διαστρεβλώσεων	
		Παρεμβάσεις εκτός ομάδας			

Πίνακας 1

Στη συνέχεια παρατίθεται ένας πίνακας (Πίνακας 2) ο οποίος περιλαμβάνει τις κατηγορίες με τις υποκατηγορίες τους μαζί και με τις συχνότητες των σχετικών αναφορών από τα υποκείμενα του δείγματος.

	<b>ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</b>	<b>Συνέντευξη 1</b>	<b>Συνέντευξη 2</b>	<b>Συνέντευξη 3</b>	<b>Συνέντευξη 4</b>	<b>Συνέντευξη 5</b>	<b>Συνέντευξη 6</b>	<b>Συνέντευξη 7</b>	<b>Συνέντευξη 8</b>	<b>Συνέντευξη 9</b>
<b>Θεραπευτικό Πλαίσιο</b>	A. Διασφάλιση Σταθερότητας & Συνέπειας	x	x	x	x	x	x	x	x	
	B. Προώθηση Ικανότητας Αναστοχασμού	x	x	x	x		x	x	x	x
	Γ. Δημιουργία κλίματος ασφάλειας	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Νήπιο</b>	A. Ανεξαρτητοποίηση	x	x	x	x		x	x	x	
	B. Ικανότητα για Παιχνίδι	x	x	x	x			x		x
	Γ. Εκμάθηση Κατάλληλων Τρόπων Συμπεριφοράς		x	x			x		x	
	Δ. Παρεμβάσεις Εκτός Ομάδας					x				x
<b>Γονιός</b>	A. Ενδυνάμωση Γονεϊκής Επάρκειας	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	B. Παροχή φροντίδας στο γονιό	x		x	x	x	x	x	x	x
	Δ. Ερμηνευτική Λειτουργία	x			x					x

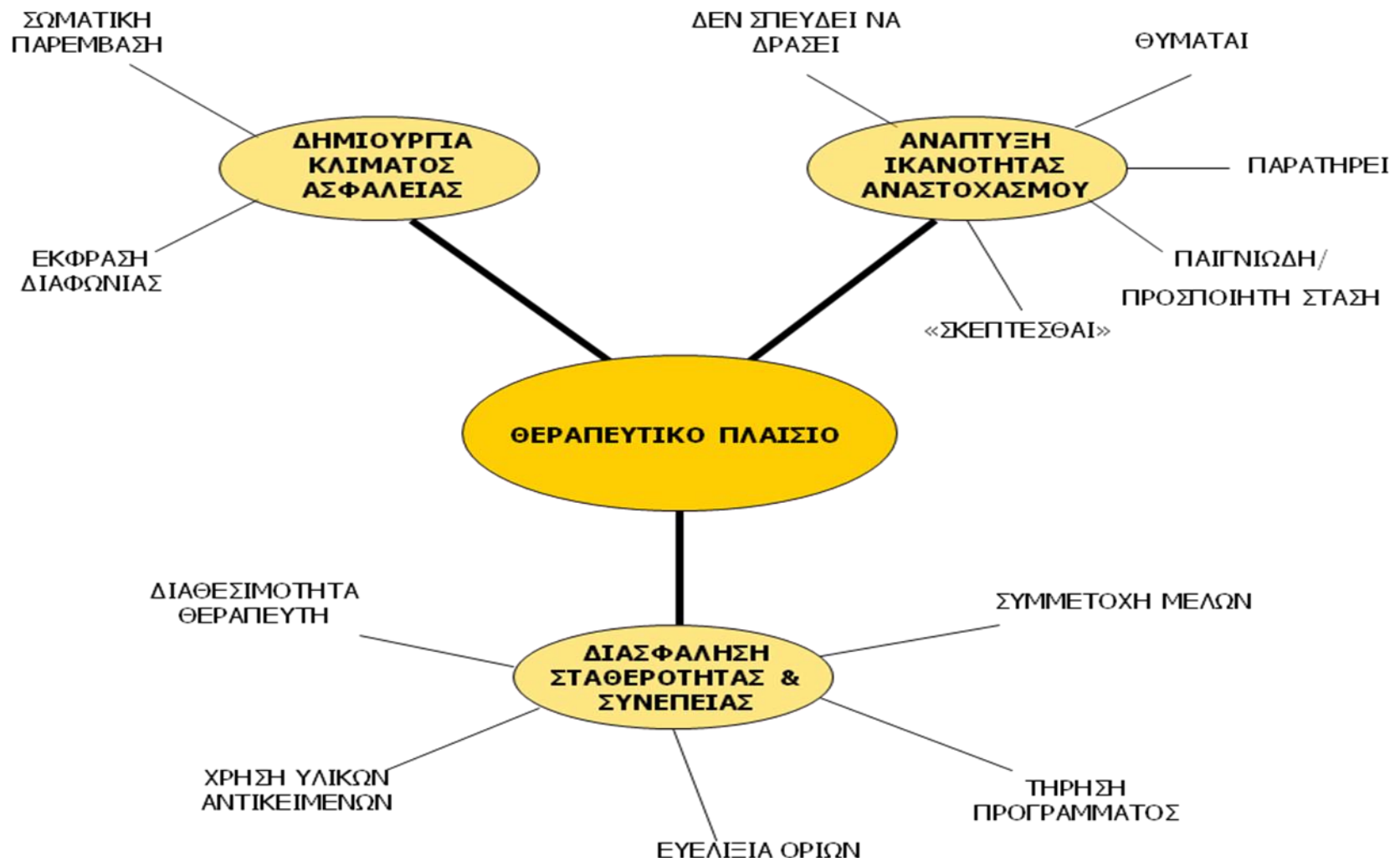
	<b>ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 1</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 2</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 3</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 4</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 5</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 6</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 7</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 8</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 9</b>
<b>Σχέση Γονιού Νηπίου</b>	A. Αποκωδικοποίηση Μηνυμάτων	x	x		x	x		x	x	x
	B. Προώθηση Αλληλεπίδρασης / Ικανότητας Αποχωρισμού			x			x	x		
	Γ. Αποκατάσταση Διαστρεβλώσεων			x	x					x
<b>Ομάδα</b>	A. Αλληλεπίδραση Μελών	x	x	x	x	x	x	x	x	
	B. Η Ομάδα ως Όλον	x	x		x		x		x	x

(Πίνακας 2)

Ακολουθούν πιο αναλυτικά τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναφορικά με τους τρόπους παρέμβασης.

#### **5.1.1 Θεραπευτικό Πλαίσιο.**

Σ' αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τρεις υποκατηγορίες θεμάτων που προέκυψαν μέσα από τις συνεντεύξεις των θεραπευτών, οι οποίες αφορούν στην υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου. Πρόκειται για μια κατηγορία πρωταρχικών παρεμβάσεων, οι οποίες στην πλειοψηφία τους δεν είναι ιδιαίτερες ενεργητικές, αποτελούν όμως τη βάση αυτού του τρόπου κλινικής εργασίας. Μέσα από την συγκεκριμένη θεματική κατηγορία, αναδεικνύονται οι διαφορετικές πλευρές του θεραπευτικού πλαισίου, τις οποίες χρειάζεται να ενισχύσει ο θεραπευτής προκειμένου να διασφαλίσει για τα μέλη της ομάδας ένα αίσθημα ασφαλούς σχεσιακής βάσης. Μιλώντας για το πλαίσιο της ομάδας, αναφερόμαστε στους θεραπευτές, στα μέλη της ομάδας, στο χώρο αλλά και γενικότερα στη λειτουργία του προγράμματος (Διάγραμμα 1).



(Διάγραμμα 1)

Ο επόμενος πίνακας (Πίνακας 3) περιλαμβάνει τις κατηγορίες και τις υποκατηγορίες των παρεμβάσεων που στοχεύουν στην υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου, μαζί με τις συχνότητες των σχετικών αναφορών από τα υποκείμενα του δείγματος.

	Θεραπευτικό Πλαίσιο	Συνέντευξη 1	Συνέντευξη 2	Συνέντευξη 3	Συνέντευξη 4	Συνέντευξη 5	Συνέντευξη 6	Συνέντευξη 7	Συνέντευξη 8	Συνέντευξη 9
Διασφάλιση Σταθερότητας & Συνέπειας	Τήρηση Προγράμματος			x	x				x	
	Διαθεσιμότητα Θεραπευτή	x	x	x	x	x		x		
	Συμμετοχή μελών			x	x	x	x	x		
	Χρήση υλικών αντικειμένων		x				x			
	Ευελξία Ορίων					x	x			
Ανάπτυξη Ικανότητας Αναστοχασμού	Θυμάται	x		x		x				
	Παρατηρεί	x		x	x				x	x
	Παιγνιώδης / Προσποιητή στάση	x			x					x
	«Σκέπτεσθαι»	x	x	x	x		x	x	x	x
Διασφάλιση Ασφάλειας	Έκφραση Διαφωνίας	x		x	x	x				
	Σωματική Παρέμβαση	x	x			x	x	x	x	x

(Πίνακας 3)

### 5.1.1.1 Διασφάλιση σταθερότητας και συνέπειας

Φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό, η ομάδα να παρέχει σταθερότητα, συνέπεια και ένα αίσθημα συνέχειας στα μέλη της.

“... (η ομάδα) μπορεί να οργανώσει τη ζωή κάποιων γονιών και των νηπίων της.” (συνέντευξη 1, p.2: 19).

Πολλές από τις παρεμβάσεις των θεραπευτών στοχεύουν στη διατήρηση του πλαισίου αναφορικά με τη “*δομή και τους κανόνες του*”. (συνέντευξη 9 p.7: 39) Στοχεύουν στο να τηρούνται οι χρόνοι άφιξης και αναχώρησης από και προς την ομάδα αλλά και των **καθιερωμένων επαναλαμβανόμενων διαδικασιών** της (όπως είναι το κολατσιό και το μάζεμα του χώρου):

*“Υπάρχει συγκεκριμένος χρόνος έλευσης και κλεισίματος, ενθαρρύνουμε τους ανθρώπους να έρχονται στην ώρα τους [...] έχουμε την ώρα του κολατσιού την ίδια ώρα κάθε φορά – υπάρχει ένας ρυθμός και ένας συγκεκριμένος τρόπος που γίνονται τα πράγματα στην ομάδα και πιστεύω ότι η σταθερότητα είναι σημαντική, ειδικά όταν έχεις να κάνεις με μια χαοτική ομάδα για οποιονδήποτε λόγο”* (συνέντευξη, 3, p.5: 5-9).

Επίσης, πέρα από την τήρηση μιας συνέχειας και μιας συνέπειας ως προς το πλαίσιο αυτό καθαυτό, και το πώς βιωματικά μεταδίδεται στους συμμετέχοντες της ομάδας, ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να αποδίδεται και στο πώς αυτή τους επικοινωνείται λεκτικά:

*... “Η ώρα του κολατσιού έρχεται, είναι δύσκολη αυτή η ώρα και χρειάζεται να προετοιμάσουμε λίγο καλύτερα το συγκεκριμένο παιδάκι. (Όποτε μπορεί να πούμε) “Σε λίγο θα πρέπει να σταματήσουμε να παίζουμε με αυτό το παιχνίδι και να καθίσουμε όλοι κάτω”, (συνέντευξη 8, p.4:40-42). ... Σαν κλινικός πιθανά θα προετοιμάζα την ομάδα, με την έννοια του να είναι πολύ συγκεκριμένο το ότι θα έχουμε τρεις ή τέσσερις συνεδρίες μέχρι τις διακοπές, και έτσι οι διακοπές να μην φτάνουν ξαφνικά, χωρίς σχεδιασμό ή προειδοποίηση”* (συνέντευξη 8, p.5: 11-14).

Μια άλλη διάσταση αναφορικά με την παροχή σταθερότητας και συνέπειας, αφορά στη **διαθεσιμότητα του θεραπευτή**. Με την έννοια του να



αισθάνονται ότι υπάρχει κάποιος εκεί που τους καταλαβαίνει και τους συναισθάνεται, που αναγνωρίζει της ανάγκες τους και δίνει αξία στις εμπειρίες τους. Μία θεραπεύτρια αναφέρει σχετικά:

*“Να παρέχεις λίγο από το αίσθημα: «είμαι εδώ για εσένα αν με θες» το οποίο σημαίνει για οτιδήποτε χρειαστείς. Δεν χρειάζεται να αφορά στο παιδί, μπορεί να είναι για οτιδήποτε συμβαίνει στη ζωή τους... Να είσαι εκεί για τους γονείς και να τους επικοινωνείς ότι υπάρχει χώρος για εκείνους, για ότι χρειαστούν” (συνέντευξη 4, p.4: 43).*

Και μια άλλη λέει:

*“να είσαι εκεί, παρούσα, χρησιμοποιώντας τον αναλυτικό σου νου. Οπότε να είσαι εκεί για εκείνους, σταθερά, πάντα στην ώρα σου, πάντα με καθόλου επικριτική συμπεριφορά, πάντα έτοιμος να παίξεις με τα παιδιά,... ότι ενδιαφέρεσαι, ... ναι οπωσδήποτε αυτό είναι ένας τρόπος παρέμβασης” (συνέντευξη 1, p.5: 17-19).*

Για μερικούς από τους συμμετέχοντες μάλιστα η έκφραση της διαθεσιμότητας εκ μέρους των θεραπευτών, ότι δηλαδή «είναι εκεί γι’ αυτούς», μοιάζει να είναι το περισσότερο που οι θεραπευτές μπορούν να κάνουν για εκείνους, καθώς αυτό είναι και το μόνο που οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες μπορούν να αντέξουν. Μία θεραπεύτρια αναφέρει σχετικά:

*“Είχαμε μια οικογένεια, όπου η μητέρα είχε υπάρξει η ίδια θύμα κακοποίησης όταν ήταν παιδί και ήρθε (στην ομάδα) αλλά για πολύ καιρό την τρομοκρατούσε το να είμαστε κοντά στο παιδί, οπότε το αποδεχθήκαμε και κάναμε πίσω, αρχίσαμε να τη γνωρίζουμε, και ενώ δεν ήθελε τη βοήθεια μας, δεν ήθελε να αγγίξουμε το παιδί της, σιγά-σιγά αυτό άλλαξε και όταν πια έκανε το δεύτερο παιδί της, έδινε το μωρό να το κρατήσουμε αγκαλιά” (συνέντευξη 5, p.5:6-10).*

Πέρα από την ποιότητα της παρουσίας των θεραπευτών μέσα στο πλαίσιο και την έκφραση της ψυχικής τους διαθεσιμότητας με σταθερό και συστηματικό τρόπο, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται και στη στόχευση των παρεμβάσεών τους με στόχο την προαγωγή της σταθερής και συστηματικής **συμμετοχής των μελών της ομάδας σε αυτήν**. Έτσι, οι περισσότεροι θεραπευτές αναφέρονται στις παρεμβάσεις που κάνουν προκειμένου να φέρουν και να κρατήσουν τους γονείς στην ομάδα:

*... “ενθαρρύνουμε της ανθρώπους να έρχονται στην ώρα τους, να έρχονται συστηματικά, και όταν δεν έρχονται να προσπαθούν να ενημερώνουν...” (συνέντευξη 3, p.5: 6-7).*

Για κάποιους μάλιστα συμμετέχοντες, όπως φαίνεται και στο απόσπασμα που ακολουθεί, το να έρχονται και μόνο στην ομάδα αποτελεί για τους θεραπευτές το μοναδικό στόχο των παρεμβάσεών τους:

*...“για κάποιους γονείς είναι απλά το να θέλεις να έρχονται στην ομάδα. Χωρίς να παρεμβαίνεις, απλά να τους φέρνεις στην ομάδα. Οπότε αυτό που δουλεύεις είναι το να λες: «είναι πολύ σημαντικό, σας θέλουμε να έρχεστε εδώ. Πραγματικά σας περιμέναμε να έρθετε. Προσπαθήστε να έρθετε και την επόμενη εβδομάδα». Προσπαθείς να βοηθήσεις σε αυτό το πολύ θεμελιώδες / πρωταρχικό επίπεδο. Να τους φέρεις εδώ” (συνέντευξη 4, p.8:17-21).*

Υπάρχουν περιπτώσεις, όπως σε ομάδες με ιδιαίτερα εύθραυστο και στερημένο πληθυσμό, όπου ο θεραπευτής, προκειμένου να διαφυλάξει αυτή τη συνέχεια και τη σταθερότητα, μπορεί να δίνει στα μέλη της ομάδας και διάφορα **υλικά αντικείμενα** για να τα πάρουν μαζί τους φεύγοντας, ώστε μέσω αυτών να διατηρήσουν ακέραιη την ανάμνηση της ομάδας κατά την απουσία της (π.χ. στις διακοπές των Χριστουγέννων). Στις περιπτώσεις

αυτές, τα εν λόγω αντικείμενα έχουν την έννοια αλλά και εισάγονται στη διαδικασία από τους θεραπευτές, ως μετωνυμίες της ομάδας.

Όπως λέει μια θεραπεύτρια:

*“Έδινα πολλά χειροπιαστά αντικείμενα, στα παιδιά, δινόντουσαν πράγματα για να τα πάρουν, συχνά τους δινόντουσαν μπαλόνια ή κάτι άλλο για να πάρουν μαζί τους. Πολλά σημειώματα, πολλά αναμνηστικά, πολλά χαρτάκια, χειροπιαστά πράγματα για να κρατάει μαζί του ο κόσμος, ..να κρατιέται από αυτά ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν... και έτσι να γνωρίζουν ότι θα ξανάρθουν”* (συνέντευξη 6, p.6:40-45).

Από το άλλο μέρος, εξίσου σημαντικό είναι το να υπάρχει και μια σχετική ευελιξία και ελαστικότητα αναφορικά με τα όρια του πλαισίου, *“να παραβιάζονται οι κανόνες της ομάδας, όταν υπάρχει ανάγκη”*, λέει μια άλλη θεραπεύτρια (συνέντευξη 5, p.7:29).

Ακολουθούν δυο αποσπάσματα που αναφέρονται σε περιπτώσεις όπου ένας θεραπευτής εκδηλώνει αυτή την ελαστικότητα σχετικά με την τήρηση των κανόνων της ομάδας. Και τα δύο παραδείγματα αφορούν σε ομάδα γονέων-νηπίων που πραγματοποιείται σε ξενώνα για άστεγες οικογένειες.

*“Την προηγούμενη εβδομάδα στον ξενώνα, όταν το παιδί ούρλιαζε γιατί ήθελε να πάει μέσα στην κουζίνα, βγήκαμε έξω από τον χώρο της ομάδας, στο προαύλιο”* (συνέντευξη 6, p.6:10-12).

*“Ο κόσμος έρχεται μέσα, αφήνει την τσάντα του και βγαίνει από το δωμάτιο, επιστρέφει ύστερα από 15 λεπτά χωρίς να εξηγήσει τίποτα σε κανέναν... Τώρα πια δεν θα τους σταματούσα από*

το να κάνουν κάτι τέτοιο. Θα τους μιλούσα ενδεχομένως για αυτό λίγο αργότερα, αλλά επιτρέπω στον κόσμο να έρθει και να φύγει, γιατί αν χρειάζονται 5 λεπτά για να βάλουν πλυντήριο δεν πειράζει” (συνέντευξη 6, p.7: 8-11).

### 5.1.1.2. Ανάπτυξη ικανότητας αναστοχασμού

Η δεύτερη υποκατηγορία αναφορικά με την υποστήριξη του πλαισίου αφορά στην προώθηση της ικανότητας για αναστοχασμό και στη δημιουργία χώρου για σκέψη. Η ομάδα δηλαδή χρειάζεται να αποτελεί ένα ασφαλές μέρος για να γίνονται αποδεκτά και να κατανοούνται οι σκέψεις και τα συναισθήματα. Ο θεραπευτής χρειάζεται να είναι εκεί παρών ‘ψυχή τε και σώματι’ με τις αισθήσεις του και τη σκέψη του ανοιχτές και στη διάθεση της ομάδας, ώστε ο ψυχικός χειρισμός των θεμάτων που ανακύπτουν να γίνεται αντικείμενο ταυτίσεως από μέρους των συμμετεχόντων.

Αρκετοί θεραπευτές αναφέρουν ως τρόπο παρέμβασης ακόμη και την απλή **παρατήρηση**. Πολύ χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα δυο αποσπάσματα:

*“Να βλέπεις, να παρατηρείς. Με τον τρόπο που έχουμε διδαχθεί εδώ, απλά να παρατηρούμε, προτού καλά-καλά ν’ αρχίσουμε να παρεμβαίνουμε”.* (συνέντευξη 8, p. 2:17-18).

*“Πιστεύω πως το να παρατηρεί κανείς συνιστά από μόνο του έναν τρόπο παρέμβασης.... Πιστεύω ότι μπορείς να επηρεάσεις τη δυάδα (γονιού-νηπίου) απλά παρατηρώντας. Η μητέρα γνωρίζει ότι παρατηρώ εκείνη και το παιδί της και αυτό την κάνει να παρατηρεί και εκείνη περισσότερο, ναι το να παρατηρείς και να μιλάς για αυτά που βλέπεις, είναι ένας πολύ ισχυρός τρόπος παρέμβασης”.* (συνέντευξη 1, p.5: 10-15).

Εκτός από το να παρατηρεί ο θεραπευτής χρειάζεται να είναι και ο θεματοφύλακας μιας συλλογικής αλλά και ατομικής ιστορίας για κάθε ένα από τα μέλη της ομάδας, να χρησιμοποιεί τη σκέψη του ως γέφυρα που συνδέει το παρελθόν με το παρόν και το μέλλον. Συνεπώς, ένας άλλος τρόπος παρέμβασης είναι και το να **θυμάται**.

Μια θεραπεύτρια αναφέρει σχετικά:

*“το να δείχνεις ένα ενδιαφέρον για το παιδί τους, να θυμάσαι αυτά που σου έχουν πει, ας πούμε την προηγούμενη εβδομάδα, θα πιανόμουνα από αυτό και θα έλεγα: «πώς πήγε το συγκεκριμένο θέμα», με μια έννοια είναι σαν να τους συνοδεύω ακόμα και όταν δεν τους βλέπω, τους συνοδεύω με το μυαλό μου, θυμάμαι...”* (συνέντευξη 5, P.4: 8-12).

Αντίστοιχα μια άλλη λέει:

*“Οπότε, κάθε εβδομάδα έρχονται και εμείς τους λέμε: Λοιπόν πως πήγε η προηγούμενη εβδομάδα, κατάφερες το X; Γιατί έχουμε με εκείνους μια κοινή ιστορία. Οπότε δημιουργούμε μια συνέχεια, όπου επιστρέφουν και μας λένε την πρόοδο ή μας λένε τι συνέβη και πιστεύω ότι είναι πολύ σημαντικό. Ιδιαίτερος σημαντικό για κάποιες από τις μητέρες, ειδικά τις πιο απομονωμένες”.* (συνέντευξη 1, p.2: 17-24).

Μία άλλη διάσταση αναφορικά με τη μνήμη του θεραπευτή, είναι και το να δημιουργεί χώρο στη σκέψη του για τα μέλη της ομάδας, να μπορεί δηλαδή να τα κρατά μέσα του ως **«ψυχικά αντικείμενα»**:

*“Το πιο βασικό, έχει να κάνει με την ικανότητα του να μπορείς να κρατάς το νήπιο και τη μητέρα του στη σκέψη σου, (Interview 8, p.6:42) [...] Οπότε αν υπήρχε ένα πράγμα που θα διάλεγα από την ομάδα, θα έλεγα ότι είναι η ιδέα του να διατηρείται ζωντανή στο νου, είτε αυτό αφορά ολόκληρη την ομάδα είτε την κάθε δυάδα ξεχωριστά. [...] Η ιδέα του να φεύγει από το*

*μυαλό σου.... οι μητέρες είναι πολύ απασχολημένες με τα δικά τους πράγματα, έτσι που το παιδί ουσιαστικά να φεύγει από το μυαλό τους. Αποκτώντας την εμπειρία του να σε έχει κάποιος στο νου του, αρχίζουν και εκείνες να τα καταφέρνουν καλύτερα να κρατούν στη σκέψη τους τα παιδιά τους, με έναν πιο εμπειρίχοντα τρόπο". (συνέντευξη 7, p.7:11-22).*

Ένας άλλος τρόπος παρέμβασης είναι το να προτρέπει ο θεραπευτής τους γονείς να σκέφτονται προκειμένου να κατανοούν το τι συμβαίνει και να μπορούν να το διαχειρίζονται στη συνέχεια. Δίνοντας ο ίδιος ευκαιρίες για να σκεφτούν μαζί γονείς και θεραπευτές, προωθεί ουσιαστικά τη λειτουργία του **«σκέπτεσθαι»**, ως τρόπου αντιμετώπισης των συνήθως αμφιθυμικών και συγκρουσιακών καταστάσεων, σε αντιδιαστολή προς εκείνον κατά τον οποίο το υποκείμενο καταφεύγει σχεδόν αυτόματα στη δράση, στο πέρασμα στην πράξη, στην εκδραμάτιση.

*"Υπάρχουν όλων των ειδών οι καταστάσεις που συμβαίνουν στην ομάδα, που την καθιστούν τον ιδανικό χώρο για να βοηθήσεις τους γονείς να σκεφτούν το τι συμβαίνει. Γιατί νομίζω ότι οι γονείς δεν έχουν την ευκαιρία να σκεφτούν, απλά ανταποκρίνονται στη δεδομένη στιγμή... ενισχύεις την ιδέα του «σκέπτεσθαι» σαν τρόπο αντιμετώπισης των καταστάσεων". (συνέντευξη 9, p.3:5-20).*

Μια άλλη διάσταση της προαγωγής του «σκέπτεσθαι» από μέρους των θεραπευτών είναι και το να μη σπεύδουν να απαντούν στις ερωτήσεις και στις ανησυχίες των γονιών δίνοντας τους συμβουλές.

*"Πιστεύω πως, ιδίως στην αρχή, οι γονείς ελπίζουν να έχουν καθοδήγηση από εσένα και να τους λες τι να κάνουν. Και αυτό δεν είναι σε καμία περίπτωση αυτό που κάνω. Αντίθετα αυτό που κάνω είναι να προσπαθώ να σκεφτώ μαζί τους τι είναι κάθε φορά αυτό που τους φοβίζει και να προσπαθώ να βρω μαζί με εκείνους τι μπορεί να λειτουργεί / να δουλεύει ... Αν ένας*

γονιός αντιμετωπίζει μια πολύ δύσκολη κατάσταση, προσπαθείς να τον βοηθήσεις να σκεφτεί τι μπορεί πραγματικά να συμβαίνει ... γιατί έχοντας χώρο για σκέψη, βοηθάει στο να μην αντιδρά κανείς με τρόπο ανεπεξέργαστο". (συνέντευξη 7 p.3: 18-23).

Τέλος, ο θεραπευτής είναι σημαντικό να μπορεί να αναλαμβάνει ενίοτε και μια **παιγνιώδη** κατά Winnicott (1971) ή **προσποιητή**, με την έννοια του pretend mode που έχει περιγράψει ο Peter Fonagy και οι συνεργάτες του (Fonagy & Target, 1996b; Fonagy & Target, 2000) στάση, να έχει δηλαδή την ικανότητα να παίζει με την πραγματικότητα και να προσποιείται.

Εκτός από την κυριολεκτική πλευρά των πραγμάτων και κατ' επέκταση και της συμπεριφοράς των θεραπευτών στην ομάδα, όπου οι καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα και τα λόγια που χρησιμοποιούνται είναι ξεκάθαρα, υπάρχει και μια διάσταση πιο έμμεση και μεταφορική. Έτσι, παρατηρούμε ότι αρκετοί θεραπευτές αναφέρουν στους τρόπους παρέμβασης που χρησιμοποιούν και μια πιο «φιλοπαίγμονα» στάση, την οποία υιοθετούν θέλοντας να ελαφρύνουν λίγο την ατμόσφαιρα ή κάποιο βαρύ συναίσθημα που μπορεί να επικρατεί τη δεδομένη στιγμή στην ομάδα.

Λέει σχετικά μια θεραπεύτρια:

*"Χρησιμοποιείς το χιούμορ, προκειμένου να ελαφρύνεις λιγάκι τα πράγματα. Μπορώ να σου δώσω ένα παράδειγμα αναφορικά με τη χρήση του χιούμορ. Έχω μια νέα βοηθό αυτή τη στιγμή, και την προηγούμενη εβδομάδα όλες οι μητέρες της διαμαρτυρόντουσαν για τον τρόπο που έφτιαχνε το τσάι. Σε κάθε περίπτωση 'ήταν λάθος' για εκείνες ο τρόπος της να φτιάχνει το τσάι. Συνειδητοποίησα το λόγο που γινόταν όλο αυτό και είπα: «Ω θεέ μου, η Ταμάρα δεν είναι Άννα, η τέλεια βοηθός!» (Η Άννα ήταν η προηγούμενη και πολύ αγαπητή βοηθός μου στην ομάδα). Αυτή ήταν μια παρέμβαση με υπερβολή και χιούμορ" (συνέντευξη 1, P. 4: 41-44).*

Πέρα από το χιούμορ που είναι μια έκφραση παιχνιδιάρικης διάθεσης μέσα από το λόγο, η παιχνιδιάρικη διάθεση των θεραπευτών είναι σημαντικό να εκφράζεται και στην επαφή τους με τα παιδιά. Μια θεραπεύτρια αναφέρει για παράδειγμα:

*“[...] η ιδέα του να υπάρχει κάποιος χώρος, όπου οι ειδικοί να μπορούν να αλληλεπιδρούν με τα παιδιά στο δικό τους επίπεδο. Και σε αυτό η Elspeth ήταν πολύ καλή. Ήρθε κάποτε στην ομάδα μου και ήταν τόσο πολύ – αυτό που εγώ δεν είμαι – ...παιχνιδιάρικη. Ήταν σαν άλλο ένα μικρό παιδί. Είχα και έναν άλλο συνάδελφο τον Juan που ήταν, ξέρεις... Μπορούσε να παραστήσει τις εικόνες του παιδιού. Θυμάμαι αυτό το μικρό αγόρι που παρίστανε το μάγο και έκανε π.χ. «να γίνεις σκύλος, τσακ» και ο συνάδελφος μου μεταμορφωνότανε σε σκύλο και πήγαινε γύρω-γύρω γαβγίζοντας «γαβ, γαβ», όπου μπορούσες να δεις τη μαγεία που υπάρχει όταν μπορείς να αναμειχθείς στο επίπεδο τους”. (συνέντευξη 4, π. 4:25-30).*

### **5.1.1.3. Δημιουργία κλίματος ασφάλειας**

Η Τρίτη υποκατηγορία αναφορικά με το θεραπευτικό πλαίσιο της ομάδας, έχει να κάνει με τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας. Εδώ οι τρόποι παρέμβασης είναι περισσότερο ενεργητικοί και επεμβατικοί, σε αντίθεση με τις προηγούμενες δυο υποκατηγορίες, όπου οι παρεμβάσεις ήταν κυρίως μη κατευθυντικές. Μέσα από αυτές τις παρεμβάσεις οι θεραπευτές είναι σαν να μεταδίδουν στα μέλη της ομάδας το αίσθημα ότι υπάρχει χώρος για την επιθετικότητα των παιδιών και των γονιών, μέσα από αυτά που λένε και κάνουν, δείχνοντας έτσι ότι μπορεί η ομάδα και οι θεραπευτές να την αντιμετωπίσουν και να την ελέγξουν, χωρίς να πάθει κανείς τίποτα.

Σε αυτή την υποκατηγορία εντάσσεται το να παρεμβαίνει ο θεραπευτής άμεσα και σωματικά, όταν χρειάζεται, προκειμένου π.χ. να σταματήσει ένα καβγά:



*“Θα προστάτευα πάντοτε ένα παιδί από το να χτυπήσει, αν μπορούσα, οπότε αν ένα παιδί είναι έτοιμο να χτυπήσει ένα άλλο στο κεφάλι, θα έμπαινα με το σώμα μου ανάμεσα ή θα το σταματούσα ή οτιδήποτε”. (συνέντευξη 5, p.2:25-26)*

Κάτι ανάλογο εξυπηρετεί και η έκφραση της διαφωνίας, άμεσα και ξεκάθαρα, από μέρους των θεραπευτών. Είναι πολύ χαρακτηριστικό το απόσπασμα από τη συνέντευξη που ακολουθεί:

*“[...] πρέπει να μπορείς να λες: «δεν συμφωνώ με αυτό» [...] να μην είσαι συγκαταβατικός, με την έννοια του ‘εγώ ξέρω την αλήθεια’, αλλά ότι υπάρχουν κάποια πράγματα που δεν είναι σωστά και εσύ ως υπεύθυνη της ομάδας πρέπει να λες όχι ... Αν δεν πεις τίποτα είναι σαν να συνεργείς ... πώς να το πω. Γίνεσαι όπως όλοι οι άλλοι. Σαν να συνωμοτείς με αυτό που γίνεται... Είσαι σαν γονιός τους: σε άλλα λες ναι και σε άλλα λες όχι” [...] (συνέντευξη 4, p.7:25-32).*

Δείχνοντας έμπρακτα ένας θεραπευτής ότι είναι σε θέση να εκφράζει τη διαφωνία του και να βάζει όρια στην ομάδα, είναι σα να τη διασφαλίζει ότι υπάρχει κάποιος εδώ που έχει τον έλεγχο και την ευθύνη για όσα συμβαίνουν και άρα εκείνοι (τα μέλη της ομάδας δηλαδή) είναι ελεύθεροι να λένε και να κάνουν ότι θέλουν χωρίς να διακινδυνεύουν όλα αυτά να αποβούν μοιραία ή καταστροφικά. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια θεραπεύτρια:

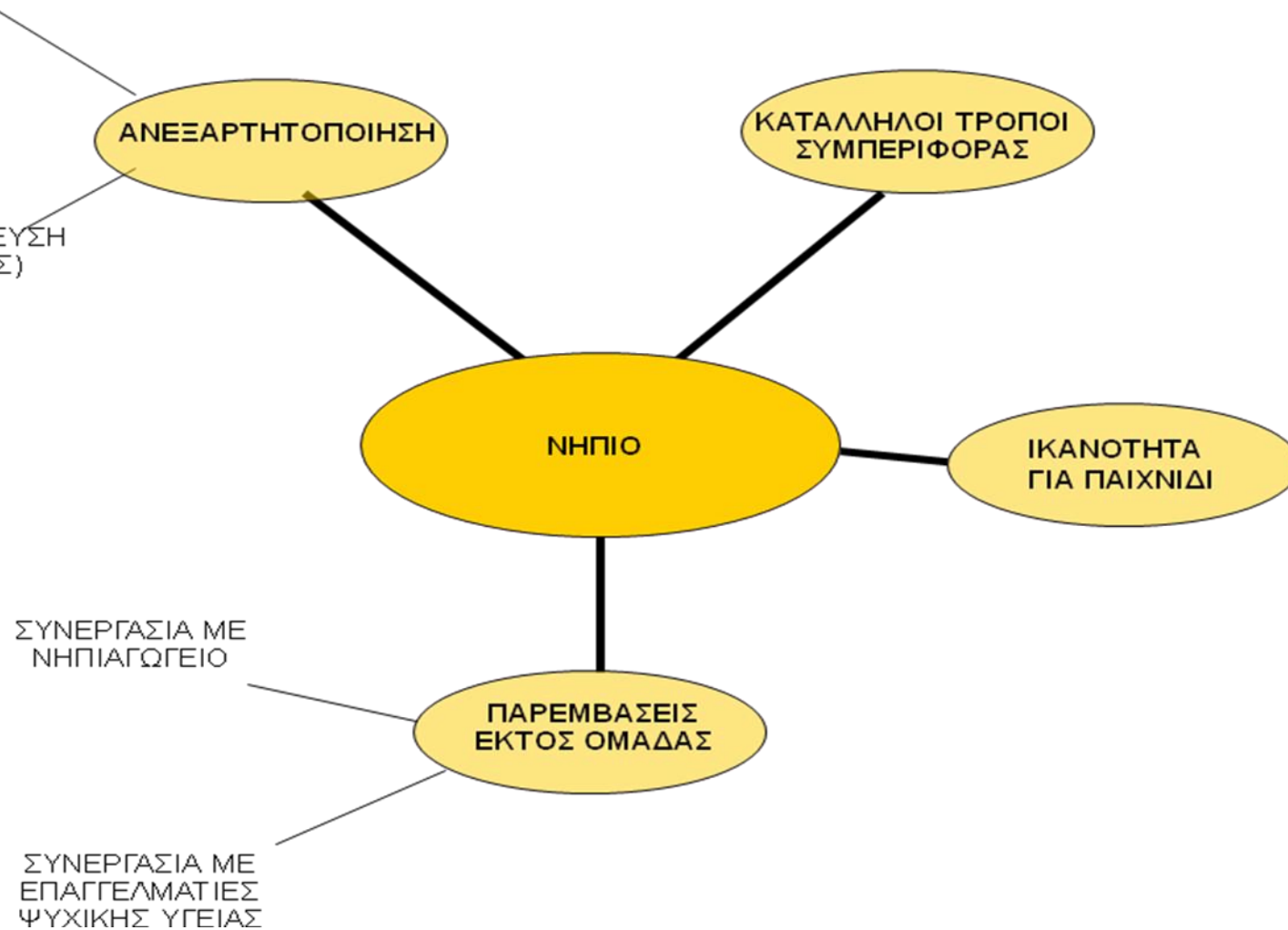
*“[...] όταν στην ομάδα προκύπτει κάποια μεγάλη αναστάτωση, χρειάζεται να συζητιέται και να φαίνεται ότι η ομάδα μπορεί να την αντέξει και να την αντιμετωπίσει” (συνέντευξη 2, p.5:13-14).*

### **5.1.2. Προαγωγή της ομαλής συναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου**

Οι παρεμβάσεις των θεραπειών αφορούν και στην αντιμετώπιση των αναγκών και των αναπτυξιακών επιτευγμάτων που απασχολούν τα νήπια. Σ' αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τέσσερις κατηγορίες θεμάτων οι οποίες αφορούν στην προαγωγή της ομαλής συναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου (Διάγραμμα 2).

ΑΥΤΟΝΟΜΗΣΗ (ΣΩΜΑ)

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ  
(ΣΚΕΨΗΣ)



(Διάγραμμα 2)

Στον παρακάτω πίνα παρουσιάζονται οι κατηγορίες με τις υποκατηγορίες τους, μαζί με τις συχνότητες των σχετικών αναφορών από τα υποκείμενα του δείγματος (Πίνακας 4).

	ΝΗΠΙΟ	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 1	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 2	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 3	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 4	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 5	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 6	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 7	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 8	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 9
Ανεξαρτητοποίηση	Εξατομίκευση (Σκέψη)	x	x		x		x		x	x
	Αυτονόμηση (Σώμα)	x	x							
	Παιχνίδι	x	x	x	x			x		x
	Κατάλληλοι Τρόποι Συμπεριφοράς		x	x			x		x	
	Παρεμβάσεις Εκτός Ομάδας					x				x

(Πίνακας 4)

### 5.1.2.1. Ανεξαρτητοποίηση νηπίου

Σ' αυτή την ηλικιακή φάση, το μεγαλύτερο αναπτυξιακό επίτευγμα είναι ο αποχωρισμός και η εξατομίκευση του νηπίου σε σχέση με τους γονείς του. Πρόκειται για δυο συμπληρωματικές διαδικασίες, όπου ο αποχωρισμός αντιπροσωπεύει την έξοδο του παιδιού από μια συμβιωτική σχέση με τη μητέρα του, ενώ η εξατομίκευση αποτελείται από τα επιτεύγματα του παιδιού στην πορεία προς την κατάκτηση της ατομικότητάς του, την ευθύνη του σώματος του και την αυτονομία της σκέψης του (Mahler et al., 1975; Greenberg & Mitchell, 1983; Brandell, 2013). Η εξατομίκευση δηλαδή συνίσταται, στις ψυχικές διαδικασίες μέσω των οποίων το νήπιο διαμορφώνει και διαφοροποιεί τα δικά του ατομικά χαρακτηριστικά, έτσι ώστε το αίσθημα εαυτού να αναπαρίσταται ενδο-ψυχικά ως μια σειρά αναπαραστάσεων

εαυτού. Οι παρεμβάσεις των θεραπευτών αφορούν και στα τρία αυτά επίπεδα της όλης διαδικασίας. Στο σημείο αυτό της ανάλυσης, υπάγονται οι παρεμβάσεις των θεραπευτών που προωθούν την αυτονόμηση και εξατομίκευση του νηπίου. Πιο συγκεκριμένα:

1. Ενθαρρύνουν μια πιο αυτόνομη στάση των νηπίων αναφορικά με το σώμα τους, βοηθώντας τα να αναλαμβάνουν την ευθύνη του. Συχνά δηλαδή οι παρεμβάσεις τους αφορούν πρακτικές της καθημερινότητας, μέσα από τις οποίες προωθούν **την αυτοεξυπηρέτηση** των νηπίων.

*“[...] βοηθάς τα νήπια να ανεξαρτητοποιηθούν, ξέρεις, να βγάζουν μόνα τους τα μπουφάν τους ή να κάθονται να φάνε ένα μπισκότο” (συνέντευξη 2, π.3:6-7).*

2. Αναγνωρίζουν την αυτονομία του νου και των συναισθημάτων των νηπίων, βοηθώντας και τα ίδια να τα αναγνωρίζουν και να τα κατανοούν. Ένας πολύ σημαντικός τρόπος παρέμβασης των θεραπευτών είναι το να βάζουν σε λόγια τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των νηπίων, να λεκτικοποιούν ανείπωτες δικές τους συμπεριφορές και συναισθήματα. Στις ομάδες γονέων-νηπίων, οι θεραπευτές υποστηρίζουν ότι μιλάνε πολύ συχνά στο νήπιο για το πώς ενδεχομένως εκείνο νιώθει σε διάφορες φάσεις ή εξηγούν τις συνέπειες των πράξεων του όπως και το νόημα των συμπεριφορών του.

Από το άλλο μέρος, η **λεκτικοποίηση** αποτελεί και ένα τρόπο υποβοήθησης της εισόδου του παιδιού στη συμβολική τάξη, καθώς οι λέξεις και η χρήση της γλώσσας συνεπάγονται κατεξοχήν την ικανότητα για συμβολοποίηση.

*“Νομίζω ότι είναι πολύ βοηθητικό και για το παιδί να υπάρχει κάποιος που κάθεται κάτω και λέει: “Νομίζω ότι ζηλεύεις πολύ. Νομίζω ότι σου είναι πολύ δύσκολο να είναι η μαμά σου με αυτό το μωρό” ή, “η μαμά πρέπει να πάει πάλι στη δουλειά, μπορεί να θυμώνεις πολύ γι’ αυτό” ή, “δεν ήρθες όλο τον Αύγουστο, γιατί είχαμε διακόψει και σου έλειψε η ομάδα αλλά μας έλειψες κι εμάς.” Αυτή η πολύ απλή λεκτικοποίηση αποδεικνύεται πολύ χρήσιμη” (συνέντευξη 4, p.5:40-45).*

### **5.1.2.2 Ικανότητα για παιχνίδι**

Παράλληλα, οι θεραπευτές προωθούν την ικανότητα του νηπίου για παιχνίδι, αφενός με το να το ενθαρρύνουν να παίζει και αφετέρου με το να το βοηθούν να αναπτύσσει και να χρησιμοποιεί τη φαντασία του. Όπως υποστηρίζει μια από τις θεραπεύτριες του δείγματος:

*“Πιστεύω πως το παιχνίδι είναι το κύριο μέσο για τα πάντα. Παίζεις, παίζεις με το νήπιο...” (συνέντευξη 7, p.3:4-5).*

Πιο περιγραφική και αναλυτική είναι μια άλλη θεραπεύτρια:

*“[...] ενθαρρύνεις το παιχνίδι, έχεις παιχνιδιάρικη διάθεση. Μπορεί να δεις ένα νήπιο να παίζει με μια μπάλα και να ενθαρρύνεις το παιχνίδι του να πετάει και να πιάνει την μπάλα, ώστε να υπάρχει παιχνίδι. [...] πιστεύω πως είναι πολύ σημαντικό να είσαι παιχνιδιάρης με τα παιδιά, να αναπτύσσεις τη φαντασία τους στο παιχνίδι, ξέρεις, το να κάτσεις δίπλα τους στο γκαράζ και να φτιάξεις μαζί τους μια ιστορία με τα αυτοκίνητα ή τη μαμά ή τον μπαμπά ή να πηγαίνουν για ψώνια...” (συνέντευξη 2, p.3:12-19).*

Οι θεραπευτές λειτουργούν λοιπόν μέσα στην ομάδα και ως καταλύτες: Ενισχύουν την ικανότητα του παιδιού για δημιουργικό παιχνίδι, και μ’ αυτό τον

τρόπο οι ίδιοι υποστηρίζουν και πάλι την είσοδο των νηπίων στον κόσμο του συμβολικού, καθώς το παιχνίδι αποτελεί ένα κατεξοχήν άνοιγμα στο φανταστικό, ενώ παράλληλα προάγει και την ικανότητα των μικρών παιδιών για συμβολοποίηση.

### **5.1.2.3. Εκμάθηση κατάλληλων τρόπων συμπεριφοράς**

Πέρα από την εισαγωγή των παιδιών στον κόσμο του συμβολικού γίνεται επίσης προσπάθεια εισαγωγής των παιδιών στο κοινωνικό γίγνεσθαι και στην τάξη. Κάποιοι από τους τρόπους παρέμβασης αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τα παιδιά να μάθουν να διαχειρίζονται τα θέματα και τις καταστάσεις που συνεπάγεται η ένταξη τους στην κοινωνία και η αλληλεπίδραση με τους άλλους. Στις ομάδες γονέων – νηπίων τα παιδιά καλούνται να μάθουν να διαχειρίζονται τη ματαιώση, την επιθετικότητά τους, τα όρια του εαυτού τους και την ύπαρξη του άλλου και οι θεραπευτές συμβάλλουν στην υιοθέτηση πιο κατάλληλων συμπεριφορών από μέρους των παιδιών.

Όλες οι καταστάσεις που συναντούν οι γονείς και τα νήπια στην καθημερινότητά τους, προκύπτουν και μέσα στην ομάδα και οι θεραπευτές προσπαθούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπισή τους. Για παράδειγμα, δείχνουν στα παιδιά το πώς ο καθένας περιμένει τη σειρά του, το πώς μαθαίνουμε να μοιραζόμαστε κλπ.

Πρόκειται δηλαδή για παρεμβάσεις που έχουν ένα χαρακτήρα περισσότερο παιδαγωγικό και εκπαιδευτικό. Στα επόμενα δυο αποσπάσματα παρουσιάζονται κάποιοι τρόποι με τους οποίους οι θεραπευτές

αντιμετωπίζουν την επιθετικότητα των παιδιών προτείνοντας εναλλακτικές μορφές έκφρασης:

*“Ας πούμε, κάτι το μη επιτρεπτό είναι γιατί προκαλεί πόνο ή γιατί... «Εδώ δεν επιτρέπεται να χτυπάμε ο ένας τον άλλο, αν θέλεις κάτι, χρειάζεται να το πεις με λόγια». Με κάτι τέτοιο είναι σα να ενθαρρύνεις πιο κατάλληλες συμπεριφορές” (συνέντευξη 8, p.2: 25-26).*

Και μια άλλη θεραπεύτρια περιγράφει πως μια εναλλακτική διέξοδος εκτόνωσης της επιθετικότητας (μέσα από ένα παιχνίδι) που είχε αρχικά αναπτυχθεί με τη συμβολή της θεραπεύτριας, υιοθετήθηκε στη συνέχεια από τα ίδια τα παιδιά:

*“κάποια παιδιά στην ομάδα ήταν κάποτε πολύ θυμωμένα και επιθετικά. Παρατηρούσα λοιπόν αργότερα μερικά από αυτά να λένε στα μικρότερα όταν χτυπούσαν το ένα το άλλο: «έλα και χτύπα τα ντραμς, γιατί αυτό κάνουμε όταν είμαστε θυμωμένοι” (συνέντευξη 6, p.8:2-3).*

#### **5.1.2.4. Παρεμβάσεις εκτός Ομάδας**

Τέλος, κάποιοι από τους θεραπευτές αναφέρονται και σε τρόπους παρέμβασης που μπορεί να γίνονται και εκτός ομάδας, όπως λ.χ. όταν οι ίδιοι επικοινωνούν με άλλους χώρους με τους οποίους έχει καθημερινή σχέση ένα παιδί, όπως το νηπιαγωγείο, στις περιπτώσεις που το παιδί φοιτά σ' αυτό παράλληλα με την ομάδα γονέων-νηπίων. Ο θεραπευτής μπορεί να επισκέπτεται αυτό το χώρο, όταν χρειάζεται, με σκοπό τη διευκόλυνση της φοίτησης του παιδιού σ' αυτό.



... “προσπάθησα να τη βοηθήσω να κάνει τη μετάβαση γιατί πήγαινε στο νηπιαγωγείο, το οποίο και επισκέφθηκα και μίλησα με τους ανθρώπους εκεί, ώστε να τη βοηθήσουμε να κάνει το επόμενο βήμα” (συνέντευξη 5, p.3:17).

Επιπλέον, στις παρεμβάσεις των θεραπειών εκτός του πλαισίου της ομάδας, εντάσσεται και η παραπομπή των νηπίων και ενδεχομένως και η συνεργασία των θεραπειών, με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

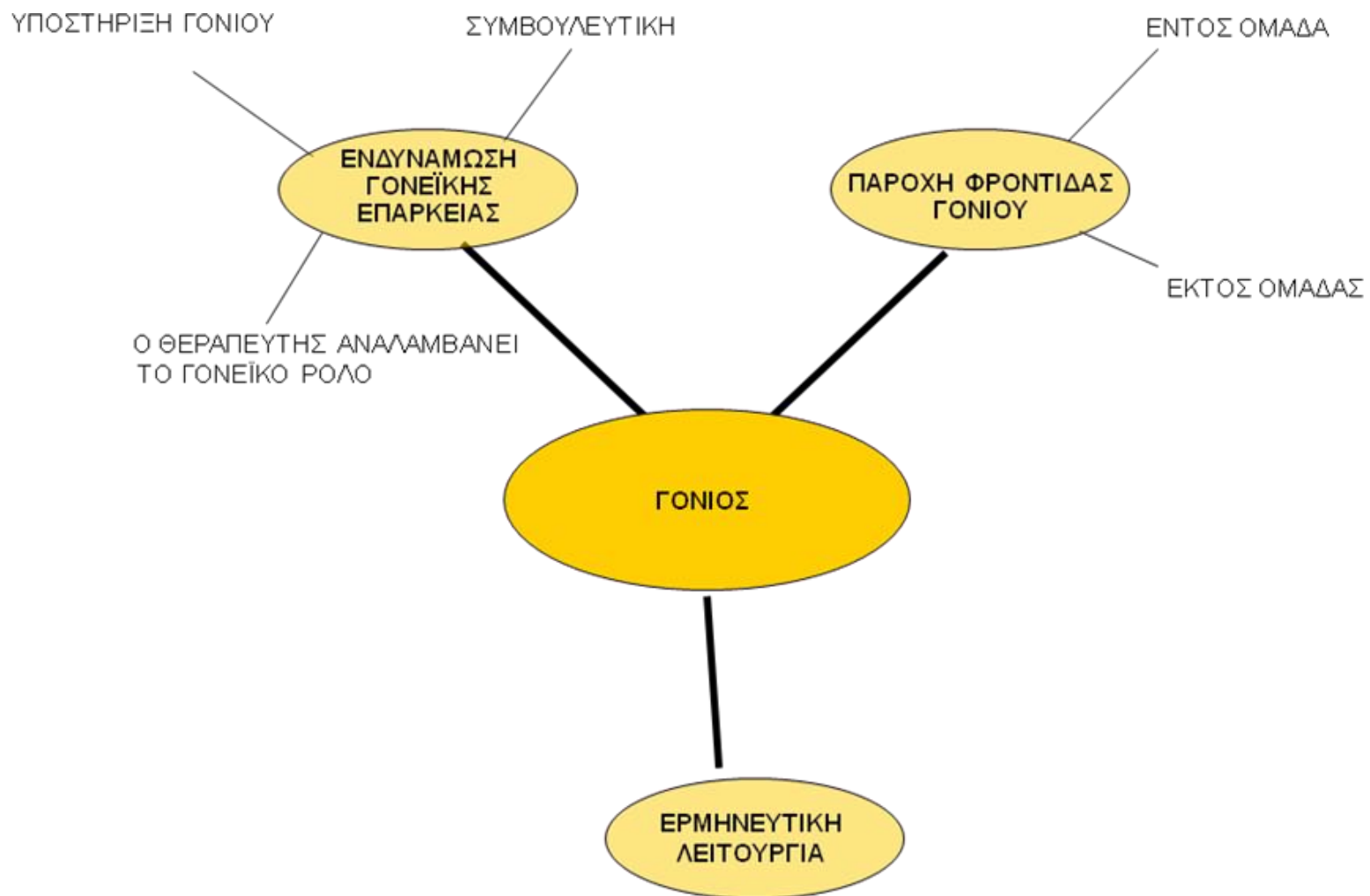
Αναφέρει σχετικά μια θεραπεύτρια:

“[...] συγκεκριμένα ένα μικρό αγόρι που τραύλιζε, και χρειάστηκε να σκεφτώ μαζί με τη μητέρα του, ώστε να τη βοηθήσω να σκεφτεί για λογοθεραπεία” (συνέντευξη 9, p.5:23-24).

### **5.1.3. Υποστήριξη του γονιού**

Σε ότι αφορά την υποστήριξη του γονιού εντοπίστηκαν τρεις κατηγορίες τρόπων παρέμβασης που χρησιμοποιούνται μέσα στην ομάδα από τον θεραπευτή, με κύριο αποδέκτη τον γονιό (Διάγραμμα 3). Οι κατηγορίες είναι οι ακόλουθες:

1. Παροχή φροντίδας στο γονιό,
2. Ενδυνάμωση της γονεϊκής επάρκειας και
3. Ερμηνευτική λειτουργία.



Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι τρεις κατηγορίες παρέμβασης με αποδέκτη τον γονιό, με τις υποκατηγορίες τους, καθώς και οι συχνότητες των σχετικών αναφορών από τις ερευνήτριες που συμμετείχαν στο δείγμα (Πίνακας 5).

	Γονιός	Συνέντευξη 1	Συνέντευξη 2	Συνέντευξη 3	Συνέντευξη 4	Συνέντευξη 5	Συνέντευξη 6	Συνέντευξη 7	Συνέντευξη 8	Συνέντευξη 9
Ενδυνάμωση γονεϊκής επάρκειας	Υποστήριξη του γονιού στην επιτέλεση του γονεϊκού ρόλου του	x		x	x	x	x	x	x	
	Ο θεραπευτής αναλαμβάνει ο ίδιος το γονεϊκό ρόλο	x	x	x			x	x		x
	Συμβουλευτικός ρόλος	x		x			x	x	x	x
Παροχή φροντίδας στο γονιό	Εντός ομάδας	x			x					x
	Εκτός ομάδας			x	x	x	x	x	x	x
Ερμηνευτική λειτουργία		x			x					x

(Πίνακας 5)

### 5.1.3.1. Παροχή φροντίδας στο γονιό

Η φροντίδα που προσφέρεται στους γονείς έγκειται κατ' αρχάς στην ίδια την **αποδοχή** τους, από μέρους των θεραπευτών, στην αποδοχή τους δηλαδή έτσι όπως πραγματικά αυτοί (οι γονείς) είναι. Οι θεραπευτές με τη

στάση τους είναι πολύ σημαντικό – έως και θεραπευτικό όπως προτείνεται από μια θεραπεύτρια – να μεταδίδουν στους γονείς αυτό το αίσθημα της αποδοχής. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει:

*“...το ότι δεν είσαι εκεί για να κάνεις τα πράγματα σωστά, βρίσκεσαι εκεί για να είσαι με ότι υπάρχει, ακόμα και αν είναι ανυπόφορο... Δεν τους θέλεις να είναι κάτι το διαφορετικό ή να αισθάνονται καλύτερα. .. Πιστεύω πως αυτό είναι ότι πιο θεραπευτικό, το να μπορείς να μην προσπαθείς να τους κάνεις να είναι κάτι το διαφορετικό, γιατί εσύ πιστεύεις ότι αυτό είναι καλύτερο για τα παιδιά τους, ξέρεις... Το καλύτερο για τα παιδιά είναι η μητέρα τους να μπορεί να μένει με τα συναισθήματα της - ακόμα κι αν αυτά είναι απάισια - ότι δεν τα αρνείται ή τα απωθεί ή τα κρύβει κάπου, γιατί τότε εκείνα θα επιστρέψουν σε χειρότερη μορφή. Αυτό είναι άλλος ένας τρόπος παρέμβασης” (συνέντευξη 4, p.5:9-21).*

Από το άλλο μέρος, η φροντίδα που προσφέρεται στους γονείς έχει να κάνει και με την προσπάθεια των θεραπευτών να τους **κατανοούν** και να τους **εμπειρίχουν**. Δυο θεραπεύτριες αναφέρουν τα παρακάτω:

*“[...] υπάρχει ένας χώρος για εκείνους, για να μιλήσουν, να εκφράσουν κάτι που τους απασχολεί. Να υπάρχει κατανόηση.[...] όταν μιλάνε, να αισθάνονται ότι τους καταλαβαίνουν. Η μητέρα θα ηρεμεί και θα είναι πιο διαθέσιμη για τα παιδιά της” (συνέντευξη 4, p.5: 3-5). “[...] να ανταποκρίνονται στις παιδικές ανάγκες της μητέρας” (συνέντευξη 4, p.10: 16).*

*“Αναφορικά με τις μητέρες, μπορεί να παρεμβαίνουμε με το να συναισθανόμαστε τα αισθήματα της μητέρας ή να περιέχουμε τα συναισθήματα της, να αναγνωρίζουμε τις εμπειρίες της” (συνέντευξη 1, p.35-36).*

Επιπλέον, μια άλλη παράμετρος αυτής της λειτουργίας των θεραπευτών είναι και το να δίνεται **προσωπικός χώρος** στους γονείς, όταν

για παράδειγμα έχουν ανάγκη να μιλήσουν για κάτι πιο προσωπικό, το οποίο δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο κοινοποίησης σε ολόκληρη την ομάδα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια θεραπεύτρια:

*“[...] αυτή τη στιγμή υπάρχει ένας γονιός στην ομάδα, του οποίου η μητέρα είναι πολύ άρρωστη και συζητάει για το δίλημμα της να φροντίζει τη μητέρα της και το δυο χρονών παιδί της και τις δυσκολίες που έχει όλο αυτό. Οπότε αυτό είναι κάτι το οποίο δεν απευθύνεται σε ολόκληρη την ομάδα, αλλά που μπορεί να συζητηθεί μέσα στα πλαίσια της ομάδας νηπίων, αλλά σε μια πιο ιδιωτική συζήτηση” (συνέντευξη 7, p.3: 27-34).*

Η φροντίδα που παρέχουν οι θεραπευτές στους γονείς εκφράζεται και μέσα από **συμβολικές κινήσεις**, όπως:

*“[...] αγκαλιάζεις έναν γονιό, οι γονείς συχνά λένε πράγματα όπως: «μας φτιάχνετε ένα ποτήρι τσάι κάθε εβδομάδα», το οποίο δεν το θεωρούσα ποτέ κάτι το ιδιαίτερο, που όμως τελικά ήταν για εκείνους, και μετά μπορούσαν να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες του παιδιού τους, γιατί αισθανόντουσαν ότι και οι δικές τους ανάγκες είχαν ικανοποιηθεί ή είχαν ακουστεί” (συνέντευξη 5, p.2:10-12).*

Αυτές οι συμπεριφορές από μέρους των θεραπευτών, η προσφορά δηλαδή καφέ και τσάι, είναι σαν να συμπυκνώνουν σε συμβολικό επίπεδο τη φροντίδα που ούτως ή άλλως διαρκώς προσφέρεται στους γονείς. Ο καφές και το τσάι ξεδιψούν, ικανοποιούν με άλλα λόγια έμπρακτα και υλικά μια άμεση στοματική ανάγκη, ζεσταίνουν και συνδέουν, όπως άλλωστε, σε καθαρά ψυχικό επίπεδο, κάνουν προς τους συμμετέχοντες και οι θεραπευτές.

Τέλος, οι θεραπευτές αναφέρουν στους τρόπους παρέμβασης που χρησιμοποιούν αναφορικά με τους γονείς και τη φροντίδα που τους

προσφέρουν, τις **παρεμβάσεις** που κάνουν και **εκτός ομάδας**. Ως εκτός ομάδας παρεμβάσεις αναφέρονται όλα όσα μπορεί να χρειαστεί ενίοτε να κάνει ένας θεραπευτής εκτός του αυστηρού πλαισίου της ομάδας:

*"[...] Μπορεί να μιλήσεις σε μια μαμά ξεχωριστά, εκτός ομάδας, προσφέροντας έναν έξτρα χώρο. [...] αν έχεις παρέμβει αρκετές φορές μέσα στην ομάδα, χωρίς να κατορθώσεις να περιορίσεις μέρος της δυσκολίας και έχεις την αίσθηση ότι χρειάζεται κάτι πιο βαθύ, κάτι περισσότερο, που μπορεί να αφορά και πιο απόρρητες πληροφορίες, οι οποίες να αποκαλυφθούν ή κάτι τέτοιο"* (συνέντευξη 8, p.3:39-).

Μια άλλη θεραπεύτρια, μιλώντας για μια ομάδα γονέων-νηπίων που διεξάγεται σ' ένα ξενώνα για άστεγες οικογένειες, αναφέρει:

*"[...] "περπάτησα μαζί τους πίσω ως το δωμάτιό τους, ώστε να αποφύγουν τη δυσκολία που υπήρχε στο διάδρομο (του ξενώνα)"* (συνέντευξη 6, p.8:38).

Από το άλλο μέρος οι τρόποι παρέμβασης εκτός ομάδας αφορούν και στη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας που τυχόν εμπλέκονται θεραπευτικά με τις συγκεκριμένες οικογένειες. Και αυτό γιατί οι ομάδες γονέων-νηπίων ως κλινικά πλαίσια έχουν τα όρια τους. Μπορούν να φτάσουν μέχρι ένα ορισμένο σημείο. Είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευτής να έχει επίγνωση αυτών των ορίων, ώστε στις περιπτώσεις όπου οι ανάγκες κάποιων συμμετεχόντων μπορεί να οδηγούν και πέρα από τις δυνατότητες της ομάδας, ο θεραπευτής να μπορεί να κάνει τις απαιτούμενες παραπομπές. Είναι προφανές, ότι στις περιπτώσεις όπου εμπλέκονται και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι πολύ χρήσιμο οι ίδιοι να συνεργάζονται με τις ομάδες γονέων-νηπίων.

*“Αν η μητέρα είναι εξαιρετικά καταθλιπτική, [...], χρειάζεται να ζητήσει περαιτέρω βοήθεια που δεν μπορεί να της δοθεί από την ομάδα νηπίων, γιατί κανείς χρειάζεται να έχει επίγνωση και των ορίων της ομάδας”*(συνέντευξη 7, π.5:16-19).

*(οι ομάδες γονέων – νηπίων μπορεί να αποτελέσουν) “Ένα πρώτο βήμα γεφυρώματος συνδέσεων με άλλες υπηρεσίες ή καταγραφής του τι συμβαίνει και αν υπάρχει ανάγκη, να υπάρξει γέφυρα με άλλες υπηρεσίες”* (συνέντευξη 6, π.2:8-9).

### **5.1.3.2. Ενδυνάμωση της γονεϊκής επάρκειας.**

Σε αυτή την υποκατηγορία εντάσσονται οι παρεμβάσεις των θεραπευτών που στοχεύουν στο να βοηθήσουν το γονιό σε σχέση με το γονεϊκό του ρόλο. Μια διάσταση αυτού είναι η βοήθεια που παρέχεται στους γονείς προκειμένου να αναλαμβάνουν οι ίδιοι το γονεϊκό τους ρόλο, αντί ο θεραπευτής να δρα για λογαριασμό τους.

Έτσι κι αλλιώς, η επικρατούσα και υπερισχύουσα θεωρητικά στάση των θεραπευτών είναι να μην αντικαθιστούν τους γονείς θεωρώντας ότι εκείνοι, (δηλαδή οι θεραπευτές), γνωρίζουν τη μια και μόνη αλήθεια την οποία από τη μεριά τους οι γονείς αγνοούν. Πέρα από την σε θεωρητικό επίπεδο προσήλωσή τους σ’ αυτή τη στάση, οι θεραπευτές την εκφράζουν και έμπρακτα με τη συμπεριφορά τους, η οποία στοχεύει στο να ενθαρρύνονται οι γονείς να αναλαμβάνουν το ρόλο τους, με τους θεραπευτές να προσφέρουν τον εαυτό τους ως στήριξη και όχι ως πλήρη γονεϊκά υποκατάστατά τους:

*“Κατά κανόνα προσπαθώ να κάνω τους γονείς να παίξουν το ρόλο τους αντί να το κάνουμε εμείς, οπότε μπορεί να επιστήσω την προσοχή των γονιών στο παιδί τους το οποίο να χρειάζεται βοήθεια σε κάποια δεδομένη στιγμή. Αλλά νομίζω, περισσότερο από οτιδήποτε*

άλλο, προσπαθώ να βάλω τους γονείς να (κάνουν)... γιατί πιστεύω ότι αυτό είναι μέρος του ρόλου τους ... θα τους στηρίξω στο να το κάνουν, αλλά πιστεύω ότι είναι σημαντικό να μην μοιάζει σαν να είμαστε εμείς αυτοί που μπορούν να το κάνουν ,αλλά ότι είναι αυτοί οι ίδιοι που μπορούν". (συνέντευξη 5, p.2:27-32).

Επιπλέον, ενδέχεται ο θεραπευτής ενίοτε να αναλαμβάνει κάποιες από τις άλλες ευθύνες του γονιού και απαλλάσσοντας τον από αυτές να τον διευκολύνει να αναλαμβάνει το ρόλο του ως γονιός.

[...] “Εκείνη την περίοδο, θυμάμαι τη βοηθό μου και εμένα να κρατάμε η καθεμία και από ένα μωρό, οπότε η μητέρα να μπορεί να παίξει λίγο παραπάνω με το νήπιο”. (συνέντευξη 1, p.9:12-13).

Από το άλλο μέρος, υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου ένας **θεραπευτής χρειάζεται να δράσει και να λειτουργήσει αντί του γονιού**, για λογαριασμό του δηλαδή. Αυτό το είδος παρέμβασης είναι σημαντικό, όπως αναφέρουν οι θεραπευτές, να περιορίζεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου πραγματικά είναι απαραίτητο, όταν π.χ. ένας γονιός δεν αντέχει καθόλου να διαχειριστεί μια κατάσταση και κινδυνεύει να βγει εκτός ελέγχου, όποτε χρειάζεται τη στήριξη του θεραπευτή στο εδώ-και-τώρα της ομάδας.

“[...] Να σταματάς ένα καβγά, ξέρεις, παρεμβαίνοντας για λογαριασμό των γονιών. Αν το παιδί έχει χτυπήσει ήδη 8 παιδιά, πολύ συχνά οι γονείς ντρέπονται πολύ όταν συμβαίνει όλο αυτό όπου το μόνο που θέλουν είναι να φύγουν έξω από το δωμάτιο. Όποτε συχνά είναι στο ρόλο του θεραπευτή να αντιμετωπίσει ενεργά την κατάσταση”. (συνέντευξη 6, p.3:10-13).



Επιπλέον, οι θεραπευτές επιτρέπουν στους γονείς να έχουν και λίγο χώρο και χρόνο για τον εαυτό τους, κάτι που φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε αυτή την αναπτυξιακή φάση του αποχωρισμού-εξατομίκευσης του νηπίου, όπου οι οποιοδήποτε αποχωρισμοί μπορεί να βιώνονται απειλητικά, αφού σηματοδοτούν το ξεχώρισμα, και την απώλεια για τους γονείς της εξαρτητικής σχέσης του νηπίου μαζί τους. Η παροχή προσωπικού χρόνου στους γονείς, επιβάλλεται ακόμα περισσότερο στις περιπτώσεις εκείνες που οι συνθήκες της ζωής της οικογένειας υπαγορεύουν τη συνεχή συνύπαρξη γονιού παιδιού και δεν αφήνουν προσωπικό χώρο στον καθένα τους ξεχωριστά. Αυτό απαντάται κυρίως σε ομάδες που απευθύνονται σε ιδιαίτερος εύθραυστους πληθυσμούς, όπως αυτή που πραγματοποιείται σε έναν τοπικό ξενώνα για άστεγες οικογένειες και αναφέρεται στο ακόλουθο απόσπασμα:

*“[...] πολύ συχνά επιτρέπουμε τους γονείς και τα παιδιά τους να έχουν λίγο χώρο ξεχωριστά ο ένας από τον άλλο. Οπότε δεν προσπαθούμε να τους κάνουμε να παίξουν με τα παιδιά τους, προσπαθούμε να δώσουμε στους γονείς μια ανάσα, μια ανάπαυλα και αυτό να γίνει μέσα σε ένα χώρο σκέψης, αν θέλουν να παίξουν παίζουν αλλά αν δεν θέλουν γιατί δεν μπορούν, τότε δεν θα παίξουν. Θα κάνουμε εμείς όλο το παιχνίδι και την ενεργή απασχόληση με τα παιδιά αντί να περιμένουμε από τις μητέρες να το κάνουν. ” (συνέντευξη 6, p.3:13-20).*

Από το άλλο μέρος, ένας άλλος λόγος για τον οποίο οι θεραπευτές αναλαμβάνουν το ρόλο του γονιού, είναι για να του δείξουν εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης διαφόρων καταστάσεων. Μέσα από το δικό τους παράδειγμα, π.χ. για το πώς κανείς μπορεί να αντιμετωπίσει συμπεριφορές των παιδιών, όπως είναι το να μην μπορούν να μοιραστούν κάποιο παιχνίδι,

καθώς και διαφορετικών τρόπων του να είμαστε μαζί, προσφέρουν ένα μοντέλο του πως μπορεί να είναι κανείς με ένα παιδί.

*“Πολύ μόντελινγκ, πώς να είσαι με το νήπιο, πώς να παίζεις, πώς να μην είσαι παρεμβατικός / διεισδυτικός, πώς να επιτρέπεις στο νήπιο να αναπτύσσει μια ιδέα”.* (συνέντευξη 7, p.3:2-3).

Η ενδυνάμωση της γονεϊκής επάρκειας επιτυγχάνεται και μέσα από τη συζήτηση, ανάμεσα στους γονείς και τους θεραπευτές, κάτι που καταλαμβάνει αρκετό χώρο στις ομάδες γονέων νηπίων. Ο θεραπευτής είναι εκεί για να συζητήσει μαζί τους για όλα αυτά που τους απασχολούν, αναλαμβάνοντας ένα **ρόλο συμβουλευτικό**. Η συζήτηση με τους γονείς κάποιες στιγμές έχει ένα «πιο διδακτικό χαρακτήρα», εξηγώντας τους για παράδειγμα τις ιδιαιτερότητες της νηπιακής ηλικίας.

*“[...] διανοητικοποιείς μια εμπειρία δίνοντας λίγες ενημερωτικές πληροφορίες και μάλιστα κάποιες φορές με έναν πιο διδακτικό χαρακτήρα, λες: «αυτό είναι φυσιολογικό για αυτή την ηλικία που αρχίζουν να μπουσουλάνε» ... αν κάποιος είναι πολύ αγχωμένος για κάτι, προσπαθείς να το προσγειώσεις σε κάτι το συνηθισμένο σαν εμπειρία”.* (συνέντευξη 8 p.3:12-15).

*“Μία άλλη φάση που υπήρξε στην ομάδα μου, ήταν όταν 3 μητέρες έμειναν έγκυες μέσα σε λίγες εβδομάδες. Πέρασαμε πολύ χρόνο να συζητάμε για τα νέα μωρά, τι επιπτώσεις είχε όλο αυτό στα παιδιά της ομάδας, πώς να προετοιμάσουν τα νήπια για τα αδερφάκια τους, και τον επερχόμενο ανταγωνισμό”.* (συνέντευξη 1, p.9:4-7).

### 5.1.3.3. Ερμηνευτική λειτουργία

Κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις και με ιδιαίτερη προσοχή, οι θεραπευτές μπορεί να κάνουν και ερμηνευτικά σχόλια στους γονείς.

*“Όταν έχεις μια πιο σοφιστική μητέρα, η οποία γνωρίζει για το ασυνείδητο, που καταλαβαίνει από αυτά... μπορείς να πεις κατευθείαν: «κοίτα νομίζω ότι έχει να κάνει με το τάδε ή με το άλλο» μιλάς για ασυνείδητα πράγματα.” (συνέντευξη 4, p.8: 11-14).*

Παρ’ όλο που κάποιοι από τους θεραπευτές (τρεις τον αριθμό) αναφέρουν τις ερμηνείες ως έναν από τους τρόπους παρέμβασης στις ομάδες γονέων-νηπίων, εντούτοις η αμηχανία και οι επιφυλάξεις που διατηρούν για το κατά πόσο και υπό ποιες προϋποθέσεις, αυτού του είδους οι παρεμβάσεις είναι δόκιμες στο συγκεκριμένο ομαδικό κλινικό πλαίσιο, το οποίο δεν είναι αμιγώς ψυχοθεραπευτικό και ακόμα λιγότερο ψυχαναλυτικό, είναι έκδηλες.

Όπως υποστηρίζουν, είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο θεραπευτής τους γονείς αρκετά καλά ώστε να μπορεί να εκτιμήσει το κατά πόσο είναι σε θέση να ακούσουν ερμηνείες από μέρους του θεραπευτή και να επωφεληθούν από αυτές ή το πόσο εύθραυστοι ενδεχομένως μπορεί να είναι, οπότε και να μην αντέχουν ερμηνευτικά σχόλια. Με βάση τα όσα ανέφεραν ορισμένα από τα υποκείμενα του δείγματος, το να κάνει ένας θεραπευτής ερμηνείες είναι σαν να κάνει:

*“ένα βήμα παραπάνω και κάποιοι γονείς είναι ιδιαιτέρως ευάλωτοι για να το δεχθούν” (συνέντευξη 1, p.4:12-13).*

Αντίστοιχα μια άλλη θεραπεύτρια εκφράζει πολύ χαρακτηριστικά την αμφιθυμία που επικρατεί αναφέροντας τα παρακάτω:

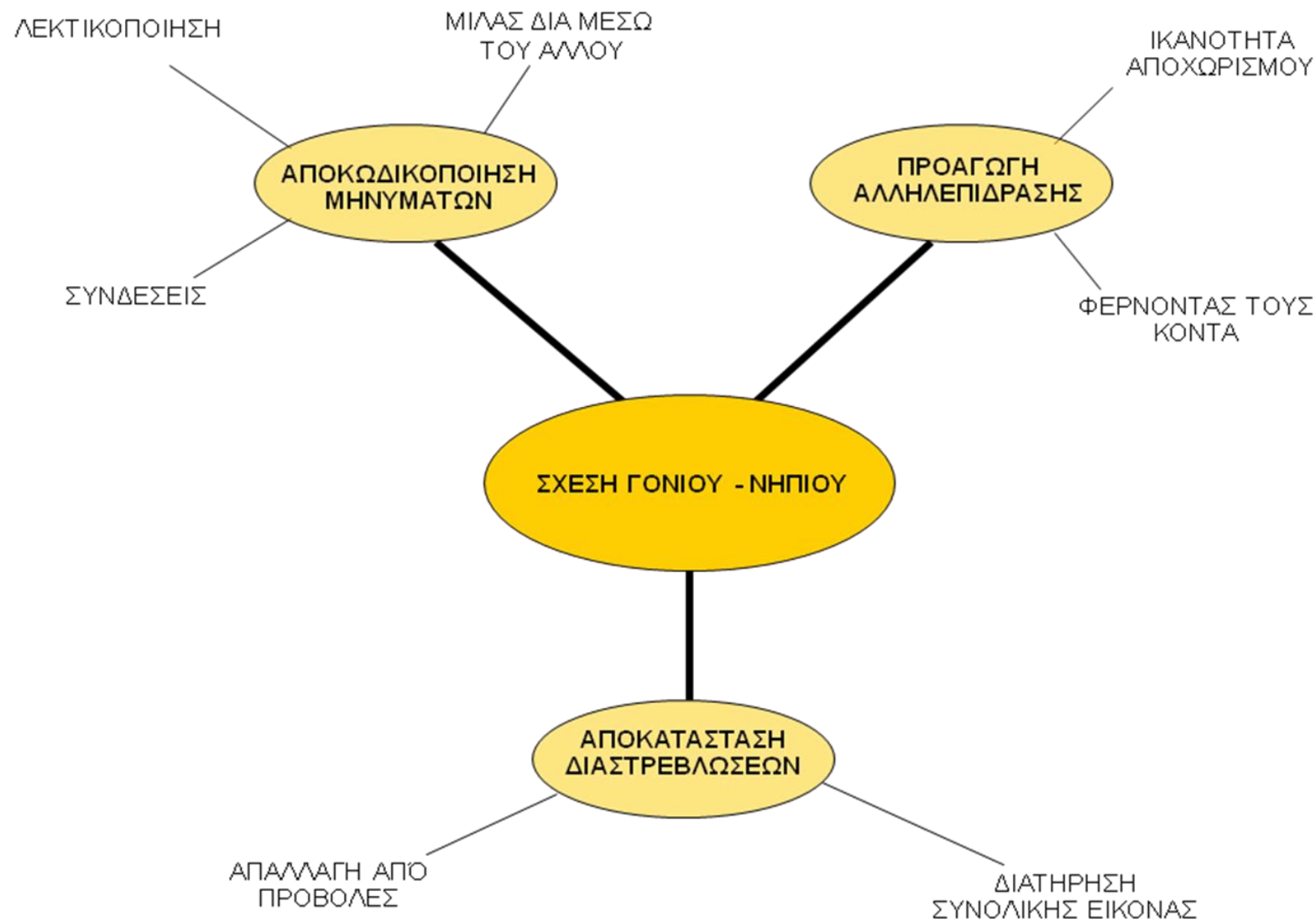
*“Κάποιες φορές σκέφτεσαι τη μεταβιβαστική σχέση (των μελών) με τον θεραπευτή και ίσως κάνεις κάποιο... δεν θα έκανα ... αλλά εννοώ ψυχαναλυτική ερμηνεία ή κάνεις ένα σχόλιο για αυτό, με χιούμορ ή οτιδήποτε ”[...]( συνέντευξη 9, p.2:34).*

Ενώ η ίδια λίγο αργότερα συνεχίζει λέγοντας:

*“Νομίζω ότι το ψυχαναλυτικό πλαίσιο με βοηθάει να σκέφτομαι τι συμβαίνει και κάποιες φορές θα κάνω κάποιες ερμηνείες που θα ήταν ίσως κάτι παραπάνω... Υποθέτω σαν αυτά που είπα και νωρίτερα για τις ερμηνείες της μεταβίβασης”. (συνέντευξη 9, p.3:24-26).*

#### **5.1.4. Υποστήριξη της σχέσης γονιού-νηπίου**

Η τρίτη μεγάλη κατηγορία αναφορικά με τους τρόπους παρέμβασης και την στόχευση τους, είναι η υποστήριξη της σχέσης γονιού-νηπίου. Σε αυτή την ενότητα, εντάσσονται τρεις κατηγορίες παρεμβάσεων. Η πρώτη έχει να κάνει με όλες τις δράσεις που πραγματοποιεί ένας θεραπευτής στις ομάδες γονέων-νηπίων, προκειμένου να επιτυγχάνεται καλύτερη αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων μεταξύ των συμμετεχόντων, μηνυμάτων που απευθύνονται από το γονιό στο παιδί ή και αντίστροφα, από το παιδί στο γονιό. Στη δεύτερη κατηγορία εντάσσονται οι παρεμβάσεις των θεραπευτών που προωθούν την «καλύτερη» αλληλεπίδραση μεταξύ γονιού και νηπίου. Η τρίτη κατηγορία τέλος, αφορά στην αποκατάσταση των διαστρεβλώσεων στη σχέση και την ‘απαλλαγή’ της τρόπον τινά από τις προβολές (Διάγραμμα 4).



Στον πίνακα που παρατίθεται στη συνέχεια παρουσιάζονται οι τρεις κατηγορίες με τις υποκατηγορίες τους, καθώς και η συχνότητα αναφορών σε αυτές από τα υποκείμενα του δείγματος (Πίνακας 6).

Σχέση Γονιού - Νηπίου		Συνέντευξη 1	Συνέντευξη 2	Συνέντευξη 3	Συνέντευξη 4	Συνέντευξη 5	Συνέντευξη 6	Συνέντευξη 7	Συνέντευξη 8	Συνέντευξη 9
<b>Αποκωδικοποίηση Μηνυμάτων</b>		x	x		x	x		x	x	x
<b>Προαγωγή Αλληλεπίδρασης</b>	Φέρνοντας τους κοντά			x			x	x		
	Αποχωρισμός	x		x						x
<b>Αποκατάσταση Διαστρεβλώσεων</b>				x	x					x

(Πίνακας 6)

#### 5.1.4.1. Αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων

Προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων από το γονιό στο παιδί και αντίστροφα, ο θεραπευτής βάζει σε λόγια συμπεριφορές, συναισθήματα και όποια άλλη ανείπωτη επικοινωνία υπάρχει από τον έναν στον άλλο. Προσπαθεί επίσης να βάλει σε λόγια τα συναισθήματα που ενδεχομένως διακινούνται στον καθένα και «να μιλήσει για το πώς μπορεί κανείς να νιώθει», σε μια προσπάθεια να φέρει τις πράξεις κοντά στη σκέψη, ούτως ώστε να είναι πιο εφικτή η νοηματοδότηση της συμπεριφοράς από τον άλλο. Στα επόμενα δυο αποσπάσματα διαφαίνεται αυτή η λειτουργία του θεραπευτή:

*“Η ιδέα του να είσαι η γέφυρα ανάμεσα στο γονιό και το παιδί, όπου μέσα από την εμπειρία σου, την υπομονή και τις γνώσεις σου, να μπορείς να λειτουργείς σαν μεταφραστής. Να μπορείς να αναγνωρίζεις πράγματα και να λες «κοίτα, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ζηλεύει πραγματικά» κάτι που η μητέρα μπορεί να μην είχε σκεφτεί προηγουμένως”. (συνέντευξη 4, p.5:26-29)*

*“...μιλάμε για το παιδί, βάζουμε σε λόγια τα συναισθήματα του, αν αισθανθούμε ότι η μητέρα έχει δυσκολία να καταλάβει τι προσπαθεί να πει το παιδί, βάζουμε σε λόγια το παιχνίδι του παιδιού, ώστε να βοηθήσουμε τη μητέρα να κατανοήσει τι προσπαθεί να πει το παιδί μέσα από το παιχνίδι που κάνει. Μπορεί να κάνουμε ένα σχόλιο για το παιδί, ώστε η μητέρα του να τα κατανοήσει λίγο καλύτερα.” (συνέντευξη 1, p.3:26-28..35-36).*

Κάποιες φορές ένα σχόλιο του θεραπευτή φαίνεται να είναι δύσκολο να ακουστεί από το γονιό αν του το απευθύνει κανείς ευθέως, ενώ βιώνεται λιγότερο απειλητικό αν το ακούσει να λέγεται σε κάποιον άλλο, στο παιδί του για παράδειγμα. Έτσι, στις ομάδες γονέων-νηπίων, υπάρχουν φορές που ο θεραπευτής επιλέγει «να μιλήσει στο γονιό μέσω του παιδιού του», αντί να απευθυνθεί κατευθείαν στον ίδιο. Όπως επίσης υπάρχουν και άλλες φορές που «ο θεραπευτής μιλάει για λογαριασμό του παιδιού», βάζοντας σε λόγια πιθανές συμπεριφορές, συναισθήματα ή και κίνητρα του παιδιού.

*“Δίνεις λέξεις στο νήπιο ... βοηθάει πραγματικά τους γονείς να κατανοήσουν το νήπιο, όταν το νήπιο κάνει κάτι που δεν είναι απλά μια συμπεριφορά: «α το παιδί συμπεριφέρεται άσχημα» και βέβαια υπάρχει κάποιος λόγος για όλο αυτό και το νήπιο μπορεί να αισθάνεται κάτι το οποίο δεν μπορεί να εκφράσει διαφορετικά, οπότε αντ’ αυτού χτυπάει ή πετάει πράγματα στο πάτωμα, κάνει έκρηξη θυμού. Πιστεύω ότι ο πιο συχνός τρόπος παρέμβασης είναι η λεκτικοποίηση. Οπότε πιστεύω στο να χρησιμοποιείς λόγια για το νήπιο, σαν τρόπο παρέμβασης, νομίζω το χρησιμοποιώ αρκετά. Και μπορεί να μιλήσω σε μια μητέρα μέσα από*

*το παιδί της κατά ένα τρόπο, αντί να είμαι πολύ άμεση. Πολύ συχνά επίσης μπορεί να μιλήσω στο νήπιο αντί για τη μητέρα του, προκειμένου να του εξηγήσω κάτι.*” (συνέντευξη 7, p.2: 33-43).

#### **5.1.4.2. Προώθηση αλληλεπίδρασης / αποχωρισμού**

Όσον αφορά στη δεύτερη κατηγορία, την προαγωγή δηλαδή της «καλύτερης» αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο γονιό και στο νήπιο, οι θεραπευτές φαίνεται να χρησιμοποιούν επίσης συναφείς τρόπους παρέμβασης. Κατ’ αρχήν, προσπαθούν να φέρουν κοντά το γονιό με το παιδί, ώστε να μπορούν λ.χ. να παίξουν μαζί. Παρότι ακούγεται εύκολο και σχεδόν αυτονόητο το να μπορεί ένας γονιός να παίζει με το παιδί του, η πραγματικότητα συχνά το διαψεύδει.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, που φαίνεται να είναι αρκετά δύσκολο να υπάρχει χώρος για παιχνίδι ανάμεσα στο γονιό και στο νήπιο, αφού για τον καθένα τους το παιχνίδι μπορεί να σημαίνει διαφορετικά πράγματα που μοιάζει δύσκολο να τα μοιραστούν. Έτσι, μέριμνα ενός θεραπευτή είναι να τους βοηθήσει να έρθουν κοντά ο ένας στον άλλο και να μπορούν να αντλούν ευχαρίστηση από αυτό. Ακολουθούν δυο παραδείγματα παρεμβάσεων των θεραπευτών που συνδέονται με αυτή τη λειτουργία:

*“Αν η μητέρα δεν παίζει πολύ με το παιδί της, επιλέγω να κάθομαι μαζί με τη μητέρα, η μητέρα μου μιλάει για το παιδί της και εγώ προσπαθώ να μην με απορροφά υπερβολικά η συζήτηση αλλά να παίζω και με το παιδί, ώστε να την κάνω να ενδιαφερθεί να παίξει και εκείνη μαζί του”.* (συνέντευξη 3, p.4:36-39).

*Τους βοηθάς (τη μητέρα και το νήπιο) να παίξουν και μεταξύ τους. Τους διευκολύνεις ώστε να καταφέρουν να βρεθούν μαζί σε μια διαδικασία παιχνιδιού... Οπότε αν υπάρχει κάποιο*



ζευγάρι όπου το παιδί για παράδειγμα αγνοεί τη μητέρα του και θέλει να παίζει μόνο μαζί μας, θα προσπαθήσω να το καθοδηγήσω να παίζει και με τη μητέρα του. Θα προσκαλέσω τη μητέρα να συμμετάσχει στο παιχνίδι. (συνέντευξη 7, p.3:6-7... 42-44).

Από το άλλο μέρος, όπως έχει ήδη αναφερθεί, σ' αυτή την ηλικιακή φάση, το μεγαλύτερο αναπτυξιακό επίτευγμα είναι ο αποχωρισμός και η εξατομίκευση του νηπίου. Η διαδικασία του αποχωρισμού αντιπροσωπεύει την έξοδο του παιδιού από μια συμβιωτική σχέση με τη μητέρα του, όπως άλλωστε έχει επανειλημμένα αναφερθεί. Μέσα λοιπόν από τις συνεντεύξεις των θεραπειών αναδεικνύεται ως εξίσου σημαντικό το να παρέχονται μέσα στην ομάδα, **ευκαιρίες αποχωρισμού** ανάμεσα στα νήπια και στους γονείς τους:

*“Το δωμάτιο στο οποίο είμαι είναι πολύ μεγάλο και έχει το σχήμα L, οπότε κάποιες φορές η μητέρα βρίσκεται εκτός του οπτικού πεδίου του παιδιού και για κάποιες μητέρες που βρίσκονται πάντα εκεί, σε υπερβολικό βαθμό, επιτρέπει το να υπάρξει λίγος χώρος όπου να δοκιμάσουν λιγάκι τον αποχωρισμό. Όπως «μαμά γιατί δεν κάθισα λίγο εδώ να δούμε πως θα παίξουν εκεί έξω».”?*( συνέντευξη 3, p. 1:35-41).

#### **5.1.4.3. Αποκατάσταση των διαστρεβλώσεων**

Στην ομάδα, έρχεται κανείς συχνά αντιμέτωπος με διαστρεβλώσεις που επιβαρύνουν τη σχέση γονιού νηπίου και δυσκολεύουν κατ' επέκταση τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Όπως περιγράφεται στην ακόλουθη βινιέτα, υπάρχουν φορές όπου ένα νήπιο βαρύνεται από προβολές, οι οποίες οδηγούν και σε παρερμηνείες της συμπεριφοράς του. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, ένας βασικός θεραπευτικός στόχος που τίθεται, στόχος που κατευθύνει και τις παρεμβάσεις

των θεραπειών, είναι η **προσπάθεια απαλλαγής** του νηπίου από αυτές τις **προβολές**:

*“Γιατί στην αρχή υπήρχε πάρα πολύ το ότι το παιδί: «είναι αυτό, είναι το άλλο, είναι φρικτή, [δηλαδή το κοριτσάκι] ... κάνει αυτό, το κάνει απλά για να με ενοχλήσει» γεμάτο προβολές για φρικτά πράγματα που αυτό το καημένο κοριτσάκι έκανε στη μητέρα του. Όμως ξέρεις, πιστεύω ότι η πιο ουσιαστική δουλειά που έκανα μαζί της ήταν να την κάνω να αποκτήσει μια πιο ήπια εικόνα για τον εαυτό της. Δεν έκανε κάτι λάθος, έκανε το καλύτερο που μπορούσε. Και η ήπια εικόνα που κρατούσα εγώ για εκείνην, της επέτρεψε να βλέπει καλύτερα πράγματα στην κόρη της”. (συνέντευξη 4, p.10: 18-23).*

Από την άλλη μεριά ο θεραπευτής είναι σημαντικό **να διαφυλάσσει τη συνολική εικόνα** κάποιου στο μυαλό του, ώστε να είναι σε θέση, όταν μια πλευρά του τείνει σε κάποια δεδομένη στιγμή να κατακλύζει ολόκληρο το τοπίο, ο ίδιος (δηλαδή ο θεραπευτής) να αναγνωρίζει και τις υπόλοιπες. Για παράδειγμα, όταν ένας γονιός μοιάζει να έχει κατακλυστεί από κάτι δύσκολο αναφορικά με το παιδί του, είναι πολύ βοηθητικό ο θεραπευτής να μπορεί να αναγνωρίζει και να παραπέμπει το γονιό και στις άλλες πλευρές της ανάπτυξης του παιδιού του, ώστε η δύσκολη πλευρά να μην καθορίζει τη συνολική του εικόνα (του παιδιού) στο γονιό.

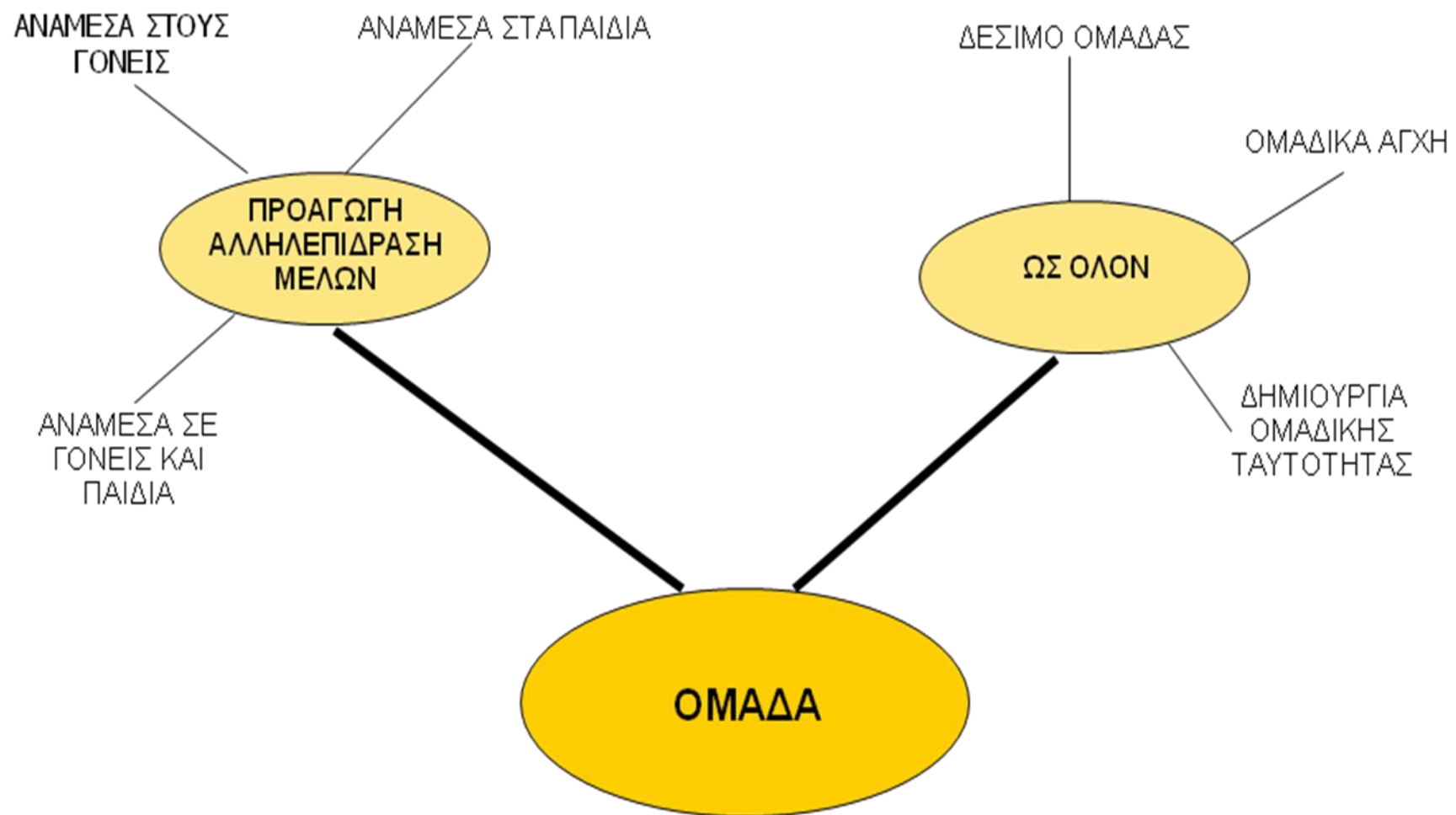
*“Όποτε η μαμά σου λέει ότι υπάρχει η τάδε δυσκολία... μπορεί να κάνω ένα σχόλιο για το ότι την απασχολούν πολύ όλα όσα δεν κάνει καλά το παιδί της, αναδεικνύοντας και άλλες πλευρές της ανάπτυξης τις οποίες μπορεί να υπογραμμίσω ώστε να μην αισθάνεται ότι αυτό το πρόβλημα κατακλύζει τα πάντα, προσπαθώντας να κρατάω μια ευρύτερη εικόνα”. (συνέντευξη 3, p.6:26-31).*

Αντίστοιχα οι θεραπευτές είναι σημαντικό να προβάλουν και την **φυσιολογική διάσταση των διαφόρων συμπεριφορών**, αξιολογώντας τες σε συνάρτηση με την ηλικία του νηπίου και άρα εντάσσοντάς τες στο κατάλληλο πλαίσιο. Πρέπει λοιπόν να εξηγούν ότι, μια συμπεριφορά που φαίνεται για παράδειγμα ακραία ή καταλήγει να γίνεται ενοχλητική, μπορεί να είναι φυσιολογική για τη συγκεκριμένη ηλικία. Επιπλέον για παράδειγμα καλούνται να εξηγήσουν στάσεις και συμπεριφορές που φαντάζουν αμήχανες, συνδέοντας τες με το γενικότερο κλίμα που επικρατεί, π.χ. όταν ένα παιδί λόγω παρατεταμένης απουσίας του από την ομάδα, όταν επανέρχεται είναι αρκετά μαζεμένο στην αρχή.

*“Υπήρχαν άλλοι γονείς οι οποίοι ήταν πολύ αυστηροί και καταπιεστικοί με το παιδί τους και δεν άφηναν το παιδί τους να παίζει. Τους βοηθάς να δουν και να ευχαριστηθούν τον ενθουσιασμό του παιδιού τους όταν παίζει, όταν ρίχνει κάτω ένα πύργο ή παίζει με το νερό και πιτσιλάει και δημιουργεί μια χαοτική κατάσταση. Απλά βοηθάς τους γονείς να το δουν, να δουν ότι είναι επιτρεπτό από εμάς, να δουν πόση χαρά παίρνει το παιδί τους και σταδιακά φέρνεις τους γονείς να αναλάβουν εκείνοι αυτό το ρόλο και να γίνουν λίγο πιο ενθουσιώδεις, να συμμετέχουν, να γελάνε με το παιδί τους και να χαλαρώνουν λίγο παραπάνω. (συνέντευξη 9, p.5:31-37).*

#### **5.1.5. Προώθηση της ενδο-ομαδικής αλληλεπίδρασης**

Μιλώντας για ενδο-ομαδική αλληλεπίδραση, εννοούμε δυο πράγματα, την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας (ανάμεσα στους γονείς, στα νήπια, όπως επίσης και ανάμεσα στα ζεύγη γονιών και νηπίων), αλλά και την αλληλεπίδραση στην ομάδα ως όλον (Διάγραμμα 5).



170  
(Διάγραμμα 5)

#### 5.1.5.1. Προώθηση αλληλεπίδρασης μελών

Στην προηγούμενη ενότητα, έγινε ήδη λόγος για την προσπάθεια των θεραπευτών να ενθαρρύνουν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο νήπιο και στο γονιό και γι' αυτό στο συγκεκριμένο σημείο δεν θα υπάρξει εκτεταμένη αναφορά. Κρίνεται όμως σκόπιμο να γίνει και πάλι μνεία του συγκεκριμένου τρόπου παρέμβασης, έστω και επιγραμματικά, καθώς αφορά μια κατεξοχήν ενδο-ομαδική αλληλεπίδραση. Επιπλέον, μια σημαντική διάσταση αυτής της μορφής παρέμβασης, αφορά στην προσπάθεια του θεραπευτή να προωθήσει την αλληλεπίδραση μεταξύ των νεαρών μελών της ομάδας, με το να τα βοηθά να μπορούν να μοιράζονται, να παίζουν μαζί, να περιμένουν τη σειρά τους κ.τ.λ.

*“Να ενθαρρύνεις ένα νήπιο να παίζει με ένα άλλο νήπιο, ίσως καθώς πλησιάζουν στην κυρίως νηπιακή ηλικία, οπότε είναι λίγο μεγαλύτερα, να τα βοηθάς να αλληλεπιδρούν με τους συνομηλίκους τους”, (συνέντευξη 2, p.3: 2-3).*

Αντίστοιχα, ένας θεραπευτής προσπαθεί να φέρει κοντά και τους γονείς, βοηθώντας τους να μοιραστούν τις ανησυχίες τους και να συζητήσουν μαζί για όλα αυτά τα θέματα που από κοινού τους απασχολούν. Έτσι για παράδειγμα, όταν ένας γονιός αρχίζει να συζητά για κάποιο θέμα και ο θεραπευτής γνωρίζει ότι το ίδιο απασχολεί και κάποιον ή κάποιους άλλους γονείς της ομάδας, θα προσπαθήσει να τους εντάξει όλους μαζί στη συζήτηση. Προσπαθεί δηλαδή να κάνει τα μέλη της ομάδας, να “χρησιμοποιούν” ο ένας τον άλλο περισσότερο, παρά τους θεραπευτές.

*“Μπορεί κανείς να ζητήσει από μια άλλη μητέρα να σχολιάσει: «Είχες και εσύ αυτό το πρόβλημα. Θυμάσαι όταν... και τα λοιπά και τα λοιπά...» Και μετά ενθαρρύνεις μια συζήτηση ανάμεσα στις μητέρες. Ενθαρρύνεις άλλους γονείς να εξηγήσουν πως αντιμετώπισαν κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα γιατί πολλές από αυτές τις δυσκολίες είναι οικουμενικές“. (συνέντευξη 8 p. 3: 17-20).*

#### **5.1.5.2. Η Ομάδα «ως Όλον»**

Αρκετές είναι βέβαια και οι παρεμβάσεις που ως αποδέκτη έχουν την ομάδα ως σύνολο. Κατ’ αρχάς γίνονται παρεμβάσεις με στόχο τη συγκρότηση και το δέσιμο της ομάδας, κάτι που κατά κόρον γίνεται τον πρώτο καιρό αλλά συνεχίζεται και στις επόμενες φάσεις της ομάδας.

*“[...] παρεμβάσεις οι οποίες δημιουργούν ένα αίσθημα της ομάδας ως σύνολο, μπορεί να συζητήσεις ανοιχτά απουσίες και αλλαγές και ομαδικές διαδικασίες. Μπορεί να συζητήσεις στην ομάδα και να δουλέψεις σκληρά προκειμένου να δημιουργηθεί ένα αίσθημα ομαδικής ταυτότητας και να δουλέψεις σκληρά για να βρεις κοινά θέματα στους γονείς”, (συνέντευξη 9 p.4: 14-18).*

Επιπλέον, συχνά ένας θεραπευτής μπορεί να κάνει σχόλια στην ομάδα, με πιο ομαδικό ερμηνευτικό τρόπο, αναφερόμενος στα όσα συμβαίνουν στην ομάδα την κάθε στιγμή και τις συνέπειες που έχουν στην ψυχική κατάσταση της ομάδας αλλά και στην ψυχική κατάσταση του κάθε μέλους χωριστά.

*“Θα έτεινα να σχολιάζω το πώς είναι η ομάδα, με έναν πιο, κατά μια έννοια, ομαδικό ερμηνευτικό τρόπο , οπότε αυτό είναι ένα από τα πράγματα που θα έκανα. Σκέφτομαι τις συνέπειες των γεγονότων για την ομάδα ως όλον, τέτοιου είδους πράγματα. ” (συνέντευξη 6 p. 3: 41-43)*

Τέλος, κάποιες φορές ένας θεραπευτής ανοίγει σε ολόκληρη την ομάδα κάποιο θέμα για συζήτηση, είτε γιατί γνωρίζει ότι σε αυτή τη συγκεκριμένη φάση απασχολεί την πλειονότητα των μελών της ομάδας, είτε γιατί είναι κάτι που έτσι κι αλλιώς αφορά την ομάδα ολόκληρη όπως για παράδειγμα, η προετοιμασία της ομάδας για τις καλοκαιρινές διακοπές ή, η προετοιμασία της ομάδας για να δεχθεί ένα νέο μέλος.

*“[...] λεκτικοποιούμε αυτά που πιστεύουμε ότι γίνονται στην ομάδα, αυτά που μας εκφράζει η ομάδα με τη συμπεριφορά της, τα λεκτικοποιούμε. Για παράδειγμα, αν όλα τα μέλη προσέρχονται με καθυστέρηση μετά από τις διακοπές, τότε μπορεί να κάνουμε κάποιο σχόλιο για την αργοπορία.” (συνέντευξη 1, p. 3: 38-40).*

#### **5.1.6. Σύνοψη ευρημάτων για τους τρόπους παρέμβασης**

Ανακεφαλαιώνοντας θα λέγαμε ότι όπως προκύπτει από τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας, στις ομάδες γονέων νηπίων χρησιμοποιούνται μια σειρά τρόπων παρέμβασης που έχουν να κάνουν με :

- α) την υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου,
- β) την προαγωγή της συναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου,
- γ) τη φροντίδα των γονιών και την ενδυνάμωση του γονικού τους ρόλου,
- δ) την υποστήριξη της σχέσης γονιού – νηπίου και
- ε) παρεμβάσεις που έχουν ένα πιο ομαδικό ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα.

Όπως διαπιστώθηκε, οι παρεμβάσεις που εντάσσονται στην πρώτη κατηγορία (την υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου), έχουν ως στόχο τη διασφάλιση της σταθερότητας και της συνέπειας, την ανάπτυξη της ικανότητας

αναστοχασμού και τη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας. Σε ότι αφορά την προαγωγή της συναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου, οι παρεμβάσεις των θεραπειών αποσκοπούν στην ανεξαρτητοποίηση του νηπίου και στον αποχωρισμό από τους γονείς του, στην προαγωγή της ικανότητας του για παιχνίδι και στην εκμάθηση καταλληλότερων τρόπων έκφρασης και αντιμετώπισης των καταστάσεων που καλείται να αντιμετωπίσει. Οι παρεμβάσεις που εντάσσονται στην τρίτη κατηγορία όπου ο άμεσος αποδέκτης είναι ο γονιός, διακρίνονται στις ακόλουθες τρεις υποκατηγορίες:

- την παροχή φροντίδας στο γονιό,
- την ενδυνάμωση της γονικής του επάρκειας και
- την ερμηνευτική λειτουργία.

Αναφορικά με την υποστήριξη της σχέσης γονιού – νηπίου, διευκολύνεται η αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων ανάμεσα στο γονιό και στο παιδί, προωθείται η αλληλεπίδραση μεταξύ τους αλλά και ο σταδιακός αποχωρισμός, ενώ παράλληλα γίνεται προσπάθεια αποκατάστασης των διαστρεβλώσεων που τυχόν υπάρχουν στη σχέση τους. Τέλος, όσον αφορά στην ομάδα, οι παρεμβάσεις ενισχύουν την ενδο-ομαδική αλληλεπίδραση, ανάμεσα δηλαδή στα μέλη της ομάδας, αλλά και με την ομάδα ως όλον.

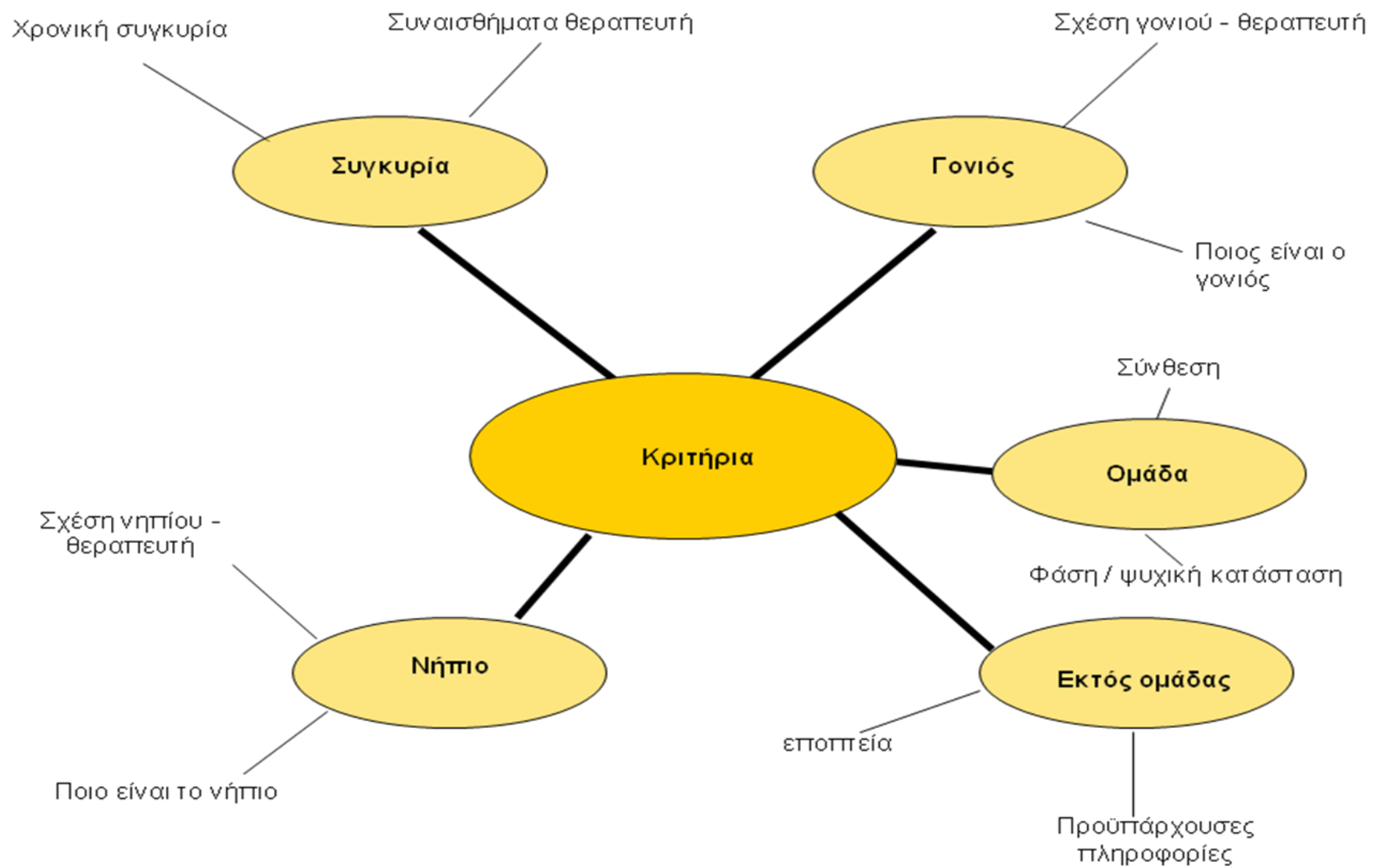


## 5.2. Κριτήρια επιλογής του τρόπου παρέμβασης

Στο παραπάνω κεφάλαιο, πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια καταγραφής και οργάνωσης των τρόπων παρέμβασης στις ομάδες γονέων-νηπίων, όπως προέκυψαν από τις συνεντεύξεις των θεραπευτών του Anna Freud Centre. Η διαδικασία αυτή κατηγοριοποίησης των τρόπων παρέμβασης παρουσίασε μεγάλες δυσκολίες, λόγω της συνθετότητας και της πολυπλοκότητάς τους. Αναφέρθηκε επίσης ότι δεν έχει ιδιαίτερη σημασία το που απευθύνεται μια παρέμβαση (στο νήπιο, στο γονιό, στη μεταξύ τους σχέση ή σε ολόκληρη την ομάδα), καθώς όπου και αν απευθύνεται ο θεραπευτής, οι παρεμβάσεις του «αγγίζουν» και όλα τα υπόλοιπα μέρη.

Το επόμενο ερώτημα αφορά στο αν υπάρχουν κριτήρια στα οποία βασίζεται ένας θεραπευτής προκειμένου να επιλέξει τον τρόπο παρέμβασης που θα χρησιμοποιήσει. Μιλώντας για κριτήρια στα οποία βασίζεται ο θεραπευτής, ακούγεται σαν να πρόκειται για μια καθαρά συνειδητή και προμελετημένη διαδικασία. Στην πραγματικότητα όμως, ως επί το πλείστον, δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο, δεν μιλάμε δηλαδή για έναν καθαρά συνειδητό και προγραμματισμένο τρόπο σκέψης και λειτουργίας. Πρόκειται για μια πολύ «λεπτή» και ιδιαίτερη διαδικασία καθώς χρειάζεται ο θεραπευτής να μπορεί να αναγνωρίζει τον ανοιχτό διάλογο επικοινωνίας του ζεύγους γονέας-νήπιο, ώστε να καταφέρει να έχει αποτέλεσμα.

Τα κριτήρια επιλογής του τρόπου παρέμβασης διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες: 1) τη συγκυρία, 2) τους γονείς, 3) το νήπιο, 4) την ομάδα και 5) τα εκτός ομάδας (Διάγραμμα 6).



Στη συνέχεια παρατίθεται ένας πίνακας (Πίνακας 7) ο οποίος περιλαμβάνει τις κατηγορίες των κριτηρίων επιλογής τρόπων παρέμβασης καθώς και τις υποκατηγορίες τους, μαζί με τις συχνότητες των σχετικών αναφορών από τα υποκείμενα του δείγματος.

	<b>ΚΡΙΤΗΡΙΑ</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 1</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 2</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 3</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 4</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 5</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 6</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 7</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 8</b>	<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 9</b>
<b>Συγκυρία</b>	A. Χρονική συγκυρία	x	x	x		x	x	x		x
	B. Συναισθήματα θεραπευτή	x		x			x	x	x	x
<b>Γονιός</b>	A. Σχέση γονιού - θεραπευτή	x	x	x	x	x	x			x
	B. Ποιος είναι ο γονιός	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Νήπιο</b>	A. Σχέση νηπίου – θεραπευτή					x				
	B. Ποιο είναι το νήπιο	x	x			x	x	x		x
<b>Ομάδα</b>	A. Σύνθεση			x		x	x			
	B. Φάση – ψυχική κατάσταση	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Εκτός Ομάδας</b>	A. Προϋπάρχουσες πληροφορίες								x	
	B. Εποπτεία	x				x			x	x

(Πίνακας 7)

### 5.2.1. Συγκυρία

Η πρώτη κατηγορία κριτηρίων σχετίζεται με τη συγκεκριμένη κάθε φορά συγκυρία, είτε με βάση το συναίσθημα του θεραπευτή είτε ανάλογα με τα γεγονότα που διαδραματίζονται.

#### 5.2.1.1. Συναισθήματα θεραπευτή

Πολύ συχνά ένας θεραπευτής φαίνεται να επιλέγει το πώς θα παρέμβει «δαισθητικά», «ενστικτωδώς και αυθόρμητα». Δεν πρόκειται δηλαδή για μια συνειδητή διαδικασία σκέψης και επιλογής του τρόπου παρέμβασης. Όπως αναφέρει άλλωστε πολύ καθαρά μια θεραπεύτρια:

*“Πιστεύω ότι είναι περισσότερο ένας αυθόρμητος τρόπος δουλειάς, παρά να σκέφτεσαι «αυτοί είναι οι τρόποι παρέμβασης που έχω στη διάθεση μου και όταν πρόκειται για αυτό, τότε κάνω το τάδε”, (συνέντευξη 7, ρ.4:1-2).*

Φυσικά, σε αυτό που αναφέρουν ως διαίσθηση, καταλήγουν και υπό την αιγίδα της **μεταβίβασης και της αντι-μεταβίβασης**, αλλά και υπό την επήρεια όλων όσων τους επικοινωνούν τα μέλη της ομάδας:

*“Η αίσθηση μου για το ποιον τρόπο παρέμβασης να χρησιμοποιήσω προέρχεται από την ψυχοθεραπεία παιδιού, από την εμπειρία μου ως ψυχοθεραπεύτρια παιδιών, οπότε έχει να κάνει με την αντι-μεταβίβαση, μέσα από τα συναισθήματα μου για το τι χρειάζεται το παιδί, μέσα από την κατανόηση του τι συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο, από τη συναισθηματική εξήγηση που δίνω σε αυτό που συμβαίνει”, (συνέντευξη 6, ρ.5:26-29).*

### 5.2.1.2. Χρονική συγκυρία

Από το άλλο μέρος, όπως αναφέρουν οι θεραπευτές, το πώς θα παρέμβουν εξαρτάται κάθε φορά και από αυτά που συμβαίνουν στην **συγκεκριμένη χρονική στιγμή**, καθώς και από το τι εκτιμούν ότι χρειάζεται περισσότερο.

*“Πιστεύω ότι κατά μία έννοια, αντιδράς με βάση αυτό που λείπει την κάθε φορά”,*  
(συνέντευξη 7, p.3: 41).

Από το άλλο μέρος, αναφορικά με τη χρονική συγκυρία, η αντιμετώπιση του θεραπευτή εξαρτάται και από το πόσο έντονο μπορεί να είναι κάποιο πρόβλημα και το πόσο επείγον εκτιμά ότι είναι το να παρέμβει. Για παράδειγμα, όταν δυο παιδιά τσακώνονται και κινδυνεύουν να χάσουν τον έλεγχο, τότε ο θεραπευτής χρειάζεται να παρέμβει άμεσα. Ενώ, από την άλλη μεριά, όταν δεν υπάρχει κάτι επείγον, είναι σημαντικό να προσπαθεί κανείς να μη παρεμβαίνει πολύ άμεσα προκειμένου να έχει το χρόνο να κατανοήσει, να σκεφτεί αλλά και να αισθανθεί καλύτερα όλα όσα γίνονται, προτού τα επικοινωνήσει στα μέλη της ομάδας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια θεραπεύτρια:

*“Η ένταση της στιγμής, ξέρεις, κάποιες φορές δεν έχουμε καθόλου χρόνο .... απλά παρεμβαίνουμε και σταματάμε αυτό που συμβαίνει. Εεε... το επίπεδο της ασφάλειας, αν η κατάσταση είναι επισφαλής, τότε...”,* (συνέντευξη 9, p.3:34-36).

## 5.2.2. Ως προς το γονιό

Ο δεύτερος παράγοντας που επηρεάζει το πώς θα δράσει κάθε φορά ένας θεραπευτής, είναι τα ενήλικα μέλη της ομάδας, δηλαδή οι γονείς.

### 5.2.2.1. Σχέση γονιού-θεραπευτή

Προκειμένου να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και οι προσπάθειες του να βρουν ανταπόκριση, ένας θεραπευτής χρειάζεται να συνυπολογίζει κατ' αρχάς το πόσο καλά γνωρίζει το γονιό. Το πόσο οικεία ή όχι νιώθει μαζί του αλλά και το αντίστροφο, το πόσο δηλαδή και ο γονιός έχει γνωρίσει και πλησιάσει το θεραπευτή, όπως και το πώς είναι η σχέση του μαζί του.

*“Νομίζω ότι είναι διαφορετικά με έναν νέο γονιό, από ότι είναι με έναν γονιό που γνωρίζεις πολύ καλά. Αν γνωρίζεις έναν γονιό πολύ καλά και έχεις μια ολόκληρη ιστορία μαζί του, αν έχεις χτίσει μια σχέση μαζί του, θα μπορούσες να είσαι πιο άμεσος, πιο ανοιχτός και ενεργητικός”,. (συνέντευξη 2, ρ.3:38-42).*

Από το άλλο μέρος, δεν είναι μόνο η οικειότητα, η οποία χτίζεται ενδεχομένως μέσα στο χρόνο. Μια άλλη θεραπεύτρια υπογραμμίζει μια άλλη σημαντική παράμετρο στη σχέση γονιού – θεραπευτή, αυτή της «χημείας» που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα τους.

*“[...] αν είχα μια κατάσταση όπου ήξερα ότι ο γονιός σχετίζεται πολύ καλύτερα με τη βοηθό, θα πρότεινα ... θα έκανα ένα βήμα πίσω και θα άφηνα στη βοηθό να είναι αυτή που θα ... Εκείνη και εγώ θα μιλούσαμε για αυτό σε άλλες στιγμές ή πριν από την ομάδα ή ...”, (συνέντευξη 5, ρ.4:35-37).*

### 5.2.2.2. Ποιος είναι ο γονιός

Χρειάζεται επίσης να αξιολογήσει την προσωπικότητα και τις ανάγκες του γονιού προκειμένου να μπορεί να κρίνει τι είναι πιο βοηθητικό ως αντιμετώπιση, για τον κάθε έναν τους ξεχωριστά. Όπως και την ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο γονιός, το πόσο εύθραυστος μπορεί να είναι ενδεχομένως, αλλά και κάτω από ποιες περιστάσεις ζει. Όλα αυτά είναι σημαντικό να τα λαμβάνει κανείς υπ' όψη του, ούτως ώστε να αντιμετωπίζει τον κάθε γονιό με τον πιο κατάλληλο τρόπο.

*“Χρειάζομαι να ξέρω πόσο εύθραυστη είναι η κάθε μητέρα, πόσο εύρωστη και αυτοδύναμη είναι. Θα καταλάβει τη γλώσσα μου; Μπορώ να μιλήσω τη γλώσσα της; Είμαι σε θέση να χρησιμοποιήσω λέξεις που θα μπορεί να κατανοήσει; Χρειάζεται να τα γνωρίζω όλα αυτά πριν αρχίσω να παρεμβαίνω. Και έπειτα θα προσπαθήσω να αισθανθώ πόσο εύθραυστη είναι η μητέρα τη συγκεκριμένη ημέρα. Μήπως να αναφέρω απλά αυτά που παρατηρώ χωρίς να κάνω καμία ερμηνεία; Το να κάνεις μια ερμηνεία (βασισμένη σε κάποιο γεγονός ή παρατήρηση) αποτελεί ένα βήμα παραπάνω και σε κάποιες περιπτώσεις οι μητέρες είναι πολύ ευάλωτες για να δεχθούν κάτι τέτοιο. Οπότε η ευθραυστότητα της μαμάς, ξέρεις, το τι συμβαίνει στη ζωή της μαμάς σε εκείνη τη φάση...”, (συνέντευξη 1, p.4:9-15).*

Ή όπως χαρακτηριστικά το θέτει μια άλλη θεραπεύτρια:

*“Χρειάζεται να ανταποκρίνεσαι στο επίπεδο των αναγκών του κάθε γονιού”, (συνέντευξη 4, p.8: 26).*

### 5.2.3. Ως προς το νήπιο

Ένας τρίτος παράγοντας που λαμβάνει υπ' όψη του ένας θεραπευτής προκειμένου να παρέμβει κάθε φορά είναι και τα ανήλικα μέλη της ομάδας,

δηλαδή τα νήπια. Όπως συμβαίνει και με τους γονείς τους, έτσι και με τα νήπια, ο θεραπευτής χρειάζεται να αξιολογήσει διάφορες παραμέτρους προκειμένου να τα προσεγγίσει και να τα αντιμετωπίσει με τον πιο κατάλληλο τρόπο.

### **5.2.3.1 Η σχέση νηπίου – θεραπευτή**

Κατ' αρχήν, σκόπιμο είναι να ληφθεί υπ' όψη και η σχέση του θεραπευτή με το παιδί, το πόσο κοντινή είναι ή το πόσο επιφυλακτικό μπορεί να είναι ένα παιδί με κάποιο συγκεκριμένο θεραπευτή. Μόνο μια θεραπεύτρια αναφέρεται ξεκάθαρα στη σχέση νηπίου – θεραπευτή.

*“Η σχέση που έχω με το γονιό και το παιδί είναι αυτό που με επηρεάζει”* (συνέντευξη 5, p.4: 31).

Και συνεχίζει αναφερόμενη στη σχέση γονιού - θεραπευτή την οποία και αναπτύσσει περισσότερο, ενώ για τη σχέση θεραπευτή – νηπίου, γίνεται απλώς η παραπάνω αναφορά.

### **5.2.3.2 Ποιο είναι το νήπιο**

Το ποιο είναι κάθε φορά το νήπιο που έχει ένας θεραπευτής απέναντι του, αποτελεί ένα κριτήριο εξίσου σημαντικό, αναφορικά με το πώς ο ίδιος θα αποφασίσει να παρέμβει. Κατ' αρχάς, χρειάζεται να λαμβάνει κανείς υπόψη του την ηλικία του παιδιού, γιατί όπως υποστηρίζουν, διαφορετικά θα αντιμετωπίσει ένας θεραπευτής ένα μικρό νήπιο 1 ½ - 2 ετών από ένα μεγάλο νήπιο 3 ετών.



*“Πιστεύω ότι θα παρέμβεις διαφορετικά ανάλογα με την ηλικία του νηπίου. Πιστεύω ότι είναι πολύ «Άννα-Φροϋδικό» το να σκέφτεσαι την ηλικία, ξέρεις, αν πρόκειται για ένα πολύ μικρούλι νήπιο που δοκιμάζει, που είναι πολύ δραστήριο και ευχαριστείται να είναι δραστήριο, θα έχεις πολύ διαφορετικές προσδοκίες από αυτό το νήπιο, από ότι θα είχες από ένα άλλο που θα ήταν δυόμισι, έτοιμο να ξεκινήσει νηπιαγωγείο, όπου θα ενθάρρυνες το συμβολικό παιχνίδι και θα προσδοκούσες να μάθει να διαπραγματεύεται με ένα άλλο νήπιο της ίδιας ηλικίας. Οπότε η ηλικία του νηπίου επηρεάζει το πώς θα παρέμβεις”, (συνέντευξη 2, p.4:15-22).*

Από το άλλο μέρος, είναι πολύ βοηθητικό ο θεραπευτής να συνυπολογίζει το ταμπεραμέντο και την ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το κάθε παιδί, όπως και το πόσο εύθραυστό πιθανόν να είναι.

*“Είχαμε ένα κοριτσάκι, που όπως καταλάβαμε, δυσκολευόταν με το ξεκίνημα. Της έπαιρνε πολύ χρόνο για να μπει στην αίθουσα και χρειαζόταν να ζεσταθεί σιγά-σιγά και με πολύ προσοχή. Αν την πλησίαζες, αυτό θα δυσκόλευε πολύ την κατάσταση, οπότε χρειαζόταν κανείς να μάθει – με τον καιρό – πώς να διαχειρίζεται αυτό το παιδί με αυτό το ταπεραμέντο προκειμένου να μεγιστοποιήσει τα οφέλη που θα αποκόμιζε”, (συνέντευξη 8, p.5:2-7).*

#### **5.2.4 Ως προς την ομάδα**

Ο τέταρτος παράγοντας αφορά στην ίδια την ομάδα, όπου και εδώ χρειάζεται να συνυπολογίζονται μια σειρά από παράμετροι.

##### **5.2.4.1 Η σύνθεση της ομάδας**

Ως πρώτη παράμετρος αναφέρεται η σύνθεση της ομάδας, ο συνδυασμός δηλαδή των ατόμων που την απαρτίζουν. Από αυτόν εξαρτάται, κατ’ αναλογία με ότι ισχύει και αναφορικά με τα μέλη της ομάδας ξεχωριστά,

ατομικά και δυαδικά (ως ζεύγη δηλαδή γονέων-νηπίων), τόσο η ομαδική ψυχική κατάσταση όσο και το πόσο εύθραυστη μπορεί να είναι μια ομάδα. Με άλλα λόγια, και με την ομάδα, χρειάζεται να λαμβάνεται υπ' όψη η συλλογική ψυχική της κατάσταση, άλλα και το πόσο ευάλωτη αυτή μπορεί να είναι.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια θεραπεύτρια:

*“Εξαρτάται από το ποιοι συνθέτουν την ομάδα και ποια είναι τα δυναμικά μεταξύ τους. Γιατί μπορεί να υπάρξουν θετικά δυναμικά αλλά και πολύ δύσκολα δυναμικά και αυτό εξαρτάται από την ομάδα κάθε φορά” [...], οι ομάδες περνάνε από φάσεις βάση των ατόμων που τις συνθέτουν και του συνδυασμού τους”, (συνέντευξη 5, ρ.6:1-3, 9-10).*

#### **5.2.4.2 Η φάση και η ψυχική κατάσταση της ομάδας**

Αντίστοιχα, αναφέρεται και η ανάγκη συνεκτίμησης της φάσης στην οποία βρίσκεται η ομάδα. Το αν για παράδειγμα πρόκειται για μια ομάδα που μόλις ξεκίνησε ή για μια πιο προχωρημένη ομάδα, ή ακόμα για μια ομάδα που οδεύει προς το τέλος της. Όλες αυτές οι περιπτώσεις επιβάλλουν διαφορετικούς χειρισμούς από μέρους του θεραπευτή, ούτως ώστε οι στόχοι του και οι προσπάθειες του να ευοδωθούν.

*“[...] αντίστοιχα στην ομάδα, ξέρεις, θα προσπαθούσα να δω αν το συναίσθημα που επικρατεί είναι εύθραυστο. Για παράδειγμα, είχα πρόσφατα μια σχετικά καινούργια βοηθό και αυτό επηρέαζε την ομάδα. Ή για παράδειγμα, αν πλησιάζουν οι διακοπές θα σκεφτόμουνα πολύ τι αντίκτυπο θα είχε αυτό στην ομάδα”, (συνέντευξη 8 ρ.4:25-29).*

#### **5.2.5. Ως προς τα εκτός της ομάδας**

Ο πέμπτος και τελευταίος παράγοντας αφορά σε αυτά που ονομάσαμε τα “εκτός ομάδας”, δηλαδή σε όλα όσα γίνονται και λέγονται για την ομάδα,

έξω από την ομάδα. Ο θεραπευτής, εκτός από την προσωπική σχέση και επαφή που έχει με τα μέλη της ομάδας, έχει στη διάθεση του και άλλες δυνατότητες, μέσα από τις οποίες μπορεί να τους γνωρίσει και κατ' επέκταση επηρεάζουν και τον τρόπο που θα επιλέξει για να παρέμβει.

#### **5.2.5.1. Προϋπάρχουσες πληροφορίες / εποπτεία**

Κατ' αρχάς πολύ σημαντική πηγή πληροφόρησης είναι η ίδια η διαδικασία της παραπομπής (intake), οι πληροφορίες δηλαδή που δίνουν οι γονείς προτού ενταχθούν στην ομάδα, κατά την αρχική φάση της προσέλευσής τους στο Κέντρο και της λήψης του ιστορικού, όπως επίσης και μέσα από τα ερωτηματολόγια που τους ζητείται να συμπληρώσουν.

Επίσης, η εποπτεία που έχουν οι θεραπευτές για κάθε ομάδα όπως και οι μεταξύ τους συζητήσεις και οι σκέψεις που ανταλλάσσουν μετά το τέλος μιας συνεδρίας, επηρεάζουν και αυτές το πώς οι ίδιοι δρουν και παρεμβαίνουν μέσα στην ομάδα. Τα δυο αποσπάσματα που ακολουθούν αναφέρονται σε αυτό ακριβώς το κριτήριο:

*“Μπορείς να ανα-στοχαστείς μετά το τέλος της ομάδας και να σκεφτείς, λοιπόν την επόμενη εβδομάδα θα δοκιμάσω να κάνω το τάδε ή θα ζητήσω βοήθεια ή εποπτεία από κάποιο συνάδελφο. Θα λάβω υπόψη μου όλα αυτά που δεν μπορώ να λάβω πάνω στην ένταση της στιγμής. Μπορεί να λάβεις υπόψη σου το ιστορικό της μητέρας” (συνέντευξη 8, p.3:31-35).*

*“Όταν βρισκόμαστε όλοι μαζί για εποπτεία με τον επόπτη μας και μοιραζόμαστε τις εμπειρίες μας από τις ομάδες νηπίων, μαθαίνουμε ο ένας από τον άλλο και κάποιες φορές μπορεί κανείς να ακούσει κάτι που λειτούργησε βοηθητικά και να το δοκιμάσει και ο ίδιος”, (συνέντευξη 5, p.5:29-31).*

### 5.3 Τρόποι αξιολόγησης της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων-νηπίων

*“Έχουμε υπάρξει φτωχοί αναφορικά με την αξιολόγηση”. (συνέντευξη 6, p.7:14)*

Η αξιολόγηση της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων-νήπιων, είναι μια σύνθετη διαδικασία, ιδιαίτερος σημαντική και κρίσιμη όμως, τόσο για την περαιτέρω εξέλιξη τους, όσο και για την ίδια τους την επιβίωση. Όπως συμβαίνει και γενικότερα στο χώρο της ψυχανάλυσης, η ποιοτική αξιολόγηση της θεραπευτικής δράσης είναι δύσκολα μετρήσιμη, γεγονός που ενισχύει την αρνητική κριτική απέναντι της.

Για τους παραπάνω λόγους, στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, θεωρήθηκε απαραίτητο να διερευνηθεί, εκτός από τους τρόπους παρέμβασης που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές στις ομάδες γονέων-νηπίων και το πώς αξιολογείται η κλινική εργασία στις εν λόγω ομάδες.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των θεραπευτών, οι τρόποι αξιολόγησης της κλινικής εργασίας εντάσσονται στις ακόλουθες πέντε κατηγορίες, σε κάθε μια από τις οποίες υπάρχουν και οι αντίστοιχες υποκατηγορίες (Διάγραμμα 7):

- 1) Η ποιότητα της σχέσης γονιού-νηπίου,
- 2) Η στάση του γονιού απέναντι στην ομάδα αλλά και ως προς το γονικό ρόλο,
- 3) Η ανάπτυξη του παιδιού,
- 4) Η εξέλιξη της ομάδας,
- 5) Η κλινική εκτίμηση.



Στη συνέχεια παρατίθεται ένας πίνακας (Πίνακας 8) στον οποίο παρουσιάζονται οι πέντε αυτές κατηγορίες με τις υποκατηγορίες τους και τις συχνότητες με τις οποίες συναντώνται στις συνεντεύξεις των θεραπευτριών.

	<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>	Συνέντευξη 1	Συνέντευξη 2	Συνέντευξη 3	Συνέντευξη 4	Συνέντευξη 5	Συνέντευξη 6	Συνέντευξη 7	Συνέντευξη 8	Συνέντευξη 9
<b>Σχέση γονιού – νηπίου</b>	A. Εναρμόνιση	x	x	x	x		x	x	x	x
	B. Ικανότητα αποχωρισμού	x	x				x	x	x	x
<b>Στάση γονιού</b>	A. Ανταπόκριση απέναντι στην ομάδα			x	x	x	x	x		x
	B. Αλλαγές συμπεριφοράς – άποψης ως προς γονεϊκό ρόλο	x	x	x		x	x	x	x	x
<b>Ανάπτυξη νηπίου</b>	A. Λειτουργικότητα – συναισθηματική ωριμότητα	x	x	x	x		x	x	x	
	B. Κοινωνικοποίηση	x	x			x	x		x	
<b>Εξέλιξη ομάδας</b>	A. Σχέση μελών μεταξύ τους				x	x	x		x	x
	B. Σχέση μελών – θεραπευτή									x
	Γ. Ομάδα ως Όλον					x		x		
<b>Κλινική εκτίμηση</b>	A. Παρατηρητές / βιντεοσκόπηση							x		x
	B. Ερωτηματολόγια / PDI	x	x					x	x	x

(Πίνακας 8)

### 5.3.1. Σχέση γονιού – νηπίου

Η πρώτη κατηγορία αφορά στη σχέση γονιού-νηπίου, μέσα από την ποιότητα της οποίας αλλά και τις αλλαγές που ενδεχομένως συντελέσθηκαν σε αυτή, ένας θεραπευτής μπορεί να αξιολογήσει το κατά πόσο είχε θετικά αποτελέσματα η συμμετοχή τους στην ομάδα. Αυτή η κατηγορία συντίθεται από μια σειρά από επιμέρους τρόπους αξιολόγησης.

#### 5.3.1.1. Εναρμόνιση (attunement)

Μια πρώτη παράμετρος σε αυτή την κατηγορία, είναι **η ποιότητα του δεσμού και της εναρμόνισης** ανάμεσα στο νήπιο και στο γονιό του. Το πόσο καλά δηλαδή είναι μαζί, αν η συνύπαρξη τους παρουσιάζει κάποια αρμονία που την κάνει «να μοιάζει με χορό» όπως πολύ παραστατικά αναφέρει μια από τις θεραπεύτριες:

*“[...] η ποιότητα της σχέσης γονιού / παιδιού. Όπως για παράδειγμα μια μητέρα που στην αρχή που εντάσσεται στην ομάδα, φαίνεται να είναι λίγο καταθλιπτική, το παιδί αντίστοιχα δεν εκδηλώνει τα συναισθήματα του, η μητέρα δείχνει να μην παίρνει πολύ ευχαρίστηση από το παιδί της, ενώ προβάλλει επάνω του πολλές από τις δικές της ανησυχίες, τις δικές της σκέψεις και συναισθήματα... Υπάρχει ένα τέτοιο ζευγάρι σε αυτή τη φάση στην ομάδα μου. Ή μάλλον έτσι ήταν στην αρχή που ξεκίνησαν, γιατί έχουν αλλάξει πολλά από τότε. Όταν πλέον το αγόρι έκλεισε τα τρία και αποχαιρέτησαν την ομάδα, έχοντας συμμετάσχει σε αυτή για ενάμισι χρόνο, η μητέρα ήταν ενθουσιασμένη, περήφανη για το παιδί της, ευχαριστιόντουσαν ο ένας την παρέα του άλλου, έπαιζαν μαζί πολύ ωραία και στοργικά [...] μια βελτίωση στη σχέση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που δείχνει ότι η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική”* (συνέντευξη 1, p.5:28-38).

### 5.3.1.2. Ικανότητα αποχωρισμού

Από την άλλη μεριά, αξιολογείται και η **ικανότητα τους να αποχωριστούν**. Ηλικιακά άλλωστε διανύουν τη φάση του Αποχωρισμού και της Εξατομίκευσης (Mahler, 1975), κατά την οποία η ικανότητα για αποχωρισμό αποτελεί πρωτεύοντα στόχο. Αναφορικά με τον αποχωρισμό οι θεραπευτές αναφέρουν:

*“[...] η ασφάλεια που δημιουργεί το να γνωρίζεις ότι η μητέρα μπορεί με ασφάλεια να κρατηθεί ζωντανή στη σκέψη του παιδιού της ... για παράδειγμα όταν η μητέρα μπορεί να πηγαίνει στην τουαλέτα χωρίς να γίνεται πανικός, όταν μια μητέρα μπορεί να συνομιλεί με έναν άλλο γονιό χωρίς το παιδί της να την τραβάει συνεχώς από το μανίκι. Το να μπορούν δηλαδή να αντέχουν να υπάρχει και λίγη απόσταση μεταξύ τους” (συνέντευξη 8, p.6:40-41, p.4:1-2).*

*“Ένας τρόπος αξιολόγησης είναι φαντάζομαι και το πώς αντιμετωπίζουν τον αποχωρισμό. Όταν συνεχίζει να υπάρχει έντονη προσκόλληση στη μεταξύ τους σχέση, αυτό σε απασχολεί. Αν συνεχίζουν να υπάρχουν πολλές εντάσεις και κλάματα, τότε σημαίνει ότι η αμφιθυμία δεν έχει ακόμα γίνει διαχειρίσιμη και ότι το νήπιο εκδηλώνει άγχος” (συνέντευξη 2, p.6:1-4).*

### 5.3.2. Η στάση του γονέα

Η δεύτερη κατηγορία αναφορικά με το πώς αξιολογούν οι θεραπευτές την κλινική δραστηριότητα στις ομάδες γονέων-νηπίων, έχει να κάνει με τη **στάση των γονιών** τόσο απέναντι στην ομάδα όσο σε σχέση με το γονεϊκό τους ρόλο.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι δυο αυτές κατηγορίες με τους υποκατηγορίες τους και τις συχνότητες με τις οποίες συναντώνται στις συνεντεύξεις των θεραπευτών (Πίνακας 9).



	Στάση Γονιού	Συνέντευξη	Συνέντευξη	Συνέντευξη	Συνέντευξη	Συνέντευξη	Συνέντευξη	Συνέντευξη	Συνέντευξη	Συνέντευξη
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ανταπόκριση στην ομάδα	Συμμετοχή			x	x	x	x			
	Άποψη				x	x		x		x
Αλλαγές ως προς τον γονεϊκό ρόλο		x	x	x		x	x	x	x	x

(Πίνακας 9)

### 5.3.2.1 Η ανταπόκριση του γονιού απέναντι στην ομάδα

Αναφορικά με την ανταπόκριση του γονιού απέναντι στην ομάδα, αυτό αξιολογείται μέσα από τη συμμετοχή του σε αυτή, αλλά και τις απόψεις που ο ίδιος εκφράζει για αυτήν. Έτσι, στη συγκεκριμένη την κατηγορία συναντάμε δυο υποκατηγορίες:

1) **Η συμμετοχή των μελών στην ομάδα.** Η συμμετοχή των μελών στην ομάδα, όπως και το αν υπάρχουν παραπομπές για την ομάδα, μιλά έμμεσα για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από αυτή και το πόσο πιστεύουν ότι τους βοηθάει.

*“Πιστεύω ότι είναι η συμμετοχή στην ομάδα. Πιστεύω ότι έχει να κάνει με το πόσα άτομα έρχονται κάθε φορά και πόσο ζωντανή είναι η ομάδα. Όποτε νομίζω ότι θα αξιολογούσα την ομάδα με βάση το αν έχω έναν πυρήνα 6 με 8 μητέρων που να έρχονται σταθερά και συστηματικά και αν επικρατεί μια ζωντανή ατμόσφαιρα στην ομάδα, για μένα αυτό θα σήμαινε ότι θα ήταν μια επιτυχημένη ομάδα” (συνέντευξη 3, p.7:1-4).*

Από το άλλο μέρος η ικανότητα των μελών να διαχειρίζονται τον αποχωρισμό από την ομάδα είναι επίσης σημαντικός παράγοντας αξιολόγησης. Μια θεραπεύτρια, αναφερόμενη στις διακοπές από την ομάδα λέει τα εξής:

*“[...] το πώς αντιδρούν στις διακοπές, πως είναι η συμμετοχή των μελών στην ομάδα αφότου επιστρέψουν σε αυτή μετά από μια διακοπή ... μπορούν να διατηρήσουν ζωντανή στη σκέψη τους την ομάδα για όσο βρίσκονται μακριά από αυτή ή μήπως χάνεται εντελώς από τη σκέψη τους. Αυτά είναι πράγματα που μου δείχνουν πόσο επιτυχημένη είναι μια ομάδα” (συνέντευξη 3, p.7:7-9).*

Το να μπορεί κανείς να αποχωρίζεται, αποτελεί αναπτυξιακό επίτευγμα στην πρώτη νηπιακή ηλικία. Στις ομάδες γονέων-νηπίων το ίδιο το πλαίσιο της ομάδας αποτελεί ένα μεταβατικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο γονείς και νήπια δοκιμάζουν την εμπειρία της σύνδεσης και της απο-σύνδεσης. Μιας σύνδεσης με τον άλλο, αλλά και με τα πράγματα, που από τη μια συνεδρία στην άλλη μπορεί να διακόπτεται προσωρινά και να αποκαθίσταται εκ νέου, χωρίς η απώλεια να είναι οριστική και χωρίς να επέρχεται η καταστροφή και ο θάνατος.

Ένας από τους στόχους της ομάδας νηπίων είναι και το να οδηγηθούν οι συμμετέχοντες, μέσα ακριβώς από την εργασία που γίνεται, σε μια βαθμιαία εσωτερίκευση των σχέσεων που δημιουργούνται με την εξωτερική ομάδα. Η εσωτερίκευση αυτή βοηθά στην αλλαγή της εσωτερικής σχέσης νηπίου – γονιού, προάγοντας τη διαδικασία της ανάπτυξης (Navridi, Navridis & Midgley, 2012).

2) Μια άλλη διάσταση αναφορικά με την ανταπόκριση του γονιού στην ομάδα, έχει να κάνει με το **τι σημαίνει για αυτούς η ομάδα**, πως την αξιολογούν οι ίδιοι, κάτι στο οποίο αναφέρονται τα παρακάτω δυο αποσπάσματα:

*“Υπάρχει επίσης και η υποκειμενική εικόνα του γονιού για το αν έχει βοηθηθεί ή όχι, το οποίο νομίζω ότι έχει μεγάλη σημασία. Αν αισθάνονται, αλλά και για ποια πράγματα αισθάνονται, ότι έχουν βοηθηθεί και για ποια άλλα αισθάνονται ότι δεν έχουν βοηθηθεί” (συνέντευξη 7, p.5:40-42).*

*“Έχει να κάνει και με το αν παραπέμπονται στην ομάδα οικογένειες από άλλες οικογένειες που είχαν παλαιότερα συμμετάσχει σε αυτή και οι οποίοι τους έχουν πει κάτι του τύπου: «ξέρεις πρέπει να πας εκεί γιατί είναι πολύ καλά» αυτά δηλαδή που μεταφέρονται από στόμα σε στόμα για την ομάδα” (συνέντευξη 4, p.9: 40-42).*

### **5.3.2.2. Αλλαγές αναφορικά με το γονεϊκό του ρόλο**

Η τρίτη υποκατηγορία, έχει να κάνει με τις αλλαγές που συντελούνται στους γονείς, παράλληλα με τις αλλαγές που οι ίδιοι βιώνουν στη σχέση τους με τα παιδιά τους. Οι αλλαγές αυτές στους γονείς καταγράφονται σε δυο επίπεδα:

- 1) στη συμπεριφορά τους και
- 2) στον τρόπο που σκέφτονται

1) Μιλώντας για αλλαγές στη **συμπεριφορά των γονιών**, τα υποκείμενα του δείγματος αναφέρονται χαρακτηριστικά στο πώς αντιμετωπίζονται από τους γονείς οι διάφορες καταστάσεις, όπως π.χ. οι

εκρήξεις θυμού και οι ατυχείς στιγμές, αν καταφέρνουν δηλαδή οι γονείς να κάνουν ένα βήμα πίσω, επιτρέποντας στο παιδί τους να έχει εκείνο τον πρώτο ρόλο για τα πράγματα που το αφορούν, όταν αυτό είναι συμβατό με την ηλικία του, όπως είναι για παράδειγμα το να επιλέγει εκείνο με ποιο παιχνίδι θέλει να παίξει, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο προτιμά να το κάνει.

Όπως χαρακτηριστικά λέει μια θεραπεύτρια:

*“Αν μια μητέρα έχει υπάρξει εξαιρετικά παρεμβατική και διεισδυτική και αργότερα τη βλέπεις να μπορεί να κάνει ένα βήμα πίσω και να μπορεί να παίζει μαζί με το παιδί της, επιτρέποντάς του εκείνο να έχει τον πρώτο λόγο και να κατευθύνει το παιχνίδι ... αυτό είναι ένα σημάδι προόδου”* (συνέντευξη 3, π.7: 21-24).

Επίσης, κάτι άλλο που αναφέρουν ως θετικό οι θεραπευτές, είναι το να βλέπουν τους γονείς να αναλαμβάνουν οι ίδιοι τμήματα από το ρόλο του θεραπευτή. Βλέποντας κάτι τέτοιο, ένας θεραπευτής καταλαβαίνει ότι ο γονιός έχει ενδοβάλλει κάποιες από τις λειτουργίες που προηγουμένως είχε εναποθέσει στο θεραπευτή. Εφεξής μοιάζει να τις έχει κάνει δικές του και άρα να μπορεί πολύ περισσότερο να διαχειρίζεται τα πράγματα και τις καταστάσεις μόνος του.

Όπως φάνηκε άλλωστε και στην προηγούμενη ενότητα που αφορούσε στους τρόπους παρέμβασης που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές, πολλοί από αυτούς τους τρόπους αποσκοπούν στην ενδυνάμωση του γονικού ρόλου. Όσο περισσότερο ενδυναμωμένος είναι ο γονεϊκός ρόλος ενός μέλους της ομάδας, τόσο λιγότερη ανάγκη ο γονιός έχει το θεραπευτή και κατ' επέκταση ίσως και την ομάδα, γεγονός που σηματοδοτεί το προχώρημα του.

*“Όταν πέφτει κάτω ένα παιδί και η μητέρα ή ο πατέρας πάνε να το σηκώσουν, για μένα αυτό αποτελεί μια θετική ένδειξη. Όταν χρειάζεται εγώ να το κάνω πάντα αυτό, τότε σημαίνει ότι έχουμε πολύ καιρό ακόμα μπροστά μας” (συνέντευξη 5, p.7: 11-13)*

2) Ένα βήμα πριν την πράξη βρίσκεται η σκέψη, καθώς όταν συμβαίνουν αλλαγές σε αυτή, δεν μπορούν παρά να φανούν άμεσα και στη συμπεριφορά. Ως αλλαγή στον **τρόπο σκέψης των γονιών**, αναφέρεται και η κατανόηση της αναπτυξιακής διάστασης στη συμπεριφορά των νηπίων τους.

*“Μπορείς επίσης να κοιτάς για πράγματα όπως για παράδειγμα, αν εξακολουθεί ο γονιός να είναι αρνητικός και επικριτικός απέναντι στο νήπιο του ... κάτι τέτοιο θα σε απασχολήσει γιατί θα σημαίνει ότι δεν έχει ακόμα κατανοήσει ποιες συμπεριφορές είναι τυπικές για ένα παιδί νηπιακής ηλικίας και άρα ότι θα δυσκολεύεται ακόμα πολύ με όλα” (συνέντευξη 2, p.6”4-7).*

Τέλος, ένα βήμα πίσω και από την συνειδητή σκέψη, βρίσκεται η ασυνειδήτη πλευρά της και όλο το φαντασιακό υλικό που την καθορίζει. Αλλαγές σε αυτό το επίπεδο, επίσης προμηνύουν αλλαγές τόσο στη συνειδητή σκέψη όσο και στη συμπεριφορά ενός ατόμου (που στην περίπτωση μας είναι οι γονείς). Εδώ οι θεραπευτές αξιολογούν θετικά την απαλλαγή των νηπίων από προβολές των γονιών τους:

*“[...]παιδιά οι γονείς των οποίων είχαν ξεκάθαρα προβάλλει επάνω τους πράγματα για το τι εκείνα είναι, όπως για παράδειγμα: ο γιος μου μεγαλώνοντας θα γίνει σαν τον πατέρα του βίαιος. Και με τον καιρό μπορούν να βλέπουν και πιο γοητευτικές πλευρές του παιδιού τους, όχι μόνο όσα τους θυμίζουν π.χ. το σύζυγο (ο οποίος τους έχει εγκαταλείψει) ... μπορούν να βλέπουν τα παιδιά τους όπως εκείνα είναι πραγματικά” (συνέντευξη 1, p.8:16-20).*

Αναφορικά με τις αλλαγές στον τρόπο σκέψης των γονιών σε σχέση με το γονεϊκό τους ρόλο, αυτές δεν αφορούν μόνο στη σχέση τους με το παιδί, αλλά και στο πως οι ίδιοι αντιλαμβάνονται τους άλλους γονείς όσο και στην ανοχή που μπορεί να δείχνουν απέναντι στη διαφορετικότητα:

*“[...] η ικανότητα να αντέχουν διαφορετικά στυλ στους ανθρώπους γενικά, αλλά και διαφορετικά γονεϊκά στυλ. Κατά πόσο αντέχουν την συνύπαρξη διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης τόσο των δυσκολιών όσο και των επιτευγμάτων, φαντάζομαι έχει να κάνει με μια πιο ανοιχτή στάση, λιγότερο απόλυτη, με μια προσέγγιση διαφορετική από το απόλυτο του σωστό - λάθος” (συνέντευξη 8, p.7: 9-13).*

Από το άλλο μέρος, κάποιες θεραπεύτριες αναφέρονται και στις σκέψεις και αναγνωρίσεις που κάνουν οι γονείς για τυχόν αλλαγές που γίνονται σε άλλα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, μια θεραπεύτρια ανέφερε το εξής ως παράγοντα θετικής αξιολόγησης της ομάδας:

*“[...] όταν άλλες μητέρες κάνουν σχόλια για κάποιο παιδί και αναφέρονται στις αλλαγές που έχουν υπάρξει στο παιδί αυτό” (συνέντευξη 1, p.6: 21).*

### **5.3.3. Η ανάπτυξη του παιδιού**

Η επόμενη κατηγορία που προκύπτει μέσα από τις συνεντεύξεις σε σχέση με το πώς αξιολογούν την κλινική εργασία στις ομάδες αυτές, έχει να κάνει με την ανάπτυξη του παιδιού. Η ανάπτυξη αυτή αφορά στην ωρίμανση που συντελείται τόσο ως προς τη λειτουργικότητα, όσο και ως προς τη **συναισθηματική ωριμότητα** και την ικανότητα του παιδιού για κοινωνικοποίηση. Αναφορικά με τη λειτουργικότητα του παιδιού, οι

θεραπευτές αναφέρουν όλα τα αναπτυξιακά επιτεύγματα που περιμένει κανείς να δει σε ένα νήπιο. Πέρα από τις ικανότητες του παιδιού ως προς τη λειτουργικότητα του, οι θεραπευτές αξιολογούν επίσης και τη συναισθηματική ωριμότητα του παιδιού.

Επιπρόσθετα, μια άλλη κατηγορία είναι η **κοινωνικοποίηση** του παιδιού και η ικανότητα του να συνδέεται με τους άλλους. Αυτή η κατηγορία σχετίζεται με το πόσο ανοιχτό μπορεί να είναι ένα παιδί στο να συνδέεται και να αλληλεπιδρά με τους συνομηλίκους του ή με έναν άλλο ενήλικα εκτός από τους γονείς του, αλλά και να επενδύει συναισθηματικά σε έναν καινούργιο και όχι οικείο μέχρι στιγμής χώρο. Και οι δυο αυτές ικανότητες είναι προαπαιτούμενα για τα επόμενα βήματα στη ζωή του όπως είναι π.χ. η εισαγωγή του στο νηπιαγωγείο.

*“Ένας άλλος ενδεικτικός παράγοντας είναι η ανάπτυξη του παιδιού, το να δείχνει περιέργεια, η ανάπτυξη του λόγου του, η σχέση του με το φαγητό, η εκπαίδευση της τουαλέτας, η ικανότητα να παίζει μαζί με άλλους ενήλικες όπως εγώ για παράδειγμα, και επιπλέον η αλληλεπίδραση με τα άλλα παιδιά και το να μπορεί να υπάρχει μεταξύ τους αμοιβαίο παιχνίδι. Ένα σημαντικό αναπτυξιακό επίτευγμα είναι επίσης όταν ένα παιδί αρχίζει να δείχνει ενσυναίσθηση, το οποίο συνήθως συμβαίνει στην ηλικία των τριών ετών. Το να επενδύει ένα νήπιο στο σώμα του και να δείχνει όλο και περισσότερο ενθουσιασμό για αυτό και όλα όσα μπορεί να καταφέρει με εκείνο ... να χοροπηδάει, να θέλει να επιδεικνύει τις ικανότητες του, να παίρνει ευχαρίστηση από το σώμα του ... όλα αυτά είναι σημαντικοί παράμετροι μιας υγιούς ανάπτυξης”*  
(συνέντευξη 1, p.5:39-44).

#### **5.3.4. Η εξέλιξη της ομάδας**

Μια τρίτη διάσταση των ομάδων γονέων-νηπίων, με βάση την οποία οι θεραπευτές αξιολογούν ποιοτικά την κλινική εργασία σε αυτές, είναι και η εξέλιξη της ίδιας της ομάδας. Η εξέλιξη αυτή αφορά:

- 1) στη σχέση των μελών μεταξύ τους
- 2) στη σχέση των μελών με τους θεραπευτές και
- 3) στην εξέλιξη της ομάδας ως όλου.

##### **5.3.4.1. Η σχέση των μελών μεταξύ τους**

**Η σχέση των μελών μεταξύ τους** είναι κάτι που θεωρείται σημαντικό από τους θεραπευτές και συνυπολογίζεται στην αξιολόγηση της κλινικής εργασίας των ομάδων. Σε αυτό αναφέρεται το ακόλουθο απόσπασμα:

*“[...] υπήρχε μια αίσθηση συνοχής στην ομάδα, το οποίο ήταν πολύ σημαντικό. Έβλεπες τους ανθρώπους να αισθάνονται μεγαλύτερη εμπιστοσύνη ο ένας με το άλλο, ήξεραν ο ένας το όνομα του άλλου, βοηθούσαν ο ένας τον άλλο, αν κάποιος είχε ένα καρότσι το οποίο δεν χρειαζόταν πια το έφερνε για να το πάρει κάποιος”* (συνέντευξη 4, p.10: 8-11).

##### **5.3.4.2. Η σχέση τους με το θεραπευτή**

Όσον αφορά στη σχέση των μελών με το θεραπευτή, αυτά που αναφέρονται ότι αξιολογούν οι θεραπευτές είναι:

*“Όταν οι γονείς μιλάνε και ανοίγονται στους θεραπευτές [...] να έχουν αποκτήσει κάποια εμπιστοσύνη, ώστε να αρχίζουν να σκέφτονται αυτά που τους λες”* (συνέντευξη 9, p.5: 9, 12-13).



### 5.3.4.3. Η ομάδα ως όλον

Τέλος, η τρίτη υποκατηγορία σε σχέση με την εξέλιξη της ομάδας είναι η ίδια η ομάδα ως σύνολο. Το τι απασχολεί και το πώς συμπεριφέρεται η ομάδα, ως συλλογικό πια υποκείμενο, φαίνεται να είναι ιδιαίτερος σημαντικό καθώς αντικατοπτρίζει τις ατομικές (όσο και τις κατά ζεύγη γονέων-νηπίων) ανάγκες των μελών της, όπως και αντίστροφα, η όποια τυχόν εξέλιξη της **ομάδας ως συνόλου**, μπορεί επίσης να αντανακλά και το προχώρημα των μελών της ομάδας σε ατομικό (αλλά και δυαδικό) επίπεδο.

*“Όταν η ομάδα πάει σχεδόν από μόνη της [...] οι γονείς επικοινωνούν μεταξύ τους, απευθύνονται σε εμάς, συνδέονται μαζί μας όταν το χρειάζονται ή όταν το θέλουν και όχι πάντα ακόμα και όταν δεν μας χρειάζονται. Εμείς βρισκόμαστε τριγύρω, είμαστε εκεί και αλληλεπιδρούμε μαζί τους ... η ομάδα τα καταφέρνει με εμάς να αποτελούμε μέρος της και όχι έχοντας συνεχώς την ανάγκη να την καθοδηγούμε κατά μια έννοια” (συνέντευξη 5, π.7: 6-10).*

### 5.3.5. Κλινική εκτίμηση – ερευνητικά εργαλεία

Οι τελευταία κατηγορία αναφορικά με το πώς αξιολογείται η κλινική εργασία στις ομάδες γονέων-νηπίων, περιλαμβάνει όλα τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται. Εδώ αναφέρεται η κλινική εκτίμηση που πραγματοποιείται από τους θεραπευτές για τα μέλη της ομάδας, καθ' όλη τη διάρκεια που τα ίδια συμμετέχουν σε αυτή, όσο και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό.

#### 5.3.5.1 Παρατηρητές / μαγνητοσκόπηση

Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στους **παρατηρητές**, «το τρίτο μάτι», των οποίων, η παρατήρηση δηλαδή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς η θέση του

τρίτου, του παρατηρητή είναι πιο εύκολο να μένει ανεπηρέαστη, εφόσον δεν εμπλέκεται δια-προσωπικά τουλάχιστον στα τεκταινόμενα. Στην ίδια κατεύθυνση αναφέρεται και τη **μαγνητοσκόπηση**, ως μια «αντικειμενική» υποτίθεται και εξίσου «ανεπηρέαστη» προσπάθεια καταγραφής όλων όσων συμβαίνουν στην ομάδα.

### 5.3.5.2. Ερωτηματολόγια

Τέλος ειδική μνεία γίνεται στα ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια, όπως είναι και το **PDI**, που συμπληρώνονται από τους γονείς, πριν και μετά τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Αναφερόμενη σε αυτά τα ερωτηματολόγια, μια θεραπεύτρια παρατηρεί τα εξής:

*“Όταν οι γονείς έρχονται στην ομάδα, τους ζητάμε να συμμετάσχουν σε μια ημι-δομημένη συνέντευξη που λέγεται PDI (Parent Development Interview). Έχουμε τροποποιήσει το αρχικό PDI και το έχουμε συντομεύσει με βάση τις δικές μας ανάγκες. Κατά τη συνέντευξη ρωτάμε τους γονείς για τη σχέση τους με το παιδί τους. Τους ρωτάμε να μας πουν με τι παίζει το παιδί, τι του αρέσει και τι δεν του αρέσει. Στη συνέχεια η συνέντευξη απομαγνητοφωνείται και κωδικοποιείται κ.τ.λ. Συνήθως χρησιμοποιούμε ένα σύστημα κωδικοποίησης για την ικανότητα αναστοχασμού (Fonagy and Target) όπου μετράμε την ικανότητα της μητέρας να σκέφτεται για το παιδί της ως μια ξεχωριστή οντότητα. Όταν οι γονείς σταματήσουν να έρχονται στην ομάδα, τους περνάμε και πάλι από την ίδια συνέντευξη. Οι δυο αυτές συνεντεύξεις, η εισαγωγική και η τελική συγκρίνονται και η έρευνα μας έχει δείξει ότι η συμμετοχή στην ομάδα οδηγεί σε μια στατιστικά σημαντική βελτίωση της ικανότητας της μητέρας για ανα-στοχασμό [...] Όταν οι γονείς σταματήσουν να έρχονται στην ομάδα, τους δίνουμε επίσης να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο” (συνέντευξη 1, p.6: 31-44).*

## 6. Συζήτηση

### 6.1 Τρόποι παρέμβασης των θεραπευτών

Μέσα από την περιγραφή των τρόπων παρέμβασης, έγινε φανερός ο γενικότερος κλινικός προσανατολισμός των ομάδων γονέων - νηπίων. Αντίστοιχα, η μελέτη των τρόπων αξιολόγησης της κλινικής εργασίας που μέχρι στιγμής χρησιμοποιούνται στις ομάδες αυτές, βοήθησε στην ανάδειξη των συναφών στόχων που τίθενται από τη μεριά των θεραπευτών.

Στις ομάδες γονέων – νηπίων χρησιμοποιούνται μια πληθώρα παρεμβάσεων οι οποίες στοχεύουν σε διαφορετικά επίπεδα, συνειδητό, προσυνειδητό ή ασυνειδητό. Ο χαρακτήρας τους είναι άλλοτε πιο διδακτικός και άλλοτε πιο ψυχοθεραπευτικός και επιπλέον μπορεί να απευθύνονται είτε στο γονιό, είτε στο παιδί, είτε στη μεταξύ τους σχέση, είτε και σε ολόκληρη την ομάδα, σε ένα πρώτο επίπεδο τουλάχιστον.

Ο ίδιος αυτός προσανατολισμός συναντιέται και σε άλλα ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, τα οποία επίσης υποστηρίζεται ότι δεν είναι αμιγώς ψυχοθεραπευτικά, όπως για παράδειγμα οι ομάδες γονέων – βρεφών και νηπίων στο κέντρο Pacella της New York, (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006) ή οι ομάδες Mindful Parenting του Συμβουλευτικού Κέντρου Σφεντάμι, (Maple Counseling Center) στο Λος Άντζελες, (Reynolds, 2003). Αυτά τα προγράμματα, παρότι πολλές από τις παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται από τους θεραπευτές τους έχουν ένα πιο ξεκάθαρα ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα, συνολικά ως προγράμματα μοιάζει να κινούνται κι εκείνα ανάμεσα στη θεραπεία και στην εκπαίδευση.

Με βάση τα ευρήματα αυτής της εργασίας, η πρώτη μεγάλη κατηγορία τρόπων παρέμβασης που χρησιμοποιούνται στις ομάδες γονέων – νηπίων,

έχει να κάνει με την υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου, που αποτελεί και τη βάση αυτού του τύπου κλινικής εργασίας. Με τον όρο πλαίσιο αναφερόμαστε σε ένα σύνολο σταθερών που έχουν να κάνουν με το χώρο και τη διάταξη, με τους θεραπευτές και την όλη δομή και την οργάνωση του προγράμματος, οι οποίες επιτρέπουν στην ομαδική κλινική διεργασία να αναπτύσσεται (Ναυρίδης, 2005).

Οι παρεμβάσεις που εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία είναι η διασφάλιση της σταθερότητας και της συνέπειας, η ανάπτυξη της ικανότητας αναστοχασμού (reflective function) και η δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας. Η ενίσχυση της σταθερότητας του πλαισίου στους υπο την ευρεία έννοια ψυχοθεραπευτικούς χώρους είναι κάτι που αναγνωρίζεται ως εξαιρετικά σημαντικό στη διεθνή βιβλιογραφία.

Κατ' αρχάς αναδείχτηκε και στην παρούσα εργασία ως υψίστης σημασίας, το να προσφέρει η ομάδα της ένα αίσθημα σταθερότητας, συνέπειας, αλλά και συνέχειας στα μέλη της. Ο λόγος για την αναγκαιότητα του να είναι σταθερό ένα πλαίσιο έγκειται όχι τόσο στα στοιχεία που αυτό περιλαμβάνει, όσο στη δυναμική που με την ίδια τη σταθερότητά τους τα στοιχεία αυτά απελευθερώνουν (Ναυρίδης, 2005). Επίσης, το αίσθημα σταθερότητας και συνέπειας που παράγει η ομάδα είναι κάτι που αναγνωρίζεται και εκτιμάται και από τους γονείς που συμμετέχουν σ' αυτές (Kitsun, Barros & Midgley, 2011).

Η ύπαρξη ενός χώρου ζεστού, οικείου, απενοχοποιητικού και όχι επικριτικού, που αποδέχεται τα μέλη του, αναγνωρίζεται ευρύτερα στα ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης ως εξαιρετικά σημαντική. Η παροχή ενός προβλέψιμου και οργανωμένου χώρου, αποτελεί βασική

προϋπόθεση για τα εν λόγω προγράμματα (James, 2005). Χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι οι ομάδες του Κέντρου Pacella για το παιδί και τους γονείς στη Νέα Υόρκη (Pacella Parent Child Center), (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006; Musitano & Rosenman, 2012).

Η σπουδαιότητα του να διασφαλίζεται η σταθερότητα του θεραπευτικού πλαισίου, έγκειται στο ότι μέσω αυτής δημιουργείται ένα αίσθημα ασφαλούς σχεσιακής βάσης, στο οποίο στηρίζεται και από το οποίο εξαρτάται η μετέπειτα θεραπευτική συνεργασία. Ως εκ τούτου, η ομάδα χρειάζεται να αποτελεί μια ασφαλή βάση (Bowlby, 1988), ένα «σύστημα σκέπτεσθαι» (McDougal, 1989), ή όπως αναφέρει ο Winnicott, (1956), έναν μεταβολίζοντα καθρέφτη.

Μια δεύτερη διάσταση έχει να κάνει με την προώθηση της ικανότητας αναστοχασμού για τα μέλη της ομάδας, υπό την έννοια του να μπορεί κανείς να διατηρεί στο νου του τη ψυχική κατάσταση του άλλου όπως και τη δική του (σκέψεις, συναισθήματα, επιθυμίες και προθέσεις), αλλά και να μπορεί να τη συνδέει με τις παρελκόμενες συμπεριφορές. Σε αυτό αναφέρεται ότι στοχεύουν και άλλα προγράμματα, όπως αυτό του Κέντρου Pacella της Νέας Υόρκης, αλλά και οι ομάδες Mindful Parenting του Συμβουλευτικού Κέντρου Σφεντάμι στο Λος Άντζελες. Επιπλέον, χωρίς να την κατονομάζουν ή να μιλούν συγκεκριμένα για ικανότητα αναστοχασμού, ψυχοθεραπευτικά προγράμματα γονέων – βρεφών και νηπίων, όπως το πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης (under fives) της κλινικής Tavistock στο Λονδίνο, φαίνεται επίσης να έχουν μια παρόμοια κατεύθυνση (Λάγιου-Λιγνού, 2007).

Η ικανότητα για αναστοχασμό ενισχύεται μέσα από την εξάσκηση των γονιών στο να συζητάνε, να ακούνε, να παρατηρούν, να μοιράζονται τις ιδέες

τους και να στοχάζονται, αντί να αντιδρούν σε αυτά που γίνονται, όπως συνήθως τείνουν αυθόρμητα να κάνουν (Musitano & Rosenman, 2012). Αναπτύσσεται δηλαδή μέσα από μια δι-υποκειμενική διεργασία, μέσα από τη σχέση με τον άλλο και την νου-προς-νου αλληλεπίδραση μαζί του (Σκλείδη, 2007). Η δεξιότητα αυτή, η ικανότητα δηλαδή της εν-νόησης, συμβάλλει καθοριστικά στην προσαρμοστικότητα του ατόμου και στην προαγωγή της ικανότητάς του να αντιμετωπίζει επαρκώς τις εσωτερικές συγκρούσεις και τις ματαιώσεις που βιώνει (Kantrowitz, Katz & Paolito, 1990).

Πρωταρχικά ο θεραπευτής χρειάζεται να μπορεί να κρατά λίγο πίσω την παρόρμησή του για δράση και για εκφορά ερμηνειών. Να μη σπεύδει να ενεργεί και να μη καταφεύγει σε βιαστικά συμπεράσματα, αλλά να μπορεί να αντέχει το να μη ξέρει ή να μη καταλαβαίνει, να μπορεί να κρατά ατακτοποίητο μέσα του αυτό που βλέπει, μέχρι σιγά-σιγά εκείνο να συνδεθεί με κάτι άλλο και έτσι να αποκτήσει νόημα (Bion, 1962; Λάγιου-Λιγνού, 2011). Η στάση αυτή του θεραπευτή έχει να κάνει με την “αρνητική ικανότητα” κατά Bion (1970). Κάτι ανάλογο, ως προς τη συγκεκριμένη στάση του θεραπευτή, υποστηρίζεται και από άλλα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης (Musitano & Rosenman, 2012).

Με το να αποφεύγει ο θεραπευτής την άμεση και ενεργητική παρέμβαση, γίνεται περισσότερο δεκτικός και μπορεί να ανακαλύψει την ουσία του συναισθηματικού και συγκινησιακού περιεχόμενου αυτού που βλέπει, ακούει και αισθάνεται. Κατά συνέπεια η συνθήκη αυτή της αρνητικής ικανότητας και της πρωταρχικής αντοχής στην έλλειψη νοήματος και στο χάος, είναι απαραίτητη για τη δημιουργικότητα της σκέψης (Houzel, 2011).

Η συνθήκη δε αυτή συνδέεται άρρηκτα και με την ικανότητα του θεραπευτή να εμπεριέχει τα μέλη της ομάδας. Στις ομάδες γονέων – νηπίων, στόχος των θεραπειών είναι το να εμπεριέχουν τον αναστατωμένο και συγκρουσιακό ψυχισμό των μελών της ομάδας. Ο θεραπευτής χρειάζεται να αντέχει τα συναισθήματα των μελών (σε ατομική όσο και σε δυαδική βάση), ακόμα και όταν αυτά είναι ακατανόητα, ή και εξαιρετικά επώδυνα, βίαια ή / και χαοτικά. Αντέχοντας τα, τα εμπεριέχει χωρίς να καταστρέφεται ή να ενοχοποιείται από αυτά ή να τα απορρίπτει. Αυτό το βίωμα είναι που μέσω ταύτισης και γενικότερα εσωτερίκευσης προσδιορίζει και την ανάπτυξη της ικανότητας στο ίδιο πια το μέλος (γονιό ή νήπιο) να εμπεριέχει τα δικά του οδυνηρά και καταστροφικά συναισθήματα (Ναυρίδης, 2005).

Η ψυχική διαθεσιμότητα του θεραπευτή και η θεραπευτική συμμαχία αναδεικνύονται επίσης από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ως μείζονος σημασίας. Αλλά και ευρύτερα, στους ψυχοθεραπευτικούς χώρους η θεραπευτική συμμαχία παρουσιάζεται να είναι ο κεντρικός παράγοντας που κρύβεται πίσω από κάθε αλλαγή που μπορεί να προκαλεί μια θεραπεία (Jimenez, 2007). Μεταβίβαση και «θεραπευτική συμμαχία» κατά γενική ομολογία διαπλέκονται. Αν λοιπόν η ψυχοθεραπεία, η κλινική διαδικασία με άλλα λόγια που κατεξοχήν αποσκοπεί στην «αλλαγή» ειδωθεί και ως (νέα) (εκ) μάθηση, τότε και στο πλαίσιο της θεωρίας της μάθησης (learning theory), θα μπορούσε ίσως να θεωρηθεί ως απαραίτητη προϋπόθεση κάθε ουσιαστικής μαθησιακής εμπειρίας η συνύπαρξη μιας θεμελιώδους συναισθηματικής διακίνησης του υποκειμένου.

Από το άλλο μέρος, με βάση τα ευρήματα αυτής της ερευνητικής εργασίας, διαφάνηκε η σημασία του να μπορεί ο θεραπευτής να λειτουργεί ως

θεματοφύλακας της ομάδας, με το να κρατάει στη μνήμη του την προσωπική ιστορία των μελών καθώς και της ομάδας. Οι Woodhead & James (2007), μιλούν αναλυτικά για το πόσο σημαντικό είναι, ένας θεραπευτής να μπορεί να κρατά στη μνήμη του τον ασθενή του και να «θυμάται» για λογαριασμό του. Αυτή η λειτουργία του θεραπευτή ενισχύει την επαφή και το αίσθημα εγγύτητας με τον άλλο, ιδιαιτέρως για πιο ευάλωτα και ψυχικά τραυματισμένα άτομα, όπως αυτά που έχουν βιώσει κοινωνικό αποκλεισμό.

Από το άλλο μέρος βέβαια, όσον αφορά σε ένα αμιγώς ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, υπάρχει σε ορισμένους συγγραφείς και η πεποίθηση ότι ο θεραπευτής χρειάζεται να λειτουργεί «χωρίς μνήμη και επιθυμία», βάζοντας στην άκρη δηλαδή κάθε συνειδητή ανάμνηση (Houzel Didier, 2011). Η άποψη αυτή βασίζεται στη θεωρία του Bion, ο οποίος όμως βέβαια διαφοροποιεί την ονειρική μνήμη από τη συνειδητή και όταν μιλά για τη σημασία της απουσίας της μνήμης αναφέρεται στη συνειδητή (Bion, 1970). Αυτό που προτείνει είναι ότι ο θεραπευτής, προκειμένου να ερμηνεύσει, οφείλει να βασίζεται σε όλα όσα διαμείβονται στο εδώ-και-τώρα της συνεδρίας και όχι σε άλλες πληροφορίες που μπορεί να έχει στο νου του, όπως αυτές από το ιστορικό του ασθενούς.

Μια άλλη πλευρά της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων – νηπίων που έχει να κάνει με την υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου και την προώθηση της ικανότητας για αναστοχασμό είναι η παρατήρηση. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης αυτής, ένας από τους τρόπους παρέμβασης των θεραπευτών είναι η λεπτομερής και διαφοροποιός παρατήρηση. Οι θεραπευτές παρατηρούν όλα όσα συμβαίνουν στην ομάδα, τις αλληλεπιδράσεις των μελών, τα συναισθήματα που διακινούνται ανάμεσα



τους. Προσπαθούν να κατανοήσουν τα νοήματα που κρύβονται πίσω από τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα τόσο των μελών, όσο και τα δικά τους.

Η ψυχαναλυτική παρατήρηση θεωρείται ότι είναι “ένας τρόπος να βλέπουμε με συναίσθημα και σκέψη” (Λιγνού, 2011: σ.31). Βασίζεται στην ενδοσκόπηση, στη δεκτικότητα του παρατηρητή, καθώς επίσης και στην ικανότητα του να στοχάζεται πάνω στην εμπειρία, διευκολύνοντας την προώθηση ψυχικών καταστάσεων που προάγουν την σκέψη (Λιγνού, 1999). Η σημασία της παρατήρησης στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι διαδεδομένη στη διεθνή βιβλιογραφία, με πρώτη την Esther Bick (1962) να αναφέρεται στη θεραπευτική της χρήση. Ξεκίνησε από την κλινική Tavistock τη δεκαετία του 1940, ως ένα βασικό εργαλείο για την ανάπτυξη της διαισθητικής ικανότητας του θεραπευτή όσο και της ικανότητάς του να αντέχει τα πρώιμα άγχη (Hansen, 2002).

Η θεραπευτική λειτουργία της παρατήρησης είναι πρωταρχικής σημασίας στα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα γονέων – βρεφών και νηπίων (Cramer, 2000; Λάγιου – Λιγνού, 2007). Επιπλέον και σε ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, όπως οι ομάδες Mindful Parenting, υποστηρίζεται ότι η παρατήρηση χρησιμοποιείται ως θεραπευτική μέθοδος (Reynolds 2003), καθώς η σιωπηλή κατανόηση μπορεί πολλές φορές να είναι εξαιρετικά θεραπευτική (Magagna, 2011). Μια άλλη διάσταση της θεραπευτικής λειτουργίας της παρατήρησης, είναι το ότι μέσω αυτής προάγεται και η δυνατότητα των γονιών να παρατηρούν τους ίδιους και τα παιδιά τους. (Miller, 1992). Η ενίσχυση της ικανότητας του θεραπευόμενου να παρατηρεί τον εαυτό του και να σκέφτεται για αυτόν, αποτελεί έναν από τους

πιο σημαντικούς στόχους και για τους σύγχρονους ψυχαναλυτές (Josephs, 2003).

Έχει μεγάλη σημασία οι θεραπευτές να βάζουν σε λόγια όλα όσα παρατηρούν και να τα μοιράζονται με τους θεραπευόμενους, προκειμένου να τους βοηθήσουν να αρχίσουν και εκείνοι να παρατηρούν, κυρίως ενδοψυχικές καταστάσεις, αλλά και να αναγνωρίζουν τις συνέπειες που έχει μια ενδεχόμενη συμπεριφορά σε κάποιον άλλο (π.χ. η σημασία που έχει για το παιδί η σχέση ανάμεσα στους γονείς του).

Επιπλέον μέσα στην ομάδα, με την παρουσία του θεραπευτή αλλά και των υπόλοιπων μελών, η κάθε μητέρα μπορεί να δει το παιδί της, τον εαυτό της στο ρόλο της μητέρας, αλλά και τη μεταξύ τους σχέση από διαφορετική σκοπιά, μέσα από τα μάτια, τα συναισθήματα και τις αναπαραστάσεις του θεραπευτή και των υπολοίπων μελών. Άλλωστε, μέσα στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής διαδικασίας και παρόντος του θεραπευτή, η κάθε μητέρα βλέπει και αντιμετωπίζει τα πράγματα διαφορετικά από ότι όταν είναι μόνη της (Stern, 1995).

Μια άλλη εξίσου σημαντική παράμετρος της ικανότητας αναστοχασμού, έχει να κάνει με την παροχή ψυχικού χώρου, ενός χώρου δηλαδή για ονειροπόληση και σκέψη. Σύμφωνα με τα ευρήματα της εργασίας αυτής, στις ομάδες γονέων – νηπίων, ένας κατεξοχήν σημαντικός τρόπος παρέμβασης είναι το να ενθαρρύνει ο θεραπευτής τους γονείς να σκέφτονται προκειμένου να κατανοούν το τι συμβαίνει και στη συνέχεια οι ίδιοι να μπορούν να το διαχειρίζονται. Το να ανακτήσουν (ή αποκτήσουν) οι γονείς την ικανότητα να σκέφτονται για το παιδί τους, τον εαυτό τους και για τη μεταξύ τους σχέση,

αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους πολλών ψυχοθεραπευτικών προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης (Λάγιου-Λιγνού, 2007).

Ο Bion υπογράμμισε τη σημασία του «σκέπτεσθαι», μιλώντας για τη λειτουργία Άλφα, η οποία αναφέρεται σε μια νοητική λειτουργία που επιτρέπει στις σκέψεις να γίνουν αντικείμενο σκέψης (Alvarez, 1988). Όπως χαρακτηριστικά πρότεινε: *«χρειάζεται να δημιουργηθεί η διεργασία του σκέπτεσθαι για να τα βγάλει κανείς πέρα με τις σκέψεις»* (Bion, 1962). Πέρα από τη νοητική λειτουργία του σκέπτεσθαι, είναι πολύ σημαντικό το να παρέχεται σε κάποιον η ευκαιρία να τον σκεφτεί και να τον κατανοήσει ένας φροντίζων σκεπτόμενος ενήλικας, ο οποίος να λειτουργεί ως περιέκτης (container), αφού μπορεί να σκεφτεί τις σκέψεις που χωρίς αυτόν δεν θα ήταν διαθέσιμες για σκέψη (Bion, 1962).

Η ικανότητα του να κατανοεί κανείς την ψυχονοητική κατάσταση, τόσο τη δική του όσο και των άλλων και να ερμηνεύει τις διαπροσωπικές συμπεριφορές με όρους ψυχονοητικών καταστάσεων, όπως είναι για παράδειγμα τα συναισθήματα, οι πεποιθήσεις, οι ανάγκες και τα κίνητρα, έχει ονομασθεί «εν-νόηση» (mentalization) (Fonagy & Target, 1997; Fonagy et al. 2002; Fonagy & Βρούβα, 2010).

Στοιχεία πολύ πρόσφατων ερευνών, που μελέτησαν το κατά πόσο οι ομάδες γονέων – νηπίων ενισχύουν την ικανότητα των γονέων για αναστοχασμό (reflective function), καταδεικνύουν ότι κατά μέσο όρο η ικανότητα αναστοχασμού των μητέρων αυξάνεται στο διάστημα που συμμετέχουν στην ομάδα. Μάλιστα ο βαθμός αυτής της αύξησης φάνηκε να συνδέεται με το χρόνο παραμονής τους στην ομάδα (Rivera, Asquith & Prutzel-Thomas, 2011).

Επιπλέον, πρόσφατα εμπειρικά δεδομένα για την εν-νόηση (menatlization), υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ανάπτυξη της ικανότητας για αναστοχασμό και στη δημιουργία ενός ασφαλούς δεσμού με τη μητέρα (Josephs, 2003). Κατ' επέκταση λοιπόν, με την ενίσχυση της ικανότητας αναστοχασμού στις ομάδες γονέων - νηπίων, αυξάνεται και η πιθανότητα δημιουργίας ασφαλούς δεσμού ανάμεσα στο γονιό και στο παιδί (Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy & Locker, 2005).

Τέλος, αναδείχθηκε η σημασία του να αναλαμβάνει ενίοτε ο θεραπευτής και μια παιγνιώδη κατά Winnicott (1971) ή προσποιητή στάση, με την έννοια του pretend mode που έχει περιγράψει ο Peter Fonagy και οι συνεργάτες του (Fonagy & Target, 1996b; Fonagy & Target, 2000), να έχει δηλαδή την ικανότητα να παίζει με την πραγματικότητα και να προσποιείται, όπως και να μπορεί να κάνει χρήση του χιούμορ. Το παιχνίδι και η ικανότητα που έχει κάποιος να παίζει είναι μια διαδικασία χωρίς ηλικία – δεν ανήκει δηλαδή κατ' αποκλειστικότητα στα παιδιά – και αποτελεί κατά κάποιο τρόπο, μια γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ της ψυχικής και της εξωτερικής πραγματικότητας (Σκλείδη, 2007). Άλλωστε η δημιουργικότητα στη ζωή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανότητα να παίζει κανείς με ιδέες και εμπειρίες, στον εσωτερικό του κόσμο (Lanyado, 1987).

Ο Winnicott από τη φύση του είχε μέσα του το παιχνίδι. Κάποτε είχε πει ότι δεν είναι άλλο παρά ένας κλόουν και ότι είχε επίγνωση του πόσο σημαντικό ήταν για τον ίδιο να έχει το παιχνίδι ως αντίδοτο στην αδυναμία που ένιωθε μπροστά στην πραγματικότητα (Green, 2005). Βέβαια, αναφορικά με την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, προκειμένου κάποιος να αποπειραθεί να διερευνήσει σκέψεις και συναισθήματα «παίζοντας», απαραίτητη προϋπόθεση

είναι το να έχει δημιουργηθεί ένα κλίμα διαπροσωπικής ασφάλειας (Σκλειδή, 2007).

Πέρα από τη σημασία που έχει το να μπορεί ένας θεραπευτής ομάδας γονέων – νηπίων να γίνεται «παιχνιδιάρης», ιδίως στην επαφή του με τα παιδιά, είναι εξίσου χρήσιμο και το να μπορεί να χρησιμοποιεί το χιούμορ. Είναι όμως σημαντικό να αναφερθεί ότι το χιούμορ δεν είναι μια εύκολη υπόθεση. Χρειάζεται να χρησιμοποιείται πολύ προσεκτικά και με ιδιαίτερη ευαισθησία, καθώς υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να υποκρύπτει μια συγκαλυμμένη ασυνείδητη επιθετικότητα από μέρους του θεραπευτή και να εκληφθεί (ορθά πιθανώς) από τον άλλο ως ειρωνεία (Ναυρίδης, 2005). Το χιούμορ περιλαμβάνει ούτως ή άλλως μια διάσταση που έχει να κάνει με την βαθύτερη ψυχική λειτουργία, καθώς αποτελεί μια μορφή μετουσίωσης επιθετικών και ερωτικών ενορμήσεων (Freud, 1905). Περιλαμβάνει όμως και μια άλλη διάσταση, περισσότερο σχεσιακή, καθώς προϋποθέτει τουλάχιστο δυο άτομα. Συνδέεται άμεσα με τη διαπροσωπική επικοινωνία, καθώς στο χιούμορ υπάρχει πάντα κάτι που έχει να κάνει με την συναισθηματική ατμόσφαιρα της δι-υποκειμενικής σχέσης στην οποία εγγράφεται (Ναυρίδης, 2005).

Μια τελευταία διάσταση που αναδείχθηκε αναφορικά με την υποστήριξη της σταθερότητας του πλαισίου, έχει να κάνει με τη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας. Είναι σημαντικό η ομάδα να μπορέσει να αισθανθεί πως οτιδήποτε και αν συμβεί, ο χώρος μπορεί να το αντέξει, να το επεξεργαστεί και να επιβιώσει από αυτό (Musitano & Rosenman, 2012). Οι θεραπευτές συχνά χρειάζεται να παρεμβαίνουν άμεσα, εκφράζοντας τη διαφωνία τους ή προκειμένου να αντιμετωπίσουν την επιθετικότητα των

νηπίων, εγγυώμενοι με τη στάση τους σε όλα τα μέλη, ότι η επιθετικότητα μπορεί να εμπεριεχθεί από την ομάδα (Zaphiriou Woods, 2011). Το πλαίσιο συνήθως δέχεται ισχυρές πιέσεις από την πλευρά των μελών της ομάδας, που ασυνείδητα προσπαθούν να το καταστρέψουν. Η σταθερή και εμπεριέχουσα μητρική λειτουργία της ομάδας, είναι σημαντικό να είναι συγχρόνως ευέλικτη και ανθεκτική, ικανή να δέχεται τις προβολές των μελών της ομάδας και να ανθίσταται σθεναρά στην καταστροφική τους επιθετικότητα.

Σύμφωνα με τον Winnicott σε κάθε ψυχοθεραπευτική σχέση, παίζεται ένα παιχνίδι επιβίωσης ανάμεσα στον θεραπευτή και στον θεραπευόμενο, που πηγάζει από την καταστροφικότητα ενός εκάστου, (Eigen, 2012). Όταν η καταστροφικότητα αυτή βρει την κατάλληλη ανταπόκριση, τότε ανοίγονται νέες δυνατότητες στη ζωή του ατόμου. Το ερώτημα που τίθεται είναι το κατά πόσο μπορούμε να επιβιώνουμε απέναντι στη ζωντάνια του άλλου, με δεδομένο ότι και η επιβίωση του άλλου προκαλεί στο υποκείμενο μεγάλη ανακούφιση (Eigen, 2012).

Συμπερασματικά, ως προς αυτή την πρώτη κατηγορία που έχει να κάνει με την υποστήριξη του θεραπευτικού πλαισίου, παρατηρούμε πως οι τρόποι παρέμβασης που εντάσσονται σε αυτή δεν είναι ενεργητικοί, ως επί το πλείστον, είναι όμως εξαιρετικά σημαντικοί. Και αυτό γιατί θα μπορούσε κανείς να τους συσχετίσει με τους λεγόμενους αδιευκρίνιστους παράγοντες (non-specific factors), οι οποίοι φαίνεται να υπεισέρχονται σε μεγάλο βαθμό στην έκβαση μιας θεραπευτικής παρέμβασης (Frank & Frank, 1991).

Με βάση τη βιβλιογραφία, στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται: η θεραπευτική διέγερση (affective arousal), το αίσθημα ότι ο θεραπευτής σε καταλαβαίνει, η δημιουργία ενός χώρου κατανόησης, το αίσθημα ότι ο

θεραπευτής είναι ειδήμονας, «το τελετουργικό» της θεραπευτικής διαδικασίας και η θεραπευτική συμμαχία (Busch & Milrod, 2010).

Μια δεύτερη κατηγορία παρεμβάσεων στοχεύει στην προαγωγή της ομαλής συναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου και στην αντιμετώπιση των αναγκών και των αναπτυξιακών επιτευγμάτων που το απασχολούν. Πιο συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις των θεραπειών αποσκοπούν στην ανεξαρτητοποίηση του νηπίου και στον αποχωρισμό του από τους γονείς, στην προαγωγή της ικανότητας του για παιχνίδι και στην εκμάθηση καταλληλότερων τρόπων έκφρασης και αντιμετώπισης των καταστάσεων που καλείται να αντιμετωπίσει.

Η υποστήριξη της συναισθηματικής ανάπτυξης των νηπίων, αποτελεί έναν από τους στόχους και σε άλλες αντίστοιχες ομάδες, όπως αυτές στο Κέντρο Pacella στη Νέα Υόρκη (Pacella Parent Child Center), (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006) και στο Κέντρο Hanna Perkins στο Κλήβελαντ των Η.Π.Α (Furman, 1992). Αντίστοιχα, και στο πρόγραμμα “Πράσινα Σπίτια” στο Παρίσι (Maisons Vertes) (Dolto, 1986), υποστηρίζεται ότι προωθούνται η κοινωνικοποίηση των παιδιών, καθώς και ο αποχωρισμός τους από τους γονείς.

Το κατεξοχήν βασικό αναπτυξιακό επίτευγμα αυτής της ηλικιακής περιόδου, όπως ήδη έχει αναφερθεί, είναι η ομαλή έκβαση της διαδικασίας του αποχωρισμού και της εξατομίκευσης. Με βάση τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, οι θεραπευτές προάγουν την ανεξαρτητοποίηση των νηπίων προσπαθώντας να τα παρακινήσουν να αναλαμβάνουν εκείνα όλο και περισσότερο την ευθύνη του σώματος τους. Στο Κέντρο Hanna Perkins, επίσης υποστηρίζουν ότι προωθούν την ανάπτυξη αίσθησης εαυτού στα

νήπια και ενθαρρύνουν τη αυτονομία τους, βάζοντας τα να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα του σώματος τους (φαγητό, πλύσιμο, τουαλέτα κλπ.) (Furman, 1992). Η σταδιακή αυτονόμηση του νηπίου είναι πολύ σημαντική, καθώς συμβάλλει στην ανάπτυξη του αισθήματος επάρκειας και αυτοκυριαρχίας του, προετοιμάζοντας το να μπορεί στη συνέχεια να λειτουργεί ανεξάρτητα, κάτι που είναι απαραίτητο για τη μετέπειτα πορεία του και την ένταξη του στο νηπιαγωγείο (Zaphiriou Woods, 2011).

Μια άλλη διάσταση της ανεξαρτητοποίησης του νηπίου έχει να κάνει με την εξατομίκευση της σκέψης του, η οποία επίσης προωθείται στις ομάδες γονέων - νηπίων. Οι θεραπευτές αναγνωρίζουν την αυτονομία του νου και των συναισθημάτων των νηπίων. Βάζουν σε λόγια τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των παιδιών βοηθώντας και τα ίδια να τα αναγνωρίζουν και να τα κατανοούν. Η εμπειρία ενός αξιόπιστου και σταθερού ενήλικα, ο οποίος σκέφτεται για τα συναισθήματα του παιδιού, που αναγνωρίζει ότι έχουν νόημα και προσπαθεί να τα κατανοήσει, το βοηθάει να μπορέσει να εσωτερικεύσει αυτές τις λειτουργίες προάγοντας την ικανότητα για σκέψη και παρατήρηση (Emanuel & Bradley, 2008). Κατά συνέπεια, ανακαλύπτοντας ότι ο εαυτός του αντανakλάται με σχετική ακρίβεια στη σκέψη κάποιου άλλου, το νήπιο αισθάνεται να είναι λιγότερο κατακλεισμένο από ενορμητικές ανάγκες και επιθυμίες, λιγότερο εκτός ελέγχου και μόνο του (Zaphiriou Woods, 2011).

Ένας πολύ σημαντικός τρόπος παρέμβασης των θεραπειών, όπως προκύπτει και μέσα από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, είναι η λεκτικοποίηση. Η λεκτικοποίηση συναισθημάτων και συμπεριφορών είναι από μόνη της ένα θεραπευτικό εργαλείο που χρησιμοποιείται κατά κόρον στη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπευτική διαδικασία και στις κλινικές εφαρμογές της,



είτε αυτές είναι είτε δεν είναι στην πράξη αμιγώς ψυχοθεραπευτικές (Sorensen, 2000; Barrows, 1997; Emanuel, 2002; Cramer, 2000; Baradon, 2002; Vallino, 2009; Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006; Λάγιου – Λιγνού, 2007, Salo, 2007; Emanuel & Bradley, 2008; Murphy, Zweifach & Hoffman, 2011; Zaphiriou Woods, 2011).

Η λεκτικοποίηση πραγματοποιείται σε διαφορετικά επίπεδα και αφορά τόσο στις αντιλήψεις για τον εξωτερικό κόσμο, όσο και στα συναισθήματα. Ενισχύει την ικανότητα του Εγώ να διαχωρίζει την πραγματικότητα από τις επιθυμίες και τις φαντασιώσεις, αλλά και να μπορεί να ελέγχει τα συναισθήματα και τις παρορμήσεις (Katan, 1961). Όταν ένα παιδί μπορεί να τα βάζει σε λόγια, τότε είναι σε θέση να τα επικοινωνεί καλύτερα στο περιβάλλον του, καθώς και να μη προβαίνει άμεσα σε πράξη αλλά να τα αντιμετωπίζει με έναν πιο διανοητικό τρόπο, προχωρώντας δηλαδή πέραν της αντανakλαστικής λειτουργίας που ακολουθεί τη διέγερση (Furman, 1978). Επιπλέον, μέσα από τη λεκτικοποίηση, το παιδί είναι σε θέση να δημιουργήσει και να οργανώσει καλύτερα τις αναπαραστάσεις του αναφορικά με τις συναισθηματικές του εμπειρίες (Fonagy et al., 1991), ενώ προωθείται σ' αυτό και η ανάπτυξη εννοιών και λεξιλογίου για τις σημαντικές εμπειρίες της ζωής του (Bucci, 2012).

Συνεπώς, όντας σε θέση ένα παιδί να εκφράζει τα συναισθήματα του λεκτικά, δεν κατακλύζεται από αυτά και καθίσταται σύμφωνα με τον Katan, (1961), πιο προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τη θύελλα των συναισθημάτων που του επιφυλάσσει στη συνέχεια η εμπλοκή στο οιδιπόδειο ψυχοσύμπλεγμα. Από το άλλο μέρος, αν δεν μάθει να βάζει σε λόγια τα συναισθήματα του, μπορεί να προκληθεί σ' αυτό μια κατάσταση κατά την

οποία θα υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στην ένταση και στην πολυπλοκότητα των συναισθημάτων του αφενός και στους τρόπους έκφρασής τους αφετέρου (Katan, 1961).

Μέσα από τη λεκτικοποίηση, προάγεται λοιπόν η ικανότητα του νηπίου να αυτο-ρυθμίζει (self-regulation) τα συναισθήματα του. Βοηθώντας τα μικρά παιδιά να αποκτήσουν την ικανότητα αυτο-ρύθμισης μέσα από μια αμοιβαία διαχείριση των συναισθημάτων τους, ένας συναισθηματικά διαθέσιμος θεραπευτής, μπορεί να επαναφέρει την ανάπτυξη τους στη φυσιολογική και υγιή της πορεία (Osofsky et al., 1995).

Παράλληλα, οι θεραπευτές προωθούν την ικανότητα των νηπίων για παιχνίδι, κάτι στο οποίο επίσης αποσκοπούν και άλλα παρεμφερή κλινικά πλαίσια. Για παράδειγμα στο πρόγραμμα ομάδων γονέων – νηπίων, που ακολουθεί το μοντέλο «ο ένας πλάι στον άλλο» (“side-by-side”) του Κέντρου Pacella στη Νέα Υόρκη, ο ρόλος κάποιων θεραπευτών είναι καθαρά το να παίζουν με τα παιδιά (Musitano & Rosenman, 2012). Γενικότερα στις ομάδες γονέων – νηπίων υπάρχουν πολλά παιχνίδια κατάλληλα για αυτές τις ηλικίες, τα οποία έχουν εξαιρετικά σημαντική λειτουργία. Συχνά μπορεί αναλαμβάνουν κάποιο συναισθηματικό βάρος, να λειτουργούν ως συνδέσεις για σημαντικές συναισθηματικές στιγμές ή μπορεί να χρησιμοποιούνται και ως εργαλεία που διευκολύνουν την κοινωνική συναναστροφή και ενδυναμώνουν το δεσμό (attachment) (Reynolds, 2003).

Το παιχνίδι σύμφωνα με τον Alvarez (1988), αποτελεί τη γέφυρα ανάμεσα στην ασυνείδητη φαντασία και στην πραγματικότητα. Το παιχνίδι αποτελεί έναν “παράδεισο” διερεύνησης της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, καθότι η αίσθηση της πραγματικότητας ή της φαντασίας του

παιδιού δεν επηρεάζεται ακόμα από την κυριολεξία των πραγμάτων (Joyce, 2005). Αποτελεί μια μορφή μετάθεσης, μέσα από την οποία τα παιδιά και οι θεραπευτές τους, αποδίδουν νοήματα και αναδεικνύουν νέους τρόπους κατανόησης των συναισθημάτων, των φαντασιώσεων και των εσωτερικών συγκρούσεων (Barrett, 2012). Βέβαια, απαραίτητη προϋπόθεση για να υπάρξει και να μπορέσει αυτό να αναπτυχθεί, είναι η ύπαρξη ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης (Zaphiriou Woods, 2011).

Σύμφωνα με τον Winnicott το παιχνίδι αποτελεί για το παιδί, το μέσο δια του οποίου το ίδιο βιώνει σταδιακά τον εαυτό του ως κάτι ξεχωριστό από τη μητέρα του, καθώς το παιχνίδι έχει την ιδιότητα να αναδεικνύει τους διαφορετικούς ψυχισμούς, τα διαφορετικά συναισθήματα και τις σκέψεις των δυο ή περισσότερων υποκειμένων που συμμετέχουν σ' αυτό (Zaphiriou Woods, 2011). Για να μπορέσει άλλωστε κανείς να αναγνωρίσει την εσωτερική του κατάσταση, πρέπει πρώτα να αρχίσει να αντιλαμβάνεται ότι και ο άλλος έχει μια δική του εσωτερική κατάσταση η οποία μπορεί να έχει ομοιότητες και διαφορές από τη δική του (Hart, 2008).

Παράλληλα, αναφορικά με τα νήπια, γίνεται προσπάθεια εκμάθησης κατάλληλων τρόπων συμπεριφοράς. Οι θεραπευτές στις ομάδες γονέων – νηπίων, βοηθούν τα νήπια να μάθουν να μοιράζονται, να περιμένουν τη σειρά τους, να διαχειρίζονται την επιθετικότητα τους (Zaphiriou Woods, 2011).

Οι τρόποι παρέμβασης που εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία αφορούν στην Αναπτυξιακή Θεραπεία (Developmental Therapy<sup>10</sup>), η οποία αποτελεί τη βάση της κλινικής εργασίας των ομάδων γονέων – νηπίων του

---

<sup>10</sup>Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, αναφέρεται στη βιβλιογραφία με διαφορετικούς αλλά παραπλήσιους όρους: αναπτυξιακή βοήθεια (developmental help) (Freud, 1978), αναπτυξιακή θεραπεία (developmental therapy) (Hurry, 1998), ψυχοδυναμική αναπτυξιακή ψυχοθεραπεία (psychodynamic developmental psychotherapy) (Fonagy & Target, 1996a).

Anna Freud Centre (Zaphiriou Woods, 2011). Οι στόχοι της Αναπτυξιακής Θεραπείας είναι: η προαγωγή της ανάπτυξης του παιδιού και της ικανότητας του για παιχνίδι, η ελάττωση του άγχους που αισθάνεται, καθώς επίσης και το να βάζει σε λόγια τα συναισθήματα του και να μπορεί να ελέγχει τις παρορμήσεις του (Hurry, 1998). Οι τεχνικές που ακολουθεί περιλαμβάνουν τη λεκτικοποίηση συναισθημάτων, τη διευκρίνιση αιτίων και συνεπειών, καθώς επίσης και την προώθηση του «σκέπτεσθαι» προκειμένου να μπορεί να κατανοεί κανείς και να διαχειρίζεται τη συμπεριφορά των άλλων και τη δική του.

Όπως προέκυψε μέσα από τα ευρήματα της έρευνας, μια τρίτη κατηγορία παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται ευρύτατα στις ομάδες γονέων – νηπίων αφορά τους γονείς. Εδώ οι τρόποι παρέμβασης χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες: την παροχή φροντίδας στο γονιό, την ενδυνάμωση της γονεϊκής του επάρκειας και την ερμηνευτική λειτουργία. Στην κλινική πρακτική βέβαια, αυτές οι τρεις υποκατηγορίες δεν είναι αμοιβαία στεγανοποιημένες και αλληλο-αποκλειόμενες, αλλά αλληλο-επικαλυπτόμενες και εξαρτάται από τον θεραπευτή ποιό συνδυασμό των τριών – θεωρητικά διαφορετικών – τρόπων θα ακολουθήσει.

Οι θεραπευτές φροντίζουν τους γονείς, τους αποδέχονται έτσι όπως πραγματικά είναι, τους κατανοούν και τους εμπειρέχουν, ενώ παράλληλα τους στηρίζουν τόσο εντός όσο και εκτός ομάδας. Αυτή η λειτουργία της ομάδας είναι ιδιαίτερος σημαντική, καθώς αναγνωρίζεται γενικότερα ως ένας καθοριστικός παράγοντας για μια επιτυχημένη θεραπευτική συνεργασία, (Stith, Rosen, Mc Collum, Coleman & Herman, 1996; Strickland – Clarke, Campbell & Dallos, 2000). Την άποψη αυτή ενισχύει ακόμα περισσότερο η

διαπίστωση ότι φροντίζοντας ένα γονιό μπορεί και εκείνος στη συνέχεια να φροντίσει το παιδί του (Bowlby, 1989; Musitano & Rosenman, 2012). Όπως αναφέρουν οι θεραπευτές του Κέντρου Pacella στη Νέα Υόρκη, εμπειριώντας τα άγχη και τις αγωνίες των γονιών, καθιστούν και εκείνους με τη σειρά τους ικανούς να εμπειριούν τα άγχη των παιδιών τους (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Η φροντίδα και η υποστήριξη των γονιών είναι σε πρώτη προτεραιότητα γενικά στα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης (Baradon, 2002; Dolto, 1986; De Rouvray & Gangt, 2005). Οι γονείς και ιδιαιτέρως οι νέες μητέρες επιζητούν την υποστήριξη και την καθοδήγηση από κάποιον ο οποίος είναι ψυχικά διαθέσιμος και δεν είναι επικριτικός απέναντί τους, κάτι σαν μια φιγούρα «καλής γιαγιάς» (Stern, 1995; Hoffman, 2003, 2004). Στις ομάδες γονέων – νηπίων, οι θεραπευτές ακούν με προσοχή και συμπάθεια τους γονείς, κάνοντας τους να αισθάνονται ότι έχουν ακουστεί, κατανοηθεί και ότι είναι αποδεκτοί (Zaphiriou Woods, 2011).

Η Furman (1994), έχει αναφερθεί εκτενώς στο πόσο πολύ οι μητέρες εκτιμούν και έχουν ανάγκη από κάποιο άτομο που τις καταλαβαίνει και τις εμπειριεί. Αντίστοιχα και ο Stern έχει μιλήσει διεξοδικά για την ανάγκη που έχουν οι μητέρες για «κράτημα» (holding). Για υποστήριξη ως προς το γονεϊκό τους ρόλο, αλλά και για αναγνώριση της επάρκειάς τους σε σχέση με αυτόν από μια μητρική φιγούρα. Όταν μάλιστα αυτό επιτευχθεί τότε «οι μητρικές λειτουργίες απελευθερώνονται ή ανακαλύπτονται και ενισχύονται περαιτέρω» (1995: σελ. 188).

Είναι γεγονός, όπως προκύπτει και από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, ότι στις ομάδες γονέων - νηπίων καταβάλλεται σαφής προσπάθεια

για ενδυνάμωση της γονεϊκής επάρκειας των συνοδών των νηπίων. Κατά βάση οι γονείς ενθαρρύνονται να αναλαμβάνουν το ρόλο τους, με τους θεραπευτές να προσφέρουν τον εαυτό τους ως στήριξη και όχι ως πλήρη γονεϊκά υποκατάστατά τους. Παρ' όλα αυτά, ένας θεραπευτής χρειάζεται κάποιες φορές να λειτουργεί αντί του γονιού. Κάτι τέτοιο συμβαίνει όταν επικρατεί μια έκρυθμη κατάσταση, η οποία κινδυνεύει να βγει εκτός ελέγχου ή όταν αισθανθούν οι θεραπευτές ότι οι γονείς χρειάζονται λίγο χρόνο για τον εαυτό τους ή προκειμένου να τους δείξουν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης διάφορων καταστάσεων. Για παράδειγμα, μέσα από τη συμπεριφορά τους και το πώς εκείνοι μιλάνε στα παιδιά, οι θεραπευτές δείχνουν στους γονείς ποιος μπορεί να είναι ένας καταλληλότερος τρόπος να μιλάει κανείς σε παιδιά αυτής της ηλικίας (Musitano & Rosenman, 2012).

Επιπλέον, η ενδυνάμωση της γονεϊκής επάρκειας επιτυγχάνεται και μέσα από τη συζήτηση. Οι θεραπευτές συζητούν με τους γονείς για όλα όσα τους απασχολούν, αναλαμβάνοντας ένα ρόλο συμβουλευτικό, ενώ η συζήτηση αυτή έχει κάποιες στιγμές και ένα πιο διδακτικό χαρακτήρα. Η δυνατότητα που παρέχεται στους γονείς να μοιράζονται τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς και τα συναισθήματα τους για το ρόλο τους ως γονείς, αλλά και γενικότερα γύρω από τη γονεϊκότητα, υπογραμμίζεται και από άλλα συναφή προγράμματα, όπως του Κέντρου Pacella στη Νέα Υόρκη (Musitano & Rosenman, 2012). Συχνά, πίσω από αυτές τις συζητήσεις βρίσκονται μη εκφρασμένες αρνητικές αξιολογήσεις των μητέρων για τον εαυτό τους ως προς την εκπλήρωση του μητρικού τους ρόλου, καθώς και ανομολόγητες επιθυμίες ή ανησυχίες τους αναφορικά με το παιδί τους (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Από το άλλο μέρος οι θεραπευτές αναλαμβάνουν και έναν ερμηνευτικό ρόλο. Η αμιγώς ερμηνευτική λειτουργία είναι αμφιλεγόμενη στις ομάδες αυτές και πάντως δεν είναι κάτι που γίνεται κατά κόρον, απεναντίας γίνεται με φειδώ και ιδιαίτερη προσοχή. Από το ένα μέρος, οι ομάδες γονέων - νηπίων στοχεύουν στη δημιουργία και διατήρηση ενός ‘εσωτερικού αναλυτικού πλαισίου’ (internal analytic setting) (Parsons, 2007), δίνοντας νόημα στις ασυνείδητες επικοινωνίες και στα έντονα μεταβιβαστικά και αντι-μεταβιβαστικά συναισθήματα που διακινούνται.

Κατά συνέπεια, μερικές από τις θεραπευτικές αλλαγές στις οποίες αποσκοπεί η κλινική εργασία στις ομάδες γονέων – νηπίων, όπως και σε μια ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, περνούν μέσα από και συνδέονται άρρηκτα με μια διαδικασία αναζήτησης νοήματος, μια διαδικασία, κατά την οποία το υποκείμενο καλείται να αναγνωρίσει και να γνωρίσει καλύτερα τον εσωτερικό του κόσμο, τις επιθυμίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, τις ψυχικές του συγκρούσεις, τον τρόπο με τον οποίο συνηθίζει να συνδέεται ή αποφεύγει να συνδέεται με τους άλλους (Ναυρίδης, 2012).

Από τις πρώτες κι όλα ανακαλύψεις του Breuer και του Freud σχετικά με την τραυματική προέλευση των υστερικών συμπτωμάτων μέχρι σήμερα, η κεντρική ιδέα που στηρίζει θεωρητικά και κλινικά ολόκληρο το ψυχαναλυτικό οικοδόμημα της ψυχανάλυσης, ως *talking cure*, είναι ότι αυτό που αρρωσταίνει ψυχικά τους ανθρώπους, αυτό που δημιουργεί το σύμπτωμα, δεν είναι άλλο από το αδιανόητο, εκείνο που στα υποκείμενα δεν κάνει νόημα (Ναυρίδης, 2012). Η ίδια η κουλτούρα άλλωστε προσθέτει νόημα στις ανθρώπινες πράξεις, αφού τις διαποτίζει με κοινωνικό-πολιτισμικής

προελεύσεως συνειδητά κίνητρα. Το ιδιαίτερο αυτό ερμηνευτικό σύστημα, ενεργοποιείται από την ώρα της γέννησης (Bruner, 1986).

Από το άλλο όμως μέρος, τα μέλη της ομάδας δεν αντιμετωπίζονται ως θεραπευόμενοι ή αναλυόμενοι, γι' αυτό και οι θεραπευτές σπανίως κάνουν ερμηνείες (Zaphiriou Woods, 2011). Αντιθέτως σε αμιγώς θεραπευτικά μοντέλα ψυχοθεραπείας γονιού – βρέφους ή νηπίου, ερμηνείες μπορεί να γίνονται από την πρώτη κιόλας συνεδρία (Cramer, 2000). Και πάλι όμως, αυτό που ως επί το πλείστον γίνεται είναι συνδέσεις ανάμεσα στην εσωτερική και στην εξωτερική πραγματικότητα και όχι με τη στενή έννοια ερμηνείες, ιδίως ασυνείδητων φαντασιώσεων (Sorensen, 2000; Barrows, 1997). Η ίδια στάση υιοθετείται και από άλλα αντίστοιχα ομαδικά προγράμματα για γονείς με βρέφη και νήπια, στο πλαίσιο των οποίων, όπως υποστηρίζεται, οι γονείς επωφελούνται της εκλεκτικής ψυχαναλυτικής κατανόησης που τους προσφέρουν οι θεραπευτές, οι οποίοι όμως δεν παρέχουν κάποιου είδους θεραπεία στους συμμετέχοντες (Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006).

Η τέταρτη κατηγορία παρεμβάσεων που αναδείχθηκε μέσα από την έρευνα, αφορά στην υποστήριξη της σχέσης γονιού-νηπίου. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από αυτές τις παρεμβάσεις διευκολύνεται η αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων ανάμεσα στο γονιό και στο παιδί, προωθείται η μεταξύ τους αλληλεπίδραση αλλά και ο σταδιακός αποχωρισμός, ενώ παράλληλα γίνεται προσπάθεια αποκατάστασης των διαστρεβλώσεων που τυχόν υπάρχουν στη σχέση τους.

Η σχέση του γονιού με το βρέφος ή το νήπιο και η προαγωγή της επικοινωνίας και της σύνδεσης ανάμεσα τους, βρίσκεται στο επίκεντρο και άλλων ψυχοθεραπευτικών προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης (Cramer,



2000; Baradon, 2002; Vallino, 2009; Λάγιου – Λιγνού, 2007, Salo, 2007; Emanuel & Bradley, 2008). Όπως συγκεκριμένα αναφέρεται, η θεραπεία τοποθετεί στο επίκεντρο τη σχέση αναγνωρίζοντας την ανάγκη να κατανοηθούν και να νοηματοδοτηθούν τα συναισθήματα που το βρέφος (ή το νήπιο) προκαλεί και αναμοχλεύει στο γονιό, αλλά και αντίστροφα (Baradon, 2002), σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι πρώιμες δυσκολίες αυτής της σχέσης (Fraiberg, 1980).

Και σε άλλα όμως ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης η σχέση γονιού – νηπίου υποστηρίζεται σθεναρά από τους θεραπευτές (Furman, 1992; De Rouvray & Gangt, 2005; Hoffman, Nachman & Rosenman, 2006). Στις ομάδες γονέων – νηπίων, ένα μεγάλο μέρος των παρεμβάσεων των θεραπευτών στοχεύουν στο να γίνεται καλύτερη αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων από το γονιό στο παιδί, όπως και αντίστροφα, από το παιδί στο γονιό. Οι γονείς ενθαρρύνονται να παρατηρούν τα παιδιά τους και να αρχίσουν να σκέφτονται τα νοήματα που υπάρχουν στη συμπεριφορά τους (Zaphiriou Woods, 2011).

Με βάση τα ευρήματα της ερευνητικής αυτής εργασίας προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων από το γονιό στο παιδί και αντίστροφα, ο θεραπευτής βάζει σε λόγια συμπεριφορές, συναισθήματα και όποια άλλη ανείπωτη επικοινωνία υπάρχει από τον έναν στον άλλο. Αυτό που ουσιαστικά κάνουν οι θεραπευτές είναι να προωθούν την αποτελεσματική επικοινωνία από πλευράς των νηπίων και την ευαίσθητη ανταπόκριση των γονιών τους (Zaphiriou Woods, 2011).

Μια δεύτερη παράμετρος αναφορικά με τη σχέση γονιού – νηπίου, είναι η προαγωγή της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο γονιό και νήπιο. Οι

θεραπευτές, προσπαθούν να φέρουν κοντά το γονιό με το παιδί, προτρέποντας για παράδειγμα τους γονείς να συμμετέχουν στο παιχνίδι των παιδιών τους και άρα να επικοινωνούν μαζί τους σε ένα πιο συμβολικό και αναπαραστατικό επίπεδο (Zaphiriou Woods, 2011). Από το άλλο μέρος εξίσου σημαντική για τη σχέση τους είναι η προώθηση του αποχωρισμού ανάμεσα στο νήπιο και στους γονείς τους.

Κατ' αρχάς, ως πλαίσιο και μόνο η ομάδα γονέων – νηπίων προάγει τον αποχωρισμό, υπό την έννοια ότι ο αποχωρισμός είναι κάτι που συμβαίνει σε αυτή σε εβδομαδιαία βάση, δεδομένου ότι κάθε συνεδρία έχει και ένα τέλος (Zaphiriou Woods, 2011). Μέσα στην ομάδα γονείς και νήπια δοκιμάζουν την εμπειρία της σύνδεσης και της απο-σύνδεσης σε σχέση με τον άλλο, αλλά και με τα πράγματα, συμμετέχοντας σε κάτι που από τη μια συνεδρία στην άλλη μπορεί να διακόπτεται και να αποκαθίσταται εκ νέου, χωρίς η απώλεια να είναι οριστική και χωρίς να επέρχεται η καταστροφή και ο θάνατος (Navridi, Navridis & Midgley, 2012).

Ένας από τους στόχους της ομάδας γονέων - νηπίων είναι και το να οδηγηθούν οι συμμετέχοντες, μέσα ακριβώς από την εργασία που γίνεται, σε μια βαθμιαία εσωτερίκευση των σχέσεων που δημιουργούνται με την εξωτερική ομάδα. Η εσωτερίκευση αυτή βοηθά στην αλλαγή της εσωτερικής σχέσης νηπίου-γονιού, προάγοντας τη διαδικασία της ανάπτυξης και του αποχωρισμού – εξατομίκευσης (Navridi, Navridis & Midgley, 2012). Ένας άλλος τρόπος μέσα από τον οποίο προάγεται ο αποχωρισμός, είναι το να ενθαρρύνονται οι γονείς να στέκονται δίπλα στα παιδιά τους για να τα «καμαρώνουν» ώστε σταδιακά να τους επιτρέψουν να απομακρυνθούν από κοντά τους (Zaphiriou Woods, 2011).

Κατά μία έννοια είναι σαν η ομάδα να γίνεται το τρίτο στοιχείο στη σχέση του γονιού με το παιδί του, ο χώρος που παρεμβάλλεται ανάμεσα τους. Αυτός ο μεταξύ τους ενδιάμεσος χώρος ορίζει την ασυνέχεια τους και τους ξεχωρίζει, ενώ θα μπορούσε να παρομοιαστεί και σαν γέφυρα, η οποία κρατά τα δυο μέρη ενωμένα από απόσταση, εμποδίζοντας τη συγχώνευση και επιτυγχάνοντας τη σύνδεση τους μέσα στη διαφορετική τους ύπαρξη (Λάγιου-Λιγνού, 2008).

Και σε άλλα ομαδικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, υπογραμμίζεται επίσης η σημασία της προαγωγής του αποχωρισμού ανάμεσα στα νήπια και στους γονείς τους. Μάλιστα τη δυνατότητα αποχωρισμού που προσφέρει η ομάδα γονέων – νηπίων του Κέντρου Pacella στα ζεύγη μέλη της, μέσα από την όλη διάταξη στο χώρο και την αυξημένη αναλογία των θεραπειών, την αποκαλούν «απαλό αποχωρισμό» (“soft separation”). Επιπλέον, οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι η συγκεκριμένη διάταξη επιτρέπει στα μέλη-ζεύγη και ιδιαίτερα στα νήπια να εξερευνήσουν αντικείμενα και να απασχοληθούν με αυτά, όντας σε μια ασφαλή απόσταση το ένα από το άλλο (Musitano & Rosenman, 2012).

Τέλος μια τρίτη διάσταση αυτής της κατηγορίας παρεμβάσεων αφορά στην αποκατάσταση των διαστρεβλώσεων στη σχέση και την ‘απαλλαγή’ της τρόπον τινά από τις όποιες προβολές. Στις ομάδες γονέων – νηπίων οι θεραπευτές προσπαθούν να απελευθερώσουν τη σχέση γονιού-νηπίου από τις επιρροές άλλων άλυτων σχέσεων του παιδικού παρελθόντος των γονιών, ώστε να μπορέσουν να γίνουν οι ίδιοι πιο δεκτικοί και προστατευτικοί απέναντι στα παιδιά τους (Barrows, 2008; Zaphiriou Woods, 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η προσπάθεια των θεραπευτών να μιλούν στους γονείς για τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, προσπαθώντας να τους βοηθήσουν να αναλογίζονται τη συναισθηματική, γνωστική και σωματική κατάσταση των νηπίων σε συνάρτηση με την ηλικία τους (Zaphiriou Woods, 2011; Musitano & Rosenman, 2012). Επιτυγχάνοντας για παράδειγμα, να βοηθήσουν τους γονείς να μην παίρνουν προσωπικά την επιθετικότητα του νηπίου τους, είναι σαν να τους απελευθερώνουν ώστε να μπορέσουν οι ίδιοι να βοηθήσουν με τη σειρά τους το παιδί τους να βρει εναλλακτικούς τρόπους να την εκφράζει (Stoker, 2011).

Γενικότερα, αναφορικά με την ψυχική υγεία των βρεφών και των νηπίων, μέρος του ρόλου του θεραπευτή είναι και να διασαφηνίζει τη φύση των “φαντασμάτων” που καταδιώκουν το μικρό παιδί και να αναδεικνύει την προέλευση τους. Ο απώτερος θεραπευτικός στόχος, είναι να αποσυνδεθούν οι συγκρουσιακές σχέσεις ή οι απωθημένες επιθυμίες της παιδικής ηλικίας του γονιού (οι αναπαραστάσεις δηλαδή του παιδικού του παρελθόντος), από τις πραγματικότητες του παρόντος και τη σχέση του με το παιδί (Hopkins, 1992; Cramer, 2000).

Η τελευταία κατηγορία των τρόπων παρέμβασης που αναδείχθηκαν μέσα από την έρευνα, αφορά στην ομάδα και στην προώθηση της ενδο-ομαδικής αλληλεπίδρασης. Με τον όρο αυτό εννοούμε δυο πράγματα, την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, αλλά και την ομάδα ως όλον.

Οι θεραπευτές προσπαθούν να προωθήσουν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, με το να τα βοηθάνε (όταν πρόκειται για νεαρά μέλη) να μάθουν να μοιράζονται, να παίζουν μαζί κ.α. Παράλληλα προσπαθούν να φέρουν κοντά και τους γονείς, βοηθώντας τους να

μοιραστούν τις ανησυχίες τους και να συζητήσουν μαζί για όλα αυτά τα θέματα που από κοινού τους απασχολούν, κάτι που επίσης αναφέρεται και για άλλα προγράμματα, (Musitano & Rosenman, 2012). Το να ενθαρρύνεται η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, ώστε να μοιράζονται μεταξύ τους τα θέματα που τους απασχολούν και να μαθαίνουν ο ένας από τον άλλο, είναι εξαιρετικά σημαντικό, προκειμένου να νιώσουν ότι υπάρχουν και άλλοι με τις ίδιες ανησυχίες και άρα να αισθάνονται λιγότερο μόνοι (James, 2005).

Από το άλλο μέρος, όσον αφορά στην ομάδα ως όλον, κάποιες από τις παρεμβάσεις των θεραπειών στοχεύουν στη συγκρότηση και στο δέσιμο της ομάδας. Με βάση την ψυχαναλυτική ομαδική ψυχοθεραπεία, για να υπάρξει μια ομάδα, πρέπει πρώτα να τη φαντασιωθούν τα μέλη της ως μια ιδεατή ανθρώπινη ενότητα που να τα εμπεριέχει (Anzieu, 1975). Και έχει ενδιαφέρον που ο S.H. Foulkes (1964) αποκάλεσε τον βαθύτερο ψυχολογικό ιστό αυτής της ανθρώπινης ομαδικής ενότητας «ομαδική μήτρα», χρησιμοποιώντας δηλαδή έναν όρο που παραπέμπει στη διαδικασία της κύησης. Με άλλα λόγια, η ιδρυτική προϋπόθεση κάθε ομάδας δεν είναι άλλη από την ανάγκη ενός ανθρώπινου συνόλου να αποτελέσει ένα σώμα.

Στις ομάδες γονέων – νηπίων, οι θεραπευτές συχνά παρεμβαίνουν με στόχο τη συγκρότηση και το δέσιμο της ομάδας, ιδίως το πρώτο διάστημα. Επιπλέον, συχνά ανοίγουν σε ολόκληρη την ομάδα κάποιο θέμα για συζήτηση, το οποίο θεωρούν ότι στη συγκεκριμένη φάση απασχολεί την πλειονότητα των μελών της ομάδας. Από το άλλο μέρος, κάποιες φορές μπορεί οι θεραπευτές να κάνουν ορισμένα σχόλια, με έναν πιο ομαδικό ερμηνευτικό τρόπο, αναφερόμενοι στα όσα συμβαίνουν στην ομάδα την κάθε στιγμή και στις συνέπειες που αυτά μπορεί να έχουν στην παρούσα ψυχική

κατάσταση της ομάδας, αναφέρονται δηλαδή στο άμεσο συναισθηματικό ομαδικό παρόν (Ναυρίδης, 2005). Άλλωστε, σύμφωνα με τον René Kaës (1976), η ομάδα η ίδια, κατ' αναλογία προς το ατομικό ψυχικό όργανο που πρώτος περιέγραψε ο Freud, αποτελεί ένα ιδιότυπο όργανο συνδέσεων και μεταλλαγών των ψυχισμών των μελών της, καθώς και μια συλλογική και δι-υποκειμενική ψυχική πραγματικότητα την οποία μοιράζονται από κοινού οι συμμετέχοντες.

## **6.2 Κριτήρια επιλογής των τρόπων παρέμβασης**

Η δεύτερη συνιστώσα των τρόπων παρέμβασης που μελετήθηκε είναι τα κριτήρια στα οποία βασίζεται ένας θεραπευτής προκειμένου να επιλέξει τον τρόπο παρέμβασης που θα χρησιμοποιήσει. Όπως ήδη έχει ειπωθεί, πρόκειται για μια πολύ «λεπτή» και ιδιαίτερη διαδικασία, κατά την οποία ο θεραπευτής λειτουργεί κυρίως διαισθητικά και όχι αποκλειστικά συνειδητά και προμελετημένα.

Τα κριτήρια επιλογής του τρόπου παρέμβασης διακρίθηκαν σε πέντε κατηγορίες, η πρώτη από τις οποίες έχει να κάνει με τη συγκεκριμένη κάθε φορά χρονική συγκυρία. Μιλώντας για συγκυρία αναφερόμαστε τόσο στο συμβάν αυτό κάθε αυτό, όσο και στα συναισθήματα που διακινούνται στο θεραπευτή.

Τα μεταβιβαστικά και αντι-μεταβιβαστικά συναισθήματα που δημιουργούνται, αν και δεν ερμηνεύονται με τον τρόπο που γίνεται στις αμιγώς ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες ψυχαναλυτικής εμπνεύσεως, εν τούτοις κατευθύνουν τη στάση και τη δράση των θεραπευτών. Από το άλλο μέρος, το ίδιο το συμβάν επίσης καθορίζει τη στάση και τον τρόπο λειτουργίας του

θεραπευτή, ο οποίος για παράδειγμα παρεμβαίνει οπωσδήποτε όταν μια κατάσταση κινδυνεύει να βγει εκτός ελέγχου.

Βέβαια, οι μεταβιβάσεις στην ομάδα δεν εκδηλώνονται με τον ίδιο τρόπο που εκδηλώνονται στο δυαδικό ψυχαναλυτικό περιβάλλον, κλασσικό ή τροποποιημένο. Κατ' αρχάς δεν κατευθύνονται μόνο – ούτε πάντα – στο πρόσωπο ή στα πρόσωπα του/των θεραπευτή/ών αλλά *περιθλώνται* (diffraction), σύμφωνα με τον Kaës (2007), στο σύνολο των μελών της ομάδας όσο και στην ομάδα ως σύνολο. Οι ομάδες νηπίων έχουν επιπρόσθετα το χαρακτηριστικό να μην αποτελούνται από ατομικά αλλά από δυαδικά μέλη, από ζεύγη δηλαδή γονέων-νηπίων, γεγονός που καθιστά το παιχνίδι των ομαδικών μεταβιβάσεων/αντι-μεταβιβάσεων ακόμα πιο περίπλοκο (Navridi, Navridis & Midgley, 2012).

Δεν είναι σπάνιες εξάλλου οι περιπτώσεις – και οι συν-θεραπευτές των ομάδων γονέων-νηπίων το γνωρίζουν αυτό καλά από την επαγγελματική τους εμπειρία με αυτού του είδους τις ομάδες – οι μεταβιβάσεις της ομάδας πάνω σ' αυτούς να μην είναι ενιαίες και συγκλίνουσες, αλλά να τους διαφοροποιούν, προκαλώντας τους μάλιστα δύσκολα πολλές φορές να αντιμετωπιστούν (ακόμα πιο δύσκολο δε να τα μοιράζονται) όσο και επώδυνα συναισθήματα ανταγωνισμού, υποτίμησης του άλλου, ζήλιας και φθόνου.

Συνακόλουθα, είναι πολύ σημαντικό να μπορούν να συναντώνται τακτικά οι συν-θεραπευτές στο περιθώριο των ομαδικών συνεδριών (με την παρουσία και των παρατηρητών, όταν υπάρχουν) και να συζητούν ελεύθερα και σε βάθος όλα αυτά τα συναισθήματα, αναγνωρίζοντάς-τα ως κατεξοχήν αντι-μεταβιβαστικά, ως συναισθήματα δηλαδή που τους προκαλούνται ασυνείδητα μέσα από την επικοινωνία τους με την ομάδα. Η διεργασία αυτή

καθιερώθηκε από τον Kaës (op. cit.) να ονομάζεται *ανάλυση της δια-μεταβίβασης* ή *δια-μεταβιβαστική ανάλυση* και αποτελεί τη βασιλική οδό για την κατανόηση από μέρους των θεραπευτών της *περιθλασμένης* ομαδικής μεταβίβασης. Η εποπτεία μπορεί να είναι πολύ βοηθητική προς αυτή την κατεύθυνση (Ναυρίδης, 2005).

Η δεύτερη κατηγορία κριτηρίων αφορά στο γονιό και στη σχέση που αναπτύσσει με τον κάθε θεραπευτή. Η παρατήρηση ότι οι τεχνικές που ακολουθεί ένας θεραπευτής εξαρτώνται κυρίως από το ποιον έχει απέναντι του συναντάται κατά κόρον στη διεθνή βιβλιογραφία. Η ίδια η Anna Freud (1965) είχε υποστηρίξει, ότι η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου, δεν εξαρτάται τόσο από τον ψυχοθεραπευτή όσο από τους ασθενείς του. Ή όπως υποστηρίζει ο Perron, διαφορετικοί ασθενείς υπαγορεύουν διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους (Perron, 2006). Η τεχνική λοιπόν θα πρέπει ιδανικά να προσαρμόζεται στις εκάστοτε υποκειμενικές ανάγκες της κλινικής εργασίας, επιδεχόμενη τις απαραίτητες μετατροπές και παρεκκλίσεις, όπου και όταν αυτές υπαγορεύονται από τις διαφορετικές ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες κάποιων ασθενών (Thoma & Kachele, 1987; Bromberg, 2012).

Πέρα από την ιδιοσυγκρασία του θεραπευόμενου, η σχέση θεραπευόμενου – θεραπευτή και το πόσο ταιριάζουν μεταξύ τους, θεωρείται επίσης καίρια για την έκβαση μιας θεραπείας (Kantrowitz, 1993). Κάθε θεραπευτική συνεργασία έχει ένα μοναδικό μοτίβο αλληλεπίδρασης και αυτά τα μοτίβα συνδέονται με την πρόοδο της κλινικής εργασίας (Jimenez, 2007:σελ. 668). Μάλιστα, τίθεται το ερώτημα κατά πόσον η ίδια η θεραπευτική συμμαχία είναι θεραπευτική ή αν η σχέση είναι που διαμορφώνει το



διαπροσωπικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο αναδύονται και ενεργοποιούνται άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες (Horvath, 2005).

Η τρίτη κατηγορία έχει να κάνει με το νήπιο και τη σχέση του με τους θεραπευτές. Οι θεραπευτές αναφέρονται στην ηλικία του νηπίου, στο προσωπικό του ταμπραμέντο και στις ιδιαίτερες ανάγκες του, υποστηρίζοντας ότι όλα αυτά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο κάθε φορά παρεμβαίνουν.

Όσον αφορά στη σχέση τους μαζί του, σε αυτήν αναφέρεται ένα μόνο θεραπευτής, εν αντιθέσει με τη σχέση γονιού – θεραπευτή, για την οποία κάνουν σχόλια οι περισσότεροι. Παρ' όλο λοιπόν που δεν αναγνωρίζεται η σημασία της σχέσης θεραπευτή – νηπίου, ως καθοριστικής σημασίας για τη στάση που θα τηρήσει και τους τρόπους με τους οποίους θα παρέμβει ένας θεραπευτής, εντούτοις σύμφωνα με την αναπτυξιακή θεραπεία, η αλλαγή προάγεται μέσα από τη σχέση του θεραπευτή με το παιδί. Με βάση την προσέγγιση της αναπτυξιακής θεραπείας, ο θεραπευτής λειτουργεί όχι μόνο ως αντικείμενο μεταβίβασης, αλλά και ως νέο πραγματικό αντικείμενο. Ο ίδιος, με άλλα λόγια, προάγει την αλλαγή μέσα από τη σχέση του με το παιδί, προσφέροντας του ταυτόχρονα και μια επανορθωτική συναισθηματική εμπειρία (“corrective emotional experience”) (Freud, 1968).

Αντίστοιχα, μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αν και σ' αυτήν αναφέρεται πολύ λιγότερο η σχέση θεραπευτή – παιδιού, ως παράγων που επηρεάζει τη στάση του θεραπευτή, παρ' όλα αυτά αναγνωρίζεται η σημασία μιας λειτουργικά αποδοτικής σχέσης με το παιδί, βασισμένης στη θεραπευτική συμμαχία (Maenchen, 1970).

Η τέταρτη κατηγορία έχει να κάνει με την ομάδα και συγκεκριμένα με τη σύνθεση, τη φάση, αλλά και την ψυχική κατάσταση της ομάδας. Οι θεραπευτές δηλαδή υποστηρίζουν ότι ο τρόπος με τον οποίο παρεμβαίνουν κάθε φορά, επηρεάζεται από τα παραπάνω χαρακτηριστικά των ομάδων. Δεδομένα εμπειρικών ερευνών συνηγορούν υπέρ αυτής της προσέγγισης, καθώς υποστηρίζουν ότι υπάρχουν ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές φάσεις μιας ομαδικής θεραπείας, όπου διαφέρουν και οι στόχοι που τίθενται. Για παράδειγμα στην αρχική φάση, ο στόχος είναι να δημιουργηθεί μια θεραπευτική συμμαχία (Horvath, 2005).

Η τελευταία κατηγορία αναφέρεται σε όλα τα “Εκτός” ομάδας, τα οποία όμως επηρεάζουν τη στάση του θεραπευτή. Κατ’ αρχάς αναφέρονται οι προϋπάρχουσες πληροφορίες που έχουν στη διάθεσή τους οι θεραπευτές για την οικογένεια. Ένα παράδειγμα αυτού είναι το ιστορικό ή τα στοιχεία που προκύπτουν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη συνέντευξη που δίνουν οι γονείς στους θεραπευτές πριν την ένταξη τους στην ομάδα.

Επιπλέον κάποιοι θεραπευτές αναφέρονται στην εποπτεία που έχουν και τις συναντήσεις με την ευρύτερη επιστημονική ομάδα, αναγνωρίζοντας ότι είναι μια από τις συνιστώσες που καθορίζουν τη στάση τους στην ομάδα.

Η κλινική εποπτεία που παρέχεται σε έναν θεραπευτή, επηρεάζει άμεσα τη συνεργασία και την κλινική δουλειά που κάνει τόσο με το παιδί όσο και με ολόκληρη την οικογένεια (Pawl, in Shahmoon Shanook, Gilikerson, Eggbeer, & Fenichel, 1995). Η Jeanne Magagna αναφερόμενη στο προσωπικό της παράδειγμα και στην εποπτεία που είχε από την Esther Bick περιγράφει πολύ παραστατικά την εμπειρία της και το πώς η δεύτερη επηρέαζε τον τρόπο που εκείνη δούλευε. Για παράδειγμα αναφέρει: «οι

ερωτήσεις που κάνει η Bick στις επόμενες επισκέψεις λειτουργούν ως φακός κάμερας που εστιάζει πάνω στο βρέφος σε καθαρή εστίαση» (Magagna, 2011: 74).

Η σημασία της κλινικής εποπτείας είναι ευρέως αναγνωρισμένη στις μέρες μας, στους ψυχοθεραπευτικούς χώρους. Επιπλέον η κλινική εργασία με μικρά παιδιά και τις οικογένειες τους μπορεί να διακινήσει άγχος και άλλα δυσάρεστα συναισθήματα στον θεραπευτή. Κάτι τέτοιο συμβαίνει κατά κόρον όταν πρόκειται για κάποιο δύσκολο περιστατικό, ή όταν υπάρχουν δυσκολίες στην επικοινωνία του θεραπευτή με τους γονείς. Υπάρχουν επίσης φορές, όπου ένας θεραπευτής αισθάνεται να έχει δυσκολία στο να είναι αντικειμενικός στην κρίση του ή που δυσκολεύεται ηθικά παρατηρώντας μια επιβλαβή γονεϊκή στάση (Parlakian, 2001). Επομένως, έχει γίνει πλέον απολύτως αποδεκτό, όταν κανείς δουλεύει κλινικά με βρέφη ή μικρά παιδιά και τις οικογένειες τους, μέσα από μια σχεσιακή προσέγγιση, να του παρέχονται σταθερά ευκαιρίες για αντικειμενοποιό στοχασμό, κάτι που μόνο η κλινική εποπτεία μπορεί να προσφέρει (Fenichel, 1992; Bertacchi, 1996; Norman-Murch, 1996, 1999).

Η εποπτεία είναι μεταξύ άλλων μια εμπειρία κατά την οποία ο επόπτης επιδιώκει να βοηθήσει τον εποπτευόμενο να μπορέσει να ονειροπολήσει στοιχεία από την εμπειρία του με το θεραπευόμενό του, τα οποία νωρίτερα μπορούσε μόνο μερικώς ή και καθόλου να ονειρευτεί. Η λειτουργία αυτή είναι πολύ σημαντική καθώς η μερική ή καθολική ανυπαρξία της ικανότητας αυτής, μπλοκάρουν την ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί και να ονειροπολήσει (Ogden, 2005).

### **6.3 Τρόποι αξιολόγησης της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων-νηπίων**

Ο τρίτος και τελευταίος άξονας που μελετήθηκε στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής εργασίας, έχει να κάνει με το πώς οι θεραπευτές αξιολογούν την κλινική εργασία στις ομάδες γονέων-νηπίων. Βέβαια μια βασική κοινή παραδοχή είναι ότι γενικότερα στο κομμάτι της αξιολόγησης ακόμα υστερούν, κάτι που, όπως προαναφέρθηκε, ισχύει και ευρύτερα στους ψυχαναλυτικούς χώρους, καθώς στο συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο η αξιολόγηση της κλινικής εργασίας και των θεραπευτικών δράσεων είναι δύσκολα μετρήσιμες. Αυτό όμως έχει να κάνει κυρίως με την ποσοτική αξιολόγηση.

Από το άλλο μέρος, η αξιολόγηση κάθε θεραπευτικής παρέμβασης ως επί το πλείστον γίνεται βάση των συμπτωμάτων και της επιτευχθείσας ανακούφισης του πάσχοντος από αυτά. Ενώ τείνουν να παραβλέπονται οι όποιες αλλαγές έχουν επιτελεστεί σε ένα βαθύτερο επίπεδο της προσωπικότητας του, το οποίο θα έπρεπε ουσιαστικά να αποτελεί και την κυρίαρχη τάση της έρευνας στους ψυχοθεραπευτικούς χώρους (Sandell, 2000). Όσον αφορά δε στο χώρο της ψυχανάλυσης παιδιών, υπάρχουν εξαιρετικά περιορισμένες πληροφορίες αναφορικά με την έκβαση και τα αποτελέσματα της θεραπείας, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Και επιπλέον, ακόμα και για τις λιγοστές αυτές μελέτες, οι μετρήσεις είναι ποιοτικές και αφορούν στην υγεία και την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Midgley, 2006b).

Σε σχέση με τις ομάδες γονέων – νηπίων, θα μπορούσαμε να κάνουμε αδρά ένα διαχωρισμό ανάμεσα στο πως ποιοτικά αξιολογούν οι θεραπευτές

την κλινική εργασία (και σε ποιους παράγοντες βασίζονται) και στα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούν προκειμένου να πραγματοποιήσουν και μια ποσοτική αξιολόγηση. Και βέβαια είναι σημαντικό να σημειώσουμε, ότι στα περισσότερα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, είτε είναι ατομικά ψυχοθεραπευτικά είτε ομαδικά, αναγνωρίζεται η ανάγκη να συνοδεύει επιπρόσθετα και ένα ερευνητικό κομμάτι την όλη διαδικασία. Συχνά για παράδειγμα, οι συνεδρίες μαγνητοσκοπούνται (Cramer, 2000; Salo, 2007; Zaphiriou Woods & Pretorius, 2011; Λάγιου-Λιγνού, 2013), γεγονός που έχει μεγάλη ερευνητική αξία, καθώς επιτρέπει την εκ των υστέρων μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως επίσης και τη νοηματοδότηση της αλληλεπίδρασης μητέρας – βρέφους (Cramer, 2000).

Σύμφωνα με τους θεραπευτές, η ποιοτική αξιολόγηση της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων – νηπίων βασίζεται στις ακόλουθες παραμέτρους:

- 1) στην ποιότητα της σχέσης γονιού-νηπίου,
- 2) στην ανάπτυξη του παιδιού,
- 3) στην εξέλιξη της ομάδας, καθώς και
- 4) στην αξιολόγηση / ανταπόκριση των ίδιων των γονιών.

Η πρώτη παράμετρος έχει να κάνει με τη σχέση γονιού-νηπίου, μέσα από την ποιότητα της οποίας αλλά και τις αλλαγές που ενδεχομένως συντελέστηκαν σε αυτή, ένας θεραπευτής μπορεί να αξιολογήσει το κατά πόσο είχε θετικά αποτελέσματα η συμμετοχή του συγκεκριμένου «ζεύγους» στην ομάδα. Δύο συνιστώσες της σχέσης αξιολογούνται: η μια έχει να κάνει με την ποιότητα του δεσμού και της εναρμόνισης (attunement) που υπάρχει

μεταξύ τους και η άλλη έχει να κάνει με την ικανότητα τους να διαχειρισθούν τον αποχωρισμό.

Από το άλλο μέρος αξιολογείται και η ανάπτυξη του παιδιού, η οποία αυτή έχει να κάνει με την ωρίμανση που συντελείται, τόσο ως προς τη λειτουργικότητα όσο και προς τη συναισθηματική ωριμότητα και την ικανότητα του παιδιού για κοινωνικοποίηση.

Επιπλέον, συνυπολογίζεται η αξιολόγηση που γίνεται από τους ίδιους τους γονείς για την ομάδα όσο και η ανταπόκριση των μελών της σ' αυτή. Η πλευρά των συμμετεχόντων και οι δικές τους αντιλήψεις ως προς το πρόγραμμα, εκτιμάται ότι προσφέρουν μια σφαιρικότερη και πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την κλινική εργασία και τα οφέλη της γενικότερα. Ιδιαίτερα όμως θεωρείται σημαντική, ακριβώς επειδή εκφράζει τις απόψεις των ίδιων των επωφελουμένων.

Αρκετές πλέον ερευνητικές εργασίες υπογραμμίζουν τη χρησιμότητα του να προστίθεται στην αξιολόγηση που γίνεται από τον θεραπευτή ή τις φαινομενικά αντικειμενικές μετρήσεις των ερευνητών ως προς τα αποτελέσματα μιας θεραπείας και η άποψη του ίδιου του θεραπευόμενου αναφορικά με την έκβαση της θεραπείας του, (Rennie, 2001; Midgley, 2006b).

Βέβαια, αυτό που συνήθως μοιάζει να επικρατεί μέχρι στιγμής στο χώρο των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, είναι το να παραβλέπεται ή να υποτιμάται η άποψη των ίδιων των θεραπευομένων για τη θεραπεία τους. Αυτό συμβαίνει είτε επειδή θεωρείται πως η άποψη τους δεν είναι αντικειμενική, είτε γιατί κρίνεται ως επιφανειακή (Franks, 1969). Παρ' όλα αυτά τα τελευταία τριάντα χρόνια έχει σημειωθεί κάποια μετακίνηση ως προς το σημείο αυτό, γεγονός που αντικατοπτρίζεται και στην αύξηση των μελετών

γύρω από τις αντιλήψεις των θεραπευομένων για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Connolly & Strupp, 1996; Rennie, 2001).

Τέλος, μια τέταρτη παράμετρος, με βάση την οποία οι θεραπευτές αξιολογούν ποιοτικά την κλινική εργασία στις ομάδες γονέων - νηπίων είναι η ομάδα. Συγκεκριμένα, εξετάζουν την εξέλιξη της ίδιας της ομάδας, τη σχέση των μελών μεταξύ τους, τη σχέση τους με τους θεραπευτές αλλά και με την ομάδα, ως συλλογικό πια υποκείμενο.

Όσον αφορά στα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται αναφέρθηκε ότι χορηγούνται στους γονείς ερωτηματολόγια, προ της εντάξεώς τους στην ομάδα και μετά την αποχώρησή τους από αυτή. Πιο συγκεκριμένα, πριν ενταχθούν οι γονείς στην ομάδα τους ζητείται να συμμετάσχουν σε μια ημι-δομημένη συνέντευξη που λέγεται PDI (Parent Development Interview). Οι γονείς ερωτώνται αναφορικά με τη σχέση τους με το παιδί τους, και ζητείται από εκείνους να μιλήσουν για το παιδί (να το περιγράψουν, να μιλήσουν για αυτά που του αρέσουν και γι' αυτά που δεν του αρέσουν κλπ.). Στη συνέχεια χρησιμοποιείται ένα σύστημα κωδικοποίησης σχετικά με την ικανότητα αναστοχασμού (Fonagy and Target) που μετρά την ικανότητα της μητέρας να σκέφτεται το παιδί της ως ξεχωριστή οντότητα. Η ίδια διαδικασία πραγματοποιείται και κατά την αποχώρησή τους από το πρόγραμμα. Οι δυο αυτές συνεντεύξεις, η εισαγωγική και η τελική, στη συνέχεια συγκρίνονται, δίνοντας πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Πρόσφατα στοιχεία από έρευνες αυτού του τύπου καταδεικνύουν, ότι κατά μέσο όρο η ικανότητα αναστοχασμού (reflective function) των μητέρων αυξάνεται στατιστικά σημαντικά στο διάστημα που συμμετέχουν στην ομάδα.

Μάλιστα, το μέγεθος αυτής της αύξησης φάνηκε να συνδέεται και με το χρόνο παραμονής τους στην ομάδα (Rivera, Asquith & Prutzel-Thomas, 2011).

Μια άλλη πολύ ενδιαφέρουσα περίπτωση, ως προς την ακολουθούμενη ερευνητική διαδικασία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων κλινικής εργασίας ψυχοκοινωνικής πρόληψης με πολύ μικρά παιδιά είναι το πρόγραμμα Βραχείας θεραπευτικής παρέμβασης της παιδοψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου Παίδων «η Αγία Σοφία» (Τριανταφύλλου, 2013). Στο εν λόγω πρόγραμμα οι συνεδρίες μαγνητοσκοποούνται, ενώ ζητείται επιπλέον από τους γονείς να συμπληρώσουν κάποια ερωτηματολόγια, προκειμένου να μελετηθεί η αλληλεπίδραση με το παιδί τους, ο βαθμός γονεϊκής δυσφορίας και το γονεϊκό στρες. Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι μια σύντομη μορφή της κλίμακας γονεϊκού στρες (Parenting Stress Index, PSI, Abidin, 1995) και της κλίμακας δυσκολιών στην καθημερινή ζωή του γονέα στο ρόλο του ως γονέα (PDH, Parenting Daily Hassles Scale, Crinic and Greenberg, 1990).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού βελτιώνεται μετά την παρέμβαση, το γονεϊκό στρες μειώνεται, όπως επίσης μειώνονται και οι δυσκολίες που βιώνουν οι μητέρες στην καθημερινότητα με το παιδί τους. Παράλληλα, παρατηρείται αλλαγή και ως προς τις ενδοψυχικές αναπαραστάσεις τους, όπου για τις μητέρες το παιδί τους μοιάζει να βιώνεται πλέον ως λιγότερο “δύσκολο” (Τριανταφύλλου, 2013).



#### **6.4. Περιορισμοί της ερευνητικής μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Στην αρχική φάση της παρούσας ερευνητικής μελέτης, υπήρχαν δυο διαφορετικές προσεγγίσεις πιθανές να ακολουθηθούν, οι οποίες υπαγόρευαν και τη χρήση διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων και διαφορετικής μεθοδολογίας. Η μια προσέγγιση είχε να κάνει με την επιλογή ενός μέρους της όλης διαδικασίας (είτε δηλαδή τους τρόπους παρέμβασης, είτε τους τρόπους αξιολόγησης) που θα μελετιόταν εις βάθος. Η δεύτερη αφορούσε ολόκληρη τη διαδικασία, κατευθυνόμενη προς ένα στόχο περισσότερο εποπτικό.

Λόγω της διαπιστωθείσας ανυπαρξίας επαρκούς ερευνητικής εργασίας στο χώρο των ομάδων γονέων –νηπίων γενικότερα, θεωρήθηκε σημαντικό να προηγηθεί μια όχι τόσο εις βάθος μελέτη ενός συγκεκριμένου τομέα του χώρου αυτού, αλλά μια διευρυμένα εποπτική προσέγγιση του συνόλου του εμπειρικού αντικειμένου, δηλαδή των ομάδων γονέων-νηπίων, και παράλληλα μια σε πρώτη προσέγγιση μελέτη και διαφόρων επί μέρους συνιστωσών της όλης διαδικασίας.

Αποφασίστηκε λοιπόν, στα πλαίσια της παρούσας εργασίας να μελετηθούν κυρίως οι τρόποι παρέμβασης και η αξιολόγηση της κλινικής εργασίας, κάτι που, όπως είδαμε, υποστηρίζεται και από τη σύγχρονη συναφή βιβλιογραφία, η οποία φαίνεται να συμφωνεί, ότι είναι απαραίτητο, μια κλινική θεωρία να μη περιγράφει μόνο τις αλλαγές στις οποίες προσβλέπει, αλλά να περιλαμβάνει και τις στρατηγικές μέσα από τις οποίες αυτές θα υποκινηθούν (Gabbard & Westen, 2003).

Ένα μειονέκτημα όμως αυτής της απόφασής μας ήταν, ότι τα στοιχεία που προέκυψαν από την ανάλυση των συνεντεύξεων και τη θεωρητική

ανασκόπηση παρουσιάζουν κατά βάση ένα χαρακτήρα (ιδιαίτερα χρήσιμο παρόλα αυτά στην τρέχουσα τουλάχιστον φάση, κατά την άποψή μας) κυρίως περιγραφικό. Θα είχε ίσως να κερδίσει σε ερευνητικό ενδιαφέρον η παρούσα εργασία, αν η ερευνήτρια προσέφευγε και σε αναζήτηση ενός επιπρόσθετου εμπειρικού υλικού (μαγνητοσκοπημένου ή γραπτού) που θα απέδιδε λ.χ. κατά τρόπο πιο άμεσο τη διεξαγωγή ορισμένων ομαδικών συνεδριών και θα επέτρεπε έτσι μια σε περισσότερο βάθος εξέταση του αντικειμένου αυτής της μελέτης.

Μία πρώτη λοιπόν πρόταση για περαιτέρω έρευνα στο χώρο των ομάδων γονέων – νηπίων θα ήταν ίσως η μελέτη τους και με άλλα ερευνητικά εργαλεία, όπως την *a posteriori* ανάλυση μαγνητοσκοπημένων συνεδριών ή/και σημειώσεων θεραπειών, τη λήψη και εν συνεχεία την ανάλυση συνεντεύξεων με γονείς που συμμετείχαν μαζί με τα παιδιά τους σε τέτοιες ομάδες, κλπ.

Μια δεύτερη πρόταση θα ήταν και το να συμπεριληφθεί στο εξής πιο ουσιαστικά η Ελληνική εμπειρία. Στο παρόν στάδιο, θεωρήθηκε ότι η μελέτη καλό ήταν να εστιαστεί στο χώρο στο πλαίσιο του οποίου γεννήθηκε και αναπτύχθηκε όλα αυτά τα χρόνια η συγκεκριμένη πρακτική, στο AFC του Λονδίνου, και κατ' επέκταση οι συνεντεύξεις να παρθούν από έμπειρους θεραπευτές, που εργάστηκαν και εργάζονται εκεί για το πρόγραμμα «ομάδες γονέων – νηπίων». Η ελληνική όμως εμπειρία αναπτύσσεται ήδη με γοργά βήματα και μπορεί πλέον να συμβάλλει σημαντικά στην έρευνα.

Τέλος, μετά από την αδιαφιλονίκητη πλέον εδραίωση των συγκεκριμένων ομάδων ως θεραπευτικού πλαισίου είναι απαραίτητη και η

διάδοση και διάχυση του προγράμματος αυτού και σε άλλους χώρους. Η δημιουργία ενός εγχειριδίου θα συνέβαλλε καθοριστικά σε αυτό.

### **6.5. Συμπεράσματα**

Οι ομάδες γονέων – νηπίων, με βάση το μοντέλο του Anna Freud Centre, είναι κατά βάση ένα ψυχαναλυτικό πρόγραμμα υπό την άποψη ότι λαμβάνει υπ' όψη τον ρόλο των ασυνειδήτων φαντασιώσεων, την ως επί το πλείστον ασυνείδητη συγκρουσιακή δόμηση του ψυχισμού, των διεργασιών εσωτερίκευσης των σχέσεων με τους σημαντικούς άλλους, την σχέση ενορμητικών παραγώγων και αμυνών του Εγώ κ.α.

Παρ' όλο που ως επί το πλείστον οι θεραπευτές των ομάδων γονέων νηπίων είναι ψυχαναλυτές ή ψυχοθεραπευτές παιδιών, ενηλίκων ή ομάδας, η κλινική εργασία στις ομάδες αυτές δεν ευθυγραμμίζεται με την κλασικώς εννοούμενη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Εν μέρει είναι εκπαιδευτική και εν μέρει θεραπευτική / ψυχαναλυτική, ή όπως χαρακτηριστικά υποστηρίζει η Marie Zaphiriou Woods, κινείται μεταξύ της θεραπείας και της διαπαιδαγώγησης (Zaphiriou Woods, 2005).

Βέβαια, σύμφωνα με το γενικότερο πλαίσιο, πολύ συχνά -ιδιαίτερα παλαιότερα- ψυχανάλυση και ερμηνευτική λειτουργία θεωρούνται ταυτόσημες έννοιες. Παράλληλα, η χρησιμότητα των ερμηνειών τείνει να εξιδανικεύεται από ορισμένους θεραπευτές, ενώ υποτιμάται ή αγνοείται η σημασία των ονομαζόμενων μη εξειδικευμένων (non-specific) συστατικών της τεχνικής της ψυχοθεραπείας (Cramer, 2000). Για παράδειγμα, η ταύτιση ή η κατασκευή από μέρους του ασθενή, εναλλακτικών ιστοριών που του επιτρέπουν να ανακαλύψει νέα νοήματα που του προσφέρουν και πιο επιθυμητές

δυνατότητες, αποτελεί μια καλή έκβαση σε μια θεραπευτική συνεργασία. Και αυτή η ανακατασκευή (reframing), δεν συνδέεται αποκλειστικά με την ερμηνευτική λειτουργία, αλλά μπορεί να έχει να κάνει με την ιδέα, ότι όταν ένα γεγονός τοποθετείται σε ένα καινούργιο πλαίσιο, αναπλασιώνεται δηλαδή, το νόημα αυτού του γεγονότος αλλάζει αυτομάτως (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974).

Ως επακόλουθο, προγράμματα που στη βάση τους είναι ψυχαναλυτικά, υπό την έννοια ότι η σκέψη που τα διέπει είναι αυτής της προσέγγισης, καταλήγει από ορισμένους συγγραφείς να αμφισβητείται ο ψυχαναλυτικός τους χαρακτήρας επειδή ακριβώς η ερμηνευτική λειτουργία δεν αποτελεί την κυρίαρχη τάση. Η αμφισβήτηση αυτή, συχνά προέρχεται από τους ίδιους τους θεραπευτές που απασχολούνται στα συγκεκριμένα προγράμματα (Gallo, 1997). Επιπλέον, συχνά τίθεται το ερώτημα αν ένας θεραπευτής που προσφέρει ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, χρησιμοποιεί τρόπους παρέμβασης αμιγώς ψυχαναλυτικούς ή χωρίς ο ίδιος να το συνειδητοποιεί, παρεμβαίνει μερικές φορές και με τρόπους που άπτονται και άλλων θεραπευτικών πρακτικών (Jimenez, 2007).

Οι θεραπευτές στις ομάδες νηπίων μπορούν να έχουν διαφορετική κλινική κατάρτιση. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση είναι ο ψυχαναλυτικός τρόπος σκέψης και κατανόησης καθώς και η προσωπική ψυχαναλυτική θεραπευτική εμπειρία βασισμένη στη βιωμένη αποδοχή της, κατά βάση ασυνείδητης, συγκρουσιακής φύσης του ανθρώπινου ψυχισμού. Η ανομοιογένεια που υπάρχει αναφορικά με το επιστημονικό υπόβαθρο και τις θεωρητικές προσεγγίσεις, ανάμεσα στους θεραπευτές, οδηγεί στην απουσία κοινής γλώσσας στον τρόπο που οι ίδιοι περιγράφουν την κλινική εργασία

στις ομάδες. Πέρα όμως από τη διαφορετική γλώσσα που χρησιμοποιούν όταν μιλούν, στην πράξη, ο τρόπος που λειτουργούν είναι κοινός, όπως φάνηκε και μέσα από την παρούσα ερευνητική εργασία.

Συμπερασματικά λοιπόν, η κλινική εργασία στις ομάδες αυτές είναι συνδυασμός μιας θεραπευτικής εφαρμογής της ψυχαναλυτικής παρατήρησης με την αναπτυξιακή θεραπεία, έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της ικανότητας για εν-νόηση (mentalization) και αναστοχασμό (reflective function) και την αποκατάσταση τυχόν διαστρεβλώσεων στη σχέση γονιού – νηπίου, ενώ ενίοτε μπορεί να συνοδεύεται και από κάποια ψυχοθεραπευτικά αποτελέσματα.

Η ψυχαναλυτική παρατήρηση είναι ένας τρόπος “να βλέπουμε με συναίσθημα και σκέψη” (Λιγνού, 2011: σ.31). Διευκολύνει την ευόδωση ψυχικών καταστάσεων που προάγουν τη σκέψη καθώς και τη δυνατότητα των γονιών να παρατηρούν τους εαυτούς τους και τα παιδιά τους (Miller, 1992).

Όσον αφορά στην αναπτυξιακή θεραπεία, αυτή αφορά σε μη ερμηνευτικές ψυχαναλυτικές τεχνικές για τη θεραπεία αναπτυξιακών διαταραχών. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν τη λεκτικοποίηση συναισθημάτων, τη διευκρίνιση αιτίων και συνεπειών, καθώς επίσης και την προαγωγή του «σκέπτεσθαι», προκειμένου να μπορεί να κατανοεί κανείς και να αντιμετωπίζει καλύτερα τη συμπεριφορά των άλλων και να διαχειρίζεται τη δική του. Οι βασικές της υποθέσεις υπογραμμίζουν τη σημασία των πρωταρχικών σχέσεων στη διαμόρφωση της ψυχικής οργάνωσης. Ο θεραπευτής, λειτουργώντας όχι μόνο ως αντικείμενο μεταβίβασης, αλλά και ως νέο πραγματικό αντικείμενο, προάγει την αλλαγή μέσα από τη σχέση του

με το παιδί, προσφέροντας του μια επανορθωτική συναισθηματική εμπειρία (“corrective emotional experience”) (Freud, 1968). Άλλωστε, ακόμα και η ψυχανάλυση των παιδιών έχει αναγνωριστεί πλέον ως συνδυασμός ερμηνευτικών μεθόδων και αναπτυξιακής θεραπείας (Edgcombe, 2000).

Μια άλλη πλευρά της κλινικής εργασίας στις ομάδες γονέων – νηπίων είναι η προώθηση της ικανότητας αναστοχασμού (reflective function) και η ενίσχυση της εν-νόησης (mentalization), προκειμένου να μπορούν οι συμμετέχοντες να κατανοούν καλύτερα τόσο τη δική τους ψυχονοητική κατάσταση όσο και εκείνη των άλλων και να ερμηνεύουν τις διαπροσωπικές συμπεριφορές με όρους ψυχονοητικών κινήσεων, αναγνωρίζοντας και κατανοώντας για παράδειγμα τα εμπλεκόμενα συναισθήματα, τις πεποιθήσεις, τις ανάγκες, ή τα κίνητρα (Fonagy & Target, 1997; Fonagy et al., 2002).

Γενικότερα η ψυχαναλυτική θεραπεία αποσκοπεί στην ενίσχυση της ευελιξίας και της προσαρμοστικότητας του ατόμου, ώστε να μπορεί αυτό να κατανοεί, να προβλέπει και να οργανώνει το πώς το ίδιο ή οι άλλοι ανταποκρίνονται στις εμπειρίες της καθημερινότητας, προάγοντας την ικανότητα για εν-νόηση (Midgley, 2006b).

Όσον αφορά στην αποκατάσταση των διαστρεβλώσεων στη σχέση γονιού – νηπίου και στην απαλλαγή αυτού του δι-υποκειμενικού δεσμού από τυχόν προβολές, στις ομάδες γονέων – νηπίων καταβάλλεται μια προσπάθεια “λειτουργικής ανασύνδεσης των αναπαραστάσεων” (“Functionally Reconnecting the Representations”) (Stern-Bruschweiler & Stern, 1989), κατά την οποία ο στόχος δεν είναι να επέλθει αλλαγή στις γονεϊκές ψυχικές αναπαραστάσεις, καθώς κάτι τέτοιο θα απαιτούσε μια μακρόχρονη ατομική

αναλυτική εργασία, αλλά να αποσυνδεθούν οι παθολογικές και αρνητικές αναπαραστάσεις των γονιών από τα παιδιά τους (Barrows, 1997).

## Βιβλιογραφία:

Aber, J.L., & Baker, A.J. (1990). Security of attachment in toddlerhood: Modifying assessment procedures for joint clinical and research purposes. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*, p.427-460. Chicago: University of Chicago Press.

Alvarez, A. (1988). Beyond the Unpleasure Principle: Some Preconditions for Thinking Through Play. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 14:1-13.

Amati Mehler, J., Argentieri, S. & Canestri, J. (1990). The Babel of the Unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.71: 569-583.

Ambellas, A. (1990). Life Events and the Onset of Mania. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 157:450-451.

Anagnostopoulos, D.C. (2010). The contribution of Neurobiology to Psychoanalysis. In Issidorides-Radovic M., Vaslamatzis G. (eds) "*Dialogue of Psychoanalysis and Neurobiology: Theoretical and therapeutic aspects*". Kotsika Foundation, Athens, p. 15-20.

Anthony, E.J. (1957). The System Makers: Piaget 7 Freud. *British Journal of Medical Psychology*. Vol.30: 255-269.

Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l' inconscient. L' imaginaire groupal*. Paris: Dunod.

Atkinson, P. & Silverman, D. (1997). Kundera's Immortality: The Interview Society and the Invention of the Self. *Qualitative Inquiry*. Vol.3: 304-325.

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic Networks: An Analytic Tool for Qualitative Research. *Qualitative Research*. Vol.1: 385-405.

Bachevalier, J. (1994). Medial Temporal Lobe Structures and Autism: A Review of Clinical and Experimental Findings. *Neuropsychologia*. Vol. 32: 627-648.

Balbernie, R. (2001). Circuits and Circumstances: The Neurobiological Consequences of Early Relationship Experiences and How They Shape Later Behaviour. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 27, Issue 3: 237-255.



Baradon, T. et al (2005): *The Practice of Psychoanalytic Parent – Infant Psychotherapy: Claiming the Baby*. London: Routledge.

Baradon, T. (2005). Psychotherapeutic Work with Parents and Infants: Psychoanalytic and Attachment Perspectives. *Attachment and Human Development*. Vol. 4, Issue 1: 25-38.

Barrett, D. G. (2012). In and Out of the Displacement: The Roles of Interpretation and Play in Work with Children. *Psychoanalytic Social Work*. Vol. 19: 6–21. London: Routledge.

Barrows, P. (1997). Parent – Infant Psychotherapy: A Review Article. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 23, Issue. 2: 255-264.

Barrows, P. (2008). Locating the Ghost in the Nursery: the Importance of the Parental Couple. In. Emanuel, L. & Bradley, E. “*What Can the Matter be?*”. *Therapeutic Interventions with Parents and Young Children*. The Tavistock Clinic Series: Karnac Books.

Barus-Michel J. (1994). *Ο ερευνητής, πρώτο αντικείμενο της έρευνας*. In. Ναυρίδης, Κ., *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*, (σελ. 311-319). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Barus-Michel, J. (1987). *Le sujet social*. Paris: Editions Dunod.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorders: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Bates, E., O’Connell, B. & Shore, C. (1987). Language and Communication in Infancy. In J. Osofsky (Eds.) *Handbook of Infant Development* (p.149-203). New York: Wiley.

Beebe B., Lachmann, F. M., (1994). Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*. Vol. 11: 127-166.

Belsky, J. (2001). Developmental Risks (still) Associated with Early Childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol.42: 845-859.

Benedek, T. (1959). Parenthood as a Developmental Phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.7: 389-417.

Berlin, N. G. (2002). Parent – Child Therapy and Maternal Projections. Tripartite Psychotherapy – A New Look. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 72, Issue. 2: 204-216.

Bertacchi, J. (1996). Relationship-based organizations. *ZERO TO THREE*. Vol. 17, No 2: 1-7.

Bion W. R. (1987). Clinical Seminars. In. F. Bion (ed.), *Clinical Seminars and Other Works*, (p.1-240). London: Karnac.

Bion W., R. (1967). *A Theory of Thinking*. In *Second Thoughts* (p.110-119). New York: Aronson (1962).

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. New York: Basic Books.

Bion, W. R. (1975). *Attention and Interpretation*. In *Seven Servants*. New York: Aronson (1970).

Bion, W.R. (1967). *Second Thoughts*. New Jersey: Jason Aronson

Bird, C. M. (2005). How I Stopped Dreading and Learned to Love Transcription. *Qualitative Inquiry*. Vol. 11: 226-248.

Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., Trognon, A. (1987). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Editions Dunod.

Blanchet, A. & Al. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Editions Dunod.

Blass, R. & Carmeli, Z. (2007). The Case Against Neuropsychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.88: 19-40.

Blatt, S. J. (2001). The Effort to Identify Empirically Supported Psychological Treatments and its Implications for Clinical Research, Practice and Training: Commentaries on Papers by Lester Luborsky and Hans H. Strupp. *Psychoanalytic Dialogues*. Vol. 11: 635-646.

Blatt, S.J. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis: For What, With Whom and How? A Comparison with Psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 52: 393-447.

Blum,H.P. (2004). Separation-Individuation Theory and Attachment Theory. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 52 (2), 535-553

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol.1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol.2: Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press & Institute of Psychoanalysis.

Brafman, A. H. (2001). *Untying the Knot. Working with Children and Parents*. London: Karnac Books.

Brandell, J. R. (2013). *Contemporary Psychoanalytic Perspectives on Attachment. Psychoanalytic Social Work*. London: Routledge.

Braun, C. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*. Vol. 3: 77-101.

Brinich, P. M. (1998). Prevention and Early Jeopardy: Prevention and Early Intervention: Individual Differences at Risk Factors for the Mental Health of Children: A Festschrift for Stella Chess and Alexander Thomas. Edited by W. B. Carey and S. C. McDevitt. New York: Brunner / Mazel, 1994, 50.95. Development in Jeopardy: Clinical Responses to Infants and Families. By E. S. Fenichel and S. Provence. Madison, CT: International Universities Press, 1993, 50.00. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 46: 284-292.

Brown, G. W., Bifulco, A. & Harris, T.O. (1987). Life Events, Vulnerability and the Onset of Depression: Some Refinements. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 150: 30-42.

Bruner, J. S. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. Oxford University Press.

Bucci W. (2012) Is there Language Disconnected from Sensory / Bodily Experience in Speech or Thought? *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 60. No. 2: 275-286.

Buchholz, M. (1990). Die Rotation der Triade. *Forum Psychoanalyse*. Vol. 6: 116-134.

Busch, F. N. & Milrod, B. L. (2010). The Ongoing Struggle for Psychoanalytic Research: Some Steps Forward. *Psychoanalytic Psychotherapy*, Vol. 24, Issue 4: 306-314.

Busch, F. N., Milrod, B. L. & Sandberg, L. S. (2009). A Study Demonstrating Efficacy of a Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder: Implications for Psychoanalytic Research, Theory and Practice. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 57, Issue 1: 131-148.

Cahill, L.T., Kaminer R.K. & Johnson, P.G. (1999). Developmental, Cognitive, and Behavioral Sequelae of Child Abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Vol.8, Issue 4: 827-843.

Cane A. M. (2011). "*Françoise Dolto's Maison Verte, a paradox*". Unpublished paper, presented at the 10<sup>th</sup> International Toddler Symposium Anna Freud Centre (November 2011).

Carlson V., Cicchetti, D., Barnett, D. et al. (1989). Disorganized / Disoriented Attachment Relationships in Maltreated Infants. *Developmental Psychology*. Vol. 25: 525-531.

Caspar, F. (1997). What Goes on in a Psychotherapist's Mind? *Psychotherapy and Research*. Vol. 7: 105-125.

Chess, S., Thomas, A. Herbert, G. B & Hertzog, M. (1960). Implications of a Longitudinal Study of Child Development for Child Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 117: 434-441

Chugani, H. T. (1999). Metabolic Imaging: a Window on Brain Development and Plasticity. *The Neuroscientist*. Vol. 5, Issue 1: 29-40

Clark, A. (2006). '*Understanding community: a review of networks, ties, and contacts*'. NCRM Real Life Methods Node / University of Leeds. Unpublished Discussion Paper.

Clarke, S. & Hoggett, P. (2009). *Researching Beneath the Surface*. Karnac Books Ltd.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 164: 922–928.

Connolly, M., & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*. Vol. 6, Issue 1:30-42

Cooper, A.M. (1993). Discussion: On empirical research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 41: 381–392.

Corin, E. (1998) Le rapport à l'autre. Psychanalyse et anthropologie. Dans : Harel, S. (Dir), *Résonances. Dialogues avec la psychanalyse*. Montréal: Éditions Liber: p. 11-58.

Cramer, B. (1995). Short – term Dynamic Psychotherapy for Infants and their Parents. *Infant Psychiatry*. Vol. 4: 649-660.

Cramer, B. (2000). Helping Children Through Treatment of Parenting: The Model of Mother / Infant Psychotherapy. In. Tsiantis, J. et al. *Working with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. Karnac Books.

De Rouvray, C. & Gandt, F. (2005). "An Example of Our Work with Parents and Children in IRAEC (Institut de Recherche pour L' Enfant et le Couple)- Psychoanalytic Listening Outside the Classical Treatment Setting". Unpublished. Presented at the 4<sup>th</sup> International Toddler Symposium at the Anna Freud Centre, 2005.

De Vaus, D. (2004). *Surveys in Social Research*. Routledge.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleinman A. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low Income Countries*. Oxford University Press.

Devereux, G. (1967). *From Anxiety to Method in the Behavioural Sciences*. Moultons & Co.

Diatkine, R. (1967). Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant (ou des limites de la psychiatrie infantile), *La Psychiatrie de l'enfant*. Vol. 10, Issue 1: 1-42.

Diatkine, R. (1967). Nouvelles voies thérapeutiques en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*. 1982, Vol. 25, Issue 2 :387-422.

Diatkine, R. (1989). La psychanalyse et le psychisme de l'enfant. Rencontre «en pays fertile» ou dans le désert, *Les Textes du Centre Alfred-Binet*. Vol. 15: 23-38.

Didier Houzel, (2011). Μια Θεραπευτική Εφαρμογή της Παρατήρησης Βρέφους. In. Λιγνού, Ε. et al. *Παρατηρώντας το Βρέφος: Η μέθοδος της Ψυχαναλυτικής Παρατήρησης Βρέφους*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Dolto, F. (1986). *La Maison Verte, un lieu de vie* [The Maison Verte, a place of life]. La difficulté de vivre, p. 403-420. Paris: Vertige du Nord Carrere.

Edelman, R., (2004). A Relationship-Based Approach to Early Intervention. *Resources and Connections*. Vol.3. Issue 2:1-7.

Edgumbe, R. (2000). *Anna Freud. A View of Development, Disturbances and Therapeutic Techniques*. London: Routledge.

Eigen, M. (2012). On Winnicott's Clinical Innovations in the Analysis of Adults. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 93: 1449-1459.

Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1981). Developmental Sequelae of Maltreatment in Infancy. *New Directions for Child Development*. Vol.11: 77-92.

Emanouel, L. (2002). Parents United: Addressing Parental Issues in Work with Infants and Young Children. *International Journal of Infant Observation and its Applications*. Vol.5, Issue 2: 103-117.

Emanuel, L. (2006). 'A slow unfolding - at double speed: reflections on ways of working with parents and their young children within the Tavistock Clinic's Under Five Service'. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 32, Issue 1: 66- 84.

Emanuel, L. & Bradley, E. (2008). "What Can the Matter be?". *Therapeutic Interventions with Parents and Young Children*. The Tavistock Clinic Series: Karnac Books.

Emde, R.N. (1988). Reflections on mothering and on re-experiencing the early relationship experience. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 9, Issue 1: 2-9.

Erickson, E. (1975). *Παιδική Ηλικία και Κοινωνία*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.

Escalona S. (1963). Patterns of infantile experience and the developmental process. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. 18: 197.

Fenichel, E. (Ed.) (1992). *Learning through supervision and mentorship to support the development of infants, toddlers, and their Families*. Arlington, VA.: ZERO TO THREE/National Centre for Clinical Infant Programs.

Fenichel, E., and Eggbeer, L. (1990). *Preparing practitioners to work with infants, toddlers, and their families: Issues and recommendations for educators and trainers*. Washington, DC: ZERO TO THREE/National Centre for Infants, Toddlers, and their Families.

Fine, M. (2002). *Disruptive voices: the possibilities for feminist research*. University of Michigan Press.

Fonagy (2002). An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Published: International Association. Uk.

Fonagy, P (2012). Does It Matter If There Is Nonverbal Period of Development? On the Infant's Understanding of the Social World and Its Implications for Psychoanalytic Theory: Commentary on Vivona. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 60, Issue. 2: 275-286.

Fonagy, P. & Roth, A. (2005). *A critical Review of Psychotherapy research*. New York: Guilford Press.

Fonagy, P. & Target, M. (1996a). A Contemporary Psychoanalytic Perspective: Psychodynamic Developmental Therapy. In. E. Hibbs and P. Jensen (Eds.). *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders*. Washington DC. American Psychological Association.

Fonagy, P. & Target, M. (1996b). Playing with Reality: I. Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 77: 217-233.

Fonagy, P. & Target, M. (2007a). Playing with Reality: IV A Theory of External Reality Rooted in Intersubjectivity. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.88, Issue 4: 917-937.

Fonagy, P. & Target, M. (2007b). The Rooting of the Mind in the Body: New Links Between Attachment Theory and Psychoanalytic Thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 55: 411-456.

Fonagy, P. & Βρούβα, Ι. (2010). Εν-νόηση και οριακή διαταραχή προσωπικότητας: Ένα Ψυχοδυναμικό Μοντέλο Παθολογίας της Προσωπικότητας Εμπνευσμένο από τη Θεωρία της Προσκόλλησης. *Οιδίπους*. Έτος Β', Τεύχος 4: 349-391.

Fonagy, P. (1998). Prevention, the Appropriate Target of Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 19, Issue 2: 124-150.

Fonagy, P. (2001). Introduction to Attachment Theory. In. Attachment Theory and Psychoanalysis (p. 5-18). New York: Other Press.

Fonagy, P. (2003). Genetics, developmental psychopathology, and psychoanalytic theory: The case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanalytic Inquiry*. Vol. 23: 218–248.

Fonagy, P. Gergely, G. Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*. New York: Other Press.

Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment During Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*. Vol. 62: 891-905.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., and Target, M. (1994). Theory and Practice of Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 35: 231-257.

Fontana, A. (2002). Postmodern Trends in Interviewing. In. J. Gubrium & J. Holstein (Eds.). *Handbook of Qualitative Research: Context and Method*, (p.161-175). Thousand Oaks, CA: Sage.

Fontana, A. & Frey, J. H. (2005). The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. In. Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (p. 695-728). Sage Publications, Inc.

Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic group analysis*, London: Allen and Urwin.

Fraiberg, S. (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health: The first Year of Life*. New York: Basic Books.

Fraiberg, S. H. (1980). *Clinical Studies in Infant Health: The First Year of Life*. New York: Basic Books.

Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (3rd edn). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fredric N. Busch and Barbara L. Milrod (2010). The ongoing struggle for psychoanalytic research: Some steps forward. *Psychoanalytic Psychotherapy*. Vol. 24, Issue. 4:306-314.

Freud, A. (1951). Observations on Child Development. In. *The Writings of Anna Freud*. (Vol.4: 143-162) New York: International UP.

Freud, A. (1953). Some Remarks on Infant Observation. In. *The Writings of Anna Freud*. (Vol.4: 569-585). New York: International UP.

Freud, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood: Assessment of Development*. Madison, C.T: International Universities Press.

Freud, A. (1968). Indications and Contraindications for Child Analysis. In *Writings of Anna Freud* (Vol. 7: 94-109). New York: International University Press, 1971.

Freud, A. (1978). The Principle Task of Child Analysis. In. *The Writings of Anna Freud*, Vol. 8. New York: International University Press, 1981.



Freud, S. (1913). *The Claims of Psychoanalysis to Scientific Interest*. SE Vol. 13: 165-190.

Freud, S. (1950 [1895]). *Project for a Scientific Psychology*. S.E.Vol. 1.

Frosch, S., Phoenix, A., Pattman, R. & Emerson, P. (2005). Interpretation and Over-Interpretation: Disputing the Meaning of Texts. *Qualitative Research*. Vol. 5, Issue 3: 307-324.

Frosh, S. (2003). Psychosocial Studies and Psychology: is a Critical Approach Emerging? *Human Relations*. Vol.56, No 12: 1545-1567.

Furman, E. & Katan, A. (1969). *The Therapeutic Nursery School*. New York: International Universities Press.

Furman, E. (1978). The Use of Nursery School for Evaluation. In J. Glenn (Ed.), *Child Analysis and Therapy* (pp.129-159). New York: Jason Aronson.

Furman, E. (1992). *Toddlers and Their Mothers. A Study in Early Personality Development*. Madison, Connecticut: International Universities Press, INC.

Gabbard G.O. & Westen D. (2003). Rethinking Therapeutic Action. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.84: 823-841.

Galenson, E. (1991). Treatment of Psychological Disorders of Early Childhood: A tripartite Therapeutic Model. In S. Akhtar & H. Parens (Eds.) *Beyond the Symbiotic Orbit: Advances in Separation - Individuation Theory. Essays in Honor of Selma Kramer*. Hillsdale: Analytic Press.

Gallagher, S. (2004). Hermeneutics and the cognitive sciences. *Journal of Consciousness Studies*. Vol. 11, Issue 10–11: 162–174.

Gallo, M., T., (1997). The Little Alien: Links between Mind and Body in Parent – Infant Psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol.23, Issue. 2: 201-218.

Gaulejac (de), V. (1987). *La névrose de classe*. Paris: Hommes et Groupes. Ελληνική μετάφραση (1993). *Η ταξική νεύρωση*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Gelman, T., Mckay, A., & Marks, L. (2010). Dynamic Interpersonal Therapy: Providing a focus for time-limited psychodynamic work in the National Health Service. *Psychoanalytic Psychotherapy*. Vol. 24, Issue 4: 347–361.

Gerber, A.J., Kocsis, J.H., Milrod, B.L., Roose, S.P., Barber, J.P., Thase, M.E., Perkins, P., & Leon, A.C. (2010). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 168, Issue 1: 19-28.

Giami Alain (2001) Counter-transference in social research: beyond George Devereux, *Papers in Social Research Methods - Qualitative Series*, no 7, [ed MW Bauer]. London School of Economics, Methodology Institute

Gillies S. (2008). Being apart: the process of separation between a mother and a baby. *International Journal of Infant Observation*. Vol. 11, Issue 3: 241 — 256. London: Routledge.

Green Paper (1999). *Supporting Families. A Consultation Document*. London : HMSO.

Green, A. (2005). *The D. Winnicott Memorial Lecture III*. London: Karnac.

Green, V. (2000). Therapeutic Space for Re-creating the Child in the Mind of the Parents. In. Tsiantis, J. et al. *Working with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. Karnac Books.

Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliot, R. (1988) *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-moment Process*. New York, Guilford Press.

Greenspan, S. (1979). Intelligence and Adaptation. An Integration of Psychoanalytic and Piagetian Developmental Psychology. *Psychological Issues*. Vol. 12, Issue 3-4: 1-408.

Gunderson, J. G. & Gabbard G. (1999). Making the Case for Psychoanalytic Therapies in the Current Psychiatric Environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 47: 679-704.

Guralnick, M.J. (2001). Connections between developmental science and intervention science. *ZERO TO THREE*, April/May, 2001  
Kalmanson, B., & Seligman, S. (1992). Family-provider relationships: The basis of all interventions. *Infant and Young Children*. Vol. 4, Issue 4: 46-52.

Hansen, Y. (2002). *Does Infant Observation Enhance the Work of the Clinician?* Unpublished paper presented at An Infant Observation Conference, Los Angeles (May 2002).

Hart S. (2008). *Brain, Attachment, Personality. An Introduction to Neuroaffective Development*. London: Karnac Books.

Heinicke, C. (1995). Determinants of the Transition to Parenting. In. M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*, (Vol.3: 277-303). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Heron, J. (1981). Philosophical Basis for a New Paradigm. In Reason, P. & Rowan, J. (Eds). *Human Inquiry. A Sourcebook of New Paradigm Research*. John Wiley & Sons.

Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.

Hobson, P. (2002). *The Cradle of Thought: Exploration of the Origins of Thinking*. Oxford: Macmillan.

Hochmann, J. (1982). L'institution mentale: du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés. *L'Information psychiatrique*. Vol. 58, No 8: 987-991.

Hochmann, J. (1983). *Techniques de soin en psychiatrie de secteur*. Lyon : Presses universitaires de Lyon (1983).

Hochmann, J. (1986). Un point de vue sur les rapports de la psychanalyse et de la thérapie institutionnelle aujourd'hui, *Confrontations psychiatriques*. Vol. 26: 65-78.

Hofer, M. A. (1990). Early Symbiotic Processes: Hard Evidence from a Soft Place. In: R. A. Glick & S. Bone (Eds.), *Pleasure beyond the Pleasure Principle* (p.55-78). New Haven, CT: Yale University Press.

Hoffman, L. (2003). Mothers' Ambivalence with their Babies and Toddlers: Manifestations of Conflicts with Aggression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.51: 1219-1240.

Hoffman, L. (2004). When Daughter Becomes Mother: Inferences from Multiple Dyadic Parent-child Groups. *Psychoanalytic Inquiry*. Vol.24: 629-656.

Hoffman, L., Nachman, P., & Rosenman, A. (2006). Voiced and Unvoiced Concerns of Mothers: Psychodynamic Principles Address the Challenges of Early Parenthood. *Zero to Three*. p. 45-51.

Holloway, I. & Todres, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research*. Vol. 3: 345-357.

Hollway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing Qualitative Research Differently: Free Association, Narrative and the Interview Method*. London: Sage.

Hopkins, J. (1992). Infant – parents psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 18, Issue:15-18.

Horvath, A.O. (2005). The Therapeutic Relationship: Research and Theory. *Psychotherapy and Research*. Vol.15: 3-7.

Hunt, J. (1989). *Psychoanalytic Aspects of Fieldwork*. London: Sage.

Hurry, A. (1998). Psychoanalysis and Developmental Therapy. In. *Psychoanalysis and Developmental Therapy. Monograph 3, AFC and UCL*. Chapter 2, (p.32-73). London: Karnac Books.

Ivanova, V. (2007). *Toddler groups in St. Petersburg: Creating psychotherapeutic space*. Paper presented at the Toddler Symposium, Anna Freud Centre, London (November 2007).

James, J. (2005). Analytic Group Psychotherapy with Mothers and Infants. In T. Baradon (Ed.), *The Practice of Psychoanalytic Parent Infant Psychotherapy: Claiming the Baby*. London: Taylor and Francis.

Jimenez, J. P. (2007). Can Research Influence Clinical Practice? *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.88, Issue 3: 661-680.

Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M. & Bernstein, D.P. (1999). Childhood Maltreatment Increasing Risk for Personality Disorders during Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 56, Issue 7: 600-606.

Josephs, L. (2003). The Observing Ego as Voyeur. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 84. No 4: 879-890.

Joyce, A. (2005). One to Two Year Old. In E. Rayner, A. Joyce, J. Rose, M. Twyman & C. Clulow (Eds.), *An Introduction to the Psychodynamics of Growth, Maturity and Ageing* (4<sup>th</sup> edition) (pp.71-95). London: Routledge.

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel*. Paris: Dunod. Ελληνική μετάφραση (2009). *Ένας πληθυντικός ενικός*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Kaës, R. (1976). *L'Appareil Psychique Groupal. Construction du Groupe*. Paris: Bordas.

Kandel, E. (1999). Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 156: 505-523.

Kandel, E. (2006). *In Search of Memory: The Emergence of a new Science of the Mind*. New York: Norton.

Kantrowitz, J., Katz, A., & Paolitto, F. (1990). Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination. II. Development of the self-analytic function. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 38: 637-654.

Kantrowitz, J. L. (1993). Outcome Research in Psychoanalysis: Review and Considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 41: 313-328.

Katan, A. (1961). Some Thoughts about the Role of Verbalization in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. 16: 184-188.

Kelly, J.F. (1999). Parent education within a relationship-focused model. *Topics in Early Childhood Education*, Fall, 1999.

Kendler, K.S., Kessler, R.S., Neale, M. C., Heath A.C. & Eaves, L.J. (1993). The Prediction of Major Depression in Women: Towards an Integrated Etiologic Model. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 150, No 8: 1139-1148.

Kernberg, O. (2012). Suicide Prevention for Psychoanalytic Institutes and Societies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 60, Issue 4: 707-719.

Kernberg, O. F. (2006). The Pressing Need to Increase Research in and on Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis* 87: 919-926

Klauber, J. (1968). On the dual Use of Historical and Scientific Method in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 49: 80-88.

Klitzing, K. V., Simoni, H. & Burgin, D. B. (1999). Child Development and Early Triadic Relationships. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 80: 71-89.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.

Lacan, J. (1953). Funktion und Feld des Sprechens und der Sprache in der Psychoanalyse. In *Ecrits*, Paris: Editions du Seuil, 1966, p. 237-322.

Lancer, G. (2000). Towards a common ground in psychoanalysis and family therapy: on knowing not to know. *Journal of Family Therapy*. Vol. 22: 61-82.

Leuzinger-Bohleber, M. & Pfeifer, R. (2006). Recollecting the Past in the Present. *Psychoanalysis and the Neuroscience*. 63-95.

Lanyado, M. (1987). Asymbolic and Symbolic Play: Developmental Perspectives in the Treatment of Disturbed Children. *Journal of Child Psychotherapy*, Vol.13, Issue.2: 33-43.

Lebovici, S. & Soule, M. (1970). *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

Lebovici, S. (1962). The Theory of Parent-Child Relationship – Contributions to Discussion. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.43: 246-247.

Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Ka"chele, H., Kreische, R., Leweke, F., Ruger, U., Winkelbach, C., & Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and Psychoanalytic Psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 166: 875–881.

Leider, R. (1996). The psychology of the self. In E. Nersessian & R. Kopff (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (pp. 127–164). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Leuzinger-Bohleber, M. Stuhurst, U., R"uger, B. & Beutel, M. (2003). How to study the 'Quality of Psychoanalytic Treatments' and their long-term Effects on Patients' well-being. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 84: 263-290.

Lieberman, A.F. (1992). Infant-parent psychotherapy with toddlers. *Development and Psychopathology*, (Vol.4: 559-574). Cambridge University Press.

Lieberman, A.F. (1994). *The Emotional Life of the Toddler*. New York: Free Press.

Litowitz, B. E. (2012). Why this Question? Commentary on Vivona. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 60, Issue. 2: 267-274.

Lowder, G., Bucci, W., Maskit, B. & Christian, C. (2007). Poster Summaries II. Human Development: Intersections with Psychoanalytic Perspectives: It's Hard to Say: The Challenge of Connecting Emotions and Language for First-Time Mothers. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.55: 265-269.

Lucey, H., Melody, J. & Walkerdine, V. (2003). Transitions to Womanhood: Developing a Psychosocial Perspective in One Longitudinal Study. *International Journal of Social Research Methodology*. Vol.6, Issue 3: 279-284.

Maenchen, A. (1970). On the technique of child analysis in relations to stages of development. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol.25: 175–208.

Mahler, M. (1965). On the significance of the normal separation-individuation phase with reference to research in symbiotic child psychosis. In *Drives, Affects, Behaviour, vol.2, ed. M. Schur, (p.161-169)*. New York: International Universities Press.

Mahler, M. (1979). *The selected papers of Margaret Mahler: Vol. 2. Separation individuation*. New York, NY: Jason Aronson.

Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.

Manoni, M. (1979). *La théorie comme fiction*. Paris: Le Seuil.

Marks, S. (2001). Research Project "History and Memory". In Kiegelman, M. (Ed.) *Qualitative Research in Psychology*. Verlag Ingeborg Huber.

Marshall, C. and Rossman, B. G. (2006). *Designing Qualitative Research*. Sage Publications.

Mayes, L., Fonagy, P., Target, M. (2007). *Developmental Science and Psychoanalysis*. London: Karnac Books.

Mc George, T., Cross, S. & Jenkins, R. (2010). Prevention. In Morgan, C. & Bhugra, D. *Principles of Social Psychiatry*. (p.397-410). Second Edition: Wiley-Blackwell.

McCollum, J.A., Gooler, F.G., Appl, D.J., & Yates, T.J. (2001). PIWI: enhancing parent-child interaction as a foundation for early intervention. *Inf Young Children*. Vol. 14, Issue 1: 34-45.

McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. Sage Publications.

Meaney, M. J. & Szyf, M. (2005). Environmental Programming of Stress Responses through DNA Methylation: Life at the Interface between a Dynamic Environment and a Fixed Genome. *Dialogues in Clinical Neurosciences*,. Vol. 7, Issue 2: 103-123.

Melhuish, E. (2004). *Unpublished Keynote paper. In: Attachment Conference. London: University College. Pine, (1992).*

Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating Qualitative Approaches into Child Psychotherapy Research. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 30, Issue 1: 89-111.

Midgley, N. (2006a). Psychoanalysis and Qualitative Psychology: Complementary or Contradictory Paradigms? *Qualitative Research in Psychology*. Vol. 3: 213-231.

Midgley, N. (2006b). The Outcome of Child Analysis from the Patient Point of View: A Qualitative Analysis of a Long-Term follow-up Study. *Psychology and Psychotherapy*. Vol. 79, Issue 2: 257-269.

Midgley, N. (2007). Anna Freud: The Hampstead War Nurseries and the Role of the Direct Observation of Children for Psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.88, Issue 4: 939-959.

Miller, J.L. & Hanft, B.E. (1998). Building positive alliances: Partnerships with families as the cornerstone of developmental assessment. *Inf Young Children*. Vol. 11, Issue 1: 49-60.

Miller, L., Kramer, R., Warner, V., Wickramaratne, P. & Weissman, M. (1997). Intergenerational Transmission of Parental Bonding Among Women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 36, Issue 8: 1134-1139.

Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (2005). Clinical Research. In. Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (p. 605-640). Sage Publications, Inc.



Milrod, B., & Busch, F. (2003a). Prologue to psychoanalytic research: Current issues and controversies. *Psychoanalytic Inquiry*. Vol. 23: 211–217.

Milrod, B., Leon, A.C., Busch, F.N., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E.T., Graf, E., Teres, J.J., & Shear, M.K. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 164: 265–272.

Milrod, B.L., & Busch, F.N. (2003b). Epilogue to psychoanalytic research: Current issues and controversies. *Psychoanalytic Inquiry*. Vol. 23: 405–408.

Morgan, C. & Bhugra, D. (2010). *Principles of Social Psychiatry*. Second Edition: Wiley-Blackwell.

Morse, J (1998) 'Designing funded qualitative research'. In N Denzin and Y Lincoln (Eds) *Strategies of Qualitative Inquiry*. (p 56 –85). Thousand Oaks, Ca. Sage.

Morse, M. (1994). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publications.

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Sage Publications.

Munhall, L. P. (1988). Ethical Considerations in Qualitative Research. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 10: 150-161.

Murphy, S., Zweifach, J. & Hoffman, L. (2011). The Everyday Concerns of Mothers of Young Children and the Motivation to Seek Parenting Support from Experts. *Early Child Development and Care*. Vol. 182, Issue 9:1125-1137.

Murray, J. (2010). Qualitative Research Methods. In Morgan, C. & Bhugra, D. *Principles of Social Psychiatry*. (P. 77-88). Second Edition: Wiley-Blackwell.

Nass, M. L. (1966). The Superego and Moral Development in the Theories of Freud & Piaget. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol.21: 51-67.

Navridi, E., Navridis, K. & Midgley N. (2012). Separation and Relating in a Parent-Toddler Group Setting. *Early Child Development and Care*. Volume 182, Issue 2: 221-232.

Navridi, E. (2010). Integration, Sharing and Separation in Toddler Groups: A Greek experience. In Zaphiriou Woods, M. & Pretorius, I.M. (2010). *Psychoanalytic Parent-toddler Groups: Excursions and Returns*. London: Routledge.

Neri C., (2011). *Thoughts without thinkers*. Ανέκδοτη ομιλία στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Neven, R., S., (1995). Developing a Psychotherapy Clinic for Children, Parents and Young People at a Large Pediatric Hospital in Australia. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol.21, Issue.1: 91-120.

Newman, L. (1995). *Attachment Theory and Borderline Personality Disorder: Towards a Model of Early Intervention*. World Association for Infant Mental Health Conference, Sydney.

Nichols, L. (2009). Seeing, Believing, Dreaming, Thinking: Some Methodological Mapping of View Points. In. *Researching Beneath the Surface*. Karnac Books Ltd.

Norman-Murch, (1996). Reflective supervision as a vehicle for individual and organizational development. *ZERO TO THREE*, October/November 1996.

Norman-Murch, T. (Ed.) (1999). Reflective practice in relationship-based organizations. *ZERO TO THREE*. Vol. 20, Issue 1.

Ogden, T. H. (2005). On Psychoanalytic Supervision. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.86, Issue 5: 1265-1280.

Ogden, T. H. (2008). Bion's Four Principles of Mental Functioning. *Fort Da*. Vol. 14B:11-35.

Olds, D.L., Sandler, L. & Kitzman, H. (2007). Programs for Parents of Infants and Toddlers: Recent Evidence from Randomized Trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 48, Issue 3-4: 355-391.

Osofsky, J. D., Cohen, G. & Drell, M. (1995). The Effects of Trauma on Young Children: A case of 2-year-old twins. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.76: 595-607.

Parlakian, R. (2001). Look, listen, and learn: Reflective supervision and relationship-based work. Washington, D.C.: *ZERO TO THREE*.

Parsons, M. (2007). Raiding the Inarticulate: The Internal Analytic Setting and Listening Beyond Counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.88: 1441-1456.

Paul, C. (1991). Le Béb  qui Voit, mais ne Regarde pas. *Devenir*. Vol. 3, Issue 1:62-78.

Paul, C. & Salo, F. T. (1997). Infant – led Innovations in a mother – baby Therapy Group. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol.23, Issue. 2: 219-244.

Paul, J. (1993). A Stitch in Time: Using Emotional Support, Developmental Guidance and Infant-Parent Psychotherapy in a Brief Preventive Intervention. In. W. B. Carey and S. C. McDevitt (Eds.) *Prevention and Early Jeopardy: Prevention and Early Intervention: Individual Differences at Risk Factors for the Mental Health of Children: A Festschrift for Stella Chess and Alexander Thomas*. New York: Brunner / Mazel.

Perron, R. (2006). How to Do Research? Reply to Otto Kernberg. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 87, Issue 4: 927-932.

Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L.. & Vigilante, D. (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation and “use-dependent” *Development of Brain. How “States” become “Traits”*. *Infant Mental Health Journal*. Vol.16: 271-291.

Philip M. Bromberg (2012). Stumbling Along and Hanging In: If This Be Technique, Make the Most of It! *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*. Vol.32, Issue 1: 3-17.

Phillips, J. (1996). Key concepts: Hermeneutics. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. Vol. 3, Issue 1: 61–69.

Phipps, W. D. & Vorster, C. (2012). Narrative Therapy: Intrapsychic Perspective? *Journal of Family Psychotherapy*. Vol. 22, Issue 2: 128-147.

Pilkington, K. and Malinowski, M (2002). The natural environment II: Uncovering deeper responsibilities within relationship-based services. *Infant and Young Children*. Vol. 15, Issue 2: 78-84.

Pine, F. (1992). Some Refinements of the Separation-Individuation Concept in the Light of Research on Infants. In *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol.47, ed. Soluit, A.J. et al. (p. 103-118). Yale University Press, 1992.

Plomin, R. (1983). Developmental Behavioural Genetics. *Child Development*. Vol 54: 252-259.

Pocock, D. (1995). Searching for a better story: Harnessing modern and postmodern positions in family therapy. *Journal of Family Therapy*. Vol. 17: 149-173.

Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for the Human Sciences: Systems of inquiry*. SUNY Press.

Prat, R. (2010). A Time to See and a Time to Think: Therapy and Observation with Mothers and Their Infants. *The International Journal of Infant Observation and Its Applications*. Vol. 13, Issue 2: 135-150.

Pretorius I. M. (2004). The Skin as a Means of Communicating the Difficulties of Separation-Individuation in Toddlerhood. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*. Vol. 7, No. 1:68-88.

Reite, M. & Capitanio, J.P. (1985). On the Nature of Social Separation and Attachment. In M. Reite & T. Field (Ed.), *The Psychobiology of Attachment and Separation*. Orlando, FL: Academic Press.

Rennie, D. (2001). Experiencing psychotherapy: Grounded theory studies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Handbook of research in humanistic psychotherapies*. Washington: American Psychological Association.

Revault d'Allonnes, C. & Al. (1989). *La démarche Clinique en sciences humaines*. Paris : Editions Dunod.

Revault d'Allonnes, C., Barus-Michel, J. (1981). *La psychologie sociale*. Bulletin de Psychologie. Vol. 34.

Reynolds D. (2003). Mindful Parenting: A Group Approach to Enhancing Reflective Capacity in Parents and Infants. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol.29. Issue3: 357-374.

Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Sage.

Robson, C. (2002). *Real World Research*. Blackwell Publishing Ltd.

Rogosch, F.A., Cicchetti, D., Shields, A., et al., (1995). Parenting Dysfunction in Child Maltreatment. In: M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*, (Vol.4: 127-159). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Roth, C. & Morrison, M. (1993). Infant - Family Psychotherapy: One Approach to the Treatment of Infant and Family Disturbances. In. E. S. Fenichel and S. Provence (Eds.). *Development in Jeopardy: Clinical*

*Responses to Infants and Families* (1993). Madison, CT: International Universities Press.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (1994). Towards a Working Alliance between Research and Practice. In: Talley, P.F., Strupp, H.H. & Butler, S.F. *Psychotherapy Research and Practice: Bridging the Gap*. (p. 206-226). New York: Basic Books.

Salo, F. T. (2007). Recognizing the Infant as Subject in Infant-Parent Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.88, Issue 4: 961-979.

Sandell, R. (2002). Multimodal analysis of temporal interactions in the effects of psychoanalysis and long-term psychotherapy. In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (Eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment*. London: Whurr Books.

Scalzone, F. (2005). Notes for a Dialogue between Psychoanalysis and Neuroscience. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.86, Issue 5: 1405-1423.

Scharff, D.E. & Scharff, J.S. (1987). *Object Relations Family Therapy*. US: Jason Aronson.

Scheurich, J. J. (1995). A Postmodernist Critique of Research Interviewing. *Qualitative Studies in Education*. Vol. 8: 239-252.

Schore, A. (1993). *Affect Regulation and the Origin of the Self: Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W.W. Norton.

Schore, A. J. (2001). The Effects of Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 22, Issue 1: 7-66.

Schore, A. N. (1996). The Experience – Dependent Maturation of a Regulatory System in the Orbital Prefrontal Cortex and the Origin of Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*. Vol.8: 59-87.

Schore, A. N. (1997<sup>a</sup>). Early Organization of the Nonlinear Right Brain and Development of Predisposition to Psychiatric Disorders. *Development and Psychopathology*. Vol. 9: 595-631.

Schore, A. N. (2000β). Attachment and the Regulation of the Right Brain. *Attachment & Human Development*. Vol.2: 23-47.

Schore, A. N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. Vol.22, Issue 1-2: 201-269.

Schore, A.N. (2000α). *Foreword to the Reissue of Attachment and Loss. Vol.1: Attachment by John Bowlby*. New York: Basic Books.

Sherwood, R. (1980). *The Psychodynamics of Race: Vicious and Benign Spirals*. Brighton: Harvester.

Shimm, P.H., & Ballen, K. (1995). *Parenting your toddler*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Qualitative Data*. London: Sage.

Singer, B. & Ryff, C.D. (1999). Hierarchies of Life Histories and Associated Health Risks. *Annals of the New York Academy of Sciences*. Vol. 896: 96-115.

Singer, E. (1998). The interpersonal approach to psychoanalysis. In R. Langs (Ed.), *Current theories of psychoanalysis* (pp. 73–101). Madison, CT: International Universities Press.

Singleton Jr, R and Straits, B (1999) *Approaches to Social Research* 3rd edition. New York. Oxford University Press.

Slade, A. & Wolf, D. P. (Eds.) (1994). *Children at Play: Clinical and Developmental Approaches to Meaning and Representation*. Oxford University Press

Slade, A. (1999). Representation, Symbolization and Affect Regulation in the Concomitant Treatment of a Mother and Child: Attachment Theory and Child Psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*. Vol.19: 797-830.

Slade, A., Sadler, L. & Mayes, L. (2005). Minding the Baby: Enhancing Reflective Functioning in a Nursing / Mental Health Home Visiting Program. In. L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. Greenberg (Eds.) *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention and Policy* (p.152-177). New York: Guilford Press.

Slade, A., Sadler, L., de Dios-Kenn, C., Webb, D., Ezepchick, J. & Mayes, L. (2005). Minding the Baby: A Reflective Parenting Program. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. 60: 74-100.

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. & Locker, A. (2005). Maternal Reflective Functioning, Attachment and the Transmission Gap: A Preliminary Study. *Attachment and Human Development*. Vol. 7, Issue 3: 283-298.

Smith, J.A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health*. Vol. 11: 261-271.

Solms, M., Turnbull, O., (2002). *The brain and the Inner World: An introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. New York, Other Press.

Solms, M. & Turnbull, O. H. (2011). What is Neuropsychoanalysis? *Neuropsychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*. Vol. 13: 133-145.

Sorensen, P., B. (2000). Observations of Transition Facilitating Behavior – Developmental and Theoretical Implications. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*. Vol. 3, No. 2: 46-54.

Soule, M. (1982). L'enfant dans la tête – l'enfant imaginaire. In Brazelton T. B. (Ed.) *La Dynamique du Nourrisson*. Paris : Les Editions ESF, p.135-175.

Spinelli, E. (2005). *The interpreted World: an introduction to phenomenological psychology*. Sage.

Spitz, R. (1963). Life and Dialogue. In Selected Papers Emde, R. N. (ed.) *Rene Spitz: Dialogues from Infancy* (1983). New York: International University Press, p. 147-160.

Spitz, R.A. (1946). Anaclitic Depression: An inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*. Vol.2: 313-342.

Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K. & Egeland, B. (1999). Implications of Attachment Theory for Developmental Psychopathology. *Developmental Psychopathology*. Vol. 11, Issue 1: 1-13.

Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London: Karnac Books.

Stern-Bruschweiler, N. & Stern, D. N. (1989). A Model of Conceptualizing the Role of the Mother's Representational World in Various Mother-Infant Therapies. *Infant Mental Health Journal*. Vol.10, Issue 3: 142-156.

Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Stern, D.N. (2001). Unedited lecture. Sikon Conference (11/2001) Copenhagen.

Stith, S., Rosen, K., McCollum, E., Coleman, J., & Herman, S. (1996). The voices of children: Preadolescent children's experiences in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 22: 69–86.

Stopford, A. (2004). Researching Postcolonial Subjectivities: The Application of Relational Psychoanalysis to Research Methodology. *Critical Psychology*. Vol.10: 13-35.

Strathearn, L., Gray, P.H., O' Callaghan, M. & Wood, D.O. (2001). Childhood Neglect and Cognitive Development in Extremely Low Weight Infants: A Prospective Study. *Paediatrics*. Vol. 108, Issue 1: 142-151.

Strickland-Clark, L., Campbell, D., & Dallos, R. (2000). Children and adolescent views on family therapy'. *Journal of Family Therapy*. Vol. 22: 324–334.

Strogatz, S. (2003). *Sync. The Emerging Science of Spontaneous Order*. New York: Theia.

Sullivan, H. (1940). *Conceptions of modern psychiatry*. New York, NY: Norton.

Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: Norton.

Target, M., & Fonagy, P. (2002). The history and current status of outcome research at the Anna Freud centre. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. 57: 27–59.

Teo, T. (2003). Wilhelm Dilthey (1833–1911) and Eduard Spranger (1882–1963) on the developing person. *Humanistic Psychologist*. Vol. 31, Issue 1: 74–94.



Tietel, E. (2000). The Interview as Relational Space. *Forum: Qualitative Social Research*. Vol. 1, No 3.

Trakas, D. J. (Ed.) (2008). *Focus Groups Revised: Lessons from Qualitative Research with Children*. London: Llit.

Trevarthen, C. (1976). Modes of Perceiving and Modes of Acting. In Pick, H.J. (ed.), *Psychological Modes of Perceiving and Processing Information*. Hillsdale-New Jersey: Earlbaum.

Trevarthen, C. (1979). Communication and Cooperation in Early Infancy. A Description of Primary Intersubjectivity. In. Bullowa, M. (ed.), *Before Speech: The Beginning of Human Communication*. London: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (2005). First Things First: Infants Make Good Use of the Sympathetic Rhythm of Imitation, Without Reason or Language. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol 31, Issue 1: 91-113.

Tsalioglou, F. (1988). "Le matricide, paradis perdu du psychotique [Matricide: Paradise lost for psychotics]." *Revue internationale de criminologie et de police technique*. Vol. 3: 332-344.

Tuckett, A.G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary Nurse*. Vol. 19: 75-87.

Tuckett, A.G. (2005). Applying Thematic Analysis Theory to Practice: A Researcher's Experience. *Contemporary Nurse*. Vol. 19: 75-87.

Vacca, J.J. (2001). Promoting positive infant-caregiver attachment: The role of the early interventionist and recommendations for parent training. *Infant and Young Children*. Vol. 13, Issue 4: 1-10.

Vegetti Finzi, S. (2006). *Ιστορία της Ψυχανάλυσης*. Νοόγραμμα.

Vivona, J. M. (2012). Is There a Nonverbal Period of Development? *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 60. No. 2: 231-266.

Walkerdine, V.(1997). *Daddy's Girl: Young Girls and Popular Culture*. Basingstoke: Macmillan.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York, NY: Norton.

Weber, R. P. (1996). *Basic Content Analysis*. Second Edition: Sage. Newbury Park.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience and Recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press

Weston, D. Ivins, B. Heffron, M. & Sweet, N. (1997). Formulating the centrality of relationships in early intervention: An organizational perspective. *Infant and Young Children*. Vol. 9, Issue 3: 1-12.

White, M. (1990). Story, knowledge, and power. In M. White & D. Epston (Eds.), *Narrative means to therapeutic ends* (p. 1–37). New York, NY: Norton.

Widom, C.S. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown-up. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 156, Issue 8:1223-1229.

Wilcox, M.J. & Weber, C.A. (2001). Relationship-based practice in early intervention. Washington, D.C.; Poster presentation at the NAEYC National Institute for Early Childhood Professional Development.

Winnicott, D. (1941). The Observation of Infants in a Set Situation. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.22: 229-249.

Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1949). *Mirror-role of the Mother and Family in Child Development. Playing and Reality*. UK: Brunner-Routledge.

Winnicott, D. W. (1956). Primary Maternal Preoccupation. In *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books (1975), (p.300-305).

Winnicott, D.W. (1971). Mirror-role of Mother and Family in Child Development. In *Playing and Reality*. New York: Basic Books.

Winnicott, D.W. (2003). *Διαδικασίες Ωρίμανσης και Διευκολυντικό Περιβάλλον*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Woodhead, J. (2004). Shifting Triangles: Images of Father in Sequences from Parent – Infant Psychotherapy. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*. Vol.7, Issue.2-3: 76-90.

Woodhead, J. & James, J. (2007). Transformational Process in Parent Infant Psychotherapy: Provision in Community Drop-in Groups. In M. Pozzi-Monzo & B. Tydeman (Eds.), *Innovations in Parent Infant Psychotherapy*. London: Karnac.

Worsley, P. (1991). *The New Modern Sociology Readings*. Penguin Books.

Wright, K. (1991). *Vision and Separation: Between Mother and Baby*. London: Jason Aronson Inc.

Zaphiriou Woods, M. & Pretorius, I-M. (2010). *Parents and toddlers in groups: a psychoanalytic developmental approach*. Routledge: London and New York.

Zaphiriou Woods, M. (2000). Preventive Work in a Toddler Group and Nursery. *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 26, Issue. 2: 209-233.

Zaphiriou Woods, M. (2005). *The Anna Freud Centre Parent-Toddler. Unpublished paper, presented at the Toddler Symposium, Anna Freud Centre, London, U.K.*

Αναγνωστόπουλος, Δ. & Λαζαράτου, Ε. (2005). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Β΄ Έκδοση. Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Αναγνωστόπουλος, Δ., Ρότσικα, Β. & Σίνη, Α. (2005). Οι Μαθησιακές Διαταραχές: Ένα Παράδειγμα Έγκαιρης Διάγνωσης και Αντιμετώπισης. Στο: Αναγνωστόπουλος, Δ. & Λαζαράτου, Ε. *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Β΄ Έκδοση. Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Βλασσοπούλου, Μ. & Τσίπρα, Ι. (2005). Ο Σχεδιασμός και η Εφαρμογή ενός Προγράμματος Πρώιμης Αντιμετώπισης στην Κοινότητα: Η Αμφίδρομη Σχέση Θεωρίας και Πράξης. Στο: Αναγνωστόπουλος, Δ. & Λαζαράτου, Ε. *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Β΄ Έκδοση. Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Γαλανάκη, Ε. & Ναυρίδη, Α. (2006). Η Μοναξιά των Παιδιών με Πρώιμο Ψυχικό Τραύμα: Τι Μαθαίνουμε από τις Παρατηρήσεις της Anna Freud. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 8, Τεύχος 1: 49-66: 9-37.

Γαλανάκη, Ε. & Βογιατζόγλου, Π. (2007). Η Κοινωνική Απόσυρση στην Παιδική Ηλικία: Εννοιολογικές, Μεθοδολογικές & Αναπτυξιακές Αποσαφηνίσεις. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 9, Τεύχος 2.

Ιγγλέση, Χ. (1997). *Πρόσωπα Γυναικών Προσωπεία της Συνείδησης: Συγκρότηση της Γυναικείας Ταυτότητας στην Ελληνική Κοινωνία*. Εκδόσεις: Οδυσσέας.

Κουρέτας, Ν. (2007). Άλλες Εποχές, Άλλες Πραγματικότητες. Στο: Σολδάτος, Κ. & Βασιλαματζής, Γ. (Επιμ.). *Ψυχαναλυτική Σκέψη: Επιστημολογία & Διεπιστημονικότητα*. Εκδόσεις Βήτα.

Κουρέτας, Ν. (2012). Η Ψυχανάλυση και η Νευροεπιστήμη. Έχουν Ανάγκη η Μια την Άλλη; *Οιδίπους*. Έτη Δ, τεύχος, 8.

Λάγιου-Λιγνού, Ε. (1993). Ψυχαναλυτική παρατήρηση βρέφους και η συμβολή της στην προετοιμασία κλινικού έργου. *Ψυχανάλυση και Ψυχοθεραπεία*. Τόμος 1, Τεύχος 1: 23-38. Εκδόσεις Κάκτος.

Λάγιου-Λιγνού, Ε.(1999). Η κλινική αξία της εκπαίδευσης στη μέθοδο της ψυχαναλυτικής παρατήρησης βρέφους και οι εφαρμογές της σε προγράμματα πρώιμης πρόληψης. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Τόμος 1, Τεύχος 1: 36-65.

Λάγιου – Λιγνού, Ε. (2013). *Πρόγραμμα Πρώιμης Θεραπευτικής Παρέμβασης στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»*. Ανέκδοτη εργασία. Παρουσιάστηκε στο 8<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο.

Λάγιου-Λιγνού, Έ. (2008). Η Σημασία των Πρωταρχικών Σχέσεων του Βρέφους με τα Πρόσωπα Φροντίδας (Μητέρα, Πατέρα) στην Ανάπτυξη του Ψυχισμού. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 1. Τεύχος 1: σελ. 9-20.

Λάγιου - Λιγνού, Ε. και Συνεργάτες (2011). *Παρατηρώντας το Βρέφος: Η μέθοδος της Ψυχαναλυτικής Παρατήρησης Βρέφους*. Εκδόσεις Καστανιώτη

Λαζαράτου, Ε. Αναγνωστόπουλος, Δ. (2003). Η κλινική σημασία του άγχους αποχωρισμού και η θεωρία της προσκόλλησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. Τόμος 20, Τεύχος 2: 138-141.

Λαζαράτου, Ε. (2005). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική των Βρεφών. Στο: Αναγνωστόπουλος, Δ. & Λαζαράτου, Ε. *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Β΄ Έκδοση. Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Λαζαράτου, Ε. (2007). Παιδική Ψυχανάλυση: Μια Αμφιλεγόμενη Πορεία. Στο: Σολδάτος, Κ. & Βασιλαματζής, Γ.(Επιμ.). *Ψυχαναλυτική Σκέψη: Επιστημολογία & Διεπιστημονικότητα*. Εκδόσεις Βήτα.

Λυδάκη, Α. (2012). *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαδιανός, Μ.Γ. (2000). *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαράτου – Πανοπούλου, Ο. (1998). *Παιδί, Επιστήμη και Ψυχανάλυση: Οι Διαδρομές του Jean Piaget*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαράτου – Πανοπούλου, Ο. (2008). Το Βρέφος της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας και των Ψυχαναλυτικών Θεωριών: Συγκλίνουσες ή Αποκλίνουσες Απόψεις. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 10, Τεύχος 1: 32-38.

Μπεράτη, Σ. (2007). Παρατήρηση Βρεφών και Παιδιών Προσχολικής Ηλικίας και Ψυχαναλυτική Έρευνα. Στο: Σολδάτος, Κ. & Βασλαματζής, Γ.(Επιμ.). *Ψυχαναλυτική Σκέψη: Επιστημολογία & Διεπιστημονικότητα*. Εκδόσεις Βήτα.

Ναυρίδη, Α. (2007). Ομάδες Νηπίων (Toddler Groups): Ένα μεταβατικό πλαίσιο για μια μεταβατική ηλικία. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 9, Τεύχος 2: 73-82.

Ναυρίδης, Κ. (2012). *Θεραπεία μέσα από την εκπαίδευση και εκπαίδευση μέσα από τη θεραπεία σε ομάδα*. Προσκεκλημένη ομιλία στο Διεθνές Συνέδριο της EFPP, με θέμα: «Σύγκρουση και συμφιλίωση στις ομάδες, στα ζεύγη, στις οικογένειες και στην κοινωνία». Υπό δημοσίευση στο Περιοδικό Ψυχολογία της ΕΛ.Ψ.Ε.

Ναυρίδης, Κ. (2005). *Ψυχολογία των Ομάδων, Κλινική Ψυχοδυναμική Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ναυρίδης, Κ. (1994). *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Ντάβου, Μπ. (2000). *Οι διεργασίες της σκέψης στην εποχή της πληροφορίας: Θέματα Γνωστικής Ψυχολογίας και Επικοινωνίας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Πανταζής, Π. (2004). *Από τα Υποκείμενα στο Υποκείμενο. Η Βιογραφική Προσέγγιση στην Ψυχοκοινωνική Έρευνα*. Ελληνικά Γράμματα.

Ποταμιάνου, Α. (2007). Το Ερευνητικό Διάβημα στην Ψυχανάλυση. Στο: Σολδάτος, Κ. & Βασλαματζής, Γ.(Επιμ.). *Ψυχαναλυτική Σκέψη: Επιστημολογία & Διεπιστημονικότητα*. Εκδόσεις Βήτα.

Σκλείδη, Ο. (2007). Το Παιχνίδι: Γέφυρα Ανάμεσα στην Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Παιδιού και Ενήλικα. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 9, τεύχος 1: 28-46.

Σολδάτος, Κ. & Βασλαματζής, Γ.(Επιμ.) (2007). *Ψυχαναλυτική Σκέψη: Επιστημολογία & Διεπιστημονικότητα*. Εκδόσεις Βήτα.

Στυλιανίδης Σ. (2010β). Η ψυχανάλυση ως ιδεολογία και η ιδεολογία της ψυχανάλυσης. (Με αφορμή έναν διάλογο με τον Robert Castel)», *Οιδίπους*. Τόμος 3: 226 – 252.

Στυλιανίδης, Σ. (2008). Συνάντηση της κοινωνικής ψυχιατρικής, της ψυχανάλυσης και της κοινωνικής ανθρωπολογίας. *Κοινότητα και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Η εμπειρία της Εύβοιας 1988-2008*, σελ. 84-96.

Στυλιανίδης, Σ. (2010). *Για μια Καλύτερη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας: Ηθική και Δεοντολογία, Τεκμήρια και Εμπειρία*. Εκδόσεις Τόπος.

Τσαλίκου, Φ. & Αρτινοπούλου, Β. (2003). *Οι Γυναίκες στη Σημερινή Ελλάδα: Ψυχο-κοινωνικές Διαστάσεις*. ΚΕΘΙ

Χατζή, Χ. & Πατεράκη, Λ., (2009). *Η μνήμη στην ψυχανάλυση και στη νευροεπιστήμη: οι εκλεκτικές συγκλίσεις τους μέσα από τα ερωτήματα του τραύματος και της ιστορικής αλήθειας*. *Οιδίπους*. Τόμος 2: 446-509.

Χατζηχρήστου Χ., Μπεζεβέγκης Η., (Επιμ.). (2012). *Θέματα ανάπτυξης και προσαρμογής των παιδιών στην οικογένεια και στο σχολείο*. Εκδόσεις Πεδίο.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## Παράρτημα 1

### Οδηγός Συνέντευξης

1. Ποια είναι η ειδικότητά σας;
2. Ποια είναι η εμπειρία σας στα Toddler Groups *(ήταν και εκπαιδευτές)*
3. Τι είναι για εσάς τα Toddler Groups και σε τι κατά τη γνώμη σας βοηθάνε; *(σε ποιους απευθύνονται; Ποιος είναι ο στόχος τους; Ποιες ανάγκες εξυπηρετούν;)*.
4. Πως παρεμβαίνετε και τι είδους παρεμβάσεις κάνετε στα Toddler Groups;
5. Έχετε κάποια κριτήρια με βάση τα οποία επιλέγετε κάθε φορά το πώς θα παρέμβετε; Μιλήστε μου για αυτά.  
*Για παράδειγμα παίζει ρόλο (επηρεάζεστε) το ποιος είναι ο γονιός που έχετε απέναντί σας;  
Και από τι άλλο επηρεάζεστε;*
6. *“Και δουλεύουν;”* Πως αξιολογείτε το αν και κατά πόσο ένα Toddler Group έχει πετύχει το στόχο του;
7. Έχετε προσέξει στα Toddler Groups που έχετε κάνει να συμβαίνει μερικές φορές κάτι ή να λέγεται κάτι με τρόπο συστηματικό και επαναλαμβανόμενο, που αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την ομάδα και που με αυτό θα μπορούσατε ακόμα και να την χαρακτηρίσετε...να της δώσετε ένα όνομα, ένα τίτλο. Αν ναι θέλετε να μου δώσετε παραδείγματα;



8. Ποιες θεωρητικές έννοιες χρησιμοποιείτε συνήθως και βρίσκετε ότι λειτουργούν στα Toddler Groups;

## Interview

1. Which is your specialisation?
2. Which is your experience in toddler groups? (*Have you been a supervisor?*)
3. What do toddler groups mean to you and in your opinion what are they useful for? (*Who do you think is the target group, which are their goals and which needs do you think they fulfil*)
4. How do you intervene and which ways of intervention do you use?
5. Which are the criteria that you use in order to choose the way of intervention you use?  
*Does the parent you are dealing with make a difference in the way you intervene?*  
*What other might influence you?*
6. *Do you think they are effective?* How do you evaluate if and how much a toddler group has achieved its purpose / goal?
7. Have you noticed, in the groups that you have run, that something has happen or been said systematically and repetitively, which becomes of great importance to the group and with which you could even clearly characterize the whole group...giving that specific group a definitive name or a title?
8. Which theoretical concepts do you use and which ones you think are effective dealing with toddler groups?

## Παράρτημα 2 Απομαγνητοφωνήσεις Συνεντεύξεων

### Interview 1

[...]

**What do toddler groups mean to you?**

(Pause) To me toddler groups offer an opportunity to apply psychoanalytic principles to early intervention and early prevention. So to me it is an application of psychoanalytic understanding. Um.. should I say more?

**Yes, yes, yes, please.**

And in particular what I think toddler groups enable one to do is to use what is most important for that age, to play, to help the child develop, to help them individuate and separate from their mums. What is also very important for that age group, is the relationship with the parent and moving from dependence to greater autonomy. So, in the toddler groups we can do both and work with the relationship, with the parent and to play to help foster the child's development.

**So in your opinion, what are they useful for? You already said for the child's development....**

What else are toddler groups useful for?

**Yes.**

Right, primarily for the child's development, I would say. By this I mean to help the child to negotiate the developmental tasks of that phase namely, taking ownership of the body and mind, toilet mastery, learning to talk and self regulate emotions. Fostering the parent/child relationship, improving it. Improving or helping the parent to think more about the child, so helping the parent to reflect, think about the child's experience, the child's emotion which will only help the child's development. So help the parent think more psychoanalytically, in a way, or think from the child's perspective. I think they can help that. I think toddler groups can also foster relationships between parents in the group so they feel less isolated, they feel less alone, with their particular experience with their toddler, they can see other toddlers do the same or other parents have a similar experience. It enables them to form relationships within the group. It enables the toddlers to start to play in parallel, start to play with other toddlers and certainly start to manage *being* with other children of the same age. What else do the toddler groups help? I think it can give a lot of structure to certain parents and toddlers lives. I think some of them, particularly the more deprived, really value the continuity, the regularity and the fact that me, the leader, and my assistant remember from week to week and we are interested. So every week they would come and we would say, "So how did it go last week, did you manage that?" because we have a shared history with them. So we form a continuity and they come back and tell us the progress or tell us what happened and I think that is *crucially, crucially* important for many of the mums, particularly the more isolated ones. You know, who maybe don't have husbands at home or who don't have grandparents who are very involved with the children. So I think it can fulfil that. I think also on a basic level it can stimulate the child. Some of these children come from deprived homes,

where there aren't many toys; there aren't many opportunities like that. So I think it can provide a lovely setting with a lovely garden or lovely toys for the child to play. Help the mom to play And another thing that toddler groups do is contain the mums as well. You know, we are not only there for the child's development, and to encourage the mother or the father to play with the child, if we sense that mother is very tired or depressed we are there to give the mother a cup of tea and listen to her as well and maybe play with the child a little – to give the mother a break, so containing the mother as well as the mother and the child..

**You talked about deprived and isolated families, these are the only target group for the toddler groups or..?**

No. At the Anna Freud Centre we have a broad range and we try to – as far as is possible – we try have a range, firstly of boys and girls in the group, a range of ages (between 1 and 3 years) but also a range of risk and neediness. So we try to have some better functioning dyads and then some who are higher risk, higher need. Now, that we can do in three of our toddler groups (those located at the AFC or in the local Children's Centre), of course. In the toddler group that meets in the hostel for homeless people all of the people in that attend that group, live in the hostel. But at the other toddler groups where we receive referrals we try to get a range because we find that if we have a couple of well functioning, good enough functioning dyads that really helps the group to feel more like a group and its wonderful modeling for some of the mums that really don't know how to play they have got some examples of other mums that are playing.

**And for this couple that is well functioning, why is the toddler group useful for them?**

That's an interesting question because to the Anna Freud Centre we also take self referrals, and the self referrals are typically the well-functioning or the better functioning couples. I think the toddler group for them is often the place where the mother and child or the father and the child can have some uninterrupted time together. So it gives them the structure and maybe there may be other siblings, but the toddler group time is *that* special time for the toddler and the mum. And then, of course, the trained leader and assistant are there. They are always interested in the child and the parent can talk to about any concerns. I think even the most normal and well-functioning dyad experience all the range of normal toddler concerns, sleeping, rhythm changes, eating fads, you know, potty training, toilet training, all of those are the normal problems, the arrival of a sibling, all the normal range of toddler problems. All dyads go through it and I think they enjoy an opportunity to have a chat about that.

**How do you intervene in toddler groups? What ways do you use?**

Ok, I think there is a broad range of interventions. But I think it doesn't matter where one intervenes, in other words whether one addresses something in the parent or addresses something in the child, or addresses something in the relationship. I think it doesn't really matter, whichever one of those three possibilities or intervenes in the group, it will effect a change: there will be a change.

So in terms of the child, we might speak for the child, verbalize the child's feelings, if we feel the mum is having difficulty understanding what the child is trying to say we might verbalize the child's play to help the mum understand what the child is trying to say through play. I might just verbalize what I think the child is saying through their body or behavior (for example throwing a tantrum at the end of a group meeting) and this can help the child feel understood and regain some emotional balance in order to leave the group. We might intervene by just playing with the child, to give the child an experience of reciprocity, co-operation, interest, all of that.

In terms of the mum we might intervene by empathizing with the mum's feelings or containing her feelings, validating her experience. We might comment on the child to help the mum understand her child a little bit better.

In terms of the relationship, again, we might verbalize the child feelings or talk about what is going on in the relationship to try to let the mum gain a better understanding and then, maybe, respond slightly differently to the child. Verbalizing something about the relationship can also help the child feel understood.

And within the group, you know, verbalize what we think is happening within the group, what the group is showing us with their behavior, verbalize it. For instance if all the members arrive late after a break (or holiday) then I might comment on the lateness. And often humor can be helpful, to lighten things a little bit, if there is something going on that is quite heavy then we can often use humor a little bit so you make the point, say the words but say it in a lighter way.

**So there are different ways of intervention directed to the child, the relationship, the parents, the group, which are the criteria you use in order to choose the intervention you use?**

If it is an intervention in a mother/child dyad, the criteria would be, firstly, that I need to know them quite well. I need to know how fragile is that mother, how robust is she, will she understand my language? can I speak her language? Am I able to use a word she will understand? I need to know that before I start intervening. And then I would try to sense how fragile the mother is on that particular day. Should I just state what I am observing? Or should I merely state what I am observing and not make an interpretation. Making an interpretation (based on an event or observation) is a step further and sometimes mums are too vulnerable to take that, so the fragility of the mum, you know, what is happening in the mum's life at that time.

Similarly I need to be mindful of how fragile the toddler might be. Can the toddler hear my words or is he in such a state of emotional deregulation that any words run the risk of making him feel worse? These are all factors that will determine if and to what extent, I intervene.

The timing is also very important, timing relative to the context and external events. If it's just before the summer holiday which means that we won't see the toddlers for a month, is it a time when I know there is quite a critical thing happening in the toddler's life, so I would be more careful and sensitive in what I say. All of these things could influence how and when I make an intervention.

Similarly in the group, you know, I would try and see whether is the group feeling quite fragile. For instance, I currently have a relatively new assistant and this is affecting the group. Or for instance, if a long holiday is coming I would be mindful of its effect in the group. So I would think whether I have to be gentle in my intervention or can it be stronger and more direct. In some cases, the group, mum or the child might need to be told directly otherwise she won't understand a suggestion. In such cases, the mum needs to be told, "I don't think your child likes that" because if I said, "I wonder if your child likes you roaring like a lion?" the mum might not understand that I am suggesting that she is frightening her child. With some moms you have to say, "I don't think she likes that." You know, be more forceful. Similarly, if a child is hurting another or hitting his mum, I have to be quite forceful and clear in my intervention.

So, to sum up, I would say, I need to know the dyad, first, I need to know the group. I need to sense, how fragile is the mum, what is the kind of language I can use? How deep can I go? How interpretive can I be or must I just comment? Those are all things that I would try to get a sense of. It is often on quite an unconscious level, I think. Often, again, using humor, you know, to lighten things a little bit. I can give you an example of humor, I have a new assistant at present and last week every mother complained to my assistant about the way she made the tea. In every case it was wrong and I realized this was happening so I said, "Oh dear, Tamar is not Anna! The perfect assistant! (Anna was my former and much loved toddler group assistant)! That was an intervention to the group that used exaggeration and humor, but showing them that I do not think that it's about the tea. I am probably that they preferred the old assistant and they are angry that she has left. They are expressing their anger against Tamar, my current assistant. So that is where I use humor, a bit.

**You said before you need to know how fragile the mother of the dyad is, which means that before that you only think and observe, would you include these in the interventions? Do you consider observing as an intervention?**

Absolutely, absolutely, because I use an Anna Freudian frame of theory for my work, I think observing is an intervention in itself. Commenting on, so just making a statement about the observation, which is a verbalization of the observation *that* is an intervention as well. Then, linking, which is an interpretation is going even deeper. But yes, I think just observing can powerfully influence a dyad. The mother knows that I am observing her and her child and it makes her start observing more so, yes, observing and just stating what one sees is a very powerful intervention.

**You could say the same about just being there for them?**

Yes, well, it's just being there, being present, but using my analytic mind. So just being there for them, regularly, always on time, always in a non-judgmental attitude, always ready to play with the children, interested, yes absolutely that is an intervention. It may also be a very new experience for a mum and child, especially if the mum is relatively isolated or deprived herself. So it's me, my attitude, my assistant's attitude and the setting. Absolutely, all of those are forms of interventions.

**Do you think toddler groups are effective? How do you evaluate if and how much a toddler group has achieved its purpose?**

I think early intervention and preventative work can be extremely effective. I have seen many examples over the years that I have been practicing, of extremely effective interventions in the toddler group. How would I evaluate if they are successful? Firstly, the quality of the parent/child relationship. So for instance, a mother might join the group quite depressed, the child shows very little affect, the mother shows very little pleasure in the child, tends to project quite a lot of her own preoccupations, thought and feelings onto the child. There is a couple like that in my group at present. Or rather, they were like that when they started, because much has changed. By the time the boy was three, one and a half years later when they left, the mother was delighting in the child, was proud of him, and they enjoyed each other's company, they played together in a very attentive and sensitive way. And the child was thriving. So improvements in the relationship, genuine pleasure in each other, interest in each other. That mother really enjoyed listening to his language, what is he trying to explain. An improvement in the relationship is a big indicator of effective intervention.

Another indicator is the toddler's development so his capacity to be curious, his language development, his eating his toilet training, his capacity to begin to be able to play with other adults, like me and maybe begin to interact with other children, have a bit of reciprocal play. An important developmental milestone is if the child begins to show some empathy but that usually happens in the third year. The toddler's growing delight in his physical prowess, jumping and enjoying that and showing off, that bodily pleasure is a good indicator of the toddler's progressive development. Very importantly, if the toddler shows some ownership of his body and mind, it suggests that he is progressing well as far as individuation and separating from his mum are concerned. One can tell this if the toddler begins to use the potty or toilet and feel proud when he has managed to do so. One can see this if he begins to be able to verbalize his feelings and regulate his emotions better, if he is able to tolerate longer periods of time away from his parents. These are all indicators that the toddler is developing well.

And of course then, seeing how the toddler manages to end with attending the toddler group and manages to start nursery. In many cases that overlaps so the toddler might stay in the group for a couple of months, while he is settling into nursery. And if that goes well, then, to me that is a good indicator that the group has supported the mum and the toddler's progressive development. If this happens then you know that the mother has been thoughtful about settling the child into the new surroundings. She has prepared him and all of that. To me, all this shows that our intervention has been successful. We have helped the mother to reflect more on the child, think of his experience, prepare him. We have helped the child to separate from the mum and become more autonomous and to take charge of himself, mind and body, thoughts and feelings.

I think that within the group, criteria include when other mothers comment on the child and on the changes in the child. This is particularly powerful if mums comment about someone else's child, because it suggests that the mum is being reflective not only about her child but also about other children. A mum might comment on how the child's expression might be different (for instance the child is no longer so aggressive towards other children) or the child is saying other things, which shows the group is reflecting and seeing a visible change, which means there must be a change. Those are sort of the criteria.

On a more systematic and formal level, we continuously carry out an evaluation of the toddler groups, that is the two groups that are based at the AFC. When parents join the group we ask them to participate in a semi-structured interview called the PDI (Parent Development Interview). We have modified the original PDI and shortened it slightly for our use. The interview asks the parent about their relationship with their child. It asks how the child plays, what the child enjoys and dislikes etc. This interview is then transcribed and coded. Most recently, we have used a coding system for reflective functioning (Fonagy and Target) and assess the mum's capacity to reflect and think about her child as a little individual in his own right. When parents leave the group we administer the same interview. The entry and exit interviews can then be compared and our research has shown that attending the groups leads to a statistically significant improvement in the mum's reflective functioning capacity. What is more, the longer the parent and child stay in the group, the higher the exit reflective functioning score. This is true even when the toddler's development is controlled. So this interview gives us a fairly robust way of measuring change.

When parents leave the group, we also ask them to fill in a questionnaire. Sometimes their answers help us see what they thought was helpful about attending the group.

**The first thing you said was the improvement in the relationship, you talked about nice moments between them, able to play together, to have positive feelings for the child, proud, things like that. Are there other things that shows you there is an improvement in the relationship?**

Are there other things apart from that?

**Yes.**

Not sure that I can think of any more at this point.

**You talked about child's empathy, mother's empathy?**

Yes. I mean, if the child can begin to develop some empathy at around two and a half, three, *that* is a very good sign. A child can only develop empathy if he has had empathy shown to him. So it is only within a context of a loving relationship, where the parent can try and empathize with the child's feelings and try to think what the child is thinking, that the child then can begin to develop that capacity. And, of course, empathy shows that the child is aware of separateness and is aware that his behavior has an impact on somebody else. It also shows that the child is aware on some level that others have a different mind and a different set of feelings and thoughts. So, if the child is showing empathy, reciprocity – reciprocal play – that is a great indicator of the child's capacity to relate and feel close to someone, while being aware that he is separate and different from that person. This is one of the big achievements of the toddler period.

**Have you noticed in the groups that you have run that something has happened or being said systematically or repetitively which becomes of great importance**



**to the group and with which you could clearly characterise the whole group giving that specific group a characteristic name or a title?**

Yes, definitely. Our groups are rolling groups so members join and when they leave we fill the space with another member. But if I think back, there are specific phases or periods of maybe a couple of months when a particular theme dominated the whole group. The first theme I can remember is tantrums. This theme dominated when a number of boys attended my group. They were all about one and a half or two years old. They began to throw very flamboyant and very big tantrums and that became a major theme in the group. As a consequence, we talked a lot about aggression, how does one handle it? How does one help the child to use his aggression in a way that helps his sense of self and his development? The mothers were feeling helpless in the face of these tantrums and it almost seemed as if these tantrums were contagious, that some of the toddlers were catching it and acting in similar ways. And that was a major, major theme, we had massive tantrums at every single group. And we spoke about it.

**And it was expressed only on the toddlers? It didn't reflect to the leaders or the parents?**

It did affect the leaders. I can remember in particular, during this phase, becoming quite annoyed with a mother who was not coming very regularly. In retrospect, I think that she sometimes did not attend, because she felt quite ashamed of her toddler's behavior, he threw tantrums. I felt quite angry and punitive and felt like saying to the mother that she had to decide if she was going to attend the group or not. So I felt like giving her an ultimatum and felt like throwing her and her son out of the group. I am embarrassed to say but thankfully, in peer supervision, I was able to see what I was feeling and doing. I was feeling, what the mother was feeling towards her child. She was feeling helpless, frustrated, not knowing when he was going to behave "well," not knowing when he was going to embarrass her. I was feeling the same with this mother and boy. I was left feeling powerless because I did not know when would she come, when would she not, I never knew. I felt out of control and unable to help her. I felt rejected by her and so felt like rejecting her. So yes, I think that what happens in the group can easily then, be reflected between the leader and the assistant or in the staff group, which is why, weekly supervision is imperative.

**Aggression and the feelings you were having, where they also in the parents?**

Yes. Oh yes, most definitely. I think in that phase, what made the tantrums so significant was that there were a couple of parents in the group who had a history of aggression in their childhood. They had memories of either a father or a brother who had been aggressive when they were children. So when they saw their toddler becoming aggressive it reminded them of their father or brother. In fact, when one of the mothers joined the group during this phase, she said to me about her two year old son, "I looked on the web, he's got ADHD". She said this, because he had thrown a tantrum.

**What is ADHD?**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder. She was so frightened of this normal expression of aggression, which is normal in toddlerhood, because it reminded her of her violent father. So she said her son has ADHD. He didn't have ADHD, he was just a normal toddler, but the mother had difficulty dealing with aggression. When he threw a tantrum, she tended to step back and then he would get more frightened, more out of control. In another case, when the child was aggressive or had a tantrum, the mum tended to become very punitive and she retaliated, which, of course, just escalated everything.

Aggression is normal and necessary in toddlerhood, but it is expressing the right amount in the right context that is important. Of course toddlers don't know of to use aggression appropriately and they need to help to learn. Aggression is necessary to say no, set a boundary, in the right amount. That is what everybody was struggling with in the group at that time. Aggression is needed to create the distance, the separation between mother and child, but just the right amount of aggression. Too much aggression and there is no relationship left in the toddler's mind – or in the parents. The parent might be so annoyed with the child, if they've got their own issues, that they might reject the child so it's the right amount of aggression which I think parent and toddlers are struggling with, during the toddlerhood period. To get the right amount of separation, and a clearly defined sense of self, within the relationship

**Are there other example you could think of...**

Phases like that?

**Yes.**

Yes. I mean another phase that occurred in my toddler group was when three mothers became pregnant within a couple of weeks. We spent a lot of time talking about the new babies, what the impact of the pregnancy had on the children in the group, how to prepare the toddlers for their siblings' arrival. So within a short period of time, three babies were born. And these toddlers and mums started coming to the group with their babies. So suddenly instead of having eight children, we had eleven, sometime, and very demanding toddlers who were coping with new born babies, mothers who were struggling, tired ect. The big issue then was sibling rivalry. The mum often felt guilty that she is not giving enough time to one child or the other child. During that period I can remember my assistant and I, often, would each be carrying a baby so that the mother could then play a bit more with the toddler. That was another phase.

**And this sibling rivalry that was dominating the group, was this also reflected on the leader and the parents?**

It became reflected on some of the assistants' behavior. Two assistants who worked in different groups seemed to be struggling with something that resulted in the two leaders being affected. It was rather difficult to figure out what was going on because there was, sort of, competition going on and tension between these assistants. Again it took peer supervision to try and clarify what was going on.

**And you could say the same about the parents?**

Well, I think the parents, in some ways, were also affected amongst themselves by what was happening. The mums came from quite different backgrounds. The one parent, the one mother in particular had a very good, very loving husband, a maternal grandmother who was supporting her. She had supportive sisters and she quite regularly came to the group with her mother, so her mother would sit with the baby and she could play with the toddler. I got to know the grandmother and two of the mum's sisters quite well. Of course this was wonderful for the toddler who could enjoy playing with her mum. I think it was quite difficult for some of the other mums to see all this loving support that surrounded this mum. One mum was a single mum who had to cope on her own without much support. I think it was then, difficult for the other mums and the other sibling to see. I think that there was quite a lot of envy amongst member in the group as well as quite a lot of competition for my attention. Those are strong feeling that one has to try and manage within the group.

**Can you think of other things as well, or...?**

At present what is quite a big theme in my group is "saying no": whether a mother can say no to her own child or whether it is also alright for her to say no to another child. The mums in my group have had quite a big debate about that, because one mother, for issues of her own, is very protective of her child. She has difficulty saying no to her child, but also feels quite overwhelmed by her child sometimes – because she can't say no. She is very protective and she does not allow other mothers to say no when her child, say, is taking a toy or something. Saying no to the child seems to be felt as a narcissistic wound to the mother. In fact this mother has told me that when someone says no to her child she feels that the mum is saying no to her (the mum). We have discussed this a lot. For instance if another child has something taken from him, it is his mother's right and duty to protect him so we have quite a lot of discussions about, "Is saying no being punitive and hurtful of is it being protective?" And, of course, there are times when it is either and or both. But again, it is often the mother's own issues that are getting caught up or mothers difficulty in separating themselves from their child. So they are still narcissistically protecting the child and every "no" feels like a no to them personally. So that is a theme in the group, at present. I am finding that I am having to say no quite a lot because some of the mums are very sensitive to this other mom. They don't want to offend her. They sense that she is fragile, but some of her child's behavior is not ok, or is potentially dangerous so I am the one who has to say no quite a lot. I know that this is not making this one mother happy. But to me I think it is very important that I model that I know what the limits are. I think it important that I show that I am going to protect the toddlers and stand up for and protect one toddler, say, if he is being attacked by another. Again this issue of saying no, to me, is all about using the right amount of aggression. Because saying no is aggressive, but if you are saying no to protect the self in the right amount then it is appropriate and good. As opposed to saying no and hitting which is what toddlers tend to do because they still have to learn about the right amount of aggression to use in a particular contact. So that is a big issue to the group at present but to me it is one of the most important, if not *the* most important toddler issue ever. So it appropriate that we are dealing with it in the group.

[...]

**SESSION ENDS**

**Interview 9**

[...]

**What do toddler groups mean to you?**

A place where toddlers and their parents can come to play together, to get help to develop their relationship, to cross the transition between babyhood to nursery school with all that involves. So learning to separate, learning to be together but also to separate, so helping parents provide um, an environment in which they can both give the child a sense of unity and togetherness but also allow them to – allow the children – to grow and become more independent and by providing psychoanalytically trained staff, helping parents have an insight into what sort of developmental processes their children are going through.

### **What kind of referrals.. what is the target group for toddler groups.**

I think they worked well here because there was a mixture of children and parents who were quite needy, who were referred by the psychotherapy project, for example, or who were referred by health visitors and people who referred themselves, who walked in off the street. So they worked well because there was a mixture of quite well functioning families and much less well functioning families. Even with the quite well functioning families, there were invariably issues they had to deal with so they have things in common with each other but also strengths in the better functioning families that would help the group function quite well. So I think the mixture worked really well and the referral base worked really well.

### **So the toddler group is useful for all kind of families?**

Yes. I think it was probably more use for the families... I don't know, I don't know. I think it was useful for all families – even the best functioning ones, they got support, help for the issues they were concerned about. But maybe it was the ones that were really struggling that got the most help out of it but I think if they were struggling too much, then there wasn't enough individual help for them and so they would often leave and wouldn't stay. Sometimes it worked well having Marie or somebody providing consultations for the... impromptu consultations, yeah, for those sort of families and that jump sort of helped them stay in the group but without that they probably wouldn't have stayed. I think all the families that came benefited. I think they are wonderful. (both laugh)

### **How do you intervene? Which ways of intervention do you use in toddler groups?**

I think there is a huge range of interventions, from, kind of, modeling how to be with the children to sometimes actually interfering in a situation, taking over as a parent when parents were completely out of it or at a loss to know what to do. Thinking about relationships between the parents and the groups and talking a bit to the parents about what is going on between them.

### **Between them, you mean the members of the group or the couple, mother and father?**

No, no, between the members of the group. But also drawing on what I knew of the mother/father couple, sometimes. Sometimes thinking about the transference relationship to the group leader and maybe making some, kind of - I wouldn't do it -

but sort of psychoanalytic interpretations but making some comment about, with humor, or whatever, what's going on in the relationship between them and me. Intervening with the children directly, helping.. um, giving children a sense of fun and pleasure that was infectious and might help. You know, if the parent's watching, they might see something – as long as it doesn't make the parents feel too guilty. That is always a problem what the parents would feel, there is a risk that parents feel guilty or inadequate or imperfect. So I think it is quite important not to set oneself up too much as an expert, so even things like, actually modeling losing a battle with a child was quite helpful for the parents. But something about using my knowledge and understanding of the children to help the relationship, help the parent's thinking about what their child might be thinking or feeling at any particular time, so interpreting and feeding back to the parents my perception of what is going on, those sorts of things. But a huge, huge range of things, thinking on your feet, being able to intervene as and when the crisis arrives, so, simple things, like children struggling with sharing and mothers being terribly ashamed about their child not sharing, so helping mothers think about actually children *don't* know instinctively how to share, they need to be taught how to share, how to help the mother deal with her embarrassment and shame about her child, thinking together, with the group, perhaps, how to deal with how it feels when you are ashamed of your child and how common that is, and directly helping the child think about sharing. But also the same with tantrums, I mean, there are all sorts of situations which would happen in the group, where they are in an ideal place to help parents think about what is going on. Because I think parents don't have an opportunity to think, you know, they just respond to the moment. Being able to provide just, I don't know, just half a minute of reflection I think is helpful to the parents. I think being observed, the whole business about being observed and knowing that there were two leaders who could talk to each other and.. I don't know, parents knew but there must have been a sense that it was a centre where there was a staff group who could also talk about the situations. So I think that provided a sense of being held and an opportunity to, again, reinforces the idea of thinking as a way to cope with situations. Observing.

### **That is another way of intervention?**

Yes. Um.. (long pause) I think the psychoanalytic framework helps me to think about what was going on and sometimes I would make interpretations that were perhaps a bit more ... I suppose, think like what I said before, about the transference interpretations... um.. I think that helped.

### **So there are various ways of the intervention was directed towards the child, the relationships, the parents or the group as a whole?**

Yes. So we would have snack time, for example, and there would be more of a discussion with the group as a whole. Um... Normalizing some things, drawing attention to abnormal and unusual things and thinking about that and trying to do it without making the parent feel persecuted or the child persecuted, I would say.

### **What are the criteria that you use in order to choose the interventions you will use?**

Well... (pause) The heat of the moment, you know sometimes we don't have time, we just, perhaps, intervene and stop what is going on. Um, the degree of safety, if there is an unsafe situation then you ...um. The fragility of the parent or the fragility of the child, for something about thinking about the individuals involved. (pause) The alliances in the group...

### **The...?**

The alliances in the group, whether there is the risk that one person needs a bit more protection from the group as a whole than the other people or one person is being ostracized and had to be brought into the group, this says something about the group dynamic. Sometimes you would think, is it better if I intervene or the assistant intervenes, depending on the relationships? The seriousness of the incident or the issue. Um..(pause) Whether I thought humor might work better or something more formal. (pause) Sometimes there would be a situation where we would have talked about it in the team meeting, so, a sense of the team, the staff team behind an approach that might determine .. the staff team might have suggested one way of approaching people. (pause) It's very hard to say, you know, you think on your feet all the time.

### **You talked about the.. the urgency of something, what about the phases of the group. Does this also.... ?**

Affect? Yes, things like, for example, there were times when the group was having a big turnover of parents coming because people – when I first started the groups, the very first year, there was a great deal of difficulty building up a group. So you would make more interpretations and more interventions that would create a sense of the group as a whole, you might discuss more openly absences and the turnover and the group processes. You might discuss in the group and work quite hard at bringing in a sense of group identity together and work hard to find issues in common with parents whereas when you've got a more established group, that might provide more opportunity to do a bit of individual work with parents and also, there would be time, for example, when everybody was pregnant, there were new babies all the time, you might go through the phase of, the theme would be sibling rivalry or what to do when you are pregnant, what to do if I am having a new baby, those sorts of issues. Or sometimes there might be a phase when one mother has a child that she couldn't handle and a lot of time would be spent dealing with issues of, how to discipline you child, what was appropriate for what, what is appropriate at what moment and how the other members of the group felt about having a child that was having tantrums all the time. So, there would be phases as well.

### **How do you evaluate if and how much a toddler group has achieved its purpose?**

With difficulty. (laughs) I mean, the problem is that it is so difficult to do a randomised control trial but it's effectively impossible. Take for example when we started putting the cameras in, being able to look at the film you could see clearly how important it was to intervene in some situations and how that changed what went on. So tracking individual children and their parents and the staff and how that works is a very good way of doing some sort of evaluation. And I suppose the observation of the students

themselves where kind of evaluating that a bit. I don't think having filming it was really useful. Asking parents – I think what we used to do with parents was the Parent Development Interview, PDI, Adjusted PDI, I think that helped. Asking parents straight forward, "What do you think of it?" when you came to the end of the group. Yes, it gave some indication of what was important and actually that – I remember still one of the things that came out of those *just* satisfaction surveys was how much parents got out of seeing their child play, happily. Just observing their child having fun, that was actually a very important part of what went out of the group. But I do think the best way is by videoing it, what would be better is having hand held cameras and video what is going on. Also asking visiting external observations, I suppose once every three months or something, to get somebody from outside to monitor what is going on, to see if they can see a difference, see if they can identify what is going on in the group.

**Apart from all this, you pistas the thera in the group, you must have some idea about this mother and child couple, what progress they made, what are the hints that there has been any progress so the toddler group achieved its purpose?**

Well, I suppose getting parents to think about .. um, you would have a parent come to the group with a very specific problem and nearly all of them had something that was troubling them and talking to them about it over time so helping them to open up about it. So that's one sign of progress, just getting them to talk and open up about it opening up with the toddler leader, opening up with the group as a whole, opening up with the assistants. So watching them opening up, I think, in itself would have been therapeutic for the parent. Also having them trusting you enough to begin to think about what you have to say, what I, the toddler group leader, have to say about ways to deal with the problem, ways to intervene and doing that together, so you model it, you think with them about what's happening in the moment when it does occur and then watching them, the toddler and the parent relationship improve, particularly over that specific issue.

**Being able to manage?**

Yeah. Sometimes it worked and sometimes it didn't work. Sometime they would report, they would come back and say that they were better or they were worse about that particular issue as well. I can think of a little boy who came - I can think of lots of cases – but a little boy in particular who had a problem with stuttering and just thinking about it with the mother, helping her think about speech therapy, thinking about why he was stuttering at that particular time,

**What is stut..?**

Stuttering, stammering, when you can't get the words out, they go d,..d...d...d. And he had just this, basically he was just bored, mother was preoccupied, she was finding it very difficult to deal with her son's clinginess while she was having to deal with it. She was very stressed, so helping her sort out her feelings about envy between the two children, about the need to protect both children, those sorts of things and then slowly the stammering got better. But there were other parents who were terribly strict and repressed with their child and wouldn't let their child play, and helping them to see and get pleasure from the child's exuberance when he played knocking a brick tower down or playing with the water and splashing and having it a bit chaotic. Just helping the

parents see *that*, see that it was acceptable to us, seeing the child have so much fun and you get, gradually, the parents taking over that role, and getting a little more exuberant, joining in, laughing at their child, relaxing more. One gets that all the time, perhaps, asking toddler group leaders to feed back and think about what is happening to individual children.. (becomes inaudible)

**Have you noticed in the groups that you have run that something has happened or being said, systematically or repetitively which becomes of great importance to the group and with which you could clearly characterise the whole group giving that specific group a characteristic name or a title?**

(long pause) I find it very difficult to answer because it was this group, sort of fluctuated over time. I can't say that there was one group particularly, characterised by any particular... I mean, I suppose there were some of them, like groups, like the pregnancy group – You know there would be times when pregnancy.. Sibling rivalry group and... um...

**This group, let's say, about the sibling rivalry, this one was reflected to the leaders as well or to the...?**

Was it a theme where the parents sharing this.. the parents having to share the leaders as well as the children having to share their parents?

**Yes. The leaders between them.**

And the leaders between them...

**...involved in the competition or the sibling rivalry issues...in different levels.**

Yes. That is an interesting question. I can't say that it was something I particularly noticed or was aware of. I think, in a way, it would have needed an outsider to ... You know, it could have been something that had come up in the team meetings, that somebody in the team would have identified the theme within the parent or the children being reflected. Um, I think in other groups it happened but perhaps I was just less perceptive about my group. (long pause) It might have happened.. (pause) Um, I had a group once with a little boy, extremely difficult an.. um, he was very rebellious and wouldn't do what his father said, he was a very difficult child. There was a lot of anxiety about whether he would ... his father was very anxious about how undisciplined his little boy was and how he couldn't keep him under control. I then, also, became quite anxious about how to deal with father and how to.. um, was father satisfied or dissatisfied with me or with the group. That was... but that was one difficult few weeks in one group, it wasn't.. I can't say it happened very often.

**Sometimes in some groups, there is one thing that, even though you do it anyway, let's say learning to say no but sometimes you have a particular group this comes up to be very difficult – for the parents, for the children and for the leaders. That's what I mean about giving it a name. For something that is very normal, in a particular group it doesn't become normal, it becomes very difficult or very easy.**



Yes. I can't remember there being things like that, really. (pause) I mean, sometimes sharing was a problem but I don't think it was particularly an issue between me and the toddler's (sounds like) distant. I don't think it was reflected in the leadership. (pause) I think there was a problem, there was a different.. Well, what you are talking about did happen in the group for toddlers with special needs. Because there, I think, there were some issues that were also reflected in the group as a whole because it was very, sort of, get the group going – we struggled massively to get more than two children in the group and we did eventually get one or two more but they didn't stay long so there was a constant sense of rejection, that nobody wanted to come, that our group was failing, that our group wasn't like the other group, we were outside which clearly, very clearly parallels the experience of the parents with their children. So I think *that* was, from the word go, very marked. So that was really what you are talking about and that really dominated, that was the theme of the group. You know we called the group, "Footprints," a rather jolly name but, actually, it was a very difficult group it was all about feeling different, being ostracised, for the parents as well as us as a group. So that was true but maybe it is a comparison between that and the ordinary groups but I did feel that sense, you know, of a theme being conveyed. Maybe the issues worked out a bit, maybe some of the issues were ... appeared more in the rivalry, for example, rivalry in sharing, perhaps but this is something we didn't talk about much. The rivalry between the different groups. So there were four groups in the Anna Freud Centre, there was my group, bigger, more popular, healthier than another group and I was very aware. I didn't want to work in one of the other groups outside the Anna Freud Centre because I didn't want to have to struggle with the poverty of their resources. So maybe that was an issue that became webbed where toddler feelings came up.

[...]

**SESSION ENDS**

## Interview 8

[...]

### **What do toddler groups mean to you?**

They mean a place where parents come with their toddlers to play, not to leave their toddlers but to join being, play and meet other families and to learn about what is normal in toddlerhood. To learn how to manage normal hurdles, emotions, difficulties, next steps but also to learn how just to play and just be together and to enjoy the phase, with all its difficulties but also with all its joys. I think that is what they mean.

### **So in your opinion, what are they useful for?**

I think they are very useful for people who feel a bit isolated and are under... able... For people who are not experienced with children, who don't understand what is ordinary about toddlers, their need to play, their need to pretend, their need to learn about new experiences through play, their need to interact and learn how to take turns, to wait, to share. I think they are incredibly useful for parents, I think there a lot of parents, particularly in London, who don't have extended family, who don't have anywhere to go where they can just relax and be together, that isn't a directed activity, a learning activity or.. "Today we are going to do singing," somewhere that you can just be together and somewhere that has.. what we offer here is somewhere that has continuity so that you share your growing child, "oh he learnt to do this," somewhere where that can be shared with another person that may substitute an extended family.

### **And which are the purposes and the need that they fulfil?**

I think from a toddler's point of view they fulfil a very ordinary need to play, to begin to widen their repertoire of people in their world. To begin to learn things that they might not be exposed to at home, to just begin to have different exposure to different ways of being together to different playing, to different eating but also to begin to socialise, to begin to learn about how to be in a group, how to be with others of your own age, other adults. For the mothers it can be a terribly beneficial space for them, to bring concerns, worries, questions so it can be a very supportive place.

### **How do you intervene, in toddler groups?**

I think one of the simplest ways is just to get to know first how a toddler is, because I think...

### **To get to know....?**

To watch, to observe. The way, in a way, we've been taught, here, just to observe, first of all, before intervening, to try to understand what the intentions of the toddler are in a situation and, of course, if something is going wrong and one needs to intervene to prevent hurt or accident. To always describe what one is doing, perhaps describe to the toddler, "You wanted that but you couldn't have it. That wasn't nice," to explain as you are intervening perhaps how you imagine they might be feeling and the impact of

their actions on others, begin to help them to see that cause and effect and to understand that the reason their behaviour is, let's say, an unacceptable one is because it causes hurt or it... "Hitting is not allowed here, we don't hurt each other, if you want something you have to use your words." Something like that where you are encouraging a more adaptive behaviour whilst including the affective experience of the toddler so they begin to understand that their behaviour has a meaning, has a reasoning behind it. And of course, ideally the intervention should be including the parents. The parent hears and sees how best to intervene, for example, we just heard about a toddler who snatches or who wants his turn, helping the mother to help the toddler to learn how to wait for things how to take turns, how to express himself appropriately whilst acknowledging his acute need for that object right now or his acute sense of ownership. Acknowledging that he has that feeling but he cannot act on it, that he has to wait or he has to share or take turns.

### **And how do you help the mother to acknowledge all these?**

I think a lot of it is done, in a sense, through modelling, through our just doing it and allowing the mother to watch and occasionally through explaining to her what you have just done and describing why you did it and explaining what the rationale behind it might have been. It can also be through observation of another couple and the way that another couple does things. How another mother might manage a tantrum or how another worker in your group might be handling a request for the same toy from several children. So it might be to draw her attention to that or it might also be, if it is persistent difficulty, to inquire from her, why is this so difficult and perhaps there is a particular reason why she finds it difficult to – whatever it is.. separate from her toddler or feed her toddler, whatever. So there might be some different approaches.

### **You said before that the parents usually come in order to learn what is normal about toddlerhood, how do they learn things like that? What other ways of intervention do you use?**

I think one of the important ways is observation and commenting aloud on one's observations, not just about the parents own toddler but other toddlers. "Oh, did you see, he has just started walking but he got a bit nervous because it was suddenly so far away so he has turned and wants to come straight back," so just, sort of, contextualising an experience by adding in a little bit of information and occasionally even in perhaps a more didactic way to say, "Well, that is normal at this age when they just begin to crawl." Just to, somehow, if someone is very anxious about something, to bring it back down to an ordinary experience.

### **Are there other interventions that you use directed towards the group?**

Yes, occasionally, yes. One might ask another mother to comment. "You have this problem too. Do you remember when so and so was...." And then encourage a discussion between the mothers. Encourage other parents to explain how they solved a particular problem because so many of these difficulties are universal – they may not even be difficulties, they may just be ordinary steps such as weaning or .. I think stopping breast feeding is quite a good example, in toddlerhood, how some mothers want to continue and yet feel conflicted because the toddler, maybe, isn't so

interested. If you could get other parents to share how they stopped, what did they do? How did it feel for them? And.. um, support one another

**Which are the criteria that you use in order to choose the way of intervention you use?**

That's a very complex question, isn't it because it is a bit analytic. In a clinical setting, initially you would have a clinical sense of what is needed at that moment often these decisions are more split second decisions so you would probably go with your instinctual response which might include counter-transference but you may also reflect after the group has finished and think, well, next week I think I'm going to try this or even ask for some help or some consultation from a colleague. Take into account the things you can't take into account in the heat of the moment, you might try to take into account the mothers background, um, for example, if there is a struggle over ending and the child not wanting to leave and this is a week by week situation and if you find you can't resolve it quickly, you might want to think about how to take onboard some of the deeper, perhaps, difficulty the mother is demonstrating or the child is demonstrating so you might approach that by talking to the mother separately, outside the group, even, we do have space to offer consultation to parents privately which might be, kind of, a separate kind of intervention to use if the difficult feels....

**Do you mean during the group?**

Outside of the group, to offer as an extra space. So that.. in a sense, if you had intervened several times in the group and haven't managed to shift some difficulty and you feel it requires something deeper or more, that might involve some confidential information being disclosed or something like that.

**Does the parent you are dealing with make a difference in how you are going to intervene?**

Yes, definitely. They might be more receptive to direct advice, they might be the type of parent who says, who directly questions you, they might not, they might be the kind of parent who you've noticed prefer to take advice silently from overhearing you speak to someone else or from discussing it in the group. They might be a parent who learns better by talking directly to their child and listening to your words at a different level, So I think it does make a big difference.

**What other thing influences you?**

Well I think, when they join the group, sometimes we have information about them if they are being referred. From a clinical setting that might make a difference knowing about their history, maybe they have a long term mental health history, for example. We also do the PDI so we learn a bit about their style of parenting and those things would influence your thinking about them and your style of interacting with them. But also the thing that, perhaps, would stand out is the way they present to you as a couple, parent and toddler. If they have a particularly quiet style, if they have a particularly clinging together style, so you might have to adapt your technique so you are not experienced as too intrusive or too over-friendly too quickly, you might need to be slower in your approach or you might need to be more supportive. You might need

to always be quite responsive or they might feel rejected. You know I think it would depend on some of the information that you have gathered and I guess information, I mean also in the psychoanalytic sense of transference, counter-transference type information of ... ah.. Do they always need your exclusive attention in the group time? Have you noticed that? That sort of thing.

**What about the group? You said before that the first thing you do is observing so we can consider observing as an intervention. You said the first thing you do is this so I suppose at the beginning of the group observing is a... do other things, timing the group influences the different phases... of the group in how you are going to intervene?**

I suppose, it might. I am thinking about the structure of the timing in our groups, of the timing of the group, of the actual hour and a half, That also influences you because this is the beginning and then a little part to play, a snack time which involves a little bit of conformity, trying to sit together, and so on, and then the ending part which is the tidying up and encouraging to leave. You might also begin to get to know this couple, when do they have difficult times. Is that what you sort of are asking about? That that might influence the way you work. You know, snack time is coming, that's the difficult time, let's prepare this particular child a bit better. The other children seem to be fine, they don't need to be prepared for snack time but maybe this toddler finds it hard to sit down. Soon we are going to have to stop playing with that and we will all have to sit down. So there might be *that* element. the temporal element of the actual hour and a half that might influence preparing them well in advance for the ending if they take a long time to leave. Or we had a little girl, we found, had a difficult time to begin. She would take a long time to enter and had to be warmed up very slowly, very gently. If you approached her it made the whole process worse so one had to – over a period of time - one had to learn how to handle that particular temperament of that particular toddler in order to maximise the gain that *they* got from being at the top of the group rather than spending one whole hour warming up.

**What about the group throughout the year?**

I think comings and goings of children that graduate can have quite an impact on the group and, of course, also our breaks. To some people that can be very problematic, for others it is ok, it is manageable but I think I would probably prepare the group as a clinician, working, in terms of very clear, we are going to have three or four more sessions than we are going to have holidays, so making the holidays not arrive too suddenly, without any planning or warning. And also accepting that for some people this will be a break but also accepting that for some people this will be a huge loss and that actually they might feel quite angry. Usually that is easier to express through the toddlers, that they might feel cross because they cannot come and play here for a couple of weeks and sometimes that allows the parents to express their feelings. But also whether a child that has been in the group for a long time leaves, that can be very distressing for the people that are staying because, of course, they realize their toddlers have made friendships with those children and they have also watched and seen them change and grow and suddenly they are leaving and brings the sense that *they* are going to leave also.

### **How do you evaluate if and how much a toddler group has achieved its purpose?**

Formally, I mean, we do do follow-up PDI. Informally, we often reflect with parents, “Do you remember when you first started how such and such couldn’t happen or you couldn’t do this or you couldn’t do that, now...” I think there is a lot of informal reflection and relying on ones memory and the parents reflections on the changes. I think it really depends how disturbed the family is, as well, because the very disturbed families might not be able to see progress in the same way that a healthier parent can see progress.

### **But what about you? Which are the hints that are telling you that there has been progress?**

I think one of the, sort of, diagnostic things would be the child’s relationship to me, to the leader and to the room and to the assistant, that kind of thing, so if they have lost a bit of that wariness and come to even use me or the assistant as someone to help rather than always going to their mum. I would see that as quite an important...

### **Why?**

Because we think about readiness for the first step for nursery school and the ability to make a relationship with another adult, with another substitute, so I would deem that very important that the child can use a mother substitute, if you like. i.e. can transfer some of the trust and good basic security onto an adult figure, which is absolutely essential for becoming “Schooled,” if you like. And of course, in terms of the child’s socialisation, relating to others, to his peers so if there has been progress on *that* plane, I guess thinking that “Developmental Lines,” in a way, that the child has to be able to progress, to sharing and playing with others, not just alongside but really with. We are talking about a three year old, say. So I suppose, those would be in my mind. And eating, you know, can the child... you know, these kind of practical tasks which are nevertheless very related to the symbolic ah relationship.. relating. So that eating, one would expect the child can sit still, eat, join in and perhaps, take some pride in being a big girl or big boy and using a big boy cup or a big girl cup, that sort of thing, I suppose. Some progression would be somehow measurable if you were being very Anna Freudian about the developmental lines and diagnostic categories about moving forward on those lines.

### **And all these are about child’s development, what about the mother child relationship?**

I think in a way, that’s part and parcel of all these other things. The lessening of the intensity in the mother/child relationship so the child can attend to his peers, so the child can accept help from another person. So, I suppose the relationship with the mother might progress, I mean, certainly you will spot toilet training in there somewhere, you’ve got separation, so you might expect them to be able to stay for a couple of hours at a group on their own with preparation and so on, you might expect them to be toilet trained which will all be handled by the relationship with the primary care-giver. And I suppose with the mum, there would be a shift, I would think, from the early practising and rapprochement and a sort of going back to mommy to there

being a greater distance, whether that would be physical, you know, literally, a physical distance between them but also a capacity to use mom and say "Look what I did!" and not always have to have mommy's help to do it. Maybe to feel proud you did something on your own.

**I can imagine that in the beginning.. because you talked about these practical issues like, eating, sleeping, things like that but that makes the relationship difficult..**

(interrupts) Between?

**Between the mother and the child. Apart from being.. because you have talked about a mother being more able to manage things, like. Toilet training or ... what about the quality of their relationship – apart from the ability of being apart, what else...**

(interrupts) Changes from , you mean, having attended the toddler group?

**Yes, what changes in their relationship which in the beginning someone might... you've said it already, a tension. Apart from being able to be apart, what other...**

(interrupts) Well one would hope, from taking pleasure in one another, be able to joyfully share achievements and games and, I suppose, a security of knowing that the mother is safely in the child's mind, i.e. the mother can go to the toilet without any panic, that the mother can chat to another parent and the child isn't constantly tugging on her so they can tolerate a little bit more distance between them but the quality of the interaction, if it has progressed, if one has seen a very positive improvement should be one where there is a capacity to share the joy, the pride and the games but also tolerate a bit more space.

**And in terms of the group? How would you evaluate it?**

A group's progress?

**Yes.**

I think that can vary according to the membership but certainly a capacity to tolerate other peoples styles and parenting, other peoples use of how much attention they need from the leader or from each other. Tolerating different ways of managing difficulties or ordinary milestones. I suppose, it would involve a more open attitude, a less rigid one, a less right or wrong approach, um, but also supportive one so that one parent maybe able to take a step back while another needs to take a step forward

**Have you noticed in the group that you have run that something has happened or been said, systematically and repetitively which becomes of great importance to this group and with which you could clearly characterise the whole group giving that specific group a characteristic name or a title?**

I thought about this question because it is very interesting and difficult because I am not currently running a group. I am sure there are times when that has happened but I

can't, really, pin it down but I am sure there are times when, perhaps you have had several children have tantrums and then that becomes a theme or several children, um, when their mothers are trying to give up breast feeding and that becomes a theme when the children say no. But I don't think it has ever been as solid as... you know.

**I am talking about themes that are reflected also to the leaders or the parents, which might start from somewhere but characterise the whole group at the end.**

I think the structuring of the group, the timing, you know, what you do at a certain time that becomes a very fixed focus for people so it is now snack time and you know what snack time means, but you are thinking of a more emotional.. it appears to me that the question is towards a more.. um, something has happened in terms of an emotional.. um.. I can't think of a...

**Let's use this as an example, you say that in the group there are some fixed things...**

Yes, tidy up time before you leave..

**Which is something that happens in all groups but it might, in one particular group it might be very difficult to keep the settings and all these fixed er.. and this might be reflected in all the.... Something very common becomes an issue for this group.**

I think that what all group members take away always is something very ordinary, in a sense, which is that the group will be here for you next week, all the toys will be here, Michaela will be here, her assistant will be here. Something about continuity and a sort of, almost, mantra of, it's alright, when you put it away and it will be here next week and I think that does become thematic, although it is hard to say goodbye, things will remain and can be returned to. So I think that does but I can't think of anything else.  
[...]

**SESSION ENDS**



### Παράρτημα 3 Ανάλυση συνεντεύξεων

#### Interview: 1

##### **Toddler Groups:**

- Application of psychoanalytic understanding
- Help the child to develop,
- To individuate – separate from mother
- Fostering parent / child relationship
- Help the parent to think more about the child's experiences / emotions
- Foster relationships between the parents in the group
- Enable toddlers to be with other toddlers
- Contain mums
- It can give a lot of structure (continuity / regularity)

We are there to remember. "We have a shared history with them"

- Provide a lovely setting with lovely toys
- Give the opportunity to have some uninterrupted time together (mother / child)
- Talk about any concern (eating / Sleeping)

##### **Ways of Intervention:** "a broad range of interventions"

- It doesn't really matter where one intervenes (address something in the parent, the child and the relationship).
- Speak for the child, verbalize child's feelings, play, behaviour, body
- Just Play
- Empathizing with mums feelings
- Validating her experiences
- Verbalizing what is going on in the relationship
- Verbalizing what is going on within the group
- Humour can be helpful
- Observing
- Verbalizing of the observation
- Linking
- Be there for them, regularly, on time, non-judgmental...

##### **Criteria:** "it is often on quite an unconscious level"

- Fragility of the parent, personality
- Fragility of the child
- Fragility of the group
- Need to know them
- Fragility in terms of the day
- Timing, relative to the context and external events

##### **Evaluation:**

- Quality of the parent / child relationship
- Genuine pleasure in each other  
Interest in each other  
Empathy

- Toddler's Development
- Capacity to be curious
- Language development
- Eating
- Toilet training
- Capacity to be able to play with others (adults, children)
- Capacity to be able to interact with other children
- Show some empathy, reciprocity
- Delight in his physical prowess
- Bodily pleasure
- Verbalise his feelings
- Regulate his emotions better
- How to manage to end toddler group and enter nursery
- When other mothers comment on the child and on the changes in the child
- Semi-structured interview PDI (reflective functioning capacity)
- Questionnaire, when parents leave the group

**Themes:**

“There are specific phases or periods of maybe a couple of months when particular theme dominates the whole group”.

- Tantrums / Aggression
- Sibling rivalry
- “Saying No”

## **Interview 9**

### **Toddler Groups:**

- A place where toddlers and their parents can come together to play
- To get help to develop their relationship
- To cross the transition between babyhood and nursery school
- Learning to separate and learning to be together
- Help parents to have an insight into what sort of developmental processes their child are going through
- Help the parents for the issues they are concerned about

“Is an ideal place to help parents think about what is going on”

Referrals: “a mixture” ... of quite well functioning families and much less well functioning families”.

### **Interventions:** “A huge range of interventions”

- Modeling how to be with the children
- Actually interfering in a situation, taking over as a parent
- Thinking about relationships between the parents
- Thinking about relationships between the group
- Talking a bit to the parents about what is going on between them
- Thinking about the transference relationship to the group leader and maybe make some kind of psychoanalytic interpretations
- Intervening with the children directly
- Modeling losing a battle with a child
- Using my knowledge and understanding of the children to help the relationship
- Help the parents thinking about what their child might be thinking or feeling
- Interpreting and feeding back to the parents my perception of what is going on
- Help the parents deal with their feelings (ex. embarrassment)
- Provide reflection
- Reinforce the idea of thinking as a way to cope with situations

- Observing
- Normalising some things
- Discussion with the group as whole
- Interventions to built up a group: 1) Interpretations / Interventions in order to create a sense of the group as a whole, 2) discuss openly absences / turnovers / group processes
- Work hard to bringing in a sense of group identity
- Work hard to find issues in common with the parents
- Humour

**Criteria:** “The heat of the moment”

“Sometimes we don’t have time...we just intervene”

- If there is an unsafe situation
- The fragility of the parent
- The fragility of the child
- The alliance in the group
- Depending on the relationship (who is better to intervene leader / assistant)
- The sense of the team (staff team)

“That is always a problem what the parent would feel”

- Depends on the group (ex. if it is a more established group or a difficult to be built up)
- You just do what comes instinctively

**Evaluation:** “with difficulty”

- Tracking individual children and their parents and the staff and how that works is a very good way of evaluating
- PDI
- Asking parents straight
- Visiting external observers
- Videoing
- When parents talk and open up with therapists
- Having trusting enough to begin to think about what you have to say

- Sometimes they would report (the members)
- See the parents taking over that role (your role as a leader)

**Themes:**

- Maybe pregnancy group
- Maybe sibling rivalry group

“It might have happened, without noticing it .... Maybe I was less perceptive about my group”

It happened in the group for toddlers with special needs

- Constant sense of rejection

Feeling different, being ostracised, for the parents as well as us as a group

## Interview 8

### Toddler Groups:

- A place where parents come with their toddlers to play, not to leave their toddlers but to join being
  - Meet other families
  - To learn about what is normal in toddlerhood.
  - To learn how to manage normal hurdles, emotions, difficulties, next steps
    - To learn how just to play and just be together
    - Are very useful for people who feel a bit isolated
    - Toddlers to learn how to take turns, to wait, to share
    - They can just relax and be together, that isn't a directed activity
    - Continuity
    - Substitute an extended family
    - To begin to widen their repertoire of people in their world.
    - To begin to learn things that they might not be exposed to at home
    - To just begin to have different exposure to different ways of being together to different playing, to different eating
      - To begin to socialise
      - To begin to learn about how to be in a group, how to be with others of your own age, other adults.
        - For the mothers it can be a terribly beneficial space for them, to bring concerns, worries, questions
          - It can be a very supportive place.

### Interventions:

- To get to know first how a toddler is
- To watch, to observe.
- There are times when something is going wrong and one needs to intervene to prevent hurt or accident.
  - To always describe what one is doing, perhaps describe to the toddler, "You wanted that but you couldn't have it "
  - To explain as you are intervening how you imagine they might be feeling
  - To explain the impact of their actions on others, begin to help them to see that cause and effect
    - Encouraging a more adaptive behaviour whilst including the affective experience of the toddler so they begin to understand that their behaviour has a meaning, has a reasoning behind it
      - Ideally the intervention should be including the parents.
      - modelling, through our just doing it and allowing the mother to watch and occasionally through explaining to her what you have just done and describing why you did it and explaining what the rationale behind it might have been. It can also be through observation of another couple
        - Observation and commenting aloud on ones observations

- Conceptualising an experience by adding in a little bit of information and occasionally even in perhaps a more didactic way
- Encourage discussion between mothers, to support one another
- Prepare the group for e.x. the breaks
- To express through the toddlers, what they might feel (for the break) and sometimes that allows the parents to express their feelings

**Criteria:**

- It is a bit analytic.
  - A clinical sense of what is needed at that moment
  - Counter-transference
  - Reflect after the group has finished and think, well, next week I'm...
  - Consultation from a colleague.
  - Take into account the mothers background
  - Some parents might be more receptive to direct advice, whereas others prefer to take advice silently from overhearing you speak to someone else
  - Information about their history, there style of parenting, PDI
  - Timing of the group, of the actual hour and a half (ex. snack time).
- Temporal element of the actual hour.
- Temperament of that particular toddler

**Evaluation:**

- PDI
- Parents reflections on the changes
- Child's relationship to me, to the room and to the assistant
- Readiness for the first step for nursery school
- The ability to make a relationship with another adult
- Child's socialisation, relating to his peers sharing and playing with others
- Developmental Lines, that the child has to be able to progress
- Diagnostic Categories
- The lessening of the intensity in the mother/child relationship
- Capacity to use mom and say "Look what I did!" and not always have to have mommy's help to do it
- Taking pleasure in one another, be able to joyfully share achievements and games
- Knowing that the mother is safely in the child's mind
- They can tolerate a bit more distance between them
- Member's capacity to tolerate other peoples styles and parenting.
- Tolerating different ways of managing difficulties or ordinary milestones.

**Themes:**

I am sure there are times when that has happened but I can't, really, pin it down, I don't think it has ever been solid (tantrums, give up breast feeding, say no).

The structuring of the group, the timing, what you do at a certain time that becomes a very fixed focus for people.

Continuity.