



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «Επιστήμες της Αγωγής»**  
**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «Εφαρμοσμένη Συμβουλευτική Ψυχολογία»**

**“Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ**  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ**  
**ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ**

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**  
**ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**  
**ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ «Κοίτα με τα μάτια μου»**  
**ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ”**

της

Αικατερίνης Χάμου

(Αρ. Μητρώου: 572)

Επιβλέπων Καθηγητής

Αντρέας Μπρούζος

Μεταπτυχιακή εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων  
απονομής Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στις «Επιστήμες της Αγωγής»  
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Ι Ω Α Ν Ν Ι Ν Α 2 0 2 1**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «Επιστήμες της Αγωγής»**  
**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «Εφαρμοσμένη Συμβουλευτική Ψυχολογία»**

**“Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ**  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ**  
**ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ**

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**  
**ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**  
**ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ «Κοίτα με τα μάτια μου»**  
**ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ”**

της

Αικατερίνης Χάμου

Μεταπτυχιακή εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων  
απονομής Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στις «Επιστήμες της Αγωγής»  
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

**Ανδρέας Μπρούζος**, Καθηγητής Παιδαγωγικού τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Πλουσία Μισαηλίδη**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδαγωγικού τμήματος  
Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Στέφανος Βασιλόπουλος**, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδαγωγικού τμήματος  
Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Πατρών

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021**

*Αφιερωμένη στη μητέρα μου  
και σε όλα τα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά  
που έχω γνωρίσει...*

“If you feel pain  
you are alive  
if you feel  
others people pain  
you are a human being.”

**Leo Tolstoy**

## Ευχαριστίες

Με τη συγγραφή της παρούσας εργασίας ολοκληρώνεται ένα συναρπαστικό ταξίδι γνώσης αλλά και μια γόνιμη διεργασία επαναπροσδιορισμού και ωρίμανσης προσωπικών δυνάμεων που ξεκίνησε με την εισαγωγή μας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών της «Εφαρμοσμένης Συμβουλευτικής Ψυχολογίας».

Για όλα τα μικρά και μεγάλα επιτεύγματα αυτής της εποικοδομητικής πορείας αισθάνομαι βαθιά την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους στάθηκαν, με την προσωπικότητα και το έργο τους, σημαντικοί διαμορφωτές της και αρωγοί .

Κατά πρώτο λόγο ευχαριστώ θερμά και ιδιαίτερα τον καθηγητή μου και επιβλέποντα της εργασίας μου, κύριο Ανδρέα Μπρούζο, Καθηγητή του Π.Τ.Δ.Ε του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που με την διακριτική, ουσιαστική, παιδαγωγική και συμβουλευτική του υποστήριξη, την αποδοχή του χωρίς προϋποθέσεις και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, μου επέτρεψε να υπάρξω διανοητικά ολόκληρη συναισθηματικά ελεύθερη και ασφαλής και ταυτόχρονα υπεύθυνη για την απόφαση αξιοποίησης των προσωπικών μου δυνατοτήτων σε όλη την πορεία της διεξαγωγής της παρούσας εργασίας.

Καθώς αντιλαμβάνομαι την εργασία αυτή όχι ως ένα εξ'ολοκλήρου προσωπικό δημιούργημα αλλά ως το παραγόμενο έργο μιας συλλογικής εκπαιδευτικής διεργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλες τις διδάσκουσες καθηγήτριες και διδάσκοντες καθηγητές μου, αυτού του μεταπτυχιακού κύκλου σπουδών για τα εφόδια επιστημονικής γνώσης και δημιουργικού προσανατολισμού που μου προσέφεραν και συνέβαλαν καθοριστικά τόσο στη συγγραφή της όσο και πολύπλευρα στην προσωπική μου εξέλιξη.

Ευχαριστώ θερμά την κυρία Βασιλική Μπαούρδα, ψυχολόγο προσωποκεντρική σύμβουλο και διδάκτορα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την άμεση ανταπόκρισή της στην έκκλησή μου για βοήθεια πάνω στις αρχές δημιουργίας ενός προσωποκεντρικού συμβουλευτικού προγράμματος και την σημαντικά καθοριστική συμπαράσταση της στο αρχικό στάδιο της εργασίας μου.

Ευχαριστώ ολόψυχα τις και τους συναδέλφους μου που με τίμησαν με την εμπιστοσύνη και την προσωπική συμβολή τους στο πρωτόγνωρο για μένα εγχείρημα υλοποίησης του συμβουλευτικού προγράμματος και της ερευνητικής διαδικασίας, αποτελώντας το ερευνητικό δείγμα πληθυσμού.

Εκφράζω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη στις συμφοιτήτριες και τους συμφοιτητές μου, που για τρία ολόκληρα χρόνια υπήρξαμε συνοδοιπόροι σε αυτόν τον μεταπτυχιακό κύκλο σπουδών, για το ομαδικό και συντροφικό πνεύμα συναδελφικής εποικοδομητικής συνεργασίας, αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας που συνέβαλαν να επικρατήσει ανάμεσα μας, για την πολύτιμη ενδυνάμωση, την αδιάλειπτη στήριξη που ακούραστα μου προσέφεραν και που ίσως τελικά υπήρξε ο πιο καθοριστικός παράγοντας για να μπορώ να συνεχίζω την προσπάθεια μέχρι την ολοκλήρωσή της. Ιδιαίτερα και ολόψυχα θα ήθελα να ευχαριστήσω την αγαπημένη φίλη και συνάδελφο Αικατερίνη Παπαδοπούλου τόσο για την διαρκή της ενθάρρυνση όσο και για τη δυνατότητα που είχα να συζητώ μαζί της όλες τις μικρές και μεγάλες δυσκολίες που προέκυπταν.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω στα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, κυρία Πλουσία Μισαηλίδη και κύριο Στέφανο Βασιλόπουλο για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν, μαζί με τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μου κύριο Ανδρέα Μπρούζο, για την αξιολόγηση της.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την υπομονή και την απλόχερη συμπαράσταση που μου πρόσφερε καθόλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

## Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	5
Πίνακας Περιεχομένων.....	7
Ευρετήριο Εικόνων - Πινάκων .....	12
Ευρετήριο Διαγραμμάτων.....	15
Ορολογία.....	16
Πηγές απόδοσης και ερμηνείας των όρων που χρησιμοποιούνται στη μελέτη.....	19
Περίληψη.....	21
Abstract.....	23
Εισαγωγή.....	24
<b>A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>1. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (OUT OF HOME CARE SERVICES).....</b>	<b>28</b>
1.1. Το θεσμικό πλαίσιο.....	28
1.2. Η επαγγελματική φροντίδα παιδιών σε δομές φιλοξενίας.....	30
1.3. Τα δικαιώματα των παιδιών που ζουν σε δομές παιδικής προστασίας.....	31
1.4. Έρευνες για την ιδρυματική φροντίδα στην Ελλάδα.....	38
1.5. Οι επαγγελματίες φροντιστές σε δομές φιλοξενίας και παιδικής προστασίας και ο ρόλος τους.....	42
1.6. Η σημασία της σχέσης φροντίδας του επαγγελματία φροντιστή με το φιλοξενούμενο παιδί της δομής φιλοξενίας .....	44
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
<b>2. ΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ (Trauma).....</b>	<b>48</b>
2.1. Ορισμός, διαχρονική κατανόηση και μορφές του ψυχικού τραύματος.....	48
2.1.1 Ορισμός της έννοιας του ψυχικού τραύματος.....	48
2.1.2. Διαχρονική κατανόηση της έννοιας του ψυχικού τραύματος.....	55
2.1.3. Μορφές και τύποι ψυχικού τραύματος.....	58
2.1.3.1. Πρώιμο τραύμα παιδικής ηλικίας (Early Childhood trauma).....	58

2.1.3.2. Σύνθετο ή πολύπλοκο τραύμα (Complex Trauma).....	59
2.1.3.3. Ιστορικό/ Διαγενεακό τραύμα (Historical / Intergenerational Trauma).....	60
2.1.3.4. Επανατραυματισμός ή Δευτερογενές τραύμα (Re-traumatization).....	61
2.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	62
2.2.1 Ψυχοδυναμική Προσέγγιση.....	62
2.2.2. Γνωστικές θεωρίες και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD).....	68
2.2.3 Υπαρξιακή – Φαινομενολογική προσέγγιση.....	73
2.3. Επιδημιολογικά στοιχεία για το ψυχικό τραύμα.....	78
2.4. Νευροβιολογία του ψυχικού τραύματος.....	85
2.5. Κατανοώντας το ψυχικό τραύμα στην παιδική ηλικία.....	87
2.5.1 Τραυματικές συμπεριφορές και συμπτώματα.....	90
2.5.1.1 Υπενθυμητές / ενεργοποιητές τραύματος και Αναδρομές (flashbacks).....	98
2.5.1.2. Παρερμηνείες τραυματικών συμπεριφορών.....	100
2.5.1.3 Παράγοντες κινδύνου και προστασίας .....	101
2.6. Το ψυχικό τραύμα σε παιδιά/έφηβους σε δομές φιλοξενίας.....	102
2.7 Επιπτώσεις του πρώιμου ψυχικού τραύματος στην ενήλικη ζωή.....	115
2.8.Το δευτερογενές ψυχικό τραύμα στους επαγγελματίες φροντιστές παιδιών με τραύμα.....	119
2.9 Προσεγγίσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικού τραύματος .....	123
2.9.1. Η Ενημερωμένη στο Τραύμα Φροντίδα .....	124
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b>	
<b>3. Η ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....</b>	<b>127</b>
3.1. Αιτιολόγηση της επιλογής της προσωποκεντρικής προσέγγισης .....	127
3.2. Βασικές αρχές της προσωποκεντρικής προσέγγισης .....	129
3.2.1.Η υποκειμενική πραγματικότητα .....	129
3.2.2. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων .....	130
3.2.3. Η τάση πραγμάτωσης .....	130
3.2.4. Η έννοια του εαυτού .....	131
3.2.5. Οι τρεις θεραπευτικές συνθήκες .....	132



3.2.5.1. Η Γνησιότητα.....	132
3.2.5.2. Η ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση .....	133
3.2.5.3. Η ενσυναίσθηση ή ακριβής ενσυναισθητική κατανόηση.....	134
3.2.6. Τα χαρακτηριστικά μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης και οι προϋποθέσεις για τη θεραπευτική αλλαγή .....	135
3.3. Η προσωποκεντρική προσέγγιση για το ψυχικό τραύμα .....	137

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

<b>4. Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ (EMPATHY) .....</b>	<b>139</b>
4.1. Προσδιορισμός της έννοιας της ενσυναίσθησης .....	139
4.1.1. Διαφοροποίηση της ενσυναίσθησης από την έννοια της συμπόνιας .....	143
4.2. Η νευροβιολογία της ενσυναίσθησης - Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο .....	144
4.3. Βασικά χαρακτηριστικά και πραγμάτωση της ενσυναισθητικής απόκρισης .....	146
4.4. Παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση .....	149
4.5. Η ενσυναίσθηση στα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά .....	151
4.6. Η ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες φροντιστές .....	152
4.7. Εκπαιδευτικά προγράμματα που ενισχύουν την ενσυναίσθηση .....	154
4.8. Σκοπός και στόχοι της έρευνας .....	160
4.9. Οι ερευνητικές υποθέσεις .....	160
4.10 Ως επίλογος του θεωρητικού μέρους .....	161

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

<b>5. Η ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>162</b>
5.1. Εισαγωγή .....	162
5.2. Η ταυτότητα της παρούσας έρευνας .....	162
5.3. Συμμετέχοντες .....	164
5.3.1. Η ταυτότητα του ερευνητικού δείγματος.....	165
5.3.2. Η πειραματική ομάδα .....	185

5.3.3. Η ομάδα ελέγχου .....	185
5.4. Θέματα δεοντολογίας της έρευνας .....	185
5.5. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων .....	186
5.6. Η ερευνητική διαδικασία .....	188
5.7. Τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας .....	189
5.7.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών – Επαγγελματικών και Ατομικών Χαρακτηριστικών .....	189
5.7.2. Αυτοαναφορική Κλίμακα Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες «Secondary Traumatic Stress Scale STSS» .....	190
5.7.3. Ερωτηματολόγιο Αυτό-αξιολόγησης Γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (General Health Questionnaire – GHQ-28).....	192
5.7.4. Αυτοαναφορική κλίμακα «Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης» (Interpersonal Reactivity Index, Davis, M. H., 1980) .....	194
5.8. Παρουσίαση του συμβουλευτικού προγράμματος .....	197
5.8.1. Σκοποί του συμβουλευτικού προγράμματος παρέμβασης .....	201
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ</b>	
<b>6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>205</b>
6.1. Εισαγωγή .....	205
6.2 Στατιστικές αναλύσεις .....	205
6.2.1. Περιγραφικά στοιχεία των ερευνητικών εργαλείων .....	205
6.2.2. Διαφορές της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος .....	206
6.3. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και τη μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες .....	207
6.3.1. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση της Λήψης Προοπτικής του Άλλου .....	207
6.3.2. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης .....	208
6.3.3. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος .....	210

6.3.4. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση της Προσωπικής Δυσφορίας .....	211
6.4. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες .....	212
6.4.1 Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη μείωση των επιπέδων του αρχικά καταγραφέντος δευτερογενούς τραυματικού στρες .....	212

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

<b>7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ &amp; ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>214</b>
7.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων .....	214
7.2. Συμπεράσματα .....	220
7.3. Περιορισμοί της έρευνας .....	221
7.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα .....	222

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

### **Παράρτημα Ι**

### **Παράρτημα ΙΙ**

## Ευρετήριο Εικόνων & Πινάκων

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>Εικόνα 1:</b> Σχηματικά το Μοντέλο της «Γνωστικής Τριάδας» (Beck et al., 1979).....	94
<b>Εικόνα 2:</b> Ο κύκλος των συνεπειών των αντίξοων τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία σε όλη τη διάρκεια της ζωής .....	117
<b>Πίνακας Α:</b> Ευρήματα της έρευνας “ACE Study” (Felitti, Anda, et al.,1998) με τη συσχέτιση της παιδικής κακοποίησης και των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου για την υγεία καθώς και των ασθενειών στην ενήλικη ζωή .....	119
<b>Πίνακας Β:</b> Στόχοι των έξι (6) συναντήσεων του προσωποκεντρικού συμβουλευτικού προγράμματος «Κοίτα με τα μάτια μου» .....	202

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>Πίνακας 1:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Φύλο» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	165
<b>Πίνακας 2:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Ηλικία» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	166
<b>Πίνακας 3:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	166
<b>Πίνακας 4:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Αριθμός παιδιών» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα .....	167
<b>Πίνακας 5:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Εκπαίδευση» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα .....	168
<b>Πίνακας 6:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Χώρος εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	170
<b>Πίνακας 7:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Επαγγελματική εμπειρία στον τομέα» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	172
<b>Πίνακας 8:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Επαγγελματική εμπειρία στην τωρινή θέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	173
<b>Πίνακας 9:</b> Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Θέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	173

<b>Πίνακας 10:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Σχέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	174
<b>Πίνακας 11:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Είδος εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	175
<b>Πίνακας 12:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Χρόνος εργασίας» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα .....	175
<b>Πίνακας 13:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Αριθμός παιδιών που φροντίζουν στην υπηρεσία» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα ...	176
<b>Πίνακας 14:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Αριθμός συναδέρφων που συνεργάζονται συνήθως στην υπηρεσία» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	177
<b>Πίνακας 15:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Το προσωπικό στη δομή εργάζεται σαν ομάδα» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα .....	177
<b>Πίνακας 16:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται από συναδελφικότητα» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	178
<b>Πίνακας 17:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία συνολικά» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	179
<b>Πίνακας 18:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Αλλαγή ή φυγή από την εργασιακή θέση» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	181
<b>Πίνακας 19:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Εκτόνωση του στρες» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	182
<b>Πίνακας 20:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Συχνότητα γυμναστικής» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	183
<b>Πίνακας 21:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Βίωμα κάποιου τραυματικού γεγονότος τα τελευταία χρόνια» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	183
<b>Πίνακας 22:</b> Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Ψυχολογική επιβάρυνση της συνθήκης της πανδημίας Covid - 19» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου .....	184
<b>Πίνακας 23:</b> Έλεγχος Cronbach–α της κλίμακας δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο σύνολο και για τις δύο ομάδες του ερευνητικού δείγματος .....	192
<b>Πίνακας 24:</b> Έλεγχος Cronbach – α της για την κλίμακα Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας στο σύνολο και για τις δύο ομάδες του ερευνητικού δείγματος ....	194

<b>Πίνακας 25:</b> Έλεγχος $\alpha$ - Cronbach για την κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης στο σύνολο και για τις δύο ομάδες του ερευνητικού δείγματος .....	196
<b>Πίνακας 26:</b> Έλεγχος Cronbach – $\alpha$ στις υποκλίμακες της κλίμακας Ανταπόκρισης για τις δύο ερευνητικές ομάδες .....	197
<b>Πίνακας 27:</b> Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τα ερευνητικά εργαλεία της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου .....	205
<b>Πίνακας 28:</b> Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα σύγκρισης μέσω όρων για την ομάδα ελέγχου .....	206
<b>Πίνακας 29:</b> Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα μέσω όρων για την πειραματική ομάδα αναφορικά με τις τρεις κλίμακες που συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος για την πειραματική ομάδα .....	207
<b>Πίνακας 30:</b> Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) της Λήψης Προοπτικής του Άλλου για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση .....	208
<b>Πίνακας 31 :</b> Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) της διάστασης της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση .....	209
<b>Πίνακας 32:</b> Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση .....	211
<b>Πίνακας 33:</b> Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) της Προσωπικής Δυσφορίας για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση .....	212
<b>Πίνακας 34:</b> Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) των κλιμάκων του Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες και της Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας και για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση .....	213

## Ευρετήριο Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ράβδων για την εκπαίδευση των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας .....	169
Διάγραμμα 2: Διάγραμμα ράβδων για την εκπαίδευση των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου .....	169
Διάγραμμα 3: Διάγραμμα πίτας για τον χώρο εργασίας της πειραματικής ομάδας ..	171
Διάγραμμα 4: Διάγραμμα πίτας για τον χώρο εργασίας της ομάδας ελέγχου .....	171
Διάγραμμα 5: Διάγραμμα ράβδων για την ικανοποίηση από την εργασία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας .....	180
Διάγραμμα 6: Διάγραμμα ράβδων για την ικανοποίηση από την εργασία των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου .....	180

## Ορολογία

### Αγγλικός όρος = Ελληνικός όρος ~ Ορισμός

**Out-of-home care services** = υπηρεσίες φροντίδας εκτός σπιτιού ~ η ιδρυματική φροντίδα και έλεγχος παιδιού ή νέου ανθρώπου σε περιβάλλον διαφορετικό από το σπίτι και σε συνθήκες συμβίωσης [1]

**Refugee camps** = Δομές Φιλοξενίας / Προσωρινής Υποδοχής ~ Δομές που παρέχουν προσωρινή διαμονή σε πολίτες τρίτων χωρών οι οποίοι έχουν υποβάλει αίτημα διεθνούς προστασίας στο έδαφος της Ελληνικής Επικράτειας. Φιλοξενούν τους μέλη της οικογένειας των αιτούντων διεθνούς προστασίας, καθώς και ασυνόδευτους ή μη, ανηλίκους, και όσους ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. [2]

**Child neglect** = Παραμέληση παιδιού ~ η αποτυχία τους γονέα ή άλλου ατόμου με ευθύνη για το παιδί να παρέχουν την απαραίτητη τροφή, ρούχα, στέγη, ιατρική περίθαλψη ή επίβλεψη στο βαθμό που η υγεία, η ασφάλεια του παιδιού, και η ευημερία απειλείται με βλάβη [3]

**Child physical abuse** = Κακοποίηση παιδιού ~ οποιαδήποτε μη τυχαία σωματική βλάβη γίνεται στο παιδί από γονέα/φροντιστή ή άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος του [4]

**Domestic abuse/violence or intimate partner violence** = Ενδοοικογενειακή κακοποίηση/βία ή βία από στενό σύντροφο ~ ένα πρότυπο συμπεριφοράς σε οποιαδήποτε σχέση μέσα στην οικογένεια που χρησιμοποιείται από ένα πρόσωπο για να αποκτήσει ή να διατηρήσει την εξουσία και τον έλεγχο τους στενού συντρόφου. Η κακοποίηση προέρχεται από σωματικές, σεξουαλικές, συναισθηματικές, οικονομικές ή ψυχολογικές ενέργειες ή απειλές για ενέργειες που επηρεάζουν ένα άλλο άτομο. Περιλαμβάνει οποιοσδήποτε συμπεριφορές τρομάζουν, εκφοβίζουν, τρομοκρατούν, χειραγωγούν, πληγώνουν, εξευτελίζουν, κατηγορούν, τραυματίζουν ή πληγώνουν κάποιον. Η ενδοοικογενειακή κακοποίηση μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε, ανεξαρτήτως φυλής, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, θρησκείας ή φύλου. Μπορεί να συμβεί σε μια σειρά σχέσεων, συμπεριλαμβανομένων των ζευγαριών που είναι παντρεμένα, που ζουν ή βγαίνουν μαζί. Η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει άτομα κάθε κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου και μορφωτικού επιπέδου.[5]

**Victimization** = Θυματοποίηση ~ η διαδικασία κατά την οποία τους άνθρωπος γίνεται θύμα, είτε από φυσική ή ψυχολογική ή ηθική ή σεξουαλική άποψη. Παρά τον κρίσιμο ρόλο του θύματος, ιστορικά η διαδικασία θυματοποίησης μελετήθηκε κυρίως από τη σκοπιά του δράστη, προκειμένου να επικεντρωθεί στα κίνητρά του και στα αίτια της προσβολής. Μόνο κατά τη δεκαετία του 1960 οι εγκληματολόγοι άρχισαν να κατανοούν τους αδυναμίες των διαθέσιμων πηγών και αναζητούν εναλλακτικές μεθόδους που θα μπορούσαν να παρέχουν μια πιο ακριβή και ενημερωτική περιγραφή των προβλημάτων του εγκλήματος. Αυτή η νέα προσέγγιση,



που επικεντρώνεται στα θύματα, επιτρέπει την εστίαση τους εμπειρίες και τους συνέπειες τους θυματοποίησης και τον αντίκτυπό τους στην ευαλωτότητα και την ποιότητα ζωής τους.[6]

**Child sexual abuse** = σεξουαλική κακοποίηση παιδιού ~ σεξουαλική δραστηριότητα με παιδί από ενήλικα, έφηβο ή μεγαλύτερο παιδί [7]

**Child emotional/psychological abuse** = συναισθηματική κακοποίηση παιδιού ~ είναι κάθε είδος κακοποίησης που περιλαμβάνει τη συνεχή συναισθηματική κακομεταχείριση τους παιδιού. Τους φορές ονομάζεται ψυχολογική κακοποίηση. Η συναισθηματική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει τη σκόπιμη προσπάθεια να τρομάξει, να ταπεινώσει, να απομονώσει ή να αγνοήσει ένα παιδί. Η συναισθηματική κακοποίηση είναι συχνά μέρος άλλων ειδών κακοποίησης, πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπίσει κανείς τα σημάδια ή να πει τη διαφορά, αν και μπορεί τους να συμβεί από μόνη τους. [8]

**Psychotraumatology** = Ψυχοτραυματολογία ~ «Η ψυχοτραυματολογία εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο ιδιαίτερα στρεσογόνα βιώματα αποτυπώνονται στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τους νευροφυσιολογικές διαδικασίες, προκαλώντας ποικίλες ψυχοσωματικές ενοχλήσεις και παθήσεις ή/και διαταραχές συγκέντρωσης, απόδοσης καθώς και σοβαρές δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος, έχοντας επιπτώσεις στην ικανότητα των θυμάτων να σχετίζονται, στην αυτοεκτίμησή τους, στη στάση τους απέναντι στη ζωή και στην πνευματικότητά τους». (Ελεύθερη απόδοση του ορισμού τους M. Huber, 2003) [9]

**The fight or flight response** = Η απόκριση μάχης ή φυγής ~ είναι μια αυτόματη φυσιολογική αντίδραση σε ένα γεγονός που γίνεται αντιληπτό ως αγχωτικό ή τρομακτικό. Η αντίληψη τους απειλής ενεργοποιεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και πυροδοτεί μια οξεία αντίδραση στρες που προετοιμάζει το σώμα να πολεμήσει ή να φύγει. Αυτές οι αντιδράσεις είναι εξελικτικές προσαρμογές για την αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης σε απειλητικές καταστάσεις. Η υπερβολικά συχνή, έντονη ή ακατάλληλη ενεργοποίηση τους απόκρισης μάχης ή φυγής εμπλέκεται σε μια σειρά κλινικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων των περισσότερων αγχωδών διαταραχών και τους κατάστασης ψυχικού τραυματισμού. Η απόκριση μάχης ή φυγής περιγράφηκε αρχικά από τον Αμερικανό φυσιολόγο Walter Bradford Cannon στο βιβλίο του «Bodily changes in pain, hunger, fear and rage», (1915) [10]

**Adverse Childhood Experience(s) ACEs** = Αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία ~ οι αντίξοες εμπειρίες τους παιδικής ηλικίας είναι δυνητικά τραυματικά γεγονότα που συμβαίνουν στην παιδική ηλικία (0-17 ετών). Για παράδειγμα τα παιδιά μπορεί: α) να βιώνουν βία, κακοποίηση ή παραμέληση, β)να μάρτυρες βίας στο σπίτι ή την κοινότητα, γ)να είναι μάρτυρες σε απόπειρα ή θάνατο τους μέλους τους οικογένειας από αυτοκτονία. Τους περιλαμβάνουν πτυχές του περιβάλλοντος του παιδιού που μπορούν να υπονομεύσουν την αίσθηση τους ασφάλειας, τους σταθερότητας και του δεσμού του παιδιού, τους το να μεγαλώνει σε ένα σπίτι με: α)

προβλήματα χρήσης ουσιών, β) με περιστατικό ψυχικής ασθένειας, γ) με ασταθείς συνθήκες λόγω χωρισμού γονέων ή μελών τους οικογένειας στη φυλακή. [11]

**Residential care for children** = ιδρυματική φροντίδα για παιδιά ~ η ιδρυματική φροντίδα είναι μια μορφή ομαδικής φροντίδας για παιδιά, όπου η φροντίδα τους παρέχεται από ομάδες αμειβόμενου προσωπικού. Το χαρακτηριστικό τους ιδρυματικής φροντίδας για παιδιά είναι ότι προσφέρει 24ωρη διαβίωση και φροντίδα σε ασφαλές και προστατευμένο περιβάλλον για τα παιδιά χωρίς οικογένεια ή που εξαιτίας κακοποίησης αφαιρέθηκαν από την οικογένεια ή που αποχωρίστηκαν τους οικογένειές τους για τους λόγους. Το μέγεθος, η οργάνωση και το περιεχόμενο τους ιδρυματικής φροντίδας, ποικίλλουν ευρέως. Είναι τους όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ότι ολόκληρη η ζωή τους παιδιού, δηλαδή η εκπαίδευση, ο ελεύθερος χρόνος, η αναψυχή και ο ύπνος, λαμβάνει χώρα στο χώρο τους ιδρύματος σε πλαίσιο συμβίωσης με άλλα παιδιά, με τους υπηρεσίες επαγγελματιών φροντίδας. Συνήθως η ιδρυματική φροντίδα έχει δημόσιο χαρακτήρα. Η ιδρυματική φροντίδα είναι μια εναλλακτική λύση στην ανάδοχη φροντίδα ή τη φροντίδα συγγένειας, που είναι πιο συνηθισμένες τοποθετήσεις για παιδιά που δεν μπορούν να ζήσουν με την οικογένειά τους. [12]

**Mental / Psychological resilience** = ψυχική ανθεκτικότητα ~ η διαδικασία της καλής προσαρμογής ενόψει αντιξοοτήτων, τραυμάτων, τραγωδιών, απειλών ή σημαντικών πηγών άγχους - όπως οικογενειακά προβλήματα και προβλήματα σχέσεων, σοβαρά προβλήματα υγείας ή στρεσογόνοι παράγοντες στον εργασιακό και οικονομικό τομέα. Όσο περισσότερο η ανθεκτικότητα ενός ατόμου περιλαμβάνει την ικανότητα το άτομο να επιστρέφει γρήγορα σε μια φυσιολογική κατάσταση μετά από τις δύσκολες εμπειρίες, μπορεί επίσης να περιλαμβάνει βαθιά προσωπική ανάπτυξη. [13]

## Πηγές απόδοσης και ερμηνείας των όρων που χρησιμοποιούνται στη μελέτη

[1] Children and Young Persons (Care & Protection), Act 1998. Social Justice & Social Change, University of Western Sydney & UnitingCare Burnside 2004

[2] Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου  
ιστοσελίδα : <https://migration.gov.gr/ris/perifereiakes-monades/domes/>  
(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[3] Child Welfare Information Gateway, 2019

[4] Child Welfare Information Gateway, 2019

[5] Ιστοσελίδα United Nations, “Covid-19 Response”, 2019

<https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[6] Muratore M.G. (2014) Victimization. In: Michalos A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht.  
[https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_3156](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_3156) (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[7] Prevent Child Abuse, 2021

<https://www.preventchildabusenc.org/resource-hub/about-child-sexual-abuse/>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[8] National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), 2021

<https://www.nspcc.org.uk/what-is-child-abuse/types-of-abuse/emotional-abuse/>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[9] Βεντουράτου Δ., 2009, «Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και στην Τραυματοθεραπεία, Η μέθοδος EMDR», Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ, Αθήνα 2009

[10] Psychology Tools Site, University Of Reading, United Kingdom

<https://www.psychologytools.com/resource/fight-or-flight-response/>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[11] [National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention](https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html)

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[12] What Works for Children’s Social Care, 2021. Residential care, Study Review

<https://whatworks-csc.org.uk/evidence/evidence-store/intervention/residential-care/>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

[13] American Psychological Association. (2020, February 1). *Building your resilience*. <http://www.apa.org/topics/resilience>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πολλές έρευνες και διεθνή κείμενα για την παιδική προστασία έχουν αναδείξει την αναγκαιότητα λειτουργίας των δομών παιδικής προστασίας μέσα από μια αντίληψη εξατομικευμένης αντιμετώπισης των προβλημάτων, σεβασμού των δικαιωμάτων των παιδιών και δημιουργίας γνήσιων διαπροσωπικών σχέσεων και δεσμών συναισθηματικής θέρμης, αποδοχής και εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών φροντιστών με τα τραυματισμένα από κακοποίηση ή αντίξοες εμπειρίες ζωής παιδιά, ως θεραπευτικών παραγόντων για την υγιή μετατραυματική τους ανάπτυξη. Οι σχετικές παρεμβάσεις στη χώρα μας δεν ανταποκρίνονται στη σύγχρονη αναγκαιότητα. Η παρούσα εργασία στοχεύοντας να συμβάλει στην ευαισθητοποίηση πάνω στο θέμα, προτείνει μια προσπάθεια εφαρμογής των προσωποκεντρικών διευκολυντικών θεραπευτικών συνθηκών, αυθεντικότητας στον τρόπο έκφρασης, γνήσιας αποδοχής και ενσυναισθητικής κατανόησης, στη συμπεριφορά και στάση ζωής των επαγγελματιών φροντιστών για την καθημερινή διαβίωση και εκπαίδευση των φιλοξενούμενων παιδιών στο πλαίσιο των δομών παιδικής προστασίας που μπορεί να συμβάλει στην ανάκαμψη και θετική πορεία της μετατραυματικής τους εξέλιξης. Η έρευνα που διεξήχθη είχε ως σκοπό την εφαρμογή και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προσωποκεντρικού συμβουλευτικού προγράμματος ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης και καλλιέργειας της ενσυναίσθησης «Κοίτα με τα μάτια μου» σε επαγγελματίες φροντιστές παιδιών με ψυχικό τραύμα. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δομήθηκε με διττή στόχευση, αρχικά με την εφαρμογή του στη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών φροντιστών και με δεύτερη στόχευση να μεταβιβαστεί στη σχέση τους με τα παιδιά που φροντίζουν στις δομές φιλοξενίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 54 φροντιστές διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται σε δημόσιες ή Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις/Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) δομές παιδικής προστασίας, πρώτης υποδοχής και εκπαίδευσης, 26 στην ομάδα παρέμβασης και 28 στην ομάδα ελέγχου. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για την ενσυναίσθηση, για το δευτερογενές τραυματικό στρες και για την γενική τους υγεία πριν την εφαρμογή του προγράμματος, μετά την ολοκλήρωσή του και ένα μήνα αργότερα. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση των επιπέδων των διαστάσεων της ενσυναίσθησης καθώς και μείωση των επιπέδων δευτερογενούς τραυματικού στρες για τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης μετά την εφαρμογή του προγράμματος, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες της

ομάδας ελέγχου. Τα θετικά αποτελέσματα διατηρήθηκαν στη «follow up» μέτρηση, ένα μήνα μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος.

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ:** προσωποκεντρική συμβουλευτική / ενσυναίσθηση / ψυχικό τραύμα, διαταραχή μετατραυματικού στρες

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** ενσυναίσθηση, ψυχικό τραύμα παιδιών, επαγγελματίες φροντιστές παιδιών/εφήβων , πρόγραμμα προσωποκεντρικής συμβουλευτικής

## ABSTRACT

Numerous research and international conventions on child protection have highlighted the need for child protection structures to function through a sense of individualized problem-solving, respect for children's rights and the creation of genuine interpersonal relationships and bonds of emotional warmth, acceptance and trust between professionals caregivers and children injured by abuse or adverse life experiences, as therapeutic agents for their healthy post-traumatic development. The relevant interventions in our country do not meet the modern necessity. The present work, aiming to contribute to the awareness on the subject, proposes an attempt to apply the person-centered facilitative therapeutic conditions, authenticity in the way of expression, genuine acceptance and empathetic understanding, in the behavior and attitude of professional caregivers for everyday living and education in the context of child protection structures that can contribute to the recovery and positive course of their post-traumatic development. The aim of the research was to implement and evaluate the effectiveness of the person-centered counseling program of psycho-emotional empowerment and cultivation of empathy "Look through my eyes" in professional caregivers of children suffering from psychological trauma. This program was structured with a dual purpose, initially with its application in the relationship between professional caregivers and with a second goal to be transferred to their relationship with the children who care in the hosting structures. The research involved 54 caregivers of various specialties working in public or non-profit organizations / non-governmental organizations, child protection structures, first reception and education, 26 in the intervention group and 28 in the control group. Participants completed questionnaires about empathy, secondary traumatic stress, and general health before the program, after completion, and one month later. The results showed an improvement in the levels of empathy dimensions as well as a reduction in the levels of secondary traumatic stress for the participants in the intervention group after the implementation of the program, in contrast to the participants in the control group. The positive results were maintained in the "follow up" measurement, one month after the implementation of the counseling program.

**SUBJECT AREA:** person-centered counseling/ empathy/ trauma/ PTSD

**KEYWORDS:** empathy, child psychological trauma, professional children / adolescents caregivers, person-centered counseling programme

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ψυχικό τραύμα γενικά ορίζεται ως η κατάσταση που προκαλεί κάθε εμπειρία που θεωρείται αφόρητη, που καταρρακώνει το ψυχικό δυναμικό του ανθρώπου που την υφίσταται και επηρεάζει την ανθρώπινη ικανότητα του, να σχετίζεται και να αισθάνεται αυθεντική εγγύτητα με τους άλλους (McCarthy J., 2006).

Το ψυχικό τραύμα αποτελεί μια διεργασία οδύνης όπου ο άνθρωπος βιώνει πληθώρα αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από εξαιρετικής έντασης στρεσογόνα γεγονότα (φυσικές ή προκαλούμενες από τον άνθρωπο καταστροφές, πόλεμο, σοβαρά ατυχήματα, μαρτυρία βίαιων θανάτων άλλων, θάνατος αγαπημένου προσώπου, υποβολή του ίδιου του ατόμου σε βίαιες πράξεις, τρομοκρατική επίθεση, ενδοοικογενειακή ή σεξουαλική βία και κακοποίηση ή άλλο έγκλημα), τα οποία δεν μπορεί να επεξεργαστεί ψυχικά.

Η πρόωμη έκθεση του παιδιού σε τέτοιου επιπέδου έντονες τραυματικές συνθήκες κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου δόμησης του ψυχισμού του, δημιουργεί ιδιαίτερα επιβαρυνμένες καταστάσεις, που αν δεν διαμεσολαβηθούν και δεν δοθεί η δυνατότητα στο παιδί να τις επεξεργαστεί, μπορούν να προκαλέσουν σειρά σοβαρών επιπτώσεων (ψυχικών και σωματικών) στην ενήλικη ζωή. ( Μπούρας Γ. & Λαζαράτου Ε.,2012)

Το θέμα από το οποίο εμπνεύστηκε η παρούσα εργασία αφορά τη διαβίωση μεγάλου πληθυσμού παιδιών και εφήβων, σε δομές φιλοξενίας των δημόσιων υπηρεσιών παιδικής προστασίας και κοινωνικής φροντίδας καθώς και των Μη Κερδοσκοπικών / Κυβερνητικών Οργανώσεων, ως συνέπεια της βίας και των τραυματικών εμπειριών που βίωσαν είτε με τη μορφή εγκατάλειψης, κακοποίησης η παραμέλησης στο οικογενειακό τους περιβάλλον είτε ως αποτέλεσμα του προσφυγικού ξεριζωμού από τη χώρα καταγωγής τους εξαιτίας εμπόλεμων συνθηκών.

Το ψυχικό τραύμα που στοιχειοθετείται από την κακοποίηση και εκμετάλλευση των παιδιών, από την απώλεια του οικείου τους πολιτισμικού και οικογενειακού τους πλαισίου είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο (Child Welfare Information Gateway, 2014) στην αντιμετώπιση του οποίου διάφορες επαγγελματικές ομάδες έχουν να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο.



Οι επαγγελματίες φροντιστές παιδιών σε Δομές Φιλοξενίας και Παιδικής Προστασίας είναι μια από τους ομάδες αυτές, δεδομένης της συχνότητας της επαφής, της έκτασης και της ποιότητας της επικοινωνίας και της στενότητας της σχέσης που είναι σε θέση να οικοδομήσουν με τα τραυματισμένα παιδιά.

Προκειμένου, ωστόσο, να μπορέσουν να αξιοποιήσουν την πλεονεκτική αυτή θέση, στο πλαίσιο μιας καθημερινής αντιμετώπισης, θεραπευτικού χαρακτήρα των συνεπειών του ψυχικού τραυματισμού των παιδιών (μη ενταγμένης, ωστόσο, σε κάποια θεραπευτική περιοχή για παράδειγμα στην περιοχή ψυχοθεραπείας) οι επαγγελματίες φροντιστές χρειάζεται να διαθέτουν συγκεκριμένες γνώσεις και να αποκτήσουν ειδικές συμβουλευτικές δεξιότητες και θεραπευτικές στάσεις (Gordon T., 2016).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να συμβάλει προς αυτή την κατεύθυνση μέσω της εφαρμογής μεθόδων προσωποκεντρικής συμβουλευτικής και της θεραπευτικής χρήσης της ενσυναίσθησης. Σύμφωνα με τον Wilson «η φύση της ενσυναίσθησης στη θεραπεία των καταστάσεων ψυχικού τραύματος είναι μια πλούσια σύνθετη μήτρα. Ως ψυχοβιολογική ικανότητα, η ενσυναίσθηση είναι ενσωματωμένη στον οργανισμό, διαμορφώνεται από τους πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης (Eisenberg, Murphy, & Shepard, 1997) και αναπτύσσεται από την κοινωνική μάθηση, την προσωπική εμπειρία, την προσωπικότητα και την ηθική ανάπτυξη (Aronoff & Wilson, 1985. Staub, 1979 )» (Wilson J., 2004)

Ο σχεδιασμός του συμβουλευτικού προγράμματος καλλιέργειας της ενσυναίσθησης, που προτείνεται στην παρούσα μελέτη, αποτελεί μια προσπάθεια, διερεύνησης της επίδρασης της ενσυναίσθησης σε ένα επιλεγμένο ερευνητικό δείγμα επαγγελματιών φροντιστών παιδιών που έχουν βιώσει τραυματική/-ες εμπειρία/-ίες, ως τρόπο του σχετίζεσθαι (και όχι μόνο ως επικοινωνιακή δεξιότητα), με διττή στόχευση, αρχικά στη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών φροντιστών και με δεύτερη στόχευση να μεταβιβαστεί στη σχέση τους με τα παιδιά και τους εφήβους που φροντίζουν στις δομές φιλοξενίας.

Το εν λόγω εγχείρημα βασίζεται στις αρχές της ανθρωπιστικής ψυχολογίας και ειδικότερα της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής προσέγγισης σύμφωνα με τις οποίες: α) η υποκειμενική εμπειρία του τραυματισμένου ανθρώπου τοποθετείται στο επίκεντρο της προσοχής και αποτελεί τη σημαντικότερη πηγή απόκτησης γνώσης, β) ο τραυματισμένος άνθρωπος έχει τη δυνατότητα επιλογής και λήψης αποφάσεων, αναδιαμορφώνοντας ενεργά τον εαυτό του και αναλαμβάνοντας σταδιακά την ευθύνη

για τη ζωή του, γ) η προτεραιότητα δίνεται στην αποκατάσταση και ικανοποίηση των πληγέντων συναισθηματικών αναγκών του τραυματισμένου ανθρώπου και στην τροφοδότηση της εγγενούς του κινητήριας δύναμης για αυτοπραγμάτωση «η οποία στο πλαίσιο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και υπό ευνοϊκές περιβαλλοντικές συνθήκες συμβάλει στην προώθηση του δυναμικού του προς την κατεύθυνση της υγείας και όχι της παθολογίας» (Μπρούζος Α.,2004) .

Πλήθος σύγχρονων ερευνών έχουν επισημάνει την αναγκαιότητα να διερευνηθούν οι ανάγκες των παιδιών σε ιδρυματικά πλαίσια (Holland, 2009) υπό το πρίσμα πιο λεπτά διαφοροποιημένης και εξατομικευμένης κατανόησης της κατάστασης των παιδιών (Winter, 2006), ενσωματώνοντας σε κάθε περίπτωση τις διασυνδέσεις μεταξύ του περιβάλλοντος φροντίδας και των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων της ταυτότητάς τους και δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις αναπτυσσόμενες ικανότητες μέσα από την οπτική των ίδιων των παιδιών (Berringe, 2007) αποφεύγοντας τη μεροληπτική αντιμετώπιση (Murray, 2005) και αυστηρή κατηγοριοποίηση τους ως ατόμων με παθολογία στις περιπτώσεις διερεύνησης ψυχικού τραύματος (Leon et al, 2008).

Η σημασία του θέματος έγκειται στην σημαντικότητα της ευαισθητοποίησης της πολιτείας και του κοινού σχετικά με το εύρος και τον σοβαρό αντίκτυπο του παιδικού /εφηβικού τραύματος και του τραυματικού στρες στην ασφάλεια και την υγιή ανάπτυξη των νέων γενιών. Η αξία της ευαισθητοποίησης είναι κεντρική για τον προσανατολισμό στην αύξηση του επιπέδου φροντίδας και την βελτίωση και ανάπτυξη της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας για τα τραυματισμένα παιδιά και τις οικογένειές τους. (The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2020)

Η παρούσα εργασία είναι μια ποσοτική κοινωνική έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης της ενσυναίσθησης στον ψυχικό τραυματισμό ή επανατραυματισμό όλων εκείνων που «κατοικούν», είτε ως επαγγελματίες με διάφορες ειδικότητες είτε ως «ωφελούμενα» τραυματισμένα παιδιά , το πεδίο της παιδικής προστασίας και κοινωνικής φροντίδας.

Η διάρθρωσή αυτής της εργασίας αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο, θεωρητικό μέρος παρέχει το εννοιολογικό πλαίσιο της βιβλιογραφίας σχετικά με την επαγγελματική φροντίδα σε δομές φιλοξενίας, το ψυχικό τραύμα, την ενσυναίσθηση, την μεταξύ τους σχέση και τις επιπτώσεις τους στα εμπλεκόμενα μέρη, παιδιά και επαγγελματίες καθώς και σχετικά με τις βασικές αρχές της προσωποκεντρικής

συμβουλευτικής προσέγγισης της ανθρωπιστικής ψυχολογίας. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, το ερευνητικό, αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας και παρατίθεται αναλυτικά το συμβουλευτικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε, τα αποτελέσματά της έρευνας για την αποτελεσματικότητά του και τα συμπεράσματα που εξάγονται.

## **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (OUT OF HOME CARE SERVICES)**

*«Και το παιδί σουλατσάρει ανήμπορο  
με το σχολικό βιβλίο του, με τη μπάλα του, με την κούκλα του,  
και διαισθάνεται πως κάτι σημαντικό και ισχυρό συμβαίνει  
πέρα από το ίδιο και χωρίς τη συμμετοχή του,  
κάτι που αποφασίζει για τη μοίρα του,  
κάτι που τιμωρεί και το επιβραβεύει, και το λυγίζει».*

(Janusz Korczak, 1898-1942)

#### **Εισαγωγή**

Στην ενότητα που ακολουθεί γίνεται μια αναφορά στο υφιστάμενο πλαίσιο των δομών φιλοξενίας και παιδικής προστασίας στη χώρα μας ως μια συνοπτική καταγραφή για την καλύτερη κατανόηση του επαγγελματικού πεδίου που αφορά το θέμα της παρούσας εργασίας.

#### **1.1. Το θεσμικό πλαίσιο**

Η προστασία του παιδιού θεωρείται μία από τις σημαντικότερες υποχρεώσεις της σύγχρονης κοινωνίας.

Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 1989, επικυρώθηκε παγκόσμια από 192 χώρες σε σύνολο 194 χωρών-μελών του ΟΗΕ μεταξύ αυτών και η χώρα μας (Νόμος 2101/1992) για να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα παιδιά, μετατρέποντάς τα από παθητικούς αποδέκτες προστασίας σε ενεργητικά υποκείμενα που έχουν λόγο στη διαμόρφωση της ζωής τους, με ιδιαίτερα και ξεχωριστά δικαιώματα, ορίζει το παιδί ως «κάθε ανθρώπινο ον μικρότερο της ηλικίας των 18 ετών, εκτός εάν ο ισχύων νόμος για τα παιδιά σε μια χώρα ορίζει την ενηλικίωση νωρίτερα» («Convention on the Rights of the Child» Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1989). Σύμφωνα με τον Οργανισμό Θεμελιωδών Δικαιωμάτων καθίσταται σαφές ότι «τα παιδιά δεν είναι απλώς αντικείμενα προστασίας, αλλά κάτοχοι δικαιωμάτων, οι οποίοι απολαμβάνουν το

*σύνολο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους λαμβάνουν ειδική κανονιστική μεταχείριση»* (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και Συμβουλίου της Ευρώπης, 2015). Τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα των παιδιών στην Ελλάδα και η προστασία της οικογένειας και της παιδικής ηλικίας είναι κατοχυρωμένα και στο Ελληνικό Σύνταγμα με ειδικές διατάξεις (Σύνταγμα της Ελλάδας, Άρθρο 21, σύμφωνα με Ψήφισμα της 25<sup>ης</sup> Νοεμβρίου 2019 της Θ' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων, που δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 187/Α' /28.11.2019).

Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού αναγνωρίζει ότι η παιδική ηλικία είναι μια ευάλωτη στιγμή και ότι τα παιδιά λόγω της φυσικής και διανοητικής τους ανωριμότητας χρειάζονται ειδική φροντίδα και προστασία («Convention on the Rights of the Child» Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1989). Σύμφωνα με την αναπτυξιακή ψυχολογία η παιδική ηλικία αποτελεί την περίοδο της ανθρώπινης ζωής που μεσολαβεί από τη βρεφική ηλικία έως την ενηλικίωση και χωρίζεται στα αναπτυξιακά στάδια της νηπιακής, της πρώιμης παιδικής, της μέσης παιδικής (σχολική ηλικία), και της εφηβικής ηλικίας (Berk E.L.,2019).

Μέσω των 54 άρθρων της, η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού θέτει τα πρότυπα για την ευημερία των παιδιών σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους. Ισχύει για όλα τα παιδιά κάτω των 18 ετών (ο ορισμός του παιδιού), ανεξαρτήτως φύλου, προέλευσης, θρησκείας, αναπηρίας. Η Σύμβαση καθοδηγείται από τέσσερις θεμελιώδεις αρχές που ισχύουν για κάθε παιδί:

- Όχι στις Διακρίσεις (άρθρο 2)
- Το καλύτερο συμφέρον του παιδιού (άρθρο 3)
- Επιβίωση, ανάπτυξη και προστασία (άρθρο 6)
- Ελευθερία γνώμης και συμμετοχή (άρθρο 12)

Η νέα αντίληψη της βελτιωμένης θέσης του παιδιού στη σύγχρονη κοινωνία με μια ζωή με δικαιώματα έφερε στην επιφάνεια το θέμα της προστασίας των παιδιών που εξαιτίας αντίξοων εμπειριών ζωής (adverse childhood experience(s) στερούνται του γονικού ρόλου και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.

Στη χώρα μας ο συσχετισμός φροντίδας γονιών, παιδιών και πολιτείας διακρίνεται στα ακόλουθα τρία επίπεδα (Γιαννακοπούλου,2021):

**Επίπεδο 1:** Γονιός- Παιδί. Ο γονιός έχει την κύρια ευθύνη για την ανατροφή των παιδιών του εφόσον είναι σε θέση (οικονομική, ψυχολογική, κατάσταση υγείας) να μεγαλώσει σωστά το παιδί.

**Επίπεδο 2:** Γονιός- Πολιτεία. Η Πολιτεία σέβεται την κύρια ευθύνη και στηρίζει τους γονείς στα καθήκοντά τους μέσω κρατικών φορέων. Ο γονεϊκός ρόλος αποτελεί αναμφισβήτητα έναν από τους πιο δύσκολους ρόλους, τον οποίο ασκεί ο καθένας εμπειρικά, ενώ υπάρχει επιτακτική ανάγκη για συνυπευθυνότητα μεταξύ γονέων, πολιτείας και κοινοτικών υπηρεσιών (Μιγάλης, 2002).

**Επίπεδο 3:** Παιδί- Πολιτεία. Η Πολιτεία οφείλει να προστατεύει τα παιδιά, όταν οι γονείς δεν υπάρχουν, αδυνατούν ή αδιαφορούν. Όταν οι γονείς για κάποιους λόγους δεν ανταποκρίνονται στην υποχρέωσή τους να μεγαλώσουν τα παιδιά, η Πολιτεία αναλαμβάνει την κύρια ευθύνη για την ανατροφή τους. Πρόκειται για τα παιδιά σε ανάγκη (children in need) ή παιδιά σε κίνδυνο (children in danger) τα οποία αναλαμβάνουν οι φορείς της παιδικής προστασίας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Ως παιδική προστασία νοείται η προστασία παιδιού από τη βία, την κακοποίηση, την παραμέληση, την εγκατάλειψη και την εκμετάλλευση, σε κάθε πεδίο ζωής (εντός και εκτός οικογένειας) μέσω του εθνικού συστήματος, με έμφαση στην πρόληψη, την υποστήριξη και την αποκατάσταση, το οποίο πρέπει να λειτουργεί στη βάση της νομοθεσίας, πολιτικών, κανονισμών, υπηρεσιών και πρακτικών, υπό την οπτική των Δικαιωμάτων του Παιδιού, όπως αυτά κατοχυρώνονται στη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (ν.2101/92) και τα λοιπά συναφή διεθνή νομικά κείμενα κυρωμένα από την Ελλάδα. ( Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ), *Κείμενο Αρχών για την Παιδική Προστασία στην Ελλάδα*, 2016)

Ο όρος παιδική προστασία χρησιμοποιείται για να σηματοδοτήσει και τους υπηρεσίες ιδρυματικής επαγγελματικής φροντίδας (residential care) για δύο διακριτές κατηγορίες παιδιών που έχουν πληγεί από κοινωνικές ανισότητες και βία, τα παιδιά σε ανάγκη και τα παιδιά σε κίνδυνο.

## **1.2. Η επαγγελματική φροντίδα παιδιών σε δομές φιλοξενίας**

Η ευθύνη της πολιτείας αναφορικά με την παιδική προστασία περιλαμβάνει την επαγγελματική φροντίδα που παρέχεται είτε μέσα από δημόσιες δομές φιλοξενίας παιδιών κλειστού τύπου ή ημερήσιας φροντίδας, είτε μέσα από την μέριμνα για την τοποθέτηση παιδιών σε ανάδοχες και θετές οικογένειες.

Στη χώρα μας λειτουργούν 15 Μονάδες προστασίας παιδιού, δημόσιας φροντίδας για παιδιά τυπικής ανάπτυξης που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους συνθήκες ψυχικού τραυματισμού (όπως εγκατάλειψη, κακοποίηση, παραμέληση), που με τον Νόμο 4109/2013 έχουν συγχωνευτεί διοικητικά με δημόσιες Μονάδες για παιδιά με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες διαμορφώνοντας σε επίπεδο περιφερειών τα δώδεκα (12) Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας που εποπτεύονται από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Επίσης, υπάρχουν δύο ακόμη κατηγορίες δημοσίων ιδρυμάτων: τα «καταφύγια» για «παιδιά σε κίνδυνο», τα οποία λειτουργούν από ενώσεις προστασίας των ανηλίκων και δημόσιους φορείς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης και τα ιδρύματα δημόσιας φροντίδας για ασυνόδευτους ανήλικους, συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Ταμείο Προσφύγων.

Εκτός από τους προαναφερθέντες δημόσιους οργανισμούς, στον τομέα της παιδικής προστασίας δραστηριοποιείται και η ιδιωτική μορφή ιδρυματικής φροντίδας. Οι ιδιωτικές Μη Κερδοσκοπικές/Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), συμπεριλαμβανομένων φιλανθρωπικών οργανώσεων που περιλαμβάνουν δομές φιλοξενίας παιδικής προστασίας για περιστατικά κακοποίησης ή/και δομές εκπαίδευσης για ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες (The Greek Ombudsman, 2011).

Οι κύριοι στόχοι της λειτουργίας των Μονάδων προστατευόμενης φιλοξενίας παιδιών είναι: η κάλυψη των βασικών τους αναγκών (στέγασης, φιλοξενίας, σίτισης, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης) η συνέχεια της εκπαίδευσής τους παρά τις αντιξοότητες στη ζωή τους, ο επαγγελματικός τους προσανατολισμός και τελικά και κύρια η ψυχοσυναισθηματική και κοινωνικοποιητική στήριξη των παιδιών και των δυο φύλων, που με την είσοδό τους στην ιδρυματική φροντίδα βίωσαν μια ακόμη απώλεια ως τραυματική εμπειρία, αυτή της αποστέρησης του οικείου οικογενειακού περιβάλλοντος τους.

### **1.3. Τα δικαιώματα των παιδιών που ζουν σε δομές παιδικής προστασίας**

Εξαιτίας της απομάκρυνσής των παιδιών από το, αναγνωρισμένο από διεθνείς συμβάσεις, φυσικό τους περιβάλλον για την ανάπτυξη και την ευημερία τους που είναι η οικογένεια καθώς βρίσκονται σε ιδιαίτερη συνθήκη, ζώντας εξ ανάγκης, χωρίς να το έχουν επιλέξει, σε ένα συλλογικό πλαίσιο ιδρυματικής φροντίδας, παραμένουν ενεργά υποκείμενα και κάτοχοι δικαιωμάτων. Στο πνεύμα των βασικών

αρχών και θεμελιωδών δικαιωμάτων της Διεθνούς Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, βασισμένα στα σύγχρονα επιστημονικά πορίσματα της αναπτυξιακής ψυχολογίας καθώς και στα συμπεράσματα της εμπειρίας , στο πεδίο, διαχρονικά, τα δικαιώματα των παιδιών που ζουν σε δομές παιδικής προστασίας πηγάζουν από τρεις σημαντικές έννοιες:

### **1. Παροχές (Provision)**

Οι παροχές σχετίζονται με το θέμα της προσβασιμότητας των παιδιών στα κατάλληλα υλικά και πνευματικά αγαθά για την ανάπτυξη του ηλικιακού τους επιπέδου και των προσωπικών τους δυνατοτήτων.

### **2. Προστασία (Protection)**

Η έννοια της προστασίας αναφέρεται στο δικαίωμά τους να προστατευτούν από τους ενήλικες φροντιστές τους όχι ως παθητικά αντικείμενα προστασίας αλλά με σεβασμό στη φυσική τους υπόσταση, στην ψυχική τους λειτουργία και τις εγγενείς δυνατότητές τους για εξέλιξη.

### **3. Συμμετοχή (Participation)**

Η έννοια της συμμετοχής αναφέρεται στο δικαίωμα της ελευθερίας της σκέψης, της πολύπλευρης δημιουργικής έκφρασης και της κοινωνικής συναναστροφής και εμπλοκής στα κοινωνικά δρώμενα (Γεωργιάδης,2002)

Πρόκειται για μια παιδοκεντρική προσέγγιση (child-centered approach) φροντίδας, βαθιά επηρεασμένη από τις αρχές της προσωποκεντρικής θεωρίας, που ανταποκρίνεται στα δικαιώματα του παιδιού, όπως αυτά έχουν οριστεί από τη Διεθνή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Παιδιού (1989), αντιμετωπίζοντας το παιδί ως φορέα δικαιωμάτων και ενεργό συνεισφέροντα που ασκεί τα δικαιώματά του στο πλαίσιο τόσο της οικογένειας του όσο και της κοινότητά του (Winter, 2011. οπ. αναφ. στο Toros, Tiko & Saia, 2013), έχοντας ηθικά και νομικά δικαιώματα προστασίας, αποδοχής υπηρεσιών και συμμετοχής με τις προσωπικές του δυνάμεις ως ενεργό υποκείμενο (Bell, 2002 οπ. αναφ. στο Toros, Tiko & Saia, 2013 ). Η παιδοκεντρική προσέγγιση σημαίνει, πρώτον ότι κατά τη λήψη αποφάσεων για το παιδί, λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες του παιδιού, που πηγάζουν από τα ενδιαφέροντα του παιδιού. Περιλαμβάνει επίσης την ενεργό συμμετοχή του παιδιού στον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων και την ένταξη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που το αφορούν ( Kazak et al., 2010. Harris , 2011. Gladstone et al., 2012 οπ. αναφ. στο Toros, Tiko & Saia, 2013). Ο Steinberg (2002) τονίζει ότι η παιδοκεντρική προσέγγιση αντιλαμβάνεται το παιδί στο κέντρο του συστήματος των



ενεργών ανθρώπινων και κοινοτικών πόρων της παιδικής προστασίας και επισημαίνει την αναγκαιότητα για ύπαρξη φροντίδας στο πλαίσιο της δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης υποστήριξης του παιδιού από τους επαγγελματίες φροντιστές του που θα το βοηθήσουν στην αυτοεξερεύνηση και συμβολοποίηση των εμπειριών στην αυτοαντίληψή του (Steinberg, 2002 οπ. αναφ. στο Toros, Tiko & Saia, 2013). Με την έννοια αυτή η σχέση ανάμεσα στο παιδί και τον επαγγελματία φροντιστή έχει ως επίκεντρο τις ανάγκες του τραυματισμένου παιδιού και το κεντρικό ερώτημα που θα θέτουν οι επαγγελματίες φροντιστές είναι: «ποιες είναι εκείνες οι ενέργειες που πρέπει να κάνω για να συμβάλω στην ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών ανάπτυξης του ευάλωτου τραυματισμένου παιδιού;» (Monro E. , 2011)

Ένα από τα σημαντικότερα κείμενα που ορίζουν με σαφήνεια τα δικαιώματα των παιδιών που φροντίζονται σε δομές παιδικής προστασίας είναι η «*Σύσταση 5*» της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης προς τα κράτη – μέλη τους ΕΕ (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2005). Βασικοί στόχοι της «*Σύστασης 5*» αποτελούν αφενός α) τα κράτη-μέλη να επιβεβαιώσουν ότι οι νόμοι και η πρακτική τους συνάδουν πλήρως με τις αρχές και τις προδιαγραφές που ορίζονται στο Παράρτημα της «*Σύστασης 5*» και σε αυτό το πλαίσιο να σχεδιάσουν εθνικές διατάξεις/κατευθυντήριες οδηγίες σε συνάφεια με τις διεθνείς προδιαγραφές για τα ιδρύματα παιδικής προστασίας και αφετέρου β) (υλοποιώντας το Άρθρο 42 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού) το κείμενο της «*Σύστασης 5*» να γνωστοποιηθεί ευρέως με τρόπο κατανοητό από ένα παιδί και ειδικότερα στα παιδιά που ζουν σε ιδρύματα παιδικής προστασίας. Όπως εκτιμάται : *«χωρίς κατάλληλη γνώση των δικαιωμάτων τους τα παιδιά δεν μπορούν να τα ασκήσουν αποτελεσματικά»*. Προβλέπει ότι προκειμένου να διασφαλιστούν οι βασικές αρχές και τα θεμελιώδη δικαιώματα του παιδιού είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν τα ακόλουθα ειδικά δικαιώματα των παιδιών που ζουν σε ιδρύματα παιδικής προστασίας:

**1<sup>ο</sup> Η διαμονή κατά την τοποθέτηση του παιδιού πρέπει να παρέχεται σε μικρές μονάδες οικογενειακού τύπου.** Ο κύριος στόχος πρέπει να είναι η ανάπτυξη και η πληρότητα του παιδιού μέσα σε ένα περιβάλλον που να προσομοιάζει σε οικογένεια και, εφόσον είναι δυνατό, η ένταξη ή επανένταξή του στην οικογένεια καθώς και στην ευρύτερη κοινότητα. Η κοινωνική επανένταξη πρέπει να επιτυγχάνεται γρήγορα,

προκειμένου να μειώνεται η διάρκεια της τοποθέτησης. Ωστόσο, η επιτυχία της ένταξης ή επανένταξης πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως ένας επιθυμητός στόχος που επιδιώκεται με επιμονή και όχι ως αναγκαστικό αποτέλεσμα.

**2° Καμία διάκριση.** Δεν επιτρέπεται καμία διάκριση λόγω φύλου, φυλής, χρώματος, κοινωνικής, εθνικής ή πολιτισμικής προέλευσης, γλώσσας, εκφρασμένων απόψεων, περιουσιακής κατάστασης, θρησκείας, αναπηρίας, γέννησης ή οποιασδήποτε άλλης κατάστασης του παιδιού και/ή των γονιών του ως προς την τοποθέτηση του παιδιού σε ιδρυματική φροντίδα και κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης. Όλα τα παιδιά πρέπει να χαίρουν ίσης μεταχείρισης και να απολαμβάνουν ίσες ευκαιρίες και ίσα δικαιώματα. Ορισμένες ομάδες παιδιών έχουν κάποιες ειδικές ανάγκες (παιδιά με αναπηρία, παιδιά που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, ασυνόδευτα παιδιά που αναζητούν άσυλο και παιδιά πρόσφυγες). Πρέπει να δίνεται στις ανάγκες αυτές η απαιτούμενη σημασία χωρίς ίχνος διάκρισης.

**3° Η οργάνωση και η παιδαγωγική αντίληψη της τοποθέτησης πρέπει να αντανακλούν την έννοια του παιδιού ως νομικού υποκείμενου, τόσο σε γενικό όσο και σε ατομικό επίπεδο.**

Το παραπάνω δικαίωμα αποτελεί κομβικό σημείο της «Σύστασης 5» και εκκινεί από τη λειτουργία του ιδρύματος που οφείλει να σχεδιάζεται, θέτοντας ως μοναδικό στόχο τη διασφάλιση της ευημερίας και της αρμονικής ανάπτυξης του παιδιού. Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται η καθιέρωση κρατικών διατάξεων και προδιαγραφών φροντίδας. Συνεπώς, οι παιδοκεντρικές ρυθμίσεις για την παρακολούθηση της πορείας του παιδιού μέσα στην ιδρυματική φροντίδα πρέπει να αποτελούν πρωταρχικό μέλημα των εργαζομένων επαγγελματιών φροντιστών του. Πρέπει να έχουν πάντα υπόψη τους την αναγκαιότητα μιας ολόπλευρης αντί μιας τμηματικής προσέγγισης του παιδιού, καθώς αυτή θα μπορούσε να προκαλέσει μεγάλη αστάθεια, ανεξάρτητα από την ποιότητα της εργασίας τους. Αυτό σημαίνει ότι, παράλληλα με τη γενική παιδαγωγική στρατηγική για το ίδρυμα ως σύνολο, πρέπει να σχεδιάζεται μια ψυχοπαιδαγωγική στρατηγική για κάθε παιδί ξεχωριστά, η οποία θα εγγυάται ατομική εποπτεία καθ' όλη τη διάρκεια της τοποθέτησης και εξατομικευμένη καθοδήγηση με τη λήξη της. Τα σημεία-κλειδιά αυτής της στρατηγικής πρέπει να είναι σταθερά τα εξής: 1) το παιδί να αντιμετωπίζεται ως άτομο και υποκείμενο δικαιωμάτων, 2) να προβλέπονται ιδιαίτερες στιγμές κατά τις οποίες τα συνεργαζόμενα άτομα θα γνωρίζονται καλύτερα μεταξύ τους, 3) το παιδί να παροτρύνεται να βελτιώσει την αυτοσυνείδηση και τη συνείδησή του απέναντι στο

περιβάλλον του και 4) να γίνεται σεβαστός ο προσωπικός ρυθμός του παιδιού καθώς και η ανάγκη του για δραστηριότητα και ανεξαρτησία. Η στρατηγική πρέπει να χαρακτηρίζεται από μια έννοια συνέχισης με στόχο την κατάρτιση σχεδίου που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού, οι οποίες θα έχουν εκ των προτέρων διασαφηνιστεί. Για το λόγο αυτό έχει μέγιστη σημασία η στενή συνεργασία ανάμεσα στην οικογένεια του παιδιού και τους επαγγελματίες φροντιστές του. Πρέπει να δίνεται έμφαση στις συνθήκες που επιτρέπουν μια κατάλληλη συναισθηματική σχέση ανάμεσα στους επαγγελματίες φροντιστές και τα παιδιά, κυρίως μέσω της σταθερότητας του προσωπικού (συνεχής παρουσία, αποφυγή μεταθέσεων).

**4° Είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι το δικαίωμα του παιδιού να εκφράζει τη γνώμη του είναι ουσιώδες (Άρθρο 12 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού).** Οι απόψεις του πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σύμφωνα με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητας του. Πρέπει να γίνεται ένας τακτικός διάλογος με το παιδί, προκειμένου να εκφράζεται και να μην υπάρχει αμφιβολία ότι καταλαβαίνει τους λόγους για τις αποφάσεις που λαμβάνονται. Να γίνεται προσπάθεια να έχει συμβολή σε αυτές.

**5° Πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στη σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία του παιδιού και στην πλήρη και αρμονική ανάπτυξή του ως βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία του σχεδίου προστασίας.** Πρέπει να καταρτίζεται ένα ατομικό σχέδιο προστασίας που θα βασίζεται τόσο στην ανάπτυξη των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του παιδιού και στο σεβασμό της αυτονομίας του, όσο και στη διατήρηση της επαφής του παιδιού με τον εξωτερικό κόσμο και στην προετοιμασία για τη μελλοντική του διαβίωση εκτός ιδρυματικής φροντίδας.

**6° Το δικαίωμα της διατήρησης των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών.**

**7° Το δικαίωμα για τα αδέρφια να μένουν μαζί ή να διατηρούν τακτική επαφή.**

**8° Το δικαίωμα της ταυτότητας.** Καθιέρωση αποτελεσματικών διαδικασιών που θα δίνουν, στο παιδί το δικαίωμα να αποκτά πιστοποιητικά έγγραφα σε περιπτώσεις που η ταυτότητά του αμφισβητείται ή δεν μπορεί να κατοχυρωθεί ολικά ή μερικά. Αυτό το δικαίωμα περιλαμβάνει το όνομα, την εθνικότητα και τους οικογενειακούς δεσμούς από τη στιγμή της γέννησης.

**9° Το δικαίωμα του σεβασμού απέναντι στο εθνικό, θρησκευτικό, πολιτισμικό, κοινωνικό και γλωσσικό υπόβαθρο του παιδιού.**

Οι επαγγελματίες φροντιστές πρέπει να ενισχύουν το σεβασμό απέναντι στην προέλευση του παιδιού και να επιτρέπουν στο παιδί να αναπτύσσει μια θετική στάση απέναντι στην καταγωγή του.

**10° Το δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής, καθώς και το δικαίωμα της εμπιστευτικής συμβουλής και της νομικής υπεράσπισης.**

**11° Το δικαίωμα της ποιοτικής ιατρικής φροντίδας προσαρμοσμένης στις ανάγκες και την ευημερία κάθε παιδιού ξεχωριστά.**

**12° Το δικαίωμα του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και σωματικής ακεραιότητας του παιδιού, ειδικότερα το δικαίωμα για συνθήκες ανθρώπινης και μη υποτιμητικής μεταχείρισης και μη βίαιης ανατροφής.**

Αυτό το δικαίωμα έχει ως στόχο να προστατεύσει την αξιοπρέπεια του παιδιού ως ατόμου και καλύπτει ειδικότερα: την προστασία κατά της σωματικής ή ψυχολογικής κακοποίησης στο πλαίσιο της ιδρυματικής φροντίδας από τους επαγγελματίες φροντιστές ή από άλλα παιδιά συμπεριλαμβάνοντας τη σωματική τιμωρία, την ταπεινωτική συμπεριφορά, την κακομεταχείριση ή μορφές βίας, τις υποβιβασμένες συνθήκες διαβίωσης, λεκτική, ψυχολογική ή/και σεξουαλική κακοποίηση, επίμονα ρατσιστικά σχόλια, υποτιμητικές τιμωρίες, απειλές και εκφοβισμός ή άλλες μορφές.

**13° Το δικαίωμα για ίσες ευκαιρίες.**

Καμία διάκριση λόγω του φύλου, της κοινωνικής ή φυλετικής καταγωγής, σωματικής ή πνευματικής αναπηρίας του παιδιού ή οποιαδήποτε άλλη διάκριση δε γίνεται αποδεκτή. Κάθε παιδί που δεν ζει με την οικογένειά του έχει το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης από τους φροντιστές του, τους δασκάλους του, τους εκπαιδευτές του, τους προπονητές του και όλους όσους σχετίζεται με στόχο τη μελλοντική ένταξη ή επανένταξή του.

**14° Το δικαίωμα της ωφέλειας από κάθε είδους εκπαίδευση, επαγγελματικό προσανατολισμό και κατάρτιση που παρέχονται σε κάθε παιδί με ίσους όρους.**

Τα παιδιά που ζουν σε ιδρύματα παιδικής προστασίας, δεν πρέπει να στιγματίζονται. Γι' αυτό το λόγο είναι προτιμότερο τα παιδιά αυτά να φοιτούν σε τοπικά σχολεία και εκπαιδευτήρια όπως και τα υπόλοιπα παιδιά της περιοχής. Το δικαίωμα αυτό καλύπτει τη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα σε κάθε είδους εκπαίδευση.

**15° Το δικαίωμα της προετοιμασίας του παιδιού ως ενεργού και υπεύθυνου πολίτη μέσα από το παιχνίδι, την άθληση, τις πολιτιστικές δραστηριότητες, την κάθε είδους ωφέλιμη μόρφωση και τις αυξανόμενες ευθύνες.**

**16° Το δικαίωμα της συμμετοχής στη διαχείριση και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που αφορούν το παιδί και τις συνθήκες διαβίωσης του.**

Η άσκηση αυτού του δικαιώματος της συμμετοχής των παιδιών, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, πρέπει να διασφαλίζεται πλήρως χωρίς περιορισμούς βάσει ηλικίας σε συνδυασμό με την απαιτούμενη σημασία στις απόψεις των παιδιών σύμφωνα με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς τους.

**17° Το δικαίωμα της ενημέρωσης του παιδιού για τα δικαιώματά του και τους κανονισμούς του χώρου τοποθέτησης με τρόπο κατανοητό από το παιδί.**

**18° Το δικαίωμα του παιδιού να διατυπώνει παράπονα σε ένα αναγνωρίσιμο, αμερόληπτο και ανεξάρτητο όργανο με στόχο τη διασφάλιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων του.** (Συμβούλιο της Ευρώπης, «Σύσταση 5», 2005)

Σύμφωνα με την Ειδική Έκθεση του «Συνηγόρου του Πολίτη» (2015) για τη λειτουργία των δομών παιδικής προστασίας, αναφορικά με τα θέματα των δικαιωμάτων που θίγει η «Σύσταση 5» παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στη μεταξύ τους λειτουργία καθώς απουσιάζει ένα σύγχρονο ενιαίο πλαίσιο κανόνων για το σύνολο των θεμάτων που συζητήθηκαν παραπάνω. Μεγάλο ποσοστό παιδιών που ζουν σε ιδρυματική φροντίδα, εξαιτίας και του τραυματικού ιστορικού τους (που αποτέλεσε και την αιτία εισόδου τους στην παιδική προστασία) αντιμετωπίζει δυσκολίες σε μια σειρά τομείς όπως στην ένταξη στο σχολείο λόγω μη επαρκούς προηγούμενης φοίτησης, στην παρακολούθηση της μαθησιακής διαδικασίας ελλείπει γνωστικών βάσεων και έντονης συναισθηματικής αστάθειας που βιώνουν καθώς και στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Σημαντικές αποκλίσεις παρατηρούνται και σε θέματα που άπτονται της φροντίδας της ψυχικής υγείας και της παροχής ψυχολογικής υποστήριξης στα παιδιά καθώς και σε αυτό τον τομέα απουσιάζει μια ενιαία πολιτική.

Παράλληλα οι λήψεις αποφάσεων σχετικά με τη ζωή των παιδιών δεν αποτελούν προϊόν συναπόφασης με το παιδί αλλά εξαρτώνται από τους υπεύθυνους των δομών. («Συνηγόρος του Πολίτη», 2015). Το τελευταίο στοιχείο αντανακλά μια αντίληψη για τα παιδιά ως «αντικείμενα προστασίας» και όχι ως ενεργητικούς ανθρώπους με δικαιώματα, γεγονός που δε συμβάλλει και στην ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού των παιδιών με τους επαγγελματίες φροντιστές τους.

Συνοψίζοντας, στις σύγχρονες συνθήκες η χώρα μας φαίνεται να απέχει αρκετά από τις συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με τη διασφάλιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των παιδιών σε ιδρυματική φροντίδα, με αποτέλεσμα να δέχεται έντονη κριτική, καθώς θεωρείται ότι δεν επιτυγχάνει να προσφέρει στα υπό προστασία παιδιά ένα δοτικό και πλούσιο σε ερεθίσματα περιβάλλον καθώς και την ψυχοκοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη που θα τα καταστήσουν ικανά να αναπτύξουν τις δικές τους δυνάμεις και δυνατότητες για να ανταπεξέλθουν στη ζωή (Goldfarb, 1945, οπ. αναφ. στο Σαραφίδου, 2000).

#### **1.4. Έρευνες για την ιδρυματική φροντίδα στην Ελλάδα**

Θα θέλαμε να δώσουμε μια εικόνα μέσα από έρευνες που διενεργήθηκαν στο πεδίο της ιδρυματικής φροντίδας στον Ελλαδικό χώρο με μια χρονική συνέχεια όπου εντοπίζονται σοβαρά ελλείμματα στον τομέα της ανάπτυξης γνήσιων δεσμών και διαπροσωπικών σχέσεων εμπιστοσύνης εντός των δομών παιδικής προστασίας οι επιπτώσεις των οποίων συνοδεύουν τα ψυχικά τραυματισμένα, στην πλειονότητά τους, παιδιά σε όλες τις πλευρές της ζωής τους τόσο κατά τη διάρκεια της διαβίωσής τους στο χώρο της παιδικής προστασίας όσο και αργότερα στην ενήλικη ζωή τους.

Σε συνδυαστική ποσοτική και ποιοτική έρευνα που διεξήγαγαν οι Πανοπούλου – Μαράτου, Στάγκου κ.α (1998), σε όλα τα ιδρύματα της χώρας που φρόντιζαν παιδιά από τη γέννηση τους ως το 19<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, αναδείχτηκαν σημαντικά συμπεράσματα για τον τρόπο λειτουργίας των ιδρυμάτων και για τους επιπτώσεις τους στη ζωή των παιδιών που διαβιούσαν σε αυτά. Το ερευνητικό δείγμα αποτελέσαν παιδιά που ζούσαν σε ιδρύματα κλειστής ιδρυματικής φροντίδας, διαφόρων φορέων, σε διαφορετικές περιοχές της χώρας και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε συνδυαστικά με συνεντεύξεις από ψυχολόγους, με τεστ νοημοσύνης στα παιδιά και με το Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Παιδιών (Children's Behaviour Questionnaire) Rutter (1967) στους εκπαιδευτικούς των παιδιών για την ανίχνευση συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων και υπερκινητικότητας εάν εμφάνιζαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο τρόπος που ήταν δομημένη η ιδρυματική ζωή επηρέαζε τις ψυχικές λειτουργίες των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την ζωή των παιδιών στα ιδρύματα είναι η έλλειψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων και η ανάπτυξη συναισθηματικής εγγύτητας με πρόσωπα του περιβάλλοντος, το αίσθημα εγκατάλειψης, το βίωμα των αυστηρών

κανόνων, το οποίο εφαρμόζεται ακόμη στα ιδρύματα και η καταπάτηση της προσωπικής τους ζωής με μορφές όπως η έλλειψη ιδιωτικότητας, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που τα αφορούν. Παρατηρήθηκε, ότι δεν ανέπτυσαν ομαλές και με εμπιστοσύνη σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, γεγονός που μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα των προηγούμενων, της ιδρυματικής τοποθέτησης, τραυματικών βιωμάτων, της πρώιμης αποστέρησης του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και στην μη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των συνεπειών, που είχαν κατά τη διαβίωσή τους σε ιδρυματική φροντίδα. (Vorria, Rutter, Pickles, Wolking and Hobsbaum, 1998b).

Πιο πρόσφατη, χρονικά, έρευνα του 2016 εξέτασε τις σύγχρονες συνθήκες ιδρυματικής φροντίδας, και εστίασε στη διερεύνηση των προστατευτικών και επιβαρυντικών παραγόντων της διαβίωσης παιδιών σε ίδρυμα και στη σύγκριση τους με τη διαβίωση σε ανάδοχη φροντίδα. Το ερευνητικό δείγμα αποτέλεσαν δύο ομάδες παιδιών ιδρυματικής φροντίδας κλειστού τύπου και ανάδοχων οικογενειών, ηλικίας 3-12 ετών. Συμμετείχαν 96 παιδιά από τέσσερα ιδρύματα παιδικής προστασίας στην περιοχή της Αττικής, αγόρια και κορίτσια, προσχολικής και σχολικής ηλικίας με διαφορές στην εθνοτική καταγωγή, την ηλικία εισαγωγής στο ίδρυμα, στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων, την αιτία εισαγωγής, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Η ομάδα των παιδιών σε ανάδοχη φροντίδα, που αποτέλεσε την ομάδα σύγκρισης, προήλθε από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής και αποτελούνταν από 26 παιδιά ηλικίας 3 – 12,5 ετών, αγόρια και κορίτσια που παρουσίαζαν διαφορές ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με τα παιδιά του ιδρύματος. Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων - ερωτηματολογίων. Αναδείχθηκαν οι προστατευτικοί παράγοντες για την εκδήλωση προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών όπως: ο μειωμένος χρόνος παραμονής σε ιδρυματική φροντίδα, η ανάπτυξη ειλικρινών σχέσεων εμπιστοσύνης με τους φροντιστές και συχνών κοινωνικών επαφών των παιδιών τόσο με φιλικό περίγυρο όσο και με πρόσωπα εμπιστοσύνης του οικογενειακού τους περιβάλλοντος οι οποίοι προφυλάσσουν και συντελούν εκτός της επίτευξης της κοινωνικοσυναισθηματικής ισορροπίας του παιδιού και στη βελτίωση της σχολική τους επίδοσης.

Παρατηρήθηκε ότι η έλλειψη επιβαρυνμένου οικογενειακού ιστορικού κακοποίησης και η προέλευση από γονείς με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελούν συχνά προστατευτικούς παράγοντες για την ύπαρξη προβληματικών κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών σε ιδρυματική φροντίδα. Τα μαθησιακά προβλήματα

βρέθηκε ότι συνδέονται με μειωμένες κοινωνικοσυναισθηματικές δεξιότητες σύμφωνα με την αξιολόγηση τόσο των γονέων, των εκπαιδευτικών όσο και των παιδιών. Στη σύγκριση των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων (ιδρυματικής-ανάδοχης φροντίδας) η προβληματική συμπεριφορά κυρίως των παιδιών της ιδρυματικής φροντίδας φαίνεται ότι συνδέεται με την έλλειψη κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων και ακόλουθα με τη δυσκολία δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων εγγύτητας και εμπιστοσύνης . (Καλύβα, Π., 2016)

Ενδιαφέροντα ευρήματα ανέδειξε έρευνα που διεξήχθη σε 14 δημόσιες δομές παιδικής προστασίας των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας που λειτουργούν σε όλη τη χώρα και φιλοξενούν εφήβους διαφόρων ηλικιακών ομάδων. Η έρευνα αυτή διερεύνησε τα φαινόμενα της Διαδικτυακής Εξάρτησης και της Ηλεκτρονικής Παραβατικότητας των εφήβων που διαμένουν σε δημόσιες δομές παιδικής προστασίας στην Ελλάδα καθώς η συγκεκριμένη ομάδα εφήβων παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν 252 έφηβοι ηλικίας 11-18 ετών που διαβιούν μόνιμα στις δημόσιες αυτές δομές. Πρόκειται για ποσοτική κοινωνική έρευνα με χορήγηση δομημένου ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αναδείχθηκαν αυξημένα ποσοστά διαδικτυακής εξάρτησης και ηλεκτρονικής παραβατικότητας για τους εφήβους των δομών παιδικής προστασίας , σε σχέση με το γενικότερο πληθυσμό εφήβων που έχει μελετηθεί σε αρκετές έρευνες τα τελευταία χρόνια. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν το εύρημα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση που υφίσταται η συγκεκριμένη ομάδα εφήβων, εντείνουν και οξύνουν ακόμα περισσότερο τα ζητήματα τόσο τους διαδικτυακής εξάρτησης, όσο και της αποκλίνουσας συμπεριφοράς στο Διαδίκτυο. Από τα τελικά συμπεράσματα της έρευνας διαφάνηκε ότι η απουσία οικογενειακού περιβάλλοντος στη συγκεκριμένη ομάδα εφήβων, η έλλειψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων με τους φροντιστές τους αλλά και η περιορισμένη εποπτεία που έχουν οι έφηβοι (λόγω των σοβαρών ελλείψεων σε επιστημονικές ειδικότητες επαγγελματιών φροντιστών που εμφανίζουν στη χώρα μας οι δημόσιες δομές παιδικής προστασίας τα τελευταία χρόνια), ο σημαντικός ρόλος της επιρροής των συνομηλίκων ή των μεγαλύτερων εφήβων που συμβιώνουν στις δομές αυτές, καθώς και ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι αυτοί από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο ως «τα παιδιά των ιδρυμάτων», είναι μερικοί από τους κύριους εκλυτικούς παράγοντες που οδηγούν τη συγκεκριμένη ομάδα εφήβων σε αυξημένα



ποσοστά διαδικτυακής εξάρτησης και ηλεκτρονικής παραβατικότητας, σε σχέση με τους υπόλοιπους εφήβους. (Φιλίππιδης, Γ., 2017)

Μια από τους πρώτες ποιοτικές μελέτες σε ελληνικό πληθυσμό που σκοπό έχει την διερεύνηση των εμπειριών των ατόμων που είχαν φιλοξενηθεί σε ένα ίδρυμα κλειστής παιδικής προστασίας κατά την παιδική τους ηλικία ή / και την εφηβεία τους, καθώς και του μακροπρόθεσμου αντίκτυπου της φροντίδας στην ενήλικη ζωή τους, δημοσιοποιήθηκε το 2020 από ερευνητές του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της φροντίδας κλειστού τύπου στη ζωή των ατόμων, σχετίζεται σε αυτή την έρευνα με αρνητική έκβαση στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων του χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας και σοβαρών συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών. Σε δείγμα 15 αντρών και γυναικών διεξήχθησαν σε βάθος συνεντεύξεις και ακόλουθα ποιοτική θεματική ανάλυσή τους. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αποκάλυψε τρεις διαφορετικές ομάδες συμμετεχόντων, με βάση την τρέχουσα ηλικία τους και το χρονικό διάστημα που τοποθετήθηκαν σε ιδρυματική φροντίδα. Η συστηματική συγκριτική μελέτη των τριών ομάδων αποκάλυψε ότι η ανεξάρτητη ενήλικη ζωή τους ήταν επίπονη και απαιτητική και ότι, παρά τη βελτίωση που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στις πρακτικές της ιδρυματικής φροντίδας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, οι κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους, έχουν γίνει πολύ πιο περίπλοκες και δεν αντιμετωπίζονται. Η έρευνα καταλήγει σε προτάσεις για βελτίωση του συστήματος λειτουργίας των δομών της παιδικής προστασίας όπως: α) η συνεχής εκπαίδευση και πολύπλευρη υποστήριξη των επαγγελματιών φροντιστών σε ιδρυματικές δομές, β) ο προσεκτικός σχεδιασμός για μια μεταβατική περίοδο προσαρμογής με την ενσυναισθητική παρότρυνση για ενεργό συμμετοχή των παιδιών που εισέρχονται στη φροντίδα, καθώς και γ) η συστηματική εποπτεία και συνέχιση της παροχής ψυχολογικής υποστήριξης των παιδιών μετά την έξοδο τους από την ιδρυματική φροντίδα, θεωρείται από τους ερευνητές ότι αποτελούν απαραίτητα βήματα για να διασφαλιστεί η αποτροπή του ενδεχόμενου αρνητικής έκβασης της ιδρυματικής φροντίδας στην ενήλικη ζωή των υποστηριζόμενων παιδιών. (Τατσιοπούλου Π., 2020).

Τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών σχετικά με την έλλειψη ή/και τη δυσκολία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων συναισθηματικής εγγύτητας των παιδιών στο περιβάλλον των δομών φιλοξενίας που εισέρχονται, αντανακλά την

αναγκαιότητα εστίασης στο θέμα της ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης του ευάλωτου αυτού παιδικού πληθυσμού που βρίσκεται στο πλαίσιο της ιδρυματικής φροντίδας ως συνέπεια τραυματικών εμπειριών στη ζωή του καθώς και την αναγκαιότητα ανάπτυξης συμβουλευτικών παρεμβάσεων τόσο στο σύνολο των επαγγελματιών φροντιστών που εργάζονται σε αυτές τις δομές όσο και στα παιδιά.

Η ύπαρξη τραυματισμένων παιδιών είναι συνήθως σφραγισμένη από συναισθηματικές στερήσεις που πραγματοποιήθηκαν εξαιτίας της έλλειψης στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Μιχάλης, 2002), από απουσία προτύπων και αξιών, από έλλειψη ενός σταθερού – υποστηρικτικού περιβάλλοντος και κύρια από τραγική ελλειμματική κοινωνικοποίηση.

Θεωρούμε ότι αυτή η πραγματικότητα μπορεί να αντιστραφεί μέσα σε ένα ασφαλές και προστατευμένο περιβάλλον μιας δομής φιλοξενίας παιδιών με ψυχικό τραυματισμό με τη διαμόρφωση ενός κλίματος που θα χαρακτηρίζεται από γνησιότητα, πλήρη αποδοχή, ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση και ενσυναισθητική κατανόηση για το τραυματισμένο παιδί. Πάνω σε αυτά τα στοιχεία –βάσεις μπορεί να οικοδομηθεί μια θεραπευτική προσωπική συνάντηση-σχέση του επαγγελματία φροντιστή με το κάθε παιδί ξεχωριστά (Μπρούζος, 2004) με σκοπό την ανάπτυξη μιας ενσυναισθητικής κουλτούρας σε ολόκληρο τον οργανισμό της δομής – βασισμένης στην Ενημερωμένη στο Τραύμα Φροντίδα (στην οποία θα αναφερθούμε σε ακόλουθη ενότητα) - για την θεραπευτική αντιμετώπιση της συναισθηματικής αποστέρησης των παιδιών, την ανάκαμψη από το ψυχικό τραύμα και την αποκατάσταση της ικανότητας του παιδιού για διαπροσωπική σύνδεση με τους «σημαντικούς» άλλους ανθρώπους μέσα από μια και μοναδική «τεχνική», την ενσυναισθητική συμπεριφορά των επαγγελματιών φροντιστών .

### **1.5. Οι επαγγελματίες φροντιστές σε δομές φιλοξενίας και παιδικής προστασίας και ο ρόλος τους**

Στην παρούσα εργασία με τον όρο «επαγγελματίες φροντιστές παιδιών» ορίζεται το σύνολο των ειδικοτήτων που εργάζεται στις δομές φιλοξενίας παιδιών και που εμπλέκεται με κάποιον τρόπο με την φροντίδα κάποιας πλευράς της ανάπτυξης και εξέλιξης (σωματικής, νοητικής, ψυχολογικής, ψυχοκοινωνικής, εκπαιδευτικής) ανηλίκων έως και την εφηβική τους ηλικία. Ο όρος «επαγγελματίες φροντιστές παιδιών» θα μπορούσε να είναι μετάφραση, ως προς το συναφές νόημα, των διεθνών όρων που χρησιμοποιούνται, με την ίδια έννοια, για το πεδίο: «child-serving

professionals», «child welfare workers», «child case managers», «professional caregivers», «helping professionals involved in the care of traumatized children».

Γίνεται φανερό ότι δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με το ποιος είναι ο πιο ακριβής και κατάλληλος όρος με τον οποίο μπορεί να υποδηλωθεί η μεγάλη ποικιλία ειδικοτήτων που εμπλέκονται στην τακτική φροντίδα των παιδιών στις δομές φιλοξενίας. (National Child Traumatic Stress Network (NCTSN),2021. World Health Organization, 2004)

Οι φροντιστές που εργάζονται σε δομές με παιδιά και έφηβους αποτελούν εκείνους τους εργαζόμενους που εμπλέκονται στενά στη καθημερινότητα μαζί τους και διαδραματίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο, αφού είναι ουσιαστικά υπεύθυνοι για την σωματική και συναισθηματική υγεία των παιδιών, καθώς και για την κάλυψη των εκπαιδευτικών τους αναγκών και την ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη (Ellenbogen-Frankovitz, Navot, Reznikovski-Kuras, Gerasimenko, Aizik & Ben-Rabi, 2018).

Προκειμένου να κατανοηθεί το πλαίσιο λειτουργίας των δομών φιλοξενίας ή εκπαίδευσης παιδιών θεωρούμε χρήσιμο να αναφερθούν οι πρακτικές και οι ρόλοι που συνήθως αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες φροντιστές.

Στις δημόσιες και ΜΚΟ δομές παιδικής προστασίας, φιλοξενίας, φροντίδας και εκπαίδευσης παιδιών απασχολείται ένα φάσμα επαγγελματιών φροντιστών με ειδικότητες όπως κοινωνικοί φροντιστές ή επιμελητές, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί, ψυχολόγοι, γιατροί ή άλλες ειδικότητες σχετικές με τον εκάστοτε τύπο της κάθε δομής. Για την εισαγωγή του παιδιού στη δομή αρχικά και στη συνέχεια, η κάθε ειδικότητα αναλαμβάνει τον ρόλο που της αντιστοιχεί για την εξέλιξη του συγκεκριμένου παιδιού (π.χ. καταγραφή της ψυχοσυναισθηματικής του κατάστασης, της πορείας της υγείας του, των κοινωνικών χαρακτηριστικών προέλευσης, της ψυχοκοινωνικής του εξέλιξη, το επίπεδο εκπαίδευσης, της κατάστασης της ψυχικής του υγείας) ώστε να δρομολογήσουν την πορεία αποκατάστασης του στους αντίστοιχους τομείς. Βέβαια οι αρμοδιότητες των επαγγελματιών φροντιστών δεν αφορούν μόνο την αποκατάσταση των παιδιών, αλλά ένα ευρύ φάσμα καθημερινών δραστηριοτήτων διαβίωσης και φροντίδας που προσομοιάζει σε αρκετά σημεία με την απαιτούμενη φροντίδα του παιδιού στην οικογένεια (Reznikovski-Kuras & Gerasimenko, 2020).

Σημαντικά στοιχεία που οφείλουν να διασφαλίζουν οι επαγγελματίες φροντιστές με τη συμπεριφορά τους στα παιδιά είναι α) το αίσθημα της ασφάλειας, β) η πλήρης αποδοχή κάθε παιδιού, γ) η ευαισθησία και η άμεση ανταπόκριση στο

αίτημα του παιδιού για βοήθεια, δ) η οικεία και «θερμή» στάση τους απέναντι στο παιδί, ε) η σταθερότητα και η δικαιοσύνη στη συμπεριφορά τους απέναντι σε κάθε παιδί χωρίς διακρίσεις, ζ) η έλλειψη καθυστερήσεων για τα θέματα του παιδιού, η) η ετοιμότητα, με την οποία οφείλουν να είναι εξοπλισμένοι καθώς η εργασία τους δε σταματά με την ολοκλήρωση του ωραρίου τους. Αυτή η διαρκής εγρήγορση οδηγεί πολλές φορές σε εργασιακή εξουθένωση, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των επαγγελματιών φροντιστών που παρουσιάζουν δευτερογενές τραύμα, αφουγκραζόμενοι τις εμπειρίες, συναισθηματικού πόνου των παιδιών που έρχονται σε επαφή (Reznikovski-Kuras & Gerasimenko, 2020).

### **1.6. Η σημασία της σχέσης φροντίδας του επαγγελματία φροντιστή με το φιλοξενούμενο παιδί της δομής φιλοξενίας**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) η ανάπτυξη του παιδιού, σε όλες τις πτυχές της υγείας και της προσωπικότητας του, εξαρτάται από την ικανότητα των ενηλίκων να σχετιστούν μαζί του για τη φροντίδα του, στο πλαίσιο της οποίας το παιδί, προσδοκά να το κατανοούν, να το αντιλαμβάνονται και να ανταποκρίνονται άμεσα στα αιτήματα του για βοήθεια και υποστήριξη (WHO, 2004).

Ένα από τα κύρια ευρήματα της ανασκόπησης που πραγματοποίησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πάνω στο θέμα της σημασίας των αλληλεπιδράσεων μεταξύ φροντιστή και παιδιού είναι ότι : *«Η ευαίσθητη και ανταποκρινόμενη φροντίδα αποτελεί προϋπόθεση για την υγιή νευροφυσιολογική, σωματική και ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού. Η ευαισθησία και η ανταπόκριση έχουν αναγνωριστεί ως βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς φροντίδας που σχετίζονται με μετέπειτα θετικά αποτελέσματα για την υγεία και την ανάπτυξη σε παιδιά»* (WHO, 2004). Όπως διαπιστώνεται σε εύρημα της ανασκόπησης, η στοργική φροντίδα παρέχει στο παιδί έναν καθρέφτη που αντανάκλα μια τρυφερή και συμπαθητική άποψη για τον εαυτό του και τον κόσμο. Οι πρώιμες εμπειρίες λειτουργούν ως σχήμα πάνω στο οποίο το παιδί στη συνέχεια προβλέπει μελλοντικά γεγονότα και συναντήσεις. *«Το μικρό παιδί που λαμβάνει στοργική φροντίδα αισθάνεται ότι είναι αγαπημένο άτομο και περιμένει από τους άλλους να του ανταποκριθούν ως κάποιος που αξίζει φροντίδα και προσοχή. Αντίθετα, ένα παιδί του οποίου οι ανάγκες έχουν παραμεληθεί, συνήθως, δεν περιμένει από τους άλλους να*

είναι ευγενικοί και προσεκτικοί και συχνά συμπεριφέρεται επιθετικά και αμυντικά»(WHO, 2004).

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα αφορά στο χρόνιο άγχος, που σχετίζεται με τη φτώχεια και τους περιβαλλοντικές αντιξοότητες και που μπορεί να διαταράξει την ικανότητα των ενηλίκων να παρέχουν στοργική φροντίδα. Τα αποτελέσματα της ελλιπούς συναισθηματικής φροντίδας στα μικρά παιδιά μπορεί να επιμείνουν μέχρι την εφηβεία με τη μορφή διαταραχών συμπεριφοράς, άγχους και κατάθλιψης. Από την άλλη πλευρά, μια ισχυρή σχέση ενσυναισθητικής φροντίδας μπορεί να προστατεύσει ένα παιδί από τις επιπτώσεις της στέρησης και των μειονεκτημάτων. Η σχέση φροντίδας είναι η ισχυρότερη εξήγηση για το γιατί μερικά παιδιά που μεγαλώνουν κάτω από άθλιες συνθήκες, ωστόσο, μεγαλώνουν καλά, είναι υγιή, μπορούν να είναι παραγωγικά στο σχολείο και στην εργασία και έχουν καλές σχέσεις με τους ανθρώπους (WHO, 2004).

Πρώτος ο Bowlby (1951) μιλώντας για τη μητρική στέρηση του παιδιού έδωσε μεγάλη έμφαση στην υπεροχή των διαπροσωπικών σχέσεων για τα παιδιά. Ο ίδιος υποστήριξε ότι «ο σχηματισμός μιας συνεχούς, ζεστής σχέσης ήταν τόσο κρίσιμος για την επιβίωση και την υγιή ανάπτυξη του παιδιού όσο και η παροχή τροφής, παιδικής φροντίδας, τόνωσης και πειθαρχίας» (Hinde, 1991, Rutter, 1995 οπ. αναφ. στο WHO, 2004). Πέρα όμως και από την επιβίωση οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματία φροντιστή και παιδιού που είναι ευαίσθητες στη γνωστική λειτουργία του παιδιού, που συμπληρώνουν και επεκτείνουν την ικανότητα του παιδιού να αναγνωρίζει και να επενεργεί πάνω σε αντικείμενα στον κόσμο, είναι απαραίτητες για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, συμπεριλαμβανομένης της απόκτησης γλώσσας και πολιτισμικού νοήματος (WHO, 2004). Επιπλέον, οι ποιότητες των σχέσεων φροντίδας που έχουν τα παιδιά με διαφορετικούς ανθρώπους στο περιβάλλον της ιδρυματικής φροντίδας μπορεί να διαφέρουν. Οι διαφορές αυτές μπορεί να χρησιμεύσουν για να αντισταθμίσουν μια ανεπάρκεια σε μια πρωταρχική σχέση (π.χ. της μητέρας) εάν και όταν συμβεί (Hewlett, 1992· Rutter, 1979 οπ. αναφ. στο WHO, 2004). Η πρώιμη φροντίδα με αγάπη και αμοιβαία ανταπόκριση είναι απαραίτητη για να εξελιχθεί το παιδί σε έναν άνθρωπο με αυτοπεποίθηση που βιώνει ασφάλεια. Εάν το παιδί αντιμετωπίζεται με αγάπη και καλοσύνη, αισθάνεται άξιο αγάπης και γίνεται ικανό να αισθάνεται και να εκφράζει αγάπη και καλοσύνη στους άλλους ανθρώπους. Εδώ γίνεται φανερός και ο κοινωνικοποιητικός ρόλος της ευαίσθητης, στις ανάγκες του παιδιού, φροντίδας.

Συνοψίζοντας, εκτιμούμε ότι στο πλαίσιο της συμβιωτικής φροντίδας τραυματισμένων παιδιών εκτός σπιτιού (out of home care services), στις δομές φιλοξενίας και σε κάθε πλαίσιο, υπάρχει, ακόμη, μια δυνατότητα που αξίζει να εστιάσουμε καθώς αποτελεί δομικό στοιχείο της ανθρώπινης φύσης μας και γιαυτό απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωματική και ψυχοσυναισθηματική μας υγεία: η ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών με τους άλλους ανθρώπους

Μια ενσυναισθητική σχέση των επαγγελματιών φροντιστών με τα τραυματισμένα παιδιά μπορεί να επανακαθορίσει, με πολλούς τρόπους, όλο το φάσμα της ζωής τους, την εξέλιξή τους, το παρόν και το μέλλον τους. Η διαπροσωπική σύνδεση, δηλαδή η επαφή, η επικοινωνία και η αλληλεπίδραση με σημαντικά πρόσωπα αναφοράς είναι το μέσο για την αυτοπραγμάτωση, την πνευματική και συναισθηματική μας ωρίμανση, την εσωτερική μας συνοχή, την επίτευξη των στόχων μας (Μπρούζος, 2004). Είναι *«η συνάντηση αυτή με τους σημαντικούς άλλους που σηματοδοτεί την απαρχή της ζωής, την κατανόηση του εαυτού μας και του κόσμου που μας περιβάλλει»*, σύμφωνα με τον Winnicott (1971) ενώ *«η ανάδυση του εαυτού μπορεί να συμβεί μόνο μέσα σε ένα πλαίσιο σημαντικών ανθρώπινων σχέσεων»* (Winnicott, 1971).

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των επαγγελματιών φροντιστών και των παιδιών με ψυχικό τραυματισμό είναι πολυσήμαντη και πολύτιμη καθώς αποτελεί το θεμέλιο όχι μόνο ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάκαμψη των παιδιών από το τραύμα και τη θεραπευτική αλλαγή αλλά και γενικότερα για την μετατραυματική τους ανάπτυξη (Carl Rogers, 1987 οπ. αναφ. στο Μπρούζος, 2004). Η πορεία των παιδιών προς τη θεραπευτική αλλαγή, περνώντας από στάδια, ανάμεσα σε άλλα, περιλαμβάνει την αμφισβήτηση πρότερων σχέσεων Έτσι η έκφραση δυσπιστίας του παιδιού, προς το πρόσωπο του επαγγελματία φροντιστή θεωρείται αναμενόμενη, καθώς ήδη έχουν βιώσει την απόρριψη και την εγκατάλειψη στην αρχική σχέση φροντίδας, σε μια ιδιαίτερα ευαίσθητη και κρίσιμη περίοδο της ζωής τους (Fraleay & Davis, 1997).

Πρωταρχικός στόχος της δημιουργίας γνήσιας ενσυναισθητικής σχέσης του επαγγελματία φροντιστή με τα παιδιά θα πρέπει να είναι να τους δώσει ευκαιρίες ώστε να βιώσουν την ασφάλεια και την αποδοχή μέσα σε μια ουσιαστικά θεραπευτική σχέση για να μπορέσουν σταδιακά να εξερευνήσουν τις επώδυνες εμπειρίες της ζωής τους. Μέσα στο πλαίσιο της ασφαλούς βάσης της ενσυναισθητικής σχέσης δίνεται στα τραυματισμένα παιδιά η δυνατότητα να

επεξεργαστούν το τραύμα και να αναθεωρήσουν πρότερα δυσλειτουργικά μοντέλα σχέσεων αλληλεπίδρασης με τους σημαντικούς άλλους. Σε αυτή την πορεία συνειδητοποίησης και αλλαγής ο επαγγελματίας φροντιστής θα πρέπει να είναι ενημερωμένος για το ρόλο των τραυματικών συμπεριφορών για το ότι μέσω των τραυματικών προβληματικών συμπεριφορών τα παιδιά προσπαθούν να καλύψουν τις βασικές τους ανεκπλήρωτες ανάγκες με αναποτελεσματικούς τρόπους. Υποστηρίζει τα παιδιά στην εκμάθηση εναλλακτικών τρόπων ώστε να ικανοποιούν τις συναισθηματικές τους ανάγκες, ρυθμίζοντας με θετικό τρόπο το συναίσθημα τους, αποκτώντας παράλληλα διορθωτικές εμπειρίες μέσα από τη δημιουργία ισορροπημένων ανθρώπινων σχέσεων και νοηματοδοτώντας εκ νέου τη ζωή τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ (Trauma)

*“If you don’t think what I think  
feel what I feel  
see what I see when I look at myself  
how can you help me?”*

National Institute for Trauma and Loss in Children (TLC)

### 2.1. Ορισμός, διαχρονική κατανόηση και μορφές του ψυχικού τραύματος

#### 2.1.1 Ορισμός της έννοιας του ψυχικού τραύματος

Το ψυχικό ή ψυχολογικό τραύμα είναι όρος κομβικός σε όλες τις ψυχολογικές θεωρίες και πιθανώς αποτελεί έναν από τους πιο συχνά εκφωνούμενους όρους στην ιστορία της ψυχολογίας, εκκινώντας από τη φιλοσοφική της αρχή από τους Αρχαίους Έλληνες (Athanasiadou-Lewis, 2019).

Ο διεθνής όρος «Trauma» προερχόμενος από την αρχαιοελληνική λέξη «τραύμα» (=πληγή) , δανεισμένος από την Ιατρική όπου αποτυπώνει την έννοια της κάκωσης και της ρήξης των ιστών, χρησιμοποιείται, μεταφορικά με την ψυχοκοινωνική του έννοια, στην ψυχολογία και γενικά στις κοινωνικές επιστήμες για να εκφράσει τις έννοιες της ψυχοσυναισθηματικής «πληγής» ή/και «συντριβής» (Thompson & Walsh, 2010).

Σύμφωνα με τον ψυχοδυναμικό ερευνητή του ψυχικού τραύματος Donald Kalsched, ο ψυχικός τραυματισμός αναφέρεται σε ένα είδος ψυχολογικής βλάβης στην ικανότητα να αισθανόμαστε, η οποία προκαλείται όταν η ένταση της εμπειρίας που βιώνουμε είναι μεγαλύτερη από ό,τι μπορούμε συνειδητά να αντέξουμε, ειδικά εάν δεν έχουμε τους πόρους για να διαχειριστούμε τις ψυχικές καταστάσεις που αναδύονται. Μια τέτοια εμπειρία μπορεί να διαταράξει την αίσθηση της «κατοίκησης» του κόσμου μας με έναν συνεκτικό, ασφαλή και ουσιαστικό τρόπο (Kalsched D., 1996). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο υπαρξιστής ερευνητής Thomas Greening: «όταν βιώνουμε ψυχικό τραύμα, η σχέση μας με την ίδια μας την ύπαρξη διαλύεται» (Greening T., 1990).

Το ψυχικό τραύμα (trauma) συνδέεται με τρομακτικά και βίαια γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή ενός ανθρώπου και έχουν ως συνέπεια τη δημιουργία



ψυχολογικής «πληγής». (Thompson & Walsh, 2010). Γεγονότα όπως μια φυσική καταστροφή, ένας πόλεμος, οι προσφυγικές ροές που τον ακολουθούν, η τρομοκρατία και η εγκληματική βία, η καθολική ή συναισθηματική εγκατάλειψη, η παραμέληση και κακοποίηση παιδιών, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η μόνιμη στέρηση βασικών αγαθών και δικαιωμάτων στην καθημερινή διαβίωση και ζωή\* γεγονότα που μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε πολιτισμικό πλαίσιο, σε οποιαδήποτε εποχή, κοινωνία και στάδιο της ανθρώπινης ζωής (Thompson & Walsh, 2010. Forkey, Szilagyi, Kelly & Duffee, 2021). Υπό αυτή την έννοια καθώς η ιστορία γράφεται με «αίμα», το ψυχικό τραύμα σε όλες του τις διαστάσεις και μορφές αποτελεί διαχρονικά κοινό ανθρώπινο τόπο.

Σύμφωνα με την αναγνωρισμένη ερευνήτρια στο πεδίο του ψυχικού τραύματος Judith Herman: *«Το να μελετήσεις το ψυχικό τραύμα σημαίνει να βρεθείς πρόσωπο με πρόσωπο τόσο με την ανθρώπινη ευαλωτότητα μέσα στο φυσικό κόσμο όσο και με την ιδιότητα του κακού στην ανθρώπινη φύση»* (Herman, 1992). Όπως επισημαίνει: *«Τα συμβάντα τραύματος είναι εξαιρετικά, όχι επειδή συμβαίνουν σπάνια, αλλά επειδή κατακλύζουν τις συνηθισμένες ανθρώπινες προσαρμογές στη ζωή»* και επειδή *«κατακλύζουν το συνηθισμένο σύστημα φροντίδας που δίνει στους ανθρώπους μια αίσθηση ελέγχου, σύνδεσης και σημασίας»* (Herman, 1992). Η Karen Saakvitne και οι συνεργάτες της, που ερεύνησαν την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, περιέγραψαν το τραύμα ως την υποκειμενική (προσωπική) εμπειρία ενός ατόμου από ένα αντικειμενικό γεγονός ή κατάσταση που κατακλύζει την ικανότητα του ατόμου να ενσωματωθεί ή να αντιμετωπίσει την εμπειρία που εκλαμβάνεται ως απειλή για τη ζωή, τη σωματική ακεραιότητα του ή για τους φροντιστές του (Saakvitne, Gamble, Pearlman, & Tabor Lev, 2000 οπ. αναφ. στο Black L.& Flynn St.,2020).

Από τους πρώτους ερευνητές του ψυχικού τραύματος οι Eth και Rynooos (1985), όπως αναφέρεται στους Armsworth & Holaday, 1993), αναφέρονται στο ψυχικό τραύμα ως την έκθεση ενός ατόμου σε ένα δυσβάσταχτο γεγονός, το οποίο το αφήνει εκτεθειμένο και χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, κίνδυνο και αναστάτωση.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (APA), *«ως ψυχικό τραύμα χαρακτηρίζεται η επίπτωση που ένα τραυματικό συμβάν έχει στον ψυχισμό και στην λειτουργικότητα του ατόμου που το βίωσε. Ως τραυματικό ορίζεται ένα συμβάν, το οποίο βιώνεται από το άτομο ως απειλητικό, και συνοδεύεται από αισθήματα φόβου ή και τρόμου, απέναντι στο οποίο το άτομο αισθάνεται αβοήθητο»* (APA, 2000).

Στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα το «Τραύμα» ορίζεται ευρύτερα ως αποτέλεσμα «από ένα γεγονός, μια σειρά γεγονότων ή ένα σύνολο συνθηκών που βιώνονται από ένα άτομο ως φυσικά ή συναισθηματικά επιβλαβείς ή απειλητικές για τη ζωή και αυτό έχει μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στη λειτουργική και ψυχική, σωματική, κοινωνική, συναισθηματική ή πνευματική ευεξία του ατόμου» (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2012). Συχνά αναφέρεται και με τον όρο «ψυχολογικό τραύμα» («psychological trauma») για να επιτυγχάνεται η διάκριση του από το σωματικό ή άλλους τύπους τραυμάτων.

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (5η έκδοση DSM-5 American Psychiatric Association, 2013), το οποίο χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη διάγνωση καταστάσεων συμπεριφοράς, ο ορισμός του ψυχικού τραύματος είναι ακόμη πιο ευρύς. Το DSM-5 επεκτείνει τον ορισμό του τραύματος για να συμπεριλάβει το φαινόμενο της έμμεσης έκθεσης σε τραυματική εμπειρία.

Έτσι αναφέρει: «Έκθεση σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους:

- α) άμεση βίωση της τραυματικής εμπειρίας από το ίδιο το άτομο,
- β) το άτομο να είναι αυτόπτης μάρτυρας τραυματικού/(-ων) γεγονότος /(-ων) κάποιου άλλου,
- γ) το/τα βίαιο/-α ή τυχαίο/-α τραυματικό/-α γεγονός/(-τα) να αφορά/(-ουν) κάποιο μέλος της οικογένειας του ατόμου ή του στενού φιλικού του κύκλου, ή
- δ) το άτομο να έχει υποστεί επαναλαμβανόμενη ή ακραία έκθεση σε δυσφορικές λεπτομέρειες ενός (ή περισσότερων) τραυματικού/(-ων) γεγονότος / (-ων) .

Ωστόσο, όπως επισημαίνουν οι Briere και Scott (2015), ο ορισμός του DSM -5 παρά το εύρος του, είναι περιοριστικός επειδή δεν χρειάζεται να συμβεί πραγματικός ή απειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός ή σεξουαλική βία για να αντιληφθούν οι άνθρωποι ένα γεγονός ως τραυματικό. Οι Stewart και Swartz (2005) αμφισβήτησαν επίσης τα διαγνωστικά κριτήρια καθώς αποκλείουν όσους ασχολούνται επαγγελματικά με το τραύμα, π.χ. επαγγελματίες που εργάζονται με θύματα τραυμάτων όπως εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα, φροντιστές και θεραπευτές καθώς και αστυνομικοί ( Stewart & Swartz, 2005 οπ. αναφ. στο Wade B. & Schenck R.,2012). Ο Beaulieu (2003) υποστηρίζει ότι ένα γεγονός δεν χρειάζεται να είναι

καταστροφικό ή φυσική απειλή για να οδηγήσει σε ψυχολογικό τραύμα. Αναφέρει ως παράδειγμα τη λεκτική κακοποίηση ενός παιδιού. Εάν η λεκτική κακοποίηση συνδέεται με άλλες εμπειρίες ή εάν είναι συνεχής διαδικασία, μπορεί να βιωθεί τόσο τραυματική ως το σημείο να προκαλέσει βλάβη στον ψυχολογικό εαυτό του ατόμου. (Beaulieu, 2003 οπ. αναφ. στο Wade B. & Schenck R., 2012)

Από την άλλη πλευρά μια τραυματική εμπειρία βιώνεται με έναν εντελώς υποκειμενικό τρόπο. *«Ένα συγκεκριμένο γεγονός μπορεί να βιωθεί ως τραυματικό για ένα άτομο και για ένα άλλο όχι»* (SAMHSA, 2012). Επιπλέον, ο ορισμός του τραύματος στο DSM-5 συνδέεται με την πιθανή εκδήλωση της «Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες» (“Post-Traumatic Stress Disorder”, PTSD). Ερευνητές επισημαίνουν ότι αν και η διαγνωστική ταξινόμηση της «Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες» καταγράφει ένα σύνολο συμπτωμάτων που σχετίζονται με μετατραυματικά σύνδρομα, δεν εξετάζει τα αναπτυξιακά αίτια και ότι προηγήθηκε κατά την παιδική ηλικία, ούτε προσφέρει μια πιο σύνθετη και ολοκληρωμένη άποψη των ενδοψυχικών και ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων που ασκούν επιρροή στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και στο τραύμα, τη σχετική παθολογία ή δυσφορία (Ringel & Blandell, 2012., οπ. αναφ. στο Athanasiadou-Lewis, 2019).

Μια πιο πρόσφατη ερευνητική οπτική ορίζει το τραύμα ως ένα γεγονός που περιλαμβάνει κάποιο τραυματισμό, φόβο για το θάνατο ή κάποιο βίαιο επεισόδιο και αποτελεί πλέον ένα ζήτημα δημόσιας υγείας που άπτεται της ψυχικής σφαίρας των ατόμων που το βιώνουν (Lewis et al., 2019). Ιδιαίτερα ο ψυχικός τραυματισμός που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας ενέχει σύμφωνα με έρευνες, τους μεγαλύτερους κινδύνους για τη δημόσια υγεία, για το κοινωνικό μέλλον των νέων γενιών καθώς ο αντίκτυπος του πρώιμου ψυχικού τραύματος (θα αναφερθούμε εκτενέστερα σε επόμενη ενότητα) αφορά το σύνολο των πλευρών της υγείας και της ζωής. (Copeland, W.E., Keeler G., Angold, A., & Costello, E.J., 2007. National Center for Injury Prevention and Control, 2014).

Προσδιορίζοντας την έννοια του ψυχικού τραύματος για την παρούσα εργασία θα θέλαμε να επισημάνουμε δύο σημαντικούς παράγοντες αναφορικά με την κατανόησή του.

Πρώτον ότι καθώς ο όρος «Τραύμα» έχει ιατρική προέλευση, από πολλούς σύγχρονους ερευνητές επισημαίνεται η ανάγκη εξ' αρχής να διευκρινιστεί ότι η χρήση του όρου με ψυχοκοινωνική έννοια είναι μεταφορική και δεν βασίζεται σε μια

υπόθεση ότι ένα (μη σωματικό) τραύμα είναι βιολογικό ή ιατρικό φαινόμενο, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν βιολογικές ή ιατρικές συνέπειες σε αυτό σε κάποιες περιπτώσεις, προκειμένου να αποφευχθούν οι παγίδες του αναγωγισμού και η στενή του εξάρτηση από ένα ιατρικό μοντέλο (Thompson & Walsh, 2010. Summerfield, 2004). Όπως εύστοχα οριοθετείται από τον ψυχίατρο καθηγητή του «Ινστιτούτου Ψυχιατρικής του Λονδίνου» Derek Summerfield (2004) «οι ανθρώπινες αντιδράσεις σε μια τραυματική εμπειρία δεν είναι ανάλογες με εκείνες σε ένα σωματικό τραύμα: (στην τραυματική εμπειρία) οι άνθρωποι δεν καταγράφουν παθητικά την επίδραση των εξωτερικών δυνάμεων (σε αντίθεση, ας πούμε, με ένα πόδι που χτυπήθηκε από μια σφαίρα) αλλά μάλλον ασχολούνται μαζί τους με ενεργό και προσανατολισμένο, στην επίλυση του προβλήματος, τρόπο. Η δυστυχία, ο ανθρώπινος πόνος προκύπτει και επιλύεται σε ένα κοινωνικό πλαίσιο: διαμορφώνεται από τις έννοιες και τις αντιλήψεις που εφαρμόζονται στα γεγονότα, εξελίσσεται καθώς εξελίσσεται το πλαίσιο\* υπάρχει μια υποκειμενική εκτίμηση που καθορίζει τι σημαίνει ένα αγχογόνο γεγονός για ένα άτομο καθώς το τραύμα του ενός μπορεί να είναι η ηρωική θυσία ενός άλλου.» (Summerfield, 2004)

Δεύτερον ότι το ψυχικό τραύμα δεν είναι μια ψυχική ασθένεια (SAMHSA, 2014. Caplan, 2016. Ferguson, 2021) αν και υπάρχουν σαφή ερευνητικά δεδομένα που το συνδέουν με την εμφάνιση και εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E., 1995. English, D. J., 1998. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU, 2000. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL., 2003. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ., 2007. Rojas SM, Bilsky SA, Dutton C, Badour CL, Feldner MT, Leen-Feldner EW. , 2017. Torjesen, I. , 2019).

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι είναι πολύ σημαντικό να βλέπουμε το ψυχικό τραύμα και τα, οξείας ή άλλοτε χρόνιας μορφής, συμπτώματα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (PTSD) με την οποία εκδηλώνεται μια τραυματική εμπειρία σε ένα άτομο, ως ψυχικό τραυματισμό, και όχι σαν μια ψυχική ασθένεια ή κάτι παθολογικό. Χαρακτηρίζουν τα συμπτώματα της PTSD που ακολουθούν, συνήθως πάντα μια τραυματική εμπειρία, ως μια φυσιολογική αντίδραση σε ένα ενοχλητικό ή και μη φυσιολογικό γεγονός όπου κάποιος μπορεί να αισθάνθηκε συντριμμένος, φοβισμένος ή ανήμπορος. (Zimbardo et al., 2012).

Σύμφωνα με τα, βασισμένα στην Ενημερωμένη στο Τραύμα Φροντίδα, πρωτόκολλα θεραπείας του Αμερικανικού Κέντρου Θεραπείας από Κατάχρηση

Ουσιών (SAMHSA) οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες αποκρίσεις τραυματικού στρες των επιζώντων τραύματος, είναι φυσιολογικές αντιδράσεις σε μη φυσιολογικές συνθήκες καθώς το τραύμα μπορεί να επηρεάσει τον κάθε άνθρωπο με εντελώς διαφορετικό τρόπο. Στον ψυχικό τραυματισμό υπάρχουν άνθρωποι που μπορεί να εμφανίσουν σαφώς τα κριτήρια που σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), αλλά πολλοί περισσότεροι που θα εμφανίσουν ανθεκτικές απαντήσεις ή σύντομα υποκλινικά συμπτώματα ή συνέπειες που δεν εμπίπτουν στα διαγνωστικά κριτήρια. Ο αντίκτυπος ενός ψυχικού τραύματος αποτελεί μια πολύ προσωπική υπόθεση καθώς *«μπορεί να είναι ανεπαίσθητος, ύπουλος ή και εντελώς καταστροφικός»* (SAMHSA, 2014).

Ο τρόπος με τον οποίο ένα γεγονός επηρεάζει ένα άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών του ατόμου, του τύπου και των χαρακτηριστικών του τραυματικού γεγονότος, του αναπτυξιακού σταδίου που βρίσκεται το άτομο, της έννοιας του ψυχικού τραύματος στο πολιτισμικό του πλαίσιο καθώς και των ευρύτερων κοινωνικο-οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων που καθορίζουν τη ζωή του (SAMHSA, 2014).

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιούμε τον όρο ψυχικό τραύμα με την έννοια του ψυχικού τραυματισμού και των άμεσων και μακροπρόθεσμων επιπτώσεων που έχει στη λειτουργικότητα και ευημερία του τραυματισμένου ανθρώπου. Ωστόσο, δεν αντιμετωπίζουμε τον ψυχικό τραυματισμό ως κάτι που ανάγεται μηχανιστικά σε ένα συγκεκριμένο σύνολο συμπτωμάτων ή διαταραχών καθώς αναγνωρίζουμε τον τραυματισμένο άνθρωπο στη μοναδικότητα του και τα συμπτώματά του ως έκφραση της προσωπικής του αλήθειας, του πολιτισμικού πλαισίου και των κοινωνικών καταστάσεων που την παρήγαγαν (Ζαφειρόπουλος Μ., 2007).

Κατανοούμε το τραύμα μέσα σε ένα κοινωνικό, πολιτισμικό και οντολογικό πλαίσιο αναφοράς, με βάση την υπαρξιακή προσέγγιση, *«ως μια θεμελιώδη επίθεση στο δικαίωμα του προσώπου να ζήσει, στην προσωπική του αίσθηση αξίας και επιπλέον στην αίσθησή ότι ο κόσμος (συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων) βασικά υποστηρίζει την ανθρώπινη ζωή»* (Greening T.,1990). Το κατανοούμε ως μια καταλυτική επίθεση που κλονίζει την θεμελιακή κατασκευή που στηρίζει τον βασικό προσανατολισμό του ανθρώπου μέσα στον κόσμο. *«Το τραύμα αφορά πρώτα από όλα ένα πρόσωπο, με τη δική του ιστορία που καταδικάζεται να κουβαλά σ' όλη τη ζωή του τα χνάρια της βίας που υπέστη, παραμένοντας φυλακισμένο μέσα στον ίδιο τον τραυματισμό του»* (Μάτσα 2007).

Ο ψυχικός τραυματισμός επέρχεται όταν ο άνθρωπος, κινητοποιώντας όλες του τις δυνάμεις, στην προσπάθεια να αντιμετωπίσει την αντιξοότητα, αντιλαμβάνεται ότι αυτές οι δυνάμεις δεν επαρκούν για να την ξεπεράσει (Βεντουράτου, 2009). Η βίωση της αντιξοότητας της εμπειρίας τότε προκαλεί έντονα και καθηλωτικά συναισθήματα απελπισίας, αβοηθησίας και ανημπόριας (Βεντουράτου, 2009), προκαλεί ένα εσωτερικό ρήγμα στην ψυχική ζωή του ανθρώπου καθώς υπερβαίνει τις ικανότητές που έχει να αναπτύξει τις άμυνες του και να το ξεπεράσει (Μάτσα, 2007). Όπως με ευκρίνεια το θέτει η Ελληνίδα ψυχίατρος Κατερίνα Ι. Μάτσα *«στην καρδιά κάθε ψυχικού τραυματισμού βρίσκεται το βίωμα της ψυχικής εκμηδένισης του υποκειμένου»* (Μάτσα, 2007).

Οι αναμνήσεις των γεγονότων, των συναισθημάτων, των αισθήσεων που βίωσε κατά την αντίξοη εμπειρία ο τραυματισμένος άνθρωπος και που αδυνατούσε να επεξεργαστεί, απωθούνται, κατακερματίζονται, αυτονομούνται, απομονώνονται, εγγράφονται ανεξίτηλα και αποθηκεύονται στο σώμα και στη μνήμη (Βεντουράτου, 2009). Έτσι, αποσχισμένη από την αυτοαντίληψη και τη συνείδηση η αντίξοη εμπειρία γίνεται μια τραυματική εμπειρία του παρελθόντος που εξακολουθεί να υπάρχει, να εκφράζεται και να συνοδεύει κάθε παρόν του τραυματισμένου ανθρώπου μέσα από την εκδήλωση μετατραυματικών συμπεριφορών φοβίας, κατάθλιψης ή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων [εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής (Post Traumatic Stress Disorder- PTSD)] που αποτελούν συμπεριφορές επιβίωσης του τραυματισμένου ανθρώπου απέναντι στο διαμορφωμένο, πλέον, τραύμα. Τα συμπτώματα αυτά όσο άκαιρα προς τις περιστάσεις του παρόντος και δυσάρεστα κι αν είναι, είναι αυτά που μπορούν να αποτελέσουν την ευκαιρία για την επούλωση του ψυχικού τραύματος (Βεντουράτου, 2009).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία το τραύμα ορίζεται ως μια κατάσταση διεργασίας με διάρκεια – συνέπεια τραυματικών γεγονότων ζωής και *«είναι μια φυσιολογική συναισθηματική απόκριση του ανθρώπου σε ένα τρομερό γεγονός που βιώνει όπως ένα ατύχημα, ένας βιασμός ή μια φυσική καταστροφή. Αμέσως μετά το συμβάν είναι χαρακτηριστικό το σοκ και η άρνηση. Οι πιο μακροπρόθεσμες αντιδράσεις περιλαμβάνουν απρόβλεπτα συναισθήματα, αναδρομές, τεταμένες σχέσεις και ακόμη και σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους ή ναυτία. Αυτά τα συναισθήματα είναι φυσιολογικά και αποτελούν αντιδράσεις επιβίωσης του*

τραυματισμένου ανθρώπου προς την κατεύθυνση της επούλωσης και ανάκαμψης από τον ψυχικό τραυματισμό του» (American Psychological Association –APA, 2013).

### **2.1.2. Διαχρονική κατανόηση της έννοιας του ψυχικού τραύματος**

Στη σύγχρονη εποχή , κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο αιώνων, η ιστορία της μελέτης του ψυχικού τραύματος ίσως αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα της καθοριστικής επίδρασης του κοινωνικοπολιτισμικού παράγοντα και των κοινωνικών κινήματων στην ανάπτυξη επιστημονικών ερευνών και στην εξέλιξη της επιστήμης. Όπως αναφέρει η Judith Herman (1992), *«κάθε φορά η έρευνα μιας συγκεκριμένης μορφής τραύματος ήκμασε μέσα από μια σύνδεση με ένα κοινωνικοπολιτικό κίνημα»* (Herman 1992).

Από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και μετά εντοπίζουμε τρεις σταθμούς ερευνών για το ψυχικό τραύμα από διαφορετικές αφετηρίες προέλευσης (Valent, 1998· Herman, 1992· Βεντουράτου, 2009) .

Στη Γαλλία του 19<sup>ου</sup> αιώνα όπου μέσα σε διάρκεια 40 χρόνων είχαν αναφερθεί 36.000 περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών ( Masson 1984), η έννοια των ψυχοτραυματικών βιωμάτων αναδύθηκε από τις μελέτες για μια μαζικά εμφανιζόμενη διαταραχή σε γυναίκες, την επονομαζόμενη «υστερία» . Οι μελέτες αυτές οφείλουν σε μεγάλο βαθμό την ύπαρξή τους στη δράση του δημοκρατικού κοινωνικού κινήματος που αναπτυσσόταν τότε στην Γαλλία υπό την επίδραση των ιδεών του Διαφωτισμού και της Γαλλικής Επανάστασης για την αντικατάσταση των θρησκευτικών προκαταλήψεων και των παλιών συστημάτων γνώσης με τον ορθολογισμό και την επιστήμη ως δρόμους προς την αλήθεια. (Bracken, 2002).

Ο Pierre Janet στη Γαλλία και ο Sigmund Freud με το συνεργάτη του Joseph Breuer στη Βιέννη στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν την αιτία της υστερίας έφτασαν ανεξάρτητα σε εντυπωσιακά όμοιες διατυπώσεις και υποστήριξαν ότι η «υστερία» ήταν μια κατάσταση που είχε ως αιτία την ύπαρξη ψυχικού τραυματισμού κατά την παιδική ηλικία. Οι ερευνητές αναφέρθηκαν σε αόρητες συναισθηματικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα που προκαλούν *«αλλαγή της συνειδησιακής κατάστασης που τελικά οδηγεί σε υστερικά συμπτώματα»* ενώ αναγνώρισαν ότι *«τα σωματικά συμπτώματα που εμφανίζει η υστερία μεταμφιέζουν αναπαραστάσεις έντονα βασανιστικών γεγονότων που έχουν εκδιωχθεί από τη μνήμη»* ( Herman, 1992, Βεντουράτου, 2009).

Ο Sigmund Freud ορίζοντας για πρώτη φορά το ψυχικό τραύμα υποστήριξε ότι *«τραύμα θεωρείται η ψυχική υπερφόρτωση λόγω κατακλυσμού του Εγώ από αρνητικά ερεθίσματα με συνεπαγόμενη τη μερική ή πλήρη αίσθηση αβοηθησίας (helplessness), και βιώνεται ως άγχος ή καλύπτεται από άλλες σωματικές και ψυχικές εκδηλώσεις»*. Επίσης ότι *«το τραύμα (...) είναι σαν μια ψυχο-ενεργειακή ανισσοροπία, αποτέλεσμα της ρήξης του προστατευτικού φραγμού του ψυχισμού από μία έντονη διέγερση»* (Freud S. & Breuer J., 1895).

Η δεύτερη αιτία η οποία αποδόθηκε σε ψυχικό τραυματισμό αφορούσε την αποκαλούμενη «νεύρωση του πολέμου», της οποίας η μελέτη ξεκινά στην Αγγλία και στις ΗΠΑ με το τέλος του Α' Παγκόσμιου Πολέμου, συνεχίζεται κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και φτάνει στο απόγειό της μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ *«όπου άνθησε η κατάρρευση της κουλτούρας του πολέμου και η ανάπτυξη των αντιπολεμικών κινημάτων»* (Herman, 1992).

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συμβαίνει μια αλλαγή παραδείγματος στον τρόπο που το ψυχικό τραύμα κατανοείται και αντιμετωπίζεται. Μέχρι τότε υποστηριζόταν ότι άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας ή άλλες ενδείξεις προδιάθεσης, εάν εκτίθονταν σε τραυματικό γεγονός, θα ανέπτυσαν οξεία ψυχολογική δυσφορία, αλλά στη συνέχεια θα ανέκαμπταν φυσικά χωρίς μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, σαν μια πληγή που αποθεραπεύεται (Jones E., 2006).

Υπό αυτή την αντίληψη δε μπορούσε να γίνει κατανοητή η τραυματική συμπεριφορά των στρατιωτών, στους δύο Παγκόσμιους Πολέμους, οι οποίοι κάτω από συνθήκες διαρκούς έκθεσης στη φρίκη μέσα στα χαρακώματα του πολέμου, κατέρρεαν σωρηδόν. *«Εγκλωβισμένοι σε μια θέση αβοηθησίας, εκτεθειμένοι σε μια διαρκή απειλή αφανισμού και μάρτυρες ακρωτηριασμών και θανάτων των συντρόφων τους, χωρίς καμιά ελπίδα ανάπαυλας, πολλοί στρατιώτες άρχισαν να λειτουργούν σαν υστερικές ασθενείς. Ούρλιαζαν και έκλαιγαν ανεξέλεγκτα. Πάγωναν και δεν μπορούσαν να κουνηθούν. Χάνανε τη φωνή τους και γινόntonταν απαθείς. Έχαναν τη μνήμη τους και την ικανότητά τους να αισθάνονται»* (Herman, 1992). Αρχικά τα συμπτώματα αυτής της ψυχικής κατάρρευσης αποδίδονταν από τη στρατιωτική εξουσία σε φυσικές αιτίες, στην έλλειψη «ηθικής» ή στην αδύναμη θέληση του στρατιώτη τη λεγόμενη, *«ασθένεια της θέλησης»* (van der Kolk et al, 2000· Herman, 1992). Δηλαδή η τραυματική συμπεριφορά ήταν ατομική ευθύνη και δεν οφειλόταν στην αντίξοη κοινωνική πραγματικότητα που αντιμετώπιζαν. Σύμφωνα με την Herman *«Ο στρατιώτης που ανέπτυξε τραυματικά συμπτώματα χαρακτηριζόταν στην καλύτερη*



*περίπτωση ιδιοσυγκρασιακά κατώτερο ανθρώπινο πλάσμα και στη χειρότερη ψευδοάρρωστος και δειλός» (Herman, 1992).*

Η πρώτη πλήρης κλινική και θεωρητική μελέτη που ασχολήθηκε με το τραύμα του πολέμου αναγνωρίζοντας την επίδραση της κοινωνικής πραγματικότητας ήταν η δουλειά του Αμερικανού ψυχιάτρου Abram Kardiner: *«Η τραυματική νεύρωση του πολέμου»* (1941). Η σημαντικότητα αυτής της μελέτης έγκειται στο γεγονός ότι *«για πρώτη φορά υπήρχε ένας συνδυασμός πλούσιων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών περιγραφών των συνεπειών του πολέμου, με δυναμικές συνδέσεις μεταξύ συμπτωμάτων και προηγούμενων τραυμάτων»* (Valent, 1998). Σύμφωνα με τη Βεντουράτου, *«ο Kardiner συνέβαλε όσο κανένας άλλος στη διαμόρφωση του σύγχρονου ορισμού του μετατραυματικού συνδρόμου, όπως τον αντιλαμβανόμαστε σήμερα καθώς με τον όρο «φυσιονεύρωση» συνόψισε τη χρόνια σωματική και ψυχική επίδραση σοβαρών τραυματικών εμπειριών»* ( Βεντουράτου, 2009).

Συνέπεια αποτέλεσε η αναγνώριση και αποδοχή, του ότι, κάθε άνθρωπος θα μπορούσε να καταρρεύσει μέσα σε μια τόσο βασανιστική τραυματική εμπειρία όπως αυτή του πολέμου. Μεταγενέστερες έρευνες από τους Kardiner και Spiegel υποστήριξαν ότι *«η πιο ισχυρή προστασία για τον κατακλυσμιαίο τρόπο είναι ο βαθμός των δεσμών μεταξύ των στρατιωτών μέσα στην άμεση στρατιωτική μονάδα καθώς και με τον ηγέτη τους»* ενώ παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν και από άλλους ερευνητές ( Valent, 1998. Herman, 1992).

Αυτή η αλλαγή παραδείγματος για την αντίληψη του ψυχικού τραύματος επισημοποιήθηκε το 1980 με την εισαγωγή μιας διαγνωστικής ταξινόμησης των συνδρόμων που σχετίζονται με το ψυχικό τραύμα γνωστά ως “Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες” (Post-traumatic stress disorder - PTSD) στο εγχειρίδιο Διαγνωστικών Κριτηρίων DSM-III από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (Βεντουράτου, 2009).

Τελευταία ιστορικά, μα κυρίαρχη μέχρι σήμερα αναδεικνύεται, με την ανάπτυξη του φεμινιστικού κινήματος στη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, στη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, η «κρυφή» μέχρι τότε διάσταση της σεξουαλικής και ενδοοικογενειακής βίας που στοιχειοθετεί ψυχικό τραυματισμό (Herman, 1992. Valent, 1998. Βεντουράτου, 2009). Σύμφωνα με την Herman (1992) *«χρειαζόταν το κίνημα απελευθέρωσης των γυναικών του 1970 για να αναγνωριστεί ότι οι πιο συχνές μετατραυματικές διαταραχές, δεν ήταν αυτές των ανδρών στον πόλεμο αλλά των*

γυναικών και των παιδιών στην καθημερινή ζωή» και να αφυπνίσει τη συνείδηση της επιστήμης για τις μακροχρόνιες συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας, της πολύπλευρης (σωματικής και σεξουαλικής μεταξύ άλλων) κακοποίησης παιδιών εντός και εκτός του πλαισίου της οικογένειας». (Herman, 1992). Υπήρξε πολύτιμη και η συμβολή του γυναικείου κινήματος στην εισαγωγή της “Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους” (Post-traumatic stress disorder - PTSD) στο εγχειρίδιο Διαγνωστικών Κριτηρίων DSM-III, ωστόσο η καθοριστική του συνεισφορά ήταν ότι, καθώς την περίοδο αυτή πραγματοποιούνται για πρώτη φορά δειγματοληπτικές έρευνες για τη σεξουαλική κακοποίηση και εντοπίζεται ως συνέπεια της η ύπαρξη «τραυματικού συνδρόμου», ουσιαστικά συνέβαλε στην εξέλιξη ενός νέου κλάδου της ψυχολογίας που ασχολείται ειδικά με τη διερεύνηση του ψυχικού τραύματος\* της ψυχοτραυματολογίας. (Βεντουράτου, 2009)

Συμπερασματικά, στην εξελικτική πορεία για την απαρτίωση της έννοιας του ψυχικού τραυματισμού η αλληλεπιδραστική σχέση κοινωνικοπολιτισμικών συνθηκών και κοινωνικοπολιτικών κινήματων με την επιστήμη συνέβαλλε στην ανάδειξη και έρευνα φαινομένων κάθε είδους βίας και κακοποίησης και στη δικαίωση των θυμάτων και οδήγησε στη συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των επιπτώσεων του ψυχικού τραύματος με εξειδικευμένες παρεμβάσεις τόσο στους επιζώντες τραύματος όσο και στους επαγγελματίες των κλάδων που ασχολούνται με τη διάσωση και φροντίδα τους.

### **2.1.3. Μορφές και τύποι ψυχικού τραύματος**

Η ερευνητικά εξελισσόμενη κατανόηση του ψυχικού τραύματος οδήγησε σε μια σειρά κατηγοριοποιήσεων των μορφών και τύπων τραύματος με κριτήρια τη συχνότητα της τραυματικής εμπειρίας, την ένταση της συμπτωματολογίας, το πλαίσιο και το στάδιο ανάπτυξής τους (Briere & Scott, 2015). Θα αναφερθούμε σε κάποιους από τους τύπους τραύματος που είναι πιθανότερο να συναντήσουμε στα περιβάλλοντα των δομών φιλοξενίας τόσο στα παιδιά όσο και στους επαγγελματίες φροντιστές που δραστηριοποιούνται στους χώρους αυτούς, θέμα που αφορά στην παρούσα εργασία:

#### **2.1.3.1. Πρώιμο τραύμα παιδικής ηλικίας (Early Childhood trauma)**

Το πρώιμο τραύμα παιδικής ηλικίας (Early Childhood Trauma) ή πρώιμο αναπτυξιακό τραύμα (Early Developmental Trauma) αναφέρεται στις τραυματικές

εμπειρίες που συμβαίνουν σε παιδιά ηλικίας 0-6 ετών. Επειδή οι αντιδράσεις των βρεφών και των μικρών παιδιών μπορεί να διαφέρουν από τις αντιδράσεις των μεγαλύτερων παιδιών και επειδή μπορεί να μην είναι σε θέση να εκφράσουν λεκτικά τις αντιδράσεις τους σε απειλητικά ή επικίνδυνα γεγονότα, πολλοί άνθρωποι υποθέτουν ότι η νεαρή ηλικία προστατεύει τα παιδιά από τον αντίκτυπο των τραυματικών εμπειριών.

Ένας αυξανόμενος όγκος ερευνών έχει αποδείξει ότι τα μικρά παιδιά ακόμη και τα βρέφη μπορεί να επηρεαστούν από γεγονότα που απειλούν την ασφάλειά τους ή την ασφάλεια των γονιών/φροντιστών τους, ακόμη και όταν μπορεί να μην καταλαβαίνουν τι συμβαίνει, και τα τραυματικά τους συμπτώματά έχουν τεκμηριωθεί αρκετά καλά (Beach & McCormick, 1997. Grossman, 2000. Egger & Angold, 2004. Dicker, Gordon & Knitzer, 2001).

Τα τραύματα παιδιών μπορεί να είναι αποτέλεσμα σκόπιμης βίας όπως ενδοοικογενειακή βία, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, σχολικός ή διαδικτυακός εκφοβισμός ή αποτέλεσμα φυσικής καταστροφής, ατυχημάτων, πόλεμου και προσφυγικής μετακίνησης. Ακόμη, η μη προβλέψιμη γονεϊκή συμπεριφορά λόγω εθισμού των γονέων σε ψυχοδραστικές ουσίες ή λόγω ψυχικής ασθένειας αλλά και η απομάκρυνση από τους γονείς, για κάποια παιδιά, ακόμα κι αν αυτό συμβαίνει για λόγους προστασίας τους από κακοποιητική συμπεριφορά, συνιστά ένα ακόμα τραυματικό γεγονός (Rivera & Sullivan, 2015). Τα μικρά παιδιά μπορεί επίσης, να βιώσουν τραυματικό στρες ως απάντηση σε επώδυνες ιατρικές διαδικασίες ή στην ξαφνική απώλεια ενός γονέα/φροντιστή (Zero to Six Collaborative Group, National Child Traumatic Stress Network, 2010).

### **2.1.3.2. Σύνθετο ή πολύπλοκο τραύμα (Complex Trauma)**

Ο όρος «σύνθετο τραύμα» αποτυπώνει το τραύμα που περιλαμβάνει κακοποίηση ή εγκατάλειψη που συμβαίνει κατά τη διάρκεια μιας αναπτυξιακά ευάλωτης χρονικής περιόδου στη ζωή ενός ανθρώπου, ειδικά κατά την παιδική ηλικία, και που περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενη ή παρατεταμένη έκθεση σε πολλαπλούς τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες που διαπράττονται από τους φροντιστές για παρατεταμένη περίοδο (Courtois & Ford, 2013).

Τα τραυματικά γεγονότα του σύνθετου τραύματος είναι σοβαρά και επαναλαμβανόμενα και περιλαμβάνουν τη σωματική (child physical abuse), σεξουαλική (sexual abuse) και συναισθηματική κακοποίηση (emotional abuse), την

παραμέληση του παιδιού (child neglect) και την έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία (domestic violence) .

Το σύνθετο τραύμα παρουσιάζεται συνήθως νωρίς στη ζωή και μπορεί για αυτό τον λόγο να διαταράξει πολλές πτυχές της ανάπτυξης του παιδιού καθώς και τη διαμόρφωση της αίσθησης του εαυτού. Δεδομένου ότι αυτά τα συμβάντα συμβαίνουν συχνά με έναν φροντιστή του παιδιού, παρεμβαίνουν, επιπλέον, στην ικανότητα του παιδιού να σχηματίσει μια ασφαλή προσκόλληση. Πολλές πτυχές της υγιούς σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης ενός παιδιού βασίζονται σε μια υγιή προσκόλληση που αποτελεί την πρωταρχική πηγή ασφάλειας και σταθερότητας για το παιδί (Bowlby, 1969).

Η έκθεση σε αυτό το είδος επαναλαμβανόμενου τραύματος φαίνεται ότι αυξάνει την πιθανότητα χρόνιων και σύνθετων προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και τον κίνδυνο για περαιτέρω θυματοποίηση (victimization) (Briere, Agee, & Dietrich, 2016. Briere, Kaltman, & Greene, 2008. Cloitre et al., 2011. Courtois & Ford, 2013. Herman, 1992).

### **2.1.3.3. Ιστορικό/ Διαγενεακό τραύμα (Historical / Intergenerational Trauma)**

Αρκετοί ερευνητές (Carter, R. T., 2006. Phipps, R. M., & Degges-White S., 2014. Williams, M. T., & Leins, C., 2016) εκτός από το να επικεντρώνονται στο πώς οι τραυματικές εμπειρίες νωρίς στη ζωή μπορεί να έχουν ένα αποτέλεσμα αργότερα με τη μορφή σύνθετου τραύματος, εντοπίζουν και το φαινόμενο της διαγενεακής μεταβίβασης του τραύματος. Ο όρος αρχικά εισήχθη (Rakoff V, 1966) για να περιγράψει τον αντίκτυπο του Ολοκαυτώματος στα παιδιά των επιζώντων.

Οι μελετητές έχουν τεκμηριώσει το φαινόμενο του ιστορικού τραύματος ως «τη σφραγισμένη συναισθηματική και ψυχολογική πληγή, που δημιουργείται ως αποτέλεσμα ομαδικών τραυματικών εμπειριών, οι οποίες μεταδίδονται από γενιά σε γενιά μέσα σε μια κοινότητα» (SAMHSA, 2015). Το ιστορικό τραύμα επηρεάζει ολόκληρες κοινότητες και συχνά συνδέεται με εθνοτικές ή φυλετικές ομάδες όπως για παράδειγμα οι Αμερικανοί Ινδιάνοι ή η περίπτωση των Ιθαγενών της Αλάσκας (Brave Heart, 1998) και άλλοι που έχουν βιώσει βαθιά οδύνη, απώλεια και πολιτισμική καταστολή μεταξύ των γενεών. Σύμφωνα με τη SAMHSA αρκετές πληθυσμιακές ομάδες βιώνουν ιστορικό τραύμα, μεταξύ των οποίων οι μετανάστες και οι προσφυγικοί πληθυσμοί, οι φυλές των Ρομά, οι άνθρωποι διαφορετικού

χρώματος και οικογένειες που βιώνουν συνεχόμενη φτώχεια μεταξύ των γενεών (SAMHSA, 2016).

#### **2.1.3.4. Επανατραυματισμός ή Δευτερογενές τραύμα (Re-traumatization)**

Οι ερευνητές στον τομέα της ψυχικής υγείας έχουν επισημάνει ότι τα παιδιά θύματα τραύματος μπορούν να υποστούν εκ νέου τραυματισμό ως αποτέλεσμα πολλαπλών εκθέσεων σε τραυματικά γεγονότα (Duckworth & Follette, 2011). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της ένταξής τους σε κάποια μονάδα φιλοξενίας ως κακοποιημένα παιδιά, στις οποίες ένας επαγγελματίας φροντιστής μπορεί άθελα του να πυροδοτήσει μια ανάμνηση του τραυματικού γεγονότος ή μια αναδρομή στο παρελθόν.

Σύμφωνα με την SAMHSA, η οποία θεωρεί τον επανατραυματισμό ως ένα τραύμα το οποίο δεν αποκλείεται να υπάρξει και στα περιβάλλοντα επαγγελματικής φροντίδας : *«Ο επανατραυματισμός συμβαίνει όταν οι θεραπευόμενοι βιώνουν κάτι που τους κάνει να νιώθουν όπως σαν να υφίστανται άλλο ένα τραύμα. Δυστυχώς, τα περιβάλλοντα φροντίδας και θεραπείας και οι επαγγελματίες φροντιστές μπορούν να δημιουργήσουν εμπειρίες επανατραυματισμού, συχνά χωρίς να το γνωρίζουν, και μερικές φορές ούτε οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι δεν γνωρίζουν συνειδητά ότι μια κατάσταση έχει στην πραγματικότητα προκαλέσει μια τραυματική αντίδραση στρες»* (SAMHSA, 2014).

Μια δεύτερη διάσταση του επανατραυματισμού είναι αυτή κατά την οποία το τραύμα μπορεί να έχει εκτεταμένες επιπτώσεις ακόμη και σε εκείνους που το βιώνουν έμμεσα, δηλαδή τους επαγγελματίες που φροντίζουν και παρέχουν υποστήριξη σε ανθρώπους με ψυχικό τραυματισμό.

Πολλές έρευνες έχουν επισημάνει ότι το έμμεσο ή δευτερογενές τραύμα βιώνεται μέσα από τις ιστορίες ή αφηγήσεις αυτών που άμεσα εκτέθηκαν σε τραύμα και μπορεί να προκαλέσει παρόμοιες αντιδράσεις με το πρωτογενές τραύμα, αν και συνήθως σε λιγότερο έντονο βαθμό, στους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη φροντίδα τους (Maguen, Papa, & Litz, 2008). Οι ερευνητές διακρίνουν ως μια μορφή δευτερογενούς τραύματος την κόπωση συμπίνας, η οποία περιγράφει τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν, συνήθως στην ψυχική τους υγεία, οι επαγγελματίες φροντιστές ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικό τραυματισμό (Adams, Boscarino, & Figley, 2006).

Επίσης οι ερευνητές αναφέρουν και την προκαταβολική τραυματική αντίδραση [(Anticipatory Traumatic Reaction (ATR)], που αποτελεί μια μορφή αγωνίας που εστιάζεται στο μέλλον και προκαλείται στους επαγγελματίες φροντιστές εξαιτίας δευτερογενούς έμμεσης έκθεσης στο τραύμα μέσω συναφών αναφορών των μέσων μαζικής ενημέρωσης και της κοινωνικής δυσφορίας για καταστροφές ή για σχετικές απειλές μεγάλης κλίμακας. (Horwood, Schutte, & Loi, 2017).

## **2.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

Θα παρουσιαστούν συνοπτικά οι τρεις κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις διερεύνησης του ψυχικού τραύματος: η ψυχοδυναμική προσέγγιση, η συμπεριφοριστική/γνωσιακή προσέγγιση και τέλος η υπαρξιακή ανθρωπιστική ψυχολογική προσέγγιση.

### **2.2.1 Ψυχοδυναμική Προσέγγιση**

Ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας της ψυχολογίας για το ψυχικό τραύμα έχει βασιστεί στις κλασικές ψυχαναλυτικές διατυπώσεις του Freud (Ringel & Blandell, 2012., οπ. αναφ. στο Athanasiadou-Lewis, 2019) ενώ οι σύγχρονες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις προκύπτουν από τη σχολή των αντικειμενότροπων σχέσεων και της διαπροσωπικής ψυχανάλυσης (σύμφωνα με τους Ringel & Blandell, 2012. Van der Kolk, 1996. Halewood, 2017, οπ. αναφ. στο Athanasiadou-Lewis, 2019). Στο ψυχοδυναμικό μοντέλο είναι διακριτή η έμφαση που δίνεται στην αναπτυξιακή ιστορία, την ασυνείδητη λειτουργία και τις διαπροσωπικές διαδικασίες (Halewood, 2017 οπ. αναφ. στο Athanasiadou-Lewis, 2019).

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση η υγιής ανθρώπινη ανάπτυξη καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας εξαρτάται από ασφαλείς και σταθερές διαπροσωπικές εμπειρίες που διαμορφώνουν τις ενδοψυχικές διαστάσεις και τις σχεσιακές ικανότητες του ατόμου. Η απρόσκοπτη αλληλεπίδραση μεταξύ του ενδοψυχικού και του διαπροσωπικού κατά την αναπτυξιακή περίοδο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργικότητα και την ευημερία των ενηλίκων, ιδιαίτερα όσον αφορά την αίσθηση του εαυτού και την εμπειρία του κόσμου γύρω τους (Ringel & Blandell, 2012., οπ. αναφ. στο Athanasiadou-Lewis, 2019).

Σύμφωνα με τον Freud (1920) τραύματα είναι τα εξωτερικά εκείνα ερεθίσματα που είναι αρκετά ισχυρά για να διασπάσουν τον «φραγμό» του «αλεξιερθεστικού» που «περιβάλλει» και προστατεύει το ψυχικό όργανο από τα συνεχή ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Υποστήριζε ότι κανένας ζωντανός οργανισμός δεν μπορεί να ζήσει χωρίς αυτήν την προστασία, αλλά συγχρόνως κάθε οργανισμός έχει και την ανάγκη να δέχεται από το περιβάλλον ορισμένες διεγέρσεις. Έτσι, αυτός ο «φραγμός» ελέγχει τα εξωτερικά ερεθίσματα, ωστόσο δεν μπορεί να ελέγξει τα αισθήματα ευχαρίστησης και δυσαρέσκειας, τα οποία προκαλούνται από εσωτερικές διεργασίες και είναι ανώτερα από τα εξωτερικά (Freud, 1920 οπ. αναφ. στο Bracken, 2003).

Η οργάνωση αυτού του συστήματος, καθώς υπάγεται στις αρχές του νευροφυσιολογικού μοντέλου, δεν επιτρέπει την υπερβολική αύξηση της διέγερσης, ούτε τη συνακόλουθη εμφάνιση δυσφορίας. Εάν, όμως, ένα εξωτερικό τραυματικό ερέθισμα διασπάσει τον «φραγμό», θα αναστατώσει την ενεργειακή οικονομία του οργανισμού και θα θέσει εκτός την αρχή της ευχαρίστησης (pleasure principle), αφού πια θα είναι αδύνατον να εμποδισθεί η «κατακλυσμική κατάληψη ολόκληρου του ψυχικού οργάνου από μεγάλες ποσότητες διέγερσης. Μόνη άμυνα του οργανισμού, σε αυτήν την περίπτωση, είναι η συγκέντρωση αντίστοιχων μεγάλων φορτίων ενέργειας στα σημεία διάσπασης για να εξουδετερωθούν τα τραυματικά ερεθίσματα» (Freud, 1915). Ο Freud επεκτείνοντας την έννοια του τραύματος, τη συνέδεσε με τη βίωση του Εγώ ως ανήμπορου, αβοήθητου («helpless Ego»), χωρίς δυνατότητα ελέγχου πάνω στην πραγματικότητα ενώ αντιμετωπίζει ερεθίσματα που ασκούν υπερβολική πίεση πάνω του. Υπό αυτήν την έννοια, το ψυχικό τραύμα παραπέμπει σε συμβάν της ζωής το οποίο ορίζεται από την έντασή του, από την αδυναμία του υποκειμένου να το αντιμετωπίσει κατάλληλα και από την ανισορροπία που επιφέρει στην ψυχική του οικονομία (Freud, 1915).

Οι τραυματικές εμπειρίες έχουν το μοναδικό χαρακτηριστικό να παρεμβαίνουν αρνητικά στο φυσικό αναπτυξιακό δυναμικό των παιδιών. Αλλοιώνουν, δηλαδή, την ικανότητά τους να αισθάνονται ασφαλείς μέσα στον ψυχοσωματικό τους εαυτό και να καθιερώνουν την αίσθηση ότι ανήκουν στο ανθρώπινο περιβάλλον τους, να βιώνουν ψυχικές καταστάσεις απερίφραστα και να τις εκφράζουν αυθεντικά, να αναγνωρίζουν τις ψυχικές καταστάσεις των άλλων και να ανταποκρίνονται επίσης με ενσυναίσθηση σε αυτές· να φαντάζονται και να

συμβολίζουν, να ενεργούν αυτόνομα αλλά παράλληλα να βασίζονται και στους σημαντικούς άλλους και τελικά να μπορούν να αγαπούν και να δημιουργούν (Athanasiadou-Lewis, 2019).

Στην αρχική «θεωρία της αποπλάνησης» ο Freud υποστήριξε ότι οι πραγματικές σεξουαλικές εμπειρίες κατά την πρώιμη παιδική ηλικία είναι η αιτία όλων των τραυμάτων και η βάση για τη νεύρωση. Ωστόσο, στη συνέχεια αναθεώρησε την επικράτηση της σεξουαλικής κακοποίησης και την αντικατέστησε με την καταπιεσμένη ασυνείδητη φαντασία και την ενδοψυχική σύγκρουση στην ανάπτυξη της τραυματικής νεύρωσης ενώ εξακολούθησε, κάποιες φορές, να διακρίνει μεταξύ τραυματικών και αγχωδών νευρώσεων με βάση το πραγματικό περιστατικό έναντι της ασυνείδητης φαντασίας και την προκύπτουσα ενδοψυχική σύγκρουση (Halewood, 2017. σπ. αναφ. στο Athanasiadou-Lewis, 2019).

Σχετικά με το πώς δρα η τραυματική εμπειρία στον ψυχισμό ο Freud βασισμένος στις κλινικές του εκτιμήσεις, εντόπισε ότι ο παθογόνος παράγοντας επενδύεται στη μνήμη του τραύματος και στις άμυνες των ασθενών όπως η άρνηση, η καταστολή και η διάσταση αντιμετώπισης του αναδυόμενου άγχους τους. Όταν υπάρχει επίδραση αποφόρτισης από την προσκολλημένη τραυματική εμπειρία συνήθως αυτή έχει ως αποτέλεσμα οι τραυματικές αναμνήσεις να μεταμορφώνονται σε ανεκτές συνηθισμένες αναμνήσεις, προσβάσιμες στο συνειδητό. Όταν όμως μια ενέργεια αποφόρτισης καθίσταται αδύνατη, τότε οι τραυματικές μνήμες που δεν αποφορτίζονται, θεωρείται στην ψυχοδυναμική οπτική, ότι εισέρχονται σε μια δεύτερη συνείδηση όπου γίνονται «μυστικά», είτε απομονωμένα από τη συνειδητή προσωπικότητα είτε διαθέσιμα σε αυτήν με μια εξαιρετικά συνοπτική μορφή και συχνά με μια ασυνείδητη λειτουργία. (Fenichel O., 1996. σπ. αναφ. στο Athanasiadou-Lewis, 2019).

Στη σημαντική συνεισφορά του Freud στην κατανόηση του ψυχικού τραύματος προσμετρούμε:

**1<sup>ο</sup>** : Τη σύλληψη του φαινομένου της «τραυματικής αναπαράστασης» ('traumatic re-enactment') που αποτελεί την ανθρώπινη τάση να επαναλαμβάνει προηγούμενα μοτίβα σχέσεων σε μια προσπάθεια να κυριαρχήσει στη σύγκρουση που προκύπτει από την καταπιεσμένη, τραυματική εμπειρία και που ονομάστηκε από τον Freud «καταναγκασμός της επανάληψης» (Freud, 1914).



**2°:** Τη σύλληψη των δύο διαφορετικών χρόνων του τραύματος και την “εκ των υστέρων” ανάδευση και επεξεργασία του. Σύμφωνα με τον Freud, το τραύμα, και ιδιαίτερα τα τραύματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας, αφενός είναι μια διάρρηξη του «αλεξιερθετιστικού συστήματος», και αφετέρου είναι μια αναδρομική εμπειρία, η οποία αναδεικνύεται εκ των υστέρων. Στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία, η συνθήκη αυτή αναγράφεται ως αναδρομικό τραύμα («trauma par excellence») και ορίζεται ως «η αντίληψη μιας ειδικής κατάστασης προκαλούσα τη θύμηση μιας προηγούμενης εμπειρίας, η οποία σε τρέχοντα χρόνο γίνεται τραυματική» (Lapalme & Pontalis, 1986 Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης). Με άλλα λόγια, το «αναδρομικό τραύμα» αφορά μια κατάσταση που το άτομο αισθάνεται το τραύμα εκ των υστέρων, όταν οι συγκυρίες της ζωής του επιφέρουν την ανάδυση των αρνητικών συναισθημάτων που συνόδευαν το εκάστοτε παρελθοντικό τραύμα, διαμορφώνοντας έκτοτε και την πορεία της επεξεργασίας του από τον ψυχισμό (Στεφανάτος, 2004).

**3°:** Την έννοια της «μεταβίβασης» (“transference”) που ανακάλυψε, παρακολουθώντας τα σχεσιακά μοτίβα των ασθενών του, χρησιμοποιώντας την ελεύθερη συσχέτιση. Η «μεταβίβαση» είναι ένα σχεσιακό φαινόμενο όπου ο θεραπευτής (και άλλοι σημαντικοί άνθρωποι) αντιπροσωπεύουν συμβολικά μια φιγούρα από το παρελθόν του ασθενούς. Ο Freud παρακολουθώντας στενά τις εκδηλώσεις της μεταβίβασης (π.χ. πώς αντιμετωπίζει ο ασθενής τον θεραπευτή, τις προσδοκίες, τις επιθυμίες και τους αναμενόμενους ρόλους του) και ερμηνεύοντας σταδιακά τον στόχο της (π.χ. την επιθυμία να κυριαρχήσει ένας καταχρηστικός γονέας κατατροπώνοντας τον θεραπευτή), ήταν ο πρώτος κλινικός επιστήμονας που απέδωσε τη θεραπευτική αλλαγή στις διαδικασίες της θεραπευτικής σχέσης (Athanasidou-Lewis, 2019).

Σύμφωνα με τον ψυχοδυναμικό ερευνητή Ronald Fairbairn όταν οι παρορμήσεις ευχαρίστησης (βλέπε libido=αρχή της ευχαρίστησης) ματαιώνονται στην παιδική ηλικία, είτε λόγω της απογοήτευσης των προσπαθειών εξάρτησης του παιδιού από τους φροντιστές του, είτε επειδή οι προσπάθειες του παιδιού να δημιουργήσει επιβεβαιωτικές και ασφαλείς αλληλεπιδράσεις δεν αντιμετωπίζονται με αμοιβαίο τρόπο από τους φροντιστές, το παιδί απομακρύνεται από την εξωτερική πραγματικότητα. Στη θέση αυτών των συνδέσεων, το παιδί δημιουργεί έναν φανταστικό κόσμο εσωτερικών αντικειμένων που περιέχει χαρακτηριστικά των αντικειμένων του πραγματικού κόσμου με τα οποία το παιδί δεν μπορεί να

δημιουργήσει και να διατηρήσει μια ουσιαστική σχέση (Ringel και Blandell, 2012).

Βασιζόμενος στη δουλειά του με κακοποιημένα παιδιά και σχιζοειδείς παρουσιάσεις στην ενήλικη ζωή, ο Fairbairn σημείωσε ότι οι τραυματικές εμπειρίες στη βρεφική και παιδική ηλικία κάνουν το αναπτυσσόμενο παιδί να αισθάνεται ότι δεν αγαπιέται ως άνθρωπος για την αξία του και επίσης να ερμηνεύει τη δική του αγάπη προς τους φροντιστές του ως ουσιαστικά κακή, ασήμαντη ή καταστροφική. Στη συνέχεια, το παιδί απορροφά τα γονικά χαρακτηριστικά και ταυτίζεται με τα μη ανταποκρινόμενα χαρακτηριστικά των γονέων: απομονωμένο, καταθλιπτικό, μαζοχιστικό, εκφοβιστικό και αυτοκαταστροφικό (Ringel και Blandell, 2012).

Ο Fairbairn υποστήριξε ότι εσωτερικεύοντας αυτά τα παθολογικά χαρακτηριστικά του χαρακτήρα, το παιδί αποκαθιστά τη σύνδεση με τον γονέα, ο οποίος δεν είναι διαθέσιμος με άλλους, πιο υγιείς τρόπους. Αυτός ο τύπος εσωτερίκευσης των γονέων δημιουργεί επίσης αναγκαστικά μια διαίρεση στο εγώ: μέρος του εαυτού παραμένει στραμμένο προς τους πραγματικούς γονείς στον εξωτερικό κόσμο, αναζητώντας πραγματικές απαντήσεις από αυτούς ενώ ένα άλλο μέρος του εαυτού ανακατευθύνεται «προς τους απατηλούς γονείς ως εσωτερικά αντικείμενα στα οποία είναι συνδεδεμένο». Οι τραυματικές αναπαραστάσεις μεταφέρονται σε επακόλουθες σχέσεις και αυτές με αυτόν τον τρόπο συνδέονται με τις οδυνηρές συνέπειες της συμπεριφοράς αναζήτησης σχεσιακών αντικειμένων κατά την παιδική ηλικία. (Mitchell and Black, 1995).

Για τον ψυχαναλυτή Donald Winnicott η εμπειρία του τραύματος είναι κεντρική για την ανάπτυξη του «ψευδούς εαυτού», ο οποίος περιλαμβάνει μια ανασταλμένη, εύθραυστη και συχνά κρυφή αίσθηση ταυτότητας, παρόμοια με ένα ανασφαλές σύστημα προσκόλλησης, με μια φτωχή ικανότητα για εμπιστοσύνη και αυθεντικότητα (Winnicott, 1986) . Όπως χαρακτηριστικά περιγράφει ο ίδιος: *«Θεωρώ χρήσιμο να χωρίσω τον κόσμο των ανθρώπων σε δύο τάξεις. Υπάρχουν εκείνοι που δεν «απογοητεύτηκαν» ποτέ ως μωρά (παιδιά) και που είναι σε μεγάλο βαθμό υποψήφιοι για την απόλαυση της αίσθησης του να είσαι ζωντανός και της ζωής. Υπάρχουν επίσης εκείνοι που υπέστησαν τραυματικές εμπειρίες του είδους που προκύπτουν από περιβαλλοντική απογοήτευση, και που πρέπει να κουβαλούν μαζί τους σε όλη τους τη ζωή τις αναμνήσεις της κατάστασης στην οποία βρίσκονταν σε στιγμές καταστροφής. Αυτοί είναι υποψήφιοι για ζωές καταιγίδας και στρες και ίσως αρρώστιας (Winnicott, 1986).*

Για τον Winnicott, ο ψεύτικος εαυτός είναι μια απαραίτητη πρόσοψη που στήνει το παιδί για να εξασφαλίσει την αγάπη της μητέρας με το να συμμορφώνεται με τις ανεπαρκείς προσαρμογές της ή τις ασυνείδητες προσδοκίες της. Οι παρατηρήσεις του Winnicott υπογραμμίζουν μοναδικά τον ρόλο του σχεσιακού τραύματος στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, ο οποίος είναι συχνά ανεπαίσθητος και αόρατος στο «γυμνό μάτι», καθώς δεν περιλαμβάνει απαραίτητα το δράμα της σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης και τα ορατά σημάδια τους, αλλά αντίθετα *«διατρέχει την ψυχική φλέβα σαν άχρωμο δηλητήριο»* (Athanasiadou-Lewis, 2019).

Η σημασία των πρώιμων συναισθηματικών δεσμών στην υγιή και απρόσκοπτη ανάπτυξη του παιδιού αποτυπώθηκε με σαφήνεια στη θεωρία της προσκόλλησης του Βρετανού ψυχολόγου - ψυχαναλυτή John Bowlby. Ο Bowlby περιέγραψε την προσκόλληση ως μια *«διαρκή ψυχολογική σύνδεση μεταξύ των ανθρώπινων όντων»* και πίστευε ότι οι πρώτοι δεσμοί που δημιουργήσαν τα παιδιά με τους φροντιστές τους έχουν τεράστιο αντίκτυπο που συνεχίζεται σε όλη τη ζωή. (Bowlby, 1969). Σύμφωνα με τη θεωρία προσκόλλησης, η σχέση στενής εγγύτητας μεταξύ του βρέφους/παιδιού και του κύριου φροντιστή του χρησιμεύει όχι μόνο ως μηχανισμός επιβίωσης, αλλά επιτρέπει επίσης στο βρέφος/παιδί να αναπτυχθεί κοινωνικά και συναισθηματικά. Η στενή εγγύτητα με προστατευτικούς φροντιστές κρατά το παιδί ασφαλές σε περιόδους απειλής, ενώ ψυχολογικά δημιουργεί μια αίσθηση «ασφαλούς βάσης» («secure base»), επιτρέποντας στο παιδί να εξερευνήσει το περιβάλλον. Η ποιότητα του εξωτερικού κόσμου του βρέφους και η αναπτυσσόμενη εσωτερική ψυχολογική του σύνθεση έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη αυτού που ονομάζει ο Bowlby «Εσωτερικό Μοντέλο Εργασίας» (“Internal Working Model”) του παιδιού. Αυτή είναι μια γνωστική αναπαράσταση του εαυτού και περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός συνόλου προσδοκιών σχετικά με τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους άλλους (Bergen, 2008).

Αναφορικά με τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρυματική φροντίδα ο Bowlby είχε επισημάνει ότι βιώνουν τον χωρισμό ή την απώλεια των γονέων ή άλλων φροντιστών τους. Σε μια περίφημη έκθεση για τα ιδρύματα φιλοξενίας παιδιών για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο Bowlby το 1952 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά υπέφεραν από τις επιπτώσεις της ιδρυματικής φροντίδας, ακόμη και όταν οι φυσικές τους ανάγκες (τροφή, ρούχα κ.λπ.) ικανοποιούνταν επαρκώς. Τα παιδιά στερούνται ευκαιρίες να αναπτύξουν σταθερές και συνεχείς σχέσεις προσκόλλησης λόγω του περιορισμένου αριθμού και της κακής ποιότητας επαφής με τους

φροντιστές τους (Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000. Palacios & Sánchez-Sandoval, 2005. Vorria et al., 2003. Zeanah et al., 2005).

Ιστορικά, μια αντίληψη που έχει μεγάλη ισχύ εντός της ψυχοδυναμικής σχολής σκέψης είναι ότι το ψυχολογικό τραύμα στην παιδική ηλικία διακόπτει την ανάπτυξη και την σημαδεύει για πάντα. Η συντριβή του εγώ που προκαλείται από ψυχολογικό τραύμα θεωρείται ότι δημιουργεί διαρκή αποτυπώματα μνήμης που προκαλούν παρεμβατικές αναδρομές, συναισθηματική επανεμπειρία, τραυματικά οδηγούμενες συμπεριφορικές αναπαραστάσεις, τραυματοκεντρικούς φόβους και ενοχλητικά όνειρα (McNally R., 2012. Young A.,1995. Yehuda R, McFarlane A. 1995. Chertoff J., 1998. Herman J. ,1992. Ford J, Courtois C.,2009. Schottenbauer M. et al., 2008. Stefanou C. et al, 2012).

Ο ρόλος των εξωτερικών τραυματικών εμπειριών έχει τονιστεί ευρέως στα γραπτά πολλών κλασικών ψυχαναλυτών, συμπεριλαμβανομένων των Carl Jung, Sandor Ferenczi, Anna Freud και Alfred Adler, όλοι τους δίνουν έμφαση στις τραυματικές εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας και τον αντίκτυπό τους στον σχηματισμό νοητικών αναπαραστάσεων του εαυτού και του άλλου.

### **2.2.2. Γνωστικές θεωρίες και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)**

Οι γνωστικές θεωρίες περιγράφουν πώς οι άνθρωποι επεξεργάζονται τις πληροφορίες. Η διαδικασία επεξεργασίας περιλαμβάνει την αντίληψη, την επιλογή και την προσοχή μας στις προσωπικές εμπειρίες και στον τρόπο αποθήκευσης, οργάνωσης και ανάκτησης των αναμνήσεων των εμπειριών. Με την πάροδο του χρόνου, οι μνήμες εξελίσσονται σε σχήματα ή πλαίσια που είναι πιο αποτελεσματικά στην ερμηνεία και την οργάνωση εξωτερικών ερεθισμάτων (Black L.& Flynn St.,2020)

Οι τραυματικές εμπειρίες πιστεύεται ότι επηρεάζουν τα σχήματα και, κατ' επέκταση, τη γνωστική ερμηνεία και την οργάνωση. Ο Dalglish (1999) σε ανασκόπηση των γνωστικών θεωριών σχετικά με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) εντόπισε πέντε κοινά χαρακτηριστικά ( Dalglish,1999 οπ. αναφ. στο Black L.& Flynn St.,2020).

Πρώτον, τα άτομα έχουν ομάδες πεποιθήσεων για τον εαυτό τους, τους άλλους και τον κόσμο. Τις περισσότερες φορές αυτό αναφέρεται ως η δίκαιη παγκόσμια πεποίθηση ότι καλά πράγματα συμβαίνουν σε καλούς ανθρώπους και

κακά πράγματα συμβαίνουν σε κακούς ανθρώπους. Το πλαίσιο των ατόμων των οποίων οι πεποιθήσεις είναι κατά κύριο λόγο αρνητικές είναι ότι ο κόσμος δεν είναι ασφαλής, δεν μπορώ να εμπιστευτώ κανέναν.

Δεύτερον, όταν κάποιος βιώνει μια τραυματική εμπειρία, η εμπειρία είναι ασύμβατη με τις προηγούμενες πεποιθήσεις του. Τα τραυματικά γεγονότα αλλάζουν και διαταράσσουν τις βασικές πεποιθήσεις των ατόμων επειδή το απροσδόκητο γεγονός αλλάζει τις πεποιθήσεις για τον εαυτό τους, τους άλλους και το περιβάλλον τους με ακραίο τρόπο. Επόμενα οι ασυμβίβαστες πληροφορίες οδηγούν σε αγωνία. (Resick, et al 2007 οπ. αναφ. στο Black L.& Flynn St.,2020)

Το τρίτο κοινό στοιχείο περιγράφει την προσπάθεια του ατόμου να ανακουφίσει την αγωνία του, ενσωματώνοντας την τραυματική εμπειρία στο σύστημα πεποιθήσεων του μέσω της αφομοίωσης, της προσαρμογής ή/και της υπερβολικής συμμόρφωσης. Η ενσωμάτωση είναι δύσκολη και οδηγεί στο τέταρτο κοινό στοιχείο - την εμφάνιση φαινομένων μετατραυματικού στρες (PTSD) ή συμπτωμάτων όπως ο φόβος, η υπερεπαγρύπνηση, η ευερεθιστότητα και η αϋπνία. Το πέμπτο και τελευταίο κοινό στοιχείο αφορά την ανάλυση. Εστιάζοντας στην ανάλυση των εμπειριών το άτομο οδηγείται σε επιτυχή επίλυση και τα ενοχλητικά τραυματικά συμπτώματα υποχωρούν. Όταν αποτυγχάνει η ανάλυση, η αγωνία αυξάνεται καθώς οι τραυματικές πληροφορίες συνεχίζουν να συγκρούονται με το ατομικό σύστημα πεποιθήσεων.

Οι στόχοι των γνωστικών θεωριών του ψυχικού τραύματος είναι να βοηθήσουν τα τραυματισμένα άτομα να ενεργοποιήσουν και να διορθώσουν λανθασμένες πεποιθήσεις προκειμένου να δουν τον εαυτό τους, τους άλλους και το περιβάλλον τους πιο ρεαλιστικά, να επεξεργαστούν και να αναγνωρίσουν το τραυματικό γεγονός και τα σχετικά συναισθήματα. Από την πληθώρα των γνωστικών-συμπεριφορικών θεωριών για το ψυχικό τραύμα, αναφέρουμε τις σημαντικότερες που συμβάλλουν στην κατανόηση για τα δίκτυα φόβου, την αξιολόγηση απειλών και τη διατήρηση του μετατραυματικού στρες (PTSD) στην κατάσταση τραύματος.

Σύμφωνα με τη γνωστική συμπεριφοριστική προσέγγιση, αναπτύχθηκε απ' τον Mardi Horowitz (1986) ένα μοντέλο κατανόησης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες που συνδυάζει τόσο ψυχοδυναμικές όσο και γνωστικές θεωρίες (Horowitz, M. J.,1986 οπ. αναφ. στο Bracken, P. 2003) .

Σύμφωνα με τον Horowitz ένα τραυματικό γεγονός περιέχει πληροφορίες που συγκρούονται με ήδη υπάρχοντα γνωστικά σχήματα. Έτσι υπάρχει μια ασυμφωνία που αυξάνει την ψυχική ένταση, προκαλεί την αντίδραση του στρες και περιλαμβάνει επανεξέταση του γεγονότος και αναθεώρηση των ατομικών γνωστικών σχημάτων.

Επηρεασμένος από τη θεωρία του «καταναγκασμού της επανάληψης» του Freud, ο Horowitz (1986) εισάγει την έννοια της «αρχής της ολοκλήρωσης» (completion principle) η οποία συνοψίζεται ως τάση του νου «...να συνεχίζει να παράγει σημαντικές νέες πληροφορίες συνειδητά και ασυνείδητα έως ότου η κατάσταση ή τα μοντέλα αλλάξουν και η πραγματικότητα και τα σχήματα αυτής της πραγματικότητας φθάσουν σε συμφωνία» (Horowitz, M. J.,1986 οπ. αναφ. στο Bracken, P. 2003) . Εάν το γεγονός είναι έντονα τραυματικό αυτή η διαδικασία είναι εκτεταμένη. Ωστόσο, έως ότου η διαδικασία ολοκληρωθεί, το τραυματικό γεγονός παραμένει αποθηκευμένο στην ενεργό μνήμη. Εξαιτίας του ότι οι αναπαραστάσεις του τραυματικού γεγονότος είναι αποθηκευμένες στην ενεργό μνήμη, αναπαράγονται ξανά και ξανά, προκαλώντας κάθε φορά ψυχική αναστάτωση στο άτομο. Για να αποφευχθεί η συναισθηματική εξάντληση ενεργοποιούνται διαδικασίες που λειτουργούν ως σύστημα ανατροφοδότησης (feedback) ρυθμίζοντας τη ροή των πληροφοριών. Ο Horowitz υποστηρίζει ότι η αντίδραση στο τραύμα περιέχει περιόδους ενεργητικής μνήμης που εναλλάσσονται με περιόδους αναστολής (Horowitz, M. J.,1986 οπ. αναφ. στο Bracken, P. 2003). Επισημαίνει ότι αυτές οι διαδικασίες αποτελούν την έμφυτη αντίδραση του νου στο στρες και συμβαίνουν σε όλα τα άτομα μετά από στρεσογόνα γεγονότα. Εάν αποτύχει η ανασταλτική διαδικασία, εμφανίζονται παρεισφορητικά συμπτώματα όπως εφιάλτες και αναδρομές (flashbacks). Απ' την άλλη, εάν η αναστολή είναι πολύ ισχυρή, εμφανίζονται συμπτώματα απόσυρσης και αποφυγής. Σύμφωνα με τον Horowitz υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε κάθε άτομο σε σχέση με τους τρόπους που τα παρεισφορητικά και αποφευκτικά φαινόμενα αλληλεπιδρούν (Horowitz, M. J.,1986 οπ. αναφ. στο Bracken, P. 2003).

Η θεωρία Επεξεργασίας Συναισθημάτων (Integrated Emotion Processing Theory-EPT) των Foa και Kozak (1986) βασίστηκε στη θεωρία της βιοπληροφορίας του Lang (1977) και στη θεωρία συναισθηματικής επεξεργασίας του Rachman (1980). Οι Foa και Kozak (1986) σημείωσαν ότι οι δομές του φόβου γίνονται δυσπροσαρμοστικές μέσω μιας διαδικασίας κατά την οποία προηγούμενα ουδέτερα στοιχεία τραυματικών γεγονότων στη συνέχεια γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά,

ενεργοποιώντας αποκρίσεις μάχης ή φυγής (the fight-or-flight responses) και σχετιζόμενες φυσιολογικές αντιδράσεις (αυξημένος καρδιακός ρυθμός, γρήγορη αναπνοή, διεσταλμένες κόρες). Στοιχεία του τραυματικού γεγονότος, η τραυματική απόκριση και η σημασία τους αποτελούν τη δομή του φόβου. Οι τύποι αποκρίσεων φόβου που εκδηλώνει το άτομο δεν συνάδουν με το ατομικό του πλαίσιο πεποιθήσεων και τις περιστάσεις, υπερβαίνουν αυτό που απαιτείται για τη διαχείριση του συμβάντος και η σημασία τους γίνεται εσφαλμένα αντιληπτή και κωδικοποιείται στη μνήμη ως πηγή κινδύνου. Σε καταστάσεις τραύματος ή ακραίου στρες, οι αναμνήσεις αποθηκεύονται με κατακερματισμένο, χαοτικό και ατελές τρόπο. Έτσι, όταν όλα τα στοιχεία ενός τραυματικού γεγονότος συνδέονται με διαπεραστικό φόβο, τα άτομα βρίσκονται σε μια συνεχή κατάσταση ετοιμότητας (υπεραγρύπνηση). Η θεωρία του EPT αντιλαμβάνεται το χρόνιο PTSD ως μια αποτυχία στην επαρκή επεξεργασία της μνήμης του τραύματος λόγω της εκτεταμένης αποφυγής σκέψεων και καταστάσεων που αποτελούν υπενθυμίσεις τραύματος. (Foa, 2011 οπ. αναφ. στο Black L.& Flynn St.,2020). Εν ολίγοις, η θεωρία Επεξεργασίας Συναισθημάτων προτείνει ότι η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να περιλαμβάνει τη συναισθηματική διαδικασία ανάλυσης των τραυματικών αναμνήσεων έτσι ώστε να μπορούν να τροποποιηθούν ή να αντικατασταθούν (Foa & Kozak, 1986. Foa, Huppert, & Cahill, 2006. οπ. αναφ. στο Black L.& Flynn St.,2020).

Το Γνωσιακό Μοντέλο Αξιολόγησης της Janoff-Bulman (1992), που αναφέρεται και ως «η θεωρία των θρυματισμένων υποθέσεων (“shattered assumptions theory”)), παρουσιάζει τη σχέση μεταξύ τραύματος και απώλειας νοήματος και υποστηρίζει ότι υπάρχει μια καθολική δομή στην ανθρώπινη ψυχολογία μέσω της οποίας μπορεί να προσδιοριστεί αυτή η σχέση. Περιγράφει ένα νοητικό πρότυπο ή μοντέλο μέσα από το οποίο το άτομο βλέπει τον κόσμο και παίρνει αποφάσεις. Τρεις βασικές υποθέσεις θεμελιώνουν το μοντέλο της Janoff-Bulman που όπως διατυπώνεται βρίσκονται στον «πυρήνα του εσωτερικού μας κόσμου» : α) «ο κόσμος είναι καλοπροαίρετος ή είμαι ασφαλής», «ο κόσμος έχει νόημα ή παίρνουμε αυτό που μας αξίζει...» β) «η καλή συμπεριφορά και ο χαρακτήρας οδηγεί σε καλά αποτελέσματα, η κακή συμπεριφορά και ο χαρακτήρας οδηγούν σε κακά αποτελέσματα» και τέλος η τρίτη υπόθεση, γ) «ο εαυτός είναι άξιος ή είμαι καλός και μπορώ να ελέγξω τα γεγονότα στη ζωή μου». Όλοι οι άνθρωποι έχουμε μια ομάδα βασικών υποθέσεων που μας καθοδηγούν στο πώς σκεφτόμαστε και πράττουμε καθημερινά. Αυτές οι «θεμελιώδεις υποθέσεις», όπως τις αποκαλεί, αφορούν τη φύση του κόσμου

γύρω μας και την αξία που αποδίδουμε στους εαυτούς μας. Οι τραυματικές εμπειρίες διαλύουν μία ή περισσότερες από αυτές τις υποθέσεις. Η Bulman υποστηρίζει ότι η άμεση συνέπεια των τραυματικών εμπειριών είναι η αντιπαράθεση του ανθρώπου με την τρωτότητα του. Επισημαίνει ότι, *«η αντιπαράθεση με πραγματικό ή πιθανό τραυματισμό ή θάνατο σπάει το εμπόδιο της αντίστασης του υποθετικού κόσμου των ανθρώπων και προκαλεί ξεκάθαρη ψυχολογική κρίση που βιώνεται ως εσωτερική αναστάτωση»* (Janoff Bulman, 1992). Όπως γράφει *«ζαφνικά ο εαυτός και η κοσμοθεωρία που θεωρούνταν δεδομένα αποσταθεροποιούνται, τα άτομα δεν μπορούν πλέον να υποθέτουν ότι οι άλλοι άνθρωποι είναι καλοί και άξιοι εμπιστοσύνης, ότι ο κόσμος έχει νόημα ή πως ό,τι συμβαίνει έχει νόημα. Η φύση του κόσμου και του εαυτού φαίνεται να έχει αλλάξει. Δεν μπορούν ούτε να εμπιστευτούν ούτε να βιώσουν ασφάλεια»* ( Janoff Bulman, 1992). Ο κόσμος βιώνεται ως παράλογος, χαοτικός και αποδιοργανωμένος στο μοντέλο της γνωστικής αξιολόγησης. Προτείνει ότι *«τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες μπορούν να κατανοηθούν ως παραγόμενα από τις εσωτερικές προσπάθειες του ατόμου να διαχειριστεί τα συναισθήματα τρόμου και κατάρρευσης των ψευδαισθήσεων»*( Janoff Bulman, 1992). Το κεντρικό μοτίβο των παρεισφρητικών και αποφευκτικών συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες αναπαριστά την απεγνωσμένη αναζήτηση για νόημα και τάξη και κατανοείται ως καθαρά εσωτερικό φαινόμενο που τοποθετείται ολοκληρωτικά μέσα στα όρια του ατομικού εαυτού . Σε αυτή τη θεωρία, η αντιμετώπιση σημαίνει την εκ νέου οικοδόμηση υποθέσεων μέσω θεραπείας παρατεταμένης έκθεσης ή θεραπείας γνωστικής επεξεργασίας.

Ενώ οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες σε σχέση με την αντίδραση του ατόμου στο τραύμα, αναγνωρίζονται από τον Horowitz σαν να επενεργούν στο άτομο «από τα έξω» και η δική του προσέγγισή δίνει έμφαση στο διαχωρισμό των ατομικών γνωστικών φαινομένων και επικεντρώνεται σ' αυτά. Η κοινωνική υποστήριξη στον τραυματισμένο άνθρωπο από συγγενείς, φίλους και την κοινότητα κατανοείται με όρους «παραγόντων κοινωνικής στήριξης» που στη συνέχεια μπορούν να διατυπωθούν ως παράγοντες «προφύλαξης» ή «μετριασμού» σε σχέση με τις επιπτώσεις των τραυματικών γεγονότων. ( Bracken, 2003). Στις σύγχρονες γνωσιακές θεωρίες ο ψυχικός τραυματισμός κατανοείται ως ένα εσωτερικό φαινόμενο που τοποθετείται ολοκληρωτικά μέσα στα όρια του ατομικού εαυτού και γίνεται προσπάθεια να ερμηνευτεί η μετατραυματική συμπεριφορά στη βάση των μνημονικών λειτουργιών και της επεξεργασίας των πληροφοριών.



### 2.2.3 Υπαρξιακή – Φαινομενολογική προσέγγιση

«Ένα μόνο υποκείμενο χωρίς έναν κόσμο δεν υπάρχει ποτέ»  
(Heidegger)

Σύμφωνα με την οπτική της υπαρξιακής – φαινομενολογικής προσέγγισης, το βίωμα του νοήματος της ανθρώπινης ύπαρξης μέσα στον κόσμο και της απώλειάς του είναι πυρηνικό για την κατανόηση του ψυχικού τραύματος. Σε αυτό το πλαίσιο η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια φυσιολογική απάντηση απέναντι σε ένα απειλητικό, για την ύπαρξη, γεγονός.

Η διαφορά αυτής της προσέγγισης από άλλα θεωρητικά μοντέλα έγκειται στην κατανόηση του ψυχικού τραύματος μέσα σε ένα κοινωνικό, πολιτισμικό και οντολογικό πλαίσιο αναφοράς. Σημαντικοί εκπρόσωποι της όπως ο Heidegger, ο Husserl, ο Sartre και άλλοι, έχουν επηρεάσει τη διαμόρφωση των αντίστοιχων κατευθύνσεων στο χώρο της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας.

Η «γένεση» της ανθρωπιστικής ψυχολογίας, γνωστή ως η «Τρίτη δύναμη», εμπνεύστηκε από την υπαρξιακή φιλοσοφία και τη φαινομενολογία και θεμελιώθηκε πάνω σε αρχές όπως της αποδοχής της σημαντικότητας της υποκειμενικής εμπειρίας που είναι το σημείο εκκίνησης από το οποίο μπορεί να προκύψει κάθε κατανόηση (Bühler & Allen, 1972. Schneider, Fraser Pierson & Bugental, 2015). Οι σημαντικότεροι θεωρητικοί και ερευνητές που συνδέθηκαν με το ανθρωπιστικό υπαρξιακό κίνημα στην ψυχολογία, ήταν κυρίως οι Maslow, Rogers, Bugental, Frankl, May και Yalom. (Vachon et al., 2016) Οι ιδρυτές του ανθρωπιστικού-υπαρξιακού κινήματος όρισαν την προσέγγισή τους με πέντε υποθέσεις, που διατυπώθηκαν από τον Bugental (Bugental J.F.T., 1964):

**1<sup>η</sup> υπόθεση:** «οι άνθρωποι είναι κάτι παραπάνω από το άθροισμα των μερών τους», δεν μπορούν να περιοριστούν σε συστατικά, συμπτώματα ή συμπεριφορές.

**2<sup>η</sup> υπόθεση:** «οι άνθρωποι υπάρχουν σε ένα μοναδικό ανθρώπινο πλαίσιο», επόμενα η ατομική εμπειρία πρέπει να προσεγγιστεί και να κατανοηθεί υπό το φως της μοναδικής της πραγματικότητας.

**3<sup>η</sup> υπόθεση:** «οι άνθρωποι έχουν επίγνωση και συνείδηση της επίγνωσης τους». Η επίγνωση και η συνείδηση της επίγνωσης είναι κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ανθρώπων. Το πιο σημαντικό, στην ανθρωπιστική-υπαρξιακή προσέγγιση είναι ότι πιστεύεται ότι το ανθρώπινο δυναμικό για ανάπτυξη και θεραπεία είναι δυνατό

μέσω της διαδικασίας αύξησης της επίγνωσης της εμπειρίας του εαυτού, των άλλων και του κόσμου.

**4<sup>η</sup> υπόθεση:** *«οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να κάνουν επιλογές και επομένως έχουν ευθύνη για τις επιλογές τους».* Η συνειδητοποίηση και η ελευθερία συνεπάγονται αναπόφευκτα την ευθύνη να ενεργούμε σύμφωνα με τη θέληση και τις αξίες μας. Δεδομένου ότι ο θάνατος, η απώλεια και η οδύνη είναι εγγενώς μέρος του τι σημαίνει να βιώνει κανείς πλήρως τη ζωή, η απόλυτη ελευθερία και ευθύνη είναι να δημιουργείς νόημα από τον πόνο. (Frankl V.E.,1955 οπ. αναφ. στο Vachon et al., 2016)

**5<sup>η</sup> υπόθεση:** *«οι άνθρωποι μπορούν να είναι συνειδητοί, στοχεύουν σε στόχους, γνωρίζουν ότι προκαλούν μελλοντικά γεγονότα και αναζητούν νόημα, αξία και δημιουργικότητα».* Σύμφωνα με τον Frankl (1955) τα ανθρώπινα όντα έχουν την ικανότητα να βρίσκουν νόημα εφόσον έχουν συνείδηση, έχουν μια βασική βούληση να βρίσκουν νόημα και το σημαντικότερο φέρουν μέσα τους τη γνώση ότι η ζωή έχει νόημα (Frankl V.E.,1955 οπ. αναφ. στο Vachon et al., 2016).

Ο Heidegger επισημαίνει ότι το νόημα του κόσμου και του εαυτού μας, ως μέρους του, δεν είναι εγκατεστημένο ή «κωδικοποιημένο» μέσα στο νου κάθε ανθρώπου αλλά *«(..) γεννιέται μέσα από τις καθημερινές κοινές πεποιθήσεις, τα τελετουργικά, έθιμα και συνήθειες μέσα από τα οποία συνδεόμαστε με τον κόσμο. Αυτά είναι τα στοιχεία που επιτρέπουν στις οντότητες του κόσμου να παρουσιάζονται έχοντας νόημα»* (Bracken, 2002). Επόμενα, *« η απώλεια νοήματος συμβαίνει μέσα σε ένα κόσμο που κλονίζεται και όχι μέσα σε έναν νου που κλονίζεται (...)*

Το μετατραυματικό άγχος είναι μια κατάσταση *«όπου το νόημα της ίδιας της ζωής και η ύπαρξή μας μέσα στη ζωή καθίστανται εύθραυστα»* (Bracken, 2002). Σύμφωνα με τον May (1967 /1982), αυτή η υπαρξιακή αγωνία της απώλειας νοήματος αφορά το ευρύτερο πλαίσιο του Δυτικού πολιτισμού που αποσυντίθεται χάνοντας την εκτίμησή του για παραδοσιακά πλαίσια αναφοράς όπως η τέχνη, η μυθολογία και η ιστορία (May, 1967 /1982 οπ. αναφ. στο Pitchford, D., 2009)

Με βάση την αντίληψη του Sartre, ο εαυτός δεν συνιστά ένα αμετάβλητο, βασικό χαρακτηριστικό που εξασφαλίζει την προσωπική ταυτότητα κάθε στιγμή αλλά είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη κατασκευή που θεμελιώνεται στην ύπαρξή μας μέσα στον κόσμο και στις συγκεκριμένες σχέσεις μας με τους άλλους (Mui, 2005).

Ο θεμελιώδης τρόπος που επιλέγουμε να υπάρχουμε μέσα στον κόσμο όχι απλά αποτελεί τον εαυτό μας αλλά παρέχει τη βάση με την οποία οργανώνουμε τον

κόσμο, νοηματοδοτούμε τον εαυτό μας σε σχέση με τον κόσμο. Αυτό που κάνει το τραύμα μια εμπειρία αφανισμού του εαυτού, όπως έχει περιγραφεί σε πολλές περιπτώσεις, είναι κυρίως πως κλονίζει αυτή τη θεμελιώδη κατασκευή και έτσι είναι σαν να καταρρέει η «σκαλωσιά» που στηρίζει τον βασικό προσανατολισμό του ατόμου μέσα στον κόσμο. Σ' αυτή τη σοβαρή κατάρρευση οι μηχανισμοί διαχείρισης του ατόμου συντρίβονται σε τέτοιο βαθμό που βιώνει ακραίο αποπροσανατολισμό. Έτσι κάθε δραστική αλλαγή στη θεμελιώδη κατασκευή του ατόμου, όπως αυτή που συνδέεται με το τραύμα, συνεπάγεται αμοιβαία, έναν δραστικό μετασχηματισμό του εαυτού του και του κόσμου. ( Mui, 2005)

Ο Stolorow (2007) αναφέρει ότι *«Το βασικό χαρακτηριστικό του ψυχικού τραύματος είναι μια συντριπτική απώλεια της αθωότητας που αλλάζει μόνιμα το βίωμα της ύπαρξης κάποιου μέσα στον κόσμο (...) καθώς κλονίζει τις ψευδαισθήσεις της καθημερινής ζωής, που καλύπτουν το πεπερασμένο και την αβεβαιότητα της ανθρώπινης ύπαρξης»* (Stolorow, 2007). Ως συνέπεια, το τραυματισμένο πρόσωπο αντιλαμβάνεται πλευρές της ύπαρξης που μένουν έξω από τη συνηθισμένη καθημερινότητα άλλων ανθρώπων και έτσι βιώνει μια βασανιστική αίσθηση μοναξιάς (Stolorow, 2007).

Μια ακόμη σημαντική διάσταση στην εμπειρία του τραύματος σύμφωνα με τη φαινομενολογία είναι η έννοια της χρονικότητας. Ο Husserl υποστηρίζει ότι μια τωρινή εμπειρία είναι πάντα «συμπυκνωμένη» καθώς περιέχει τόσο το παρελθόν όσο και το μέλλον ( Stolorow, 2007· Larrabee, 1995). Ο Heidegger επεκτείνει αυτή την κατανόηση στην ανάλυσή του για την καθολική δομή της χρονικότητας, υποστηρίζοντας πως *«κάθε βιωμένη εμπειρία βρίσκεται πάντα και στις τρεις διαστάσεις του χρόνου»* (Heidegger,1927). Αυτό κάνει την ύπαρξή μας κατά βάση ιστορική και έτσι έχει νόημα. Αυτή η σύνδεση του χρόνου όμως διαταράσσεται συντριπτικά από την εμπειρία του ψυχικού τραύματος. Οι εμπειρίες τραυμάτων παγώνουν μέσα σε ένα αιώνιο παρόν στο οποίο κάποιος μένει για πάντα παγιδευμένος καθώς το παρελθόν γίνεται παρόν και το μέλλον χάνει κάθε άλλο νόημα πέρα από μια «αιώνια επανάληψη» ( Stolorow, 2007, Larrabee, 1995).

Εξαιτίας του ότι το τραύμα κλονίζει τόσο καθαρά την αίσθηση του χρόνου, το τραυματισμένο άτομο σχεδόν κυριολεκτικά ζει σε μια άλλου είδους πραγματικότητα, έναν κόσμο που τον βιώνει δυσανάλογο με τον κόσμο των άλλων. Αυτή η αίσθηση δυσαναλογίας στη συνέχεια συμβάλλει στην αίσθηση αποξένωσης και απομάκρυνσης από τους άλλους ανθρώπους. Όπως αναφέρει ο Stolorow: *«Έχοντας αποσχιστεί από*

την συνηθισμένη σύνδεση της ύπαρξης με τον χρόνο, το τραύμα παραμένει απομονωμένο από τον ανθρώπινο διάλογο» ( Stolorow, 2007) και δημιουργεί «ρωγμές από τη μια μεριά μεταξύ του τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος και της τωρινής λειτουργίας και από την άλλη μεταξύ της «φυσιολογικότητας» της τωρινής ζωής κάποιου και της «μη φυσιολογικότητας» μιας ανάμνησης όπως βιώνεται στο παρόν ( Larrabee, 1995).

Ο άνθρωπος που έχει επιβιώσει τραυματικής εμπειρίας, βιώνει μια κατάσταση σύγχυσης ερχόμενος αντιμέτωπος με την αντίδραση της κοινωνίας σε σχέση με τις εμπειρίες του - βλέπε «στίγμα» ( Tedeschi, & Calhoun, 1995). Αναφέρει χαρακτηριστικά η Μάτσα: *«Αυτοί που έχουν βιώσει μια τραυματική εμπειρία ζουν μια εξίσου τραυματική κοινωνική εμπειρία. Επιστρέφουν από ένα άλλο κόσμο: από την κόλαση των στρατοπέδων, του πολέμου, των βασανιστηρίων, από την φρίκη της αιμομιξίας»* ( Μάτσα, 2007).

Προσεγγίζοντάς το μετατραυματικό στρες με την υπαρξιακή οπτική γίνεται φανερό ότι δεν αφορά απλά το «μετά» αλλά είναι μια αντίδραση στις συνεχείς συνθήκες της ζωής που βιώνουν οι άνθρωποι με τραύμα μέσα στις κοινωνικές συνθήκες που ζουν. Οι συνθήκες αυτές τους προσθέτουν στρες και τους στερούν νόημα και στήριξη. Επιπλέον δεν πρόκειται απλά για «διαταραχή» που συμβαίνει στους τραυματισμένους ανθρώπους αλλά για μια διαταραχή του κοινωνικού οργανισμού που είναι μέρος (Greening, 1990).

Σύμφωνα με την υπαρξιακή προσέγγιση η υγιής ανθρώπινη ανάπτυξη καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας διευκολύνεται πράγματι από την αντίληψη του κόσμου ως ασφαλούς, καλοπροαίρετου και με νόημα, και του εαυτού ως άξιου (Vachon et al., 2016). Το τραύμα αποκαλύπτει κάτι απειλητικό για την ύπαρξη που δεν μπορεί να ενσωματωθεί σε μια συνεκτική και ουσιαστική κατανόηση του εαυτού και του κόσμου, ιδιαίτερα από τα παιδιά.

Τα τραυματικά συμπτώματα κατανοούνται ως ο βιολογικός, ο ψυχολογικός και ο υπαρξιακός εαυτός που προσπαθεί να προσαρμόσει και να ενσωματώσει το νόημα αυτού που συνέβη και, το πιο σημαντικό, το νόημα της ύπαρξής του σε μια νέα υπαρξιακή πραγματικότητα. (Vachon et al., 2016). Για αυτόν ακριβώς το λόγο επισημαίνεται ότι ο επιζών ενός τραύματος δεν μπορεί να ανακάμψει από τον τραυματισμό του εάν δεν υποστηριχθεί ως ανθρώπινη ολότητα, συμπεριλαμβανομένου του υπαρξιακού του εαυτού μέσα στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής συνάντησης/σχέσης (Pitchford, D., 2008).

Η ανθρωπιστική-υπαρξιακή θεραπευτική συνάντηση αποτελεί έναν μοναδικό και δυποκειμενικό χώρο συνδημιουργίας που στοχεύει στην υποστήριξη, την προώθηση ή την αποκατάσταση της θεμελιώδους αίσθησης αυτοσυνοχής του ατόμου (Buirski P. & Haglund P.,2001). Όπως το θέτει ο Quintin (2005), η ψυχολογική οδύνη δεν είναι κάτι που μπορεί να διορθωθεί με εμπειρογνωμοσύνη, απόψεις ή συμβουλές (Quintin J.,2005 οπ. αναφ. στο Vachon et al., 2016).

Πώς αναπτύσσονται όμως οι άνθρωποι μετά από ψυχικό τραυματισμό; .

Οι Tedeschi και Calhoun (2004) εισήγαγαν τον όρο μετατραυματική ανάπτυξη για να αποτυπώσουν τις θετικές ψυχολογικές αλλαγές που είχαν δει ως κλινικοί ψυχολόγοι μεταξύ των θεραπευόμενων τους που κατάφεραν να αντεπεξέρχονται με εξαιρετικά αγχωτικά και προκλητικά γεγονότα της ζωής. Η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να γίνει κατανοητή ως η αυξημένη υπαρξιακή επίγνωση που πυροδοτείται από το τραυματικό γεγονός. Ωστόσο, η εμπειρία του τραύματος δεν αρκεί από μόνη της για να διευκολύνει την υπαρξιακή ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 2004). Η «μετατραυματική ανάπτυξη» αν και χαρακτηρίζεται ως περίπλοκη (Pat-Horenczyk R. & Brom D., 2007) αναφέρεται στη μεταμορφωτική διαδικασία που μπορεί να συμβεί από την απόκτηση υπαρξιακής επίγνωσης στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής συνάντησης/σχέσης που μπορεί να μεταμορφώσει τη σχέση του τραυματισμένου ανθρώπου με τον εαυτό του, με τους άλλους και με τον κόσμο (Tedeschi και Calhoun, 2004).

Οι μετασηματισμοί που έχουν παρατηρηθεί από τραύματα περιλαμβάνουν «αλλαγές στον εαυτό» ή στη «σχέση με τον εαυτό». Τέτοιες θετικές αλλαγές μπορεί να λάβουν τη μορφή μιας αυξημένης αντίληψης της προσωπικής δύναμης, της ωριμότητας και της πνευματικότητας (Tedeschi και Calhoun, 2004).

Από επιζώντες τραύματος έχει επίσης αναφερθεί αυξημένη αίσθηση προσωπικής αξίας, αποδοχή της ευαλωτότητας, αποδοχή της ευαισθησίας, μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση, ευγνωμοσύνη και «εκτίμηση για τη ζωή» γενικά (Tedeschi και Calhoun, 2004. Calhoun L.G. & Tedeschi R.G.,2006), αναγνώριση και εκτίμηση της ανθρωπιάς του άλλου ανθρώπου (Jayawickreme E. & Blackie L.E.R.,2014).

Η προσωπική μεταμόρφωση στη σχέση με τον εαυτό συχνά αντικατοπτρίζεται και στην εμπειρία της σχέσης με τους άλλους. Οι επιζώντες τραύματος που ανέκαμψαν συχνά συγκινούνται από την ενσυναίσθηση, την ευαισθησία και τη φροντίδα των άλλων απέναντί τους, αισθάνονται καλύτερα συνδεδεμένοι με τους

ανθρώπους που τους περιβάλλουν, αποκαθιστούν την πληγείσα εμπιστοσύνη προς τον άλλο άνθρωπο και βιώνουν βαθύτερα ή πιο συνειδητά την πολύτιμη αξία των υπαρχόντων σχέσεων και δεσμών. Η απόκτηση υπαρξιακής επίγνωσης μπορεί να αποκαλύψει την αόρατη πληγή του ψυχικού τραύματος και παράλληλα να προσδώσει νέο νόημα στην ύπαρξη του τραυματισμένου ανθρώπου (Vachon et al., 2016)

### **2.3. Επιδημιολογικά στοιχεία για το ψυχικό τραύμα**

Η καταγραφή της επιδημιολογίας των τραυματικών εμπειριών, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, είναι κρίσιμη για την ολοκληρωμένη κατανόηση του ψυχικού τραύματος, τη διεξαγωγή ουσιαστικής έρευνας καθώς και για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων ενημέρωσης, πρόληψης και παρέμβασης για το ψυχικό τραύμα (Saunders & Adams, 2014)

Σύμφωνα με μια συντονισμένη σειρά διεθνικών κοινοτικών επιδημιολογικών ερευνών που πραγματοποίησε η Παγκόσμια Οργάνωση Ψυχικής Υγείας (World Mental Health, (WMH)) το 2017 σε 26 χώρες, αναδείχτηκε ένα σταθμισμένο (κατά μέγεθος δείγματος, n= 50,855) ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων κατά μέσο όρο 70,4% σε όλες τις έρευνες (μεταξύ 45,9% στη Γαλλία και 97,2% στην Κολομβία) που δήλωσαν πως μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους έχουν βιώσει ψυχικό τραυματισμό. Εντοπίστηκαν 29 τύποι ψυχικών τραυμάτων που κατηγοριοποιήθηκαν και χωρίστηκαν σε επτά κατηγορίες για σκοπούς ανάλυσης:

1<sup>η</sup> κατηγορία: περιλαμβάνει επτά τύπους που σχετίζονται με τον πόλεμο,

2<sup>η</sup> κατηγορία: περιλαμβάνει τέσσερις τύπους που σχετίζονται με σωματική βία π.χ. σωματική κακοποίηση από φροντιστή στο παιδί ,

3<sup>η</sup> κατηγορία: περιλαμβάνει τέσσερις τύπους που σχετίζονται με στενό σύντροφο ή σεξουαλική βία (βιασμός, σεξουαλική επίθεση, καταδίωξη, σωματική κακοποίηση από ρομαντικό σύντροφο),

4<sup>η</sup> κατηγορία: περιλαμβάνει επτά τύπους που σχετίζονται με ατυχήματα (διαρροή τοξικών χημικών, άλλη ανθρωπογενής καταστροφή, φυσική καταστροφή, απειλητική για τη ζωή σύγκρουση , άλλο ατύχημα όπου ο ερωτώμενος προκάλεσε κατά λάθος σοβαρό τραυματισμό σε άλλο άτομο, άλλο απειλητικό για τη ζωή ατύχημα, ασθένεια που απειλεί τη ζωή),

5<sup>η</sup> κατηγορία: απροσδόκητος ή τραυματικός θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου,

6<sup>η</sup> κατηγορία: περιλαμβάνει τέσσερις τύπους που σχετίζονται με τραύματα που συνέβησαν σε άλλους ανθρώπους (το παιδί είχε απειλητική για τη ζωή ασθένεια, άσε

αγαπημένα πρόσωπα, που παιδιά ήταν μάρτυρες σωματικών καβγάδων στο σπίτι, μάρτυρας οποιουδήποτε άλλου τραύματος), και

7<sup>η</sup> κατηγορία: μια υπολειπόμενη κατηγορία «άλλων» τραυμάτων (Kessler et al., 2017).

Το ποσοστό θετικής ανταπόκρισης των συμμετεχόντων και η έκταση της κατηγοριοποίησης των εμφανιζόμενων, στην έρευνα, τραυμάτων φανερώνουν το μέγεθος του προβλήματος και την διάσταση του στη δημόσια υγεία (Kessler et al., 2017, όπως αναφέρεται στους Frewen, Schmahl & Olf, 2018).

Η εμφάνιση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων του τραύματος είναι ιδιαίτερα έντονη σε νέους, οι οποίοι είναι και πιο ευάλωτοι όσον αφορά την επιρροή που τους ασκούν οι στρεσογόνοι παράγοντες, σε επίπεδο νευροβιολογικής, συναισθηματικής και κοινωνικής εξέλιξης. Έρευνες έχουν συμπεράνει πως ένα ευρύ ποσοστό της τάξεως του 15% -82.5% νέων ανθρώπων, βιώνει κάποιο τραυματικό γεγονός. (Lewis et al., 2019). Συγκεκριμένα για την ηλικία των 18, οι Lewis et al. (2019) επισημαίνουν πως, το ποσοστό των ατόμων που εκτίθενται σε τραύμα είναι 31,1%. Το σημαντικότερο είναι ότι το τραυματικό γεγονός δημιουργεί προεκτάσεις που συνδέονται με την ανάπτυξη ποικίλων διαταραχών.

Η διαταραχή του Μετατραυματικού Στρες (PTSD), είναι η διαταραχή που συνήθως ακολουθεί το τραυματικό γεγονός, ωστόσο ακόμα και στην έκφραση αυτού, υπάρχουν διαφορές. Μάλιστα, ο κίνδυνος για την εμφάνιση τέτοιας συμπτωματολογίας αυξάνεται όταν πρόκειται για προσωπικές καταστάσεις, όπως είναι η επιθετικότητα που βιώνει ένα παιδί στα πλαίσια του σχολείου ή η κακή μεταχείριση από τους ενήλικες στο φροντιστικό του περιβάλλον. Επιπλέον, από το ποσοστό των νέων ανθρώπων που τελικά εμφανίζουν PTSD, ένα σημαντικό μέρος (3 στους 4), συννοσηρότητα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής ενώ εμφανίζουν και προβλήματα κοινωνικής φύσεως μετά την ενηλικίωση (αδυναμία εύρεσης εργασίας, περιορισμένες κοινωνικές επαφές) (Lewis et al., 2019).

Σε σχέση με το φύλο οι Breslau, Wilcox, Stor, Lucia & Anthony (2004) , επισημαίνουν πως οι γυναίκες εκτίθενται πολύ πιο συχνά σε τραυματικές εμπειρίες συγκριτικά με τους άντρες. Ωστόσο, όπως έγινε αργότερα κατανοητό και οι άνδρες έρχονται αντιμέτωποι με μεγάλο αριθμό τραυμάτων, αλλά οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Breslau, 2009).

Η έρευνα των Kessler et al. (2017, όπως αναφέρεται στους Frewen et al., 2018), επισημαίνει ότι, από τις μορφές τραυμάτων, η σεξουαλική βία, βρίσκεται στην κορυφή των επιδημιολογικών δεδομένων, αφού ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι

δε διστάζουν να μοιραστούν την εμπειρία τους. Επίσης, βρέθηκε ότι τα παιδιά, βιώνουν κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό τραυματικά γεγονότα και φυσικά εδώ, λαμβάνεται υπόψη και το γενικότερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσονται οι τραυματικές εμπειρίες, το οποίο τις περισσότερες φορές είναι δυσλειτουργικό, μειονοτικό και βίαιο (Kessler et al., 2017, όπως αναφέρεται στους Frewen et al., 2018). Η ανασκόπηση των Katsonga-Phiri, Grant και Brown (2019) , υπογραμμίζει την ένταση των τραυματικών γεγονότων που βιώνουν τα παιδιά, αναδεικνύοντας τα στοιχεία έρευνας σύμφωνα με τα οποία το 70% των παιδιών και εφήβων 7-18 ετών που συμμετείχαν σε μια θερινή κατασκήνωση στην Αφρική, και είχαν λάβει μέρος στην έρευνα, είχαν υπάρξει θύματα κάποιας βίαιης πράξης (Katsonga-Phiri, Grant & Brown, 2019) .

Ιδιαίτερα για την Αμερική, τα 2/3 των παιδιών έως 16 ετών, έχουν αναφέρει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους ένα τραυματικό γεγονός. Πιο συγκεκριμένα, η απλή παρουσία σε βίαια γεγονότα κυμαίνεται από 39-85%, ενώ τα ποσοστά θυματοποίησης υπερβαίνουν το 66%. Την ίδια στιγμή, τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης αγγίζουν το 43% σε νεαρά άτομα. Τα ποσοστά αυτά, με το πέρασ των ετών φαίνεται να αυξάνονται και όχι να μειώνονται παρά την ύπαρξη περισσότερων πληροφοριών και την πρόσβαση σε περισσότερες μορφές θεραπείας (La Greca et al., 2008. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families et al., 2015). Από τους παραπάνω αριθμούς, είναι εμφανής ο αντίκτυπος που αφήνει η τραυματική εμπειρία στον πληθυσμό. Όλες οι ηλικιακές ομάδες πλήττονται, αλλά οι νέοι φαίνεται να είναι η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει τα πιο ανησυχητικά ποσοστά.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έδωσαν οι Sangalang & Vang (2017) στη συστηματική τους ανασκόπηση για τον επιπολασμό του διαγενεακού τραύματος των προσφυγικών πληθυσμών, ο αριθμός των προσφύγων και των εκτοπισμένων ατόμων που αναγκάστηκαν να μεταναστεύσουν παγκοσμίως λόγω πολέμου, μαζικής βίας και πολιτικής αστάθειας έχει αυξηθεί σε πρωτοφανή επίπεδα. Υπήρχαν περίπου 1,9 εκατομμύρια πρόσφυγες το 1951 και 2,4 εκατομμύρια το 1970 παγκοσμίως, με δραματικές αυξήσεις σε 12,1 εκατομμύρια το 2000 και 14,3 εκατομμύρια το 2014. Αυτές οι εκτιμήσεις καταγράφουν μόνο ένα μικρό ποσοστό των επιπλέον εκατομμυρίων άλλων εκτοπισμένων ατόμων, αιτούντων άσυλο και απάτριδων που δεν μπορούν να επιστρέψουν στις πατρίδες τους. Μεταξύ των προσφύγων, η τραυματική έκθεση πριν και κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης συνδέεται στενά με



προβλήματα ψυχικής υγείας και ψυχολογική δυσφορία και τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτές οι προκλήσεις μεταξύ των προσφύγων πρώτης γενιάς μπορεί να επιμείνουν χρόνια μετά την επανεγκατάσταση. Κατά συνέπεια, υπάρχει αυξημένη αναγνώριση ότι το μετατραυματικό στρες που σχετίζεται με τον πόλεμο εκτείνεται πέρα από το άτομο και επηρεάζει στο σύνολο του, το σύστημα της προσφυγικής οικογένειας με πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία και την ψυχοκοινωνική ευημερία των μελών της και ιδιαίτερα των παιδιών της (Sangalang & Vang , 2017).

Σε συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας οι Jud, Pfeiffer & Jarcozk (2020) ενέταξαν 17 εμπειρικές έρευνες που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία 15 χρόνια διερευνώντας τον επιπολασμό της βίας που υφίστανται κατά τη διάρκεια της ζωής τα παιδιά που βρίσκονται σε προσφυγική μετακίνηση και μετανάστευση. Ωστόσο αν και τα σχετικά ευρήματα στην κάθε έρευνα διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τις, υπό μελέτη, μεταβλητές και με μεγέθη του δείγματος των ερευνών που κυμαίνονταν από 100 έως 8.047, με συνολικό δείγμα 16.915 παιδιά διαπιστώθηκε μια διακύμανση που αφορά τα εξής αναφορικά με τα παιδιά πρόσφυγες : α) η παιδική σωματική κακοποίηση στις έρευνες κυμαινόταν από 9 % - 65 %, β) η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών εμφάνιζε ποσοστά από 5 % - 20 % στους χώρους όπου μετακινούνται , και γ) σχετικά με τα ασυνόδευτα παιδιά πρόσφυγες, η βία που βίωναν κατά την προσφυγική μετακίνηση ή μεταναστευτική πορεία, εκδηλωνόταν συχνά στα χέρια εκείνων που ήταν υπεύθυνοι για τη φροντίδα τους. Στην ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι υπάρχει σοβαρή έλλειψη δεδομένων σχετικά με το πλαίσιο και τη χώρα στην οποία σημειώθηκε η βία, πόσο αυτή αφορά στη χώρα προέλευσης, στη διαδρομή ή/και στη χώρα άφιξης. Εντοπίζεται μεγάλη ασυμφωνία μεταξύ της σημασίας του θέματος και της έλλειψης δεδομένων που είναι εντυπωσιακή. Η ανασκόπηση καταλήγει σε προτάσεις για α) περισσότερη έρευνα για την επιδημιολογία της βίας κατά των παιδιών στη μετανάστευση και την προσφυγική ροή, β) κάλυψη της επείγουσας ανάγκης για στοιχεία που να υποστηρίζουν την ανάπτυξη και την προσαρμογή αποτελεσματικών, προσαρμοσμένων και ευαίσθητων στις ψυχολογικές ιδιαιτερότητες των παιδιών σε μετανάστευση προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης ( Jud , Pfeiffer & Jarcozk, 2020).

Επιδημιολογικά στοιχεία για το ψυχικό τραύμα δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στη χώρα μας. Η μόνη αναφορά που βρίσκουμε για την Ελλάδα σε σχετική με το θέμα επιδημιολογική έρευνα είναι η συμμετοχή της (μέσω του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού) στην «Επιδημιολογική Μελέτη για την

Κακοποίηση και Παραμέληση του Παιδιού στα Βαλκάνια (B.E.C.A.N.)» που πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 9 Βαλκανικών χωρών (Αλβανία, Βοσνία & Ερζεγοβίνη, Βουλγαρία, Κροατία, Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, Ελλάδα, Ρουμανία, Σερβία, Τουρκία ) από το 2008 ως το 2013 με χρηματοδότηση από την Ε.Ε. Αποτελούσε έρευνα πεδίου με συνολικό τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού 30.000 παιδιά και 30.000 γονείς για τη διερεύνηση των θεμάτων της ενδο-οικογενειακής βίας και της κακοποίησης – παραμέλησης των παιδιών με ομογενοποιημένα ερευνητικά εργαλεία (τα ερευνητικά ερωτηματολόγια ICAST-C/P που συνιστώνται επισήμως από τον Π.Ο.Υ.).

Τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται από δύο πηγές, από συμμετέχοντα ζεύγη παιδιών και των γονιών τους και από τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα στα αρχεία φορέων και υπηρεσιών που εμπλέκονται στη διαχείριση περιστατικών κακοποίησης (όπως υπηρεσίες προστασίας του παιδιού, πρόνοιας, υγείας, δικαιοσύνης και δημόσιας τάξης και σχετικές ΜΚΟ). Συνολικά στην Ελλάδα συλλέχθηκαν δεδομένα για 758 περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών ηλικίας 11, 13 και 16 ετών για το έτος 2010, από τα αρχεία 141 Φορέων στις Περιφέρειες Αττικής και Κρήτης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα:

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των μορφών κακοποίησης – παραμέλησης (ΚαΠα):  
**α)** Σε περισσότερα από το 80% των περιστατικών καταγράφηκαν πολλαπλοί τύποι κακοποίησης, με επικρατέστερους την ψυχολογική κακοποίηση και την παραμέληση μιας τουλάχιστον μορφής, **β)** η **Ψυχολογική κακοποίηση:** ήταν η πιο συχνή μορφή κακοποίησης (n=709). Παρατηρήθηκε συχνή συνύπαρξη πολλαπλών μορφών ψυχολογικής κακοποίησης, όπως η λεκτική κακοποίηση, η τρομοκράτηση, η απομόνωση, η αδιαφορία, η διαφθορά, ο εξαναγκασμός σε εκμετάλλευση του παιδιού αλλά και η παρουσία σε περιστατικά συντροφικής βίας. Η αδιαφορία των φροντιστών για τα παιδιά και τις ανάγκες τους ήταν η πιο συχνά καταγεγραμμένη μορφή ψυχολογικής κακοποίησης, αφού αφορά περίπου 6,5/10 παιδιά. Στο 43,8% του συνόλου των περιστατικών η ψυχολογική κακοποίηση βρέθηκε να συνυπάρχει με διάφορες μορφές παραμέλησης (σωματική παραμέληση, παραμέληση εκπαίδευσης, ιατρικών θεμάτων, οικονομική εκμετάλλευση (συνήθως επαιτεία), αποτυχία προστασίας σε πολλαπλά επίπεδα έως και άρνηση κηδεμονίας και εγκατάλειψη των παιδιών από τους φροντιστές τους,

**γ)** η **Παραμέληση:** (n=625) ήταν η δεύτερη πιο συχνή μορφή παθητικής κακοποίησης. Αναφορικά με τις διάφορες υπο-μορφές της παραμέλησης, σε

μεγαλύτερη συχνότητα καταγράφηκε η παραμέληση εκπαιδευτικών θεμάτων (56,2%), η σωματική παραμέληση (45%), η παραμέληση ζητημάτων υγείας (35%) και ψυχικής υγείας (32%), η ελλιπής επίβλεψη και η αποτυχία προστασίας από τραυματισμούς (30%) και από σεξουαλική κακοποίηση (16%), η οικονομική εκμετάλλευση των παιδιών (16%), η μη απαγόρευση παραβατικής ή/και εγκληματικής συμπεριφοράς (17%) και η άρνηση κηδεμονίας ή/και εγκατάλειψη (32%). **δ) η Σωματική Κακοποίηση:** (n=247) Από τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης για τα οποία υπάρχουν κάποιες πληροφορίες στο 27% η σωματική κακοποίηση αφορούσε ξυλιές, στο 25% χαστούκια και χτυπήματα στο πρόσωπο, στο ~20% «ξυλοδαρμό», στο 13% κλωτσιές, σπρωξιές και πέταγμα, σε >10% χτυπήματα με αντικείμενα και σε ποσοστά από 0,4%-10% άλλες «τακτικές» όπως πνίξιμο/σφίξιμο στο λαιμό, χτυπήματα στο κεφάλι, τράβηγμα μαλλιών, στρίψιμο αφτιών, κλείδωμα/περιορισμό, εξαναγκασμό σε επώδυνη στάση, τσιμπήματα, απειλές με μαχαίρι ή/και όπλο, κάψιμο/ζεμάτισμα, δέσιμο/δέσιμο πάνω σε κάτι, άρπαγμα/τράνταγμα κ.ο.κ. Η κατανομή των περιστατικών σωματικής κακοποίησης δεν φαίνεται να διαφοροποιείται από το φύλο των παιδιών, ενώ, όσον αφορά τα αγόρια, δεν φαίνεται να διαφοροποιείται ούτε από το έτος ηλικίας. Στα κορίτσια, ωστόσο, φαίνεται ότι η σωματική κακοποίηση είναι συχνότερη στη μεγαλύτερη ηλικία (16 ετών) σε σύγκριση με τις μικρότερες.

**ε) η Σεξουαλική κακοποίηση:** (n=99) Η πιο συχνά καταγεγραμμένη μορφή σεξουαλικής κακοποίησης είναι η θωπεία σε ευαίσθητα σημεία του σώματος (περίπου σε 6/10 των περιπτώσεων), που για κορίτσια ξεπερνάει τις 7,5/10 περιπτώσεις και για τα αγόρια αφορά περίπου το 2,5/10 των επιζώντων αυτού του τύπου κακοποίησης. Επίσης, σχεδόν στις μισές περιπτώσεις καταγράφηκε σεξουαλική παρενόχληση. Για 2/10 περίπου περιπτώσεις υπήρχε καταγραφή σεξουαλικής εκμετάλλευσης του παιδιού (των κοριτσιών σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό σε σύγκριση με αυτό των αγοριών), συχνά με σκοπό το κέρδος ενώ τα περισσότερα περιστατικά αφορούσαν παιδιά ηλικίας 16 ετών.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των παιδιών που υπέστησαν κακοποίηση-παραμέληση (ΚαΠα):

- 1) όσον αφορά τα επιζώντα παιδιά (ΚαΠα,) 7/10 παρακολουθούν κάποια τάξη σε σχολείο, περισσότερα από 1/10 εργάζονται με αμοιβή, περισσότερα από 2/10 έχουν μαθησιακές δυσκολίες και άλλα τόσα δεν πηγαίνουν συστηματικά στο σχολείο,
- 2) εμφανίζουν διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς που κυμαίνονται κατά περίπτωση

(για παράδειγμα, 15,6% εμφανίζουν βίαιη συμπεριφορά, 12,9% παραβατικότητα, 9% φυγή από το σπίτι, 4,5% εκφοβίζουν άλλα παιδιά),

3) κάνουν χρήση ουσιών, σε ποσοστά μικρότερα του 4% (αν και για το 55,5% των περιπτώσεων δεν υπάρχει σχετική πληροφορία)

4) ως προς την κατάσταση της υγείας τους, για περισσότερα από 1/10 έχει καταγραφεί ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, για ανάλογο ποσοστό καθυστερημένη γνωστική ανάπτυξη και για σχεδόν ίσο αριθμό παιδιών σωματική αναπηρία ή/και χρόνια ασθένεια.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των δραστών κακοποίησης:

1) όσον αφορά τους δράστες κακοποίησης, οι οποίοι κατά τη στιγμή της καταγραφής δεν είχαν καμία ανάμειξη στη φροντίδα του παιδιού, κατά κύριο λόγο (>40%) ηλικίας 35-54 ετών, το 36,5% είναι οι πατέρες των παιδιών, το 31,2% οι μητέρες, ενώ σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά είναι παππούδες/γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς, φίλοι της οικογένειας κλπ. Οι περισσότεροι (6/10) είχαν κατηγορηθεί και στο παρελθόν για ΚαΠα-Π, ενώ 1/4 υπήρξε και ο/η ίδιος/α θύμα κακοποίησης κάποια στιγμή στη ζωή του.

2) οι περιπτώσεις των φροντιστών/τριών που εξακολουθούν να έχουν τη φροντίδα των παιδιών διακρίθηκαν σε δυο ομάδες:

1<sup>η</sup> : στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται τα άτομα που ενώ είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα των παιδιών, την ίδια στιγμή είναι υπεύθυνα και για την κακοποίηση όπου το 43,2% είναι οι πατέρες των παιδιών, το 48,5% οι μητέρες, ενώ σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά είναι παππούδες/γιαγιάδες (3,8%) και άλλοι συγγενείς της ευρύτερης οικογένειας . Σχεδόν οι μισοί είχαν κατηγορηθεί και στο παρελθόν για ΚαΠα-Π, ενώ 28,6% υπήρξαν και οι ίδιοι/ες θύματα κακοποίησης κάποια στιγμή στη ζωή τους, είτε ως παιδιά είτε ως ενήλικα άτομα.

2<sup>η</sup> : στη δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται οι φροντιστές/τριες που δεν έχουν καμία σχέση με την ΚαΠα των παιδιών και που έχουν αναλάβει την φροντίδα τους μετά τα περιστατικά ΚαΠα. Το 6,5% είναι οι πατέρες των παιδιών, το 26,1% οι μητέρες, το 13,2% γιαγιάδες, 5,1% παππούδες και το 36,5% φροντιστές σε ιδρύματα παιδικής προστασίας όπου φιλοξενούνται τα παιδιά μετά την απομάκρυνσή τους από το σπίτι ή απουσία οικογένειας. Σε κάθε περίπτωση, όσον αφορά τη μορφή κηδεμονίας, στο 32% των περιπτώσεων πρόκειται για γονείς, στο 4,8% για κηδεμόνες, στο 0,6% για ανάδοχους γονείς και στο 57,3% για φροντιστές.

(Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει ότι η πλειοψηφία των παιδιών από ΚαΠα φιλοξενείται στις δομές παιδικής προστασίας παρά στο συγγενικό περιβάλλον)

Η παραπάνω επιδημιολογική έρευνα, αν και πραγματοποιήθηκε πριν από 11 χρόνια, αποτελεί το πρώτο εγχείρημα να υπάρξει στη χώρα μας μια συντονισμένη καταγραφή δύο παραγόντων, από τους πλέον σοβαρούς και με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανιζόμενους, που στοιχειοθετούν πρώιμο ψυχικό τραύμα (Early Childhood Trauma) η/και σύνθετο ψυχικό τραύμα (Complex Trauma)\*της κακοποίησης και της παραμέλησης παιδιών (ΚαΠα-Π) . Μάλιστα, υπό το βάρος της σοβαρότητας των ευρημάτων η πρώτη σύσταση στην οποία προέτρεψε η ερευνητική ομάδα ήταν η «δημιουργία μόνιμου μηχανισμού επιτήρησης ΚαΠα-Π και συγκεκριμένα Εθνικού Κέντρου Αναφοράς και τήρηση Ενιαίου Εθνικού Αρχείου Κρουσμάτων Βίας κατά Ανηλίκων βάσει κοινά αποδεκτών ορισμών κακοποίησης» (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2013. Πρόγραμμα BECAN “Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect”. Ιανουάριος 2013).

Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία διαφαίνεται επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας παρεμβάσεων που, όχι μόνο θα θεραπεύουν ή θα ανακουφίζουν τα παιδιά και τους νέους ανθρώπους από τα τραύματά τους, αλλά και θα προλαμβάνουν την δημιουργία ψυχικού τραύματος από τη ρίζα της.

---

#### **2.4. Νευροβιολογία του ψυχικού τραύματος**

Σε νευροβιολογικό επίπεδο, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι επιπτώσεις του περιβαλλοντικού στρες στον εγκέφαλο διαμεσολαβούνται μέσω μοριακών και κυτταρικών μηχανισμών. Τα ευρήματα της έρευνας νευροαπεικόνισης βρήκαν μόνιμες δομικές αλλαγές στους όγκους του προμετωπιαίου/μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου, καθώς και αλλοιώσεις στα συστήματα νευροδιαβιβαστών σε παιδιά με χρόνια κακοποίηση (Jackowski A. et al.,2009). Επιπλέον, η ταχεία αύξηση της ντοπαμίνης υπό διακριτό ή παρατεταμένο τραυματικό στρες έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί μεταλλάξεις DNA στον εγκεφαλικό ιστό (Jackowski A. et al.,2009).

Η κύρια συνέπεια από αυτά τα ευρήματα είναι ότι το πρώιμο επαναλαμβανόμενο τραύμα μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμες εγκεφαλικές αλλαγές που σχετίζονται με ψυχοπαθολογία, όπως διαταραχές της διάθεσης. Ως ακόμη πιο κρίσιμο

ζήτημα, όπως έχει επισημάνει ο Schore, είναι οι επιπτώσεις του σχεσιακού τραύματος στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του βρέφους, δείχνοντας ότι οι πρώιμες εμπειρίες στέρησης και παραμέλησης στο σύστημα προσκόλλησης μπορούν να οδηγήσουν σε βλάβη του μεταιχμιακού συστήματος και σε κρίσιμο θάνατο νευρωνικών κυττάρων, που σχετίζεται με μελλοντική επιθετική συμπεριφορά και συναισθηματική απορρύθμιση (Schore A., 2009).

Η αναζήτηση της νευροβιολογικής πτυχής του τραύματος, ίσως να αποτελεί το κλειδί για τη διαμόρφωση και των κατάλληλων παρεμβάσεων. Είναι γεγονός, ότι πέρα από την ερμηνεία που δίνουν διάφορες θεωρίες, οι μηχανισμοί και οι διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στον εγκέφαλο, είναι αναμφισβήτητες και ανοίγουν το δρόμο για την ορθότερη διάγνωση και διαχείριση τέτοιου είδους προβλημάτων (Akiki et al., 2017· Terranova, Snenghi, Thiene & Ferrara, 2011).

Σύμφωνα με τους Lubit et al. (2003), το τραύμα που λαμβάνει χώρα στη παιδική ηλικία, όχι μόνο ενεργοποιεί το σύστημα που σχετίζεται με το στρες αλλά έχει και τη δυνατότητα να οδηγήσει σε αλλαγές που επηρεάζουν μακροπρόθεσμα την αντίδραση κάποιου στα στρεσογόνα γεγονότα. Οι ορμόνες που σχετίζονται με το στρες είναι υπεύθυνες μεταξύ άλλων και για τη συναπτογένεση, τη νευρογένεση και την μορφοβιολογία των νευρώνων. Όταν λοιπόν, ενεργοποιούνται σε μικρή ηλικία και σε μεγάλη ένταση, διαφοροποιούν τις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την απαρτίωση δεξιού και αριστερού ημισφαιρίου και φαίνεται να μειώνουν την έκταση του μεσολόβιου (Lewis et al., 2019).

Οι Duvarci και Pare (2014, όπως αναφέρεται στους Fragkaki, Thomaes & Sijbrandij, 2016), αναφέρουν την αμυγδαλή, ως μια εγκεφαλική περιοχή που σχετίζεται άμεσα με το επώδυνο γεγονός, αφού λαμβάνει μέρος σε διεργασίες συναισθηματικής επεξεργασίας, έκφρασης και ρύθμισης του φόβου και των μνημών που σχετίζονται με το τραύμα. Συγκεκριμένα, η έρευνα των Shucard et al. (2012, όπως αναφέρεται στους Fragkaki et al., 2016), αναφέρει αρνητική συσχέτιση της δεξιάς αμυγδαλής, με την επαναβίωση τραυματικών γεγονότων. Επιπλέον, έχουν αναφερθεί δυσλειτουργίες στον υπόκαμπο, που συνδέονται με τις τραυματικές μνήμες (Stark et al., 2015, όπως αναφέρεται στους Fragkaki et al., 2016). Λειτουργικά, διαφοροποιήσεις εμφανίζονται και σε ζητήματα εγκεφαλικής πλαστικότητας, η οποία εμπλέκεται έντονα και ρυθμίζει τις κρίσιμες καταστάσεις (Mannes et al., 2012).

Όλα τα παραπάνω, επιβεβαιώνονται από νευροαπεικονίσεις, οι οποίες εξειδικεύουν τις εγκεφαλικές περιοχές που δραστηριοποιούνται καθώς και τις νευρωνικές οδούς που ακολουθεί το τραύμα (Akiki et al., 2017).

## **2.5. Κατανοώντας το ψυχικό τραύμα στην παιδική/εφηβική ηλικία**

Οι άμεσες αποκρίσεις-συμπεριφορές των επιζώντων παιδιών και εφήβων, στον απόηχο του τραύματος, είναι αρκετά περίπλοκες και επηρεάζονται από: α) τις έως τότε εμπειρίες τους, β) την προσβασιμότητα και δυνατότητα που έχουν στη γονεϊκή και οικογενειακή υποστήριξη και σε εξειδικευμένους θεραπευτές, γ) τις ικανότητες και δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών της ζωής που έχουν κατακτήσει, δ) εκείνες που έχει κατακτήσει η άμεση οικογένεια, καθώς και ε) από τις πεποιθήσεις και αντιδράσεις, για το τραύμα, της ευρύτερης κοινότητας στην οποία ζουν και επηρεάζονται. Αν και οι συμπεριφορές του τραυματικού στρες ποικίλλουν ως προς την ένταση και τη σοβαρότητα, ωστόσο, ακόμη και οι πιο οξείες από αυτές αποτελούν φυσιολογικές αποκρίσεις (στην προσπάθεια του ατόμου να διαχειριστεί τον ψυχικό τραυματισμό) στις μη φυσιολογικές συνθήκες του ψυχικού τραυματισμού και δεν αποτελούν ένδειξη ψυχοπαθολογίας. Οι εμφανιζόμενες συμπεριφορές σχετίζονται με το τραύμα και είτε βρίσκονται κάτω από το όριο των ψυχικών διαταραχών και δεν αποτελούν σημάδια ψυχικής ασθένειας είτε αντικατοπτρίζουν ένα επίπεδο προσωπικής ανθεκτικότητας (SAMHSA, 2014). Οι διαταραχές που σχετίζονται με το τραυματικό στρες περιλαμβάνουν ένα συγκεκριμένο σύνολο συμπτωμάτων και κριτηρίων τα οποία ορίζονται, με σαφήνεια, στα εγχειρίδια διαγνωστικών κριτηρίων ψυχικών διαταραχών.

Οι τρόποι που τα παιδιά και οι νέοι αντεπεξέρχονται στον ψυχικό τραυματισμό διαφοροποιούνται, κατά περίπτωση, και κυμαίνονται από προσανατολισμένη δράση για εξεύρεση λύσεων έως παθητική αντανakλαστική στάση και από εκδήλωση ελεύθερης συναισθηματικής έκφρασης έως επιφυλακτικής ή/και πλήρους έλλειψης έκφρασης συναισθημάτων. Στη βιβλιογραφία εκτιμάται ότι κλινικά, ο τρόπος απόκρισης (response style) του παιδιού στο τραυματικό στρες είναι παράγοντας λιγότερο σημαντικός από τον βαθμό στον οποίο αναπτύσσει τις προσπάθειες του για να αντιμετωπίσει με επιτυχία τον ψυχικό τραυματισμό. Καθώς η ενεργοποίηση του, είναι εκείνη που θα του επιτρέψει, παρά την αντιξοότητα, να συνεχίσει τις απαραίτητες δραστηριότητες της ζωής, να ρυθμίσει τα συναισθήματα

του, να ξανακερδίσει την αυτοεκτίμηση του, να διατηρεί και να απολαμβάνει τη διαπροσωπική επικοινωνία (SAMHSA, 2014).

Στην ψυχολογία του τραυματικού στρες, ένα σφάλμα του παρελθόντος ιδιαίτερα σε ότι αφορά τα ομαδικά ή μαζικά τραύματα, ήταν η υπόθεση ότι όλοι οι επιζώντες έπρεπε να εκφράζουν συναισθήματα που σχετίζονταν με το τραύμα και να μιλήσουν για το τραύμα. Πιο πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι οι επιζώντες τραύματος που επιλέγουν να μην επεξεργαστούν το τραύμα τους είναι εξίσου ψυχολογικά υγιείς με εκείνους που το κάνουν. Οι πιο πρόσφατες ψυχολογικές προσεγγίσεις δίνουν έμφαση στο σεβασμό του τρόπου αντιμετώπισης του ατόμου και στη μη εκτίμηση ενός τύπου αντιμετώπισης έναντι του άλλου (SAMHSA, 2014).

Η ανάπτυξη μιας εξατομικευμένα, προσαρμοσμένης, ενσυναισθητικής θεραπευτικής σχέσης επαγγελματία φροντιστή με το ψυχικά τραυματισμένο παιδί, προϋποθέτει τη γνώση των επιπτώσεων και των μορφών εκδήλωσης του τραύματος στη συμπεριφορά του παιδιού. Σε διαφορετική περίπτωση ο επαγγελματίας φροντιστής που δεν είναι ενημερωμένος για τις επιπτώσεις που έχει το τραυματικό βίωμα στο παιδί υπάρχει η πιθανότητα, από την εκδήλωση της τραυματικής συμπεριφοράς του παιδιού, να αισθανθεί ματαίωση και απογοήτευση για την προσπάθεια του που δεν φέρνει τα αναμενόμενα, για εκείνον αποτελέσματα, παρερμηνεύοντας τη συμπεριφορά του τραυματισμένου παιδιού (Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013).

Οι αντιδράσεις των φροντιστών των παιδιών, στα τραυματικά γεγονότα που βιώνουν, φαίνεται ότι ασκούν πολύ σημαντική επίδραση, και αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες, στο πόσο γρήγορα και αποτελεσματικά θα ανακάμψει ένα παιδί ή ένας έφηβος από το τραύμα (Morris-Smith & Silvestre, 2014). Οι ανάγκες του τραυματισμένου παιδιού που αναμένει να ικανοποιήσουν οι φροντιστές του, περιλαμβάνουν: την επικύρωση της εμπειρίας του, να το εμπιστευτούν και να το πιστέψουν, να αντέξουν και να αποδεχτούν το συναίσθημά του και τέλος να αποκριθούν στις συναισθηματικές του αντιδράσεις χωρίς να «καταπατούν» τις ανάγκες και την προσωπικότητά του (Morris-Smith & Silvestre, 2014).

Τα παιδιά μπορεί να βιώσουν άμεσα ένα τραυματικό συμβάν ή μπορεί να το βιώνουν και δευτερογενώς, ως αποτέλεσμα των τραυματικών συνθηκών (έλλειψη τροφής και βασικών αγαθών διαβίωσης, φτώχεια, άσχημες συνθήκες διαβίωσης, στιγματισμένος γονιός, ύπαρξη ψυχιατρικής ή ψυχικής ασθένειας και αναπηρίας



γονιού ή άλλου παιδιού, συνθήκες εκφοβισμού και άλλα) που υπάρχουν στην οικογένεια ή στην κοινότητα (Βεντουράτου, 2009).

Αυτές οι εμπειρίες μπορούν να προκαλέσουν ισχυρές σωματικές (όπως ταχυπαλμία, τρόμο, ζάλη και απώλεια ελέγχου του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης), ψυχολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις (όπως ένα συντριπτικό αίσθημα τρόμου, αίσθημα ανικανότητας και αβοηθησίας, ανασφάλεια και αρνητισμό), οι οποίες μπορεί να επιμείνουν πολύ στο παιδί μετά το πέρας του γεγονότος. (National Center for Child Traumatic Stress, 2014)

Ορισμένα παιδιά αναπτύσσουν συνεχόμενο τραυματικό άγχος, μια σπλαχνική απόκριση στο παιδικό τραύμα, υπό το φόβο ότι θα ξανασυμβεί, που μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή ζωή και τη συναισθηματική ευημερία τους για χρόνια ή και δεκαετίες μετά την εκδήλωση ενεργοποίησης (National Center for Child Traumatic Stress, 2014)

Ειδικότερα, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, στον απόηχο του τραύματος, μπορεί να βρίσκονται συχνά σε υπερεπαγρύπνηση, να εμφανίσουν νευρικά ξεσπάσματα, προκλητική συμπεριφορά, συμπεριφορές που ταιριάζουν σε παιδιά μικρότερης ηλικίας (παλινδρόμηση), νέους φόβους που δεν σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός (π.χ. φόβος να πάει στην τουαλέτα), μπορεί να «παλεύουν» με ενοχλητικές εικόνες που σχετίζονται με τα τραυματικά γεγονότα, μπορεί να μην μπορούν να κοιμηθούν ή να έχουν εφιάλτες ή μπορεί να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν ή να προσλάβουν νέες πληροφορίες (Zero to Six Collaborative Group, National Child Traumatic Stress Network., 2010).

Στην ηλικιακή ομάδα των παιδιών σχολικής και εφηβικής ηλικίας μπορεί να συναντήσουμε έντονο τραυματικό στρες ύστερα από την συνειδητοποίηση της προσωπικής θνητότητας, ντροπή, αυτομομφή, ενοχές, αίσθηση απόλυτης, μη αποδεκτής, διαφορετικότητας, πεποίθηση ότι δεν μπορεί κανείς να καταλάβει ή ότι δεν ενδιαφέρεται κανείς, έλλειψη πίστης, εμπιστοσύνης και ελπίδας, βίωμα συντριπτικής μοναξιάς, συμπεριφορές σεξουαλικότητας υψηλού κινδύνου, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, αυτοτραυματισμός (π.χ. cutting) και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013).

### **2.5.1 Τραυματικές συμπεριφορές και συμπτώματα**

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association, 2017) , οι αντιδράσεις των παιδιών που έχουν βιώσει τραυματικό γεγονός κινούνται στους ακόλουθους άξονες :

- α) αναβίωση (flashback) του γεγονότος μέσω σκέψεων, ή εικόνων,
- β) αποφυγή δυσάρεστων αναμνήσεων και στοιχείων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός και λειτουργούν ως υπενθυμητές, υπό το φόβο ότι θα συμβεί ξανά
- γ) αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα (αίσθημα αποξένωσης, εμμένουσες αρνητικές σκέψεις) και απόσυρση από το εξωτερικό περιβάλλον
- δ) εναλλαγές στα επίπεδα εγρήγορσης/ υπερδιέγερση (δυσκολίες στον ύπνο, συνεχή επαγρύπνηση κ.α.)
- ε) έντονη ανάγκη να προσκολληθούν σε μέλη της οικογένειας ή του φροντιστικού πλαισίου.

Παράλληλα, τα τραυματισμένα παιδιά μπορεί να εκδηλώνουν έντονη ευερεθιστότητα, θυμό και οργή, επιθετικότητα, προβλήματα στη συγκέντρωση και τη μνήμη, εναλλαγή υπερδιέγερσης και κατάθλιψης, γενικευμένο άγχος, άγχος αποχωρισμού, ανάπτυξη συγκεκριμένων φόβων που σχετίζονται με το τραύμα (αν και σε κάποιες περιπτώσεις η σύνδεση μπορεί να μην είναι και τόσο προφανής) (Scheeringa et al., 1995).

Σύμφωνα με τη SAMHSA (2014) παιδιά και έφηβοι που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα μπορεί να εμφανίσουν, ένα φάσμα τραυματικών συμπτωμάτων, σωματικών, συναισθηματικών, γνωστικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών που θα εξατομικευτούν ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης και θα αφορούν στις ακόλουθες περιοχές που πλήττονται στον ψυχικό τραυματισμό:

#### **1) Συναισθήματα**

##### **α) Συναισθηματική απορρύθμιση (*Emotional deregulation*)**

Δυσκολεύονται να ρυθμίσουν συναισθήματα και κυρίως θυμό, άγχος, λύπη, ντροπή και ενοχή όταν το τραύμα συμβαίνει σε νεαρή ηλικία (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, & Mandel, 1993 οπ. αναφ. στο SAMHSA 2014). Η «αυτοθεραπεία» δηλαδή η κατάχρηση ουσιών είναι μία από τις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι τραυματισμένοι έφηβοι σε μια προσπάθεια να ανακτήσουν τον συναισθηματικό έλεγχο, αν και τελικά προκαλεί ακόμη περαιτέρω συναισθηματική απορρύθμιση.

Άλλες προσπάθειες για συναισθηματική ρύθμιση μπορεί να περιλαμβάνουν εμπλοκή σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου ή αυτοτραυματικές συμπεριφορές, διαταραγμένη διατροφή, ψυχο-καταναγκαστικές συμπεριφορές όπως τα «τυχερά παιχνίδια» ή η υπερβολική εργασία και η καταστολή ή η άρνηση συναισθημάτων. Ωστόσο, δεν θεωρούνται αρνητικές όλες οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την προσπάθεια για συναισθηματική αυτορρύθμιση. Στην πραγματικότητα, αρκετοί νέοι άνθρωποι βρίσκουν δημιουργικούς, υγιείς και εργατικούς τρόπους για να διαχειριστούν ισχυρές επιδράσεις που προκαλούνται από τραύματα, όπως μέσω της ανανεωμένης δέσμευσης για σωματική δραστηριότητα ή με την εκδήλωση προκοινωνικής δραστηριότητας, πιθανά, για την υποστήριξη επιζώντων ενός συγκεκριμένου τραύματος. Το τραυματικό στρες τείνει να προκαλεί δύο συναισθηματικά άκρα: να αισθάνονται είτε υπερβολικά (συναισθηματική καταπόνηση) είτε πολύ λίγα (μουδιασμένα) συναισθήματα.

### **β) Μούδιασμα (*Numbing*)**

Το μούδιασμα είναι μια βιολογική διαδικασία επιβίωσης κατά την οποία τα συναισθήματα αποσπώνται από τις σκέψεις, τις συμπεριφορές και τις αναμνήσεις. Στην περίπτωση του τραύματος το μούδιασμα χαρακτηρίζεται από το περιορισμένο εύρος των συναισθημάτων του τραυματισμένου ανθρώπου στις διαπροσωπικές του αλληλεπιδράσεις και την αδυναμία του να συσχετίσει οποιοδήποτε συναίσθημα με το ιστορικό της κακοποίησης. Εμπεριέχει, επίσης, μια πίστη σε ένα μέλλον που έχει νοηματοδοτηθεί από το τραύμα του παρελθόντος (SAMHSA, 2014). Μια διαχρονική μελέτη (Malta, Levitt, Martin, Davis, & Cloitre, 2009 οπ. αναφ. στο SAMHSA, 2014) που παρακολούθησε την ανάπτυξη της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (PTSD) σε εργαζόμενους διάσωσης επιζώντων από φυσικές καταστροφές ανέδειξε τη σημασία της κατανόησης και της εκτίμησης του μούδιασματος ως αντίδρασης τραυματικού στρες. Η μελέτη εντόπισε ότι τα συμπτώματα μούδιασματος κρύβουν αυτό που πραγματικά συμβαίνει συναισθηματικά μέσα τους και αυτό ενέχει τον κίνδυνο τα επίπεδα των συμπτωμάτων τραυματικού στρες και ο αντίκτυπος του τραύματος να αξιολογηθούν ως λιγότερο σοβαρά από ό,τι είναι στην πραγματικότητα.

### **2) Σωματικά συμπτώματα**

Υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ του τραύματος, συμπεριλαμβανομένων των αντίξοων εμπειριών στην παιδική ηλικία και των χρόνιων προβλημάτων υγείας. Οι κοινές σωματικές διαταραχές και συμπτώματα περιλαμβάνουν σωματικούς

πόνους, διαταραχές ύπνου, γαστρεντερικές, καρδιαγγειακές, νευρολογικές, μυοσκελετικές, αναπνευστικές, δερματολογικές και διαταραχές χρήσης ουσιών.

#### ***α) Σωματοποίηση (Somatization)***

Η σωματοποίηση υποδηλώνει την έκφραση της συναισθηματικής δυσφορίας από τραυματικές αντιδράσεις στρες, συμπεριλαμβανομένου του PTSD, μέσω σωματικών συμπτωμάτων, δυσλειτουργιών ή παθήσεων. Πολλά άτομα που παρουσιάζουν σωματοποίηση είναι πιθανό να αγνοούν τη σύνδεση μεταξύ των συναισθημάτων τους και των σωματικών συμπτωμάτων που βιώνουν. Ή επικεντρώνονται σε αυτά ως μέσο αποφυγής της συναισθηματικής τους κατάστασης ακόμα και όταν οι ιατρικές αξιολογήσεις και οι εξετάσεις αποτυγχάνουν να επιβεβαιώσουν τις παθήσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η σωματοποίηση μπορεί να είναι σημάδι ψυχικής ασθένειας. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες φροντιστές να μην υποθέτουν ότι τα παιδιά που εκδηλώνουν παράπονα για σωματικούς πόνους ότι χρησιμοποιούν τη σωματοποίηση ως μέσο έκφρασης του συναισθηματικού πόνου καθώς μπορεί να έχουν συγκεκριμένες διαταραχές που απαιτούν ιατρική φροντίδα.

#### ***β) Υπερδιέγερση/ Υπερεπαγρύπνηση και διαταραχές ύπνου (Hyperarousal/ Hypervigilance and sleep disturbances)***

Ένα κοινό σύμπτωμα των τραυματικών εμπειριών είναι η υπερδιέγερση που αποτελεί την συνεχή ενεργοποιημένη κατάσταση του σώματος να αντιδράσει. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές ύπνου, μυϊκή ένταση και χαμηλότερο όριο για αποκρίσεις ξαφνιασμού και μπορεί να επιμείνει χρόνια μετά την εμφάνιση του τραύματος. Είναι ένα από τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια για την PTSD. Η υπερδιέγερση είναι συνέπεια βιολογικών αλλαγών που ξεκινούν από το τραύμα. Αν και χρησιμεύει ως μέσο αυτοπροστασίας μετά από ψυχικό τραυματισμό, ωστόσο μπορεί να είναι επιζήμια καθώς μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός ατόμου να αφιερώσει τον απαραίτητο χρόνο για να αξιολογήσει και να ανταποκριθεί κατάλληλα σε συγκεκριμένες πληροφορίες, όπως δυνατούς θορύβους ή ξαφνικές κινήσεις. Μερικές φορές, η υπερδιέγερση μπορεί να προκαλέσει υπερβολικές αντιδράσεις σε καταστάσεις που (λανθασμένα) εκτιμούνται ως επικίνδυνες ενώ στην πραγματικότητα είναι ασφαλείς (SAMHSA, 2014) .

Επίσης, οι διαταραχές του ύπνου είναι πολύ συχνές, επίμονες και ανθεκτικές σε άτομα που έχουν βιώσει τραύμα. Μπορούν να εμφανιστούν με τη μορφή πρόωρης αφύπνισης, ανήσυχου ύπνου, δυσκολίας να αποκοιμηθεί και με εφιάλτες.

### 3) Γνωστική λειτουργία

Οι ακόλουθοι τύποι αλλαγών στη γνωστική λειτουργία ή στη διαδικασία της σκέψης μπορεί να προκύψουν ως απόκριση στο τραυματικό στρες (SAMHSA, 2014).

**A)Γνωστικά λάθη (Cognitive errors):** Παρερμηνεία μιας τρέχουσας κατάστασης ως επικίνδυνης επειδή μοιάζει, έστω και εξ αποστάσεως, με προηγούμενο βιωμένο τραύμα.

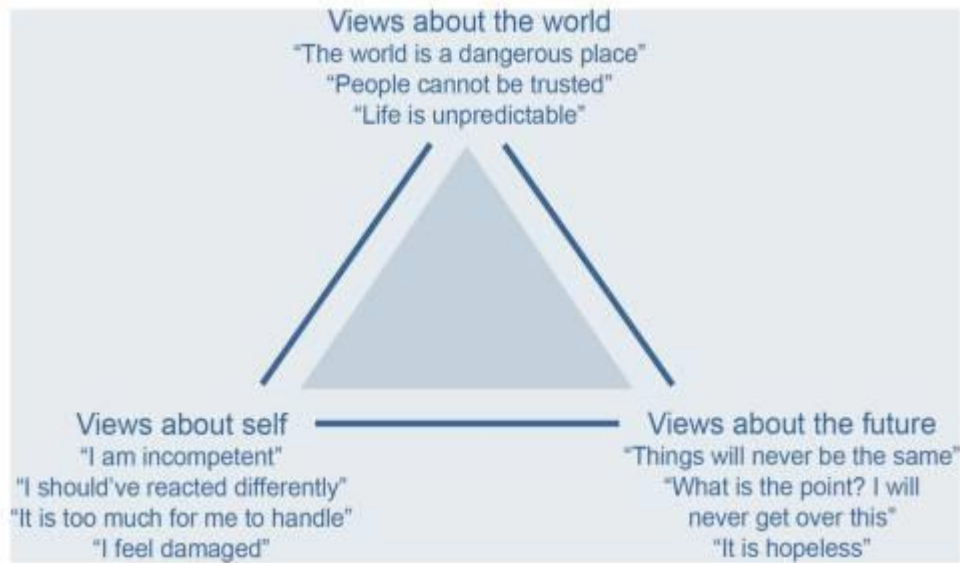
**B)Υπερβολική ή ακατάλληλη ενοχή (Excessive or inappropriate guilt):** Προσπάθεια να κατανοήσουμε γνωστικά για να αποκτήσουμε τον έλεγχο μιας τραυματικής εμπειρίας αναλαμβάνοντας την ευθύνη ή κατέχοντας την ενοχή του επιζώντος, επειδή άλλοι που βίωσαν το ίδιο τραύμα δεν επέζησαν.

**Γ)Εξιδανίκευση (Idealization):** Επίδειξη ανακριβών εξιδανικεύσεων ή δικαιολογιών για τη συμπεριφορά του δράστη, ιδιαίτερα εάν ο δράστης είναι ή ήταν ο γονιός/φροντιστής του παιδιού. Ο τραυματικός δεσμός είναι ένας συναισθηματικός δεσμός που αναπτύσσεται (εν μέρει για την εξασφάλιση της επιβίωσης) μεταξύ των δραστών που εμπλέκονται σε διαπροσωπικό τραύμα και των θυμάτων τους (de Fabrique, Van Hasselt, Vecchi, & Romano, 2007).

**Δ)Παραισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που προκαλούνται από τραύμα (Trauma-induced hallucinations or delusions :** Βίωση ψευδαισθήσεων και παραληρημάτων που, αν και είναι βιολογικής προέλευσης, περιέχουν γνώσεις που ταιριάζουν με περιεχόμενο παρελθόντος τραύματος.

**Ε)Παρεμβατικές σκέψεις και αναμνήσεις (Intrusive thoughts and memories) :** Βίωση, χωρίς προειδοποίηση ή επιθυμία, σκέψεων και αναμνήσεων (υπενθυμητές) που σχετίζονται με το τραύμα και μπορούν εύκολα να πυροδοτήσουν έντονες συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις, σαν το τραύμα να επαναλαμβανόταν στο παρόν. Οι υπενθυμητές μπορεί να προκύψουν ξαφνικά και αναφέρονται ως «πλημμύρες» καθώς μπορεί να είναι καθηλωτικοί και διασπαστικοί τη στιγμή της εμφάνισής τους.

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στη δημιουργία γνωστικών μοτίβων πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ένα τραύμα. Σύμφωνα με το μοντέλο της «Γνωστικής Τριάδας» του Beck και των συνεργατών του (1979), το τραύμα μπορεί να αλλάξει τρία κύρια γνωστικά μοτίβα: 1) τις σκέψεις για τον εαυτό, 2) τις πεποιθήσεις για τον κόσμο (άλλοι/περιβάλλον) και 3) τις πεποιθήσεις για το μέλλον. (Beck et al.,1979)



**Εικόνα 1: Σχηματικά το Μοντέλο της «Γνωστικής Τριάδας» (Beck et al., 1979)**

Για το μοντέλο της «Γνωστικής Τριάδας» το τραύμα μπορεί να οδηγήσει τα τραυματισμένα παιδιά στο να βλέπουν τους εαυτούς τους ως ανίκανους ή κατεστραμμένους, να βλέπουν τους άλλους και τον κόσμο ως ανασφαλής και απρόβλεπτο και να βλέπουν το μέλλον ως απελπιστικό – πιστεύοντας ότι η προσωπική ταλαιπωρία θα συνεχιστεί ή ότι τα αρνητικά αποτελέσματα θα κυριαρχήσουν στο άμεσο μέλλον (Beck et al., 1979).

Στη συνέχεια, αυτό το σύνολο γνωστικών σχημάτων μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την πεποίθηση τους για την ικανότητά τους να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις εσωτερικές τους δυνάμεις και την εξωτερική υποστήριξη. Από μια γνωστική-συμπεριφορική σκοπιά, αυτές οι γνωσίες έχουν μια αμφίδρομη σχέση στη διατήρηση ή τη συμβολή στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους μετά από τραύμα. Ωστόσο, είναι πιθανό αυτά τα γνωστικά πρότυπα να βοηθήσουν στην προστασία από εξουθενωτικά ψυχολογικά συμπτώματα επίσης (Beck et al., 1979).

#### **4) Συμπτώματα στη συμπεριφορά**

Τα παιδιά προκειμένου να διαχειριστούν τα επακόλουθα του τραύματος, την ένταση των συναισθημάτων ή τις οδυνηρές πτυχές της τραυματικής εμπειρίας, εμπλέκονται σε έντονες και προβληματικές συμπεριφορές. Παρατηρούνται συμπεριφορές που αποσκοπούν στη μείωση της έντασης ή του άγχους α) μέσω της αποφυγής, β) της αυτοθεραπείας (π.χ. κατάχρηση αλκοόλ), γ) της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς (π.χ. υπερφαγίας), δ) της παρορμητικής συμπεριφοράς (π.χ.

συμπεριφορών υψηλού κινδύνου) και/ή των αυτοτραυματιστικών συμπεριφορών. Προσπαθώντας να αποκτήσουν μια αίσθηση έλεγχου των εμπειριών τους, κάποια παιδιά και νέοι θα χρησιμοποιήσουν την επιθετικότητα ή θα αναπαράγουν υποσυνείδητα πτυχές του τραύματος που βίωσαν. Επίσης, ως συνέπεια επαναλαμβανόμενων τραυματικών εμπειριών τα παιδιά εμφανίζουν συμπεριφορές «μαθημένης αδυναμίας» κατά τις οποίες συμπεριφέρονται σαν να μην μπορούν να ελέγξουν το τρέχον περιβάλλον τους, με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν να αναλάβουν δράση ή να λάβουν αποφάσεις πολύ μετά το τραύμα.

#### ***α) Αναπαραστάσεις (Reenactments)***

Ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα του τραύματος είναι η επανεμπειρία του μέσω αναπαραστάσεων με τις οποίες οι επιζώντες τραύματος ξαναζούν και ξαναδημιουργούν ένα παρελθόν τραύμα στην παρούσα ζωή τους. Είναι πολύ εμφανές στα παιδιά, τα οποία παίζουν μιμούμενα αυτό που συνέβη κατά τη διάρκεια του τραύματος. Οι αναπαραστάσεις συμβαίνουν για διάφορους λόγους μεταξύ των οποίων και για να κυριαρχήσουν τα έντονα και δυσφορικά συναισθήματα που βιώνουν. Παραδείγματα αναπαραστάσης αποτελούν οι αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές, οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου υπερσεξουαλικότητας, το να θέτουν τον εαυτό τους σε εσκεμμένο κίνδυνο (π.χ. συνειδητή επιλογή εξόδου σε μη ασφαλείς περιοχές), εμπλοκή σε επαναλαμβανόμενες καταστροφικές σχέσεις (π.χ. επανειλημμένες ρομαντικές σχέσεις με άτομα που είναι κακοποιητικά ή βίαια).

#### ***β) Αυτοτραυματισμός και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές***

##### ***(Self-harm and self-destructive behaviors )***

Ο αυτοτραυματισμός είναι κάθε είδους βλάβης στον εαυτό που προκαλείται σκόπιμα, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του ή εάν στοχεύει στην αυτοκτονία. Τις περισσότερες φορές ο αυτοτραυματισμός είναι μια προσπάθεια εκτόνωσης της συναισθηματικής ή σωματικής δυσφορίας που φαίνεται συντριπτική ή της «ανακούφισης» μιας βαθιάς αίσθησης διάσπασης ή εγκλωβισμού, αισθήματος αβοηθησίας και αισθήματος «ανυπέρβλητης βλάβης» που αισθάνεται πως έχει υποστεί το άτομο (Herman, 1997; Santa Mina & Gallop, 1998 οπ. αναφ. στο SAMHSA, 2014). Ο αυτοτραυματισμός εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στην εφηβική ηλικία και σχετίζεται, συχνά, με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν, με την συναισθηματική εγκατάλειψη του παιδιού από τον γονέα και με άλλες μορφές τραύματος κακοποίησης καθώς και με την κατάχρηση ουσιών. Έτσι, η αντιμετώπιση του αυτοτραυματισμού, κύρια, απαιτεί προσοχή στους λόγους που οδήγησαν τον

έφηβο σε αυτόν καθώς έχει ανάγκη θεραπευτικής βοήθειας από τον επαγγελματία φροντιστή για να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί τη συναισθηματική ή σωματική δυσφορία του τραύματος, υπερασπιζόμενος τον εαυτό του προς την κατεύθυνση της ανάκαμψης.

### **γ) «Αυτοθεραπεία» (Self-medication)**

Έχει επιχειρηθεί από ερευνητές να εξεταστεί το ερώτημα αν υπάρχει μια πιθανή σύνδεση μεταξύ τραύματος και χρήσης ή/και εξάρτησης από ουσίες καθώς και ποιο αναπτύσσεται πρώτο η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ή η χρήση ουσιών. Η πιο γνωστή αιτιακή εξήγηση είναι η «υπόθεση αυτοθεραπείας» (self-medication hypothesis) του Khantzian (1985) ( Hien et al, 2009· Chilcoat & Breslau, 1998a· Hien et al, 2005). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η έκθεση σε τραύμα στην παιδική ηλικία μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μεταγενέστερης εξάρτησης από ουσίες. Αυτή η εξήγηση βασίζεται κυρίως σε κλινικές παρατηρήσεις, νέων με ψυχικό τραυματισμό, που υποθέτουν ότι οι ψυχοδραστικές ουσίες χρησιμοποιούνται σε μια προσπάθεια διαχείρισης ή αποφυγής των δυσφορικών συμπτωμάτων του PTSD (παρεισφρητικές αναμνήσεις, flashbacks), ανακούφισης επώδυνων συναισθημάτων (θυμός, πόνος) ή σωματικών αισθήσεων (υπερδιέγερση) (Khantzian, 1997).

### **δ) Αποφυγή (Avoidance)**

Η αποφυγή συχνά συμπίπτει με το άγχος και την απόθεση των συμπτωμάτων άγχους. Τα παιδιά αρχίζουν να αποφεύγουν ανθρώπους, μέρη ή καταστάσεις για να ανακουφίσουν δυσάρεστα συναισθήματα, αναμνήσεις ή περιστάσεις. Αρχικά η αποφυγή λειτουργεί, αλλά με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται το άγχος και αυξάνεται και η αντίληψη ότι η κατάσταση είναι αφόρητη ή επικίνδυνη, οδηγώντας σε μεγαλύτερη ανάγκη αποφυγής. Η αποφυγή μπορεί να είναι προσαρμοστική, αλλά είναι επίσης ένα μοτίβο συμπεριφοράς που ενισχύει τον αντιληπτό κίνδυνο χωρίς, ωστόσο, να δοκιμάζει την εγκυρότητά του και συνήθως οδηγεί σε μεγαλύτερα προβλήματα σε σημαντικούς τομείς της ζωής (π.χ. αποφυγή συνομιλιών του έφηβου νέου με συναισθηματικό προσανατολισμό σε μια στενή σχέση).

Η αποφυγή μπορεί να έχει πολλές μορφές. Όταν οι άνθρωποι δεν μπορούν να ανεχθούν ισχυρές επιδράσεις που σχετίζονται με τραυματικές αναμνήσεις, αποφεύγουν, προβάλλουν, αρνούνται ή διαστρεβλώνουν τις συναισθηματικές και γνωστικές εμπειρίες τους που σχετίζονται με το τραύμα. Ένα βασικό συστατικό στην ανάκαμψη από το τραύμα είναι η εκμάθηση του παιδιού και του εφήβου, στο



ασφαλές πλαίσιο της προστατευμένης σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ του επαγγελματία φροντιστή και του παιδιού, να διαχειρίζεται τα ερεθίσματα, τις αναμνήσεις και τα συναισθήματα που απορρέουν από το τραυματικό βίωμα χωρίς αποφυγή, αλλά με αποδοχή ως φυσιολογικές, ανάλογες της ιδιαιτερότητας του ατόμου, αποκρίσεις σε μη φυσιολογικές συνθήκες.

## **5) Κοινωνική/διαπροσωπική σύνδεση (Social/interpersonal connection)**

Σύμφωνα με την Ενημερωμένη στο Τραύμα Φροντίδα (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. , 2014) ένα βασικό συστατικό στο πρώτο στάδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραύματος στα παιδιά αποτελεί το να δημιουργηθεί το συντομότερο δυνατό, να επιβεβαιωθεί, ή να αποκατασταθεί ένα σύστημα υποστήριξης, στο πλαίσιο που βρίσκονται, το οποίο να αντιλαμβάνεται το τραυματισμένο παιδί ως «όλον», συμπεριλαμβανομένων των πολιτιστικών του καταβολών και των ενδιαφερόντων του που θα οδηγήσει στις κατάλληλες επιλογές ενεργειών και δραστηριοτήτων.

Η κοινωνική υποστήριξη και οι γνήσιες σχέσεις φροντίδας αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες στο τραυματικό στρες. Ωστόσο, η υλοποίηση του στόχου δημιουργίας κοινωνικής υποστήριξης και σχέσεων φροντίδας για το τραυματισμένο παιδί εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες καθώς ο ίδιος ο ψυχικός τραυματισμός, συνήθως, επηρεάζει αρνητικά τη δημιουργία σχέσεων, ανεξάρτητα από το αν είναι διαπροσωπικός ή άλλου τύπου.

Οι σχέσεις απαιτούν συναισθηματικές ανταλλαγές, πράγμα που σημαίνει ότι συχνά επηρεάζονται και οι άλλοι που έχουν στενές σχέσεις ή φιλίες με το παιδί που βίωσε την τραυματική εμπειρία. Επηρεάζονται είτε μέσω δευτερογενούς τραυματισμού είτε βιώνοντας άμεσα το τραυματικό στρες του επιζώντος (συναισθηματική ταύτιση). Επιπλέον, τα παιδιά που έχουν τραυματικά βιώματα μπορεί να βασίζονται εύκολα σε μέλη της οικογένειας, φίλους, στους φροντιστές τους στις δομές φιλοξενίας ή άλλες κοινωνικές υποστηρίξεις ή από την άλλη πλευρά μπορεί να αποφεύγουν την υποστήριξη, είτε επειδή πιστεύουν ότι κανείς δεν τους καταλαβαίνει, δεν ενδιαφέρεται ή δεν είναι αξιόπιστος είτε επειδή αντιλαμβάνονται τις δικές τους ανάγκες ως βάρος για τους άλλους.

Οι επιζώντες τραύματος που έχουν έντονες συναισθηματικές ή σωματικές αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών εκρήξεων και τους εφιάλτες, μπορεί να απομακρυνθούν περαιτέρω φοβούμενοι ότι δεν μπορούν να προβλέψουν τις δικές τους τραυματικές αντιδράσεις ή για να προστατέψουν τη δική τους ασφάλεια αλλά και την ασφάλεια των άλλων από τους ίδιους. Συχνά, κυρίως οι έφηβοι αισθάνονται ντροπή για τις αντιδράσεις τους στο τραυματικό στρες, γεγονός που παρεμποδίζει περαιτέρω την ικανότητά τους να χρησιμοποιούν επαρκώς τα συστήματα υποστήριξης και τους πόρους τους (SAMHSA, 2014).

Έφηβοι που έχουν εκτεθεί σε παιδική κακοποίηση και διαπροσωπική βία έχουν βιώσει μια σημαντική αίσθηση προδοσίας καθώς έχουν υποστεί τραύματα «στα χέρια» των αρχικών τους φροντιστών στους οποίους είχαν εμπιστοσύνη ή/και μελών της οικογένειας ή μέσω σημαντικών σχέσεων. Αυτό το ιστορικό προδοσίας μπορεί να διαταράξει την ικανοποίηση της ανάγκης των παιδιών για δημιουργία υποστηρικτικών σχέσεων ή για στήριξη σε υποστηρικτικές σχέσεις κατά την ανάκαμψη από το τραύμα, σχέσεις όπως η σχέση υποστήριξης από συνομηλίκους και η συμβουλευτική σχέση από τους επαγγελματίες φροντιστές τους. Αν και αυτός ο φόβος της εμπιστοσύνης στους άλλους είναι προστατευτικός, μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολία στη διαπροσωπική σύνδεση με τους άλλους και σε μεγαλύτερη επαγρύπνηση στην παρατήρηση των συμπεριφορών άλλων, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων υπηρεσιών παιδικής προστασίας (SAMHSA, 2014).

Όπως εκτιμάται από τη SAMHSA (2014) είναι εξαιρετικά δύσκολο να παρακαμφθεί η αίσθηση του τραυματισμένου παιδιού ότι κάποιος πρόκειται να τον πληγώσει, να τον εκμεταλλευτεί ή, τουλάχιστον, να τον απογοητεύσει όπως συνέβη στο παρελθόν. Η πρόιμη προδοσία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του παιδιού ή/και του εφήβου να αναπτύξει προσκολλήσεις. Ωστόσο, ο σχηματισμός υποστηρικτικών σχέσεων κρίνεται ότι είναι το καθοριστικό αντίδοτο και σε αυτό το επίπεδο για την ανάκαμψη από τον ψυχικό τραυματισμό και την προώθηση της μετατραυματικής εξέλιξης. (SAMHSA, 2014)

### **2.5.1.1 Υπενθυμητές / ενεργοποιητές τραύματος και Αναδρομές (flashbacks)**

Οι όροι α) «υπενθυμητές» ή «ενεργοποιητές» (triggers) και β) «αναδρομές» (flashbacks) αποτυπώνουν δυο πολύ συχνές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες φροντιστές παιδιών σε δομές φιλοξενίας τραυματισμένων παιδιών και

χρηζουν ιδιαίτερης φροντίδας με ανάπτυξη θεραπευτικής επικοινωνίας με ευαισθησία και ενσυναισθητική απόκριση.

### ***Υπενθυμητής / ενεργοποιητής τραύματος (Trauma trigger)***

Υπενθυμητής ή ενεργοποιητής τραύματος είναι ένα ερέθισμα που πυροδοτεί μια ανάμνηση ενός τραύματος ή ένα συγκεκριμένο τμήμα μιας τραυματικής εμπειρίας. Μερικά ερεθίσματα μπορούν να εντοπιστούν και να προβλεφθούν εύκολα, αλλά πολλά είναι ανεπαίσθητα και δυσδιάκριτα, συχνά εκπλήσσοντας και το ίδιο το παιδί ή ακινητοποιώντας το. Είναι πολύ σημαντικό για την ανάκαμψη των παιδιών από το τραύμα οι επαγγελματίες φροντιστές α) να αποφεύγουν να λειτουργούν παρορμητικά, διεκπεραιωτικά ή να προσφεύγουν σε τιμωρίες για τις «ξαφνικά εμφανιζόμενες» ανεπιθύμητες συμπεριφορές, β) σταδιακά να μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τι αποτελεί «υπενθυμητή» τραύματος για το παιδί, παρατηρώντας την ακολουθία των συμπεριφορών και των αντιδράσεων του και ειδικά όσες συμπεριφορές δεν ταιριάζουν με την κατάσταση (π.χ. έντονη αναστάτωση του παιδιού για φαινομενικά «ασήμαντο» λόγο), γ) να είναι συναισθηματικά διαθέσιμοι και ήρεμοι, να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα του παιδιού και να επιδεικνύουν απέναντί του συμπεριφορά γνησιότητας και ενσυναίσθησης και όχι επαγγελματικού προσωπείου για να βοηθήσουν το τραυματισμένο παιδί να συνδεθεί με τον εαυτό του και να κατανοήσει τα συναισθήματά του. (Child Welfare Information Gateway, 2014)

Υπενθυμητής μπορεί να είναι οποιαδήποτε αισθητηριακή υπενθύμιση του τραυματικού γεγονότος: ένας θόρυβος, μια μυρωδιά, μια θερμοκρασία, άλλη φυσική αίσθηση ή οπτική σκηνή. Οι ενεργοποιητές μπορούν να γενικευτούν σε οποιοδήποτε χαρακτηριστικό, ανεξάρτητα από το πόσο απομακρυσμένο είναι, εάν μοιάζει ή αντιπροσωπεύει ένα προηγούμενο τραύμα, όπως για παράδειγμα, το να μοιάζει μια τοποθεσία με εκείνη που συνέβει το τραυματικό γεγονός, το αίσθημα των παιδιών ότι ζουν μόνα τους, χωρίς κάποιον δικό τους σε ένα περιβάλλον δομής και άλλα ενώ σχετίζονται συχνά με την ώρα της ημέρας, την εποχή, τις διακοπές ή την επέτειο του τραυματικού γεγονότος (SAMHSA, 2014).

### ***Αναδρομές (flashbacks)***

Μια αναδρομή είναι η επανεμπειρία μιας προηγούμενης τραυματικής εμπειρίας σαν να συμβαίνει πραγματικά την παρούσα στιγμή. Περιλαμβάνει αντιδράσεις που συχνά μοιάζουν με τις αντιδράσεις του παιδιού κατά τη διάρκεια του

τραύματος. Οι εμπειρίες αναδρομής είναι πολύ σύντομες και τυπικά διαρκούν μόνο λίγα δευτερόλεπτα, αλλά τα συναισθηματικά επακόλουθα παραμένουν για ώρες ή περισσότερο. Οι αναδρομές σε κάποια πλευρά της εμπειρίας του τραύματος συνήθως ξεκινούν από ένα έναυσμα-ενεργοποιητή αλλά όχι απαραίτητα. Μερικές φορές, εμφανίζονται ασυνήθιστα. Άλλες φορές, συγκεκριμένες φυσικές καταστάσεις αυξάνουν την ευπάθεια ενός ατόμου να ξαναβιώσει ένα τραύμα (π.χ. κόπωση, υψηλά επίπεδα στρες) (SAMHSA, 2014).

Οι αναδρομές μπορεί να είναι σαν μια σύντομη σκηνή ταινίας που εισβάλλει στο μυαλό του τραυματισμένου παιδιού και το απορροφά σαν να έχει μεταφερθεί μέσα στη σκηνή και ζει εκεί στο παρόν. Για παράδειγμα, το άκουσμα μιας ζωνής συνομιλίας δυο παιδιών (που δε μαλώνουν) στην κατασκήνωση μπορεί να είναι αρκετό για να κάνει ένα άλλο παιδί της παρέας που έχει βιώσει σωματική βία και συνεχείς καυγάδες στο σπίτι του να απαντήσει με βία στις φωνές, χτυπώντας κάποιο παιδί, σαν να «πήγε» πίσω για λίγο στο περιβάλλον της βίας του σπιτιού του. Άλλοι τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι βιώνουν ξανά το τραύμα, εκτός από τις αναδρομές στο παρελθόν, είναι οι εφιάλτες και οι ενοχλητικές σκέψεις του τραυματικού συμβάντος (SAMHSA, 2014).

### **2.5.1.2 Παρερμηνείες τραυματικών συμπεριφορών**

Στη βιβλιογραφία για το ψυχικό τραύμα διαπιστώνεται ότι αποτελεί συχνό φαινόμενο, σε ποικίλα περιβάλλοντα, η παρερμηνεία τραυματικών συμπεριφορών και συμπτωμάτων, ιδιαίτερα των παιδιών, και η απόδοσή τους σε άλλες αιτίες, ελλείπει της γνώσης της ορθής νοηματοδότησης τους.

Ακόμη και σε ιατρικό περιβάλλον σε κάποιες περιπτώσεις παιδιά που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες μπορεί να διαγνωστούν με άλλες διαταραχές, χωρίς να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στις τραυματικές εμπειρίες. Ειδικότερα, παιδιά που εμφανίζουν έντονη ανησυχία ή είναι συγκλονισμένα από το τραυματικό γεγονός μπορεί να διαγνωστούν με αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη. Σε κάποια παιδιά με συμπτώματα τραυματικής υπερδιέγερσης και υπερκινητικότητας έχουν αποδοθεί διαγνώσεις διαταραχών όπως η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας. (American Academy of Pediatrics, 2013 οπ. αναφ. στο SAMHSA, 2014).

Επίσης, η συναισθηματική αποσύνδεση του παιδιού (συμπεριφορά απάθειας) για να «προστατευτεί» από υπενθυμητές τραύματος έχει υπάρξει εμπειρία όπου, σε

περιβάλλοντα φροντίδας, θεωρήθηκε ως ένδειξη ανυπακοής ή ως αντίσταση κατά της εξουσίας (εάν επρόκειτο για επαφή του παιδιού με Αρχές). Προσομοιάζει και μπορεί να διαγνωστεί ως κατάθλιψη, ή ακόμα και ως ένδειξη νοητικής καθυστέρησης εξαιτίας της μακράς έλλειψης αντίδρασης και επικοινωνίας που παρουσιάζει το τραυματισμένο παιδί. Αντίθετα, σε κάποιες άλλες περιπτώσεις εφήβων που εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τη ζωή του παιδιού (π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός) κρίνεται απαραίτητο η εκδήλωση καταστάσεων οξείας μορφής να αντιμετωπίζεται άμεσα με ιατρική παρέμβαση όπου χρειάζεται, αλλά παράλληλα η θεραπεία της υποκείμενης τραυματικής αιτίας με προσέγγιση του τραύματος αποτελεί μια πιο αποτελεσματική μέθοδο μακροπρόθεσμα (American Academy of Pediatrics, 2013 οπ. αναφ. στο SAMHSA, 2014)

### **2.5.1.3 Παράγοντες κινδύνου και προστασίας**

Ακόμη και όταν τα παιδιά βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός, δεν αναπτύσσουν πάντα τραυματικό στρες. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στα συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένου εάν το παιδί έχει βιώσει τραύμα στο παρελθόν, και προστατευτικοί παράγοντες σε επίπεδο ατομικών χαρακτηριστικών παιδιού, κοινωνικοπολιτισμικών χαρακτηριστικών οικογένειας και κοινότητας μπορούν να μειώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις του τραύματος. Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν:

**1. Σοβαρότητα του γεγονότος.** Εξαρτάται από το πόσο σοβαρό και βίαιο ήταν το γεγονός. Αν συνοδευόταν από σωματικό τραυματισμό του παιδιού ή κάποιου αγαπημένου του προσώπου. Εάν η εξέλιξή του δημιούργησε θέματα απώλειας σε σημαντικές πλευρές της ζωής του παιδιού, εάν δημιούργησε αποδιοργάνωση στον οικείο τρόπο ζωής του παιδιού, εάν το παιδί αφαιρέθηκε από το οικογενειακό του περιβάλλον.

**2. Εγγύτητα στην εκδήλωση του τραύματος.** Πλευρές όπως εάν το τραυματικό γεγονός συνέβη στο παιδί ή βρισκόταν ως μάρτυρας στο μέρος όπου συνέβη, εάν πρόκειται για μεμονωμένο γεγονός ή επαναλαμβανόμενο όπως και το εάν σε αυτό εμπλέκονται άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος ή κάποιο αγαπημένο πρόσωπο, ορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ένταση των επιπτώσεων του τραύματος.

**3. Αντιδράσεις των φροντιστών.** Αποτελεί έναν σημαντικό προστατευτικό παράγοντα ο τρόπος που ανταποκρίθηκαν οι φροντιστές στις ανάγκες του παιδιού και

πώς αντιμετώπισαν οι ίδιοι το τραυματικό γεγονός. Δεδομένου ότι για το παιδί, στο πλαίσιο της εξαρτημένης σχέσης με τον ενήλικο φροντιστή του, μεγαλύτερη σημασία και αξία έχει η αντίδραση του φροντιστή του στο τραυματικό γεγονός παρά αυτό καθαυτό το επώδυνο γεγονός.

**4. Προηγούμενο ιστορικό τραύματος.** Τα παιδιά που εκτίθενται συνεχώς σε τραυματικά γεγονότα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν τραυματικές αντιδράσεις στρες.

**5. Παράγοντες οικογένειας και κοινότητας.** Η κουλτούρα, η φυλή και η εθνικότητα των παιδιών, των οικογενειών τους και των κοινοτήτων τους μπορεί να είναι ένας προστατευτικός παράγοντας, πράγμα που σημαίνει ότι τα παιδιά και οι οικογένειες έχουν ιδιότητες ή/και πόρους που βοηθούν στην προστασία έναντι των βλαβερών επιπτώσεων των τραυματικών εμπειριών και των συνεπειών τους. Ένας από αυτούς τους προστατευτικούς παράγοντες μπορεί να είναι η πολιτισμική ταυτότητα του παιδιού. Ο πολιτισμός συχνά έχει θετικό αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά, οι οικογένειές τους και οι κοινότητές τους ανταποκρίνονται, ανακάμπτουν και θεραπεύονται από μια τραυματική εμπειρία. Ωστόσο, η έκθεση των παιδιών σε εμπειρίες ρατσισμού και κοινωνικών διακρίσεων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για εκδήλωση τραυματικού στρες. (SAMHSA, 2014)

## 2.6. Το ψυχικό τραύμα σε παιδιά/έφηβους σε δομές φιλοξενίας

*"sooner or later she had to give up the hope for a better past"*

Irvin D. Yalom

Παιδιά και έφηβοι εισέρχονται στο σύστημα φροντίδας και προστασίας αφού οι κοινωνικές υπηρεσίες και επαγγελματίες φροντιστές όπως κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι έχουν εκτιμήσει ότι δεν είναι πλέον βιώσιμο για αυτά να ζουν στην υπάρχουσα οικογένεια τους. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους γίνεται μια τέτοια αξιολόγηση, αλλά η έρευνα δείχνει ότι, συνήθως, ένα ιστορικό σωματικής, σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης (που περιλαμβάνει και τις μορφές της εγκατάλειψης ή παραμέλησης) υπάρχει στο υπόβαθρο ενός πολύ μεγάλου ποσοστού παιδιών (Cocker, 2008). Όποιος κι αν είναι ο λόγος, συχνά εμφανίζεται μια μακρά ιστορία οικογενειακών προβλημάτων που έχουν οδηγήσει τα παιδιά, από συναισθηματική άποψη, σε εξαιρετικά ταραχώδεις ζωές (Fallowfield J., 2009)

Στο πλαίσιο των δομών φιλοξενίας οι επαγγελματίες φροντιστές καλούνται να «περιθάλψουν» παιδιά που η προσωπική τους ανάπτυξη μπορεί να έχει διαταραχθεί σοβαρά και η ικανότητά τους για βασική εμπιστοσύνη σε άλλους ανθρώπους να έχει σοβαρά διακυβευτεί. Σύμφωνα με τον Erikson η αναπτυσσόμενη αίσθηση εαυτού ενός παιδιού εκφράζεται μέσα από την ικανότητα για εμπιστοσύνη, αυτονομία και εγγύτητα καθώς και την ικανότητα να θέτει στόχους με νόημα και να αναλαμβάνει να τους εκπληρώσει ( Burgdorf et al, 2004 οπ. αναφ. στο Τσελεπή , 2011 ). Η αίσθηση εαυτού ενός ατόμου (αντίληψη εαυτού) και η λειτουργία του εαυτού (έκφραση εαυτού) θα καθορίσουν την ικανότητά του να ζήσει μια παραγωγική και δημιουργική ζωή και να διαμορφώσει ουσιαστικές σχέσεις με τους άλλους ( Janikowski & Glover, 1994 οπ. αναφ. στο Τσελεπή , 2011).

Το παιδί-επιζών ενδοοικογενειακής κακοποίησης έχει στερηθεί ένα οικογενειακό περιβάλλον που διευκολύνει την ανάπτυξη μιας αίσθησης εαυτού με τη δική του αξία ( Burgdorf et al, 2004) μέσα από την ανάπτυξη γονικών σχέσεων με το παιδί που θα διευκολύνουν την επίτευξη συναισθηματικού συντονισμού (affective attunement) αρχικά με τη μητέρα και το βρέφος να συντονίζονται σε αλληλουχίες γνωστικών και συναισθηματικών ερεθισμάτων που ενδυναμώνουν την επικοινωνία μεταξύ τους και ενεργοποιούν το σύστημα του δεσμού και μετέπειτα και των δύο γονιών με το παιδί (Stern, 1985).

Το τραύμα της κακοποίησης στην παιδική ηλικία αποδιοργανώνει έναν από τους βασικότερους αναπτυξιακούς στόχους: τη ρύθμιση του συναισθήματος και πλήττει καίρια το, πολύτιμο για μια υγιή ανάπτυξη, αίσθημα ασφάλειας του παιδιού, αφήνοντας ανικανοποίητη αυτή την πρωταρχική του κοινωνική ανάγκη. Ως συνέπεια το παιδί δεν αναπτύσσει με επάρκεια την ικανότητα συναισθηματικής αυτορρύθμισης και τη δυνατότητά του να σχετίζεται σε διαπροσωπικές σχέσεις με αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στις δυνάμεις του, ικανότητες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τον πυρήνα της αίσθησης του εαυτού (Hien et al, 2005· Hien et al 2009· Dayton, 2000).

Στο πλαίσιο των δομών παιδικής προστασίας οι επαγγελματίες φροντιστές «συναντούν» το κακοποιημένο - τραυματισμένο παιδί που έχει μάθει τη συγχώνευση ως τρόπο να σχετίζεται με τον εαυτό του και τους άλλους, δηλαδή έχει μάθει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των (σημαντικών) άλλων, παρά στη διαφοροποίηση του ως ξεχωριστή προσωπικότητα, που σημαίνει εμπιστοσύνη στις δικές του αντιλήψεις, προσδοκίες και ανάγκες ( Burgdorf et al, 2004). Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα της έρευνας των Guru-Rajan et al.

(2014), σύμφωνα με τα οποία, τα παιδιά σε δομές φροντίδας αναφέρουν πολύ πιο εύκολα την, σε βάρος τους, κακοποίηση, ενώ την ίδια στιγμή οι φροντιστές στην οικογένεια τους, δίνουν έμφαση στην αναφορά δυσχερειών που προέκυψαν από ατυχήματα, προβλήματα και θάνατο μέλους της οικογένειας. Αυτή η διαφορά αντιμετώπισης ίσως οφείλεται κυρίως σε προσωπικούς φόβους και δυσφορία που πιθανόν να αναπτύσσουν οι γονείς/φροντιστές των παιδιών ή στο γεγονός ότι ούτε οι ίδιοι κατανοούν την κακοποίηση ως πρόβλημα (Guru-Rajan et al., 2014) .

Οι ερευνητές που ασχολούνται με τα κακοποιημένα παιδιά σε πλαίσιο φροντίδας έχουν επανειλημμένα διαπιστώσει ότι εκδηλώνουν διαφορετικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις για να ανακτήσουν χαμένες ή ασφαλείς σχέσεις (Ainsworth, 1989; Hazan & Shaver, 1994 οπ. αναφ. στο Prather & Golden , 2009) και συχνά αναφέρεται ότι στην πλειοψηφία τους έχουν αποδιοργανωμένες προσκολλήσεις (Hughes, 2004) και ανάγκη ελέγχου του περιβάλλοντος (Loyn-Ruth & Jacobvitz, 1999 οπ. αναφ. στο Prather & Golden , 2009).

Τα παραπάνω μπορούν να γίνουν ιδιαίτερα κατανοητά, ενταγμένα στο πλαίσιο της θεωρίας του συναισθηματικού δεσμού, της οποίας η επιστημονική θεμελίωση έχει τις ρίζες της στο έργο του John Bowlby. Σύμφωνα με τη θεωρία του συναισθηματικού δεσμού το παιδί που βιώνει τραυματικές εμπειρίες (όπως και κάθε παιδί) αναζητά έντονα την προστασία και την ασφάλεια του ενήλικου γονέα/φροντιστή του. Όταν όμως ο γονέας ή φροντιστής είναι ταυτόχρονα και το πρόσωπο που κακοποιεί και προκαλεί ψυχικό τραυματισμό στο παιδί, τότε στον ψυχισμό του παιδιού αυτού θα τεθεί σε λειτουργία μία «αρνητική σπείρα», που διαπνέει και μεταδίδει σε σταθερή βάση και συνεχόμενα, συναισθήματα φόβου, απόγνωσης και ματαίωσης από το εξωτερικό οικογενειακό περιβάλλον προς τον εσωτερικό αναπτυσσόμενο εαυτό του παιδιού (Holmes,1993· Attili, 2007).

Το παιδί θα αναπτύξει ανασφαλή αποδιοργανωμένο συναισθηματικό δεσμό με τον γονέα/φροντιστή του καθώς θα βρεθεί αντιμέτωπο με ένα ψυχολογικό παράδοξο: ο γονέας/φροντιστής που κανονικά αποτελεί πηγή ασφάλειας για το παιδί είναι ταυτόχρονα και πηγή κινδύνου και φόβου (Main & Hesse ,1990). Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γονείς/φροντιστές, φέροντας οι ίδιοι ανεπίλυτο τραύμα στην προσωπική τους ιστορία, κακοποιούν ή επιδεικνύουν βαριά παραμέληση στα παιδιά τους, συμβάλλοντας στη διαγενεαλογική μεταβίβαση του ιστορικού, του συναισθηματικού δεσμού που είχαν οι ίδιοι με τους γονείς τους, (ο γονιός



κληρονομεί τον τύπο δεσμού και τον βαθμό ασφάλειας-ανασφάλειας στο παιδί του) διαιωνίζοντας το οικογενειακό τραύμα (Main & Hesse ,1990)..

Η μη φυσιολογική συνθήκη της ύπαρξης γονεϊκού κακοποιητικού δεσμού με το παιδί, εμποδίζει στο παιδί την υγιή ανάπτυξη της νοηματοδότησης (mentalization) των καταστάσεων μέσω της κατεκτημένης γνώσης και του συναισθήματος δηλαδή εμποδίζει την ανάπτυξη της ικανότητας κατανόησης της ψυχικής κατάστασης του εαυτού αλλά και των άλλων, ώστε να κατανοεί το παιδί προθέσεις και συναισθήματα τόσο δικά του όσο και των άλλων (Fonagy et al., 1991b).

Εμποδίζει, επίσης, και την ανάπτυξη της αναστοχαστικής λειτουργίας (reflective functioning), δηλαδή της ικανότητας εσωτερικής αναγνώρισης και αναπαράστασης των ψυχικών καταστάσεων του εαυτού και των άλλων, ειδικότερα σε ότι αφορά τα συναισθήματα (Fonagy et al., 1991b). Η αναστοχαστική λειτουργία αναπτύσσεται, επίσης, σε διαπροσωπικό επίπεδο και από τις πρώτες εμπειρίες ζωής του ατόμου, συνεπώς επηρεάζεται άμεσα από τις πρώιμες τραυματικές εμπειρίες και συγχρόνως συμβάλλει στην ανάπτυξη του συστήματος συναισθηματικού δεσμού (Fonagy & Target, 2001).

Συνέπεια όλων αυτών είναι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση να μη βλέπουν τους φροντιστές μιας δομής παιδικής προστασίας ως πηγή ασφάλειας και εμπιστοσύνης αλλά αντίθετα ως πηγή φόβου, άγχους, ανασφάλειας, ντροπής ή και ενοχής, συναισθήματα που έχουν θεμελιωθεί στον ψυχισμό τους μέσα στις κακοποιητικές σχέσεις που βίωσαν (Prather & Golden , 2009).

Συνήθως τα παιδιά παρουσιάζουν αυξημένες επιθετικές και υπερκινητικές συμπεριφορές, κατά την είσοδο τους στις δομές καθώς και στη συνέχεια, τις οποίες οι Berry και Barth (1989) χαρακτηρίζουν ως δύσκολα εμπόδια για το ενδεχόμενο να επιτευχθεί μια υγιής και ασφαλής προσκόλληση με τους επαγγελματίες φροντιστές που επιμελούνται τη φροντίδα τους στις δομές (Berry & Barth, 1989 οπ. αναφ. στο Prather & Golden , 2009). Οι συμπεριφορικές και συναισθηματικές περιγραφές για τα μεγαλύτερα παιδιά (εφήβους, αγόρια και κορίτσια) που υποδηλώνουν ότι δεν έχουν έλεγχο της παρόρμησης, φυσιολογική συνείδηση και ηθική ανάπτυξη (Termini & Golden, 2007) και συχνά εμφανίζονται ως επιφανειακά εμπλεκόμενοι ή συνδεδεμένοι με άλλους, συναισθηματικά απόμακροι και απρόθυμοι να συμμετάσχουν σε θεραπείες των προβλημάτων τους, σύμφωνα με ερευνητές, πιθανώς συνδέονται με εξασθενημένη προσκόλληση (Dyer, 2004. O'Connor & Zeanah, 2003).

Οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν μαθημένες συμπεριφορές (αποσύνδεσης από τον εαυτό στην πλειοψηφία τους) επιβίωσης, συνέπεια του ψυχικού τραυματισμού καθώς αυτά τα παιδιά έχουν προφανώς μάθει να προσαρμόζονται σε έναν καταχρηστικό και ασυνεπή φροντιστή στην οικογένεια, με το να γίνονται σταδιακά και προσεκτικά περισσότερο αυτοδύναμα. Συχνά περιγράφονται και ως αδιάφορα, χειριστικά και ανειλικρινή στις αλληλεπιδράσεις τους με τους επαγγελματίες φροντιστές, επαναλαμβάνοντας το μοτίβο της κακοποιητικής σχέσης (Schofield & Beek, 2005).

Η είσοδος του παιδιού σε μια δομή φιλοξενίας σηματοδοτεί δύο γεγονότα που αλλάζουν τη ζωή του όπως τη γνώριζε ως αυτό το χρονικό σημείο. Πρώτον το παιδί «αφαιρείται», συνήθως με παρέμβαση Εισαγγελικών Αρχών, από το οικείο οικογενειακό του περιβάλλον και δεύτερον σε περιπτώσεις «παιδιών σε κίνδυνο» ή «παιδιών σε ανάγκη» η ενέργεια αυτή σηματοδοτεί το τέλος του κινδύνου (π.χ. στην περίπτωση της σεξουαλικής κακοποίησης ή του ασυνόδευτου προσφυγόπουλου) καθώς και την ανακούφιση της ανάγκης (π.χ. περίπτωση εγκατάλειψης παιδιών ή διαβίωσης παιδιών σε ακραίες συνθήκες φτώχειας ή άλλες).

Παρά τη διαφαινόμενη βελτίωση της θέσης του, το παιδί εισέρχεται στη δομή με αμφίθυμα συναισθήματα καθώς αντιμετωπίζει το θέμα της απώλειας της οικογένειας του που, παρά το ιστορικό κακομεταχείρισης ή αντίξοων συνθηκών διαβίωσης, η απομάκρυνση του από αυτή στοιχειοθετεί μια σημαντική τραυματική εμπειρία (Child Welfare Information Gateway, 2014) με πολλαπλούς τρόπους: όχι μόνο ως συνειδητοποίηση της τραυματικής πραγματικότητας που βίωσε (καθώς αυτή επικυρώνεται πλέον ως τέτοια από το κοινωνικό περιβάλλον και τις Αρχές, δικαιώνοντας τα συναισθήματα του παιδιού, χωρίς, ωστόσο, να μπορεί να «απενεργοποιήσει» και το αίσθημα του «αδικημένου» και της «συντριπτικής μοναξιάς» του τραύματος, το μεγάλο «γιατί», που συνυπάρχουν), όχι μόνο για τον παρόντα χρόνο αλλά και ως φόβος για το «τι μέλλει γενέσθαι» καθώς το αίσθημα «του να μην ανήκει» κάπου φαντάζει απειλητικό (αν αναλογιστούμε μάλιστα, ότι μετά την είσοδό του σε πλαίσιο δομής προστασίας το παιδί χάνει ακόμη και τη συνθήκη συνύπαρξης, έστω και χωρίς υγιείς συναισθηματικούς δεσμούς (ή με τραυματικούς δεσμούς) σε οικείο περιβάλλον και βρίσκεται μόνο του σε ένα άγνωστο περιβάλλον με διαφορετικές πεποιθήσεις, ανάμεσα σε ξένα πρόσωπα, το τραυματικό αίσθημα μοναξιάς και αβοηθησίας μεγαλώνει.

Το γεγονός αυτό αιτιολογείται από το ότι κατά τη διάρκεια της κακοποίησης το κακοποιημένο παιδί κάνει το παν για να κατασκευάσει μια εξήγηση για ότι συμβαίνει που να απαλλάσσει τους γονείς του από όλη την ευθύνη. Σύμφωνα με τη Herman (1992) *«όλες οι ψυχολογικές προσαρμογές του παιδιού εξυπηρετούν τον θεμελιώδη σκοπό της διατήρησης των αρχικών σχέσεων με τους γονείς μπροστά στην καθημερινή απόδειξη της αδιαφορίας, της κακομεταχείρισης και της έλλειψης βοήθειας (...) Χωρίς να μπορεί να διαφύγει ή να αλλάξει την πραγματικότητα το παιδί αλλάζει το μυαλό του(...) το παιδί γυρίζει την πλάτη στην εμπειρία του, στο τι συμβαίνει και αποδέχεται το μύθο της οικογένειας, ότι τίποτα ακραίο δε συμβαίνει».*

Αυτό πραγματοποιείται μέσω μιας ξεκάθαρης αλλαγής στην εσωτερική δομή του ψυχισμού του παιδιού και εμφανίζεται με μια ποικιλία ψυχολογικών αμυνών όπως η άρνηση, η απώθηση, η παλινδρόμηση, η αποσύνδεση ( Fisher, 2005). Έτσι η κακοποίηση είτε αποκόβεται από τη συνειδητή επίγνωση και μνήμη, σαν να μην συνέβη πραγματικά ή υποτιμάται και δικαιολογείται έτσι ώστε ό,τι έχει συμβεί δεν είναι ακριβώς κακοποίηση ( Herman, 1992). Το παιδί, τότε, θα κατηγορήσει τον εαυτό του και θα «πάρει πάνω του» όλη την ευθύνη για την βίαιη συμπεριφορά που υπέστη. Φράσεις όπως : «Δεν είμαι καλή/ος» ή «Είμαι κακός/η» έχουν ειπωθεί από πλήθη παιδιών παγκόσμια καθώς και συμπεριφορές που επιδεικνύουν μια επιτηδευμένη αγριότητα, «μαγκιά» που έρχεται να ισορροπήσει τον συναισθηματικό τους πόνο , ενσαρκώνουν τα λόγια των Storolow & Atwood (2002) που υποστηρίζουν ότι: *«έχει ερευνητικά αποδειχθεί πως οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες χαμηλής ανταπόκρισης των γονέων/φροντιστών στις ανάγκες του παιδιού, οδηγούν το παιδί να αναπτύξει μια ασυνείδητη πεποίθηση πως όλα όσα συμβαίνουν καταδεικνύουν μια έμφυτη εσώτερη κακία του »* (Storolow & Atwood ,2002).

Η αλλαγή που έχει επέλθει στον ψυχισμό του παιδιού και οι ψυχολογικές άμυνες που οικοδόμησε για να αντιμετωπίσει τον συναισθηματικό πόνο του τραύματος συνοδεύουν τις συμπεριφορές του και κατά τη διάρκεια της διαμονής του σε κάποια δομή προστασίας. Σύμφωνα με αυτές τις συμπεριφορές το παιδί υπεραμύνεται του υπάρχοντος «πολιτισμικού φορτίου» των πεποιθήσεων, των αξιών, των προσδοκιών, των φαντασιώσεων, εν τέλει των σεναρίων και μύθων (family scripts) που φέρει από την οικογένεια του (Hall, 1988) σε πολλές περιπτώσεις ακόμη και εάν η οικογένεια του, θεωρούσε ως φυσιολογική την κακοποιητική της συμπεριφορά απέναντι στο παιδί, εάν παραγνώριζε τον συναισθηματικό του πόνο,

εάν υποτιμούσε τα συναισθήματά του και εάν δεν το αναγνώριζε ως ξεχωριστή προσωπικότητα που διαμορφώνεται με ανάγκες και δικαιώματα (Ceballo et al., 2001).

Σύμφωνα με την Herman (1992) *«ενώ το επαναλαμβανόμενο τραύμα στην ενήλικη ζωή διαβρώνει την κατασκευή της προσωπικότητας που ήδη έχει σχηματιστεί, το επαναλαμβανόμενο τραύμα στην παιδική ηλικία διαμορφώνει και διαστρεβλώνει την προσωπικότητα»* (Herman, 1992). Τα κακοποιημένα παιδιά που μεγαλώνουν μέσα σε ένα οικογενειακό κλίμα που δεν τα αποδέχεται, που παραγνωρίζει τις ανάγκες τους, που «καταπατά» τα δικαιώματά τους, συχνά παρατηρείται το φαινόμενο να αναπτύσσουν μια παράδοξη στρατηγική για να επιβιώσουν: αναπτύσσουν παθολογικούς δεσμούς με αυτούς που τα κακοποιούν, τα εκμεταλλεύονται και τα παραμελούν. Και όχι μόνον αυτό. Το παράδοξο συνεχίζεται καθώς τους δεσμούς με τον κακοποιητικό γονέα θα προσπαθήσουν να τους διατηρήσουν πάση θυσία για να επιβιώσουν (Herman, 1992). *«Με μια έννοια η επιβίωση (..) εξαρτάται από την προσαρμογή σε ένα ψυχωτικό κόσμο όπου η κακοποιητική συμπεριφορά είναι αποδεκτή, αλλά το να πεις την αλήθεια για αυτό είναι έγκλημα»* (Rieker & Carmen, 1986).

Το γεγονός αυτό μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά την ικανότητα του αναπτυσσόμενου παιδιού για δημιουργία στενών διαπροσωπικών σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού (Kapeleleris, Sandra & Paivio 2011). Ενδέχεται να πλήξει καίρια τη δυνατότητα που έχει να μπορεί να αντιλαμβάνεται τότε του φέρονται με εμπιστοσύνη και τότε όχι και να εντοπίζει αρνητικές καταστάσεις, όπως η προδοσία. Ο Nilsen αναφέρει ότι είναι χαρακτηριστικό τα τραυματισμένα άτομα, πολλές φορές, να έχουν χαμηλότερη ουδό αναγνώρισης της διάστασης του άλλου και της απιστίας, έχοντας μεγάλη πιθανότητα να παραμείνουν σε μία σχέση ύστερα από μία προδοσία, μια κατάσταση που οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο επαναθυματοποίησης (Nilsen et al., 2003).

Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ (2017) στην περίπτωση των παιδιών προσφύγων αυτό που τα διαφοροποιεί από τα άλλα παιδιά που έχουν υποστεί ψυχικό τραύμα είναι το γεγονός ότι συχνά είναι εκτεθειμένα σε πρόσθετους παράγοντες κινδύνου όπως:

1. Ζουν με γονέα ή κηδεμόνα ο οποίος επίσης βίωσε ή βιώνει άγχος ή/και ψυχικό τραύμα.
2. Εάν είναι ακόμη αιτούντες άσυλο, ζουν υπό συνθήκες αβεβαιότητας (μη γνωρίζοντας αν θα παραμείνουν στη χώρα και για πόσο).

3. Ζουν σε δύσκολες οικονομικές συνθήκες, και αυτό αυξάνει το άγχος διαβίωσης.
4. Ζουν σε νέο τόπο, στον οποίο η κοινότητα και τα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να είναι περιορισμένα ή να μην τους αποδέχονται.
5. Έχουν βιώσει πολλαπλά ψυχικά τραύματα ή αγχογόνες καταστάσεις (βία στη χώρα καταγωγής, απώλεια αγαπημένου, μη αποδοχή στη χώρα προορισμού).

(United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2017))

Με βάση ερευνητικές καταγραφές, οι εμπειρίες που προκαλούν ψυχικό τραύμα ή άγχος στα παιδιά πρόσφυγες περιλαμβάνουν: α) τη διαβίωση σε βίαιες συνθήκες και τη διαφυγή από αυτές, β) την απώλεια αγαπημένων προσώπων και γ) την πραγματοποίηση επικίνδυνων και αγχογόνων ταξιδιών σε αναζήτηση ασφάλειας. Επιπλέον, η αβεβαιότητα σχετικά με τη μονιμότητα του καθεστώτος παραμονής τους σε μια νέα χώρα, η διαβίωση σε κακές συνθήκες στέγασης και με περιορισμένους πόρους, ακόμη και η διαβίωση με γονείς ή άλλους κηδεμόνες που ίσως πάσχουν και οι ίδιοι από ψυχικό τραύμα ή άγχος, μπορούν να συμβάλουν στο καθημερινό άγχος των παιδιών προσφύγων και να επιδεινώσουν τα ψυχικά τραύματα που ενδεχομένως ήδη φέρουν (UNHCR, 2017). Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επιδεινώσουν περαιτέρω το άγχος και το ψυχικό τραύμα των παιδιών περιλαμβάνουν α) άλλα συνυπάρχοντα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας ή β) γνωστικές δυσκολίες όπως ΔΕΠΥ και μαθησιακά προβλήματα (Alisic, 2010, και Siebert and Pollheimer Pühringer, 2016).

Τα παιδιά πρόσφυγες που έχουν βιώσει ψυχικό τραυματισμό ή ακραίο άγχος ενεργούν συχνά διαφορετικά από το αναμενόμενο, επειδή ο εγκέφαλός τους κατακλύζεται από βίαιες εμπειρίες που τους προκαλούν άγχος, οι οποίες διακόπτουν τη φυσιολογική ροή της επεξεργασίας των πληροφοριών και των εμπειριών. Στην περίπτωση αυτή, το «σκεπτόμενο μέρος» του εγκεφάλου παύει να λειτουργεί, ενώ τα μέρη που παράγουν πιο συναισθηματικές και σωματικές αντιδράσεις παραμένουν ενεργά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση μιας πιο ακραίας σωματικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς από αυτήν που θα μπορούσε να αναμένεται σε μια δεδομένη κατάσταση (UNHCR, 2017).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ (2017) για τους εκπαιδευτικούς που εργάζονται με παιδιά πρόσφυγες που αντιμετωπίζουν προβλήματα άγχους και ψυχικού τραύματος, συνήθεις συμπεριφορές παιδιών

προσφύγων που φέρουν ψυχικό τραύμα και εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές καταγράφονται ως εξής:

*(συνοδεύονται από τις μαρτυρίες παιδιών στο εγχειρίδιο)*

### **1. Αναβίωση γεγονότων**

Μπορεί να σκέφτονται κατ' επανάληψη γεγονότα τα οποία βίωσαν ή μπορεί να αναπαράγουν τα γεγονότα αυτά στο μυαλό τους. Συχνά τα παιδιά επιχειρούν να οργανώσουν τις σκέψεις τους, όταν αναπαράγουν μια κατάσταση στο μυαλό τους και προσπαθούν να αλλάξουν την έκβασή της. Μερικά παιδιά μπορεί επίσης να έχουν εφιάλτες. Άλλα μπορεί να αντιδρούν έντονα σε ερεθίσματα που τους παραπέμπουν στο συγκεκριμένο γεγονός στο πλαίσιο νοερών αναδρομών ή αναβιώσεων του τραύματος (Alisic, 2010).

#### ***Μαρτυρία:***

*«Ξαφνικά μου έρχονται στο μυαλό εικόνες, έπειτα όλα είναι πάλι εδώ, σαν να συμβαίνουν ξανά· φοβάμαι τόσο πολύ που δεν μπορώ να αναπνεύσω και θέλω απλώς να ξεφύγω ή να τρέξω μακριά. Είναι πολύ δυσάρεστο. Θέλω απλώς να σταματήσουν όλα ή να πεθάνω».*

*(Mikaehla A., 16 ετών, διέφυγε από την Τσετσενία στην Αυστρία)*

*(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)*

### **2. Αποστασιοποίηση και δυσκολίες συγκέντρωσης**

Σε περίπτωση παρατεταμένης έκθεσης, οι μαθητές –ιδίως τα μικρά παιδιά– μπορεί να συμπεριφέρονται σαν να ονειροβατούν. Ενδέχεται να βιώνουν τη ζωή σαν ταινία ή να νομίζουν ότι η ροή των γεγονότων επιβραδύνεται ή επιταχύνεται γύρω τους. Μερικά παιδιά και ορισμένοι νέοι έχουν την εντύπωση ότι δεν βρίσκονται πλέον μέσα στο σώμα τους. Η μνήμη τους μπορεί επίσης να είναι περιορισμένη και μοιάζουν να έχουν ξεχάσει σημαντικά συμβάντα από το παρελθόν τους (Siebert and Pollheimer - Pühringer, 2016).

#### ***Μαρτυρία:***

*«Όταν βρίσκεται στην τάξη, ο Mostafa συχνά κοιτάζει στο κενό. Όταν ο μαθηματικός του απευθύνει τον λόγο, ο Mostafa μοιάζει να τα έχει χαμένα και δεν φαίνεται να ξέρει πού βρίσκεται. Παρόμοιες καταστάσεις παρατηρούν και οι άλλοι εκπαιδευτικοί. Στο τέλος του μαθήματος, ο Mostafa δεν είναι σε θέση να περιγράψει συνοπτικά τι συζητήθηκε και δεν είναι "πραγματικά παρών". Είναι 17 ετών και έφτασε στην Αυστρία μόνος, αφού διέφυγε από το Αφγανιστάν. Η οικογένειά του ζει στο Ιράν, όπου*

ο πατέρας του απεβίωσε πρόσφατα, επειδή έπασχε από διαβήτη και δεν υποβλήθηκε σε θεραπεία».

(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

### **3. Αποφυγή**

Τα παιδιά και οι έφηβοι πρόσφυγες που πάσχουν από ψυχικό τραύμα συχνά αποφεύγουν καταστάσεις, πρόσωπα, συζητήσεις και σκέψεις που θεωρούν απειλητικές ή υπερβολικά συναισθηματικές. Αυτή η αποφυγή πρέπει να εκλαμβάνεται ως μια προσπάθεια να μην βρεθούν αντιμέτωποι με έντονα συναισθήματα. Πρόκειται για μια μορφή συναισθηματικής παράλυσης (Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016).

#### ***Μαρτυρία:***

*«Η Maryam προσπάθησε σκληρά για να μάθει γερμανικά και θα βαθμολογηθεί στο μάθημα αυτό τη φετινή σχολική χρονιά. Τα καταφέρνει καλά στην πρώτη εργασία. Όταν ο εκπαιδευτικός την επαινεί, δεν δείχνει καμία απολύτως χαρά. Φαίνεται να τα έχει χαμένα, σαν να μην ξέρει πώς να χειριστεί την κατάσταση».*

(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

### **4. Ακραία εγρήγορση, οξυθυμία ή υπερεγρήγορση**

Μερικά παιδιά μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα επειδή ο εγκέφαλός τους είναι σε κατάσταση συνεχούς εγρήγορσης. Μπορεί να φαίνονται ανήσυχα και νευρικά. Μπορεί να ξαφνιάζονται ή να τρομάζουν εύκολα από κάποιον θόρυβο ή από μια κίνηση. Ενδέχεται, επίσης, να αντιδρούν αρνητικά σε αλλαγές στο περιβάλλον της τάξης ή του σχολείου – για παράδειγμα, σε αντικαταστάσεις εκπαιδευτικών ή στην αλλαγή της θέσης όπου κάθονται στην τάξη. Τη νύχτα μπορεί να δυσκολεύονται να κοιμηθούν, με αποτέλεσμα να έρχονται στο σχολείο κουρασμένα. (Alisic, 2010)

#### ***Μαρτυρία:***

*«Όταν η Mahtab κάθεται στην τάξη, φαίνεται να είναι σε συνεχή εγρήγορση. Παρατηρεί διαρκώς τους συμμαθητές της, τον τρόπο με τον οποίο κινούνται, τι λένε και τον τρόπο με τον οποίο κοιτούν τους άλλους. Εξετάζει το περιβάλλον της αναζητώντας να εντοπίσει ενδεχόμενους κινδύνους γύρω της και είναι υπερβολικά ευαίσθητη στους δυνατούς θορύβους – για παράδειγμα, στον ήχο του κουδουνιού του σχολείου. Φαίνεται να ενοχλείται ακόμη και όταν άλλα παιδιά κουνιούνται ή ψιθυρίζουν. Μερικές φορές φωνάζει “Σταματήστε!”».*

(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

## **5. Επιθετική συμπεριφορά**

Τα παιδιά και οι έφηβοι ενδέχεται επίσης να συμπεριφέρονται επιθετικά. Κάτι τέτοιο μπορεί να περιλαμβάνει σωματικές συμπλοκές, εκρήξεις οργής και απειλές. Μπορεί επίσης να δυσκολεύονται πολύ να ηρεμήσουν ύστερα από ένα τέτοιο περιστατικό. Στους εφήβους, η επιθετική συμπεριφορά μπορεί επίσης να στρέφεται εναντίον του εαυτού τους (π.χ. αυτοτραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας και χρήση οινόπνευματων ποτών και ναρκωτικών). Η επιθετική συμπεριφορά μπορεί επίσης να αποτελεί αντίδραση σε μια πρόκληση. (Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

### ***Μαρτυρία:***

*«Ο τρόπος που με πλησίασε, ξαφνικά ένιωσα όπως τότε, φοβήθηκα, και εκείνη τη στιγμή τον χτύπησα επειδή σκέφτηκα ότι έπρεπε να υπερασπιστώ τον εαυτό μου, διαφορετικά θα μου έκανε κακό».*

Mikaehla A., 16 ετών, διέφυγε από την Τσετσενία στην Αυστρία

(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

## **6. Ανεξέλεγκτη, χωρίς όρια συμπεριφορά**

Συχνά οι πρόσφυγες μαθητές φαίνονται να μην έχουν όρια στη συμπεριφορά τους και ενεργούν ανεξέλεγκτα. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να ερμηνευθεί ως εξής: επιζητούν να τους τεθούν όρια ώστε να αποκτήσουν μια πιο έντονη αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας, επιδιώκοντας παράλληλα περισσότερη υποστήριξη και σεβασμό από τους άλλους. (Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

## **7. Μαθησιακές δυσκολίες**

Οι πρόσφυγες μαθητές που πάσχουν από άγχος και ψυχικό τραύμα παρουσιάζουν συχνά μαθησιακές δυσκολίες. Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται

- α) η αδυναμία συγκέντρωσης όταν αναλαμβάνουν κάποια αρμοδιότητα,
- β) η δυσκολία συγκράτησης πληροφοριών όταν επεξεργάζονται ένα πρόβλημα,
- γ) η αδυναμία ελέγχου των αντιδράσεών τους, για παράδειγμα, δεν μπορούν να περιμένουν τη σειρά τους για να απαντήσουν σε κάποια ερώτηση, και
- δ) η δυσκολία στην εναλλαγή από μια δραστηριότητα ή ιδέα σε μια άλλη.

## **8. Έντονη έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης**

Τα παιδιά που έχουν βιώσει άγχος και ψυχικό τραύμα μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα αυτοεκτίμησης, και αυτό μπορεί να έχει αντίκτυπο στην ικανότητά τους να δοκιμάζουν νέα πράγματα και να νιώθουν αυτοπεποίθηση στις δραστηριότητες και στις σχολικές τους υποχρεώσεις.

### ***Μαρτυρία:***



*«Τη Δευτέρα, στο μάθημα των Γερμανικών, ζητήθηκε από τα παιδιά να μιλήσουν για το Σαββατοκύριακό τους, αλλά η 11χρονη Khadeja δεν ήταν σε θέση να ανασυνθέσει τα γεγονότα των δύο τελευταίων ημερών. Από την άλλη, ο τετράχρονος αδελφός της, στο νηπιαγωγείο, μίλησε με ενθουσιασμό για την οικογενειακή συνάντηση με τον θείο και τη θεία του, οι οποίοι ζουν πλέον στη Γερμανία. Δίνει το τετράδιό της στον εκπαιδευτικό λέγοντας: “Δεν μπορώ να το κάνω, είμαι χαζή”. Η Khadeja ήταν έξι ετών όταν έφτασε στην Αυστρία, ο αδελφός της γεννήθηκε έναν χρόνο μετά τη διαφυγή της οικογένειας. Εκείνη δεν πήγε ποτέ στο νηπιαγωγείο. Η μητέρα της λέει στον εκπαιδευτικό ότι η Khadeja είναι συχνά άρρωστη, κλαίει πολύ και δεν της αρέσει να παίζει με άλλα παιδιά».*

(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

#### **Μαρτυρία:**

*«Η Neginah δεν ξέρει τι θέλει· λέει συχνά “δεν ξέρω” ή “δεν μπορώ να το κάνω!” Συμπεριφέρεται καλά, δεν καβγαδίζει ποτέ, δεν μιλά στην τάξη και μένει μόνη της στη διάρκεια του διαλείμματος. Συμμορφώνεται με το εβδομαδιαίο πρόγραμμα, ολοκληρώνοντας τη μια εργασία μετά την άλλη. Όταν δεν καταλαβαίνει μια άσκηση, κοιτάζει τον τοίχο και δεν ζητά βοήθεια. Δεν διαμαρτύρεται ποτέ και δεν φαίνεται να της αρέσει τίποτα ιδιαίτερα. Δεν θέλει να πηγαίνει σε εκδρομές, παρότι οι γονείς της την παροτρύνουν να το κάνει».*

(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

### **9. Παλινδρομική συμπεριφορά**

Τα παιδιά μπορεί να επιδεικνύουν παλινδρομική συμπεριφορά και να επιστρέφουν σε προγενέστερα στάδια ανάπτυξης (π.χ. νυχτερινή ενούρηση, πιπίλισμα του δαχτύλου). Ενδέχεται επίσης να αισθάνονται ότι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για στοργή και συναισθηματικό δέσιμο. (Alisic, 2010, Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

### **10. Σωματικοί πόνοι / σωματικές ενοχλήσεις**

Τα παιδιά και οι μαθητές ενδέχεται να νιώθουν ζάλη ή να έχουν ταχυπαλμία ακόμη και πολύ μετά τα αγχογόνα γεγονότα.

- Οι μικρότεροι μαθητές συχνά νιώθουν πόνους στο στομάχι, ναυτία και απώλεια όρεξης.
- Οι έφηβοι πάσχουν συχνά από πονοκεφάλους, ημικρανίες, πόνους στον αυχένα, στην πλάτη και στο στομάχι.

(Siebert and Pollheimer-Pühringer, 2016)

Γίνεται φανερό πως οι επιπτώσεις του παιδικού ψυχικού τραυματισμού διαπερνούν όλες τις πλευρές της καθημερινότητας των παιδιών, διαμορφώνοντας μια κατάσταση που τα καθιστά ευάλωτα στην παρερμηνεία των τραυματικών συμπεριφορών τους, στον στιγματισμό και στην, σε σημαντικό βαθμό, καθυστέρηση της αναπτυξιακής τους πορείας.

Επίσης, αναδεικνύεται η επιτακτική αναγκαιότητα να διαμεσολαβηθούν οι συνέπειες του τραυματικού βιώματος των παιδιών με κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις και κυρίως μέσα από τη δημιουργία προστατευτικών, ασφαλών σχέσεων και δεσμών συναισθηματικής ζεστασιάς με τους επαγγελματίες φροντιστές τους σε μια προσπάθεια θεραπευτικής ανάκαμψης και επίλυσης του τραύματος στο παρόν για να αποτραπεί το ενδεχόμενο διαγενεακής μεταβίβασής του.

Έρευνες (Howes & Ritchie ,1998) δείχνουν ότι παιδιά που υπήρξαν λιγότερο ασφαλή και ανθεκτικά ή πιο αποφευκτικά στην αρχική τους γονική σχέση, έχουν σημαντικά οφέλη, δημιουργώντας έναν ασφαλή συναισθηματικό δεσμό με τουλάχιστον έναν ενήλικα επαγγελματία φροντιστή τους (πχ το δάσκαλό τους) και ότι παρά την αρχική επιφυλακτικότητα τα παιδιά αυτά κινούνται πιο γρήγορα προς την ασφάλεια εξαιτίας της ανάγκης τους για συναισθηματική στήριξη (Howes & Ritchie ,1998).

Ο τύπος του αρχικού συναισθηματικού δεσμού που αναπτύσσει ένα παιδί με τους γονείς του σηματοδοτεί τη διαμόρφωση της ποιότητας των συναισθηματικών δεσμών στην ενήλικη ζωή του, στην πραγματικότητα όμως δεν είναι πεπωμένο (Κοροβίλας, 2016). Ο Alan Sroufe (1988) επισημαίνει ότι μια ανασφαλής πρόσδεση δεν είναι αναγκαστικά μοιραία και ότι μπορεί να διορθωθεί σε μια επόμενη σχέση με σημαντικό άλλον (Sroufe, 1988). Για παράδειγμα, ένα κέντρο φροντίδας παιδιών που προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη και ψυχοσυναισθηματικές παρεμβάσεις ενδυνάμωσης και μείωσης του στρες μπορεί να μετριάσει μια δύσκολη αρχή στην οικογένεια που τραυμάτισε ψυχικά το παιδί. Μια μεταγενέστερη υγιής και υποστηρικτική σχέση με κάποιον ενήλικο φροντιστή μπορεί να αντισταθμίσει τις επιπτώσεις μιας δύσκολης γονικής επικοινωνίας, ακόμη και της κακοποιητικής (Sroufe, 1988).

Η ανάπτυξη της ικανότητας των επαγγελματιών φροντιστών να παρέχουν ασφαλή προσκόλληση και συναισθηματική ζεστασιά στα παιδιά με ψυχικό τραυματισμό που διαβιούν στις δομές φιλοξενίας και παιδικής προστασίας, υποστηρίζουμε, πως βρίσκεται στο επίκεντρο μιας φυσικής θεραπευτικής

αντιμετώπισης του παιδικού τραύματος στην καθημερινότητα των τραυματισμένων παιδιών μέσω της ανάπτυξης υγιών, αυθεντικών σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού στην εμπειρία και την ιδιαιτερότητα του κάθε παιδιού.

## 2.7 Επιπτώσεις του πρώιμου ψυχικού τραύματος στην ενήλικη ζωή

*“The truth about childhood is stored up in our bodies and lives in the depths of our souls. Our intellect can be deceived, our feelings can be numbed and manipulated, our perceptions shamed and confused, our bodies tricked with medication, but our soul never forgets. And because we are one, one whole soul in body, someday our body will present its bill.”*

Alice Miller

Πλήθος ερευνών έχουν τεκμηριώσει τον σοβαρό αντίκτυπο του παιδικού ψυχικού τραύματος στην ποιότητα της ενήλικης ζωής του ανθρώπου που το βίωσε, σε διάφορους τομείς, όπως στη συναισθηματική, στη σωματική και ψυχική υγεία και στις προσωπικές του σχέσεις (American Psychological Association, 2011). Αυτό συμβαίνει γιατί τα τραυματικά γεγονότα της εγκατάλειψης, της κακοποίησης, της παραμέλησης και γενικότερα η βία μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο ανάπτυξης του εγκεφάλου ενός παιδιού και οι αλλαγές που θα διαμορφωθούν έχουν δια βίου συνέπειες (Morin ,2020).

Ωστόσο, οι τρόποι με τους οποίους η παιδική κακοποίηση ή παραμέληση θα επηρεάσει τα παιδιά στην ενήλικη ζωή τους εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως : α) πόσο συχνά συνέβη η κακοποίηση, β)η ηλικία που ήταν το παιδί κατά τη διάρκεια της κακοποίησης, γ)πόσο οικείο πρόσωπο ή μη ήταν ο κακοποιητής, δ) εάν το παιδί είχε σχέση με έναν αξιόπιστο, στοργικό ενήλικα που το στήριζε συναισθηματικά, ε) η διάρκεια της κακοποίησης, ζ) αν υπήρξε παρέμβαση και δικαίωση του παιδιού και η) άλλοι επιμέρους παράγοντες (Morin ,2020).

Ερευνητική μελέτη το 2010, έδειξε ότι όσο περισσότερες αντίξοες εμπειρίες στην παιδική ηλικία έχει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος προβλημάτων υγείας και ευεξίας αργότερα στη ζωή του (Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT, et

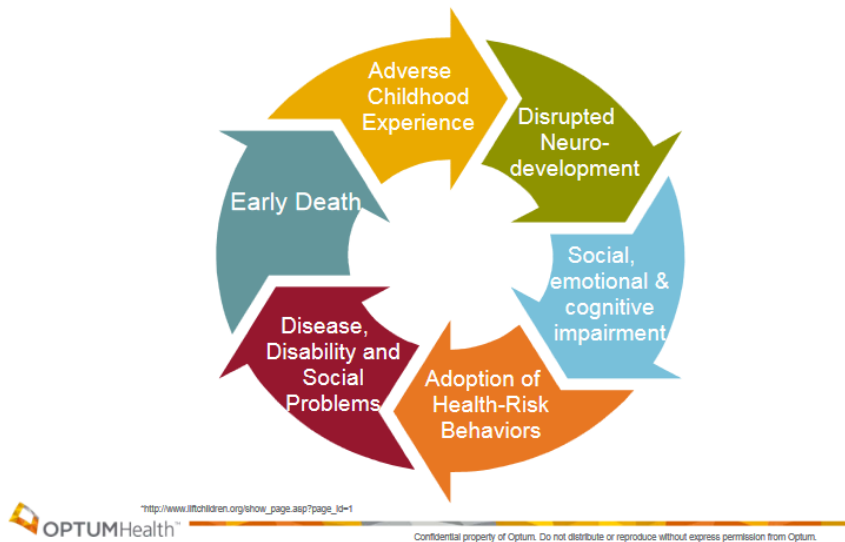
al., 2010). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το παιδικό τραύμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ενός ατόμου για χρόνιες ή μη ασθένειες όπως: το άσθμα, η στεφανιαία νόσος, η κατάθλιψη, ο διαβήτης και το εγκεφαλικό. Μια άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2016 στους «*Psychiatric Times*» σημείωσε ότι ο επιπολασμός των απόπειρων αυτοκτονίας ήταν σημαντικά υψηλότερος σε ενήλικες που ως παιδιά βίωσαν τραύματα, όπως σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση και γονική ενδοοικογενειακή βία (Wagner, 2016).

Η βίωση παιδικού τραύματος έχει, επίσης, αποδειχθεί ερευνητικά ότι στην ενήλικη ζωή αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης αγχωδών διαταραχών, διαταραχής μετατραυματικού στρες, διπολικής διαταραχής, διαταραχών προσωπικότητας και ψύχωσης (Teicher, Anderson, et al., 2014). Επιπλέον, η έρευνα έδειξε ότι η τραυματική εμπειρία μπορεί, επίσης, να μεταφραστεί σε υψηλότερο κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών ως αποτέλεσμα αλλαγών στις περιοχές του εγκεφάλου που βοηθούν στην εξισορρόπηση των συναισθημάτων και των παρορμήσεων, καθώς και στη σκέψη με αυτογνωσία και στη λήψη αποφάσεων (Teicher, Anderson, et al., 2014). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν με σαφήνεια ότι τα άτομα που έχουν υποστεί παιδική κακομεταχείριση έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα ψυχικής υγείας αργότερα.

Σε ότι αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις οι ενήλικες που υπέστησαν κακοποιητική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας μπορεί να παρουσιάζουν προβλήματα ως προς την εγγύτητα τους προς τους άλλους, το κατά πόσο βλέπουν τον κόσμο με αισιοδοξία και εμπιστοσύνη (τον ψυχικό τραυματισμό συνήθως ακολουθεί μια οπτική ανασφάλειας και έλλειψης εμπιστοσύνης για τους άλλους) και ως προς τη διαθεσιμότητα τους ακόμη και να δημιουργήσουν διαπροσωπικές σχέσεις ή τις αποφεύγουν εντελώς (Taillieu, Brownridge, Sareen et al., 2016).

## ACE Study Findings

Trauma is both at the ROOT OF and CENTRAL TO:



Εικόνα 2: Ο κύκλος των συνεπειών των αντίξοων τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία σε όλη τη διάρκεια της ζωής

(The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study - Felitti, Anda, et al.,1998)

Πηγή:[https://optumhealthslco.com/content/dam/opsopslcty/slc/docs/Provider%20Training/Trauma\\_Informed\\_Person\\_Centered\\_Care.pdf](https://optumhealthslco.com/content/dam/opsopslcty/slc/docs/Provider%20Training/Trauma_Informed_Person_Centered_Care.pdf)

Οι ενήλικες που υπέστησαν συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση στην παιδική τους ηλικία, ψυχικό τραύμα, δηλαδή, που δεν αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά είναι πιθανό να βιώνουν: 1) Συναισθηματική απορρύθμιση, 2) Αισθήματα απελπισίας, 3) Χαμηλή αυτοεκτίμηση, 4) Αρνητικές αυτόματες σκέψεις, 5) Προβλήματα αυξημένης αντίδρασης στρες (Taillieu, Brownridge, Sareen et al., 2016). Ειδικότερα, η εκδήλωση αυξημένης αντίδρασης στρες στην καθημερινότητά τους μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους στη ρύθμιση των συναισθημάτων, να οδηγήσει σε δυσκολίες ύπνου, να μειώσει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού και να αυξήσει τον κίνδυνο για μια σειρά από σωματικές ασθένειες κατά την ενήλικη ζωή.

Μια από τις μεγαλύτερες έρευνες που εξέτασε τη σχέση μεταξύ της έκθεσης ενός ανθρώπου σε παιδική κακοποίηση και δυσλειτουργία της οικογένειας με πολλές από τις κύριες ασθένειες και αιτίες θανάτου στην ενήλικη ζωή ήταν η ερευνητική μελέτη των αντίξοων εμπειριών κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας, που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ (The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study - Felitti, Anda, et al.,1998). Στην έρευνα που συμμετείχαν 9.508 ενήλικες (n=9.508) ηλικίας 19-92 χρόνων, μελετήθηκαν επτά κατηγορίες αντίξοων εμπειριών παιδικής ηλικίας: ψυχολογική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, βία κατά της μητέρας, ζώντας με μέλη της οικογένειας που ήταν χρήστες ουσιών, ψυχικά ασθενείς ή με αυτοκτονικές συμπεριφορές ή είχαν φυλακιστεί κάποτε. Στη συνέχεια, ο αριθμός των

κατηγοριών αυτών των αντίξωων εμπειριών παιδικής ηλικίας συγκρίθηκε με τις μετρήσεις της συμπεριφοράς κινδύνου ενηλίκων, της κατάστασης της υγείας τους και της ασθένειας.. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες ανέφεραν τουλάχιστον μία κατηγορία παιδικής κακοποίησης και το 25% ανέφερε δύο κατηγορίες έκθεσης σε κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Η έρευνα βρήκε μια ισχυρή διαβαθμισμένη σχέση μεταξύ του αριθμού κατηγοριών παιδικής κακοποίησης και καθεμίας από τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία και τις ασθένειες των ενηλίκων που μελετήθηκαν και αποτελούν αρκετές από τις κύριες αιτίες θανάτου στους ενήλικες.

Τα άτομα που είχαν βιώσει τέσσερις ή περισσότερες κατηγορίες παιδικής κακοποίησης, σε σύγκριση με εκείνα που δεν είχαν βιώσει καμία, είχαν 4 έως 12 φορές αυξημένους κινδύνους για την υγεία για αλκοολισμό, κατάχρηση ναρκωτικών, κατάθλιψη και απόπειρα αυτοκτονίας, 2 έως 4 φορές παρατηρούμενη αύξηση στο κάπνισμα, κακή αυτοαξιολόγηση υγείας, μη ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις με εφήμερους ερωτικούς συντρόφους και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, και 1,4 έως 1,6 φορές αύξηση στη φυσική αδράνεια και στις περιπτώσεις σοβαρής παχυσαρκίας. Ο αριθμός των κατηγοριών των αντίξωων εμπειριών στην παιδική ηλικία έδειξε μια διαβαθμισμένη σχέση με την παρουσία ασθενειών στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων της ισχαιμικής καρδιοπάθειας, του καρκίνου, της χρόνιας πνευμονοπάθειας, των σκελετικών καταγμάτων και της ηπατικής νόσου. Οι επτά κατηγορίες αντίξωων παιδικών εμπειριών ήταν στενά αλληλένδετες και τα άτομα με πολλαπλές κατηγορίες παιδικής κακοποίησης ήταν πιθανότερο να έχουν πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία αργότερα στη ζωή τους (Felitti, Anda, et al.,1998).

Παραθέτουμε τον αναλυτικό πίνακα της έρευνας με τη συσχέτιση της παιδικής κακοποίησης και των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου για την υγεία καθώς και των ασθενειών στην ενήλικη ζωή.

Adverse Childhood Experiences	Impact of Trauma and Health Risk Behaviors to Ease the Pain	Long-Term Consequences of Unaddressed Trauma
<p><i>Abuse of Child</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurrent Severe Emotional abuse</li> <li>• Recurrent Physical abuse</li> <li>• Contact Sexual abuse</li> </ul> <p><i>Trauma in Child's Household Environment</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Substance abuse</li> <li>• Parental separation or divorce</li> <li>• Chronically depressed, emotionally disturbed or suicidal household member</li> <li>• Mother treated violently</li> <li>• Imprisoned household member</li> <li>• Loss of parent – (best by death, unless suicide, - worst by abandonment)</li> </ul> <p><i>Neglect of Child</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandonment</li> <li>• Child's basic physical and/or emotional needs unmet</li> </ul> <p><small>* Above types of ACE's are the "heavy end" of abuse.</small></p>	<p><i>Neurobiologic Effects of Trauma</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disrupted neuro-development</li> <li>• Difficulty controlling anger-rage</li> <li>• Hallucinations</li> <li>• Depression</li> <li>• Panic Reactions</li> <li>• Anxiety</li> <li>• Multiple (6+) somatic problems</li> <li>• Sleep problems</li> <li>• Impaired Memory</li> <li>• Flashbacks</li> <li>• Dissociation</li> </ul> <p><i>Health Risk Behaviors</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smoking</li> <li>• Severe obesity</li> <li>• Physical inactivity</li> <li>• Suicide attempts</li> <li>• Alcoholism</li> <li>• Drug abuse</li> <li>• 50+ sex partners</li> <li>• Repetition of original trauma</li> <li>• Self Injury</li> <li>• Eating disorders</li> <li>• Perpetrate interpersonal violence</li> </ul>	<p><i>Disease and Disability</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ischemic heart disease</li> <li>• Cancer</li> <li>• Chronic lung disease</li> <li>• Chronic emphysema</li> <li>• Asthma</li> <li>• Liver disease</li> <li>• Skeletal fractures</li> <li>• Poor self rated health</li> <li>• Sexually transmitted disease</li> <li>• HIV/AIDS</li> </ul> <p><i>Social Problems</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homelessness</li> <li>• Prostitution</li> <li>• Delinquency, violence, criminal behavior</li> <li>• Inability to sustain employment</li> <li>• Re-victimization: rape, DV</li> <li>• Compromised ability to parent</li> <li>• Intergenerational transmission of abuse</li> <li>• Long-term use of health, behavioral health, correctional, and social services</li> </ul>

**Πίνακας Α:** Ευρήματα της έρευνας “ACE Study” (Felitti, Anda, et al.,1998) με τη συσχέτιση της παιδικής κακοποίησης και των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου για την υγεία καθώς και των ασθενειών στην ενήλικη ζωή.

Πηγή:[https://optumhealthslco.com/content/dam/opsopslcty/slc/docs/Provider%20Trauma Informed Person Centered Care.pdf](https://optumhealthslco.com/content/dam/opsopslcty/slc/docs/Provider%20Trauma%20Informed%20Person%20Centered%20Care.pdf)

## 2.8. Το δευτερογενές ψυχικό τραύμα στους επαγγελματίες φροντιστές παιδιών με τραύμα

Η εργασία με άτομα που ταλαιπωρούνται από ψυχικά τραυματικές καταστάσεις, μπορεί να είναι εξίσου τραυματική. Σε αρκετές έρευνες έχει εντοπιστεί το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο οι επαγγελματίες που φροντίζουν ανθρώπους που

υποφέρουν από ψυχικό τραυματισμό, να υποφέρουν και εκείνοι από τραυματικές καταστάσεις που αφορούν τα άτομα που φροντίζουν (Kelly, 2020 ·MacRitchie & Leibowitz, 2010). Οι μελέτες στο πεδίο αυτό, έχουν πάρει ιδιαίτερη έκταση τη τελευταία δεκαετία, ενώ στο παρελθόν δεν υπήρχαν σημαντικές και εξειδικευμένες προσπάθειες για την ανάλυση του φαινομένου. Οι Figley et al. (1995, όπως αναφέρεται στους MacRitchie & Leibowitz, 2010), προσδιορίζουν το δευτερογενές τραύμα ως μια συμπεριφορά που είναι αποτέλεσμα της γνώσης για ένα τραυματικό γεγονός ή για έναν άνθρωπο που υποφέρει από ψυχικό τραυματισμό.

Παρόμοια με αυτό το είδος ψυχικού τραυματισμού είναι η εξάντληση που βιώνεται με το να παρέχει κανείς συμπόνια σε τραυματισμένα άτομα. Όση περισσότερη είναι η παροχή συμπόνιας στην ενασχόληση με το τραύμα, τόσο μεγαλύτερη είναι η εξάντληση (ακόμα και αν αυτή η επικοινωνία είναι στο πλαίσιο θεραπείας) και λαμβάνουν χώρα σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο ποικίλες αλλαγές τόσο στον τραυματισμένο άνθρωπο όσο και στον επαγγελματία φροντιστή του. Μάλιστα, η ένταση και το βίωμα του επώδυνου γεγονότος στον δευτερογενή τραυματισμό είναι όμοια με το πρωτογενές τραύμα, γεγονός που φανερώνει και την σημαντικότητα του (Beck, 2011). Ειδικότερα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι επαγγελματίες που φαίνεται να πλήττονται, ιδιαίτερα, από δευτερογενές τραύμα είναι οι ειδικοί ψυχικής υγείας, οι επαγγελματίες φροντιστές παιδιών σε δομές φιλοξενίας (κοινωνικοί φροντιστές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εκπαιδευτικοί και άλλες ειδικότητες του πεδίου) οι σύμβουλοι, οι νοσηλευτές που υπηρετούν σε επείγοντα περιστατικά και σε ογκολογικές μονάδες, σε παιδιατρικές κλινικές και σε θεραπευτήρια Αμεα (Beck, 2011). Όμως, στη πλειονότητα τους, τα σημάδια εμφάνισης του δευτερογενούς τραύματος είτε αγνοούνται καθώς οι επαγγελματίες δεν είναι κατάλληλα ενημερωμένοι, οπότε και υποτιμούν την επίδραση πάνω τους, της τραυματικής εμπειρίας του άλλου ανθρώπου είτε ζητούν βοήθεια με διαφορετικό προσανατολισμό, θεωρώντας πως έχουν κάποιο άλλο πρόβλημα (Kelly, 2020).

Ο δευτερογενής ψυχικός τραυματισμός, εμφανίζει μια συμπτωματολογία, η οποία έχει διαφορές από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι, τα συμπτώματα δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από αυτά του πρωτογενούς τραύματος. Η γενικευμένη κατάθλιψη, η υπερβολική εγρήγορση, η δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, οι αυτοκαταστροφικές σκέψεις, η μειωμένη ευχαρίστηση από κάθε δραστηριότητα, είναι μόνο μερικά από τα συμπτώματα που έχουν καταγραφεί σε άτομα που διαγνώστηκαν με δευτερογενές τραύμα (Beck,



2011). Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο χρόνος εμφάνισης του δευτερογενούς τραύματος, καθώς δε διακρίνονται προειδοποιητικά σημάδια και τα συμπτώματα εμφανίζονται σχεδόν απρόσμενα.

Η εμφάνιση του δευτερογενούς τραύματος δεν εξελίσσεται σε όλους τους επαγγελματίες με τον ίδιο τρόπο. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία που βιώνει έμμεσα τραυματισμό. Επίσης, η ένταση και η συχνότητα με την οποία εκτίθεται στο ιστορικό του ψυχικού τραυματισμού του άλλου ανθρώπου, προσδιορίζουν και τον βαθμό της δευτερογενούς τραυματικής αντίδρασης (Kelly, 2020).

Το περιεχόμενο του τραύματος με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι επαγγελματίες στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ποικίλλει και στις περιπτώσεις που πρόκειται για ιδιαίτερα βίαιες καταστάσεις, επηρεάζονται περισσότερο. Πέρα όμως από τη γνωστοποίηση του αρχικού τραυματικού γεγονότος που βίωσε κάποιος άλλος άνθρωπος, ο επαγγελματίας φροντιστής καλείται να διαχειριστεί και τις τραυματικές συμπεριφορές του επιζώντα τραύματος, οι οποίες πολλές φορές είναι περισσότερο επώδυνες από το ίδιο το τραυματικό γεγονός. Ο πόνος, ο φόβος, η έλλειψη ελπίδας και προοπτικής για το μέλλον, η οργή και η θυματοποίηση σε δεύτερο βαθμό, αποτελούν καταστάσεις με τις οποίες έρχεται επανειλημμένα αντιμέτωπος ο επαγγελματίας που φροντίζει ανθρώπους με ψυχικό τραύμα και αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση δευτερογενούς τραύματος (MacRitchie & Leibowitz, 2010).

Σχετικά με τους επαγγελματίες φροντιστές, εργαζόμενους σε δομές παιδικής προστασίας έχουν δημοσιευθεί δύο μελέτες που εξετάζουν το δευτερογενές τραυματικό στρες σε αυτόν τον πληθυσμό. Η πρώτη μελέτη διαπίστωσε ότι οι εργαζόμενοι στο σύστημα παιδικής προστασίας παρουσίασαν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία από τον γενικό πληθυσμό και πολλοί ανέφεραν επίπεδα άγχους μεγαλύτερα από αυτά που αναφέρθηκαν από εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας εξωτερικών ασθενών (Cornille & Myers, 1999; Meyers & Cornille, 2002 οπ. αναφ. στο Bride, Brian, Jones, and MacMaster, 2007). Επιπλέον, η μεγαλύτερη παραμονή στην εργασία στον τομέα της παιδικής προστασίας συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες όπως και η εβδομαδιαία εργασία περισσότερων των 40 ωρών συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες. Η δεύτερη μελέτη για το δευτερογενές στρες

στους εργασιακούς χώρους της παιδικής προστασίας αναφέρθηκε από τους Nelson-Gardell και Harris (2003), οι οποίοι διεξήγαγαν μια μελέτη σε 166 εργαζόμενους φροντιστές παιδικής προστασίας σε δύο πολιτείες των ΗΠΑ (Bride, Brian, Jones, and MacMaster, 2007). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο, το ερωτηματολόγιο παιδικού τραύματος (Bernstein & Fink, 1998 οπ. αναφ. στο Bride, Brian, Jones, and MacMaster, 2007) και το Compassion Fatigue Self Test for Psychotherapists (Figley, 1995 οπ. αναφ. στο Bride, Brian, Jones, and MacMaster, 2007). Σε συμφωνία με αρκετές μελέτες σε άλλους πληθυσμούς, τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι ένα προσωπικό ιστορικό παιδικού τραύματος αυξάνει τον κίνδυνο δευτερογενούς τραυματικού στρες ενός εργαζόμενου στο πεδίο των δομών της παιδικής προστασίας. Πιο συγκεκριμένα, ένας συνδυασμός περισσότερων του ενός τύπων παιδικού τραύματος παρουσιάζει τον μεγαλύτερο κίνδυνο για ευπάθεια σε δευτερογενές τραυματικό στρες, με τη συναισθηματική κακοποίηση και την παραμέληση να είναι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί του παράγοντες (Bride, Brian, Jones, and MacMaster, 2007).

Η έννοια της ενσυναίσθησης, όπως θα αναλυθεί και στην επόμενη ενότητα φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τραυματισμένο άνθρωπο και στον φροντιστή του. Εκτιμάται, ως καθοριστικής σημασίας για την ανάκαμψη από το τραύμα και την μετατραυματική ανάπτυξη ο επαγγελματίας φροντιστής να επιδεικνύει ενσυναίσθηση στη σχέση του με το κακοποιημένο παιδί και σε αυτό το σχεσιακό πλαίσιο να αφουγκράζεται και να ικανοποιεί τόσο τις δικές του συναισθηματικές ανάγκες όσο και του τραυματισμένου παιδιού. Για το παιδί που βίωσε τραυματική εμπειρία, η αίσθηση ότι από κάποιον ακούγεται, κατανοείται και γίνεται αποδεκτό χωρίς κρίσεις και όρους είναι άκρως θεραπευτική. Για τον επαγγελματία φροντιστή η εμπειρία αυτή μπορεί να ενισχύσει έναν πιο ελκυστικό και ανθρώπινο τρόπο του «σχετίζεσθαι» στην εργασία του και μέσα από αυτό να αποκομίσει ικανοποίηση, εάν θέσει τα προσωπικά του όρια και η εμπλοκή του δεν ξεφύγει και δεν αντιλαμβάνεται το συναισθηματικό πόνο του τραυματισμένου παιδιού ως δικό του, εάν δηλαδή δεν επέλθει συναισθηματική ταύτιση καθώς τότε είναι μεγαλύτερη και η πιθανότητα να αναπτύξει ο ίδιος δευτερογενές τραύμα (MacRitchie & Leibowitz, 2010).

## **2.9 Προσεγγίσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικού τραύματος**

Για να μιλήσουμε για θεραπευτική αντιμετώπιση του τραύματος θα πρέπει να θυμηθούμε τι είναι στην ουσία του το ψυχικό τραύμα.

Η ουσιαστική συνέπεια του ψυχικού τραύματος στο άτομο που το βιώνει συνήθως περιλαμβάνει μια αίσθηση τρέχουσας απειλής, προδοσία εμπιστοσύνης, παραβίαση ψυχολογικών και σωματικών ορίων, απώλεια δύναμης, παγίδευση, αδυναμία, σύγχυση, πόνος, διάσπαση και απώλεια (Pearlman & Saakvitne., 1995)

Ο ψυχικός τραυματισμός είναι κατά κύριο λόγο μια εσωτερική, ιδιοσυγκρασιακή εμπειρία γιαυτό κεντρικό στοιχείο στη θεραπεία του τραύματος είναι η εκτίμηση της μοναδικότητας του υποκειμενικού κόσμου της ζωής του ατόμου (Allen, 1995) και των συνθηκών που μπορεί να έχουν καταρρεύσει ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε ψυχολογικά τραυματικές εμπειρίες. *«Είναι η υποκειμενική εμπειρία των αντικειμενικών γεγονότων που συνιστά το τραύμα (...) όσο περισσότερο πιστεύεις ότι κινδυνεύεις, τόσο πιο τραυματισμένος θα είσαι (...) Ψυχολογικά, η ουσία του τραύματος είναι το συντριπτικό συναίσθημα και το αίσθημα απόλυτης ανικανότητας. Μπορεί να υπάρχει ή να μην υπάρχει σωματικός τραυματισμός, αλλά το ψυχολογικό τραύμα συνδυάζεται με φυσιολογική αναταραχή που παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις (Allen, 1995).*

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων όπως έχει διαμορφωθεί ιδιαίτερα για το τραύμα παιδικής ηλικίας περιλαμβάνει για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD): 1) γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες εστιασμένες στο τραύμα [Θεραπεία γνωσιακής επεξεργασίας (CPT) - Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία εστιασμένη στο τραύμα (TF-CBT) – Διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία - Dialectical behavior therapy (DBT)], 2) Ψυχοδυναμικής προσέγγισης ψυχοθεραπεία, 3) Υπαρξιακή-ανθρωπιστική συμβουλευτική και ειδικότερα προσωποκεντρική συμβουλευτική ,4) θεραπεία απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία των κινήσεων των ματιών (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR), καθώς και συνθετικής προσέγγισης ψυχοθεραπείες (Fine, 1999. Lineham, Tutek, Heard & Armstrong, 1994. Shapiro, 2002. Ringel & Blandell, 2012).

Μορφές θεραπείας για το πρώιμο παιδικό τραύμα είναι επίσης η παιγνιοθεραπεία (Play Therapy) που χρησιμοποιεί τη θεραπευτική δύναμη του παιχνιδιού για να βοηθήσει παιδιά ηλικίας 3-12 χρόνων να αντιμετωπίσουν το τραύμα και η θεραπεία μέσω της τέχνης (Art Therapy) που χρησιμοποιεί τη δημιουργική έκφραση παρέχει μια διέξοδο χωρίς λόγια για να αντιμετωπίσει και να θεραπεύσει τις επιπτώσεις τραυματικών γεγονότων.

Σύμφωνα με την APA (2011) στην ενημέρωσή της πάνω στο θέμα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και το ψυχικό τραύμα σε παιδιά και εφήβους αναφέρει ότι:

1) Επειδή κάθε παιδί αντιδρά στα τραυματικά γεγονότα με τον δικό του τρόπο, είναι σημαντικό να ακούμε και να προσπαθούμε να κατανοούμε τις μοναδικές οπτικές και ανησυχίες των παιδιών, καθώς και αυτές της οικογένειας. Ο πολιτισμός παίζει σημαντικό ρόλο στο νόημα που δίνουμε στο τραύμα και στις προσδοκίες μας για ανάκαμψη. Έτσι, η προσπάθεια κατανόησης της εμπειρίας του παιδιού (από τη σκοπιά του ίδιου του παιδιού), καθώς και της οικογένειας και της κοινότητας του παιδιού, μπορεί να βοηθήσει στην καθοδήγηση των προσπαθειών θεραπευτικής παρέμβασης.

2) Η ποιότητα των θεραπευτικών σχέσεων μεταξύ θεραπευτή, παιδιού και φροντιστών είναι το θεμέλιο για τη θεραπεία του τραύματος. Οι ασφαλείς, και αξιόπιστες θεραπευτικές σχέσεις υποστηρίζουν με συνέπεια και συνέχεια τις διαδικασίες ανάκαμψης από το τραύμα και ενθαρρύνουν τα παιδιά και τους φροντιστές να εργαστούν για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της τραυματικής έκθεσης. Η ανάπτυξη αυτών των θεραπευτικών σχέσεων εμπιστοσύνης αποτελεί μια πρόκληση για τους επαγγελματίες φροντιστές αλλά είναι κρίσιμη κυρίως για παιδιά από εθνικές και φυλετικές μειονότητες. Αυτό μπορεί να προέρχεται εν μέρει από τη δυσπιστία που σχετίζεται με τον ρατσισμό και τη φτώχεια, καθώς και στο ότι μπορεί να μην κατανοούν πλήρως το πολιτισμικό πλαίσιο του παιδιού και της οικογένειας. Οι πολιτιστικά ανταποκρινόμενες προσπάθειες για τη συμμετοχή των παιδιών στη θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων (American Psychological Association - APA,2011).

### **2.9.1. Η Ενημερωμένη στο Τραύμα Φροντίδα**

Η επαγγελματική φροντίδα που ενημερώνεται για τις επιπτώσεις της τραυματικής εμπειρίας χρησιμοποιεί μια φιλοσοφία παροχής υπηρεσιών στη συνολική φροντίδα κάποιου, συνήθως εντός των ακόλουθων τεσσάρων σημείων:

**1. Συνειδητοποίηση** του εκτεταμένου αντίκτυπου του τραύματος και κατανόηση πιθανών οδών για ανάκαμψη

**2. Αναγνώριση** των σημείων και των συμπτωμάτων του τραύματος στα παιδιά που διαβιούν σε περιβάλλον φροντίδας, στις οικογένειες, στο προσωπικό και σε άλλους που εμπλέκονται με το σύστημα των δομών φιλοξενίας και παιδικής προστασίας

**3. Ανταπόκριση** ενσωματώνοντας πλήρως την αποκτημένη γνώση για το τραύμα σε πολιτικές αποφάσεις, βασικές και τρέχουσες διαδικασίες καθώς και πρακτικές φροντίδας

**4. Επιδίωξη** ενεργητικής αντίστασης όλων των ενήλικων εμπλεκομένων στο σύστημα παιδικής προστασίας στον επανατραυματισμό των φιλοξενούμενων παιδιών – επιζώντων τραύματος και των επαγγελματιών στο πεδίο.

Η θεραπευτική προσέγγιση στο τραύμα, προϋποθέτει τη βαθύτερη γνώση των ανθρώπινων λειτουργιών . Η ιδέα για την ενημερωμένη στο τραύμα φροντίδα, αναπτύσσεται την τελευταία εικοσαετία και είναι αποτέλεσμα της αυξανόμενης ανάγκης για ορθή μεταχείριση των ατόμων που έχουν υποστεί ψυχικό τραυματισμό.

Η απαρχή της έγινε από άτομα που ενεργοποιήθηκαν ενάντια σε περιστατικά βιασμού, κακοποίησης και πολέμου (Wilson, Pence & Conradi, 2013). Ο Ginwright (2018), προσδιόρισε την ενημερωμένη στο τραύμα φροντίδα ως ένα σύνολο αρχών που καθοδηγούν στον τρόπο με τον οποίο το ψυχικό τραύμα επηρεάζει τη σωματική, ψυχική και συναισθηματική υγεία των ανθρώπων. Η εστιασμένη στο τραύμα φροντίδα, ενθαρρύνει την ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου και όχι την επιμέρους προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων που το ταλανίζουν.

Ουσιαστικά, αποτελεί όλα εκείνα τα βήματα που κάνει κάποιος, διερωτώμενος πως μπορεί να φροντίσει καλύτερα ένα ψυχικά τραυματισμένο άτομο ή με ποιους τρόπους μπορεί να διευκολύνει την ικανοποίηση των αναγκών του. (Wilson, Pence & Conradi, 2013). Η Levenson (2017) ωστόσο, επισημαίνει ότι η φροντίδα αυτή, δεν έχει ως στόχο άμεσα τη θεραπεία των παρελθοντικών τραυμάτων, αλλά την ταυτοποίηση των πιθανών δυσχερειών που πηγάζουν από το τραυματικό γεγονός.

Η ενημερωμένη στο τραύμα φροντίδα, παρέχεται κυρίως από δομές όπως τα σχολεία, το σύστημα κοινωνικής προστασίας, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τις δομές ανηλίκων που σχετίζονται με τη δικαιοσύνη στις οποίες τα παιδιά βρίσκονται σε ένα γνώριμο περιβάλλον και επιβάλλεται να λαμβάνονται μέτρα για την ασφάλεια και την ευεξία τους. Άλλωστε, η φροντίδα στα πλαίσια αυτά, προωθεί με ταχύτερους ρυθμούς και την αναζήτηση θεραπείας ή συμβουλευτικής που θα αναδιοργανώσει την ευεξία ενός οργανισμού. Οι βασικές αξίες αυτού του είδους της φροντίδας συμπεριλαμβάνουν: την ασφάλεια, την εμπιστοσύνη, την ενσυναίσθηση, τη δυνατότητα επιλογής, τη συνεργασία, την ενθάρρυνση της ανθεκτικότητας, την

συμπερίληψη και την ενδυνάμωση (Bruce, Kassam- Adams, Rogers, Anderson, Sluys & Richmond, 2018. Wilson et al., 2013).

Οι τραυματικές εμπειρίες ποικίλλουν με πολλές διαφορετικές διαστάσεις του παράγοντα του στρες και έχουν απλές και σύνθετες επιδράσεις στην ανθρώπινη ψυχή (Wilson, 2004). Τέτοιες εμπειρίες όχι μόνο διαφέρουν ποιοτικά και ποσοτικά μεταξύ τους, αλλά βιώνονται υποκειμενικά με μεμονωμένους τρόπους μέσα από την ιστορία της ζωής του επιζώντα τραύματος, μέσα από τα φίλτρα του πολιτισμού και της γλώσσας του καθώς και τη φύση του τραυματισμού που πλήττει τον οργανισμό σε όλη του την ολότητα. Το τραύμα μπορεί να χτυπήσει στην επιφάνεια ή και στον βαθύτερο πυρήνα του εαυτού - την ίδια την ψυχή και την πιο εσωτερική ταυτότητα του ατόμου. Η θετική πλευρά των τραυματικών δοκιμασιών είναι ότι μπορεί να οδηγήσουν σε μεταμορφώσεις της προσωπικότητας, του πνεύματος, των πεποιθήσεων και της κατανόησης του νοήματος της ζωής. Με την ίδια έννοια, αυτές οι εμπειρίες αλλάζουν θετικά τις τροχιές της ζωής των τραυματισμένων ανθρώπων και αυτές οι αλλαγές κληρονομούνται και στις επόμενες γενιές (Danieli, 1988 οπ. αναφ. στο Wilson, 2004). Γιαυτό το λόγο η φροντίδα για διαμεσολάβηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του τραύματος αποτελεί μέριμνα για την υγεία των νέων γενιών όχι μόνο στο παρόν αλλά και στο κοινωνικό μέλλον.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

### **3.1. Εισαγωγή**

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει μια προσπάθεια συνοπτικής παρουσίασης βασικών αρχών της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής προσέγγισης του Carl Rogers (1902-1987) που αποτέλεσαν το θεωρητικό υπόβαθρο για τη δημιουργία του συμβουλευτικού προγράμματος για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης «Κοίτα με τα μάτια μου» που προτείνεται στην παρούσα εργασία. Η προτίμηση στη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση δεν αποτέλεσε τυχαία επιλογή.

### **3.2. Αιτιολόγηση της επιλογής της προσωποκεντρικής προσέγγισης**

Η προσωποκεντρική προσέγγιση έχει τις ρίζες της στη φαινομενολογία και στο φιλοσοφικό ρεύμα του υπαρξισμού. Η φαινομενολογία ως φιλοσοφικό κίνημα βασίζεται στη διερεύνηση των φαινομένων, δηλαδή των πραγμάτων που γίνονται αντιληπτά ενσυνείδητα μέσω των αισθήσεων. Οι επιρροές που έχει η προσωποκεντρική θεωρία από τον υπαρξισμό εντοπίζονται στις έννοιες της προσωπικής εμπειρίας που συγκροτεί την πραγματικότητα του ατόμου, της προσωπικής ευθύνης και της ελευθερίας επιλογής στην ανθρώπινη συμπεριφορά οι οποίες συνθέτουν τον βασικό άξονα της υπαρξιακής φιλοσοφίας (Μπρούζος,2004).

Όπως προαναφέρθηκε, κατανοούμε το τραύμα μέσα σε ένα κοινωνικό, πολιτισμικό και οντολογικό πλαίσιο αναφοράς, με βάση την υπαρξιακή προσέγγιση, ως μια θεμελιώδη επίθεση στο δικαίωμα του προσώπου να ζησει, στην προσωπική του αίσθηση αξίας. Το κατανοούμε ως μια καταλυτική επίθεση που κλονίζει την θεμελιακή κατασκευή που στηρίζει τον βασικό προσανατολισμό του ανθρώπου μέσα στον κόσμο και όχι ως ένα γεγονός που ανάγεται μηχανιστικά σε ένα σύνολο διαταραχών ή συμπτωμάτων (Greening,1990) . Εκτιμούμε τον ψυχικό τραυματισμό που υφίστανται τα παιδιά από διάφορες αιτίες ως μια εξελισσόμενη κοινωνική, πολιτισμική και οντολογική διεργασία και όχι ως μια στατική κατάσταση. Και αυτό είναι ακριβώς το σημείο που βλέπουμε την παρέμβαση και τον υποστηρικτικό – θεραπευτικό ρόλο που μπορεί να έχει ο θεσμός της παιδικής προστασίας .

Προσεγγίζοντας διαλεκτικά α) τη θέση που έχει το κάθε προσωπικό τραύμα στην ψυχική οικονομία του κάθε συγκεκριμένου παιδιού, β) τη δυναμική σχέση του τραυματικού γεγονότος με την προσωπική ιστορία του παιδιού και γ) τον ιδιαίτερο τρόπο εγγραφής του τραυματικού γεγονότος στον ψυχισμό και την κουλτούρα του

παιδιού (Μάτσα, 2007), προτείνουμε μια προσπάθεια δημιουργίας διευκολυντικών συνθηκών αυθεντικότητας στον τρόπο έκφρασης, γνήσιας αποδοχής και ενσυναισθητικής κατανόησης, στη συμπεριφορά και στάση ζωής των επαγγελματιών φροντιστών για την καθημερινή διαβίωση και εκπαίδευση των φιλοξενούμενων παιδιών στο πλαίσιο των δομών παιδικής προστασίας που μπορεί να συμβάλει με τη σειρά της στην ανάπτυξη της αυτοαποδοχής τους και στο να βλέπουν ενσυναισθητικά και τα ίδια τον εαυτό τους στην πορεία της μετατραυματικής τους ανάπτυξης και ίσως, το γεγονός αυτό, μια μέρα να τα οδηγήσει σε μια διαπίστωση που θα δικαιώνει την προσπάθεια μας: «Δεν είμαι αυτό που μου έτυχε στη ζωή, είμαι αυτό που επέλεξα να γίνω.» (Κάρλ Γιούνγκ)

Αυτή η οπτική, μας οδήγησε να επιλέξουμε ως θεωρητικό πλαίσιο του συμβουλευτικού προγράμματος που προτείνουμε, την, κατεξοχήν, οπτιμιστικής αντίληψης, προσωποκεντρική συμβουλευτική προσέγγιση που εμπιστεύεται, ίσως όσο καμιά άλλη θεραπευτική σχολή, τις εγγενείς δυνάμεις του ανθρώπου για ανύψωση στην υγιή ανάπτυξη και υποστηρίζει τη δημιουργική θεραπευτική αλλαγή της προσωπικότητας (Linster, 1980 οπ.αναφ. στο Μπούζος 2004). Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι η προσωποκεντρική προσέγγιση, όπως ο ίδιος ο Carl Rogers είχε προτείνει (Rogers, 1987 οπ.αναφ. στο Μπούζος, 2004), εφαρμόζεται από την αρχή της εξέλιξης της και σε περιοχές εκτός της ψυχοθεραπείας όπως στην οικογένεια (*Centre for Community Child Health. 2003, SAMHSA, 2020*), στην εκπαίδευση (Rogers, 1969 / 1988a. οπ.αναφ. στο Μπούζος, 2004. Gatongi, 2007. Hwang, 2017), σε εργαζόμενους στην κοινωνική εργασία (Alterhoff, 1983 οπ.αναφ. στο Μπούζος, 2004. Biermann-Ratjienet al., 1995 οπ.αναφ. στο Μπούζος, 2004. Murphy, 2012) και στην υγεία (Stewart et al, 2000. Reimer H., 2009. Edgman-Levitan et al., 2021), στην εργασία με ομάδες διευθέτησης συγκρούσεων (Lietaer & Keil, 2002 οπ.αναφ. στο Μπούζος, 2004) και γενικότερα σε κάθε μορφή διαπροσωπικής επικοινωνίας αποτέλεσε ένα σημαντικό εχέγγυο ορθότητας της επιλογής μας.

Σύμφωνα με τους Biermann- Ratjen (1995) η προσωποκεντρική συμβουλευτική προσέγγιση παρουσιάζει τα ακόλουθα δυνατά σημεία :

- α) Υποστηρίζει τη δυνατότητα ανάπτυξης όλων, ανεξάρτητα των ανθρώπων, καλλιεργεί την αυτοδιάθεση και μειώνει τον κίνδυνο χειραγώγησής τους.
- β) Αναγνωρίζει τα όρια ευθύνης του επαγγελματία που θα εμπλακεί στη συμβουλευτική θεραπευτική σχέση.



γ) Προσφέρει ένα σχεσιακό μοντέλο άμεσης διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης επαγγελματία και συμβουλευόμενου που βασίζεται σε αρχές και όχι σε εργαλειακές τεχνικές και που η ενεργοποίηση του μπορεί να επιφέρει αισθητές αλλαγές στο πρόβλημα, σταδιακά.

δ) Μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς διάκριση τόσο σε διαταραγμένες όσο και σε μη διαταραγμένες προσωπικότητες.

ε) Συμβάλλει στην αποφυγή συμπεριφορών εκτόνωσης συναισθήματος ( εξαρτήσεις από ουσίες, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές)

ζ) Προσφέρει άμεση βίωση θεραπευτικής ικανοποίησης και αισθήματος πληρότητας μέσα από το ότι ο συμβουλευόμενος αντιλαμβάνεται ότι τα βιώματά του έχουν ειπωθεί, ακουστεί και κατανοηθεί με μεγάλη προσοχή και χωρίς καμιά διάθεση κρίσης και κριτικής.

η) Υποστηρίζει καθοριστικά τη συνέχεια και τη θετική έκβαση της θεραπείας μέσα από την εμπειρία της ενσυναισθητικής ακρόασης και της ανεπιφύλακτης αποδοχής που προσφέρει ο επαγγελματίας στον συμβουλευόμενο για τον αληθινό του εαυτό, που επιφέρει σταδιακά την απελευθέρωσή του από αμυντικές συμπεριφορές προς επιθέσεις του περιβάλλοντος ενάντια στην αυτοαντίληψή του. (Biermann- Ratjen, 1995 οπ.αναφ. στο Μπρούζος, 2004).

Τα παραπάνω θεωρούνται άκρως σημαντικά και επιθυμητά επιτεύγματα για την περίπτωση μιας θεραπευτικής αντιμετώπισης του παιδικού ψυχικού τραυματισμού όπως μάλιστα εμφανίζεται στο περιβάλλον των δομών υποδοχής και παιδικής προστασίας.

### **3.3. Βασικές αρχές της προσωποκεντρικής προσέγγισης**

#### **3.3.1. Η υποκειμενική πραγματικότητα**

Ο Carl Rogers (1961) απορρίπτοντας την ντετερμινιστική φύση τόσο της ψυχανάλυσης όσο και του συμπεριφορισμού υποστήριξε ότι ο άνθρωπος βιώνει τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του θέτοντας στο επίκεντρο της προσωπικής του πραγματικότητας τον εαυτό του και ότι αυτός ο προσωπικός κόσμος βιωμάτων αποτελεί την πραγματικότητα. Επόμενα, δεν υφίσταται για τον άνθρωπο απόλυτη αντικειμενική πραγματικότητα καθώς η πραγματικότητα για τον καθένα ταυτίζεται με την υποκειμενική εμπειρία του (Rogers, 1972b οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004). Η υποκειμενική πραγματικότητα είναι αποφασιστικής σημασίας για την ανθρώπινη δραστηριότητα καθώς την κινεί και την καθορίζει. Σε αυτή τη διαρκώς

μεταβαλλόμενη υποκειμενική πραγματικότητα ο άνθρωπος αντιδρά ως ένα «οργανισμικό όλο» επιδιώκοντας την ικανοποίηση των πρωταρχικών του αναγκών για αγάπη και αποδοχή από τους σημαντικούς άλλους (Rogers, 1972b οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004).

### **3.3.2. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων**

Η δημιουργική ανάπτυξη ή ακόμη και η επανόρθωση μιας ελλειμματικής (τραυματικής) ανάπτυξης μπορεί να συμβεί μόνο μέσα στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων (Rogers, 1973 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004). Ο Carl Rogers θεμελίωσε τη σπουδαιότητα της διαπροσωπικής σχέσης *«στην ανάγκη του ανθρώπου για θετική αναγνώριση από σημαντικούς άλλους, στην πρωταρχική ανώτερη ανάγκη του να γίνεται αποδεκτός και να κατανοείται ως προς τα βιώματα του, να αναγνωρίζεται ως πρόσωπο ως μοναδική και αξιαγάπητη οντότητα»* (Rogers, 1987 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004). Οι συνθήκες για υγιή ή διαταραγμένη ανάπτυξη του παιδιού (οι αξίες, η αντίληψη του εαυτού, ο βαθμός συμφωνίας ή ασυμφωνίας μεταξύ εαυτού και εμπειριών) θεμελιώνονται στις σχέσεις του παιδιού με τους σημαντικούς άλλους (Rogers, 1973 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004). Στην προσωποκεντρική θεωρία η ανάπτυξη υγιών (θεραπευτικών) διαπροσωπικών σχέσεων έχει εξέχουσα σημασία όχι μόνο ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργική θεραπευτική αλλαγή στην προσωπικότητα του παιδιού (Rogers, 1991α οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004) αλλά και ως θεμέλιο για την ανθρώπινη ανάπτυξη (Rogers, 1987 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004).

### **3.3.3. Η τάση πραγμάτωσης**

Τον πυρήνα, την κεντρική υπόθεση της προσωποκεντρικής προσέγγισης στη συμβουλευτική ανθρωπιστική ψυχολογία, από την οποία προκύπτει σε μεγάλο βαθμό και η δράση του θεραπευτή, αποτελεί η διατύπωση της έννοιας της τάσης πραγμάτωσης. Ο Rogers εκκινώντας από την υπόθεση ότι *«σε κάθε ζωντανό οργανισμό ενυπάρχει μια βασική κινητήρια δύναμη η οποία προάγει την ανάπτυξη, την εξέλιξη και την αυτονομία του»* (Angyal, 1941. Goldstein, 1934. Maslow, 1987 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004) υποστηρίζει ότι η μοναδική «κινητήρια δύναμη» για την ανθρώπινη συμπεριφορά και δράση είναι η τάση πραγμάτωσης (Rogers, 1972b οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004). Η τάση πραγμάτωσης ορίζεται ως *«η έμφυτη τάση του οργανισμού να αναπτύξει όλες του τις δυνατότητες με τρόπους που υπηρετούν τη συντήρησή του ή την ανάπτυξή του»* (Rogers, 1987 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004).

Όπως καλύτερα εκφράζεται από τον ίδιο τον Carl Rogers : *«Είναι ότι το άτομο έχει μέσα του τεράστιους πόρους για αυτοκατανόηση, για αλλαγή της αυτοαντίληψης του, των στάσεων και της αυτοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς του - και ότι αυτοί οι πόροι μπορούν να αξιοποιηθούν μόνο σε ένα καθορισμένο κλίμα διευκολυντικών ψυχολογικών στάσεων και σχέσεων, όταν αυτές παρασχεθούν»* (Rogers 1980, οπ. αναφ. στο McLeod, S. A., 2019).

### **3.3.4 Η έννοια του εαυτού**

Η έννοια του εαυτού ή της αυτο-εικόνας του ατόμου θεωρείται βασική έννοια στην προσωποκεντρική θεωρία της προσωπικότητας. Γιαυτό το λόγο στο σχεδιασμό του προτεινόμενου προγράμματος (παρατίθεται αναλυτικά στο Παράρτημα Ι) συμπεριλάβαμε δραστηριότητες που αγγίζουν πλευρές του εαυτού. Ο Rogers ορίζει τον εαυτό ως ένα σταθερά οργανωμένο εννοιολογικό σύνολο που αποτελείται από τις αντιλήψεις του ατόμου για τα χαρακτηριστικά, τις σχέσεις και τις αξίες του «εγώ» ή του «εμένα» με τους άλλους και τα βιώματα της ζωής (Rogers, 1977 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004). Διακρίνει τρεις συνιστώσες του «εαυτού»: α) την εικόνα που έχει ένα άτομο για το ίδιο (Αυτοεικόνα, Εικόνα Εαυτού, Self Image), β) την αξία που δίνει στον εαυτό (Αυτοεκτίμηση, Self Esteem ή Self-worth), γ) το πώς θα ήθελε στην πραγματικότητα να είναι (Ιδανικός Εαυτός, Ideal Self). Η αντίληψη του εαυτού (αυτο-εικόνα) περιλαμβάνει εκείνα τα χαρακτηριστικά και τις εμπειρίες τα οποία το άτομο αναγνωρίζει ως δικά του, ως «εγώ» (I) ή «εμένα» (Me). Όταν το άτομο ζει σε ένα ευνοϊκό περιβάλλον, όπου οι ανάγκες και οι εμπειρίες του αναγνωρίζονται και γίνονται αποδεκτές τότε το άτομο τείνει να αναγνωρίζει και το ίδιο τις εμπειρίες του και δεν υπάρχει διάσταση ή ασυνέπεια ανάμεσα στον εαυτό και την εμπειρία. Όταν όμως το άτομο γίνεται αποδεκτό από τους άλλους στο περιβάλλον του μόνο υπό όρους, και, όταν σημαντικές εμπειρίες δεν γίνονται αποδεκτές ούτε αναγνωρίζονται, τότε το άτομο αρχίζει και το ίδιο να διαστρεβλώνει ή να αρνείται πλευρές της εμπειρίας του. Αυτό συμβαίνει λόγω της ανάγκης του για αποδοχή από τους άλλους και έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται διάσταση ή ασυνέπεια ανάμεσα στην πραγματικότητα και τον εαυτό: το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση «ασυμφωνίας» και είναι ευάλωτο (Mearns & Thorne, 1988 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004) . Οι όροι αξίας, οι όροι δηλαδή με τους οποίους κάποιος γίνεται αποδεκτός από το περιβάλλον του, τείνουν να ενδοβάλλονται από το άτομο, με αποτέλεσμα να αποτελούν πλέον

μέρος της αντίληψης για τον εαυτό του (Rogers & Wood, 1977 οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004).

### **3.3.5. Οι τρεις θεραπευτικές συνθήκες**

Υπάρχουν τρεις θεραπευτικές συνθήκες που συνθέτουν αυτό το διευκολυντικό κλίμα που προάγει την ανάπτυξη που, όπως διευκρίνισε ο Carl Rogers, αφορούν κάθε μορφής διαπροσωπική σχέση, επόμενα και τη σχέση επαγγελματία φροντιστή με το φιλοξενούμενο παιδί μιας δομής παιδικής προστασίας. Σύμφωνα μάλιστα, με τον Rogers οι ακόλουθες θεραπευτικές συνθήκες ισχύουν σε κάθε κατάσταση που έχει ως στόχο την ανάπτυξη του ατόμου (Rogers, 1959, 1961 οπ. αναφ. στο Bozarth & Bradley, 1986):

#### **3.2.5.1. Η Γνησιότητα (Genuineness)**

Η πρώτη θεραπευτική συνθήκη για την προώθηση της ανάπτυξης και της διαπροσωπικής σχέσης είναι η γνησιότητα του θεραπευτή (επαγγελματία φροντιστή) η οποία σύμφωνα με τον Lietaer (1992) περιλαμβάνει δύο πλευρές στην έκφρασή της: α) τη *συμφωνία (congruence)* και β) τη *διαφάνεια (transparency)* (Lietaer, 1992 οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004). Η συμφωνία αποτελεί την εσωτερική πλευρά της γνησιότητας και αναφέρεται στο βαθμό που ο επαγγελματίας φροντιστής είναι δεκτικός στο σύνολο των βιωμάτων του και αποδέχεται κάθε πλευρά του εαυτού του, θετική ή αρνητική. Η διαφάνεια αποτελεί την εξωτερική επικοινωνιακή πλευρά της γνησιότητας και αναφέρεται στο βαθμό που ο επαγγελματίας φροντιστής δείχνει κατά την επικοινωνία του με το παιδί με άμεσο τρόπο τα πραγματικά του συναισθήματα, που το αφορούν, ή «κρύβεται» πίσω από ένα επαγγελματικό προσωπίο.

Όσο περισσότερο ο επαγγελματίας φροντιστής είναι ο εαυτός του στη σχέση του με το τραυματισμένο παιδί, χωρίς να «φορά» κάποιο επαγγελματικό προσωπίο άμυνας των δυσκολιών που αντιμετωπίζει, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα το παιδί να επανακτά την πληγείσα εμπιστοσύνη, να αλλάζει σταδιακά θεραπευτικά και να αναπτύσσεται με εποικοδομητικό τρόπο. Σύμφωνα με τον Rogers (1997) η γνησιότητα είναι το βασικότερο χαρακτηριστικό της προσωποκεντρικής θεραπευτικής στάσης καθώς στην περίπτωση, για παράδειγμα, που ο επαγγελματίας φροντιστής κρύβει τα αληθινά του συναισθήματα, το παιδί διαισθάνεται ότι δεν είναι αληθινό το ενδιαφέρον του για εκείνο αλλά διεκπεραιωτικό και δεν τον εμπιστεύεται. Η γνησιότητα με αυτόν τον τρόπο αποτελεί το θεμέλιο για την ανάπτυξη και των

άλλων δύο θεραπευτικών συνθηκών της ενσυναίσθησης και της ανεπιφύλακτης θετικής αποδοχής (Rogers, 1977,1991b οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004).

### **3.3.5.2. Η ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση (Unconditional positive regard)**

Η δεύτερη θεραπευτική συνθήκη για τη δημιουργική αλλαγή του τραυματισμένου παιδιού είναι η ανεπιφύλακτη θετική του αναγνώριση ή άνευ όρων αποδοχή «έτσι ακριβώς όπως είναι» από την πλευρά του επαγγελματία φροντιστή. Η αποδοχή χωρίς όρους σημαίνει μια στάση που αποδέχεται το παιδί ως πρόσωπο χωρίς να το αξιολογεί και να το κρίνει, ακόμη και αν δε συμφωνεί μαζί του και χαρακτηρίζεται από μια συμπεριφορά συναισθηματικής θέρμης, συμμετοχικού και ενσυναισθητικού σεβασμού από τον επαγγελματία φροντιστή απέναντί του, χωρίς πρόθεση να το εξουσιάσει, που δημιουργεί τις συνθήκες για το παιδί να σκέφτεται και να δρα ελεύθερο, να εμπιστεύεται τις δυνάμεις του (Μπρούζος, 2004).

Σύμφωνα με τον Lietaer (1988) η ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση αποτελείται από τρεις ανεξάρτητες μεταξύ τους διαστάσεις: α) τη *θετική διάθεση* που αφορά τη θερμή συναισθηματική συμπεριφορά του επαγγελματία φροντιστή προς το παιδί, αφορά τον βαθμό που ο επαγγελματίας φροντιστής εκτιμά το παιδί, αναγνωρίζει τις δυνατότητές του και νοιάζεται για την εξέλιξή του με τρόπο μη κτητικό και εξουσιαστικό αλλά ακολουθώντας και αξιοποιώντας τους ρυθμούς ανάπτυξης του ίδιου του παιδιού. Είναι μια στάση που χαρακτηρίζεται και ως φροντίδα (caring) ή μη κτητική θέρμη (nonpossessive warmth), β) τη *μη κατευθυντικότητα* που αναφέρεται στη στάση του σεβασμού απέναντι στην προσωπικότητα, στα βιώματα και στα δικαιώματα του παιδιού, στην προσέγγισή του ως μοναδικής και ανεπανάληπτης οντότητας που έχει δικαίωμα λόγου στα θέματα που αφορούν τη ζωή του και γ) *την απουσία όρων* που αφορά τη σταθερότητα στη στάση ανεπιφύλακτης θετικής αναγνώρισης του παιδιού από τον επαγγελματία φροντιστή, την αποδοχή του παιδιού χωρίς προϋποθέσεις ανεξάρτητα από το αν το παιδί αποδέχεται ή στέκεται απορριπτικό/επικριτικό απέναντι στον εαυτό και τα συναισθήματά του, μια κατάσταση που εμφανίζεται πολύ συχνά στα τραυματισμένα παιδιά (Lietaer, 1988 οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004).

Η σημασία της στάσης ανεπιφύλακτης θετικής αναγνώρισης από τον επαγγελματία φροντιστή προς το τραυματισμένο παιδί έγκειται στο ότι θα ικανοποιήσει μια βασική ανθρώπινη ανάγκη (που στην περίπτωση του ψυχικού τραύματος μένει επί μακρόν αγνοημένη) την ανάγκη του παιδιού να το εκτιμούν και να το αποδέχονται όπως είναι, χωρίς όρους. Ιδιαίτερα για την περίπτωση των ψυχικά

τραυματισμένων παιδιών από κακοποίηση ή άλλες αντίξοες εμπειρίες ζωής η ικανοποίηση της ανάγκης να ενισχύει ο επαγγελματίας φροντιστής το συναίσθημα της επάρκειάς τους για να πιστέψουν στις δικές τους δυνάμεις , η ικανοποίηση της ανάγκης να στρέψει την προσοχή τους προς τα δυνατά τους σημεία, η ικανοποίηση της ανάγκης να δημιουργήσει τις θεραπευτικές προϋποθέσεις που θα τα διευκολύνουν να ενσωματώσουν την τραυματική εμπειρία στην αυτοαντίληψη τους και να αναζητήσουν νέο νόημα ζωής, η ικανοποίηση της ανάγκης να αποδεχθούν τις αδυναμίες τους και να δουν την αποτυχία, την απώλεια και το τραύμα ως μέρος της ζωής αποτελεί ζήτημα ζωτικής σημασίας για να επιτευχθεί η μετατραυματική τους ανάπτυξη (Μπρούζος 2004). Όπως επισημαίνει ο Rogers (1973): *«Όταν αποδέχομαι τον εαυτό μου όπως είναι, τότε αλλάζω»* (Rogers, 1973 οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004). Η στάση της ανεπιφύλακτης θετικής αναγνώρισης ενθαρρύνει την αναγνώριση του εαυτού, την αύξηση της αποδοχής του και της αυτοεκτίμησης. Τα στοιχεία αυτά διευκολύνουν τη διαδικασία αυτοεξερεύνησης η οποία με τη σειρά της οδηγεί στη θετική αλλαγή της προσωπικότητας και στην ανάπτυξη και ωρίμανση του εαυτού (Μπρούζος, 2004).

### **3.3.5.3. Η ενσυναίσθηση (empathy) ή ακριβής ενσυναισθητική κατανόηση (accurate empathic understanding)**

Η τρίτη διευκολυντική συνθήκη της θεραπευτικής σχέσης είναι η ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση για τον Rogers (1972b) αποτελεί τον τρόπο για να κατανοήσουμε και να αποδεχθούμε την υποκειμενική πραγματικότητα του άλλου ανθρώπου, διεισδύοντας στον εσωτερικό κόσμο των βιωμάτων του, στο εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς. Έτσι , σύμφωνα με τον Rogers *«ο ρόλος του θεραπευτή έγκειται, εφόσον είναι σε θέση γι' αυτό, να παραλαμβάνει το εσωτερικό σύστημα αναφοράς του συμβουλευόμενου , να βλέπει τον κόσμο όπως τον βλέπει ο συμβουλευόμενος, να βλέπει τον συμβουλευόμενο όπως ο ίδιος βλέπει τον εαυτό του, να αποβάλλει (ο θεραπευτής) όλες τις αντιλήψεις που προέρχονται από το εξωτερικό σύστημα αναφοράς και να κοινοποιεί στον συμβουλευόμενο όσα κατανόησε μέσω της ενσυναίσθησης»* (Rogers, 1972b οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004).

Όπως γίνεται φανερό η ενσυναισθητική κατανόηση, που θα αναλυθεί εκτενέστερα σε ακόλουθη ενότητα, είναι μια περίπλοκη διαδικασία που σημαίνει ότι ο θεραπευτής επαγγελματίας φροντιστής αισθάνεται με ακρίβεια τα συναισθήματα

και τα προσωπικά νοήματα που βιώνει το παιδί και επικοινωνεί αυτή την αποδεκτή κατανόηση στο παιδί (Bozarth & Bradley, 1986).

### **3.3.6. Τα χαρακτηριστικά μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης και οι προϋποθέσεις για τη θεραπευτική αλλαγή**

Η προσωποκεντρική θεραπευτική σχέση θεμελιώνεται σε μια προσωπική συνάντηση δύο προσώπων (επαγγελματία φροντιστή και παιδιού) που εξελίσσεται με μια και μοναδική «τεχνική»: *«τη συμπεριφορά του επαγγελματία φροντιστή η οποία μεταδίδει στο παιδί ενσυναίσθηση, γνησιότητα και ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση κατά τέτοιο τρόπο, ώστε, τουλάχιστον υποτυπωδώς, να γίνουν γνωστά στο παιδί όσα ο φροντιστής του κατανόησε και αναγνώρισε ανεπιφύλακτα»* (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1995 οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004).

Τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά μια προσωποκεντρικής σχέσης στο πεδίο της παιδικής προστασίας βασίζονται στο ότι το κύριο ενδιαφέρον του επαγγελματία φροντιστή επικεντρώνεται στην οικοδόμηση μιας σχέσης ισοτιμίας και σύμφωνα με τους Mearns & Thorne (1988) είναι τα ακόλουθα:

- 1<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής είναι όσο το δυνατό πιο ανοιχτός σε σχέση με τις προθέσεις του.
- 2<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής εκφράζει ρητά ή έμμεσα ότι δεν είναι πρόθεσή του να αναλάβει την ευθύνη για το παιδί αλλά ότι θα κάνει ότι χρειάζεται για να δημιουργήσει μια σχέση κατά την οποία το παιδί θα ανακαλύπτει τον εαυτό του σε κλίμα κατανόησης και υποστήριξης.
- 3<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής δεν ασκεί χειραγώγηση στο παιδί αλλά οδηγείται από τις προόδους του παιδιού.
- 4<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής δεν υποστηρίζει ότι είναι ειδικός βάση της εμπειρίας του για το τι είναι καλό για το παιδί χωρίς τη συμμετοχή του παιδιού.
- 5<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής δεν ενδιαφέρεται αποκλειστικά να πετύχει καλά αποτελέσματα για το παιδί (ως επαγγελματική επιβράβευση για τον ίδιο).
- 6<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής διευκρινίζει τι μπορεί να προσφέρει στο παιδί σε κάθε στάδιο της πορείας της σχέσης τους.
- 7<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής δεσμεύεται ότι θα κάνει ότι καλύτερο μπορεί στη σχέση του με το παιδί .
- 8<sup>ο</sup>** Ο επαγγελματίας φροντιστής είναι έτοιμος να επενδύσει τον εαυτό του στη σχέση με το παιδί.

9<sup>ο</sup> Ο επαγγελματίας φροντιστής επιθυμεί την ελευθερία του παιδιού να εκφράζει κάθε στιγμή τον αληθινό του εαυτό, να είναι όσο περισσότερο μπορεί ο εαυτός του.

Σύμφωνα με τον Rogers (1959), για να ξεκινήσει η διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής θα πρέπει να συνυπάρχουν για ένα εύλογο χρονικό διάστημα έξι συγκεκριμένες προϋποθέσεις οι οποίες κρίνονται όχι μόνο απαραίτητες αλλά και επαρκείς. Επιπλέον κρίνονται σημαντικές για κάθε μορφή ψυχοθεραπευτική σχέση. Συγκεκριμένα οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής:

1<sup>η</sup> *“Δύο πρόσωπα βρίσκονται σε πραγματική ψυχολογική επαφή μεταξύ τους.*

2<sup>η</sup> *Το ένα από τα δύο πρόσωπα, θεραπευόμενος βρίσκεται σε κατάσταση ασυμφωνίας, ασχολείται δηλαδή με εκείνα τα βιώματα που δεν ταιριάζουν στην αυτοαντίληψη του, και συνακόλουθα διακατέχεται από άγχος και ένταση.*

3<sup>η</sup> *Το άλλο πρόσωπο, ο θεραπευτής βρίσκεται σε κατάσταση συμφωνίας και είναι αυθεντικός στη σχέση του με τον θεραπευόμενο.*

4<sup>η</sup> *Ο θεραπευτής βιώνει ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση για το σύνολο των εμπειριών του θεραπευόμενου.*

5<sup>η</sup> *Ο θεραπευτής βιώνει ενσυναισθητική κατανόηση για το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του θεραπευόμενου και προσπαθεί να τη μεταδώσει στον θεραπευόμενο.*

6<sup>η</sup> *Ο θεραπευόμενος βιώνει τουλάχιστον υποτυπωδώς την ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση, την ενσυναίσθηση και τη γνησιότητα που μεταδίδει ο θεραπευτής.”*  
(Rogers,1959,1987a οπ. αναφ. στο Μπρούζος, 2004 )

Ο Rogers επισήμανε ιδιαίτερα την αναγκαιότητα της σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Χαρακτήρισε τις προϋποθέσεις ως «επαρκείς» για να τονίσει ότι αν αυτές οι έξι συνθήκες υπάρχουν για μία περίοδο, είναι ικανές να προωθήσουν την εποικοδομητική αλλαγή της προσωπικότητας. Εάν, ωστόσο, μία ή περισσότερες από τις παραπάνω προϋποθέσεις δεν ικανοποιούνται, δεν θα επέλθει η αλλαγή (Rogers C. R., 2007).

Σύμφωνα με τον Yalom (2009), η θεραπεία στην πραγματικότητα δεν είναι καθοδηγούμενη από τις ακολουθούμενες τεχνικές ούτε από τη θεωρία αλλά καθοδηγείται από τη θεραπευτική σχέση που οικοδομείται καθώς ο πραγματικός



παράγοντας της δημιουργικής αλλαγής είναι ακριβώς αυτή η θεραπευτική σχέση. Γιαυτό το λόγο, επισημαίνει ο Yalom (2009) *«είναι χρήσιμο να αναρωτιόμαστε συχνά ως σύμβουλοι ή θεραπευτές:*

- *Τι πρέπει να συμβεί σε αυτή τη σχέση αυτή τη στιγμή για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του συγκεκριμένου παιδιού; Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για να το διευκολύνω εγώ αυτό;*

- *Πως θα καταφέρω να διατηρήσω την επαφή μεταξύ εμένα και του τραυματισμένου παιδιού έτσι ώστε η θεραπευτική σχέση να μπορέσει σταδιακά να αποκτήσει ρίζες;»* (Yalom, 2009 οπ αναφ. στο Mei-whei Chen και Nan J. Giblin, 2018). Η απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι η ενσυναίσθηση, η λέξη κλειδί και θεμέλιο για την πολύτιμη θεραπευτική σχέση μεταξύ επαγγελματία φροντιστή και ψυχικά τραυματισμένου παιδιού (Mei-whei Chen και Nan J. Giblin, 2018).

#### **3.4. Η προσωποκεντρική συμβουλευτική προσέγγιση για το ψυχικό τραύμα**

Σύμφωνα με τους Wade & Schenck (2012) η προσωποκεντρική συμβουλευτική προσέγγιση του Carl Rogers *«ικανοποίησε την ανάγκη να επιτρέπεται σε όλες τις φωνές, αντιλήψεις και εμπειρίες να ακουστούν μέσα σε έναν αμερόληπτο, προστατευμένο και με σεβασμό, για την ανάγκη του κάθε ανθρώπου, χώρο όπου μπορούν να μοιράζονται εμπειρίες και προοπτικές»* (Wade B. & Schenck R., 2012).

Αυτή ακριβώς η αποδοχή κάθε φωνής και η αυθεντική κατανόηση από την προσωποκεντρική θεωρία μπορεί να προσφέρει ένα ασφαλές πλαίσιο εντός του οποίου οι άνθρωποι που έχουν υποστεί ψυχικό τραυματισμό να μοιραστούν ελεύθερα τις εμπειρίες του τραύματος τους και να εξερευνήσουν θεραπευτικά ποιες ήταν οι επιπτώσεις των τραυματικών γεγονότων στην αντίληψή για τον εαυτό τους. Με μια προσωποκεντρική οπτική το τραύμα είναι μια εμπειρία που υπονομεύει την αίσθηση του εαυτού και τις υπάρχουσες αξίες του, είναι απειλή και πληγώνει τον εαυτό, προκαλώντας έντονο πόνο, *«κλέβει την αίσθηση του είμαι εγώ»* του προσώπου (Wade B. & Schenck R., 2012).

Η προσωποκεντρική θεωρία βασίζεται στην πίστη στο εποικοδομητικό δυναμικό του ανθρώπου και στην εγγενώς στοχευμένη συμπεριφορά του προς την υγεία, την ανάπτυξη και την προσαρμογή (Moore, 1994· Van Dyk, 2000. Μπρούζος 2004). Υπογραμμίζει την κεντρική θέση των υποκειμενικών εμπειριών του ατόμου. Υποστηρίζει ότι ένα πρόσωπο βιώνει και αντιλαμβάνεται τον εσωτερικό και τον εξωτερικό του κόσμο με βάση την αντίληψη του εαυτού του. Επομένως, ένα

πρόσωπο γίνεται καλύτερα κατανοητό από την οπτική γωνία του πλαισίου αναφοράς του/της (Rogers, 1951). Η αντίληψη ενός ανθρώπου για τον εαυτό του διαμορφώνεται σε αλληλεπίδραση με σημαντικούς άλλους . Στη διερεύνηση του ψυχικού τραύματος η προσωποκεντρική προσέγγιση αναφέρεται σε ένα «πρόσωπο που βίωσε τραύμα» και όχι σε ένα «θύμα» τραύματος χαρακτηρισμός που αποσυνδέει το πρόσωπο από το συμβάν και την εμπειρία του από το συμβάν (Grobler & Schenck, 2010 ).

Ο «εαυτός» καθορίζει ποιες εμπειρίες και αξίες μπορεί ή δεν μπορεί να επιτρέψει το πρόσωπο στο συνειδητό του μυαλό . Οι τραυματικές εμπειρίες που απειλούν την αντίληψη του ανθρώπου για το ποιος είναι θα απορριφθούν, θα αγνοηθούν ή θα παραμορφωθούν, δημιουργώντας μια εσωτερική αναταραχή, με την προκύπτουσα ψυχολογική ένταση, και έτσι το άτομο θα προσπαθήσει να προστατεύσει τον εαυτό του/της (Grobler & Schenck, 2010). Επίσης, εάν ένας άνθρωπος δεν γνωρίζει ποιος είναι (δεν έχει καμία σαφής αίσθηση του εαυτού του ή της ταυτότητας του, χαρακτηριστική αίσθηση στην ύπαρξη τραυματισμού), ή δεν γνωρίζει ποια συμπεριφορά ταιριάζει με αυτόν ή ακόμα και ποιες αξίες, το άτομο μπορεί να μπει στον πειρασμό να υιοθετήσει συμπεριφορές σημαντικών άλλων (Grobler & Schenck, 2010).

Σύμφωνα με την προσωποκεντρική προσέγγιση, οι εμπειρίες μπορεί να συμβολοποιηθούν (να γίνουν συνειδητές) ή να μη συμβολοποιηθούν (να παραμείνουν ασυνείδητες ή πέρα από τη συνειδητή επίγνωση), ανάλογα με το αν είναι σύμφωνες με την αυτοαντίληψη του προσώπου. Ανεξάρτητα από το αν οι εμπειρίες συμβολίζονται ή όχι, έχουν επίδραση στην αυτοαντίληψη του.

Ο συμβολισμός των εμπειριών διευκολύνεται από ένα ασφαλές πλαίσιο ενσυναίσθησης, επιτρέποντας έτσι στον τραυματισμένο άνθρωπο να αποδεχτεί τις τραυματικές εμπειρίες στη συνειδητή επίγνωση και να προσαρμόσει τις περισσότερες από αυτές. Όταν συμβεί αυτό, το πρόσωπο θα είναι σε ειρήνη με τον εαυτό του, θα μπορεί να συμπεριφέρεται με τρόπους που ταιριάζουν με τον νέο του εαυτό και να αναπτύσσει αξίες που είναι σύμφωνες με τον εαυτό του (Grobler & Schenck, 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ (EMBATHY)

*- Πρίγκιπας Λεβ Νικολάγεβιτς Μίσκιν: Η ομορφιά θα σώσει τον κόσμο.*

«Ο Ηλίθιος» (1869)

Φιοντόρ Ντοστογιέφσκι

### Εισαγωγή

Αποτελεί μέρος της ανθρώπινης φύσης μας, από τη στιγμή της γέννησης και καθόλη τη διάρκεια της ζωής μας να δημιουργούμε συναισθηματικούς δεσμούς με τους άλλους ανθρώπους και να γνωρίζουμε τον εαυτό μας και τον κόσμο που μας περιβάλλει μέσα από τη σύναψη σχέσεων.

Η διαπροσωπική σύνδεση αποτελεί για το ανθρώπινο είδος βασική προϋπόθεση επιβίωσης και θεμελιώδη ψυχοσυναισθηματική ανάγκη. Από τα πιο απλά ερεθίσματα ως τα πλέον κοινωνικά, ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται το περιβάλλον με όρους διαπροσωπικούς (Καφέτσιος, 2005). Η ανάγκη για ανθρώπινη επαφή, για βαθύτερη επικοινωνία και κατανόηση, για γνήσια αλληλεπίδραση με τους σημαντικούς άλλους αποτελούν βασικές ανθρώπινες ανάγκες χωρίς την ικανοποίηση των οποίων δε μπορεί να υπάρξει αυτοπραγμάτωση και εξέλιξη (Murray, 1938 οπ. αναφ. στο Κιοσσές, 2017). Η ενσυναίσθηση αποτελεί τον πυρήνα της ανθρώπινης δυνατότητας για επαφή και επικοινωνία.

### 4.1. Προσδιορισμός της έννοιας της ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση, δηλαδή, η ικανότητα να κατανοεί κανείς, να καθρεφτίζει και να επικοινωνεί τα συναισθήματα και τις ψυχικές καταστάσεις των άλλων σαν να ήταν δικές του, είναι μια βασική κοινωνική ικανότητα που σμιλεύτηκε από μια μακρά ιστορία εξέλιξης των θηλαστικών για την ενίσχυση της επιβίωσης των ειδών, την παροχή ομαδικής επικοινωνίας και τη διασφάλιση της δυνατότητας κοινωνικής ζωής (Bernhardt & Singer, 2012).

Η ενσυναίσθηση διαδραματίζει κρίσιμο διαπροσωπικό και κοινωνικό ρόλο, επιτρέποντας την ανταλλαγή εμπειριών, αναγκών και επιθυμιών μεταξύ των ανθρώπων και παρέχοντας μια συναισθηματική γέφυρα που προάγει την ουσιαστική ανθρώπινη επικοινωνία και την προκοινωνική συμπεριφορά. Αυτή η ικανότητα

απαιτεί μια εξαιρετική αλληλεπίδραση νευρωνικών δικτύων και μας δίνει τη δυνατότητα να αντιλαμβανόμαστε τα συναισθήματα των άλλων, να συντονιζόμαστε μαζί τους συναισθηματικά και γνωστικά, να λαμβάνουμε την οπτική των άλλων και να διακρίνουμε τα δικά μας από τα συναισθήματα των άλλων (Riess H. ,2017) .

Ο υπαρξιστής φιλόσοφος Martin Buber (1996) πρόσθεσε μια βαθύτερη υφή στην έννοια της ενσυναίσθησης περιγράφοντας τη σχέση ενσυναίσθησης ως «Εγώ και Εσύ», απέναντι στη στάση ασέβειας της μη ενσυναίσθησης ως «Εγώ και Αυτό» (“I and Thou”). Σε αυτήν τη «δυνατή» περιγραφή του Buber, ο ανθρώπινος σεβασμός και το ενδιαφέρον για τον άλλο έρχεται σε αντιδιαστολή με την αντικειμενοποίηση και την απανθρωποποίηση του άλλου προσώπου, κάτι που αποδεικνύεται πολύ συχνά στις σημερινές κοινωνίες (Buber M., 1996 οπ. αναφ. στο Riess, 2017)

Η έννοια της ενσυναίσθησης εισήχθη για πρώτη φορά από τον Γερμανό ιστορικό της τέχνης Robert Vischer (1873) για να περιγράψει στο πεδίο της Αισθητικής την ικανότητα σύλληψης της υποκειμενικής εμπειρίας του άλλου καλλιτέχνη, θεωρώντας ότι είναι αυτή ακριβώς, η υποκειμενική του εμπειρία, που αποτελεί την κινητήρια δύναμη του έργου του. Χρησιμοποίησε τη γερμανική λέξη «*Einfühlung*», από το ρήμα *ein-fühlen* «εν + αισθάνομαι» που σήμαινε «μπαίνω μέσα στον άλλο και καταλαβαίνω πώς αισθάνεται» και σήμαινε την εν-αίσθηση (Μπαμπινιώτης, 2019) για να περιγράψει, αισθανόμενος, τη συναισθηματική «γνώση» ενός έργου τέχνης.

Στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Γερμανός φιλόσοφος και ψυχολόγος Theodore Lipps (1851-1914) μετέφερε την έννοια της ενσυναίσθησης από το χώρο των εικαστικών τεχνών στο πεδίο της ψυχολογίας και επέκτεινε τη σημασία της για να σημαίνει «να αισθάνεσαι τον δρόμο προς την εμπειρία του άλλου» θεωρώντας ότι η εσωτερική μίμηση των πράξεων των άλλων έπαιξε κρίσιμο ρόλο στην πρόκληση ενσυναίσθησης (Riess H. ,2017). Η έννοια της ενσυναίσθησης έγινε ευρέως γνωστή στη δεκαετία του 1920 από τον Αμερικανό ψυχολόγο E. B. Titchener που απέδωσε στην αγγλική γλώσσα, τη γερμανική λέξη «*Einfühlung*», ως «*empathy*» χρησιμοποιώντας την αρχαιοελληνική λέξη «*εμπάθεια*» (εν + πάθος= *αισθάνομαι εντός*)( Goleman, 1998 οπ. αναφ. στο Μπρούζος, 2004)

Η ενσυναίσθηση έχει κεντρική σημασία για την κοινωνική, την κλινική και την συμβουλευτική ψυχολογία, την ψυχολογία της προσωπικότητας καθώς και για πολλούς άλλους επιστημονικούς τομείς όπως την νευροεπιστήμη, την κοινωνιολογία,

την εκπαίδευση καθώς και για τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα προσφοράς στην υγεία και στη φροντίδα, ιδιαίτερα των κοινωνικά ευάλωτων πληθυσμών (Hall & Schwartz, 2018).

Στην ψυχολογία η ενσυναίσθηση, αποτελεί μια έννοια που εμφανίζεται ως θεμελιακό συστατικό της θεραπευτικής σχέσης στην ψυχοθεραπεία σε όλες τις θεωρητικές ψυχολογικές σχολές (ψυχαναλυτική, συμπεριφοριστική, ανθρωπιστική, gestalt, συστημική, θεωρία του εαυτού και άλλες) σε διαφορετικό βαθμό και επίπεδο για την καθεμιά, καθώς εγείρει μεγάλο ενδιαφέρον για την αποτελεσματικότητα της στη θεραπευτική πράξη.

Παρά την ύπαρξη πληθώρας εννοιολογικών ορισμών της ενσυναίσθησης, στη βιβλιογραφία δεν εμφανίζεται ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της, όταν πρόκειται για τη πλήρη αναγνώριση του όρου και των χαρακτηριστικών που τον διέπουν και για την ακρίβεια υπάρχει μεγαλύτερη διαφωνία για την πολυσυζητημένη έννοια της ενσυναίσθησης παρά συμφωνία ανάμεσα στους ερευνητές της (Hall & Schwartz, 2018). Μάλιστα όπως υποστήριξε ο Wispré (1986) στην έννοια της ενσυναίσθησης ενδεχόμενα να προσδίδονται χαρακτηριστικά διαφορετικών εννοιών (για παράδειγμα της συμπάθειας) καθώς ορίζεται από διαφορετικούς ερευνητές με πολύ διαφορετικό τρόπο ενώ ο Batson (2009) όρισε την ενσυναίσθηση ως μια πολύπλοκη διαδικασία συναισθηματικών και γνωστικών στοιχείων εξηγώντας ότι τα διάφορα φαινόμενα που σχετίζονται με αυτή «συσχετίζονται το ένα με το άλλο, αλλά δεν είναι πτυχές, όψεις ή συστατικά ενός μεμονωμένου πράγματος που είναι η ενσυναίσθηση» ελπίζοντας όπως επισήμανε να μειώσει τη σύγχυση αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητά της (Batson, 2009 οπ. αναφ. στο Hall & Schwartz, 2018).

Από ερευνητές η ενσυναίσθηση περιγράφεται μερικές φορές ως ένα γνωστικό χαρακτηριστικό που χαρακτηρίζει την κατανόηση των εμπειριών των άλλων ενώ άλλες φορές περιγράφεται ως συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζει την ανταλλαγή συναισθημάτων και άλλες φορές ως έννοια που περιλαμβάνει τόσο τη γνώση όσο και το συναίσθημα (Hojat , 2007). Ωστόσο, εκφράζεται συμφωνία στο ότι η ικανότητα ενσυναίσθησης εξαρτάται άμεσα από την ικανότητα ενός ατόμου να αισθάνεται τα δικά του συναισθήματα και να τα αναγνωρίζει (Mercer & Reynolds, 2002. Attar, 2012) ενώ ο Rogers (1988) επισημαίνει ότι η ενσυναισθητική ικανότητα είναι ένδειξη ψυχολογικής ωριμότητας (Rogers, 1988 οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004).

Σύμφωνα με την πολυδιάστατη προσέγγιση των ατομικών διαφορών στην ενσυναίσθηση του Davis (1980, 1983) εισάγεται η ιδέα ότι η ενσυναίσθηση

αποτελείται από ένα σύνολο τεσσάρων ξεχωριστών αλλά σχετικών δομών: α) της λήψης προοπτικής του άλλου, β) του ενσυναισθητικού ενδιαφέροντος, γ) της προσωπικής δυσφορίας και δ) της φαντασίας (Davis, 1980). Η γνωστική ικανότητα της Λήψης της Προοπτικής του Άλλου (Perspective Taking -PT) αναφέρεται στην τάση για αυθόρμητη υιοθέτηση της ψυχολογικής άποψης του άλλου στην καθημερινή ζωή. Η συναισθηματική κατάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος (Empathic Concern - EC) αναφέρεται στην τάση να βιώνω τα συναισθήματα της δυστυχίας των άλλων, σαν να ήμουν εκείνοι, να φροντίζω και να ανταποκρίνομαι σε αυτό που αισθάνονται. Η συναισθηματική κατάσταση της προσωπικής δυσφορίας (Personal Distress – PD) αναφέρεται στην τάση να βιώνω αγωνία και δυσφορία ως απόκριση σε ακραία αγωνία που συναντώ σε άλλους. Ενώ η γνωστική ικανότητα της Φαντασίας αναφέρεται στην τάση να μπορώ να μεταφέρομαι με τη φαντασία μου σαν να βίωνα καταστάσεις άλλων προσώπων. Ο Davis σύμφωνα με τα παραπάνω, ορίζει την ενσυναίσθηση ως ενεργητική, μη στατική, εξελισσόμενη διεργασία και ακριβέστερα ως τις συγχρονισμένες συναισθηματικές και γνωστικές «αποκρίσεις ενός ανθρώπου στις παρατηρούμενες εμπειρίες ενός άλλου» (Davis, 1983).

Στην παρούσα εργασία υιοθετούμε τον ορισμό για την ενσυναισθητική κατανόηση που πρότεινε ο ιδρυτής της προσωποκεντρικής προσέγγισης Carl Rogers (1987) που έκτοτε συναντάται συχνότερα στη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τον ορισμό του Rogers ενσυναισθητική κατανόηση σημαίνει «να αντιλαμβάνομαι με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου προσώπου, με όλα τα στοιχεία και τα περιεχόμενα του, σαν να ήμουν το άλλο πρόσωπο, χωρίς όμως να εγκαταλείψω ποτέ τη «σαν-να-κατάσταση» (Rogers (1987, οπ. αναφ. στο Μπούζος 2004).

Στο ίδιο πνεύμα κινείται και ο ορισμός του Schmid (2001) περιγράφοντας παραστατικά την ενσυναισθητική κατανόηση ως «την απόκριση σε μια μελωδία, της οποίας ακολουθώ και νιώθω ακριβώς το ρυθμό, χωρίς να δημιουργώ μια νέα, προσωπική μελωδία» (Schmid, 2001 οπ. αναφέρεται στο Μπούζος 2004).

Για τους Baron-Cohen and Wheelwright (2004) η ενσυναίσθηση είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της φυσιολογικής κοινωνικής λειτουργίας καθώς όπως εξηγούν: «Η ενσυναίσθηση είναι αναμφίβολα μια σημαντική ικανότητα που μας επιτρέπει να συντονιστούμε στο πώς νιώθει κάποιος άλλος ή τι μπορεί να σκέφτεται. Μας επιτρέπει να κατανοούμε τις προθέσεις των άλλων, να προβλέπουμε τη συμπεριφορά τους και να βιώνουμε ένα συναίσθημα που προκαλείται από το

συναίσθημά τους. Εν ολίγοις, η ενσυναίσθηση μας επιτρέπει να αλληλεπιδρούμε αποτελεσματικά, «είναι η κόλλα» του κοινωνικού κόσμου, που μας τραβάει να βοηθάμε τους άλλους και μας σταματά από το να τους πληγώνουμε» (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004)

Σύμφωνα με τον Wilson «η φύση της ενσυναίσθησης στη θεραπεία των καταστάσεων ψυχικού τραύματος είναι μια πλούσια σύνθετη μήτρα. Ως ψυχοβιολογική ικανότητα, η ενσυναίσθηση είναι ενσωματωμένη στον οργανισμό, διαμορφώνεται από τους πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης (Eisenberg, Murphy, & Shepard, 1997) και αναπτύσσεται από την κοινωνική μάθηση, την προσωπική εμπειρία, την προσωπικότητα και την ηθική ανάπτυξη (Aronoff & Wilson, 1985. Staub, 1979 )» (Wilson J., 2004)

#### **4.1.1. Διαφοροποίηση της ενσυναίσθησης από την έννοια της συμπόνιας**

Η έννοια της ενσυναίσθησης, πολλές φορές συμπίπτει λανθασμένα, με την έννοια της συμπόνιας και στο γεγονός αυτό αποτυπώνεται μια εννοιολογική δυσκολία. Πρόκειται για δύο διαφορετικές έννοιες, καθεμία από τις οποίες παρουσιάζει διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα και αναφέρονται σε άλλες καταστάσεις. Η ενσυναίσθηση, όπως έγινε κατανοητό και από τη προηγούμενη ενότητα, είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο αφουγκράζεται ολοκληρωτικά τα συναισθήματα κάποιου άλλου ατόμου, γνωρίζοντας όμως ότι δεν πρόκειται για δικά του συναισθήματα. Θέτει λοιπόν το όριο ανάμεσα στον εαυτό και στο άτομο που βιώνει τα συγκεκριμένα συναισθήματα, συνήθως λαμβάνοντας δράση ώστε να το υποστηρίξει (Singer & Climenchi, 2014).

Από την άλλη πλευρά, η συμπόνια, είναι η βίωση των συναισθημάτων κάποιου άλλου. Είναι δηλαδή το μοίρασμα των συναισθημάτων, που πολλές φορές δύναται να οδηγήσει τους επαγγελματίες φροντιστές σε έλλειψη αντικειμενικότητας και ιδιαίτερη καταπόνηση, αφού βιώνουν τα αρνητικά συναισθήματα των ανθρώπων που φροντίζουν και ταυτίζονται συναισθηματικά μαζί τους (Mercer & Reynolds, 2002, όπως αναφέρεται στους Stepien & Baernstein, 2006). Επίσης ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συμπόνια, πολλές φορές, ίσως να αποτελεί μια «προετοιμασία» του εαυτού για τη παροχή βοήθειας σε κάποιον, ως ένα συναισθηματικό φυσιολογικό γεγονός που προετοιμάζει το άτομο (Peters & Calvo, 2014).

Οι Peters και Calvo (2014), επισημαίνουν ότι η διαφορά των δύο εννοιών δεν έγκειται μόνο στο προσδιορισμό αλλά και στις εκφράσεις του προσώπου και στις συμπεριφορές που παρουσιάζουν. Στην έκφραση συμπόνιας παρατηρούνται

συμπεριφορές παρηγόρησης, καθησυχασμού και «ενθάρρυνσης» του φροντιζόμενου ατόμου, πιθανά, μέσω της προβολής «αβίαστων» υποσχέσεων καθησυχασμού για θετική έκβαση του προβλήματός του καθώς και μετάδοση αντίστοιχων μη λεκτικών μηνυμάτων. Αυτή ή στάση του επαγγελματία φροντιστή ενδέχεται να εμποδίσει το ψυχικά τραυματισμένο παιδί να βιώσει το πρόβλημά του στην πραγματική του διάσταση ή το παιδί να αισθανθεί εγκατάλειψη, ότι δεν κατανοείται, ότι το βίωμα του αποφεύγεται να διερευνηθεί, ότι τα συναισθήματα του δεν αναγνωρίζονται από τον (σημαντικό) άλλο (Μπρούζος, 2004).

Άλλοι ερευνητές, καταλήγουν στο ότι η συμπόνια, αποτελεί τη συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης, αφήνοντας έτσι ανοικτό το ενδεχόμενο της σύνδεσης των δύο εννοιών (Lancaster, Hard & Gardner, 2002). Σε αυτή την περίπτωση, ωστόσο, το «μπορώ να εν-αισθανθώ και να κατανοήσω τα συναισθήματα των φροντιζόμενων παιδιών» και το «ταυτίζομαι με τα συναισθήματα τους» δεν είναι ευδιάκριτα. Όπως επισημαίνουν οι Singer & Klimecki (2014), η συμπόνια είναι να νιώθει κάποιος για τον άλλο και όχι μαζί με τον άλλο. Επιπλέον, οι επαγγελματίες φροντιστές υιοθετώντας μια καθοδηγητική συμπεριφορά συμπόνιας απέναντι στο παιδί, εξαιτίας της συναισθηματικής τους ταύτισης και εμπλοκής με το πρόβλημα του, δεν είναι σε θέση πλέον να το υποστηρίξουν στη διαδικασία αυτοεξερεύνησης του, κάτι που, αντίθετα, θα διασφαλιζόταν με την ενσυναίσθητική τους έκφραση (Rogers 1972a, οπ. αναφ. στο Μπρούζος 2004).

#### **4.2 Η νευροβιολογία της ενσυναίσθησης - Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο**

Η έρευνα στη νευροβιολογία της ενσυναίσθησης έχει αλλάξει την αντίληψη της ενσυναίσθησης από μια ήπια δεξιότητα σε μια νευροβιολογικά βασισμένη ικανότητα (Riess, 2017).

Όπως υποστηρίζουν οι Singer και Klimecki (2013), νευροαπεικονιστικές μελέτες, απέδειξαν ότι η ενσυναίσθηση των συναισθημάτων ενός άλλου ανθρώπου, ενεργοποιεί τα ίδια νευρωνικά δίκτυα, με αυτά που θα ενεργοποιούνταν αν το ίδιο το άτομο βίωνε το εκάστοτε συναίσθημα. Οι κατοπτρικοί νευρώνες που βρίσκονται στον προκινητικό και στον κατώτερο βρεγματικό φλοιό, φαίνεται να είναι υπεύθυνοι για τη παραπάνω διεργασία παρατήρησης και αναγνώρισης των αντιδράσεων κάποιου και τη μετέπειτα εσωτερίκευση τους σαν να ήταν του ίδιου του παρατηρητή (Riess, 2011). Οι κατοπτρικοί νευρώνες, μία από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις στον χώρο των Νευροεπιστημών στις αρχές της δεκαετίας του 1990 από την ομάδα



ερευνών των G. Rizzolatti & V. Gallese στο Πανεπιστήμιο της Πάρμας στην Ιταλία, έχουν συσχετιστεί με τη διαδικασία της ενσυναίσθησης και τον αλτρουισμό (Hickock, 2009, όπως αναφέρεται στην Riess, 2011).

Μια μελέτη των Decety & Jackson (2006), συνδέει την ενσυναίσθηση με εγκεφαλικές περιοχές όπως ο κατώτερος βρεγματικός λοβός και ειδικότερα, η κροταφο-βρεγματική σύνδεση, η οποία έχει ταυτοποιηθεί στις δράσεις που επιλέγει κάποιος, στην συνδιαλλαγή του με κάποιον άλλο.

Οι Levy et al. (2019), παρατηρούν δύο είδη διαδικασιών στην ανθρώπινη ενσυναίσθηση. Η μια διαδικασία αναφέρεται σε αυτόματους και αισθητηριακούς μηχανισμούς ενώ η άλλη σχετίζεται με το γνωστικό και το συναισθηματικό μέρος και ακολουθεί έναν έλεγχο από κάτω προς τα πάνω. Εξίσου, και οι δύο διαδικασίες μεσολαβούν στην έκφραση της ενσυναίσθησης. Λειτουργικές νευροαπεικονίσεις, αναδεικνύουν και τα νευρωνικά μονοπάτια των παραπάνω διαδικασιών, εμπλέκοντας τη περιοχή της πρόσθιας νήσου. Αντίστοιχα, μαγνητοεγκεφαλογραφικές μελέτες (MEG), εμπλέκουν αισθητηριακές και κινητικές περιοχές και κάνουν λόγο συγκεκριμένα για τους ρυθμούς άλφα (alpha rhythms), που δείχνουν να αποτελούν έναν αξιόπιστο δείκτη ενσυναίσθησης (Levy, Goldman, Pratt & Feldman, 2018).

Ενδιαφέρον αποτελεί και το εύρημα ότι η εκπαίδευση για καλλιέργεια ενσυναίσθησης, οδηγεί σε δραστηριοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού και του ραβδωτού, που σχετίζονται και με τα θετικά συναισθήματα. Το εύρημα αυτό, αναδεικνύει το ρόλο της ενσυναίσθησης και στα άτομα που εκπαιδεύονται σε αυτή, παρά το γεγονός ότι μπορεί τα συναισθήματα που βιώνει η άλλη πλευρά να είναι αρνητικά (Singer & Klimecki, 2014). Ακόμα, έχει βρεθεί, ότι η έκθεση σε χρόνια στρες, δεν δραστηριοποιεί άμεσα τα νευρωνικά δίκτυα που σχετίζονται με τη λειτουργία της ενσυναίσθησης, αλλά βλάπτει έμμεσα την ανταπόκριση στις ενσυναισθητικές εκφράσεις του εγκεφάλου και της συμπεριφοράς (Levy, Yirmiya, Goldstein και Feldman, 2019)

Η σύνδεση της ανθρώπινης φυσιολογίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης δεν αποτελεί ένα καινούργιο ερευνητικό εύρημα, καθώς παραπάνω από μισό αιώνα πριν οι DiMascio, Boyd and Greeblatt (1957) υπογράμμισαν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των συναισθημάτων που εκφράζονται κατά τη διάρκεια κλινικών συνεντεύξεων και των αντιδράσεων στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως για παράδειγμα στο χτύπο της καρδιάς, στην αντίσταση του δέρματος ή τη θερμοκρασία

του προσώπου που ανακάλυψαν ότι συγχρονίζονται στα δύο πρόσωπα γιατρού - ασθενή (DiMascio, Boyd and Greenblatt, 1957 οπ. αναφ. στο Κιοσσές, 2017).

Αυτές οι συγχρονισμένες αντιδράσεις διαπροσωπικής φυσιολογίας φαίνεται να λαμβάνουν χώρα και κατά τη διάρκεια μιας ψυχοθεραπευτικής συνάντησης που ενέχει ενσυναισθητική συμπεριφορά. Οι Coleman, Greenblatt και Solomon (1956, όπως αναφέρεται στην Riess, 2011) , παρατηρούν ότι οι αντιδράσεις αυτές βρίσκονται σε πλήρη αρμονία ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο.

Ο Adler (2002) σε ανασκόπησή του υποστηρίζει ότι όταν ο θεραπευόμενος βιώνει μια ενσυναισθητική σχέση με τον θεραπευτή του, μειώνεται η έκκριση ορμονών του στρες. Η νευροβιολογία των ενσυναισθητικών σχέσεων προωθεί ένα μοτίβο ενδοκρινικής αντίδρασης που ευνοεί την ομοιόσταση και αντιτίθεται σε μια αντίδραση του τύπου μάχομαι ή αποσύρομαι (fight or flight) (Adler, 2002 οπ. αναφ. στο Κιοσσές, 2017).

#### **4.3. Βασικά χαρακτηριστικά και πραγμάτωση της ενσυναισθητικής απόκρισης**

Στην παρούσα εργασία συζητούμε για την ενσυναίσθηση με την προσωποκεντρική της έννοια, ως τη μία από τις τρεις προαναφερθείσες θεραπευτικές συνθήκες της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής προσέγγισης. Στην προσωποκεντρική ενσυναίσθηση αναγνωρίζουμε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1<sup>ο</sup> Αποτελεί το μέσο για να διεισδύσουμε στον εσωτερικό κόσμο των αντιλήψεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων του ψυχικά τραυματισμένου παιδιού με σκοπό να το κατανοήσουμε και να αισθανθεί ότι κατανοείται, όπως ακριβώς είναι, από έναν άλλο άνθρωπο. Σε αυτό έγκειται η θεραπευτική δύναμη της ενσυναίσθησης καθώς η βίωση μιας ενσυναισθητικής απόκρισης και κατανόησης έχει άκρως θεραπευτική επίδραση, συνιστά από μόνη της έναν ισχυρό, προωθητικό παράγοντα ανάπτυξης και αφήνει τον άνθρωπο που τη δέχεται με μια αίσθηση ότι δεν είναι μόνος (Μπρούζος, 2004).

2<sup>ο</sup> Παρουσιάζει μια αξεπέραστη αποτελεσματικότητα στο να εμπνεύσει το αίσθημα ασφάλειας στο τραυματισμένο παιδί για να μπορέσει χωρίς φόβους να οικοδομήσει τη επιθυμητή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού από κοινού με τον επαγγελματία φροντιστή . Αποτελεί το θεμέλιο της θεραπευτικής σχέσης ( Chen & Giblin,2018).

3<sup>ο</sup> Επικοινωνεί την ακριβή κατανόηση που έχουμε ως φροντιστές για τον κόσμο του παιδιού, ιδωμένου μέσα από τη δική του οπτική και χωρίς να τον κρίνουμε. Αυτή η

επικοινωνία έμμεσα και υπόρρητα επιβεβαιώνει τις εμπειρίες του τραυματισμένου παιδιού και το ενδυναμώνει ψυχοσυναισθηματικά ( Chen & Giblin,2018).

4<sup>ο</sup> Η ενσυναίσθηση και η ανεπιφύλακτη, χωρίς κριτική, αποδοχή του επαγγελματία φροντιστή προς το θεραπευόμενο παιδί αποτελεί το αντίδοτο στην αποφυγή των βιωμάτων του. Το θεραπευόμενο παιδί θα μάθει να αποδέχεται στο σύνολό τους τα βιώματά του όταν βιώσει τον θεραπευτή του φροντιστή σαν κάποιον που τον ακούει προσεκτικά και τον αφήνει να ολοκληρώσει, που αναγνωρίζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, που τον αναγνωρίζει ως προσωπικότητα ( Chen & Giblin,2018).

5<sup>ο</sup> Η έκφραση της ενσυναίσθησης του επαγγελματία φροντιστή προς το θεραπευόμενο παιδί οδηγεί το παιδί να δει και το ίδιο με καλοσύνη και ευγένεια τον εαυτό του, να εσωτερικεύσει δηλαδή έναν ενσυναισθητικό τρόπο για να βλέπει τα βιώματά του. Σύμφωνα με την Miller (2013) η ντροπή που νιώθουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους προέρχεται από την έλλειψη ενσυναισθητικής συμπεριφοράς των γονιών τους. Η θεραπεία αυτής της ντροπής και του συναισθηματικού τραύματος συμβαίνει μέσω της ενσυναισθητικής συμπεριφοράς του θεραπευτή η οποία σε κάθε της βήμα εσωτερικεύεται από τον θεραπευόμενο καθιστώντας τον ολοένα και πιο ικανό να αποδεχτεί τα βιώματά του (Miller, 2013 οπ. αναφ. στο Chen & Giblin,2018).

6<sup>ο</sup> Η ενσυναισθητική διαδικασία χαρακτηρίζεται ως μία μη στατική νοητική κατάσταση . Αποτελεί μια διαδικασία στην οποία «εισερχόμαστε» και «εξερχόμαστε». Η ενσυναισθητική αντιμετώπιση του παιδιού απαιτεί να εισέρθουμε στον εσωτερικό του κόσμο και να αναγνωρίσουμε με τη δική του οπτική, ότι εκείνο σκέφτεται, αισθάνεται και επιθυμεί. Η έξοδος από την ενσυναισθητική κατάσταση, είναι απαραίτητη για να μπορέσουμε να διατηρήσουμε την αντικειμενικότητά μας ώστε να δούμε αμερόληπτα οποιεσδήποτε παράλογες σκέψεις, διαστρεβλώσεις ή δυσπροσαρμοστικά μοτίβα σχέσεων παρουσιάζει (Chen & Giblin,2018).

Η ενσυναισθητική απόκριση μπορεί να υλοποιηθεί μέσα από τη σύνθεση δύο πολύτιμων πράξεων: α) της ενεργητικής ακρόασης και β) της ενσυναισθητικής απόκρισης. Η πρώτη πλευρά της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει την ενεργητική ακρόαση που αφορά στην επικεντρωμένη προσπάθεια του επαγγελματία φροντιστή να ακούει προσεκτικά με γνήσιο ενδιαφέρον, με όλες του τις αισθήσεις και να αφογκράζεται τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του τραυματισμένου παιδιού. Σύμφωνα με τον Rogers (1981) «αυτή η ιδιαίτερη μορφή

ακρόασης συνιστά μια από τις πιο ισχυρές δυνάμεις της αλλαγής (Rogers, 1981 οπ. αναφ. στο Μπρούζος, 2004).

Σύμφωνα με τους Chen & Giblin (2018) για την ενεργητική ακρόαση επισημαίνεται πως χρειάζεται να υπάρξει συγκέντρωση και στα δύο επίπεδα επικοινωνίας:

- Στην λεκτική επικοινωνία: Στο επίπεδο αυτό η ενεργητική ακρόαση αποκαλύπτει ότι οι άνθρωποι θάβουν μέσα στις, εστιασμένες σε άλλους, μπερδεμένες ιστορίες τους, τις πραγματικές σκέψεις, συναισθήματα και ανάγκες τους. Μόνο με την προσεκτική καταγραφή τους μπορούμε να συνειδητοποιήσουμε με ποιον τρόπο οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι ανάγκες έχουν έναν ισχυρό αντίκτυπο στις συμπεριφορικές αντιδράσεις των θεραπευόμενων.
- Στη μη λεκτική επικοινωνία: Στο επίπεδο της μη λεκτικής επικοινωνίας αποκαλύπτεται τι πραγματικά σκέφτονται και αισθάνονται οι άνθρωποι μέσα από τα ανεπαίσθητα σήματα του τόνου της φωνής, των εκφράσεων του προσώπου και των κινήσεων του σώματος. Ο συντονισμός του επαγγελματία φροντιστή με τη μη λεκτική επικοινωνία του παιδιού που επιμελείται αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση του πραγματικού του προβλήματος. Επιπλέον, εάν τα δεδομένα της μη λεκτικής επικοινωνίας του παιδιού χρησιμοποιηθούν από τον φροντιστή με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του παιδιού, αυτό θα οδηγήσει το παιδί σε μια θεραπευτική κατάσταση βαθιάς ηρεμίας και χαλάρωσης καθώς τα πιο ενδόμυχα συναισθήματα, σκέψεις και εμπνεύσεις του θα έχουν αναγνωριστεί από έναν άλλο άνθρωπο.

Κατά την ενεργητική ακρόαση ο επαγγελματίας φροντιστής δε βασίζεται στο προσωπικό του πλαίσιο αναφοράς και δεν αξιολογεί με κανένα τρόπο τα λεγόμενα του θεραπευόμενου παιδιού (Μπρούζος, 2004).

Η δεύτερη πλευρά της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει την κατανόηση και την ικανότητα της ενσυναισθητικής απόκρισης. Είναι αναγκαίο ο επαγγελματίας φροντιστής να αποκρίνεται (και μάλιστα έγκαιρα) για να εκφράσει την κατανόηση του στα λεγόμενα του παιδιού, για να δείξει πως το αποδέχεται ακριβώς όπως είναι, χωρίς να το κρίνει, για να το μνήσει σε αυτό που ονομάζεται ενσυναισθητική απόκριση. Υποστηρίζεται ότι όσο μεγαλύτερο είναι το εύρος των ενσυναισθητικών δεξιοτήτων του φροντιστή τόσο περισσότερο ανοιχτά και δεκτικά θα είναι τα παιδιά που φροντίζει, στην συμβουλευτική του επιρροή (Chen & Giblin, 2018).

Η ενσυναισθητική απόκριση δεν είναι μια καθημερινή γλώσσα αλλά αποτελεί μια θεραπευτική γλώσσα . Οι Chen & Giblin (2018) περιγράφουν τρεις τρόπους που υπάρχουν για να καλλιεργήσει κανείς αυτή την ξεχωριστή δεξιότητα:

### ***1. Αναστέλλουμε τις δικές μας ανάγκες προσωρινά***

Με ανιδιοτέλεια ο επαγγελματίας φροντιστής πρέπει να εστιάζει αποκλειστικά στις εμπειρίες του τραυματισμένου παιδιού και να αφήνει έξω από το χώρο της συμβουλευτικής συνάντησης τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ακόμα και στις δύσκολες φάσεις της ζωής του. Αυτή η στάση αφοσιωμένης εστίασης του φροντιστή στις ανάγκες του παιδιού δεν απαιτεί τίποτε σε αντάλλαγμα παρά μόνο την εκπλήρωση των θεραπευτικών στόχων που υπηρετεί. Γιαυτό και αποτελεί μια ουσιαστική εμπειρία για έναν θεραπευόμενο που αναμένεται να έχει βαθιές θεραπευτικές επιδράσεις όταν οι θεραπευτές του παρέχουν τέτοιου βαθμού αφοσίωση.

### ***2. Βάζουμε στην άκρη το δικό μας πρόγραμμα και την κρίση μας***

Ως δεύτερος τρόπος καλλιέργειας της ενσυναίσθησης αναφέρεται το να εγκαταλείπει ο επαγγελματίας φροντιστής κάθε δικό του προγραμματισμό ιδιαίτερα που να έχει σχέση με αλλαγές στα συναισθήματα ή στις αντιδράσεις των παιδιών. Να αναστέλλει κάθε δική του κρίση ακόμη και για προβαλλόμενα προβλήματα που δεν του αρέσουν. Να συγκρατεί τον εαυτό του απέναντι στην επιθυμία για άμεση επίλυση του προβλήματος. Να αποδέχεται ουσιαστικά το θεραπευόμενο παιδί ως άνθρωπο και να τον βλέπει ξεχωριστά από τις δυσπροσαρμοστικές του συμπεριφορές. Να βλέπει τις ανθρώπινες συνθήκες που συνδέουν τον ίδιο ως άνθρωπο με τον θεραπευόμενο παιδί.

### ***3. Μένουμε συντονισμένοι με τις δικές μας εσωτερικές αντιδράσεις***

Ο τρίτος τρόπος για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης αφορά στο να μένει συνεχώς και σταθερά συντονισμένος ο επαγγελματίας φροντιστής με τις αντιληπτικές του δυνατότητες και να έχει επίγνωση, να αναγνωρίζει τις σωματικές του συναισθηματικές αισθήσεις – σινιάλα. Να χρησιμοποιεί αυτά τα εσωτερικά μηνύματα για να κατανοεί τη δυναμική της αλληλεπίδρασης με το παιδί και μέσα από αυτή να μαθαίνει το πώς αλληλεπιδρά και με άλλους ανθρώπους στη ζωή του (Chen & Giblin,2018).

#### 4.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση

Στη βιβλιογραφία έχουν προσδιοριστεί με βάση ερευνητικά δεδομένα κάποιοι παράγοντες που ασκούν επίδραση στην ύπαρξη ενσυναίσθησης. Αρχικά το φύλο, φαίνεται να διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην έκφραση της ενσυναίσθησης καθώς οι άνδρες φαίνεται να εμφανίζουν αντίσταση σε ενσυναισθητικές συμπεριφορές, συγκριτικά με τις γυναίκες. Κάτι που ίσως εξηγείται και από τα κοινωνικά στερεότυπα ή/και από τον τρόπο ανατροφής ενός παιδιού, καθώς είθισται στις γυναίκες να ενισχύονται οι συναισθηματικές συμπεριφορές, και το μοίρασμα, κατ' επέκταση και η ενσυναισθητική συμπεριφορά (Bratek, Bulska, Bonk, Seweryn & Krysta, 2015)

Σε επαγγελματίες φροντιστές με βάση ερευνητικά δεδομένα έχει βρεθεί ότι ο αναστοχασμός και η έκφραση συναισθημάτων συσχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη ενσυναίσθησης (Stanley & Mettilba, 2016). Αναφορικά με την ηλικία, μελέτες δείχνουν ότι όσο αυξάνεται τόσο μειώνονται οι ενσυναισθητικές συμπεριφορές καθώς με την αύξηση της εμπειρίας οι επαγγελματίες φροντιστές εκπαιδεύονται στη διαχείριση επώδυνων και τραυματικών γεγονότων (Bratek et al., 2015).

Αποτελέσματα ερευνών υποδηλώνουν ότι προστατευτικοί παράγοντες της ενσυναίσθησης των κοινωνικών λειτουργών είναι η προκοινωνική συμπεριφορά προς την εργασία και οι θετικές προσωπικές και περιβαλλοντικές σχέσεις (Ben-Porat & Itzhaky, 2015). Επίσης η αυτοεκτίμηση, η εργασιακή δέσμευση και η συναισθηματική αυτορρύθμιση στους επαγγελματίες φροντιστές παιδιών συνδέονται θετικά με την ενσυναίσθηση (Wagaman et al., 2015. Ben-Porat & Itzhaky, 2015) . Από την άλλη πλευρά, η ενσυναίσθηση είναι περιορισμένη λόγω του καθημερινού στρες που βιώνουν και που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εργασιακή εξουθένωση (Wagaman et al., 2015). Η ενσυναίσθηση συσχετίζεται θετικά με τη συναισθηματική νοημοσύνη στην εργασία στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα προσφοράς (Moudatsou, et al., 2020).

Η έλλειψη ενσυναίσθησης ή τα χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης εξαρτώνται από διάφορους λόγους. Οι πιο σημαντικοί είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες φροντίδας, η έλλειψη επαρκούς χρόνου, η εστίαση σε επείγοντα θέματα και η έλλειψη εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση (Moudatsou, et al., 2020). Επιπλέον λόγοι χαμηλών επιπέδων

ενσυναίσθησης περιλαμβάνουν: τον φόβο της παραβίασης των ορίων και της έλλειψης πειθαρχίας (εάν φερθούν με ενσυναίσθηση), το άγχος, την έλλειψη αυτογνωσίας καθώς και διαφορές στην κοινωνικοοικονομική προέλευση και κατάσταση των επαγγελματιών φροντίδας (Moudatsou, et al., 2020).

Αν και η ενσυναίσθηση είναι μια βασική αξία φροντίδας για τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα προσφοράς υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι επαγγελματίες φροντίδας δεν μπορούν να την εκφράσουν επαρκώς και να την εφαρμόσουν (Reynolds et al., 1999). Αποτελεί κοινή πεποίθηση ότι η εκπαίδευση θεωρείται από τους επαγγελματίες φροντίδας ιδιαίτερα σημαντική για την ενίσχυση των δεξιοτήτων ενσυναίσθησης (Moudatsou, et al., 2020).

#### **4.5. Η ενσυναίσθηση στα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά**

Ποικίλοι ψυχολογικοί παράγοντες αναφέρονται ως σημαντικοί για την κατανόηση του πώς αντιδρούν τα παιδιά στον πόνο και την ανάγκη. Ο Hoffman (1982, 1984, 1987 οπ. αναφ. στο Vreeke & van der Mark, 2003 ) συσχετίζει τις αντιδράσεις ενσυναίσθησης με τη γνωστική ανάπτυξη και επισημαίνει τη σημασία της εμφάνισης της διαφοροποίησης του εαυτού και των άλλων ως το γενικό γνωστικό υπόβαθρο της ανάπτυξης της ενσυναίσθησης. Ο Eisenberg (Eisenberg & Fabes, 1992. Eisenberg & Okun, 1996 οπ. αναφ. στο Vreeke & van der Mark, 2003) τονίζει τον κρίσιμο ρόλο της συναισθηματικής αυτορρύθμισης στον χειρισμό του πόνου και των αναγκών των άλλων. Η ενσυναίσθηση είναι αδύνατη χωρίς την ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων, σύμφωνα με τον Eisenberg. Ο Davis (1996) επισημαίνει τη σημασία των κοινωνικών συμφραζομένων, ιδιαίτερα του παράγοντα των σχέσεων με τους (σημαντικούς) άλλους στην ενσυναίσθηση ( Davis, 1996. οπ. αναφ. στο Vreeke & van der Mark, 2003 )

Διάφοροι παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στη ενσυναίσθηση και ο πρωταρχικός είναι η ευαίσθητη φροντίδα του παιδιού. Ειδικότερα, η εμπειρία του συγχρονισμού γονέα-παιδιού, η συνεχής ενσυναισθητική απόκριση και η προσαρμογή του γονέα/φροντιστή στα μη λεκτικά σήματα και τις λεκτικές επικοινωνίες του παιδιού, συνδέεται με την ενσυναίσθηση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Levy, et al., 2019) . Ο δεσμός μητέρας-παιδιού παρέχει ένα περιβάλλον όπου ο συγχρονισμός βιώνεται για πρώτη φορά και κωδικοποιείται στον εγκέφαλο (Feldman, 2007) , δημιουργώντας ένα πρότυπο για τον μετέπειτα συντονισμό του παιδιού με τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων (Feldman,

2017) . Όταν η ικανότητα της μητέρας να παρέχει ανατροφή των παιδιών με συνεχή ενσυναισθητική απόκριση διακυβεύεται, για παράδειγμα, σε περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης, τα παιδιά παρουσιάζουν μειωμένη ενσυναίσθηση (Apter-Levy & Feldman, 2013) και εξασθενημένη ενσυναίσθηση στον πόνο των άλλων στην εφηβεία (Pratt, 2016). Επιπλέον, η έκθεση του παιδιού σε χρόνιες αντίξοες εμπειρίες βλάπτει την κοινωνικο-συναισθηματική επεξεργασία (Feldman, 2007. Eidelman-Rothman, M. et al.,2016 οπ. αναφ. στο Levy, et al.,2019 ) και το αποτέλεσμα είναι πιο εμφανές όταν οι αντιξοότητες ξεκινούν νωρίς και επιμένουν σε όλη την πρώιμη παιδική ηλικία (Birn, Roeber, & Pollak ,2017) . Έρευνα που προσφέρει fMRI (Mazza, M. et al., 2015) και MEG (Eidelman-Rothman et al., 2016) δείχνει ότι το τραύμα μεταβάλλει τις νευρωνικές αποκρίσεις που στηρίζουν τα συναισθηματικά και γνωστικά συστατικά της ενσυναίσθησης.

Υπάρχει μια ακόμη περίπτωση που η ενσυναίσθηση μπορεί να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην ανάκαμψη από ένα τραυματικό γεγονός, στα παιδιά. Η τραυματική εμπειρία αυξάνει την προσοχή στο συναίσθημα, στα περιβαλλοντικά σημάδια αυξάνοντας παράλληλα την ανταπόκριση της αμυγδαλής (η οποία περιλαμβάνει τη συναισθηματική προσοχή) . Αυτή η αύξηση της επίγνωσης θα μπορούσε να βελτιώσει την ικανότητα αναγνώρισης, κατανόησης και κατάλληλης αντίδρασης σε παρόμοιες καταστάσεις σε άλλους, σε σύγκριση με άτομα που δεν είχαν τραυματική εμπειρία (Greenberg, Baron-Cohen, et al., 2018). Πρόσφατη έρευνα των Lim και DeSteno (2016) υποδηλώνει ότι η σοβαρότητα των προηγούμενων αντιξοοτήτων μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα αισθήματα συμπάθειας και ότι αυτή η σύνδεση διαμεσολαβείται από την ενσυναίσθηση (Lim & DeSteno, 2016). Η έρευνα επίσης έδειξε ότι οι αντιξοότητες μπορεί να συνδεθούν με την αύξηση της προκοινωνικής και αλτρουιστικής συμπεριφοράς (Vollhardt, 2009). Αυτή η έρευνα παρέχει ένα σκεπτικό για το ποιοι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη ενσυναίσθηση μετά από τραυματικά γεγονότα.

#### **4.6. Η ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες φροντιστές**

Οι επαγγελματίες φροντιστές που εργάζονται στο πεδίο της παιδικής προστασίας επιτελούν ένα από τα πιο απαιτητικά επαγγέλματα καθώς η εργασία τους απαιτεί να έρχονται συνεχώς αντιμέτωποι «πρόσωπο με πρόσωπο» τόσο με την «ανθρώπινη ευαλωτότητα μέσα στο φυσικό κόσμο όσο και με την ιδιότητα του κακού στην ανθρώπινη φύση» (Herman, 1992). Μια σημαντική δεξιότητα για έναν



επαγγελματία φροντίδας, που του επιτρέπει να διατηρεί ανοιχτή την πρόσβαση στη δυνατότητα να ανακάμπτει από τις δυσκολίες και να αλλάζει εποικοδομητικά, είναι το να έχει συνεχή και επαρκή σύνδεση με την πηγή του συναισθήματος του, να αποδέχεται τα συναισθήματα του όπως αυτά προκύπτουν αντί να προσπαθεί να τα αποφύγει ή να τα καταστείλει.

Η αυτοενσυναίσθηση του επαγγελματία στα επαγγέλματα φροντίδας είναι ένας πολύ παραμελημένος τομέας παρά το γεγονός ότι είναι απαραίτητος για να διασφαλιστεί ότι οι εργαζόμενοι σε αυτό τον τομέα έχουν ή τους δίνεται η δυνατότητα να δημιουργούν τους απαραίτητους πόρους για να παραμείνουν ενσυναίσθητοι προς αυτούς που φροντίζουν (Reiss,2017).

Ο άνθρωπος ως «φύσει ζώον κοινωνικόν» (Αριστοτέλης, Πολιτικά Α') έχει περίπλοκα, κοινά νευρωνικά κυκλώματα σε κινητικές, αισθητήριες και συναισθηματικές περιοχές του εγκεφάλου προγραμματισμένα να τον βοηθήσουν να κατανοήσει την εμπειρία των άλλων, οδηγώντας τον σε συμπεριφορές βοήθειας και προσφοράς προς αυτούς. Ωστόσο, όταν υπερφορτώνεται συναισθηματικά αυτή η εξελικτική μας δυνατότητα, όταν κατακλύζεται, όταν γίνεται εκμετάλλευση της δυναμικότητάς της, η ικανότητα για ενσυναίσθηση μειώνεται ως αποτέλεσμα του μεγάλου βαθμού συναισθηματικής ενέργειας που δαπανάται (Reiss,2017). Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες φροντίδας να γνωρίζουν ότι η αδιάλειπτη άσκηση αυτοφροντίδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη δυνατότητα διατήρησης υγιών επίπεδων ενσυναίσθησης.

Σε αυτό το πλαίσιο, τρεις βασικές συναισθηματικές ικανότητες έχουν αναγνωριστεί (Hojat, 2007) ως βασικές διεργασίες ενσυναίσθησης:

- (1) η αναγνώριση των δικών μου συναισθημάτων (του επαγγελματία φροντιστή),
- (2) η αναγνώριση των συναισθημάτων των φροντιζόμενων από εμένα (των παιδιών)
- (3) η αποδοχή των δικών μου συναισθημάτων (του επαγγελματία φροντιστή)

Σύμφωνα με τον Hojat (2007) ο θεωρητικός σύνδεσμος μεταξύ της ενσυναίσθησης και των αποτελεσμάτων που αυτή έχει στα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά βασίζεται σε τρεις υποθέσεις καθώς όταν εφαρμόζεται μια ενσυναισθητική σχέση:

- α) οι περιορισμοί της σχέσης, τα εμπόδια επικοινωνίας, θα εξαφανιστούν, οδηγώντας σε μια πιο ασφαλή και προβλέψιμη πορεία ανάκαμψης από τον ψυχικό τραυματισμό,

β) ο επαγγελματίας φροντιστής του παιδιού θα μετατραπεί σε ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης, δημιουργώντας μια ασφαλή βάση (βλέπε Bowlby's "secure base") εξερεύνησης των συναισθημάτων του εαυτού αλλά και του μέλλοντος του και  
γ) το τραυματισμένο παιδί θα αντιλαμβάνεται τον επαγγελματία φροντιστή ως ένα βασικό μέρος και ίσως τον πυρήνα του κοινωνικού υποστηρικτικού του δικτύου και θα επωφελείται από όλες τις ευεργετικές επιδράσεις που ασκεί η αίσθηση του ασφαλούς δεσμού μεταξύ τους στη φροντίδα (Hojat, 2007).

Εξετάζοντας αυτή τη σύνδεση αποδεικνύεται ότι όταν εδραιώνεται μια ενσυναισθητική σχέση τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία φροντιστή και του φιλοξενούμενου τραυματισμένου παιδιού σε μια δομή παιδικής προστασίας αποδυναμώνονται. Επόμενα το παιδί «ανοίγεται», μιλάει πιο ελεύθερα για όσα βιώνει, για τις ανάγκες και τα συναισθήματά του, έρχεται πιο κοντά στον εαυτό του, επανασυνδέεται, δε αισθάνεται πια ντροπή και ενοχή καθώς αισθάνεται ότι γίνεται αποδεκτό όπως είναι, δεν μέμφεται τον εαυτό του, πια μπορεί να εμπιστευτεί και να αποκαλυφθεί στον επαγγελματία φροντιστή σε ένα προστατευμένο περιβάλλον, με αποτέλεσμα να προκύπτει μια γνήσια επικοινωνία που θα καθρεφτιστεί σε μια θετική πορεία αποκατάστασης από το πλήγμα και ακόλουθα της μετατραυματικής του ανάπτυξης. Αυτή την αίσθηση ασφάλειας το παιδί θα τη μεταβιβάσει στον επαγγελματία φροντιστή δημιουργώντας του αισθήματα πληρότητας και ικανοποίησης για την προσφορά του. Με αυτόν τον τρόπο η ενσυναισθητική σχέση του επαγγελματία φροντίδας με το παιδί τον προφυλάσσει από την έκθεση του στην εργασιακή εξουθένωση.

#### **4.7. Εκπαιδευτικά προγράμματα που ενισχύουν την ενσυναίσθηση**

Σε διεθνές επίπεδο έχουν αναπτυχθεί προγράμματα καλλιέργειας της ενσυναίσθησης που απευθύνονται σε ποικίλες ομάδες του πληθυσμού αναδεικνύοντας για άλλη μια φορά το εξέχοντα ρόλο που μπορεί να παίξει στην καθημερινή ζωή, στη διαπροσωπική σύνδεση και αλληλεπίδραση.

Ο Wiehe (1997, όπως αναφέρεται στον Butters, 2010), επεσήμανε ότι η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης θα έπρεπε να ήταν βασικό χαρακτηριστικό όλων των προγραμμάτων για γονείς. Η υπόθεση αυτή στηρίχθηκε στο γεγονός ότι οι κακοποιητικοί γονείς, εμφάνιζαν πολύ χαμηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης, σε σχέση με τους μη κακοποιητικούς. Επομένως, ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση θα ήταν τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό ικανό να μειώσει τέτοιου είδους

τραυματικές εμπειρίες για τα παιδιά και συνάμα να εξασφαλίζει έναν ποιοτικότερο δεσμό των γονέων με τα παιδιά τους. Επιπλέον, τα προγράμματα καλλιέργειας ενσυναίσθησης, από τις έως τώρα ενδείξεις, επιδρούν και στο γνωστικό και στο συναισθηματικό μέρος, στοιχεία που όπως αναφέρθηκε και σε άλλη ενότητα είναι άκρως σημαντικά για την υπό εξέταση έννοια (Butters, 2010).

Τα προγράμματα καλλιέργειας ενσυναίσθησης έχουν φανεί αποτελεσματικά και για τη πρόληψη σεξουαλικής κακοποίησης φοιτητών, συγκριτικά με άτομα που δεν συμμετείχαν σε αντίστοιχα προγράμματα (Foubert & Newberry, 2006). Το ίδιο ενθαρρυντικά, ως προς την αποτελεσματικότητα, εμφανίζονται και τα ευρήματα από προληπτικά προγράμματα καλλιέργειας ενσυναίσθησης που σχετίζονται με την επιθετικότητα και την εγκληματική συμπεριφορά. Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι όσο νεότερος είναι ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται ένα πρόγραμμα καλλιέργειας ενσυναίσθησης, τόσο ευκολότερη γίνεται η εκπαίδευση σε ενσυναισθητικές δεξιότητες (Butters, 2010).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μετα- ανάλυσης του Butters (2010) ανεξάρτητα με την εστίαση κάθε προγράμματος ως προς το θέμα, σε γενικές γραμμές, όλα τα προγράμματα ανάπτυξης της ενσυναίσθησης έχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο αποτελεσματικότητας και φαίνεται να προάγουν την ενσυναισθητική σκέψη των συμμετεχόντων, επηρεάζοντας τους μακροπρόθεσμα.. Ο Butters (2010) εστιάζει σε συγκεκριμένες τεχνικές που προωθούν ακόμα περισσότερο την ενσυναίσθηση όπως είναι το παιχνίδι ρόλων, η προβολή βίντεο, η έκθεση σε τραυματισμένα άτομα, οι εργασίες για το σπίτι, η οπτικοποίηση κάποιων ερεθισμάτων και η δραματοποίηση διαλόγων. Η ίδια μετά-ανάλυση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι στην ερώτηση αν τα προγράμματα καλλιέργειας ενσυναίσθησης, ενισχύουν όντως την ενσυναίσθηση, η απάντηση είναι καταφατική, στη πλειονότητα των ερευνών. Συνεπαγωγικά, στη περίπτωση του ψυχικού τραύματος και των παραγόντων που το προκαλούν, ένα πρόγραμμα ενσυναίσθησης μπορεί να φανεί χρήσιμο όχι μόνο για τα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά και τους επαγγελματίες φροντιστές, αλλά προεκτείνοντας τα οφέλη της ενσυναίσθησης, ακόμη και για τους θύτες των κακοποιητικών πράξεων.

Τα προγράμματα καλλιέργειας ενσυναίσθησης που έχουν δομηθεί για τους φροντιστές παιδιών, υιοθετούν συνήθως την προσωποκεντρική οπτική. Είτε πρόκειται για γονείς είτε για φροντιστές παιδιών που ζουν σε κάποια δομή φιλοξενίας, το σημαντικό στοιχείο που επεξεργάζονται είναι η σωστή εκπαίδευση των επαγγελματιών φροντίδας σε συνδυασμό με την ανάδειξη των προσωπικών

προσωποκεντρικών θεραπευτικών συμπεριφορών των φροντιστών που προωθούν ιδιαίτερα την εξέλιξη των παιδιών.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ως ερευνητικό εύρημα ότι αναποτελεσματικοί φροντιστές, συνήθως φέρουν οι ίδιοι τραύματα ή δυσλειτουργικές συμπεριφορές που δεν τους επιτρέπουν να αναδείξουν τα κατάλληλα χαρακτηριστικά για την υποστήριξη των παιδιών (Bohr et al., 2018). Επομένως, με το σχεδιασμό ανάλογων προγραμμάτων, η στόχευση είναι να επανακτήσει ο φροντιστής την αυτοπεποίθηση του και να εξοπλιστεί με συμβουλευτικές θεραπευτικές δεξιότητες. Το γεγονός αυτό καθίσταται δυνατό μέσα από δραστηριότητες ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης και αυτογνωσίας. Το πρόγραμμα 'Mapping Attributions of Parents', δημιουργήθηκε στο Τορόντο του Καναδά για φροντιστές παιδιών 0-3 ετών, που εμφανίζουν κάποιες δυσλειτουργίες ή τραυματικές συμπεριφορές. Το πρόγραμμα είναι 5 συναντήσεων, κατά τις οποίες οι φροντιστές παρακολουθούν σε βίντεο τις συμπεριφορές που παρουσιάζουν κατά την φροντίδα των παιδιών ως γονείς τους. Συγκεκριμένα, η πρώτη συνάντηση, εστιάζει στην αξία της ανάπτυξης του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ παιδιού και φροντιστή. Οι δύο επόμενες, αποτελούν ανατροφοδότηση της παρέμβασης που ακολούθησε ο φροντιστής, με στόχο τη προαγωγή της ευαισθησίας και της αντανακλαστικότητας του. Οι δύο επόμενες συναντήσεις, περιλαμβάνουν την εγγραφή βίντεο των παρεμβάσεων, ώστε ο φροντιστής-γονιός να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του και να αναγνωρίσει τη δυαδική σχέση που αναπτύχθηκε. Έτσι, οι φροντιστές-γονείς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε θέματα ανατροφής των παιδιών τους, έρχονται αντιμέτωποι με τις προκλήσεις και τα δυνατά σημεία της συμπεριφοράς τους. Το πρόγραμμα αυτό, δυνητικά, θα μπορούσε να έχει και θεραπευτικό ρόλο, εκτός από αυτόν της εκτίμησης μιας κατάστασης, αφού η διαδικασία είναι δυναμική και περιλαμβάνει ανατροφοδοτήσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών (Bohr et al., 2018).

Επιπρόσθετα, προγράμματα που εστιάζουν στη μετατραυματική ανάπτυξη, βασίζονται επίσης στη προσωποκεντρική συμβουλευτική προσέγγιση και θέτουν σε πρώτη προτεραιότητα τη αποκατάσταση της σύνδεσης του ανθρώπου με τα συναισθήματα και το περιβάλλον του. Για παράδειγμα, το Post Traumatic Growth Inventory, είναι ένα προσωποκεντρικό πρόγραμμα ομάδας αποτελούμενο από 5 τομείς δράσης: 1) αλλαγές στον εαυτό, 2) ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, 3) αλλαγή φιλοσοφίας της ζωής εύρεση νοήματος, 4) διαφοροποιημένες προτεραιότητες και 5)

νέες αξίες ζωής και πνευματικές πεποιθήσεις (Tedeschy & Calhoun, 1996, όπως αναφέρεται στον Joseph, 2015).

Ωστόσο, παρατηρείται ότι οποιαδήποτε και αν είναι η στόχευση κάποιου ομαδικού προγράμματος ή τα επιμέρους χαρακτηριστικά του εφόσον ακολουθεί τις βασικές προσωποκεντρικές αρχές αναφορικά με τη θεραπευτική διαδικασία, τα αποτελέσματα είναι θετικά καθώς αμφότερες οι εμπλεκόμενες πλευρές ικανοποιούν μια βασική τους ανάγκη να ακουστούν και να αναγνωριστούν ως ο εαυτός που πραγματικά είναι. (Mullins, 2011).

Άλλα προγράμματα όπως το ομαδικό πρόγραμμα ανάπτυξης ενσυνειδητότητας και ενσυναίσθησης που διεξήχθη στο τμήμα ψυχολογίας του πανεπιστημίου του Μόντρεαλ στον Καναδά στοχεύουν στη μείωση του στρες των επαγγελματιών φροντιστών και παράλληλα στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και των συναισθηματικών ικανοτήτων. Μέσα από μια παρέμβαση 8 εβδομάδων που αποτελείται από 8 διαδοχικές εβδομαδιαίες συνεδρίες 2 ωρών μετρήθηκε με ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες, πριν και μετά το πρόγραμμα, ο βαθμός ενσυνειδητότητας, οι διαστάσεις της ενσυναίσθησης Λήψη Προοπτικής του άλλου και Ενσυναισθητικό Ενδιαφέρον, η προσοχή και η ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων σε άλλους. Οι συμμετέχοντες επαγγελματίες φροντιστές που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα βελτιώθηκαν σε όλα σχεδόν τα μέτρα εκτός από την αναγνώριση συναισθημάτων των άλλων και τα θετικά αποτελέσματα του προγράμματος διατηρήθηκαν πάνω από 3 μήνες αποδίδοντάς του μια πολύ ικανοποιητική αποτελεσματικότητα. (Lamothe et al., 2018)

Ένα ατομικό πρόγραμμα οχτώ εβδομαδιαίων συνεδριών, μη κατευθυντικής παιγνιοθεραπείας, διεξήχθη από θεραπευτή από πανεπιστήμιο της Αγγλίας με ένα εννιάχρονο παιδί, συνοδευόμενο από τον φροντιστή του, που είχε αναπτύξει επίμονες αντιδράσεις στρες σε ένα μόνο τραυματικό γεγονός. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά με PTSD μπορεί να είναι σε θέση να εργαστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για τα δικά τους ζητήματα, δεδομένων των ευνοϊκών συνθηκών εντός της μη κατευθυντικής παιγνιοθεραπείας σε συνεδρίες και άμεση εργασία με τους φροντιστές τους σε βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις. Το τραύμα μετά την παρέμβαση φάνηκε βιώσιμο και εκτιμήθηκε ότι η μη κατευθυντική μέθοδος παιγνιοθεραπείας μπορεί να προσφερθεί ως εναλλακτική λύση στις κατευθυντήριες παρεμβάσεις στις περιπτώσεις μετατραυματικού στρες στα παιδιά. (Ryah & Needhamnon, 2001)

Σε μια ερευνητική μελέτη, που διεξήχθη στις ΗΠΑ σχετικά με την επίδραση που έχει η εκπαίδευση ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες φροντίδας, διαπιστώθηκε ότι η εκπαίδευση συμβάλλει πολύ στην ανάπτυξη της θεραπευτικής ενσυναίσθητικής σχέσης . Στην ίδια μελέτη εκτιμάται ότι οι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες είναι πιο πιθανό να ανιχνεύσουν το συναίσθημα και την πρόοδο των χρηστών υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας και, ως εκ τούτου, να εξερευνήσουν περαιτέρω και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η εκπαίδευση μπορεί να προσφερθεί μέσω της πρακτικής εργασίας, της χρήσης πολυμέσων, του παιχνιδιού ρόλων και της βιωματικής μάθησης (Bonvicini, 2009).

Στην Ελλάδα, οι απόπειρες σχεδιασμού και υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων καθώς και τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση είναι περιορισμένα (Moudatsou, 2020).

Το «Diversity Dolls» είναι μια πρακτική εκπαιδευτική μέθοδος για την ενίσχυση της ενσυναίσθησης που χρησιμοποιείται μεταξύ των φοιτητών κοινωνικής φροντίδας σε ελληνικό πανεπιστήμιο, έτσι ώστε να μπορούν να ενσταλάξουν δεξιότητες ενσυναίσθησης σε κοινωνικά ευάλωτους πληθυσμούς (Parouli, 2018) Στη πρώτη φάση του προγράμματος, γίνεται μια αναγνώριση των ευάλωτων ομάδων, καθώς και του θεωρητικού πλαισίου που ακολουθείται σε αντίστοιχα προγράμματα με κούκλες. Ακολουθεί το στάδιο δημιουργίας της κούκλας, κατά το οποίο κάθε ομάδα φοιτητών επιλέγει τον τρόπο που θα τη σχεδιάσει και θα την υλοποιήσει, καθώς και την ευαλωτότητα ή το τραύμα που θα φέρει αυτή η κούκλα. Στο τρίτο στάδιο, οι ομάδες επιστρέφουν στην ολομέλεια και συζητάνε για τη διαδικασία της δημιουργίας και της μεταξύ τους συνεργασίας. (Parouli, 2018). Το τελευταίο στάδιο, αποτελεί ουσιαστικά την έκθεση της δουλειάς των ομάδων και τη παρουσίαση των κούκλων στο κοινό. Έπεται μια συνάντηση με τον συντονιστή, ώστε να υπάρξει ανατροφοδότηση ως προς τις αντιδράσεις της έκθεσης και τα συναισθήματα της ομάδας. Το ανωτέρω πρόγραμμα, αναδεικνύει και τον ρόλο της τέχνης στην ενίσχυση της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες, συσσωρεύοντας πληθώρα τεχνικών και παρεμβάσεων που μπορούν να ακολουθηθούν (Moudatsou et al., 2014).

Πιστεύεται ότι η χρήση τέτοιων μεθόδων βασισμένων στην τέχνη βοηθά τους επαγγελματίες κοινωνικής εργασίας και φροντίδας να αισθάνονται ασφαλείς, να εξερευνούν και να δίνουν νόημα στις πραγματικές συνθήκες που ζουν οι άνθρωποι, μέσα από ευχάριστες, συμμετοχικές, διαδραστικές δραστηριότητες (Parouli, 2017) .

Εκτιμάται ότι παγκοσμίως, οι δημιουργικές βιωματικές εκπαιδευτικές μέθοδοι όπως το ημερολόγιο, η τέχνη, το παιχνίδι ρόλων και τα παιχνίδια προσομοίωσης γίνονται όλο και πιο δημοφιλή στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας βοηθώντας τόσο τους εργαζόμενους όσο και τους χρήστες των συστημάτων αυτών στην προσωπική τους ανάπτυξη, στο να αυξήσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους σε σχέση με την ενσυναίσθηση και την προσωποκεντρική φροντίδα (Parouli, 2017, 2018).

Μια άλλη αξιολογη παρέμβαση που σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης σε κλινικό πληθυσμό είναι το βιωματικό προσωποκεντρικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση « Έλα στη θέση μου, γιατρέ!» διάρκειας 60 ωρών που υλοποιήθηκε το 2017 από προπτυχιακούς φοιτητές του ιατρικού τμήματος, της σχολής επιστημών υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που συμμετείχαν εθελοντικά προκειμένου να εκπαιδευτούν στην ενσυναίσθηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο πρακτικά όσο και στατιστικά ενίσχυσε την ενσυναίσθητική συμπεριφορά των συμμετεχόντων και η επίδραση της παρέμβασης παρέμεινε αμετάβλητη έξι μήνες αργότερα. Ο συνδυασμός της βιωματικής εκπαιδευτικής διαδικασίας (περιελάμβανε παιχνίδι ρόλων, βιωματικές ασκήσεις προσωποκεντρικής συμβουλευτικής και θεωρία) με την προσωπική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, όπως εκτιμήθηκε, δημιούργησε μια ευνοϊκή συνθήκη στην οποία οι εκπαιδευόμενοι είχαν την ευκαιρία να εξετάσουν τη σχέση με τους ασθενείς τους καθώς και να επαναπροσδιορίσουν τον τρόπο που σχετίζονται με τους ανθρώπους εν γένει (Κιοσσές, 2017).

Τα προσωποκεντρικά προγράμματα ανάπτυξης της ενσυναίσθησης παρατηρείται ότι αποφέρουν αισθητό αποτέλεσμα βελτίωσης των επιπέδων της ενσυναίσθησης μετά την εφαρμογή τους ενώ παράλληλα παρουσιάζουν τη δυνατότητα να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού που απευθύνονται (van Berkhout & Malouff, 2016).

Παρά το γεγονός ότι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει σημαντικής αξίας οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής μεθόδου και ιδιαίτερα της ενσυναίσθητικής κατανόησης και απόκρισης στη θεραπευτική υποστήριξη των ψυχικά τραυματισμένων ανθρώπων, με βάση τη βιβλιογραφική πρόσβαση που είχαμε στη διάθεσή μας και όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, δεν εντοπίζουμε να υπάρχει στη χώρα μας κάποιο ομαδικό πρόγραμμα προσωποκεντρικής συμβουλευτικής που να απευθύνεται σε πληθυσμό

επαγγελματιών φροντιστών που εργάζονται στο πεδίο των δομών φιλοξενίας και παιδικής προστασίας. Στηριζόμενοι στο παραπάνω συμπέρασμα, διαθέτουμε την παρούσα μελέτη ως συμβολή στην κάλυψη του εμφανιζόμενου βιβλιογραφικού κενού και εκφράζουμε την αναγκαιότητα δημιουργίας και εφαρμογής αντίστοιχων προσωποκεντρικών προγραμμάτων, ιδιαίτερα για την κάλυψη των αναγκών κοινωνικά ευάλωτων παιδικών πληθυσμών.

#### **4.8. Σκοπός και στόχοι της έρευνας**

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εφαρμογή και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός βιωματικού προγράμματος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής για την προσωπική ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση και ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στη σχέση φροντίδας, σε επαγγελματίες φροντιστές παιδιών με ψυχικό τραύμα.

Επιπρόσθετα, σκοπός της έρευνας υπήρξε η διερεύνηση της επίδρασης της ενσυναίσθησης στη μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες που ενδεχόμενα αντιμετωπίζουν.

#### **4.9. Οι ερευνητικές υποθέσεις**

Ως αποτέλεσμα της πραγματοποίησης του προγράμματος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής «Κοίτα με τα μάτια μου» για την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στους συμμετέχοντες επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας αναμένεται να υπάρξει βελτίωση των επιπέδων της ενσυναίσθησης και στις τέσσερις (4) διαστάσεις της [ α) Λήψη Προοπτικής του Άλλου ή Γνωστική Ενσυναίσθηση – β) Φαντασιακή Ενσυναίσθηση – γ) Ενσυναισθητικό Ενδιαφέρον – δ) Προσωπική Δυσφορία] όπως ορίζονται στην Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

Συγκεκριμένα οι ερευνητικές υποθέσεις διατυπώθηκαν ως εξής:

**H1:** Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου, για τη διάσταση της Λήψης Προοπτικής του Άλλου ή Γνωστικής Ενσυναίσθησης, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

**H2:** Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου,



για τη διάσταση της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

**H3:** Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου, για τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

**H4:** Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου, για τη διάσταση της Προσωπικής Δυσφορίας, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

**H5:** Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται να παρατηρηθεί μείωση των επιπέδων του αρχικά καταγραφέντος δευτερογενούς τραυματικού στρες στους συμμετέχοντες επαγγελματίες φροντιστές ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

#### **4.10. Ως επίλογος του θεωρητικού μέρους**

Μια θεμελιώδης έννοια στο λεξιλόγιο του υπαρξισμού είναι αυτή του «Είναι προς τους άλλους» (Heidegger, 1962). Αυτό αναφέρεται στην αναγνώριση ότι η ύπαρξη κάθε ανθρώπου βασίζεται σε έναν προσανατολισμό προς τους άλλους ανθρώπους και συνεπώς προς τον κοινωνικό κόσμο. Με άλλα λόγια, είναι μια απόρριψη του ατομισμού, της ιδέας ότι τα άτομα μπορούν να κατανοηθούν χωριστά από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται. Η ανθρώπινη πραγματικότητα είναι μια κοινωνική πραγματικότητα. Γι' αυτόν τον λόγο ο υπαρξισμός θα ήταν επικριτικός απέναντι στις θεωρητικές προσεγγίσεις θεραπείας του τραύματος που παραμένουν σε ατομικό επίπεδο και αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν ευρύτερες κοινωνικές πτυχές.

Το να είσαι προς τους άλλους μπορεί επομένως να θεωρηθεί ως μια χρήσιμη έννοια για την κατανόηση του τραύματος, καθώς μας δίνει τη δυνατότητα να απομακρυνθούμε από την πολύ στενή εστίαση στις ψυχολογικές πτυχές της κατάστασης και να εκτιμήσουμε το τραύμα καθώς και τη θεραπεία του ως μια πλήρως κοινωνική εμπειρία.

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---

---

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : Η ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **5.1. Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται και αναλύεται η ερευνητική μέθοδος που έχει επιλεγεί για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Αρχικά παρουσιάζεται το είδος της έρευνας, και στη συνέχεια περιγράφονται τα δεδομένα της ερευνητικής δειγματοληψίας. Συγκεκριμένα περιγράφεται το δείγμα της έρευνας, ο τρόπος συλλογής των δεδομένων και η ερευνητική διαδικασία και παρουσιάζονται τα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες για τους σκοπούς της έρευνας.

Τέλος παρουσιάζεται ολοκληρωμένα ως προς τη δομή, τους στόχους, το περιεχόμενο και τις συναντήσεις του, το βιωματικό πρόγραμμα προσωποκεντρικής συμβουλευτικής «Κοίτα με τα μάτια μου» που σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε από τη συντονίστρια στα μέλη της πειραματικής ομάδας του δείγματος.

#### **5.2. Η ταυτότητα της παρούσας έρευνας**

Η παρούσα έρευνα είναι μια ποσοτική έρευνα που διενεργήθηκε με δειγματοληπτική μέθοδο σε μια επιλεγμένη ομάδα επαγγελματιών και συγκεκριμένα σε 54 επαγγελματίες φροντιστές παιδιών, διάφορων ειδικοτήτων (κοινωνικοί φροντιστές, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί, ψυχολόγοι) που εργάζονται σε δημόσιες και σε Μη Κερδοσκοπικές/Κυβερνητικές Οργανώσεις ΜΚΟ δομές φιλοξενίας και παιδικής προστασίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίων που περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, καθώς και τριών ψυχομετρικών εργαλείων διαβαθμισμένων απαντήσεων για την αξιολόγηση της έντασης και της συχνότητας της Δευτερογενούς Μετατραυματικής Συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale» (STS, Bride et al., 2004), της Γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας «General Health Questionnaire-28» (GHQ-28 Goldberg & Hillier, 1979) και των διαστάσεων της Ενσυναίσθησης με την κλίμακα της Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης «Interpersonal Reactivity Index» (Davis, 1980) με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο ήταν αποτελεσματικό για την αύξηση της ενσυναίσθησης και την παράλληλη μείωση

του ενδεχόμενου δευτερογενούς τραυματικού στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες φροντιστές παιδιών με ψυχικό τραυματισμό, ένα ομαδικό βιωματικό πρόγραμμα προσωποκεντρικής συμβουλευτικής, καλλιέργειας της ενσυναίσθησης, διάρκειας 12 ωρών.

Στη βιβλιογραφία για την αξιολόγηση των ομαδικών παρεμβάσεων προτείνονται δύο μέθοδοι αξιολόγησης: η έρευνα αποτελέσματος (outcome research) και η έρευνα διαδικασίας (process research) (Delucia-Waack, 1997). Η έρευνα αποτελέσματος εξετάζει συνολικά την αποτελεσματικότητα μιας ομαδικής παρέμβασης και εστιάζει στο βαθμό της ατομικής αλλαγής των μελών, ενώ η έρευνα διαδικασίας εξετάζει τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια των συναντήσεων των μελών και εστιάζει στη δυναμική της ομάδας (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου, & Ρέγκλη, 2011. Furr, 2000).

Η παρούσα έρευνα είναι μια έρευνα αποτελέσματος καθώς εξέτασε το βαθμό της ατομικής αλλαγής των μελών του δείγματος μέσα από την αξιολόγηση τους με μετρήσεις πριν την έναρξη (pre test), μετά τη λήξη (post test) της εφαρμογής του προγράμματος και μετά από χρονικό διάστημα ενός μήνα για να διερευνηθεί η ανθεκτικότητα των αποτελεσμάτων του προγράμματος στο χρόνο (follow up) αναφορικά με τις μεταβλητές, της ενσυναίσθησης και του συνολικού δευτερογενούς ψυχικού τραυματισμού του δείγματος των επαγγελματιών φροντιστών παιδιών με ψυχικό τραύμα, που σχετίζονται με το σκοπό και τους επιμέρους στόχους του ομαδικού συμβουλευτικού προγράμματος (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου, & Ρέγκλη, 2011. Furr, 2000).

Για την οργάνωση της παρούσας έρευνας αποτελέσματος υιοθετήθηκε όπως προβλέπεται (Kulic, Dagle & Horne, 2001) ο πειραματικός σχεδιασμός που βασίστηκε α) στο διαχωρισμό του ερευνητικού δείγματος σε δύο διακριτές ομάδες, την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου, β) την αξιοποίηση της πειραματικής ομάδας για την εφαρμογή του προγράμματος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής «Κοίτα με τα μάτια μου» και γ) την αξιοποίηση της ομάδας ελέγχου (στην οποία δεν εφαρμόστηκε το πρόγραμμα) ως ομάδα αναφοράς για τη σύγκριση της με την πειραματική ομάδα αναφορικά με τις εξεταζόμενες μεταβλητές της ενσυναίσθησης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες .

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 10 Μαΐου έως 10 Σεπτεμβρίου 2021.

### 5.3. Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν αποκλειστικά επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της παιδικής προστασίας και συγκεκριμένα σε δημόσιες ή ΜΚΟ δομές φιλοξενίας παιδιών επιζώντων εγκατάλειψης, κακοποίησης ή παραμέλησης ή δομές εκπαίδευσης παιδιών με ιστορικό τραυματικών εμπειριών. Η ιδιότητα του επαγγελματία και η εργασιακή απασχόληση στο πεδίο της παιδικής προστασίας και των δομών φιλοξενίας αποτέλεσαν και τα δύο μοναδικά κριτήρια εισόδου στην έρευνα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 54 (n=54) επαγγελματίες φροντιστές (17 άντρες (31.4 %) και 37 γυναίκες (68.6 %), ηλικίας από 26 ως 52 ετών) διαφόρων ειδικοτήτων όπως κοινωνικοί φροντιστές ή επιμελητές (όπως ονομάζονται στις δημόσιες δομές) , κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εκπαιδευτικοί και ψυχολόγοι που εργάζονται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου ή ως μόνιμοι υπάλληλοι στις προαναφερθείσες δομές. Όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονται σε δομές που βρίσκονται στη γεωγραφική περιοχή των Ιωαννίνων όπως στη δημόσια δομή του Κέντρου Προστασίας Παιδιού, στη Δομή Φιλοξενίας/Προσωρινής Υποδοχής προσφύγων «Κατσικά» και στις ΜΚΟ «Κιβωτός του κόσμου», «Άρσις», «Intersos» και «ASB».

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο δειγματοληψίας μη-πιθανότητας (non-probability sampling) και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling) σε συνδυασμό με δειγματοληψία χιονοστιβάδας (snowball sampling) (Creswell, 2011). Αν και η δειγματοληψία ευκολίας δεν γίνεται με τυχαίο τρόπο και επομένως δεν επιτρέπει γενικευσιμότητα, από την άλλη πλευρά θεωρείται κατάλληλη μέθοδος όταν υπάρχουν χρονικοί περιορισμοί καθώς και δυσκολία εξεύρεσης κατάλληλου ερευνητικού δείγματος, όπως συνέβη με την παρούσα έρευνα. Παράλληλα, η δειγματοληψία χιονοστιβάδας θεωρείται επίσης χρήσιμη στις περιπτώσεις όπου δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί και να προσεγγιστεί ο πληθυσμός, μια συνθήκη που αντιμετώπισε η παρούσα έρευνα εξαιτίας και της συγκυρίας της πανδημίας Covid-19. Με τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας γίνεται δυνατή η ανεύρεση δείγματος μέσα από την παραπομπή από συμμετέχοντες σε άτομα που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι οποίοι με τη σειρά τους συστήνουν άλλα άτομα και ούτω καθεξής, όπως έγινε στην προκειμένη περίπτωση (Coolican, 2002).

Η χρησιμοποίηση των δύο αναφερόμενων μεθόδων δειγματοληψίας αποφασίστηκε, παρά τις αδυναμίες που παρουσιάζουν, προκειμένου να

αντιμετωπιστεί η δυσκολία ανεύρεσης δείγματος, δεδομένου ότι στόχος της παρούσας έρευνας δεν ήταν η γενικευσιμότητα (Robson & McCartan, 2015).

Από την εθελοντική ανταπόκριση ενδιαφέροντος που εκδηλώθηκε στην ανοιχτή πρόσκληση συμμετοχής στο συμβουλευτικό πρόγραμμα διαμορφώθηκε το μέγεθος του δείγματος και στη συνέχεια η πειραματική ομάδα με 26 μέλη και η ομάδα ελέγχου με 28 συμμετέχοντες. Καθοριστικό παράγοντα για αυτόν το διαχωρισμό αποτέλεσε ο ελεύθερος χρόνος που διέθεταν οι συμμετέχοντες για την παρακολούθηση του προγράμματος.

Με βάση τα δημογραφικά, επαγγελματικά και ατομικά χαρακτηριστικά που δήλωσαν οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο δημογραφικών και λοιπών στοιχείων η ταυτότητα του ερευνητικού δείγματος έχει ως εξής:

### **5.3.1. Η ταυτότητα του ερευνητικού δείγματος**

#### ***Ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα***

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Φύλο» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα ήταν γυναίκες (N=18, 69.2%) ενώ οι άντρες συμμετέχοντες αποτελούσαν μικρότερο ποσοστό (N=8, 30.8%) . Στα ίδια περίπου ποσοστά κυμάνθηκε και η ομάδα ελέγχου, όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (N=19, 67.9%) και οι άντρες (N= 9, 32.1% ).

**Πίνακας 1:** Πίνακας συχνότητων της μεταβλητής «Φύλο» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

<b>Φύλο</b>	<b>Πειραματική ομάδα</b>		<b>Ομάδα ελέγχου</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Άντρας</i>	8	30.8%	9	32.1%
<i>Γυναίκα</i>	<b>18</b>	<b>69.2%</b>	<b>19</b>	<b>67.9%</b>

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Ηλικία» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου.

Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ηλικία από 31 – 40 ετών (N=12, 46.2%). Το 30.8% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 21 – 30 ετών και το 23.1% είχαν ηλικία από 41 – 50 ετών.

Για την ομάδα ελέγχου προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ηλικία από 31 – 40 ετών (N=13, 46.4%). Το 28.6% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 21 – 30 ετών, το 21.4% αυτών είχαν ηλικία από 41 – 50 ετών και το 3.6% αυτών είχαν ηλικία άνω των 50 ετών.

**Πίνακας 2:** Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Ηλικία» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

<b>Ηλικία</b>	<b>Πειραματική ομάδα</b>		<b>Ομάδα ελέγχου</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
21 – 30 ετών	8	30.8%	8	28.6%
31 – 40 ετών	<b>12</b>	<b>46.2%</b>	<b>13</b>	<b>46.4%</b>
41 – 50 ετών	6	23.1%	6	21.4%
50+ ετών	0	0%	1	3.6%

### **Οικογενειακά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στην έρευνα**

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Οικογενειακή κατάσταση» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα παρουσιάζεται ότι οι μισοί συμμετέχοντες είναι άγαμοι (N=13, 50%). Το 34.6% των συμμετεχόντων είναι παντρεμένοι, το 11.5% αυτών ζουν με σύντροφο και το 3.8% είναι διαζευγμένοι.

Στην ομάδα ελέγχου οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι άγαμοι (N=12, 42.9%). Το 35.7% των συμμετεχόντων είναι παντρεμένοι, το 14.3% αυτών είναι διαζευγμένοι και το 3.6% είναι χήροι και σε ποσοστό 3.6% ζουν με σύντροφο.

**Πίνακας 3:** Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>Πειραματική ομάδα</b>		<b>Ομάδα ελέγχου</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Άγαμος/η	<b>13</b>	<b>50%</b>	<b>12</b>	<b>42.9%</b>
Παντρεμένος/η	9	34.6%	10	35.7%

<i>Ζω με σύντροφο</i>	3	11.5%	1	3.6%
<i>Διαζευγμένος/η</i>	1	3.8%	4	14.3%
<i>Χήρος/α</i>	0	0%	1	3.6%

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Αριθμός παιδιών» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν παιδιά (N=20, 76.9%). Το 15.4% των συμμετεχόντων έχουν δύο παιδιά και το 3.8% αυτών έχουν είτε 1 παιδί, είτε 3 παιδιά.

Για την ομάδα ελέγχου παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου δεν έχουν κανένα παιδί (N=16, 57.1%). Το 17.9% των συμμετεχόντων είτε έχουν ένα παιδί, είτε έχουν δύο παιδιά και το 7.1% αυτών έχουν τρία παιδιά.

**Πίνακας 4:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Αριθμός παιδιών» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα

	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	<b>20</b>	<b>76.9%</b>	<b>16</b>	<b>57.1%</b>
<i>1</i>	1	3.8%	5	17.9%
<i>2</i>	4	15.4%	5	17.9%
<i>3</i>	1	3.8%	2	7.1%

#### ***Επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στην έρευνα***

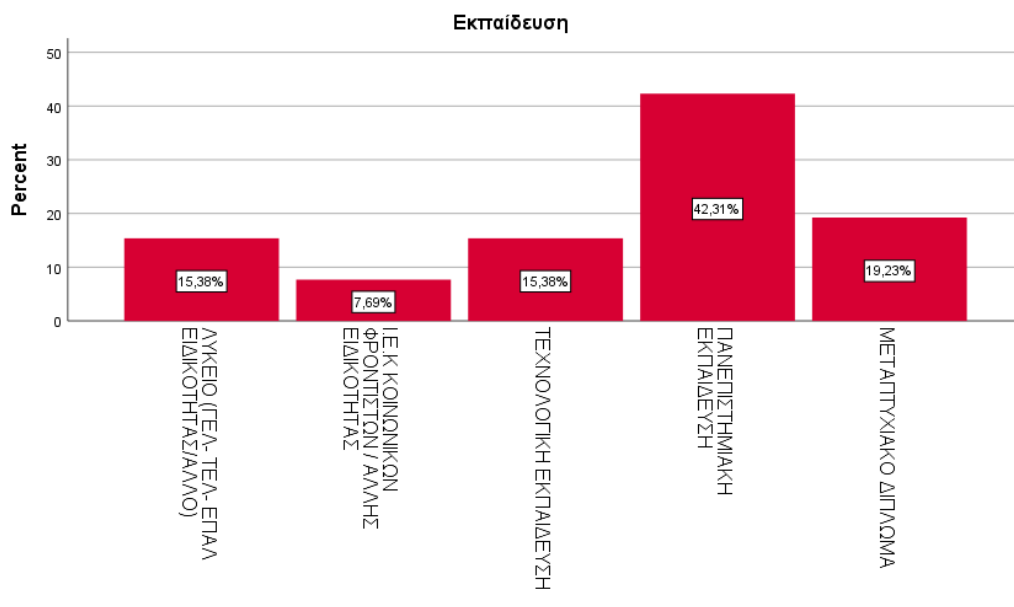
Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Εκπαίδευση» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (N=11, 42.3%). Το 19.2% των συμμετεχόντων έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα, το 15.4% αυτών είτε είναι απόφοιτοι Λυκείου, είτε τεχνολογικής εκπαίδευσης και το 7.7% είναι απόφοιτοι Ι.Ε.Κ. Κοινωνικών Φροντιστών/ Άλλης ειδικότητας.

Στην ομάδα ελέγχου οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (N=14, 50%). Το 21.4% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 10.7% αυτών ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 7.1% αυτών ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και το 3.6% είτε ήταν απόφοιτοι μέσης επαγγελματικής σχολής κοινωνικής πρόνοιας, είτε μέσης επαγγελματικής σχολής νοσηλευτών, είτε απόφοιτοι Ι.Ε.Κ. Κοινωνικών Φροντιστών/ Άλλης ειδικότητας.

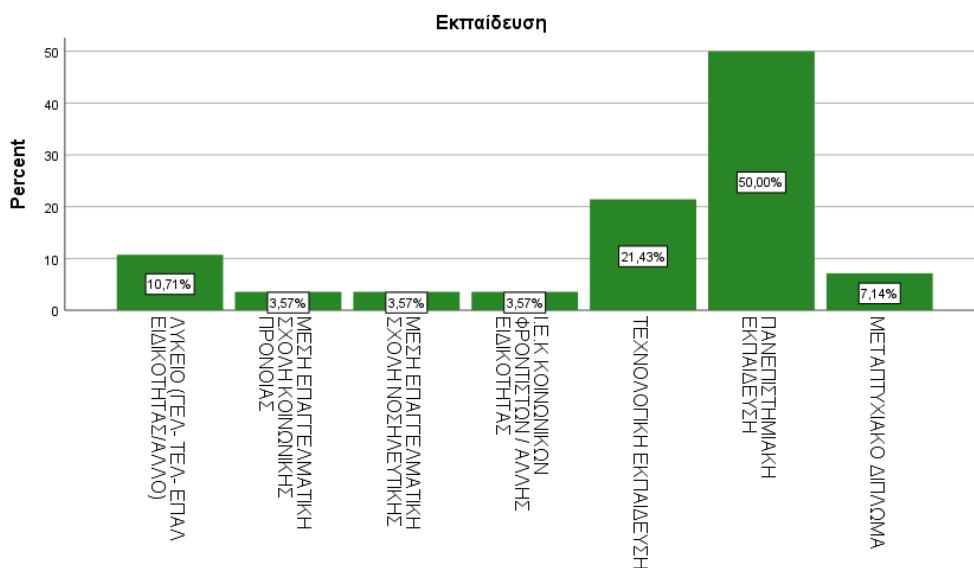
**Πίνακας 5:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Εκπαίδευση» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα

<b>Εκπαίδευση</b>				<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
				<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Λύκειο (ΓΕΛ, ΤΕΛ, ΕΠΑΛ, ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΑΛΛΟ)</i>			4	15.4%	3	10.7%	
<i>Μέση επαγγελματική σχολή κοινωνικής πρόνοιας</i>			0	0%	1	3.6%	
<i>Μέση επαγγελματική σχολή νοσηλευτών</i>			0	0%	1	3.6%	
<i>Ι.Ε.Κ. Κοινωνικών Φροντιστών/ Άλλης ειδικότητας</i>			2	7.7%	1	3.6%	
<i>Τεχνολογική Εκπαίδευση</i>			4	15.4%	6	21.4%	
<i>Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση</i>			<b>11</b>	<b>42.3%</b>	<b>14</b>	<b>50%</b>	
<i>Μεταπτυχιακό δίπλωμα</i>			5	19.2%	2	7.1%	





**Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ράβδων για την εκπαίδευση των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας**



**Διάγραμμα 2: Διάγραμμα ράβδων για την εκπαίδευση των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου**

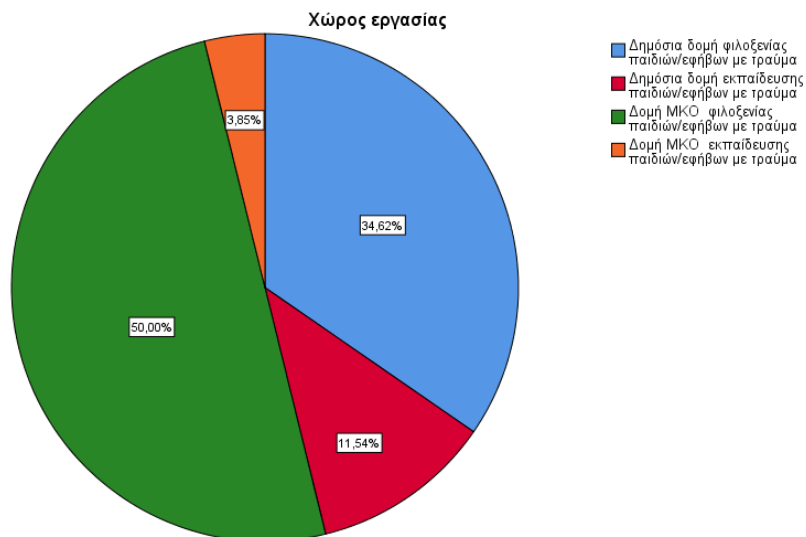
Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Χώρος εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου.

Για την πειραματική ομάδα παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν σε δομή ΜΚΟ φιλοξενίας παιδιών με τραύμα (N=13, 50%). Το 34.6% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε δημόσια δομή φιλοξενίας παιδιών με τραύμα, το 11.5% εργάζονταν σε δημόσια δομή εκπαίδευσης παιδιών με τραύμα και το 3.8% αυτών εργάζονταν σε δομή ΜΚΟ εκπαίδευσης με τραύμα.

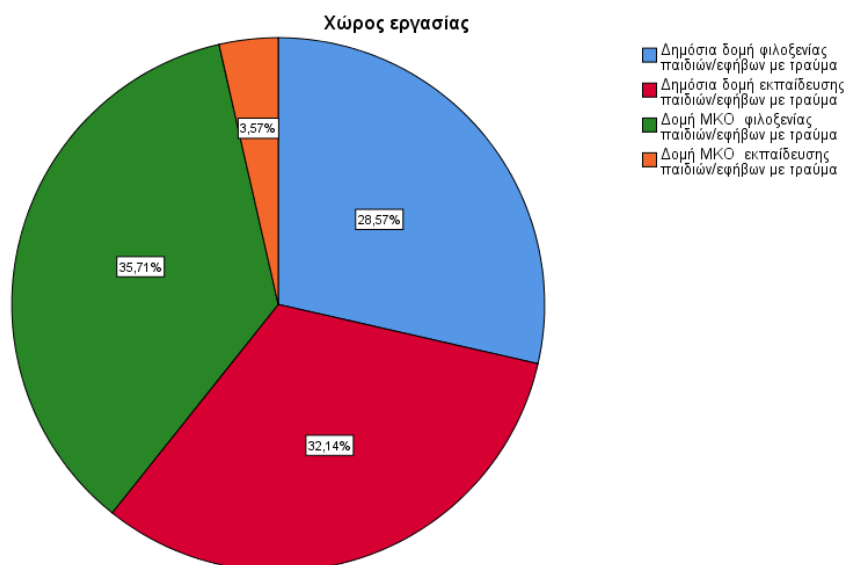
Στην ομάδα ελέγχου οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν σε δομή ΜΚΟ φιλοξενίας παιδιών με τραύμα (N=10, 35.7%). Το 32.1% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε δημόσια δομή εκπαίδευσης παιδιών με τραύμα, το 28.6% εργάζονταν σε δημόσια δομή φιλοξενίας παιδιών με τραύμα και το 3.6% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε δομή ΜΚΟ εκπαίδευσης παιδιών με τραύμα.

**Πίνακας 6:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Χώρος εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

<b>Χώρος εργασίας</b>	<b>Πειραματική ομάδα</b>		<b>Ομάδα ελέγχου</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Δημόσια δομή φιλοξενίας παιδιών / εφήβων με τραύμα</i>	9	34.6%	8	28.6%
<i>Δημόσια δομή εκπαίδευσης παιδιών / εφήβων με τραύμα</i>	3	11.5%	9	32.1%
<i>Δομή ΜΚΟ φιλοξενίας παιδιών / εφήβων με τραύμα</i>	<b>13</b>	<b>50%</b>	<b>10</b>	<b>35.7%</b>
<i>Δομή ΜΚΟ εκπαίδευσης παιδιών / εφήβων με τραύμα</i>	1	3.8%	1	3.6%



**Διάγραμμα 3: Διάγραμμα πίτας για τον χώρο εργασίας της πειραματικής ομάδας**



**Διάγραμμα 4: Διάγραμμα πίτας για τον χώρο εργασίας της ομάδας ελέγχου**

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Επαγγελματική εμπειρία στον τομέα» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Για την πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν συνολικά στον τομέα των δομών παιδικής προστασίας από 1 – 5 έτη (N=11, 42.3%). Το 30.8% των συμμετεχόντων εργάζονταν συνολικά στον τομέα από 6 – 10 έτη, το 19.2% των συμμετεχόντων εργάζονταν συνολικά στον τομέα από 11 – 15 έτη και το 7.7% των συμμετεχόντων εργάζονταν συνολικά στον τομέα από 16 – 20 έτη.

Για την ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν συνολικά σε δομές από 1 – 5 έτη (N=11, 39.3%). Το 21.4% των συμμετεχόντων εργάζονταν συνολικά στον τομέα είτε από 6 – 10 έτη, είτε από 20 έτη και πάνω, σε ποσοστό 10.7% οι συμμετέχοντες εργάζονταν συνολικά στον τομέα από 11 – 15 έτη και το 7.1% των συμμετεχόντων εργάζονταν συνολικά στον τομέα από 16 – 20 έτη.

**Πίνακας 7:** Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Επαγγελματική εμπειρία στον τομέα» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>1 – 5 έτη</i>	<b>11</b>	<b>42.3%</b>	<b>11</b>	<b>39.3%</b>
<i>6 – 10 έτη</i>	8	30.8%	6	21.4%
<i>11 – 15 έτη</i>	5	19.2%	3	10.7%
<i>16 – 20 έτη</i>	2	7.7%	2	7.1%
<i>20+ έτη</i>	0	0%	6	21.4%

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Επαγγελματική εμπειρία στην τωρινή θέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Για την πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονται στην τωρινή θέση εργασίας τους από 1 – 3 έτη (N=23, 88.5%). Το 7.7% των συμμετεχόντων εργάζονται στην τωρινή θέση εργασίας τους από 4 – 6 έτη και το 3.8% αυτών εργάζονται στην τωρινή θέση εργασίας τους πάνω από 6 έτη.

Για την ομάδα ελέγχου παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονται στην τωρινή θέση εργασίας τους από 1 – 3 έτη (N=22, 78.6%) και το 21.4% αυτών εργάζονται στην τωρινή θέση εργασίας τους πάνω από 4 έτη.

**Πίνακας 8:** Πίνακας συχνότητων της μεταβλητής «Επαγγελματική εμπειρία στην τωρινή θέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

<b>Επαγγελματική εμπειρία στην τωρινή θέση εργασίας</b>				
	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>1-3 έτη</i>	<b>23</b>	<b>88.5%</b>	<b>22</b>	<b>78.6%</b>
<i>4-6 έτη</i>	2	7.7%	3	10.7%
<i>6+ έτη</i>	1	3.8%	3	10.7%

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Θέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν είτε κοινωνικοί φροντιστές, είτε εκπαιδευτικοί (N=7, 26.9%). Το 15.4% αυτών ήταν είτε ψυχολόγοι, είτε κοινωνικοί λειτουργοί, το 11.5% ήταν επιμελητές παιδιών και το 3.8% ήταν νοσοκόμοι.

Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν εκπαιδευτικοί (N=8, 28.6%). Το 25% των συμμετεχόντων ήταν κοινωνικοί φροντιστές, το 17.9% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί και το 14.3% είτε είναι ψυχολόγοι, είτε επιμελητές παιδιών.

**Πίνακας 9:** Πίνακας συχνότητων της μεταβλητής «Θέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

<b>Θέση εργασίας</b>				
	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Κοινωνική – ος Φροντιστής</i>	<b>7</b>	<b>26.9%</b>	7	25%
<i>Επιμελήτρια/ Επιμελητής</i>	3	11.5%	4	14.3%
<i>Νοσοκόμα / Νοσοκόμος</i>	1	3.8%	0	0%

Κοινωνική λειτουργός	–	ος	4	15.4%	5	17.9%
Εκπαιδευτικός			<b>7</b>	<b>26.9%</b>	<b>8</b>	<b>28.6%</b>
Ψυχολόγος			4	15.4%	4	14.3%

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Σχέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (N=14, 53.8%). Το 30.8% των συμμετεχόντων ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και το 15.4% ήταν εργαζόμενοι με πρόγραμμα ορισμένου χρόνου. Στην ομάδα ελέγχου φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (N=13, 46.4%). Το 39.3% των συμμετεχόντων ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 14.3% ήταν εργαζόμενοι με κοινωφελές πρόγραμμα ορισμένου χρόνου .

**Πίνακας 10:** Πίνακας συχνότητων της μεταβλητής «Σχέση εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

Σχέση εργασίας	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	N	%	N	%
Δημόσιος υπάλληλος	8	30.8%	<b>13</b>	<b>46.4%</b>
Ιδιωτικός υπάλληλος	<b>14</b>	<b>53.8%</b>	11	39.3%
Με κοινωφελές πρόγραμμα	4	15.4%	4	14.3%

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Είδος εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι με σύμβαση (N=22, 84.6%) και το 15.4% των συμμετεχόντων είναι μόνιμοι υπάλληλοι. Στην ομάδα ελέγχου οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι με σύμβαση (N=25, 89.3%) και το 10.7% είναι μόνιμοι υπάλληλοι.

**Πίνακας 11:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Είδος εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

Είδος εργασίας	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Μόνιμος / η	4	15.4%	3	10.7%
Με σύμβαση	<b>22</b>	<b>84.6%</b>	<b>25</b>	<b>89.3%</b>

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Χρόνος εργασίας» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονται σε πρωινό ωράριο συνεχόμενο ( $N=10$ , 38.5%). Ένα μεγάλο ποσοστό το 34.6% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο, το 23.1% αυτών εργάζονταν σε πρωινό και απογευματινό ωράριο με εναλλαγή και το 3.8% αυτών εργάζονταν σε απογευματινό ωράριο συνεχόμενα.

Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονται σε πρωινό ωράριο συνεχόμενο ( $N=15$ , 53.6%). Το 39.3% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο και το 3.6% αυτών εργάζονταν είτε σε πρωινό και απογευματινό ωράριο με εναλλαγή, είτε σε απογευματινό ωράριο συνεχόμενα.

**Πίνακας 12:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Χρόνος εργασίας» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα

Χρόνος εργασίας		Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Πρωινό	ωράριο	<b>10</b>	<b>38.5%</b>	<b>15</b>	<b>53.6%</b>
συνεχόμενα					
Απογευματινό	ωράριο	1	3.8%	1	3.6%
συνεχόμενα					
Πρωινό και απογευματινό	ωράριο με εναλλαγή	6	23.1%	1	3.6%
Κυκλικό ωράριο (πρωί –	απόγευμα – νύχτα)	9	34.6%	11	39.3%

*Χαρακτηριστικά εργασίας και εργασιακών σχέσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα*

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Αριθμός παιδιών που φροντίζουν στην υπηρεσία» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας φροντίζουν στην υπηρεσία τους από 11 – 20 παιδιά (N=16, 61.5%) και το 38.5% των συμμετεχόντων φροντίζουν στην υπηρεσία τους από 21 – 30 παιδιά.

Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες φροντίζουν στην υπηρεσία τους από 21 – 30 παιδιά (N=17, 60.7%). Το 32.1% αυτών φροντίζουν στην υπηρεσία τους από 11 – 20 παιδιά και το 3.6% αυτών είτε φροντίζουν έως 10 παιδιά, είτε πάνω από 30 παιδιά.

**Πίνακας 13:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Αριθμός παιδιών που φροντίζουν στην υπηρεσία» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα

	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>0-10 παιδιά</i>	0	0%	1	3.6%
<i>11 – 20 παιδιά</i>	<b>16</b>	<b>61.5%</b>	9	32.1%
<i>21 – 30 παιδιά</i>	10	38.5%	<b>17</b>	<b>60.7%</b>
<i>30+ παιδιά</i>	0	0%	1	3.6%

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Αριθμός συναδέρφων που συνεργάζονται συνήθως στην υπηρεσία» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως συνεργάζονται με περισσότερους από 10 συναδέρφους (N=13, 50%). Το 34.6% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως συνεργάζονται από 7 – 10 συναδέρφους και το 15.4% δήλωσαν πως συνεργάζονται από 4 – 7 συναδέρφους.

Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως συνεργάζονται με περισσότερους από 10 συναδέρφους (N=16, 57.1%). Το 32.1% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως συνεργάζονται από 7 – 10 συναδέρφους, το 7.1% α



δήλωσαν πως συνεργάζονται από 4 – 7 συναδέρφους και το 3.6% δήλωσαν πως συνεργάζονται από 4 – 7 συναδέρφους.

**Πίνακας 14:** Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Αριθμός συναδέρφων που συνεργάζονται συνήθως στην υπηρεσία» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<b>Αριθμός συναδέρφων που συνεργάζονται συνήθως στην υπηρεσία</b>			
	<b>Πειραματική ομάδα</b>		<b>Ομάδα ελέγχου</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>1 – 3 συνάδερφοι</i>	0	0%	2	7.1%
<i>4-7 συνάδερφοι</i>	4	15.4%	1	3.6%
<i>7-10 συνάδερφοι</i>	9	34.6%	9	32.1%
<i>10+ συνάδερφοι</i>	<b>13</b>	<b>50%</b>	<b>16</b>	<b>57.1%</b>

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Το προσωπικό στη δομή εργάζεται σαν ομάδα» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως το προσωπικό της δομής τις περισσότερες φορές εργάζεται σαν ομάδα (N=14, 53.8%). Το 38.5% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως το προσωπικό της δομής κάποιες φορές εργάζεται σαν ομάδα και το 3.8% αυτών δήλωσαν πως είτε πάντα, είτε σπάνια το προσωπικό της δομής εργάζεται σαν ομάδα. Στην ομάδα ελέγχου οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως το προσωπικό της δομής τις περισσότερες φορές εργάζεται σαν ομάδα (N=21, 75%). Το 21.4% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως το προσωπικό της δομής κάποιες φορές εργάζεται σαν ομάδα και το 3.6% αυτών δήλωσαν πως πάντα το προσωπικό της δομής εργάζεται σαν ομάδα.

**Πίνακας 15:** Πίνακας συχνότητας της μεταβλητής «Το προσωπικό στη δομή εργάζεται σαν ομάδα» για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα

	<b>Το προσωπικό στη δομή εργάζεται σαν ομάδα</b>			
	<b>Πειραματική ομάδα</b>		<b>Ομάδα ελέγχου</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Πάντα</i>	1	3.8%	1	3.6%

<i>Τις περισσότερες φορές</i>	<b>14</b>	<b>53.8%</b>	<b>21</b>	<b>75%</b>
<i>Κάποιες φορές</i>	10	38.5%	6	21.4%
<i>Σπάνια</i>	1	3.8%	0	0%

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται από συναδελφικότητα» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου.

Στην πειραματική ομάδα οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται αρκετά από συναδελφικότητα (N=16, 61.5%). Το 15.4% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται είτε από πολύ, είτε από ελάχιστη συναδελφικότητα και το 3.8% δήλωσαν ότι η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται είτε από καθόλου, είτε από έκφραση συναδελφικότητας σε μεγάλο βαθμό (πάρα πολύ).

Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται πολύ από συναδελφικότητα (N=13, 46.4%). Το 42.9% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται αρκετά από συναδελφικότητα, το 7.1% αυτών δήλωσαν ότι η σχέση με τους συναδέρφους δεν χαρακτηρίζεται καθόλου από συναδελφικότητα και το 3.6% αυτών ότι η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται λίγο από συναδελφικότητα.

**Πίνακας 16:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Η σχέση με τους συναδέρφους χαρακτηρίζεται από συναδελφικότητα» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<b>Πειραματική ομάδα</b>		<b>Ομάδα ελέγχου</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Πάρα πολύ</i>	1	3.8%	2	7.1%
<i>Πολύ</i>	4	15.4%	<b>13</b>	<b>46.4%</b>
<i>Αρκετά</i>	<b>16</b>	<b>61.5%</b>	12	42.9%
<i>Λίγο</i>	4	15.4%	1	3.6%
<i>Καθόλου</i>	1	3.8%	0	0%

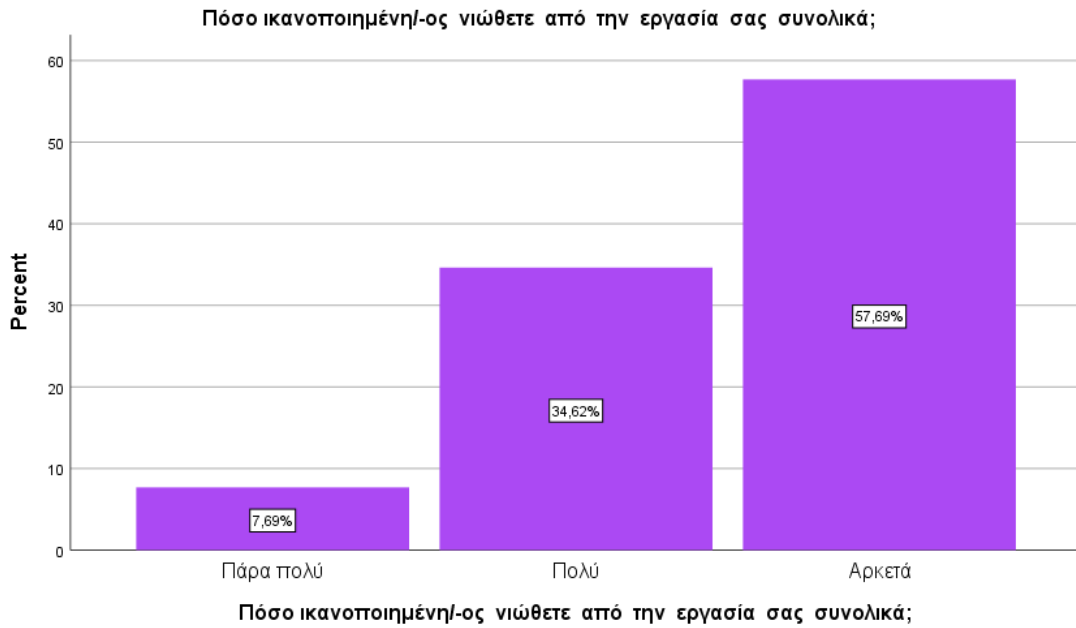
### ***Ικανοποίηση από την εργασία των συμμετεχόντων στην έρευνα***

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία συνολικά » για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες νιώθουν αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασία τους συνολικά (N=15, 57.7%). Το 34.6% των συμμετεχόντων νιώθουν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους συνολικά και το 7.7% νιώθουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους συνολικά.

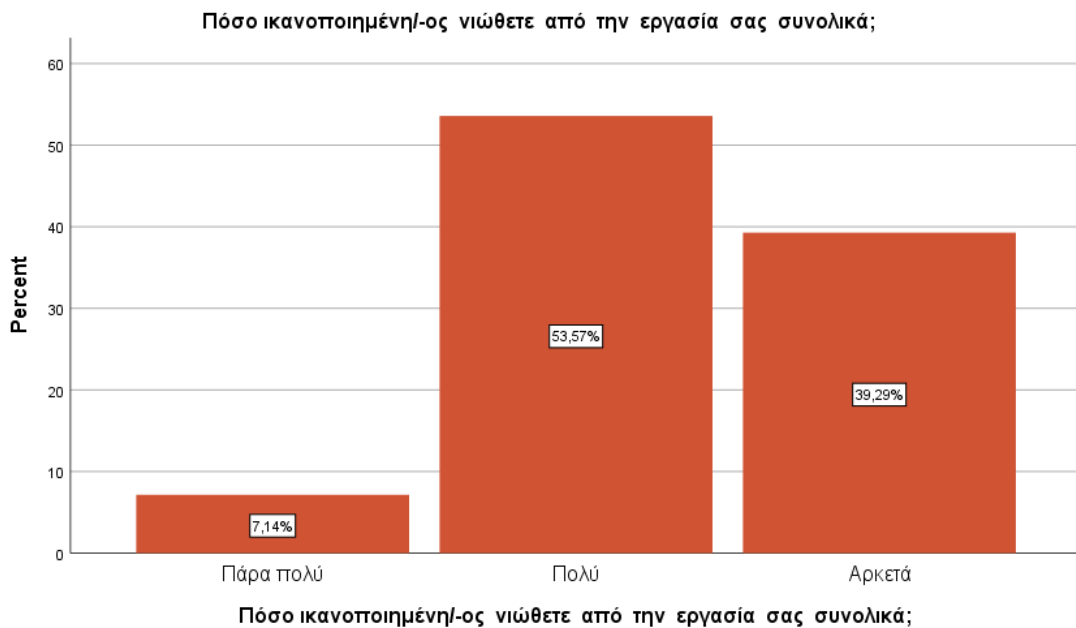
Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους συνολικά (N=15, 53.6%). Το 39.3% αυτών είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασία τους συνολικά και το 7.1% είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους συνολικά.

**Πίνακας 17:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία συνολικά» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<b><i>Πειραματική ομάδα</i></b>		<b><i>Ομάδα ελέγχου</i></b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Πάρα πολύ</i>	2	7.7%	2	7.1%
<i>Πολύ</i>	9	34.6%	<b>15</b>	<b>53.6%</b>
<i>Αρκετά</i>	<b>15</b>	<b>57.7%</b>	11	39.3%



**Διάγραμμα 5: Διάγραμμα ράβδων για την ικανοποίηση από την εργασία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας**



**Διάγραμμα 6: Διάγραμμα ράβδων για την ικανοποίηση από την εργασία των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου**

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Αλλαγή ή φυγή από την εργασιακή θέση» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας έχουν σκεφτεί να παραιτηθούν αλλά δεν έφυγαν (N=11, 42.3%). Το 30.8% των συμμετεχόντων έχουν σκεφτεί να αλλάξουν θέση αλλά δεν έφυγαν και το 26.9% αυτών ποτέ δεν σκέφτηκαν να φύγουν από την εργασιακή τους θέση.

Για την ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν σκεφτεί να παραιτηθούν αλλά δεν έφυγαν (N=10, 35.7%). Το 35.7% αυτών ποτέ δεν σκέφτηκαν να φύγουν από την εργασιακή τους θέση και το 28.6% έχουν σκεφτεί να αλλάξουν θέση αλλά δεν έφυγαν.

**Πίνακας 18:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Αλλαγή ή φυγή από την εργασιακή θέση» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Ναι, έχω σκεφτεί να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα</i>	<b>11</b>	<b>42.3%</b>	<b>10</b>	<b>35.7%</b>
<i>Ναι, έχω σκεφτεί να αλλάξω θέση αλλά δεν έφυγα</i>	8	30.8%	8	28.6%
<i>Όχι, ποτέ δεν σκέφτηκα να φύγω από την εργασιακή μου θέση</i>	7	26.9%	10	35.7%

#### ***Συνήθειες υγείας και εκτόνωσης του στρες των συμμετεχόντων στην έρευνα***

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Εκτόνωση του στρες» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες

εκτονώνουν το στρες τους από την εργασία στο κάπνισμα (N=10, 38.5%) και το 23.1% αυτών εκτονώνουν το στρες στην υπερκατανάλωση γλυκισμάτων.

Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εκτονώνουν το στρες τους από την εργασία στο κάπνισμα (N=17, 60.7%) και το 14.3% αυτών εκτονώνουν το στρες είτε με το περπάτημα, είτε με την κατανάλωση καφέ.

**Πίνακας 19:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Εκτόνωση του στρες» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Κάπνισμα</i>	<b>10</b>	<b>38.5%</b>	<b>17</b>	<b>60.7%</b>
<i>Αλκοόλ</i>	2	7.7%	2	7.1%
<i>Υπερκατανάλωση φαγητού</i>	3	11.5%	2	7.1%
<i>Υπερκατανάλωση γλυκισμάτων</i>	6	23.1%	3	10.7%
<i>Γυμναστική</i>	1	3.8%	3	10.7%
<i>Ηρεμιστικά χάπια</i>	1	3.8%	0	0%
<i>Νεύρα</i>	1	3.8%	0	0%
<i>Προσευχή</i>	1	3.8%	0	0%
<i>Περπάτημα</i>	1	3.8%	4	14.3%
<i>Ανορεξία</i>	1	3.8%	0	0%
<i>Τρέξιμο</i>	2	7.7%	1	3.6%
<i>Καφές</i>	0	0%	4	14.3%
<i>Υπερκατανάλωση νερού</i>	0	0%	1	3.6%

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Συχνότητα γυμναστικής» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες γυμνάζονται 1 – 2 φορές την εβδομάδα (N=12, 46.2%). Το 23.1% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως είτε καθόλου, είτε 3 – 4 φορές την εβδομάδα γυμνάζονται και το 7.7% αυτών γυμνάζονται καθημερινά.

Στην ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες γυμνάζονται 1 – 2 φορές την εβδομάδα (N=10, 35.7%). Το 32.1% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως δεν γυμνάζονται καθόλου, το 21.4% δήλωσαν πως γυμνάζονται 3 – 4 φορές την εβδομάδα και το 10.7% των συμμετεχόντων γυμνάζονται καθημερινά.

**Πίνακας 20:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Συχνότητα γυμναστικής» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Καθόλου</i>	6	23.1%	9	32.1%
<i>1-2 φορές την εβδομάδα</i>	<b>12</b>	<b>46.2%</b>	<b>10</b>	<b>35.7%</b>
<i>3-4 φορές την εβδομάδα</i>	6	23.1%	6	21.4%
<i>Καθημερινά</i>	2	7.7%	3	10.7%

#### ***Η τραυματική εμπειρία στη ζωή των συμμετεχόντων στην έρευνα***

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Βίωμα κάποιου τραυματικού γεγονότος τα τελευταία χρόνια» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν κάποιο βίωμα τραυματικού γεγονότος τα τελευταία χρόνια (N=17, 65.3%) και το 34.6% δεν έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός τα τελευταία χρόνια.

Για την ομάδα ελέγχου προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν κάποιο βίωμα τραυματικού γεγονότος τα τελευταία χρόνια (N=24, 85.7%) και το 14.3% δεν έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός τα τελευταία χρόνια.

**Πίνακας 21:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Βίωμα κάποιου τραυματικού γεγονότος τα τελευταία χρόνια» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Ναι</i>	<b>17</b>	<b>65.3%</b>	<b>24</b>	<b>85.7%</b>
<i>Όχι</i>	9	34.6%	4	14.3%

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για την μεταβλητή «Ψυχολογική επιβάρυνση της συνθήκης της πανδημίας Covid - 19» για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Για την πειραματική ομάδα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η συνθήκη της πανδημίας Covid – 19 τους έχει επηρεάσει αρκετά ψυχολογικά (N=11, 42.3%). Το 38.5% δήλωσαν ότι η συνθήκη της πανδημίας Covid – 19 τους έχει επηρεάσει πολύ ψυχολογικά, το 11.5% αυτών δήλωσαν ότι η συνθήκη της πανδημίας Covid – 19 τους έχει επηρεάσει πάρα πολύ ψυχολογικά και το 7.7% δήλωσαν ότι η συνθήκη της πανδημίας Covid – 19 τους έχει επηρεάσει ελάχιστα ψυχολογικά.

Στην ομάδα ελέγχου παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η συνθήκη της πανδημίας Covid – 19 τους έχει επηρεάσει αρκετά ψυχολογικά (N=16, 57.1%). Το 35.7% αυτών δήλωσαν ότι η συνθήκη της πανδημίας Covid – 19 τους έχει επηρεάσει πολύ ψυχολογικά και το 7.1% αυτών δήλωσαν ότι η συνθήκη της πανδημίας Covid – 19 τους έχει επηρεάσει πάρα πολύ ψυχολογικά.

**Πίνακας 22:** Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Ψυχολογική επιβάρυνση της συνθήκης της πανδημίας Covid - 19» Για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου

<b>Ψυχολογική επιβάρυνση της συνθήκης της πανδημίας Covid - 19</b>				
	<i>Πειραματική ομάδα</i>		<i>Ομάδα ελέγχου</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Πάρα πολύ</i>	3	11.5%	2	7.1%
<i>Πολύ</i>	10	38.5%	10	35.7%
<i>Αρκετά</i>	<b>11</b>	<b>42.3%</b>	<b>16</b>	<b>57.1%</b>
<i>Λίγο</i>	2	7.7%	0	0%



### **5.3.2. Η πειραματική ομάδα**

Η πειραματική ομάδα διαμορφώθηκε από 26 συμμετέχοντες (8 άντρες (30.8%) και 18 γυναίκες (69.2%), ηλικίας από 26 ως 49 ετών) που εκδήλωσαν το ενδιαφέρον και τη δυνατότητα να συμμετάσχουν στο συμβουλευτικό πρόγραμμα ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης και καλλιέργειας της ενσυναίσθησης ενώ δεν είχαν άλλη εμπειρία συμμετοχής σε συμβουλευτικό πρόγραμμα καλλιέργειας ενσυναίσθησης. Η σύνθεση της πειραματικής ομάδας αναφορικά με τις ειδικότητες των επαγγελματιών διαμορφώθηκε με τη συμμετοχή 7 κοινωνικών φροντιστών (26.9%) και 3 επιμελητών (11.5%), 1 νοσηλεύτρια (3.8%), 4 κοινωνικών λειτουργών (15.4%), 7 εκπαιδευτικών (26.9%) και 4 ψυχολόγων (15.4%) που εργάζονται σε δομές.

### **5.3.3. Η ομάδα ελέγχου**

Η ομάδα ελέγχου, στην οποία δεν εφαρμόστηκε καμία παρέμβαση επιλέχθηκε με τυχαίο τρόπο και αποτελούνταν από 28 συμμετέχοντες (9 άντρες (32.1%) και 19 γυναίκες (67.9%), ηλικίας 28-52 ετών). Η σύνθεση της ομάδας ελέγχου διαμορφώθηκε από τη συμμετοχή 7 κοινωνικών φροντιστών (25%) και 4 επιμελητών (14.3%), 5 κοινωνικών λειτουργών (17.9%) , 8 εκπαιδευτικών (28.6%) και 4 ψυχολόγων (14.3%). Στην ομάδα ελέγχου χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας πριν την έναρξη του συμβουλευτικού προγράμματος με την πειραματική ομάδα (1-10 Ιουνίου) μετά τη λήξη του, σε όλες τις ομάδες που εφαρμόστηκε, (1-10 Αυγούστου) και ένα μήνα μετά (follow up: 1-10 Σεπτέμβρη).

## **5.4. Θέματα δεοντολογίας της έρευνας**

Καθόλη τη διαδικασία της έρευνας λήφθηκε μέριμνα να τηρηθεί η ερευνητική δεοντολογία. Συγκεκριμένα τηρήθηκαν τα ακόλουθα χωρίς διάκριση σε όλο τον πληθυσμό του δείγματος (Robson & McCartan, 2015):

- Πληροφορημένη συναίνεση.
- Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.
- Δικαίωμα μη συμμετοχής στην έρευνα χωρίς καμία επίπτωση.
- Ειλικρίνεια και διαφάνεια κατά τη διαδικασία και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων

## 5.5. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές η συλλογή των δεδομένων αποτελεί το καθοριστικό στοιχείο οποιουδήποτε ερευνητικού εγχειρήματος σε σύγκριση με τα υπόλοιπα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας (Bryman A.,2017).

Στις ποσοτικές έρευνες ή έρευνες επισκόπησης συνηθέστερες είναι οι μέθοδοι δομημένων προσεγγίσεων όπως η χρήση ερωτηματολογίου για τη συλλογή δεδομένων. Η χρήση δομημένης προσέγγισης συνεπάγεται τον, εκ των προτέρων, καθορισμό του ερευνώμενου αντικειμένου και τον σχεδιασμό της έρευνάς του με τα ανάλογα ερευνητικά εργαλεία. Παράδειγμα τέτοιου εργαλείου αποτελεί το ερωτηματολόγιο. Η χρήση του ερωτηματολογίου επιτρέπει στο να συλλεχθούν συστηματοποιημένα τα κατάλληλα δεδομένα προκειμένου να δοθεί απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα που καθοδηγούν το ερευνητικό εγχείρημα (Bryman A.,2017).

Στην παρούσα έρευνα προκειμένου να καταγραφεί ο βαθμός ανάπτυξης της ενσυναίσθησης (ως αποτέλεσμα της εφαρμογής του προτεινόμενου συμβουλευτικού προγράμματος) και να διερευνηθεί η επίδραση της ενσυναίσθησης στο ενδεχόμενο δευτερογενές μετατραυματικό στρες των επαγγελματιών φροντιστών παιδιών με ψυχικό τραυματισμό έπρεπε να συγκεντρωθούν αρκετά, σε εύρος, δεδομένα. Στο πλαίσιο αυτό αποφασίστηκε η χρήση του ερωτηματολογίου καθώς και το να αποτελεί το κύριο ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιούνταν στην έρευνα αφού συνάδει με τους σκοπούς της, όντας εύχρηστο και εύκολο στη διανομή και συγκέντρωσή του, ενώ παράλληλα επιτρέπει να συλλεχθούν πολλά δεδομένα που συστηματοποιημένα μπορούν να αναλυθούν με μεγαλύτερη ευκολία (Robson & McCartan, 2015· Creswell, 2011).

Έτσι με βάση τους σκοπούς της έρευνας συγκροτήθηκε το ερωτηματολόγιο της παρούσας ερευνητικής μελέτης το οποίο είναι ανώνυμο και αποτελείται από δυο ενότητες, περιλαμβάνοντας και οδηγίες για τη συμπλήρωσή του από τους συμμετέχοντες.

Η πρώτη ενότητα ενσωματώνει κάποια βασικά δημογραφικά, επαγγελματικά και ατομικά στοιχεία των συμμετεχόντων και διερευνά την ύπαρξη δευτερογενούς μετατραυματικού στρες με βάση την κλίμακα της Δευτερογενούς Μετατραυματικής Συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale» (STSS, Bride et al ., 2004) που αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικού στρες που συνδέεται με την έκθεση των επαγγελματιών ανθρωπιστικών

επαγγελματιών σε πληθυσμούς που έχουν βιώσει τραύμα. Στη συνέχεια διερευνάται η συσχέτιση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες με τη σωματική και ψυχική υγεία μέσα από τη χρήση της ψυχομετρικής κλίμακας αυτό-αξιολόγησης της Γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας «General Health Questionnaire GHQ-28»(Goldberg & Hillier, 1977). Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από την κλίμακα «Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης» (Interpersonal Reactivity Index, Davis, M. H., 1980) που συνιστά μια αξιόπιστη κλίμακα αξιολόγησης και μέτρησης της ενσυναίσθησης.

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων ξεκίνησε με την πρώτη χορήγηση του ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου 2021 και ολοκληρώθηκε με τη συλλογή των ερωτηματολογίων της τρίτης «follow up» μέτρησης στις 10 Σεπτεμβρίου 2021. Δηλαδή, διήρκησε 5 μήνες και πραγματοποιήθηκε μέσω κυρίως προσωπικής επαφής της συντονίστριας με τους συμμετέχοντες αλλά και με τη χρήση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Για τη συμμετοχή στην έρευνα τηρήθηκαν οι δεοντολογικές αρχές της εθελοντικής εισόδου και της ανωνυμίας. Ως προς τη δεύτερη, μάλιστα, δεοντολογική αρχή της ανωνυμίας έγινε επισταμένη προσπάθεια να διαφυλαχθεί, ώστε να μην αναγνωρίζεται η ταυτότητα του συμμετέχοντα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, από το στάδιο ακόμη του σχεδιασμού του ερωτηματολογίου (μέσω της συμπλήρωσης με σύμβολα ή με την χρήση κεφαλαίων γραμμάτων για γραφή λίγων λέξεων και όχι με γραπτό λόγο όπου θα υπήρχε το ενδεχόμενο αναγνώρισης του γραφικού χαρακτήρα του συμμετέχοντα) εξαιτίας των ευαίσθητων και λεπτών θεμάτων που χαρακτηρίζουν το πεδίο των δομών παιδικής προστασίας και φιλοξενίας παιδιών, της γνωριμίας μεταξύ των επαγγελματιών φροντιστών καθώς και στο πλαίσιο της προσπάθειας να μην εμποδίσουμε με φόβους την ειλικρινή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες καθώς σε αυτό ζητούνταν η κατάθεση πολύ προσωπικών συμπεριφορών και στάσεων ζωής. Επιπλέον, υιοθετήθηκε η τακτική, ύστερα από συνεννόηση με τους συμμετέχοντες τα ερωτηματολόγια να συλλέγονταν ομαδικά μέσα σε φάκελο και όχι ένα-ένα για προφύλαξη αναγνώρισης ατομικών στοιχείων και από τη συντονίστρια της έρευνας.

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερωνόταν με επιπρόσθετη πληροφόρηση (από τις οδηγίες του ερωτηματολογίου) για το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, είτε ατομικά είτε σε ομάδες και προηγούνταν η συναίνεσή τους βασισμένοι στη γνώση αυτή, για την απόφαση συμμετοχής τους (informed consent). Δόθηκε

ιδιαίτερη προσοχή στο να εξασφαλιστεί η κατανόηση των στόχων και της σημασίας της συλλογής δεδομένων της έρευνας.

Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερευνητικού ερωτηματολογίου είχε διάρκεια περίπου 20 λεπτά, διεξήχθη ομαλά και στην πειραματική και στην ομάδα ελέγχου και δεν αναφέρθηκε κάποιο πρόβλημα κατανόησης των ερωτήσεων. Στην επόμενη φάση της συλλογής τους τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας Statistical Package for the Social Sciences (SPSS V.26).

## **5.6. Η ερευνητική διαδικασία**

Η ερευνητική διαδικασία ξεκίνησε μετά την ολοκλήρωση του σχεδιασμού του συμβουλευτικού προγράμματος, την έγκρισή του από τον επιβλέποντα καθηγητή και την επιλογή των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Από τα μέσα Μάιου 2021 (10/5/2021), με έντυπη ενημέρωση-πρόσκληση για συμμετοχή στο συμβουλευτικό πρόγραμμα η συντονίστρια του προγράμματος απευθύνθηκε, διαζώσης με ενημερωτικές συζητήσεις, σε επαγγελματίες φροντιστές δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων. Στη συνέχεια με τη συμμετοχή μιας ολιγομελούς ομάδας τεσσάρων επαγγελματιών φροντιστών πραγματοποιήθηκε η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος, από τις 22 Μαΐου έως και τις 6 Ιουνίου 2021, στην οποία και διαπιστώθηκε η δυσκολία ανεύρεσης κοινού ελεύθερου χρόνου των μελών της ομάδας για την υλοποίηση του προγράμματος.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος πάρθηκαν δύο μέτρα σε συναπόφαση της συντονίστριας με τους συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα που στο μεταξύ είχε διαμορφωθεί (όπως και η ομάδα ελέγχου): α) η δημιουργία τεσσάρων ολιγομελών ομάδων για την εφαρμογή του προγράμματος και β) η μείωση του αριθμού των συναντήσεων από έξι σε τρεις με την ενσωμάτωση δύο συναντήσεων της ομάδας του προγράμματος σε μια διπλάσια διάρκεια που εξασφάλιζε την ολοκλήρωσή του σε λιγότερες μέρες. Στο πλαίσιο αυτό το πρόγραμμα εφαρμόστηκε στις τέσσερις ομάδες που διαμορφώθηκαν (1<sup>η</sup> ομάδα: 8 μέλη, 2<sup>η</sup> ομάδα: 4 μέλη, 3<sup>η</sup> ομάδα: 6 μέλη και 4<sup>η</sup> ομάδα: 8 μέλη) κατά το χρονικό διάστημα από τις 12 Ιουνίου έως την 1<sup>η</sup> Αυγούστου. Οι συναντήσεις του προγράμματος πραγματοποιήθηκαν σε εβδομαδιαία βάση διαζώσης, σε αίθουσα ιδιωτικής ΜΚΟ δομής παιδικής προστασίας στα Ιωάννινα μετά από σχετική άδεια. Η χορήγηση των ερευνητικών

εργαλείων μέτρησης τόσο στην πειραματική όσο και στην ομάδα ελέγχου έγινε πριν την έναρξη της εφαρμογής του προγράμματος (12/6/2021) και η επαναχορήγησή τους μετά την ολοκλήρωση της εφαρμογής του ενώ για τη “follow up” μέτρηση τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν ένα μήνα μετά και στις δύο ομάδες (πειραματική και ομάδα ελέγχου) κατά το χρονικό διάστημα από 19 Ιουλίου έως 10 Σεπτεμβρίου.

### **5.7. Τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας**

Τα ψυχομετρικά εργαλεία συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ήταν τέσσερα (4):

**1<sup>ο</sup>** : Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών – Επαγγελματικών και Ατομικών

Χαρακτηριστικών (22 ερωτήσεις)

**2<sup>ο</sup>**: Αυτοαναφορική Κλίμακα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες (17 δηλώσεων)

«Secondary Traumatic Stress Scale» (STSS, Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004)

**3<sup>ο</sup>** : Ερωτηματολόγιο Αυτό-αξιολόγησης Γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας

(28 ερωτήσεις) (General Health Questionnaire – GHQ-28 Goldberg & Hillier, 1979)

**4<sup>ο</sup>** : Αυτοαναφορική κλίμακα «Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης» (28 δηλώσεων)

(Interpersonal Reactivity Index, Davis, M. H., 1980)

#### **5.7.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών – Επαγγελματικών και Ατομικών**

##### ***Χαρακτηριστικών***

Για την παρούσα έρευνα εκτιμήθηκε ως απαραίτητη η ύπαρξη ενός ερωτηματολογίου, καταρχάς, για τη συλλογή των δημογραφικών και κοινωνικών στοιχείων των συμμετεχόντων που θα μπορούσε επιπλέον να αποτυπώσει το επαγγελματικό προφίλ καθώς και τις ατομικές συμπεριφορές και στάσεις που σχετίζονται με την προσωπική και επαγγελματική τους εμπειρία με το ψυχικό τραύμα. Έτσι, εμπνευσμένο και από συναφείς μελέτες, σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο δημογραφικών, επαγγελματικών και ατομικών χαρακτηριστικών για να συνθέσει μια, όσο το δυνατό, πολύπλευρη εικόνα του κάθε προσώπου που συμμετείχε στην έρευνα.

Αποσκοπώντας να συμβάλει στη συγκρότηση της ταυτότητας του δείγματος συμπεριλάβαμε σε αυτό πληροφορίες σχετικές με:

α) ατομικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, β) οικογενειακά χαρακτηριστικά όπως οικογενειακή κατάσταση και αριθμός παιδιών, γ) επαγγελματικά χαρακτηριστικά όπως επίπεδο εκπαίδευσης, πόλη, χώρος, θέση, χρόνος και σχέση

εργασίας, συνολική επαγγελματική εμπειρία, αλλά και στην παρούσα δομή εργασίας. Επίσης, χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος και των συναδελφικών ή μη σχέσεων που αναπτύσσονται σε αυτό (ερωτ. 13-16) καθώς και της αξιολόγησης του βαθμού δυσφορίας (την πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας) ή της ικανοποίησης που βιώνει ο εμπλεκόμενος επαγγελματίας φροντιστής από την εργασία του(ερωτ. 17-18), δ) Υπάρχουσες συνήθειες και συμπεριφορές διαχείρισης του επαγγελματικού στρες που βιώνει και ε) Προσωπικά βιώματα ψυχικού τραυματισμού των συμμετεχόντων επαγγελματιών στην έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε με έμφαση στη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

### **5.7.2. Αυτοαναφορική Κλίμακα Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες «Secondary Traumatic Stress Scale STSS»**

Η κλίμακα αξιολόγησης συμπτωμάτων του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες είναι μια κλίμακα 17 ερωτήσεων τύπου Likert, η οποία αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής που συνδέονται με την έκθεση των επαγγελματιών υγείας και φροντίδας σε πληθυσμούς παιδιών και ενηλίκων που έχουν βιώσει τραύμα (Bride et al., 2004).

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα καλούνται να αξιολογήσουν πόσο συχνά έχουν βιώσει κάθε σύμπτωμα των τριών υποκλιμάκων της, τις τελευταίες 7 ημέρες, και το εύρος των απαντήσεων κυμαίνεται από το «ποτέ» ως το «πολύ συχνά». Το «ποτέ» αξιολογείται με 1, το «αραιά/ σπάνια» με 2, «περιοδικά» με 3, «συχνά» με 4 και «πολύ συχνά» με 5. Η κλίμακα STSS αποτελείται από τρεις υποκλίμακες: (α) συμπτώματα αναβίωσης (intrusion), (β) συμπτώματα αποφυγής (avoidance) και (γ) συμπτώματα διεγερσιμότητας (arousal).

Η συνολική βαθμολογία για την πλήρη κλίμακα STSS όπως και για κάθε υποκλίμακα αυτής προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας σε κάθε μια πρόταση των προτάσεων-δηλώσεων της υποκλίμακας. Για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αναβίωσης το συνολικό αποτέλεσμα προκύπτει από το άθροισμα των δηλώσεων 2, 3, 6, 10, 13, για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αποφυγής των δηλώσεων 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17, και για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αυξημένης διεγερσιμότητας των δηλώσεων 4, 8, 11, 15, 16.

Η επιλογή της κλίμακας STSS έναντι άλλων ψυχομετρικών εργαλείων που εξετάζουν το δευτερογενές εργασιακό στρες σε επαγγελματίες ανθρωπιστικών

(κυρίως) επαγγελματιών που εργάζονται με πληθυσμούς ανθρώπων με ψυχικό τραυματισμό, έγινε καθώς διαφέρει από τα άλλα εργαλεία αξιολόγησης των συμπτωμάτων της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στα ακόλουθα :

α) οι διατυπώσεις των προτάσεων-δηλώσεων της κλίμακας δημιουργήθηκαν έτσι ώστε, το τραυματικό στρεσογόνο γεγονός να είναι η έκθεση σε άτομα που έχουν βιώσει πρωτογενές τραυματικό στρεσογόνο γεγονός. Το δεδομένο αυτό υποδηλώνεται από τις προτάσεις 2, 3, 6, 10, 12, 13, 14, 17.

β) κάθε μία από τις προτάσεις/διατυπώσεις της κλίμακας STSS αντιστοιχεί σε ένα από τα 17 συμπτώματα μετατραυματικής συνδρομής, όπως αυτά περιγράφονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV-TR (A.P.A., 2000).

Για την κλίμακα «Secondary Traumatic Stress Scale STSS» έχει πραγματοποιηθεί προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα με τη διαδικασία μετάφρασης-αντίστροφης μετάφρασης, βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών από τους κατασκευαστές της και στάθμιση των μετρικών της χαρακτηριστικών σε πληθυσμό νοσηλευτών ψυχικής υγείας. (Χριστοδούλου-Φελλά, 2017). Η μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα κλίμακα αξιολογήθηκε με δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach alpha για την πλήρη STSS  $\alpha=0,925$  .

Οι Bride et al. , (2004) αξιολόγησαν τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας STSS σε ένα δείγμα 287 κοινωνικών λειτουργών, και κατέγραψαν συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach alpha για την πλήρη STSS  $\alpha=,93$ , για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αναβίωσης  $\alpha=,80$ , για την υποκλίμακα συμπεριφοράς αποφυγής  $\alpha=,87$  και για την υποκλίμακα αυξημένης διεγερσιμότητας  $\alpha=,83$ . Εφαρμόστηκε επίσης, διερευνητική παραγοντική ανάλυση του εργαλείου STSS, τα αποτελέσματα της οποίας υπέδειξαν το μοντέλο των τριών παραγόντων (Αναβίωση, Αποφυγή και Αυξημένη διεγερσιμότητα) με τις συγκεκριμένες προτάσεις/δηλώσεις.

Συνολικά, η κλίμακα STSS έχει επιδείξει υψηλές τιμές αξιοπιστίας σε επίπεδα εσωτερικής συνοχής σε πλήθος μελετών. Ο Stamm (2002) ανέφερε Cronbach' s alpha 0,87 για την STSS σε ένα δείγμα 374 εθελοντών του Ερυθρού Σταυρού που παρείχαν φροντίδα σε άτομα που είχαν εκτεθεί σε σοβαρό τραύμα. Οι Perronand & Hiltz (2006) ανέφεραν Cronbach' s alpha 0,92 για την STSS σε μια μελέτη με δείγμα 58 δικανικούς επαγγελματίες υγείας που ασχολούνταν με περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών. Επίσης, σε μια μελέτη 121 κοινωνικών λειτουργών σε κέντρο τραύματος καταγράφηκε αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής Cronbach alpha 0,93 της κλίμακας

STSS (Badgeretal., 2008). Στη μελέτη συσχέτισης Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες σε 333 εργαζόμενους υπηρεσιών Παιδικής Προστασίας στην πολιτεία του Τέννεση των ΗΠΑ (Bride B., Jones J., MacMaster S.,2007) η STSS επέδειξε αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής 0,93 για τη συνολική κλίμακα.

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του STSS διεξήχθη σε δεδομένα από 275 κοινωνικούς λειτουργούς (Tingetal, 2005). Η ανάλυση έδειξε ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων (συμπτώματα αναβίωσης, αποφυγής, και αυξημένης διεγερσιμότητας) που πρότειναν οι Bride et al. (2004) εφαρμόζεται ικανοποιητικά στα δεδομένα. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής στη μελέτη αυτή για την συνολική κλίμακα STSS ήταν 0,94. Συνολικά το εργαλείο STSS είναι το μόνο το οποίο έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για την αξιολόγηση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες των επαγγελματιών σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα. Στην παρούσα έρευνα ο έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής  $\alpha$ - Cronbach (Πίνακας 1) έδειξε για την κλίμακα Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες ότι στο σύνολο του ερευνητικού δείγματος ο συντελεστής  $\alpha$ - Cronbach ήταν 0.92. ( $\alpha$  - Cronbach > 0.6), για την πειραματική ομάδα ήταν 0.93 και για την ομάδα ελέγχου 0.90.

**Πίνακας 23:** Έλεγχος Cronbach- $\alpha$  της κλίμακας δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο σύνολο και για τις δύο ομάδες του ερευνητικού δείγματος

	Όλες οι ομάδες	Πειραματική ομάδα	Ομάδα ελέγχου
Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες	0.926	0.931	0.901

### 5.7.3. Ερωτηματολόγιο Αυτό-αξιολόγησης Γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (General Health Questionnaire – GHQ-28)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας – 28 (GHQ-28) είναι ψυχομετρικό εργαλείο αυτοαναφοράς, συμπτωματικού ελέγχου που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση πιθανής ψυχολογικής διαταραχής σε ενήλικες σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το GHQ-28 εντοπίζει δύο βασικά θέματα: (1) την αδυναμία να φέρει σε πέρας το άτομο τις φυσιολογικές του λειτουργίες και (2) την εμφάνιση νέων και δυσφορικών φαινομένων (Goldberg & Hillier, 1979). Το GHQ-28 προέρχεται από το



αρχικό Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας 60 ερωτήσεων και υπάρχουν άλλες δυο εκδόσεις, μια 30 ερωτήσεων (GHQ-30) και μια ακόμη 12 ερωτήσεων (GHQ-12).

Το GHQ-28 αποτελείται από 28 ερωτήσεις που έχουν σχεδιαστεί για να προσδιορίσουν εάν η τρέχουσα ψυχική κατάσταση ενός ατόμου διαφέρει από την τυπική του/της κατάσταση. Περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως:

- Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;
- Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχος/η από στεναχώρια;
- Καταφέρνετε να είστε δραστήριος/ια και να παραμένετε απασχολημένος/η;
- Νιώθετε να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;
- Νιώθετε πως δεν υπάρχει ελπίδα στη ζωή σας;

Η παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου GHQ-28 προσδιόρισε ότι αποτελείται από τέσσερις υποκλίμακες 7 στοιχείων η καθεμία, τις ακόλουθες:

1<sup>η</sup> Σωματικά συμπτώματα (στοιχεία 1-7)

2<sup>η</sup> Άγχος/αϋπνία (στοιχεία 8-14)

3<sup>η</sup> Κοινωνική δυσλειτουργία (στοιχεία 15-21)

4<sup>η</sup> Σοβαρή κατάθλιψη (στοιχεία 22-28)

Κάθε ένα από τα επτά στοιχεία που υπάρχουν σε κάθε υποκλίμακα μπορεί να βαθμολογηθεί από τους ερωτηθέντες σε μια αυτοαξιολόγηση με μια κλίμακα Likert 4 βαθμών όπου 0 = («καθόλου»), 1 = («όχι περισσότερο από το συνηθισμένο»), 2 = («μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο») και 3 = («πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο»). Υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας άγχους και της συνολικής βαθμολογίας, που δείχνει ότι το άγχος είναι ένα κοινό σύμπτωμα ψυχολογικών διαταραχών (Goldberg & Hillier, 1979). Οι υποκλίμακες δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και οι δευτερεύουσες βαθμολογίες δεν ενδείκνυται να χρησιμοποιούνται για να υποδεικνύουν συγκεκριμένες ψυχολογικές διαγνώσεις. Αντίθετα, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της παρουσίας συμπτωμάτων σε σύγκριση με αυτό που είναι φυσιολογικό για το άτομο και αυτό αποτελεί το βασικό του πλεονέκτημα (Salter et al., 2013).

Το GHQ-28 σε πλήθος ερευνών έχει πολύ καλή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's  $\alpha = 0,9 - 0,95$ ) (Failde, I., Ramos, I. and Fernandez-Palacín, F. , 2000). Στην ελληνική γλώσσα το GHQ-28 έχει μεταφραστεί από τους Μουτζούκης, Αδαμοπούλου, Γαρούφαλος, και Καραστεργίου (1990) ομαδικά και με κοινή

συμφωνία. Η αξιοπιστία της μετάφρασης ελέγχθηκε με τη μέθοδο μελέτης των δίγλωσσων. Ο συντελεστής alpha (Cronbach's  $\alpha$ ) για την εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων της αγγλικής έκδοσης ήταν 0,94 και της ελληνικής έκδοσης 0,93. Στην παρούσα έρευνα ο έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής  $\alpha$ - Cronbach για την κλίμακα Γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (General Health Questionnaire – GHQ-28) (Πίνακας 2) έδειξε ότι στο σύνολο του ερευνητικού δείγματος ο συντελεστής  $\alpha$ - Cronbach ήταν 0.92. ( $\alpha$  – Cronbach > 0.6), για την πειραματική ομάδα ήταν 0.93 και για την ομάδα ελέγχου 0.87.

**Πίνακας 24:** Έλεγχος Cronbach –  $\alpha$  της για την κλίμακα Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας στο σύνολο και για τις δύο ομάδες του ερευνητικού δείγματος

	Όλες οι ομάδες	Πειραματική ομάδα	Ομάδα ελέγχου
Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας	0.922	0.937	0.874

#### **5.7.4. Αυτοαναφορική κλίμακα «Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης» (Interpersonal Reactivity Index, Davis, M. H., 1980)**

Η κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (Davis, 1980, 1983) είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο, ερωτηματολόγιο μέτρησης της προδιάθεσης ενσυναίσθησης που παίρνει ως αφετηρία την έννοια ότι η ενσυναίσθηση αποτελείται από ένα σύνολο ξεχωριστών αλλά σχετικών, με αυτή, δομών.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει τέσσερις υποκλίμακες επτά στοιχείων, καθεμία από τις οποίες αγγίζει μια ξεχωριστή πτυχή ενσυναίσθησης. Οι τέσσερις υποκλίμακες είναι: 1) η Λήψη Προοπτικής (ανιχνεύει πτυχή γνωστικής ενσυναίσθησης), 2) η Φαντασία (ανιχνεύει πτυχή γνωστικής ενσυναίσθησης), 3) το Ενσυναισθητικό Ενδιαφέρον (ανιχνεύει πτυχή συναισθηματικής ενσυναίσθησης) και 4) η Προσωπική Δυσφορία (ανιχνεύει πτυχή συναισθηματικής ενσυναίσθησης).

Η υποκλίμακα λήψης προοπτικής (Perspective Taking - PT) μετρά την αναφερόμενη τάση για αυθόρμητη υιοθέτηση της ψυχολογικής άποψης των άλλων στην καθημερινή ζωή («Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα με το να φαντάζομαι πώς φαίνονται τα πράγματα από τη δική τους οπτική γωνία»). Η υποκλίμακα ενσυναισθητικού ενδιαφέροντος (Empathic Concern- EC) αξιολογεί την τάση να βιώνουν συναισθήματα συμπάθειας για τους άτυχους άλλους

(«Συχνά νιώθω τρυφερότητα και νοιάζομαι για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από μένα»). Η υποκλίμακα προσωπικής δυσφορίας (Personal Distress- PD) επηρεάζει την τάση να αισθάνονται στενοχώρια και δυσφορία ως απόκριση σε ακραία αγωνία σε άλλους («Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια κατάσταση με έντονη συναισθηματική φόρτιση»). Η υποκλίμακα φαντασίας (Fantasy Scale-FS) μετρά την τάση να μεταφέρεται κανείς με τη φαντασία του σε φανταστικές καταστάσεις («Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν αν τα γεγονότα της ιστορίας συνέβαιναν σε μένα»). Η κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης αποτελείται από 28 προτάσεις-δηλώσεις που καλούνται οι συμμετέχοντες να απαντήσουν με μια κλίμακα Likert 5 βαθμών (0-1-2-3-4) που η βαθμολογία της κυμαίνεται από το «Δεν με περιγράφει καλά» έως το «Με περιγράφει πολύ καλά».

Ο Davis (1980) έχει αναφέρει τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας IRI. Και οι τέσσερις υποκλίμακες της έχουν ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία και στη δοκιμή-επανάληψη (η εσωτερική αξιοπιστία κυμαίνονται από 0,71 έως 0,77, οι αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης κυμαίνονται από 0,62 έως 0,71). Σύμφωνα με τον Davis (1980) εμφανίζονται σημαντικές διαφορές φύλου για κάθε κλίμακα, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες σε καθεμία από τις τέσσερις κλίμακες όπως συνήθως συμβαίνει με όλα τα εργαλεία μέτρησης ενσυναίσθησης (Davis,1980) Το IRI σε μεταγενέστερη αξιολόγησή του, έδειξε αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής Cronbach alpha των υποκλιμάκων του που κυμαίνονται από ,70 έως ,78 (Davis, 1994). Περαιτέρω αναφορές αξιοπιστίας του επιβεβαίωσαν αυτά τα στοιχεία για τουλάχιστον τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες (Christopher, Owens & Stecker,1993 οπ.αναφ. στο Beven, P.J., O'Brien-Malone, A and Hall, G, 2004) : PT = 0,74, EC = ,76, PD = ,70, (η αξιοπιστία της υποκλίμακας Fantasy δεν αναφέρθηκε). Ωστόσο, αυτές οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας πανεπιστημιακά δείγματα.

Να σημειώσουμε η κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης δεν έχει συνολικό σκορ, αθροίσματος των τεσσάρων υποκλιμάκων της αλλά μόνο τα σκορ που βγάζει η κάθε υποκλίμακα. Η βαθμολογία της κάθε πρότασης/δήλωσης αντιστοιχεί με A = 0, B = 1, C = 2, D = 3, E = 4 και έχει και ερωτήσεις με αντίστροφη βαθμολογία όπου βαθμολογείται ως A = 4, B = 3, C = 2, D = 1, E = 0, δηλαδή αντίστροφα.

Η κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελεί την προσαρμοσμένη και σταθμισμένη στον ελληνικό

πληθυσμό έκδοσή της (Τσίτσας & Μαλικιώση-Λοϊζου, 2008 όπ. αναφ. στο Ρομοσιού, 2017).

Στην παρούσα έρευνα ο έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής  $\alpha$ - Cronbach για την κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (Πίνακας 3) έδειξε ότι στο σύνολο του ερευνητικού δείγματος ο συντελεστής  $\alpha$ - Cronbach ήταν 0.74. ( $\alpha$  – Cronbach > 0.6), για την πειραματική ομάδα ήταν 0.76 και για την ομάδα ελέγχου 0.73.

**Πίνακας 25:** Έλεγχος  $\alpha$ - Cronbach για την κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης στο σύνολο και για τις δύο ομάδες του ερευνητικού δείγματος

	Όλες οι ομάδες	Πειραματική ομάδα	Ομάδα ελέγχου
Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης	0.745	0.769	0.735

Από τον έλεγχο αξιοπιστίας  $\alpha$ - Cronbach στις 4 υποκλίμακες της κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης για την παρούσα έρευνα προέκυψαν τα ακόλουθα στοιχεία (Πίνακας 26). Η υποκλίμακα της Φαντασίας παρουσιάζει το μεγαλύτερο βαθμό αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής  $\alpha$ - Cronbach τόσο για το σύνολο του ερευνητικού δείγματος που ήταν 0.81 όσο και για την πειραματική ομάδα 0.80 και την ομάδα ελέγχου που ήταν 0.82. Ακολουθεί η υποκλίμακα της Λήψης Προοπτικής του άλλου που σημείωσε δείκτη αξιοπιστίας 0.75 για όλο το ερευνητικό δείγμα , 0.79 για την πειραματική ομάδα και 0.66 για την ομάδα ελέγχου. Οι υποκλίμακες του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος και της Προσωπικής Δυσφορίας κατέγραψαν χαμηλότερου βαθμού αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και συγκεκριμένα με  $\alpha$ - Cronbach για την υποκλίμακα του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος: 0.67 για το σύνολο του δείγματος, 0.65 για την πειραματική ομάδα και 0.62 για την ομάδα ελέγχου. Για την υποκλίμακα της Προσωπικής Δυσφορίας είχαμε δείκτη  $\alpha$ - Cronbach 0.69 για το σύνολο του ερευνητικού δείγματος, 0.67 για την πειραματική ομάδα και 0.65 για την ομάδα ελέγχου ( $\alpha$  – Cronbach > 0.6).

*Πίνακας 26: Έλεγχος Cronbach – α στις υποκλίμακες της κλίμακας Ανταπόκρισης για τις δύο ερευνητικές ομάδες*

	Όλες οι ομάδες	Πειραματική ομάδα	Ομάδα ελέγχου
Φαντασία	0.817	0.801	0.828
Ενσυναισθητικό ενδιαφέρον	0.672	0.655	0.625
Λήψη προοπτικής του άλλου	0.752	0.796	0.662
Προσωπική Δυσφορία	0.697	0.644	0.616

Ακολουθεί η παρουσίαση του συμβουλευτικού προγράμματος και οι στόχοι υλοποίησής του.

### **5.8. Παρουσίαση του συμβουλευτικού προγράμματος**

Το «Κοίτα με τα μάτια μου!» είναι ένα βιωματικό συμβουλευτικό πρόγραμμα ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης και καλλιέργειας της ενσυναίσθησης συνολικής διάρκειας 12 ωρών που κατανέμονται σε 6 συναντήσεις των 2 ωρών η καθεμιά. Η συχνότητα των συναντήσεων εκτιμήθηκε με βάση το περιεχόμενο του προγράμματος να είναι πυκνή ως προβλεπτικός παράγοντας για τη συνοχή και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Ως προς το περιεχόμενο του, το πρόγραμμα σχεδιάστηκε πάνω σε τρεις άξονες: α) Θεωρία, β) Ενδυνάμωση, προσωπική ανάπτυξη, και γ) Ανάπτυξη δεξιοτήτων.

**α) Θεωρία:** Εξαιτίας του βιωματικού του χαρακτήρα η θεωρία δεν αποτελεί μια αυτόνομη περιοχή αλλά επιδιώκεται να διαχέεται (και με έντυπο υλικό σε κάθε συνάντηση), καθόλη τη διάρκεια, μέσα στην πράξη, να αλληλοσυμπληρώνεται, να αλληλεπιδρά και να ενσωματώνεται στην πράξη κατά το χρόνο υλοποίησης του προγράμματος. Θεωρητικές ενότητες που σχεδιάστηκαν να συζητηθούν στην ομάδα είναι:

- ❖ Η συμβολή της ενσυναισθητικής σχέσης σε μια υγιή κοινωνικότητα (1<sup>η</sup> & 6<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Ενσυναίσθηση, μια ψυχοβιολογική μας δυνατότητα και ικανότητα να σχετιζόμαστε (1<sup>η</sup> συνάντηση)

- ❖ Οι καθοδηγητικοί τρόποι επικοινωνίας και η ενσυναισθητική επικοινωνία (1<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Τι σημαίνει, τι σηματοδοτεί και πως εκφράζεται ο ψυχικός τραυματισμός στα ηλικιακά στάδια της ζωής (2<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Το θέμα της απώλειας στον ψυχικό τραυματισμό (2<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Η σημασία της δημιουργίας σχέσης σεβασμού και εμπιστοσύνης ως παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής και η ενσυναίσθηση (2<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Ποιος είναι ο ρόλος της ενσυναίσθησης στη θεμελίωση της σχέσης σεβασμού και εμπιστοσύνης μεταξύ αρωγού – τραυματισμένου παιδιού (3<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Η θεραπευτική προστατευτική δύναμη της γνησιότητας και της ανεπιφύλακτης θετικής αποδοχής στην ψυχοσυναισθηματική υγεία αρωγού και τραυματισμένου παιδιού και ο ρόλος τους στην ανάπτυξη ενσυναίσθησης (3<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και ο ρόλος τους (Και στις 6 συναντήσεις)
- ❖ Η μέθοδος της ενεργητικής ακρόασης και της αντανάκλασης λεκτικού περιεχομένου, σκέψεων, συναισθημάτων και αναγκών (4<sup>η</sup> & 5<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Πως θα κατακτήσουμε την ενσυναισθητική ικανότητα απόκρισης (4<sup>η</sup> & 5<sup>η</sup> συνάντηση)
- ❖ Η αξία της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο του συλλογικού τραύματος της πανδημίας που βιώνουμε (6<sup>η</sup> συνάντηση)

Καθώς ένα προσωποκεντρικό συμβουλευτικό πρόγραμμα είναι ένας ζωντανός οργανισμός δηλαδή κινείται μέσα από διεργασίες μέσα στην ομαδική αλληλεπίδραση αναδύθηκαν και πρόσθετα θέματα στις ομάδες για συζήτηση όπως: α) ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αντιμετώπιση της παραβατικής συμπεριφοράς των παιδιών, β) η στάση ανεπιφύλακτης αποδοχής και η ανάγκη πειθαρχίας στα παιδιά, γ) πόσο εύκολο είναι να αναπτύξει συμπεριφορά ενσυναισθητικής κατανόησης ένας επαγγελματίας φροντιστής υπό την πίεση του χρόνου και των καθηκόντων του.

**β) Ενδυνάμωση, προσωπική ανάπτυξη:** Η ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση των επαγγελματιών φροντιστών εκτιμήθηκε ότι δύναται να κατακτηθεί μέσα

από την ορθότερη νοηματοδότηση των τραυματικών συμπεριφορών των παιδιών που αντιμετωπίζουν καθώς και μέσα από τις βιωματικές δραστηριότητες προσωπικής ανάπτυξης που ευνοούν την καλύτερη αναγνώριση και κατανόηση των προσωπικών συναισθημάτων απέναντι στα παιδιά και εφήβους με τραύμα και επόμενα, ευνοούν τη βαθύτερη σύνδεση με τον εαυτό ώστε να καταφέρνουν να συναισθάνονται την ψυχική κατάσταση των παιδιών διαχωρίζοντάς την από την δική τους. Στόχος αυτής της διεργασίας ήταν να έχουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες την ευκαιρία να αφουγκραστούν τις δικές τους ανάγκες, να εντοπίσουν σημεία που ενδεχομένως στέκονται εμποδιστικά κατά την αλληλεπίδραση με τα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά και εφήβους αλλά και να αλληλεπιδράσουν ουσιαστικά μεταξύ τους, μέσα σε ένα πλαίσιο που διέπεται από ενσυναίσθηση, αποδοχή και γνησιότητα, με έναν μη κατευθυντικό τρόπο. Η προσωπική ανάπτυξη αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην προσωποκεντρική συμβουλευτική καθώς το ουσιαστικότερο, αν όχι το κύριο εργαλείο που διαθέτει στην εργασία του ένας αρωγός είναι ο ίδιος του ο εαυτός καθώς εργάζεται με όχημα την προσωπικότητά του.

**γ) Ανάπτυξη δεξιοτήτων:** Αναφορικά με την ανάπτυξη δεξιοτήτων, το πρόγραμμα βασίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος σε βιωματικές ασκήσεις με παιχνίδια ρόλων, δραματοποιημένη αναπαράσταση και άλλες μορφές καλλιτεχνικής έκφρασης (πχ μουσική, χορός, ζωγραφική, κολλάζ, κ.α.) αλλά και σε ασκήσεις ενεργητικής ακρόασης και αντανάκλασης σκέψεων, συναισθημάτων και αναγκών προκειμένου οι εκπαιδευόμενοι να εγκλιματιστούν και να μυηθούν στο «κλίμα» της ενσυναισθητικής απόκρισης. Επιπλέον, χρησιμοποιούνται ασκήσεις συνύπαρξης με μη λεκτική επικοινωνία, ασκήσεις βίωσης του σώματος καθώς και ασκήσεις διαχείρισης αναπνοής για χαλάρωση και εστίαση στον εαυτό.

Η δομή του περιεχομένου της κάθε συνάντησης του προγράμματος διαιρείται σε τρεις φάσεις: την εισαγωγική φάση, τη φάση ανάπτυξης και τη φάση κλεισίματος. Αυτή η απλή δόμηση των συναντήσεων της ομάδας εξασφαλίζει στην ομαδική διαδικασία που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκειά τους, μια ολοκληρωμένη ενότητα με αρχή μέση και τέλος, με σταδιακή κλιμάκωση και αποκλιμάκωση (Αρχοντάκη – Φιλίππου, 2003).

Ως μέθοδος που αναπτύσσει την ενσυναίσθηση χρησιμοποιήθηκε, στις ομαδικές συναντήσεις, η δραματοποιημένη αφήγηση ιστοριών (μέσω προβολής μικρού μήκους ταινιών και animation) και η προσωπική μαρτυρία (μέσω προβολής ταινίας) που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποτελούν χρήσιμα μέσα που κρατούν το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων ζωντανό, αποφορτίζουν από τις διαρκείς συνομιλίες και μέσω της μαγνητοσκοπημένης αφήγησης βοηθούν τα μέλη της ομάδας να μεταφερθούν ενσυναισθητικά στη θέση των «ηρώων» και να κατανοήσουν την ιστορία τους.

Κατά το σχεδιασμό του συμβουλευτικού προγράμματος προβλέφθηκε και κατά την εφαρμογή του υλοποιήθηκε η χρήση μουσικών θεμάτων ως υποστηρικτικών θεραπευτικών μέσων. Συγκεκριμένα, η έναρξη κάθε συνάντησης (από τις έξι) του προγράμματος συνοδευόταν από το μουσικό θέμα έναρξης που επιλέχθηκε να είναι το Waltz No.2 από τη Suite for Variete Orchestra No 1 του Dmitri Shostakovich (1956). Το γνωστό αυτό έργο, που αποτελεί μια σουίτα χορού, επιλέχθηκε για να συμβολίσει την σχεσιακή αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα καθώς και για να λειτουργήσει διευκολυντικά στην ομαλή «είσοδο» τους στη συνθήκη της ομαδικής εμπειρίας του προγράμματος. Επίσης, διαφορετικά ορχηστρικά μουσικά θέματα, επιλεγμένα με κριτήριο τις θεματικές ενότητες των συναντήσεων, χρησιμοποιήθηκαν και στη λήξη της κάθε συνάντησης, στοχεύοντας κυρίως σε δύο σημεία: πρώτον, στη δημιουργία εντός του πλαισίου της ομάδας ενός αρμονικού, προσωπικού «χώρου» για το κάθε μέλος της όπου θα μπορούσε, εάν το χρειαζόταν, να διαχειριστεί/συλλογιστεί ενδεχόμενες συναισθηματικές αντιδράσεις του και δεύτερον στην αποφόρτιση από την ένταση της ομαδικής διεργασίας και την ομαλή και δημιουργική μετάβαση στο μετά (Ψαλτοπούλου, Θ., 2015). Σύμφωνα με τον καθηγητή μουσικοθεραπείας, Kenneth Aigen (2005) «εξαιτίας της πολυδιάστατης φύσης της, η μουσική, ως ανθρώπινος οργανωμένος ήχος ακόμα και από την πρώτη μορφή ανθρώπινης ύπαρξης στη Γη, αποτελεί πολύτιμο μέσο, διότι περιέχει και εκφράζει την πανανθρώπινη ανάγκη για αυτοανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση μέσα από μουσική διασύνδεση με άλλους ανθρώπους πέρα από προσωπικές διαπολιτισμικές και διαπροσωπικές διαφορές (Aigen K., 2005).



Το πρόγραμμα ακολουθεί την προσωποκεντρική αρχή της μη κατευθυντικότητας, δηλαδή τη δημιουργία ενός χαλαρού κλίματος ισότιμης συνεργατικότητας μεταξύ των μελών της ομάδας (στα μέλη συγκαταλέγεται και η συντονίστρια καθώς συμμετέχει ενεργά στην αλληλεπίδραση της ομάδας), ενός κλίματος απαλλαγμένου από φόβους, άγχη και άσκηση κριτικής και αξιολόγησης όπου μέσω της λογοποίησης της συναισθηματικής διάστασης των προβλημάτων μπορεί να προωθήσει την αυτοεξερεύνηση του κάθε μέλους. Επίσης, με τον όρο «μη κατευθυντικότητα» εννοούμε ότι ο/η κάθε συμμετέχοντα/-ουσα είναι ελεύθερος/η να επιλέξει εάν θα συμμετέχει στις βιωματικές ασκήσεις και εάν θέλει να μοιραστεί σκέψεις, ιδέες και συναισθήματα (Αρχοντάκη – Φιλίππου, 2003) .

Ο στόχος της μη κατευθυντικής συμβουλευτικής είναι το κάθε μέλος της ομάδας να αισθανθεί ασφάλεια μέσα σε μια διαδικασία η οποία θα σέβεται την προσωπικότητα, το ρυθμό και την επεξεργασία που επιλέγει ελεύθερα ο/η ίδιος/α να κάνει για να μπορέσει να προβεί στην ελεύθερη προσωπική επεξεργασία των βιωμένων συναισθημάτων της εμπειρίας του. Η επεξεργασία της βιωμένης εμπειρίας οδηγεί σε βιωματικά χαραγμένη γνώση και επιπλέον, σε γνώση συνδυαστικά αποκτημένη, με τον τρόπο που ταιριάζει στην προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου. Επίσης, οδηγεί στην απόκτηση προσωπικής επίγνωσης και κατ'έπекταση στη συμβολοποίηση των εμπειριών στην αυτοαντίληψη και στην ανεύρεση νέας νοηματοδότησης για τον εαυτό και τον άλλο άνθρωπο .

#### **5.8.1 Σκοποί του συμβουλευτικού προγράμματος παρέμβασης**

Κύριο σκοπό του προγράμματος παρέμβασης αποτέλεσε η ενίσχυση και ανάπτυξη της ενσυναισθητικής ικανότητας απόκρισης, ως τρόπο του σχετίζεσθαι, των επαγγελματιών φροντιστών τόσο στη μεταξύ τους σχέση όσο και στον τρόπο που σχετίζονται με τα παιδιά και εφήβους που φροντίζουν στις δομές φιλοξενίας που εργάζονται. Ο σκοπός αυτός επιδιώχθηκε παράλληλα με εκείνον της ψυχοσυναισθητικής τους ενδυνάμωσης και της τροφοδότησης της ενσυναισθητικής στάσης τους απέναντι στον εαυτό.

Οι κυριότεροι επιμέρους στόχοι του προγράμματος ήταν μεταξύ άλλων:

- η δημιουργική ένταξη στην ομάδα με αποδοχή και ενσυναίσθηση
- η προσωπική βίωση και νοηματοδότηση της ενσυναίσθησης

- η μείωση του επαγγελματικού στρες μέσα από την ανάπτυξη ενσυναισθητικού τρόπου απόκρισης και από την ορθή νοηματοδότηση των τραυματικών συμπεριφορών
- η ενημέρωση για τη θεμελιώδη αξία του να επικοινωνούμε με αυθεντικό τρόπο με τον εαυτό και τους άλλους
- η εξοικείωση με τη χρήση της ενεργητικής ακρόασης και της ενσυναισθητικής απόκρισης
- η καλλιέργεια αυτογνωσίας
- η καλλιέργεια ενσυναισθητικού τρόπου απόκρισης στη διαχείριση κρίσεων
- η κατανόηση του ρόλου της ενσυναίσθησης στο «χτίσιμο» μιας υγιούς συλλογικότητας

Σημειώνουμε ότι η χορήγηση των ψυχομετρικών εργαλείων μέτρησης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης εντάχθηκε στο πρόγραμμα της 1<sup>ης</sup> και της 6<sup>ης</sup> συνάντησης με μια μέριμνα, ωστόσο, να μην επηρεάσει τη ροή του περιεχομένου τους. Έτσι το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε, καθώς δόθηκε ο απαιτούμενος χρόνος, πριν την έναρξη της 1<sup>ης</sup> και μετά τη λήξη της 6<sup>ης</sup> συνάντησης.

Ακολουθεί πίνακας με τους στόχους της κάθε συνάντησης του προγράμματος:

### Πίνακας Β:

*Στόχοι των έξι (6) συναντήσεων του προσωποκεντρικού συμβουλευτικού προγράμματος «Κοίτα με τα μάτια μου»*

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ
<p><b>1<sup>η</sup></b> «Γνωριμία με ένα ενσυναισθητικό τρόπο σε μια ομάδα»</p> <p><b>Θεματική ενότητα:</b></p> <p><b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ</b></p>	<p><b>Βασικός στόχος:</b> Καλλιέργεια του αισθήματος ασφάλειας των μελών στο πλαίσιο της ομάδας μέσα από τη βίωση ενός κλίματος άνευ όρων αποδοχής τους</p> <p><b>Επιμέρους στόχοι:</b></p> <p>1.Βίωση αποδοχής της ατομικότητας και απελευθέρωση των δυνάμεων της θέλησης του κάθε μέλους για δημιουργική ένταξη και εξέλιξη στην ομάδα</p> <p>2.Ενδυνάμωση της ικανότητας να εντοπίζουν τα μέλη της ομάδας κατάλληλους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων προσαρμοσμένους στην προσωπικότητά τους</p>

	<p>3. Πρώτη γνωριμία, βίωση και νοηματοδότηση της ενσυναίσθησης βασισμένη στην προσωπική εμπειρία και σε αντιδιαστολή με κατευθυντικές συμπεριφορές.</p> <p><b>Συμπλήρωση Ερωτηματολογίων (1<sup>η</sup> Μέτρηση)</b></p>
<p>2<sup>η</sup> «Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην τραυματική εμπειρία»</p> <p><b>Θεματική ενότητα:</b> <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΤΡΑΥΜΑ</b></p>	<p><b>Βασικός στόχος:</b> Η νοηματοδότηση και κατανόηση των τραυματικών συμπεριφορών που συναντούν οι επαγγελματίες φροντιστές στα παιδιά και εφήβους με τραύμα και η ευαισθητοποίηση τους ως προς τη δημιουργία μιας ενσυναισθητικής σχέσης σεβασμού και εμπιστοσύνης ως παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής τόσο για την ανάκαμψη των παιδιών/εφήβων από την τραυματική εμπειρία όσο και για την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία των αρωγών.</p> <p><b>Επιμέρους στόχοι:</b> <b>1.</b> Η μείωση του επαγγελματικού στρες μέσα από τη νοηματοδότηση των τραυματικών συμπεριφορών</p>
<p>3<sup>η</sup> «- Είναι αρκετό για μένα να είμαι ο εαυτός μου. -Είναι αρκετό για μένα να είσαι ο εαυτός σου.»</p> <p><b>Θεματική ενότητα:</b> <b>ΕΚΦΡΑΣΗ ΓΝΗΣΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΦΥΛΑΚΤΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ</b></p>	<p><b>Βασικός στόχος:</b> Η ευαισθητοποίηση στη θεμελιώδη σημασία και προστατευτική αξία που έχει η γνήσια επικοινωνία των συναισθημάτων μας και η ανεπιφύλακτη αποδοχή του εαυτού και των άλλων στην ανάπτυξη μιας ενσυναισθητικής σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού</p> <p><b>Επιμέρους στόχοι:</b> <b>1.</b> Η καλλιέργεια του αισθήματος ασφάλειας και ανεπιφύλακτης αποδοχής των μελών στο πλαίσιο της ομάδας ώστε να ενθαρρυνθούν να εκφράζονται με γνήσιο τρόπο, να είναι ο αληθινός τους εαυτός <b>2.</b> Η παροχή της γνώσης, λεκτικά και βιωματικά σχετικά με τη θεμελιώδη σημασία και αξία που έχει η ειλικρινής σχέση με τον εαυτό και η γνήσια επικοινωνία των συναισθημάτων τόσο για τη διασφάλιση της προσωπικής ψυχικής υγείας και τη μείωση του στρες όσο και για την</p>

	<p>αποτελεσματικότητα του υποστηρικτικού μας έργου ως φροντιστών παιδιών/εφήβων στην ανάκαμψη τους από το ψυχικό τραύμα.</p>
<p><b>4<sup>η</sup></b> «Κοίτα με τα μάτια μου»</p> <p><b>Θεματική ενότητα:</b> <b>ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ</b> <b>ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ</b> <b>ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ</b></p>	<p><b>Βασικός στόχος:</b> Εξοικείωση με την ενεργητική ακρόαση και την ενσυναισθητική απόκριση</p> <p><b>Επιμέρους στόχοι:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η ανάπτυξη ενσυναισθητικής κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας</li> <li>2. Ευαισθητοποίηση στην μη λεκτική επικοινωνία</li> </ol>
<p><b>5<sup>η</sup></b> «Κοίτα με τα μάτια μου»</p> <p><b>Θεματική ενότητα:</b> <b>ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ</b> <b>Η ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ</b> <b>ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ</b></p>	<p><b>Βασικός στόχος:</b> Η κατανόηση της σημασίας της καθημερινής χρήσης της ενεργητικής ακρόασης με γνησιότητα και ενσυναισθητικό ενδιαφέρον στην επίλυση δύσκολων τραυματικών, και μη, συμπεριφορών στη διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ αρωγών και αρωγών - παιδιών</p> <p><b>Επιμέρους στόχοι:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η καλλιέργεια αυτογνωσίας</li> <li>2. Η καλλιέργεια ενσυναισθητικού τρόπου απόκρισης στη διαχείριση κρίσεων</li> <li>3. Η εκμάθηση τρόπων διαμεσολάβησης με ενεργητική ακρόαση</li> </ol>
<p><b>6<sup>η</sup></b> «Άφησε την ομορφιά αυτού που αγαπάς να γίνει αυτό που κάνεις»</p> <p><b>Jalaluddin Rumi</b> Πέρσης ποιητής του 13ου αιώνα</p> <p><b>Θεματική ενότητα:</b> <b>ΜΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΑΛΛΟ</b> <b>ΤΡΟΠΟ ΥΠΑΡΞΗΣ &amp; ΖΩΗΣ</b> «Συνυπάρχουμε με ενσυναίσθηση για τον εαυτό και ο ένας για τον άλλο»</p> <p><b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ</b> <b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ</b></p>	<p><b>Βασικός στόχος:</b> Η ανάδειξη της σημασίας της ενσυναίσθησης στην ενδυνάμωση και στην προσωπική εξέλιξη</p> <p><b>Επιμέρους στόχοι:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η κατανόηση του ρόλου της ενσυναίσθησης στο «χτίσιμο» μιας υγιούς συλλογικότητας</li> <li>2. Η ανάδειξη της σημαντικότητας της μη λεκτικής γλώσσας στην επικοινωνία και στην ενσυναίσθηση</li> </ol> <p><b>Συμπλήρωση Ερωτηματολογίων</b> <b>(2<sup>η</sup> Μέτρηση)</b></p>

Η αναλυτική παρουσίαση της δομής και του περιεχομένου όλων των συναντήσεων του προγράμματος παρατίθεται στο Παράρτημα Ι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1. Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παραθέτουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις που έγιναν με το πρόγραμμα στατιστικής επεξεργασίας Statistical Package for the Social Sciences (SPSS V.26)

### 6.2 Στατιστικές αναλύσεις

#### 6.2.1. Περιγραφικά στοιχεία των ερευνητικών εργαλείων

Προκειμένου να συγκρίνουμε τις δυο ερευνητικές ομάδες (πειραματική και ελέγχου) ως προς τις υπό εξέταση μεταβλητές για να διαπιστώσουμε και να καταγράψουμε το επίπεδο που βρίσκονται πριν την εφαρμογή του προγράμματος κάναμε έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων όρων της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου ως προς την απόκρισή τους στην κάθε μεταβλητή που εξετάζαν οι κλίμακες (δευτερογενές τραυματικό στρες , γενική και ψυχική υγεία, ενσυναίσθηση).

Στον πίνακα 27 παρουσιάζεται διακριτά, για την πειραματική και την ομάδα ελέγχου ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση των τριών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας αρχικά, στην πρώτη μέτρηση, το ερωτηματολόγιο δευτερογενούς τραυματικού στρες κατέγραψε λιγότερο στρες και το ερωτηματολόγιο της ενσυναίσθησης κατέγραψε υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθηση για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας από ότι για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου.

**Πίνακας 27:** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τα ερευνητικά εργαλεία της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου

	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	<i>Μέσος όρος</i>	<i>Τυπική απόκλιση</i>	<i>Μέσος όρος</i>	<i>Τυπική απόκλιση</i>
Γενική Σωματική και Ψυχική Υγεία	39.5	10.07	45	6.39
Δευτερογενές τραυματικό στρες	26.9	9.95	34.1	7.95
Ενσυναίσθηση	106.2	9.58	100.4	8.08

### 6.2.2. Διαφορές της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος

Στον ακόλουθο πίνακα 28 παρουσιάζεται ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα για την ομάδα ελέγχου αναφορικά με τα τρία ερευνητικά εργαλεία για πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους του στρες και της ενσυναίσθησης των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την παρακολούθηση του προγράμματος.

Να σημειωθεί ότι επιλέγουμε ως επίπεδο σημαντικότητας το 5% ( $p > 0,05$ ). Η τιμή p του ελέγχου αναφέρεται στον έλεγχο κανονικότητας. Η αρχική υπόθεση είναι ότι τα δεδομένα προέρχονται από κανονική κατανομή (Κατσης et al., 2010). Αν η τιμή p εμφανίζεται μικρότερη του επιπέδου σημαντικότητας που έχουμε ορίσει ( $p > 0,05$ ) τότε υποστηρίζουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών μας και απορρίπτουμε την αρχική υπόθεση της κανονικότητας. Στην αντίθετη περίπτωση, δηλαδή, αν η τιμή p εμφανίζεται μεγαλύτερη του επιπέδου σημαντικότητας που έχουμε ορίσει ( $p > 0,05$ ) τότε υποστηρίζουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών μας, ότι εξακολουθεί να ισχύει η υπόθεση της κανονικότητας και μπορούμε να προχωρήσουμε στον έλεγχο t (t-test).

**Πίνακας 28:** Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα σύγκρισης μέσων όρων για την ομάδα ελέγχου

	Μέτρηση	N	M.O	T.A.	df	t	p
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Πριν	28	33.64	8.82	54	.577	.566
	Μετά	28	32.36	7.83			
Γενική Σωματική και Ψυχική Υγεία	Πριν	28	45.39	7.68	54	.354	.724
	Μετά	28	44.71	6.62			
Ενσυναίσθηση	Πριν	28	101.82	8.29	54	.229	.820
	Μετά	28	101.32	8.06			

Στον ακόλουθο πίνακα 29 παρουσιάζεται ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα μέσω των όρων για την πειραματική ομάδα αναφορικά με τα τρία ερευνητικά εργαλεία για πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Από τον ακόλουθο πίνακα

προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων του στρες και της ενσυναίσθησης των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την παρακολούθηση του συμβουλευτικού προγράμματος. Πιο συγκεκριμένα στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας μειώθηκαν τα επίπεδα του δευτερογενούς τραυματικού στρες και αυξήθηκε ο βαθμός της ενσυναίσθησης τους, ύστερα από την εφαρμογή του προγράμματος.

**Πίνακας 29:** Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα μέσω των μέσων όρων για την πειραματική ομάδα αναφορικά με τις τρεις κλίμακες που συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος για την πειραματική ομάδα

	<b>Μέτρηση</b>	<b>N</b>	<b>M.O</b>	<b>T.A.</b>	<b>df</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Πριν	26	37.81	9.86	50	7.14	.000
	Μετά	26	22.96	3.88			
Γενική Σωματική και Ψυχική Υγεία	Πριν	26	51.50	8.51	50	9.748	.000
	Μετά	26	34.12	3.22			
Ενσυναίσθηση	Πριν	26	98.19	9.07	50	-5.24	.000
	Μετά	26	110.15	7.28			

### **6.3. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και τη μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες**

#### **6.3.1. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση της Λήψης Προοπτικής του Άλλου**

##### **Πρώτη ερευνητική υπόθεση:**

*Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου, για τη διάσταση της Λήψης Προοπτικής του Άλλου ή Γνωστικής Ενσυναίσθησης, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.*

Για την διερεύνηση της παραπάνω ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης πολλαπλών μετρήσεων (repeated measures ANOVA) που είχε ως σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του προγράμματος ως προς τη

διάσταση της ενσυναίσθησης της Λήψης Προοπτικής του Άλλου, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πειραματική και την ομάδα ελέγχου για τη διάσταση της Λήψης Προοπτικής του Άλλου, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος ( $F_{2,77}=35.518, p<.05$ ).

Οι post Hoc συγκρίσεις, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση του Bonferroni, έδειξαν ότι από την μέτρηση πριν την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος έως την μέτρηση μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος ο μέσος όρος της διάστασης Λήψης Προοπτικής του Άλλου αυξήθηκε σημαντικά για την πειραματική ομάδα ( $p<.05$ ). ενώ για την ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη διάσταση της Λήψης Προοπτικής του Άλλου πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος.

Στον Πίνακα 30 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της διάστασης της Λήψης Προοπτικής του Άλλου για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα.

**Πίνακας 30:** Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) της Λήψης Προοπτικής του Άλλου για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση

	Λήψη Προοπτικής του Άλλου		
	<i>Πριν</i>	<i>Μετά</i>	<i>Follow up</i>
Πειραματική ομάδα	27.1 (3.31)	32.5 (3.30)	29.1 (4.58)
Ομάδα ελέγχου	28.4 (2.13)	28.1 (2.29)	23.5 (4.60)

### **6.3.2. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης**

#### **Δεύτερη ερευνητική υπόθεση:**

Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου, για



τη διάσταση της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

Για την διερεύνηση της παραπάνω ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης πολλαπλών μετρήσεων (repeated measures ANOVA) που είχε ως σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του προγράμματος ως προς τη διάσταση της ενσυναίσθησης, Φαντασιακή Ενσυναίσθηση, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πειραματική και την ομάδα ελέγχου για τη διάσταση της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος ( $F_{2,77}=8.547, p<.05$ ).

Οι post Hoc συγκρίσεις, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση του Bonferroni, έδειξαν ότι από την μέτρηση πριν την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος έως την μέτρηση μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματός ο μέσος όρος της διάστασης Φαντασιακή Ενσυναίσθηση αυξήθηκε σημαντικά για την πειραματική ομάδα ( $p<.05$ ). Ενώ για την ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη διάσταση της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος.

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της διάστασης της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα.

**Πίνακας 31 :** Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) της διάστασης της Φαντασιακής Ενσυναίσθησης για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση

<b>Φαντασιακή Ενσυναίσθηση</b>			
	<b><i>Πριν</i></b>	<b><i>Μετά</i></b>	<b><i>Follow up</i></b>
Πειραματική ομάδα	24.2 (5.39)	29 (4.68)	33 (1.62)
Ομάδα ελέγχου	26.4 (3.92)	26 (3.96)	30.4 (2.18)

### **6.3.3. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος**

#### **Τρίτη ερευνητική υπόθεση:**

*Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου, για τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.*

Για την διερεύνηση της παραπάνω ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης πολλαπλών μετρήσεων (repeated measures ANOVA) που είχε ως σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του προγράμματος ως προς τη διάσταση της ενσυναίσθησης, Ενσυναισθητικό Ενδιαφέρον, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πειραματική και την ομάδα ελέγχου για τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος ( $F_{2,77}=15.978, p<.05$ ).

Οι post Hoc συγκρίσεις, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση του Bonferroni, έδειξαν ότι από την μέτρηση πριν την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος έως την μέτρηση μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος ο μέσος όρος της διάστασης του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος αυξήθηκε σημαντικά για την πειραματική ομάδα ( $p<.05$ ). Ενώ για την ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος.

Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της διάστασης του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα.

**Πίνακας 32:** Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση

	<b>Ενσυναισθητικό Ενδιαφέρον</b>		
	<i>Πριν</i>	<i>Μετά</i>	<i>Follow up</i>
Πειραματική ομάδα	30.1 (2.61)	32.6 (1.63)	33 (1.62)
Ομάδα ελέγχου	30.7 (2.19)	30.6 (1.83)	29.8 (2.42)

#### **6.3.4. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη διάσταση της Προσωπικής Δυσφορίας:**

##### **Τέταρτη ερευνητική υπόθεση:**

Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται οι συμμετέχοντες, σε αυτό, επαγγελματίες φροντιστές της Πειραματικής Ομάδας να βελτιώσουν τα επίπεδα της ενσυναίσθησης τους, συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου, για τη διάσταση της Προσωπικής Δυσφορίας, ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.

Για την διερεύνηση της παραπάνω ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης πολλαπλών μετρήσεων (repeated measures ANOVA) που είχε ως σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του προγράμματος ως προς τη διάσταση της ενσυναίσθησης, Προσωπική Δυσφορία, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πειραματική και την ομάδα ελέγχου για τη διάσταση της Προσωπικής Δυσφορίας, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος.

Επίσης ούτε και για την ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη διάσταση της Προσωπικής Δυσφορίας, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος.

Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της διάστασης της Προσωπικής Δυσφορίας για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα.

**Πίνακας 33:** Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) της Προσωπικής Δυσφορίας για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση

	Προσωπική Δυσφορία		
	Πριν	Μετά	Follow up
Πειραματική ομάδα	16.8 (5.01)	16 (3.39)	15.8 (3.35)
Ομάδα ελέγχου	26.4 (3.92)	26 (3.96)	18.2 (3.09)

#### **6.4. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες**

##### **6.4.1 Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς τη μείωση των επιπέδων του αρχικά καταγραφέντος δευτερογενούς τραυματικού στρες**

###### ***Πέμπτη ερευνητική υπόθεση***

*Μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος αναμένεται να παρατηρηθεί μείωση των επιπέδων του αρχικά καταγραφέντος δευτερογενούς τραυματικού στρες στους συμμετέχοντες επαγγελματίες φροντιστές ενώ αναμένεται ότι δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή για την ομάδα ελέγχου.*

Για την διερεύνηση της παραπάνω ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης πολλαπλών μετρήσεων (repeated measures ANOVA) που είχε ως σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του προγράμματος ως προς τη μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο δευτερογενές τραυματικό στρες, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην Κλίμακα του δευτερογενούς τραυματικού στρες

( $F_{2,77}=60.115$ ,  $p<.05$ ) και στην κλίμακα Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας ( $F_{2,77}=95.870$ ,  $p<.05$ ).

Οι post Hoc συγκρίσεις, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση του Bonferroni, έδειξαν ότι από την μέτρηση πριν την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος έως την μέτρηση μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματός ο μέσος όρος του Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες και της Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας μειώθηκε σημαντικά για την πειραματική ομάδα ( $p<.05$ ).

Ενώ για την ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κλίμακες του Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες και της Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας, πριν και μετά την εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος.

Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις κλίμακες του Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες και της Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα.

**Πίνακας 34:** Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) των κλιμάκων του Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες και της Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας και για κάθε ομάδα σε κάθε μέτρηση

		Δευτερογενές Τραυματικό Στρες & Γενική Υγεία		
		Πριν	Μετά	Follow up
Πειραματική ομάδα	Δευτερογενές τραυματικό στρες	37.8 (9.86)	22.9 (3.88)	20.1(2.19)
	Γενική Σωματική και Ψυχική Υγεία	51.5 (8.51)	34.1 (3.22)	32.9 (2.25)
Ομάδα ελέγχου	Δευτερογενές τραυματικό στρες	33.6 (8.82)	32.4 (7.83)	36.3 (6.86)
	Γενική Σωματική και Ψυχική Υγεία	45.4 (6.67)	44.7 (6.62)	45 (4.73)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ : ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 7.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα έρευνα επεδίωξε τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής «Κοίτα με τα μάτια μου», που είχε ως κύριο στόχο την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης σε επαγγελματίες φροντιστές παιδιών με ψυχικό τραύμα. Δεύτερος στόχος του προγράμματος που διερευνήθηκε ήταν η μείωση των επιπέδων του δευτερογενούς τραυματικού στρες που ενδεχόμενα βίωναν οι συμμετέχοντες επαγγελματίες φροντιστές.

Για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI - Davis, 1980, 1983) που είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο - ερωτηματολόγιο μέτρησης της προδιάθεσης ενσυναίσθησης που παίρνει ως αφετηρία ότι η ενσυναίσθηση αποτελείται από ένα σύνολο ξεχωριστών αλλά σχετικών, με αυτή, δομών. Οι τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου: 1) η Λήψη Προοπτικής, 2) η Φαντασία, (3) το Ενσυναισθητικό Ενδιαφέρον και 4) η Προσωπική Δυσφορία αντιστοιχούν και σε μια ξεχωριστή πτυχή της ενσυναίσθησης.

Με βάση, λοιπόν, το γεγονός αυτό, αλλά και το ότι τα σκορ της συγκεκριμένης κλίμακας βαθμολογούν μόνο την κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά και δεν υπάρχει συνολικό αθροιστικό, των υποκλιμάκων, σκορ, διαμορφώθηκαν και οι ερευνητικές υποθέσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος οι συμμετέχοντες σε αυτό παρουσίασαν αύξηση στις τρεις από τις τέσσερις εξεταζόμενες διαστάσεις της ενσυναίσθησης. Συγκεκριμένα όπως προκύπτει οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας φαίνεται να ανέπτυξαν την ενσυναισθητική τους ικανότητα α) στο να μπαίνουν στη θέση του άλλου μέσω της Λήψης της δικής του Προοπτικής, β) στο να χρησιμοποιούν τη Φαντασία τους για να κατανοούν καταστάσεις που βιώνουν οι άλλοι και γ) στο να συμπεριφέρονται με Ενσυναισθητικό Ενδιαφέρον μπροστά στην ανάγκη ή τον πόνο ενός άλλου ανθρώπου.

Για τον παράγοντα της έκφρασης Προσωπικής Δυσφορίας ως διάστασης της έκφρασης ενσυναισθητικής κατανόησης, οι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα, παρόλο που, από την πριν έως τη follow up μέτρηση, παρουσιάζουν χαμηλότερους βαθμούς και μια συνεχιζόμενη μικρή μείωση του βαθμού Προσωπικής Δυσφορίας

(σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που παρουσίασε μεγαλύτερους βαθμούς Προσωπικής Δυσφορίας) ωστόσο, αυτή η φθίνουσα πορεία δεν στοιχειοθετεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, οπότε και θεωρούμε ότι η εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος «Κοίτα με τα μάτια μου» δεν στάθηκε ικανή να επηρεάσει ικανοποιητικά τη μείωση του βαθμού προσωπικής δυσφορίας στους συμμετέχοντες ως πτυχή του ενσυναισθητικού τρόπου έκφρασης τους. Καθώς το συμβουλευτικό πρόγραμμα είχε ως στόχο και την ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση των συμμετεχόντων, από το αποτέλεσμα για την προσωπική δυσφορία, μπορούμε να υποθέσουμε πως η ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση που επετεύχθη δεν άγγιξε τις πλευρές που διαμορφώνουν την προσωπική δυσφορία στον ενσυναισθητικό τρόπο κατανόησης και απόκρισης.

Προκειμένου να προχωρήσουμε σε μια ερμηνεία των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας λαμβάνουμε υπόψη τις επισημάνσεις του Davis (1983) για τις σχέσεις που υφίστανται μεταξύ των τεσσάρων υποκλιμάκων του IRI και πέντε, εν δυνάμει σχετικών εννοιολογικών δομών. Οι πέντε αυτές δομημένες έννοιες είναι η 1) η κοινωνική ικανότητα/διαπροσωπική λειτουργία, 2) η αυτοεκτίμηση, 3) η συναισθηματικότητα, 4) η ευαισθησία προς τους άλλους και 5) η ευφυΐα. Σύμφωνα με τον Davis (1983), με εξαίρεση την ευφυΐα, η οποία περιλαμβάνεται μόνο για ενημερωτικούς σκοπούς, καθεμία από αυτές τις έννοιες αναμένεται (για θεωρητικούς ή/και λογικούς λόγους) να σχετίζεται με μία ή περισσότερες από τις υποκλίμακες του IRI. Με βάση τις παραπάνω επισημάνσεις θα επιχειρήσουμε να δούμε συγκεκριμένα το αποτέλεσμα για κάθε ερευνητική υπόθεση.

### **1) Ενσυναισθητική διάσταση Λήψη Προοπτικής του Άλλου**

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας που αφορούσε την αύξηση των επίπεδων της ενσυναίσθησης για τους επαγγελματίες φροντιστές της πειραματικής ομάδας, ως προς τη διάσταση της Λήψης Προοπτικής του Άλλου ή Γνωστικής Ενσυναίσθησης επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος της διάστασης της Λήψης Προοπτικής του Άλλου αυξήθηκε σημαντικά στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που υλοποίησε το συμβουλευτικό πρόγραμμα σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, που δεν παρουσίασαν κάποια αξιοσημείωτη μεταβολή και ότι η αύξηση αυτή στο μεγαλύτερο ποσοστό της διατηρήθηκε και στο αποτέλεσμα της follow up μέτρησης.

Σύμφωνα με τον Davis (1983) υψηλές βαθμολογίες στην ενσυναισθητική διάσταση της Λήψης Προοπτικής συσχετίζονται θετικά με βελτίωση της κοινωνικής ικανότητας ή διαπροσωπικής λειτουργίας των συμμετεχόντων. Αυτό οφείλεται στο ότι η ενίσχυση της ικανότητας να αντιλαμβάνομαι και να κατανοώ την οπτική που έχει ένας άλλος άνθρωπος για τη ζωή σημαίνει ενίσχυση μιας, μη εγωκεντρικής, συμπεριφοράς (Piaget, 1932. Mead, 1934 οπ. αναφ. στο Davis 1983), δηλαδή μιας συμπεριφοράς ανθρώπου που εντάσσει τον εαυτό του σε ένα κοινωνικό πλαίσιο που αποτελείται και από άλλους ανθρώπους, προς τους οποίους προσανατολίζεται πιο φυσικά όταν ενδιαφέρεται να γνωρίσει την οπτική τους (Davis 1983).

Επιπλέον η ανάπτυξη της ικανότητας Λήψης της Προοπτικής του Άλλου (ΛΠ) επιτρέπει και την ευκολότερη πρόβλεψη των συμπεριφορών των άλλων, διευκολύνοντας έτσι τις ομαλότερες και πιο ανταποδοτικές διαπροσωπικές σχέσεις. Η τάση χρήσης αυτής της ικανότητας, όπως μετράται με την υποκλίμακα (ΛΠ) μπορεί να συσχετιστεί με καλύτερη κοινωνική λειτουργία (Davis 1983). Το στοιχείο αυτό αναδεικνύεται σε ιδιαίτερα σημαντικό και χρήσιμο για την οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης, χωρίς προσκόμματα, μεταξύ επαγγελματία φροντιστή και τραυματισμένου παιδιού στο πεδίο της παιδικής προστασίας. Αυξημένη ικανότητα στη Λήψη Προοπτικής συσχετίζεται θετικά με υψηλότερη αυτοεκτίμηση καθώς «ο εαυτός ενισχύεται με την επιβράβευση των κοινωνικών σχέσεων, η λήψη προοπτικής θα πρέπει επίσης να ενισχύσει την αντίληψη του εαυτού» (Davis 1983).

Η βελτίωση της ικανότητας Λήψης Προοπτικής δε σημαίνει αύξηση της συναισθηματικότητας (Davis 1983). Η Λήψη Προοπτικής αποτελεί γνωστική πλευρά της ενσυναίσθησης. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Hoffman (1977) καλύτερη ικανότητα στη Λήψη Προοπτικής φαίνεται ότι σχετίζεται θετικά με την αίσθηση ζεστασιάς και συμπάθειας προς τον άλλο και αρνητικά σχετίζεται με συναισθήματα προσωπικής δυσφορίας (Hoffman, 1977 οπ. αναφ. στο Davis 1983)

Σύμφωνα με τη Reiss (2017) η ανάπτυξη της γνωστικής ενσυναίσθησης μπορεί να παίξει έναν αντισταθμιστικό ρόλο στους χώρους των επαγγελματιών φροντίδας, ως πρόληψη για την αποφυγή κοινωνικών αδικιών, όταν υπάρχει έλλειψη συναισθηματικής ενσυναίσθησης λόγω φυλετικών, εθνοτικών, θρησκευτικών, σωματικών (συνειδητών ή ασυνειδητών) προκαταλήψεων ή άλλων διαφορών (Reiss, 2017).

Εκτιμούμε ότι, στην επίτευξη της αύξησης στη διάσταση της Λήψης Προοπτικής συνέβαλε το γεγονός ότι στο συμβουλευτικό πρόγραμμα



χρησιμοποιήθηκε το στοιχείο της μαγνητοσκοπημένης προσωπικής μαρτυρίας που βοηθά τους συμμετέχοντες προς μια τέτοια κατεύθυνση. (Butters, 2010)

## **2) Ενσυναισθητική διάσταση Φαντασίας**

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση που αφορούσε την αύξηση των επίπεδων της ενσυναίσθησης για τους επαγγελματίες φροντιστές της πειραματικής ομάδας, ως προς τη διάσταση της Φαντασίας επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η υποκλίμακα της Φαντασίας, μάλιστα, κατά τον έλεγχο αξιοπιστίας Cronbach –a είχε τον υψηλότερο δείκτη αξιοπιστίας από τις τέσσερις υποκλίμακες με .81 (για το σύνολο του δείγματος), .80 (για την πειραματική ομάδα) και .82 (για την ομάδα ελέγχου). Και σε αυτή την υποκλίμακα παρατηρούμε μια αυξητική πορεία που εκδηλώνεται στη μετά μέτρηση και συνεχίζεται και στη follow up μέτρηση. Θεωρούμε πως στο αποτέλεσμα αυτό συνέβαλαν βιωματικές ασκήσεις που προβλέφθηκαν στο πρόγραμμα για την ανάπτυξη της φαντασιακής ενσυναίσθησης και που καλούσαν τους συμμετέχοντες να φανταστούν τον εαυτό τους ως παιδί σε παρόντα χρόνο και να «πλάσουν» ένα φανταστικό σενάριο που θα τους έβαζε στη θέση ενός παιδιού που φιλοξενείται σε δομή προστασίας.

Οι Stotland et al. (1978) αναφέρουν ότι τα άτομα με υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα της ενσυναισθητικής Φαντασίας τείνουν να επιδεικνύουν μεγαλύτερη φυσιολογική διέγερση (εφίδρωση παλάμης) σε μια κινηματογραφημένη απεικόνιση της συναισθηματικής εμπειρίας του άλλου και μεγαλύτερη τάση να βοηθούν ένα άλλο πρόσωπο (Stotland et al., 1978 οπ. αναφ. στο Davis 1983). Σύμφωνα με τον Davis (1983) φαίνεται πιθανό ότι οι συμμετέχοντες με υψηλές βαθμολογίες στη διάσταση της φαντασίας θα παρουσιάσουν και αυξημένη συναισθηματικότητα (Davis 1983).

## **3) Ενσυναισθητική διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος**

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση που αφορούσε την αύξηση των επίπεδων της ενσυναίσθησης για τους επαγγελματίες φροντιστές της πειραματικής ομάδας, ως προς τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας με αυξημένο βαθμό Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος σε όλες τις μετρήσεις. Για τη διάσταση του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος δεν είναι αποσαφηνισμένο το αν θα έχει επίδραση σε βελτιωμένη κοινωνική λειτουργία καθώς δεν είναι σαφές εάν η τάση να βιώνω συναισθήματα συμπάθειας και ενδιαφέροντος

για τους άλλους θα ενισχύσει ή θα βλάψει συστηματικά την ικανότητα μου να εμπλέκομαι σε ομαλές, ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις. Κατά δεύτερον οι βαθμολογίες του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος δεν σχετίζονται σταθερά με την αυτοεκτίμηση (Davis 1983). Ωστόσο, στο χώρο της παιδικής προστασίας θα μπορούσαμε να δούμε και μια άλλη πλευρά του Ενσυναισθητικού Ενδιαφέροντος καθώς η έκφραση του από τους επαγγελματίες φροντιστές προς τα παιδιά με ψυχικό τραυματισμό ίσως να το συνέδεε με την ανάπτυξη προκοινωνικής συμπεριφοράς από τα παιδιά, κάτι που θα ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμο και για τις δύο πλευρές, αναφορικά με την αποκατάσταση της ικανότητας αυτορρύθμισης του πληγέντος, από το τραύμα, συναισθήματος.

#### **4) Ενσυναισθητική διάσταση Προσωπικής Δυσφορίας**

Η τέταρτη ερευνητική υπόθεση που αφορούσε τη βελτίωση των επίπεδων της ενσυναίσθησης για τους επαγγελματίες φροντιστές της πειραματικής ομάδας, ως προς τη διάσταση της Προσωπικής Δυσφορίας δεν επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Όπως προαναφέρθηκε δεν καταγράφηκε, στην πειραματική ομάδα που υλοποίησε το συμβουλευτικό πρόγραμμα, στατιστικά σημαντική διαφορά μείωσης των επιπέδων Προσωπικής Δυσφορίας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Οι βαθμολογίες προσωπικής δυσφορίας και στις δύο ομάδες σχετίζονται σαφώς αρνητικά με την βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας. Αυτή η πρόβλεψη (Davis 1983) προέρχεται από την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι που είναι επιρρεπείς σε συναισθήματα άγχους και δυσφορίας, σε συναισθηματικά κοινωνικά περιβάλλοντα θα έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν ανταποδοτικές κοινωνικές σχέσεις σε σύγκριση με τα άτομα που δεν χαρακτηρίζονται από τέτοια συναισθήματα. Κατά δεύτερον η Προσωπική Δυσφορία σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την αυτοεκτίμηση καθώς ισχύει και για την Προσωπική Δυσφορία όπως και για τη Λήψη Προοπτικής ότι ο παράγοντας της αυτοεκτίμησης βασίζεται στη μεσολαβητική επίδραση της διαπροσωπικής λειτουργίας. Αναφορικά δε με τη σχέση της Προσωπικής Δυσφορίας και της εκδήλωσης ευαισθησίας προς τους άλλους, αυτή ποικίλλει και δεν είναι σαφές σε ποιες περιπτώσεις επηρεάζονται (Davis 1983)

Αναφορικά με τη μη επιβεβαίωση της πέμπτης ερευνητικής υπόθεσης για την επιδιωκόμενη μείωση του παράγοντα της Προσωπικής Δυσφορίας (που αποτελεί

ενσυναισθητική απόκριση) στους επαγγελματίες φροντιστές της πειραματικής ομάδας πιθανά έπαιξε κάποιο ρόλο το γεγονός της περιορισμένης διάρκειας του συμβουλευτικού προγράμματος (6 συναντήσεων) που αποδεικνύεται μη επαρκής για μια τέτοια μεταβολή στάσης σε συναισθηματική απόκριση της οποίας μάλιστα δεν έχει προσδιοριστεί, ερευνητικά, ποιες συνθήκες συμβάλλουν στην εμπειρία της (Fabi et al., 2019).

### **5) Συσχέτιση ανάπτυξης της ενσυναίσθησης με μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες**

Η πέμπτη και τελευταία ερευνητική υπόθεση που αφορούσε την υπόθεση ότι η αύξηση των επίπεδων της ενσυναίσθησης για τους επαγγελματίες φροντιστές της πειραματικής ομάδας, μετά την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος, αναμένεται να επηρεάσει και να μειώσει τα επίπεδα του δευτερογενούς τραυματικού στρες που θα έχουν καταγραφεί, επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Συγκριτικά για την ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε καμιά σημαντική μεταβολή αναφορικά με τη μείωση του στρες, για την ακρίβεια, στη follow up μέτρηση (που συμπίπτει χρονικά με την έναρξη της σχολικής χρονιάς 2021- 2022) παρατηρείται αύξηση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην ομάδα ελέγχου. Συγκεκριμένα για την πειραματική ομάδα παρατηρείται πτωτική πορεία από μέτρηση σε μέτρηση: Πριν μέτρηση: 37.8 (9.86), Μετά μέτρηση: 22.9 (3.88), Follow up μέτρηση: 20.1 (2.19)

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από πολλές έρευνες στους επαγγελματίες φροντίδας και υγείας, που αναγνωρίζουν την ενσυναίσθηση και τις σχετικές συναισθηματικές διεργασίες της ως υψίστης σημασίας συμπεριφορά που σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα στη φροντίδα και περίθαλψη ευάλωτων πληθυσμών, υψηλότερη ικανοποίηση και χαμηλότερη ψυχολογική δυσφορία (δευτερογενές τραυματικό στρες ή κόπωση συμπόνιας) των επαγγελματιών (Lamothe et al.,2018. Hojat,2007. Kelly et al., 2014)

Το πρόγραμμα προσωποκεντρικής συμβουλευτικής που αξιολογήθηκε σε αυτή την έρευνα έδωσε τη δυνατότητα σε 26 επαγγελματίες φροντιστές παιδιών με ψυχικό τραυματισμό να έχουν την εμπειρία μιας βιωματικής ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης και εκπαίδευσης με σκοπό να βιώσουν και όχι απλά να μάθουν ποια είναι τα οφέλη ενός ενσυναισθητικού τρόπου του σχετίζεσθαι για την ικανοποίηση των εσωτερικών προσωπικών αναγκών, για την ανάπτυξη δεξιοτήτων, για τη

διευκόλυνση των διαπροσωπικών σχέσεων φροντίδας με τα τραυματισμένα παιδιά που βρίσκονται σε ανάγκη ή κίνδυνο και χρειάζονται για να ανακάμψουν τις υπηρεσίες φροντίδας.

Οι εκπαιδευόμενοι ένιωσαν ότι το να είναι κανείς ενσυναισθητικός, αυθεντικός και να αποδέχεται τον άλλο άνθρωπο ως «όλον» και όχι μόνο ως συμπεριφορά δεν αφορά στενά την καλλιέργεια μιας επικοινωνιακής δεξιότητας, αλλά είναι κάτι πολύ περισσότερο. Αποτελεί μια στάση ζωής. Αφορά σε έναν καινούργιο και διαφορετικό τρόπο ύπαρξης (Rogers, 1980 οπ. αναφ. στο Μπρούζος, 2004).

## **7.2. Συμπεράσματα**

Πολλές έρευνες και διεθνή κείμενα για την παιδική προστασία έχουν αναδείξει την αναγκαιότητα λειτουργίας των δομών παιδικής προστασίας μέσα από μια αντίληψη εξατομικευμένης αντιμετώπισης των προβλημάτων, σεβασμού των δικαιωμάτων των παιδιών και δημιουργίας γνήσιων διαπροσωπικών σχέσεων και δεσμών συναισθηματικής θέρμης, αποδοχής και εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών φροντιστών με τα τραυματισμένα από κακοποίηση ή αντίξοες εμπειρίες ζωής παιδιά, ως θεραπευτικών παραγόντων για την υγιή μετατραυματική τους ανάπτυξη. Οι σχετικές παρεμβάσεις στη χώρα μας δεν ανταποκρίνονται στη σύγχρονη αναγκαιότητα.

Η παρούσα εργασία στοχεύοντας να συμβάλει στην ευαισθητοποίηση πάνω στο θέμα, προτείνει μια προσπάθεια εφαρμογής των προσωποκεντρικών διευκολυντικών θεραπευτικών συνθηκών, αυθεντικότητας στον τρόπο έκφρασης, γνήσιας αποδοχής και ενσυναισθητικής κατανόησης, στη συμπεριφορά και στάση ζωής των επαγγελματιών φροντιστών για την καθημερινή διαβίωση και εκπαίδευση των φιλοξενούμενων παιδιών στο πλαίσιο των δομών παιδικής προστασίας που μπορεί να συμβάλει στη θετική πορεία της μετατραυματικής τους εξέλιξης.

Η εφαρμογή του συμβουλευτικού προγράμματος «Κοίτα με τα μάτια μου» θα θέλαμε να συνεισφέρει σε μια τέτοια κατεύθυνση. Εκτιμώντας τα αποτελέσματα της έρευνας θεωρούμε ότι υπήρξαν θετικά καθώς η πλειονότητα των στόχων τόσο του συμβουλευτικού προγράμματος όσο και συνολικά της έρευνας επετεύχθη.

Σύμφωνα με τα δεδομένα που παρουσίασαν οι ίδιοι οι επαγγελματίες φροντιστές υπήρξε βελτίωση στα περισσότερα επίπεδα ενσυναίσθησης που οδήγησε σε μειωμένα επίπεδα στρες, σε βελτίωση της γενικής εικόνας της υγείας τους, σε

αναβάθμιση των συμβουλευτικών τους δεξιοτήτων. Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης είναι ότι συνήθως βοηθά στη σύνδεση των ανθρώπων με τους άλλους και παράλληλα τους φέρνει πιο κοντά στις δυνατότητές τους.

### **7.3.Περιορισμοί της έρευνας**

Αναφορικά με τους περιορισμούς που παρουσιάζει η παρούσα έρευνα εντοπίζουμε τα ακόλουθα που εκτιμούμε ότι αποτελούν βασικούς περιορισμούς της για να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό άλλων ερευνών.

Έναν περιορισμό αποτελεί το μικρό αριθμητικά μέγεθος του δείγματος ( $n=54$ ) της έρευνας καθώς και η μη ισότιμη αντιπροσωπευτική συμμετοχή των δύο φύλων σε αυτό. Είναι λίγοι οι άντρες και περισσότερες οι γυναίκες που έλαβαν μέρος. Θα πρέπει βέβαια να σημειώσουμε ότι σε ένα βαθμό αυτή η κατανομή ήταν αναμενόμενη καθώς οι δομές φιλοξενίας και προστασίας παιδιών (δημόσιες ή ΜΚΟ) αποτελούν έναν επαγγελματικό χώρο όπου η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι γυναίκες. Ένας άλλος, σχετικός με το δείγμα περιορισμός είναι και η προέλευση του, αποκλειστικά από τη γεωγραφική περιοχή του νομού Ιωαννίνων. Γεγονός που αποτρέπει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των επαγγελματιών φροντιστών σε δομές φιλοξενίας παιδιών με ψυχικό τραυματισμό σε όλη τη χώρα.

Η διευρυμένη σύνθεση του ερευνητικού δείγματος με διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών φροντιστών και η επαγγελματική τους ενασχόληση σε δυο διαφορετικούς τύπους δομών φιλοξενίας παιδιών και δομών εκπαίδευσης ΜΚΟ παιδιών προσφύγων (που προέκυψε ως συνέπεια της δυσκολίας ανεύρεσης επαρκούς αριθμού δείγματος αποκλειστικά από το χώρο των δομών παιδικής προστασίας) δεν επιτρέπει την εμβάθυνση σε ειδικότερα θέματα που ενδεχόμενα απασχολούν τον κάθε τύπο δομής καθώς και την κάθε ειδικότητα ξεχωριστά. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι το θέμα της επαφής των επαγγελματιών φροντιστών με τις τραυματικές εκδηλώσεις-συμπεριφορές ψυχικά τραυματισμένων παιδιών, η δυνατότητα ορθής νοηματοδότησής τους και η πιθανότητα ενδεχόμενου επανατραυματισμού τόσο του πληθυσμού των παιδιών όσο και των ίδιων των φροντιστών (δευτερογενές τραυματικό στρες) αφορά το σύνολο των υπαρχόντων τύπων δομών φιλοξενίας καθώς και των επαγγελματικών ειδικοτήτων φροντίδας καθώς οι αιτίες ύπαρξης των τραυματικών εκδηλώσεων αλλά και καθεαυτό το τραύμα δε γνωρίζει διακρίσεις και στοιχειοθετείται από γενικότερους παράγοντες –χωρίς να παραγνωρίζουμε τον

παράγοντα της ποιότητας των συνθηκών διαβίωσης που μπορεί να οξύνουν ή να διευκολύνουν την έκφρασή του.

Εκτιμούμε ως περιορισμό την αξιολόγηση του συμβουλευτικού προγράμματος αποκλειστικά μέσα από τη χρησιμοποίηση μετρήσεων με ερωτηματολόγια (ποσοτική δειγματοληπτική έρευνα) και όχι και μέσα από διενέργεια προσωπικών συνεντεύξεων των συμμετεχόντων για το πώς εντάχθηκαν στην ομαδική διαδικασία του προγράμματος, το βαθμό που επέδρασε στην ψυχοσυναισθηματική τους ενδυνάμωση και στην καλλιέργεια της ενσυναίσθησης (στόχοι του προγράμματος) καθώς και τις παρατηρήσεις τους για το τι πιστεύουν πως πρέπει να τροποποιηθεί για να γίνει αποτελεσματικότερο (ποιοτική έρευνα).

Ένας ακόμη περιορισμός που εντοπίζουμε στην παρούσα έρευνα είναι η χρήση αποκλειστικά ψυχομετρικών εργαλείων αυτο-αναφοράς για την αξιολόγηση των υπό μελέτη μεταβλητών (ενσυναίσθηση και δευτερογενές στρες) και η ενδεχόμενη συμπλήρωση τους από τους συμμετέχοντες με υψηλό βαθμό μεροληψίας\* περιορισμός που υφίσταται όταν υπερεκτιμάται ή υποεκτιμάται μια κατάσταση, με αποτέλεσμα το υπό μελέτη φαινόμενο να μην αποτυπώνεται όπως πραγματικά είναι στις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

#### **7.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα θα μπορούσαν να εντάξουν στον ερευνητικό τους σχεδιασμό την αξιολόγηση ενός συμβουλευτικού προγράμματος καλλιέργειας της ενσυναίσθησης μεγαλύτερης διάρκειας των έξι συναντήσεων, με συνδυασμό μεθόδων ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας για την αξιολόγησή του, ενδεχόμενα με στόχευση μια κατηγορία δομών φιλοξενίας παιδιών, που θα απευθύνονταν στο σύνολο των απασχολούμενων επαγγελματιών φροντιστών όλων των ειδικοτήτων στα ευαίσθητα κοινωνικά πεδία της ιδρυματικής φροντίδας και των δομών υποδοχής, αποσκοπώντας στην πλατύτερη διάδοση της προσωποκεντρικής ενημερωμένης στο τραύμα φροντίδας, στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στο ψυχικό τραύμα και στην εξάπλωση μιας ενσυναισθητικής κουλτούρας αντιμετώπισης των ωφελούμενων τραυματισμένων παιδιών και των οικογενειών τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, Ε. (1993). “Οικογένεια, παιδική προστασία, κοινωνική πολιτική”, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
- Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, Ε. (2004). «Κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού και παραβατικότητα: Συγκοινωνούντα δοχεία;» *Ψυχολογία, Vol. 11(2), 141-161.*
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry, 76(1), 103–108.*  
<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Ahrweiler, F., Neumann, M., Goldblatt, H., Hahn, E., & Scheffer, C. (2014). Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC Medical Education, 14 (122), 2-12* doi: 10.1186/1472-6920-14-122
- Aigen, K. (2005). *Music-centered music therapy*. Barcelona Publishers.
- Akiki, T., Averill, C., & Abdallah, C. (2017). A Network-Based Neurobiological Model of PTSD: Evidence From Structural and Functional Neuroimaging Studies. *Current Psychiatry Reports, 19(11), 81-91.* doi: 10.1007/s11920-017-0840-4
- American Psychiatric Association (2000). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, D.C.: Author
- American Psychiatric Association (2017). *What Is Posttraumatic Stress Disorder?* Retrieved from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- American Psychological Association (2011). *Children and Trauma*. (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο <https://www.apa.org/pi/families/resources/children-trauma-update>
- American Psychological Association. (2013). Recovering emotionally from disaster. <http://www.apa.org/topics/disasters-response/recovering>
- ΑμΚΕ Κέντρο Ερευνών Ρίζες, (2015). «Χαρτογράφηση των ιδρυμάτων κλειστής παιδικής προστασίας και προστασίας παιδιών με αναπηρίες στην Ελλάδα το 2014», Σεπτέμβριος 2015

- Allen, J. (1995). *Coping with Trauma: A Guide to Self-Understanding*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995
- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P. & Feldman, R. (2013). Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. *Am. J. Psychiatry* 170, 1161–1168.
- Αριστοτέλης, Πολιτικά, Α, 1253a 1-5 και Α, 1252b- 1253a 33 (Μτφρ. Μοσκοβίης Β.).
- Armstrong, M., & Holaday, M. (1993). The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents. *Journal of Counselling and Development*, 72(1), 49-56 <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02276.x>
- Arpacioglu, S., Gurler, M., & Cakiroglu, S. (2021). Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *International Journal Of Social Psychiatry*, 67(1), 84-89. doi: 10.1177/0020764020940742
- Αρχοντάκη, Ζ., Φιλίππου, Δ. (2003), «205 Βιωματικές Ασκήσεις για Εμφύχωση Ομάδων: Ψυχοθεραπείας, Κοινωνικής Εργασίας, Εκπαίδευσης», Εκδόσεις Καστανιώτη
- Athanasiadou-Lewis, C. (2019). «*A Relational Perspective on Psychological Trauma: The Ghost of the Unspent Love*», DOI: 10.5772/intechopen.86375
- Baron-Cohen, S & Wheelwright, S. (2004) The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders* 2004; 34: 163–175.
- Βασιλόπουλος, Σ., Κουτσοπούλου, Ι., & Ρέγκλη Δ. (2011). *Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για παιδιά: Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Batson, C. (2011). Empathy-Induced Altruism: Friend or Foe of the Common Good? *For the Greater good of All*, (0), 29-47 doi: 10.1057/9780230116269\_3
- Beach, P. S., & McCormick, D. P. (1997). *Maintaining health in the infant and preschool child*. In C. W. Daeschner, & C. J. Richardson (Eds.), *Pediatrics: An approach to independent learning* (pp.87-103). Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979



- Beck, C. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10. doi: 10.1016/j.apnu.2010.05.005
- Ben-Porat, A., Itzhaky, H. (2015). Burnout among trauma social workers: the contribution of personal and environmental resources. *J. Soc. Work* 2015, 17, 606–620.
- Βεντουράτου, Δ. (2009). *Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και στην Τραυματοθεραπεία: Η μέθοδος EMDR*. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα
- Bergen, D. (2008). *Human Development: Traditional and Contemporary Themes* New Jersey: Pearson Prentice Hall Inc.
- Berk, E. L. (2019). «ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ: Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΙΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ». Μετάφραση Ψαρρού Α. Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ. Οκτώβριος 2019
- Berkhof, M., van Rijseen, J., Schellart, A., Anema, J., & van der Beek, A. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Education and Counselling*, 84(2), 152-162 doi: 10.1016/j.pec.2010.06.010
- Berridge, D. (2007). Theory and explanation in child welfare: education and looked-after children. *Child & Family Social Work* 12: 1– 10.
- Bernhardt, BC & Singer, T. (2012). The neural basis of empathy . *Annual. Review. Neuroscience*. 35 , 1–23 (2012).
- Beven, P.J., O'Brien-Malone, A and Hall, G.(2004). “Using the Interpersonal Reactivity Index to Assess Empathy in Violent Offenders” *International Journal of Forensic Psychology. Volume 1*, No. 2 SEPTEMBER 2004 pp. 33-41. Copyright 2004
- Birn, R. M., Roeber, B. J. & Pollak, S. D. (2017) Early childhood stress exposure, reward pathways, and adult decision making. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 114, 201708791
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S. & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder, *Annals of General Psychiatry*, 13:16
- Black, L. & Flynn, St. (2020). *Crisis, Trauma, and Disaster “A Clinician's Guide”*. SAGE Publications, Inc.

- Blum, H. (2003). Psychic trauma and traumatic object loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 415-432  
DOI:10.1177/00030651030510020101
- Bohr, Y., Dhayanandhan, B., Kanter, D., Holigrocki, R., Armour, L., & Baumgartner, E. (2018). Mapping the attributions of parents: a clientcentered dynamic approach to assessing vulnerable caregivers and their young children. *Person Centered and Experiential Psychotherapies*, 17(1), 54-69  
<https://doi.org/10.1080/14779757.2018.1431562>
- Bonvicini, K.A., Perlin, M.J., Bylund, C.L., Carrol, A.G., Rouse, R.A., Goldstein, M.G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education. Counselling 2009*, 75, 3–10
- Bovard-Johns, R., Yoder, J., & Burton, D. (2015). Therapeutic Alliance with Juvenile Sexual Offenders: The Effects of Trauma Symptoms and Attachment Functioning. *Journal of Offender Rehabilitation*, 54(1), 296-315 DOI: 10.1080/10509674.2015.1025179
- Bozarth, J. D. & Bradley, B. T. (1986) *The Core Values of the Person-Centered Approach*. APDCA.
- Bracken, P. (2002). *Trauma, culture, meaning and philosophy*. Whurr Publishers London and Philadelphia.
- Brahmi, N., Singh, P., Sohal, M., & Sawhney, R. (2020). Psychological trauma among the healthcare professionals dealing with COVID-19. *Journal of Asian Psychiatry*, 54(1), 102241 doi: 10.1016/j.ajp.2020.102241
- Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., Krysta, K. (2015). Empathy Among Physicians, Medical Students and Candidates. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 48-52
- Brave Heart, M.Y.H. (1998). The return to the sacred path: Healing the historical trauma and historical unresolved grief response among the Lakota through psychoeducational group intervention. *Smith College Studies in Social Work*, 68(3), 287-305.
- Breslau, N. (2009). The Epidemiology of Trauma, PTSD, and Other Posttrauma Disorders. *Trauma Violence Abuse*, 10(3), 198-210 DOI: 10.1177/1524838009334448
- Breslau, N., Wilcox, H., Storr, C., Lucia, V., & Anthony, J. (2004). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder: A Study of Youths in Urban America.

- Journal Of Urban Health: Bulletin Of The New York Academy Of Medicine*, 81(4), 530-544. doi: 10.1093/jurban/jth138
- Bride, B.E., Jones, J.L., and MacMaster, S.A. (2007). “Correlates of Secondary Traumatic Stress in Child Protective Services Workers.” in the *Journal of Evidence-Based Social Work (The Haworth Press, Inc.) Vol. 4*, No. 3/4, 2007, pp. 69-80;
- Briere, J. N., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (1st ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Briere, J., Scott, C. (2014). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment* (2nd ed.). California: SAGE Publications
- Briere, J, Kaltman S, Greene, R.(2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 2008. 21(2):223–226. doi: 10.1002/jts.
- Briere, J., Agee, E., Dietrich, , A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma*. 2016. 8(4):439–446.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. (OKS Print.) New York: Basic Books.
- Brown, B. (2017), *Brene Brown on Empathy*, RSA 21<sup>st</sup> century enlightenment, <https://brenebrown.com/videos/rsa-short-empathy/> (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)
- Bruce, M., Kassam-Adams, N., Rogers, M., Anderson, K., Sluys, K., & Richmond, T. (2018). Trauma Providers’ Knowledge, Views and Practice of Trauma-Informed Care. *Journal of Trauma Nursing*, 25(2), 131-138 DOI:10.1097/JTN.0000000000000356
- Bryman, A. (2017). *ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ*. Εκδόσεις Gutenberg. Οκτώβριος 2017.
- Bühler, C. & Allen, M. (1972). *Introduction to Humanistic Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing; 1972.
- Bugental, J.F.T. The third force in psychology. *Journal of Humanistic Psychology*. 1964.4(1):19–25. DOI: 101177/002216786400400102
- Buirski, P. & Haglund, P. (2001). *Making Sense Together: The Intersubjective Approach to Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 2001.

- Burgdorf, K., Chen, X., Walker, T., Browski, A., Herrel, J. (2004). The prevalence and prognostic significance of sexual abuse treatment of women. *Addictive disorders and their treatment*, Vol. 3, 1-13.
- Buyers, A., Lutz, D. (2015). Therapeutic Alliance With Youth in Residential Care: Challenges and Recommendations. *Residential Treatment for Children and Youth*, 32(1), 1-18 DOI: 10.1080/0886571X.2015.1004285
- Butters, R.P. (2010). *A Meta-analysis of Empathy Training Programs for Client Populations*. (Doctoral Dissertation). University of Utah
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2006.
- Γιαννακοπούλου, Ε. (2021). «Φροντίδα παιδιών έξω από τη δική τους οικογένεια στην Ελλάδα, οι δομές φιλοξενίας». [ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ](https://www.athinodromio.gr/%cf%86%cf%81%ce%bf%ce%bd%cf%84%ce%af%ce%b4%ce%b1-%cf%80%ce%b1%ce%b9%ce%b4%ce%b9%cf%8e%ce%bd-%ce%ad%ce%be%cf%89-%ce%b1%cf%80%cf%8c-%cf%84%ce%b7-%ce%b4%ce%b9%ce%ba%ce%ae-%cf%84%ce%bf%cf%85%cf%82-%ce%bf/) , *ΑΘΗΝΟΔΡΟΜΙΟ* 09/06/2021 (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)
- <https://www.athinodromio.gr/%cf%86%cf%81%ce%bf%ce%bd%cf%84%ce%af%ce%b4%ce%b1-%cf%80%ce%b1%ce%b9%ce%b4%ce%b9%cf%8e%ce%bd-%ce%ad%ce%be%cf%89-%ce%b1%cf%80%cf%8c-%cf%84%ce%b7-%ce%b4%ce%b9%ce%ba%ce%ae-%cf%84%ce%bf%cf%85%cf%82-%ce%bf/>
- Caplan, P. J. (2016). “*When Johnny and Jane Come Marching Home: How All of Us Can Help Veterans*”. Open Road, 2016
- Ceballo, R., Trayci, A. D., Aretakis, M. T. & Ramirez, C. (2001) Inner-City exposure to Community Violence: How much do parents know? *Journal of marriage and family* (63), 927-940
- Centre for Community Child Health (2003). *The Early Years Project: Refocusing community based services for young children and their families: A Literature Review*. Royal Children’s Hospital. Retrieved 8 July 2021 from [http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/EY\\_LitRev\\_Acad.pdf](http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/EY_LitRev_Acad.pdf)
- Center for Substance Abuse Treatment (US) (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57.) Chapter 3, Understanding the Impact of Trauma. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>
- Γεωργιάδης, Δ. (2002). «Τα παιδιά που (ακόμη) τοποθετούνται σε ιδρύματα, οι ανάγκες τους και οι παρεμβάσεις των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών», στο

- Αμπατζόγλου, Γ. (επιμ.), “Αλλάζοντας Χέρια”. *Θεσσαλονίκη: University Studio Press*, σ. 233 – 257
- Chen, Mei-whei & Giblin, Nan J. (2018). “*Individual Counseling and Therapy, Skills and Techniques*”. 3rd Edition, First Published 2017. Routledge, Taylor & Francis Group, New York. DOI <https://doi.org/10.4324/9781315197654>
- Chertoff, J. (1998). Psychodynamic assessment and treatment of traumatized patients. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1998. 7:35-46
- Chilcoat, H, D., Breslau, N. (1998). Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviour*, Vol. 23, 827-840
- Cloitre, M, Courtois, CA, Charuvastra, A, Carapezza, R, Stolbach, BC, Green, BL. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*. 2011. 24(6):615–627. doi: 10.1002/jts.20697
- Cocker, C. (2008). “*Social Work with Looked After Children*”. Exeter: Learning Matters.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 1071-1080 doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.009
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology* (4<sup>th</sup> edn.). London: Hodder & Stoughton.
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 May. 64(5):577-84. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577. PMID: 17485609.
- Corbett, L., & Milton, M. (2011). Existential therapy: A useful approach to trauma? *Counselling Psychology Review*, 26(1), 62-74
- CorePeers Activities, (2021) «*Unconditional Positive Regard activity*». Αναρτήθηκε από CorePeers Counseling Concepts: <https://corepeers.wordpress.com/activity-ideas/>
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford Press.
- Crenshaw, D., & Hardy, K. (2007). The Crucial Role of Empathy in Breaking the Silence of Traumatized Children in Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 160-175 DOI: 10.1037/1555-6824.16.2.160

- Creswell, J. W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Crumpei, I., & Dafinoiu, I. (2012). The relation of clinical empathy to secondary traumatic stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33(1), 438-442 doi:10.1016/j.sbspro.2012.01.159
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Dayton, T. (2000). *Trauma and Addiction. Ending the cycle of pain through emotional literacy*. Dearfield Beach, FL: Health Communications
- De Fabrique N, Van Hasselt VB, Vecchi GM, Romano SJ (2007). Common variables associated with the development of Stockholm syndrome: Some case examples. *Victims & Offenders*. 2007. 2:91–98.
- Delucia-Waack, J. L. (1997). Measuring the effectiveness of group work: A review and analysis of process and outcome measures. *The Journal for Specialists in Group Work*, 22(4), 277-293. doi: 10.1080/01933929708415531
- Decety, J., & Jackson, P. (2006). A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Direction in Psychological Science*, 15(2) <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00406.x>
- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2013). Πρόγραμμα BECAN “*Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect*”. Ιανουάριος 2013
- Dicker, S., Gordon, E., & Knitzer, J. (2001). *Improving the odds for the healthy development of young children in foster care*. New York: Columbia University, National Center for Children in Poverty. Retrieved August 5, 2010, from <http://www.ithaca.edu/mbentley/pdf/dicker.pdf>
- Δοξιάδη, Α. (2018), « *Ρίζες και φτερά : γράμματα σε γονείς*», Έκτη Έκδοση, Εκδόσεις «ποταμός»
- Dyer, F. (2004). Termination of parental rights in light of attachment theory. *Psychology, Public Policy, and Law*, 10, (1/2), 5-30.

- Edgman-Levitan, S., Schoenbaum, S.C., (2021) Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Isr J Health Policy Res* 10, 21 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00459-9>
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ) (2016). *Κείμενο Αρχών για την Παιδική Προστασία στην Ελλάδα*, Ιούνιος 2016 (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)[http://www.nchr.gr/images/pdf/nea\\_epikairothta/Paidiki\\_Prostasia.pdf](http://www.nchr.gr/images/pdf/nea_epikairothta/Paidiki_Prostasia.pdf)
- Egeland, B., Jacobvitz, D., Sroufe, A. (1988). "Breaking the Cycle of Abuse". *Child Development*, Vol. 59, No. 4 (Aug., 1988), pp. 1080-108. Blackwell Publishing on behalf of the Society for Research in Child Development. Stable URL:<http://www.jstor.org/stable/1130274> (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)[https://www.researchgate.net/profile/LAlanSroufe2/publication/19986910\\_Breaking\\_the\\_Cycle\\_of\\_Abuse/links/5c327ce992851c22a360fc85/Breaking-the-Cycle-of-Abuse.pdf](https://www.researchgate.net/profile/LAlanSroufe2/publication/19986910_Breaking_the_Cycle_of_Abuse/links/5c327ce992851c22a360fc85/Breaking-the-Cycle-of-Abuse.pdf)
- Egger, H., & Angold, A. (2004). Stressful life events and PTSD in preschool children. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Washington, DC.
- Ellenbogen-Frankovitz, S., Navot, M., Reznikovski-Kuras, A., Gerasimenko, A., Aizik, I., & Ben-Rabi, D. (2018). *Boarding-school counselors for at risk children in Israel: Situation report and strategies to cope with the challenges of their work* [in Hebrew]. Myers JDC Brookdale Institute. Executive summary in English at [https://brookdale.jdc.org.il/wpcontent/uploads/2018/05/Eng\\_summary\\_775\\_18.updated.pdf](https://brookdale.jdc.org.il/wpcontent/uploads/2018/05/Eng_summary_775_18.updated.pdf)
- English, D. J. (1998). The Extent and Consequences of Child Maltreatment. *The Future of Children*, 8(1), 39–53. <https://doi.org/10.2307/1602627>
- Everall, R., & Paulson, B. (2002). The therapeutic alliance: adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 78-87  
DOI: 10.1080/14733140212331384857
- Fabi, S., Weber, L. A., & Leuthold, H. (2019). Empathic concern and personal distress depend on situational but not dispositional factors. *PLoS ONE* 14(11): e0225102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225102>
- Failde, I., Ramos, I. and Fernandez-Palacín, F. (2000). Comparison between the GHQ-28 and SF-36 (MH 1-5) for the Assessment of Mental Health in Patients

- with Ischaemic Heart Disease. *European Journal of Epidemiology*, 16, 311-316. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007688525023>
- Fallowfield, J. (2009). «Attachment theory and social work with ‘looked after’ children and their families». Article in ‘goodenoughcaring journal’. Date Posted: 15 June 2009. (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο): <https://goodenoughcaring.com/the-journal/attachment-theory-and-social-work-with-looked-after-children-and-their-families>
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal Child Psychology. Psychiatry* 48, 329–354 (2007).
- Feldman, R. (2007). Mother-infant synchrony and the development of moral orientation in childhood and adolescence: direct and indirect mechanisms of developmental continuity. *American Journal of Orthopsychiatry* 77, 582–597 (2007).
- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends Cognition Science*. 21, 80–99
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017
- Feller, C., & Cottone, R. (2003). The Importance of Empathy in the Therapeutic Alliance. *Journal of Humanistic Counselling, Education and Development*, 42(1), 53-62 <https://doi.org/10.1002/j.2164-490X.2003.tb00168.x>
- Ferguson, T., (2021). “Childhood Trauma Is Not a Mental Illness”. Blog “Mad in America”- *Science, Psychiatry and Social Justice*. March 19, 2021.
- Fern, E. (2011). *Developing social work practice through engaging practitioners in action research*. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 11(2), 156–173. doi:10.1177/1473325010387672
- Φιλίππιδης, Γ. (2017). «Διαδικτυακή εξάρτηση και ηλεκτρονική παραβατικότητα εφήβων που διαμένουν σε δημόσιες δομές παιδικής προστασίας στην Ελλάδα». Διδακτορική Διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ) <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/39998>



- Fine, C. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy*. 1999. 53(3):361-376
- Fisher, J. (2000). “*Addictions and trauma recovery*”. Paper presented at the international society for the study of Dissociation, November 13, 2000 San Antonio, Texas
- Foa, E., Steketee, G., & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/Cognitive Conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*, 20(1), 155-176 [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- Ford, J., Courtois, C. (2009). “*Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders*”. In: Courtois, A., Ford, J., editors. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2009. pp. 13-30
- Forkey, H., Szilagyi, M., Kelly ET. (2021). Trauma-Informed Care. *Pediatrics*, 148(2) Ανακτήθηκε από <http://pediatrics.aappublications.org/content/148/2/e2021052580>
- Foubert, J. D. and Newberry, J. T. (2006). Effects of two versions of an empathy-based rape prevention program on fraternity men's survivor empathy, attitudes, and behavioral intent to commit rape or sexual assault. *Journal of College Student Development* 47(2), 133-148.
- Fragkaki, I., Thomaes, K., & Sijbrandij, M. (2016). Posttraumatic stress disorder under ongoing threat: a review of neurobiological and neuroendocrine findings. *European Journal Of Psychotraumatology*, 7(1), 30915. doi: 10.3402/ejpt.v7.30915
- Fraley, R.C., & Davis, K.E (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4,131–144.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895) “*Studies on hysteria*”. New York: Basic Books
- Freud, S. (1896/ 1975). “*The aetiology of hysteria*”. In J. Strachey (Ed. And Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: Hogarth Press στο Valent, P. (1998). *From survival to fulfilment: A framework for the life trauma dialectic*. Brunner / Mazel, Philadelphia.

- Freud, S. (1914). “*Remembering, Repeating and Working-Through*” (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis II). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, 145-156
- Freud, S. (1915) “*Mourning and Melancholia*”. In: St. E. Hogarth Press, Vol. XIV (1914-1916)
- Freud, S. (1915) “*Repression*”, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV: 141-158
- Freud, S. (1915) “*The Unconscious*”, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV: 159-215
- Freud, S. (1920). “*Beyond the Pleasure Principle*”. Standard Edition, 18, Hogarth Press, London, 1-68 στο Bracken, P. (2002). “*Trauma, culture, meaning and philosophy*”. Whurr Publishers, London and Philadelphia.
- Frewen, P., Schmahl, C., & Olf, M. (2018). Interdisciplinary approaches to understand traumatic stress as a public health problem. *European Journal Of Psychotraumatology*, 8(5), 1441582. doi: 10.1080/20008198.2018.1441582
- Furr, S. R. (2000). Structuring the group experience: A format for designing psychoeducational groups. *The Journal for Specialists in Group Work*, 25(1), 29-49. doi: 10.1080/01933920008411450
- Gaensbauer, T. J., & Jordan, L. (2009). Psychoanalytic Perspectives On Early Trauma: Interviews With Thirty Analysts Who Treated an Adult Victim of a Circumscribed Trauma in Early Childhood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(4), 947–977. <https://doi.org/10.1177/0003065109342589>
- Galetz, E. (2019). The empathy-compassion matrix: Using a comparison concept analysis to identify care components. *Nurs forum*, 54(1), 448-454 Ανακτήθηκε από [wileyonlinelibrary.com/journal/nuf](http://wileyonlinelibrary.com/journal/nuf)
- Gatongi, F. (2007) Person-centred approach in schools: Is it the answer to disruptive behaviour in our classrooms?, *Counselling Psychology Quarterly*, 20:2, 205-211, DOI: [10.1080/09515070701403406](https://doi.org/10.1080/09515070701403406)
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost A.K., Cohen, E. (1995) Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal American Academy Child Adolescence*

- Psychiatry. 1995 Oct. 34(10):1369-80. doi: 10.1097/00004583-199510000-00023 . PMID: 7592275.
- Gilbert, L.K., Breiding, M.J., Merrick, M.T., et al. (2010). [Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010](#). *American Journal Preview Medicine*. 2015, 48(3):345-349. doi:10.1016/j.amepre.2014.09.006
- Ginright, S. (2018). The Future of Healing: Shifting from Trauma Informed Care to healing Centered Engagement. *Occasional paper*, 25, 1-7 Ανακτήθηκε από <https://ginwright.medium.com/the-future-of-healing-shifting-from-trauma-informed-care-to-healing-centered-engagement-634f557ce69c>
- Goldberg, D. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor.
- Gordon, Th. (2016). «Τα μυστικά του αποτελεσματικού γονέα». Εκδόσεις Μάρτης
- Greenberg, D. M., Baron-Cohen, S., Rosenberg, N., Fonagy, P., & Rentfrow, P. J. (2018). Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLOS ONE*, 13(10), e0203886. doi:10.1371/journal.pone.0203886
- Greening, T. (1990). PTSD from the perspective of existential-humanistic psychology. *Journal of Traumatic Stress*. 1990;3(2):323-326
- Griffin, G. (2020). Defining Trauma and a Trauma-Informed COVID-19 Response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, Policy*, 12(1), 279-280 <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000828>
- Grossman, D. C. (2000). The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries. *The Future of Children*, 10(1), 4-22.
- Gunnar, M.R., Bruce, J., Grotevant, H.D. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and Psychopathology*. 2000, 12:677–693.
- Guru Rajan, D., Shirey, K., Ostermann, J., Whetten, R., O'Donnell, K., & Whetten, K. (2013). Child and caregiver concordance of potentially traumatic events experienced by orphaned and abandoned children. *Vulnerable Children And Youth Studies*, 9(3), 220-233. doi: 10.1080/17450128.2013.855346
- Hall, J., & Schwartz, R. (2018). Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 225-243 DOI: 10.1080/00224545.2018.1477442
- Heidegger, M. (1927). “*Being and time*” ( J. Macquarrie & E. Robinson, Trans). Harper & Row (1962), New York στο Stolorrow, R.D. (2007). “*Trauma and*

- Human Existence: Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections*". The Analytic Press, Taylor and Francis Group, New York, London.
- Hemsley, C. (2010). Why this trauma and why now? The contribution that psychodynamic theory can make to the understanding of post-traumatic stress disorder. *Counselling Psychology Review*, 25 (2), 13-20
- Herman, J. L. (1992). *"Trauma and recovery"*. Basic Books/Hachette Book Group.
- Herman J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992, 5:377-391
- Hien, D., Cohen, L., & Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, Vol. 25(6), 813-823.
- Hien, D., Litt, L. C., Cohen, L. R., Miele, G. M., Campbell, A. (2009). *"Trauma Services for Women in Substance Abuse Treatment. An Integrated Approach"*. American Psychological Association, Washington, DC
- Hilario, H. & Pece, M. (2021). *Umprella, Award- Winning and Oscar® Qualified Animated Short Film - Created and Produced in Brazil* <https://www.youtube.com/watch?v=Bl1FOKpFY2Q> (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)
- Hinderer, K., VonRueden, K., Friedmann, E., Macquillan, K. Gilmore, R., Krammer, B., Murray, M. (2014). Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 21(4), 160-169 doi: 10.1097/JTN.0000000000000055
- Hojat, M. (2007). *"Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes"*. New York: Springer, 2007.
- Hopwood, T. L., Schutte, N. S., & Loi, N. M. (2017). *"Anticipatory traumatic reaction: Outcomes arising from secondary exposure to disasters and large-scale threats"*. *Assessment*, <http://dx.doi.org/10.1177/1073191117731815>. Online First
- Horowitz, M. J. (1986). *"Stress Response Syndromes"*. Jason Aronson, New Jersey
- στο Bracken, P. (2003). *"Trauma, culture, meaning and philosophy"*. Whurr Publishers, London and Philadelphia.

- Howes, C. & Ritchie, Sh. (1998). Changes in Child–Teacher Relationships in a Therapeutic Preschool Program, *Early Education and Development*, 9:4, 411-422, DOI: [10.1207/s15566935eed09046](https://doi.org/10.1207/s15566935eed09046)
- Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment and Human Development*, 6, (3), 263-278.
- Human Rights and Education Network (2007), *Διαμεσολάβηση Συνομηλίκων για την Επίλυση των Συγκρούσεων στα Σχολεία, Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς και εκπαιδευτές νέων κι ενηλίκων*, Λεμεσός 2007
- Hwang, S.Y. (2017). “*The Value of a Person-Centered Approach for Teaching and Learning in Piano Lessons*”. A Document In Piano Pedagogy Submitted to the Graduate Faculty of Texas Tech University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of DOCTOR OF MUSICAL ARTS. December, 2017
- Jackowski, A., De Araújo C., De Lacerda A., De Jesus M., Kaufman J. (2009). Neurostructural imaging findings in children with post-traumatic stress disorder: Brief review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009, 63(1):1-8
- Jager, B. (1998). Human subjectivity and the law of the threshold: phenomenological and humanistic perspectives. In: Valle R., editor. *Phenomenological Inquiry in Psychology*. New York: Plenum Press; 1998.
- Jani, B., Blane, D., & Mercer, S. (2012). The Role of Empathy in Therapy and the Physician-Patient Relationship. *Research in Complementary Medicine*, 19(5), 252-257 DOI:10.1159/000342998
- Janoff-Bulman, R. (1992). “*Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*”. Free Press.
- Jayawickreme, E. & Blackie, L.E.R. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*. 2014, 28(4):312–331.
- Jones, E., Wessely, S. (2006). Psychological trauma: a historical perspective, *Psychiatry*, 5 (7) , pp. 217-220.
- Joseph, S. (2015). A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 14(3), 178–190 <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1043392>

- Jud, A., Pfeiffer, E., Jarczok, M. (2020). Epidemiology of violence against children in migration: A systematic literature review. *Child Abuse Neglect*, 2020 Oct, 108:104634. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104634. Epub 2020 Aug 1. PMID: 32745801.
- Kale, E., Finset, A., Eikeland, H.L., Gulbrandsen, P. (2011). Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: an exploratory study. *Patient Education Counselling*. 2011, 84:325–31.
- Kalsched, D. (1996). *“The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit”*. London/New York: Routledge; 1996
- Καλύβα, Π., (2016). «Ψυχοκοινωνική συμπεριφορά και διαπροσωπικές δεξιότητες σε παιδιά που ζουν σε ιδρύματα». Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ) <http://hdl.handle.net/10442/hedi/38194>
- Καραγιάννης, Γ., Ρούπα, Ζ., Νούλα, Μ., Φαρμακάς, Α., & Παπασταύρου Ε. (2020). Θεωρητική προσέγγιση της διαφοράς της ενσυναίσθησης ανάμεσα στα δύο φύλα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 19(1), 5-24 DOI: 10.5281/zenodo.3595584
- Κατσή, Α., Σιδερίδης, Γ. & Εμβαλωτής, Α. (2010). «Στατιστικές μέθοδοι στις Κοινωνικές Επιστήμες». Εκδόσεις Τόπος
- Katsonga-Phiri, T., Grant, K., & Brown, M. (2019). Trauma Intervention in Sub-Saharan African Children: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence and Abuse*, 20(4), 453-469 DOI:10.1177/1524838017717747
- Καφέτσιος, Κ. (2005). «Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις». «τυπωθήτω» Γιώργος Δαρδανός. Αθήνα 2005
- ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, (2020) «Η δική μου αναγέννηση» στο: Ιστοσελίδα ΚΕΘΕΑ, 21 Δεκεμβρίου 2020, <https://www.kethea.gr/diki-mou-anagennisi/> (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)
- Kelly, L. (2020). Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Trauma in Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(1), 73-80. doi: 10.1097/cnq.0000000000000293
- Kepner, J.I. (1995). *“Healing tasks. Psychotherapy with adult survivors of childhood abuse”*. Jossey- Bass Publishers, San Francisco
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S.,

- Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8 (sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Khantjian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, Vol. 4, 231-244.
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno R., Saunders, B.E., Resnick, H.S., Best C.L. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003 Aug, 71(4):692-700. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.692. PMID: 12924674.
- Κιοσσές, Β. Ν. (2017). *Η Ενσυναίσθηση στη Σχέση Γιατρού Ασθενή. Ανάπτυξη, Εφαρμογή και Αξιολόγηση του Προγράμματος Εκπαίδευσης Φοιτητών Πατρικής 'Ελα στη Θέση μου Γιατρέ!'* [Doctoral Dissertation]. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ανακτήθηκε από <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/28970/1/%ce%94.%ce%94.%20%ce%9a%ce%99%ce%9f%ce%a3%ce%a3%ce%95%ce%a3%20%ce%92%ce%91%ce%a3%ce%99%ce%9b%ce%95%ce%99%ce%9f%ce%a3%20%ce%9d.%202017.pdf>
- Κοροβίλας, Χ. (2016). «Η Θεωρία του Συναισθηματικού Δεσμού» <https://www.korovilas.gr/i-theoria-tou-synaisthimatikou-desmou/> (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)
- Kulic, K. R., Dagley, J. C., & Horne, A. M. (2001). Prevention groups with children and adolescents. *The Journal for Specialists in Group Work*, 26(3), 211-218. doi: 10.1080/01933920108414212
- La Greca, A., Boyd, B., Jaycox, L., Kassam-Adams, N., Mannarino, A., Silverman, W., et al. (2008). “*Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals*”. Washington: American Psychological Association, Presidential Task Force on Post Traumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents
- Labouliere, C., Reyes, J., Shirk, S., & Karver, M. (2015). Therapeutic Alliance With Depressed Adolescents: Predictor or Outcome? Disentangling Temporal

- Confounds to Understand Early Improvement. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 0(0), 1-11 DOI: 10.1080/15374416.2015.1041594
- Lamothe, M., McDuff, P., Pastore, Y.D., et al. (2018). “Developing professional caregivers’ empathy and emotional competencies through mindfulness-based stress reduction (MBSR): results of two proof-of- concept studies”. *BMJ Open*2018;8:e018421. doi:10.1136/bmjopen-2017-018421
- Lancaster, T., Hart, R., Gardner S. (2002). Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technique. *Medical Education*, 36 (11), 1071–6 doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01325.x.
- Lapalnche & Pontalis (2008). « Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης». Εκδόσεις Κέδρος
- Larrabee, M. J. (1995). The time of trauma: Husserl’s phenomenology and Post Traumatic Stress Disorder. *Human Studies* Vol. 18, 351-366.
- Lecic-Tosevski, D., Draganic-Gajic, S., Pejovic-Milovancevic, M., Popovic-Deusic, S., Christodoulou, N., & Botbol, M. (2014). Child is father of the man: child abuse and development of future psychopathology. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 25(3), 185–191. (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25367662/>
- Levenson, J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social Work*, 62(2), 105-113 <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>
- Levy, J., Goldstein, A., Pratt, M., Feldman, R., (2018). Maturation of pain empathy from child to adult shifts from single to multiple neural rhythms to support interoceptive representations. *Scientific Reports*, 8(1), 1810-1819. doi: 10.1038/ s41598-0018-19810-3
- Levy, J., Yirmiya, K., Goldstein, A., & Feldman, R. (2019). The Neural Basis of Empathy and Empathic Behavior in the Context of Chronic Trauma. *Frontiers in Psychiatry*, 10(562), 1-9 doi: 10.3389/fpsyt.2019.00562
- Lewis, S., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H., Matthews, T., Moffitt, T., et al. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256 DOI:10.1016/S2215-0366(19)30031-8
- Lim, D., DeSteno D. (2016). Suffering and compassion: The links among adverse life experiences, empathy, compassion, and prosocial behavior. *Emotion*, 2016 <https://doi.org/10.1037/emo0000144> PMID:26751630



- Lubit, R., Rovine, D., Defrancis, L., & Eth, S. (2003). Impact of Trauma on Children. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(2), 128-138  
DOI:10.1097/00131746-200303000-00004
- Ludick, M., & Figley, C. (2016). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1) 112-123 <https://doi.org/10.1037/trm0000096>
- Lynch, A., Newlands, F., & Forrester, D. (2018). What does empathy sound like in social work communication? A mixed-methods study of empathy in child protection social work practice. *Child and Family Social Work*, 24(1), 139-147  
<https://doi.org/10.1111/cfs.12591>
- MacRitchie, V., & Leibowitz, S. (2010). Secondary Traumatic Stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40(2), 149-158  
<https://doi.org/10.1177/008124631004000204>
- Maggiore-Vergano, C., Lauriola, M., & Speranza, A. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma. *Frontiers in Psychology*, 6(1), 1-13 doi: 10.3389/fpsyg.2015.01323
- Maguen, S., Papa, A., & Litz, B. T. (2008). Coping with the threat of terrorism: A review. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(1), 15–35.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10615800701652777>
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2012). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Πεδίο
- Mannes, H., Nordanger, D., & Braarud, H. (2012). “Evolving trends in the field of trauma; Developmental and neurobiological contributions to the understanding of complex trauma”. Paper Presented on 4<sup>th</sup> World Conference on Educational Sciences. Barcelona-Spain, 2-5 February
- Masson, J. M. (1984). *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. Penguin, New York.

- Μάτσα Κ. (2007). Εξουσία, Τραύμα και Κατάχρηση Ουσιών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 99, 181-187
- May, R. (1967/1982). *Man's search for himself*. Souvenir Press, New York στο Pitchford, D. B. (2009). The existentialism of Rollo May: An influence on trauma treatment. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 49, 441-461.
- Mazza, M. et al. (2015). Neural activity related to cognitive and emotional empathy in post-traumatic stress disorder. *Behavioural Brain Research*, 282, 37-45
- McCarthy, J. (2006). A framework for healing from loss: A further integration of psychodynamic and social work theory. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2006, 14:45-79
- McLeod, S. A. (2019). *Person centered therapy*. Simply Psychology. [www.simplypsychology.org/client-centred-therapy.html](http://www.simplypsychology.org/client-centred-therapy.html)
- Mc LEON, J. (2005), *Εισαγωγή στη Συμβουλευτική*, Εκδόσεις Μεταίχμιο
- McNally, R. (2012). The ontology of posttraumatic stress disorder: Natural kind, social construction, or causal system? *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2012,19:220-229
- Meissner, W. (2007). Therapeutic Alliance: Theme and Variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231-254 DOI: 10.1037/0736-9735.24.2.231
- Mercer, S.W., Reynolds, W.J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice* 2002, 52:9-12.
- Mitchell S, Black M. (1995). «*Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*». New York: Basic Books 1995
- Μιχάλης, Η. (2002). «*Παιδική κακοποίηση - παραμέληση: Οι αντιλήψεις και η στάση των εκπαιδευτικών*», Αθήνα: Εκδόσεις apiroshora
- Monro, E. (2011). The Monro Review of Child Protection: Final Report, a child-centred approach , 2011 Available online at: [http://www.education.gov.uk/munroreview/downloads/8875\\_DfE\\_Munro\\_Report\\_TAGGED.pdf](http://www.education.gov.uk/munroreview/downloads/8875_DfE_Munro_Report_TAGGED.pdf)
- Morin, A. (2020). “Treating the Effects of Childhood Trauma”. *Verywell Mind Journal*. Updated on June 30, 2020
- Morris-Smith, J., & Silvestre, M. (2014). “*EMDR for the next generation – Healing children and families*”. United Kingdom: Academic Conferences and Publishing International Limited

- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26-35 doi:10.3390/healthcare8010026
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2019). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. 5<sup>η</sup> Έκδοση, Κέντρο Λεξικολογίας. Οκτώβριος 2019
- Μπογιατζάκη, Β. (2018). *Ενσυναίσθηση και Σύνδρομο Εργασιακής Εξουθένωσης σε Επαγγελματίες Υγείας*. (Undergraduate Dissertation). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Μπούζος, Α. (2004), *Προσωποκεντρική Συμβουλευτική: Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές*, Εκδόσεις «τυπωθήτω», Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα 2004
- Mui, C. (2005). “A Feminist-Sartrean Approach to Understanding Rape Trauma” in [\*Sartre Studies International\*](#).  
DOI: <https://doi.org/10.3167/135715505780282588>
- Mullins, J. (2011). A Framework for Cultivating and Increasing Child Welfare Workers’ Empathy Toward Parents. *Journal of Social Service Research*, 37(1), 242-253 DOI: 10.1080/01488376.2011.564030
- Muntean, A. (2012). “*Trauma of Abandoned Children and Adoption as Promoter of Healing Process*”. Paper Posted on 4th World Conference of Educational Sciences. Barcelona- Spain, 2-6 February
- Murphy, D., Duggan M, Joseph St. (2012), Relationship-Based Social Work and Its Compatibility with the Person-Centred Approach: Principled versus Instrumental Perspectives, *The British Journal of Social Work*, Volume 43, Issue 4, June 2013, Pages 703–719, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs003>
- National Center for Injury Prevention and Control (2014). Division of Violence Protection. Taking Action to Prevent Youth Violence: *A Companion Guide to Preventing Youth Violence: Opportunities for Action*.
- National Child Traumatic Stress Network. (2010).Zero to Six Collaborative Group, *Early childhood trauma*. Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.
- Niedfeld, I. (2017). Experimental investigation of cognitive and affective empathy in borderline personality disorder: Effects of ambiguity in multimodal social information processing. *Psychiatry Research*, 253(1), 58-63 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.037>

- Nilsen, W., & Conner, K. R. (2002). The association between suicidal ideation and childhood and adult victimization. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, *11*(3), 49–62. [https://doi.org/10.1300/J070v11n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J070v11n03_03)
- Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και Συμβουλίου της Ευρώπης (2015). Εγχειρίδιο σχετικά με την ευρωπαϊκή νομοθεσία για τα δικαιώματα του Παιδιού, Ιούνιος 2015.
- O'Connor, T.J. & Zeanah, C.H. (2003). Attachment disorders: assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development*, *5*, 223-244.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. (2005). Beyond adopted/non-adopted comparisons. in: Brodzinsky, D., Palacios J., *Psychological issues in adoption: Research and applications*. Westport, CT: Praeger, 2005. pp. 255–266.
- Palmese, F., & Schmidt, S. (2013). Empathy during the life span. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *20*(2), 169–183 DOI:10.4473/TPM20.2.4
- Πανοπούλου-Μαράτου, Ο., Στάγκου, Λ., Γεώργας, Δ., Λαμπίδη, Α., & Δοξιάδης, Σ. (1998). «Συστήματα ιδρυματικής περίθαλψης για παιδιά στην Ελλάδα: Λειτουργία των ιδρυμάτων και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών», στο Καλλιδικάκη Θ. (Επιμέλεια), *Μεγαλώνοντας σε ίδρυμα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Papouli, E. (2017). The role of arts in raising ethical awareness and knowledge of the European refugee crisis among social work students. An example from the classroom. *Social Work Education. International Journal* 2017, *36*, 775–793.
- Papouli, E. (2018). Diversity dolls: a creative teaching method for encouraging social work students to develop empathy and understanding for vulnerable populations. *Social Work Education*, *38*(2), 241-260, <https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1515904>
- Pearlman, L., Saakvitne, K. (1995). Trauma and the therapist: Counter transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. *The American Journal of Clinical Hypnosis*. 1995,*38*(4):298-299. DOI:10.1080/00029157.1996.10403354
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H. –U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors

and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000 Jan, 101(1):46-59. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x. PMID: 10674950.

Pervin, L. A. & John, O. P. (2001). «*Θεωρίες Προσωπικότητας*». Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος

Peters, D., & Calvo, R. (2014). Compassion vs. Empathy: Designing for Resilience. *Association for Computing Machinery*, 48-54 Ανακτήθηκε από <https://interactions.acm.org/archive/view/september-october>

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). “*Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*”. Phoenix Australia, Melbourne, Victoria

Pitchford, D. B. (2008). The Existentialism of Rollo May. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(4), 441–461. doi:10.1177/0022167808327679

Pratt, M., Goldstein, A., Levy, J. & Feldman, R. (2016). Maternal depression across the first years of life impacts the neural basis of empathy in preadolescence. *Journal American Academy Child Adolescence Psychiatry* 56, 20–29.

Prather, W., & Golden, J. A. (2009). A behavioral perspective of childhood trauma and attachment issues: Toward alternative treatment approaches for children with a history of abuse. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(1), 56-74. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100872>

Preston, S., & de Waal, F. (2002). Empathy: Its Ultimate and Proximate Bases. *Behavioral and Brain Sciences* 25(1), 1-20 DOI:10.1017/S0140525X02000018

Reimer, H. et al. (2009). Mealtimes in Nursing Homes: Striving for Person-Centered Care, *Journal of Nutrition For the Elderly*, 28:4, 327-347, DOI: [10.1080/01639360903417066](https://doi.org/10.1080/01639360903417066)

Reynolds, W.J., Scott, B., Jessiman, W.C. (1999). Empathy has not been measured in client’ terms or effectively taught: a review of the literature. *Journal of Advance Nursing* 1999, 30, 1177–1185

Reznikovski-Kuras, A., & Gerasimenko, A. (2020). Identifying best-practice strategies for managing residential caregivers working with children at risk. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 11(4), 96-114. DOI: <https://doi.org/10.18357/ijcyfs114.2202019990>

- Rieker, P., & Carmen, E. (1986). The victim-to-patient process: The disconfirmation and transformation of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 360–370. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb03469.x>
- Riess, H. (2011). Biomarkers in the Psychotherapeutic Relationship: The Role of Physiology, Neurobiology, and Biological Correlates of E.M.P.A.T.H.Y.. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(3), 162-174 DOI:10.3109/08941939.2011.581915
- Riess, H. (2015). The Impact of Clinical Empathy on Patients and Clinicians: Understanding Empathy's Side Effects. *AJOB Neuroscience*, 6(3), 51-53 DOI:10.1080/21507740.2015.1052591
- Riess, H. (2017). The Science of Empathy. *Journal of patient experience*, 4(2), 74–77. <https://doi.org/10.1177/2374373517699267>
- Ringel, S., Blandell J. (2012). *“Trauma: Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research*. Sage, 2012 London.
- Rivera, M., Sullivan, R. (2015). Rethinking Child Welfare to Keep Families Safe and Together: Effective Housing-Based Supports to Reduce Child Trauma, Maltreatment Recidivism, and Re-Entry to Foster Care. *Child Welfare*. 2015, 94(4):185-204. PMID: 26827482.
- Robson, C. & McCartan, K. (2015). *“Real World Research”* (4th edition). New Jersey: Wiley.
- Rojas, S. M., Bilsky, S. A., Dutton, C., Badour, C. L., Feldner, M. T., & Leen-Feldner, E. W. (2017). Lifetime histories of PTSD, suicidal ideation, and suicide attempts in a nationally representative sample of adolescents: Examining indirect effects via the roles of family and peer social support. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.006>
- Rogers, C. R. (1951). *“Client- centered therapy”*. Boston: Houghton Mifflin
- Rogers, C. R. (1961). *“On Becoming a person: A psychotherapists view of psychotherapy”*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1990). *“The Carl Rogers reader”*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 44(3), 240–248. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>

- Ρομοσιού, Β. (2017). «Εφαρμογή και Αξιολόγηση ενός Ψυχοεκπαιδευτικού Προγράμματος για την ενίσχυση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, της Ενσυναίσθησης, της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Διαχείρισης στρες σε Αξιωματικούς της Ελληνικής Αστυνομίας». Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων 2017.
- Ryah, V. & Needhamnon, C. (2001). Non-directive Play Therapy with Children Experiencing Psychic Trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1359–1045 (2001/07)6:3 Copyright © 2001.SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi) Vol. 6(3): 437–453; 017515
- Sangalang, C. C., & Vang, C. (2017). Intergenerational trauma in refugee families: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 745–754. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0499-7>
- Santo, L., Pohl, S., Saiani, L., & Battistelli, A. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 74-81.  
DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74>
- Σαραφίδου, Γ. (2000). «Τυπολογία της κοινωνικής συμπεριφοράς παιδιών που ζουν σε ιδρύματα: Ανάλυση Αντιστοιχιών σε δεδομένα παρατήρησης χρονικής δειγματοληψίας», Διδακτορική Διατριβή. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης  
<http://hdl.handle.net/10442/hedi/13159>
- Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(2), 167–vii. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.003>
- Scarfone, D. (2021). Trauma, Subjectivity and Subjectality. *The American Journal of Psychoanalysis*, 81(1), 214-236 doi: 10.1057/s11231-021-09292-0
- Schneider, K.J., Fraser Pierson, J.F. & Bugental, J.F.T (2015). “*The Handbook of Humanistic Psychology. Theory, Research and Practice*”. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2015.
- Schofield, & Beek, (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-Term foster family care. *Attachment & Human Development*, 7(1), 3– 25.
- Schore, A. (2009). Relational trauma and the developing right brain. Self and Systems: *Annals of New York Academic Sciences*. 2009, 1159:189-203.  
DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04474

- Schottenbauer, M., Glass, C., Diane, B., Arnkoff, B., Hafter Gray, S. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry*. 2008, 7:23-34.
- Schrooten, I., & de Jong, M. (2017). If You Could Read My Mind: The Role of Healthcare Providers' Empathic and Communicative Competencies in Clients' Satisfaction with Consultations. *Health Communication*, 32(1), 111-118.  
doi: 10.1080/10410236.2015.1110002
- Shapiro, F. (2002). EMDR treatment: Overview and integration. In: Shapiro F, editor. EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism. Washington, DC: *American Psychological Association*, 2002. pp. 27-55.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T., McClement, S., Bouchal, S., Chochinov, H., et al. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437-447 doi:10.1177/0269216316663499
- Singer, T., & Klimecki, O. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875-878 <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Bjork, M. D., Faugli, A., & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(7), 596–604. <http://www.jstor.org/stable/45150603>
- Stanley, S., Mettilba, G.B. (2016) Reflective ability, empathy and emotional intelligence in undergraduate social work students: a cross sectional study from India. *Social Work Education* 2016, 35, 560–575.
- Stepien, K., & Baernstein, A. (2006). Educating for Empathy. *Journal of General International Medicine*, 21(1), 524-530 DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x
- Sterling, M. (2011) General Health Questionnaire—28 (GHQ-28). *Journal of Physiotherapy*, 57, 259. [http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70060-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70060-1)
- Stefanou, C., McCabe, M. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(10):2499-2507.



- Στεφανάτος, Γ. (2004). Από την επανεγγραφή του παιδικού βιώματος στην παγίωση της λιβιδινικής ιστορίας: το ψυχικό τραύμα στην εφηβεία, *Εκ των Υστέρων*, 12:71-89.
- Στεφανοπούλου, Τσατήρη, & Κουμπζής (2017). Νευροεπιστήμες στην Εκπαίδευση: Κατοπτρικοί νευρώνες και ενίσχυση της ενσυναισθητικής ικανότητας των μαθητών, *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, DOI: [10.12681/edusc.1745](https://doi.org/10.12681/edusc.1745), 1, 1328-1349.
- Stewart, M. et al., (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal Family Practice*. 2000 September;49(9):796-804
- Stolorow, R.D. (2007). *“Trauma and Human Existence: Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections”*. The Analytic Press, Taylor and Francis Group, New York, London.
- Stolorow, R.D. (2015). A phenomenological-contextual, existential, and ethical perspective on emotional trauma. *Psychoanalytic Review*, 102(1), 123-138 DOI: 10.1521/prev.2015.102.1.123
- Substance Abuse and Mental Health Administration-SAMHSA (2014). *Treatment Improvement Protocol (TIP). Series, No. 57.*, Center for Substance Abuse Treatment (US). Rockville (MD): [Substance Abuse and Mental Health Services Administration \(US\)](https://www.samhsa.gov/treatment-improvement-protocols), 2014.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2016). *Behind the Term: Trauma*. (U.S. Department of Health & Human Services) Ανακτήθηκε από: <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
- Substance Abuse and Mental Health Administration-SAMHSA (2020). *Person- and Family-centered Care and Peer Support Programme* . Ανακτήθηκε από: <https://www.samhsa.gov/section-223/care-/person-family-centered>
- Sullivan, K., Murray, K., & Ake, G. (2016). Trauma-Informed Care for Children in the Child Welfare System: An Initial Evaluation of a Trauma-Informed

- Parenting Workshop. *Child Maltreatment*, 21(2), 147-155 DOI: 10.1177/1077559515615961
- Συμβούλιο της Ευρώπης (2003). Σύμβαση για τις Προσωπικές Σχέσεις όσον αφορά τα Παιδιά, CETS Αριθμ. 192, 15 Μαΐου 2003.  
Ανακτήθηκε από: [http://publications.europa.eu/resource/cellar/f5e4f4b6-8e87-11e5-b8b7-01aa75ed71a1.0012.02/DOC\\_2](http://publications.europa.eu/resource/cellar/f5e4f4b6-8e87-11e5-b8b7-01aa75ed71a1.0012.02/DOC_2)
- Συμβούλιο της Ευρώπης, (2005). Τα δικαιώματα των παιδιών που ζουν σε ιδρύματα παιδικής προστασίας. Ανακτήθηκε από: <https://rm.coe.int/168046ce2a>
- Συμβούλιο της Ευρώπης, (2007). Σύμβαση για την Προστασία των Παιδιών κατά της Γενετήσιας Εκμετάλλευσης και Κακοποίησης, Σειρά Συνθηκών Συμβουλίου της Ευρώπης CETS Αριθμ. 201, 25 Οκτωβρίου 2007. Ανακτήθηκε από ΝΟΜΟΣ 3727/2008 - ΦΕΚ 257/Α'/18-12-2008 :  
[http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3727\\_08.htm](http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3727_08.htm)
- Συμβούλιο της Ευρώπης, (2008). Σύμβαση περί Υιοθεσίας Παιδιών, (αναθεωρημένη), Σειρά Συνθηκών Συμβουλίου της Ευρώπης CETS Αριθμ. 202, 27 Νοεμβρίου 2008
- Συνήγορος του Πολίτη, (2015). «*Τα δικαιώματα των παιδιών που ζουν σε ιδρύματα - Διαπιστώσεις και Προτάσεις του Συνηγόρου για τη λειτουργία των ιδρυμάτων παιδικής προστασίας*», Ειδική Έκθεση, Μάρτιος 2015
- Summerfield, D. (2004). “*Cross-cultural perspectives on the medicalization of human suffering*”. In G. M. Rosen (Ed.), “*Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*” (pp. 233–245). John Wiley & Sons Ltd.  
<https://doi.org/10.1002/9780470713570.ch12>
- Taillieu, T.L., Brownridge D.A., Sareen J., Afifi T. (2016) [Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States](#). *Child Abuse Neglect*. 59:1-12. doi:10.1016/j.chiabu.2016.07.005
- Τατσιοπούλου, Π. (2020). «*Η εξέλιξη κατά την ενήλικη ζωή των ατόμων που απομακρύνθηκαν από τις οικογένειες τους κατά την παιδική ηλικία: παιδοψυχιατρική και ψυχοκοινωνική διερεύνηση*» Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ)  
<https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/48253>

- Teicher, M.H., Anderson, C.M., et al. (2014). [Childhood maltreatment: Altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula.](#) *Biological Psychiatry*. 76(4):297-305. doi:10.1016/j.biopsych.2013.09.016
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004, 15(1):1–18. DOI: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Terranova, C., Snenghi, R., Thiene, G., & Ferrara, S.D. (2011). Psychic trauma as cause of death. *Medicine, Science and Law*, 51(1), 11-15. doi: 10.1258/msl.2010.100061.
- Termini, A., & Golden, J. (2007). Moral behaviors: What can behaviorist learn from the developmental literature? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, Volume 3, No. 4, 477-493.
- The Greek Ombudsman, (2011). “*The rights of children living in institutions*”. Report on a study of the European Network of Ombudspersons for Children (ENOC)
- Thompson, N., & Walsh, M. (2010). “The existential basis of trauma”. *Journal of Social Work Practice*, 24(4), 377-389. <https://doi.org/10.1080/02650531003638163>
- Toros, K., Tiko, A., & Saia, K. (2013). Child-centered approach in the context of the assessment of children in need: Reflections of child protection workers’ in Estonia. *Children and Youth Services Review*, 35(6), 1015-1022. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2013.03.011>.
- Torjesen, I. (2019). Childhood trauma doubles risk of mental health conditions. *British Medical Association (BMJ)*. 2019 Feb 22. 364:l854. doi: 10.1136/bmj.l854. PMID: 30796013.
- Τσελεπή, Μ. (2011). «Ψυχικό τραύμα και εξάρτηση από ουσίες: Η σχέση τους στη ζωή των γυναικών», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Ψυχολογίας : Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Ungar, M. (2013). Resilience, Trauma, Context, and Culture. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 255-266. doi: 10.1177/1524838013487805
- Ungerer, J., Dolby, R., Waters, B., Barnett, B., Kelk, N., Lewin, V. (1990) The early development of empathy: Self-regulation and individual differences in the first year. *Motivation and Emotion*, 14(2):93-106

- UNHCR (2017). «Μαθαίνουμε για τους πρόσφυγες. Οδηγός για τους εκπαιδευτικούς που εργάζονται με παιδιά πρόσφυγες που αντιμετωπίζουν προβλήματα άγχους και ψυχικού τραύματος» *The UN Refugee Agency*.  
(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)  
<https://www.unhcr.org/gr/wpcontent/uploads/sites/10/2019/09/UNHR-Teaching-About-Refugees-Guidance-on-Stress-and-Trauma.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services, (2015). Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau., 2015
- Vachon, M., Bessette, P., & Goyette, C. (2016). "Growing from an Invisible Wound" A Humanistic-Existential Approach to PTSD. "In A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder - from Theory to Practice " Edited by Ghassan El-Baalbaki. University of Quebec at Montreal, Canada. Published: November 2nd 2016. DOI: 10.5772/61874  
<https://www.intechopen.com/chapters/51580>
- Valent, P. (1998). "From survival to fulfilment: A framework for the life trauma dialectic". Brunner / Mazel, Philadelphia.
- Van Berkhout, E.T., & Malouff, J. (2016). The Efficacy of Empathy Training: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Counselling Psychology*, 63(1), 32-41 <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000093>
- Van Deurzen, E. (1997). *Everyday Mysteries: "Existential Dimensions of Psychotherapy"*. Washington: Routledge
- Vollhardt, J.R. (2009). Altruism born of suffering and prosocial behavior following adverse life events: A review and conceptualization. *Social Justice Research*. <https://doi.org/10.1007/s11211-009-0088-1>
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., Van IJzendoorn, M.H., Steele, H., Kontopoulou, A., Sarafidou, J. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003, 44:1208–1220.
- Vreeke, & Van der Mark, (2003). Empathy, an integrative model. *New Ideas in Psychology* 21 (2003) 177–207.
- Wade, B. & Schenck, R. (2012) . Trauma is the "Stealing of my sense of being me": A Person-Centered Perspective on Trauma. Published: 2014-06-11 in *Social Work Journal*, Vol. 48 No. 3 (2012)

- Wagaman, A., Geiger, J., Shockley, S., & Segal, E. (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 60(3), 201-209 doi:10.1093/sw/swv014
- Wagner, K.D. (2016). [Effects of Childhood Trauma on Depression and Suicidality in Adulthood](#). *Psychiatric Times*. 2016. (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)
- Wilson, J. (2004). "Empathy in the treatment of trauma and PTSD", Taylor & Francis Group Routledge.
- Wilson, C., Pence, D., & Conradi, L. (2013). Trauma-Informed Care. *Encyclopedia of Social Work* <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1063>
- Winnicott, D. (1986). "The theory of the parent-infant relationship". In: Buckley P, editor. "Essential Papers in Psychoanalysis. Essential Papers on Object Relations". New York, NY, USA: New York University Press, 1986
- Winnicott, D.W. (1971). "Playing and Reality". UK: Tavistock Publications.
- Winter, K. (2006). Widening our knowledge concerning young looked after children: the case for research using sociological models of childhood. *Child & Family Social Work* 11: 55– 64.
- Wispé, L.G. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314-321.
- World Health Organization, (2004). «The importance of caregiver–child interactions for the survival and healthy development of young children» A REVIEW . DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT, World Health Organization
- Ψαλτοπούλου, Θ. (2015). «Μουσικοθεραπεία». Ο Τρίτος Δρόμος.
- Yehuda, R., McFarlane, A. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *The American Journal of Psychiatry*. 1995,152:1705-1713
- Ψήφισμα της 25ης Νοεμβρίου 2019 της Θ' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων, Φ.Ε.Κ. 187/Α'28.11.2019 (Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο) <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/FEK%20211-A-24-12-2019%20NEO%20SYNTAGMA.pdf>
- Young, E.B. (1990). The Role of Incest Issues in Relapse, *Journal of Psychoactive Drugs*, 22:2, 249-258, DOI: [10.1080/02791072.1990.10472547](https://doi.org/10.1080/02791072.1990.10472547)

- Young, A. (1995). *“The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder”*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995
- Ζαφειρόπουλος, Μ. (2007). «Λακάν και Λέβι-Στρώς ή η Επιστροφή στον Freud» (1951–1957). Εκδόσεις Πλέθρον. Αθήνα, 2007:66
- Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Koga, S., Carlson, E. (2005). The BEIP Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania, *Child Development*. 2005, 76:1015–1028.
- Zimbardo, P., Sword, R., & Sword, R. (2012). *“The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy”*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Ζουλκιέβιτς, Μ. (2017). «Πρόλογος», στο Korczak J. *«Το δικαίωμα του παιδιού στον σεβασμό»*, Αθήνα: Μεταίχμιο 2017
- Ζουλκιέβιτς, Μ. (2017). *«Η ζωή και το έργο του Janusz Korczak»*, στο Korczak J. *«Το δικαίωμα του παιδιού στον σεβασμό»*, Αθήνα: Μεταίχμιο 2017

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Παράρτημα Ι

**Α. Παρουσίαση των έξι (6) συναντήσεων του προγράμματος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής «Κοίτα με τα μάτια μου»**

**1<sup>η</sup> Συνάντηση** «Γνωριμία με ένα ενσυναισθητικό τρόπο σε μια ομάδα»  
**Θεματική ενότητα: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ**

**Βασικός στόχος:** Καλλιέργεια του αισθήματος ασφάλειας των μελών στο πλαίσιο της ομάδας μέσα από τη βίωση ενός κλίματος άνευ όρων αποδοχής τους

**Επιμέρους στόχοι:** 1.Βίωση αποδοχής της ατομικότητας και απελευθέρωση των δυνάμεων της θέλησης του κάθε μέλους για δημιουργική ένταξη και εξέλιξη στην ομάδα  
2.Ενδυνάμωση της ικανότητας να εντοπίζουν τα μέλη της ομάδας κατάλληλους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων προσαρμοσμένους στην προσωπικότητά τους  
3. Πρώτη γνωριμία, βίωση και νοηματοδότηση της ενσυναίσθησης βασισμένη στην προσωπική εμπειρία και σε αντιδιαστολή με κατευθυντικές συμπεριφορές

- ❖ Τα μέλη της ομάδας κάθονται σε καθίσματα κυκλικά τοποθετημένα από πριν καθώς την προετοιμασία του χώρου που συναντιέται η ομάδα επιμελείται η συντονίστρια ώστε να προβλεφθεί η ικανοποίηση των αναγκών των μελών της και αυτό να επικοινωνείται στα μέλη με μια αίσθηση φροντίδας και σεβασμού στις ανάγκες τους για την παραμονή τους εκεί.

- ❖ Ακούγεται το μουσικό θέμα έναρξης του προγράμματος και κάθε συνάντησης:

**Dmitri Shostakovich - Waltz No.2 ( One hour version )**

[https://www.youtube.com/watch?v=LPG\\_WUgHbis](https://www.youtube.com/watch?v=LPG_WUgHbis)

## **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΦΑΣΗ (Διάρκεια 35΄)**

**«Δημιουργία κλίματος ενσυναισθητικής αποδοχής για την δημιουργική ένταξη των μελών στην ομαδική εμπειρία»**

### **A. Γνωριμία και δημιουργία αισθήματος ομαδικότητας**

#### **Καλωσόρισμα (Διάρκεια 5΄)**

- Καλωσόρισμα από τη συντονίστρια και ενημέρωση για τον αριθμό, τη διάρκεια και τις ημέρες των συναντήσεων τα θέματα που θα επεξεργαστεί η ομάδα ανά συνάντηση, τα χαρακτηριστικά και τους στόχους του προγράμματος.
- Αναφορά στους κανόνες δεοντολογίας του προγράμματος

### **Γνωριμία και προσμονές των μελών (Διάρκεια 10΄)**

**Στόχος :** Να γνωριστούν μεταξύ τους τα μέλη της ομάδας και να αισθανθούν άνετα.

**Οδηγίες:** Καθόμαστε στον κύκλο. Σχηματίζουμε ζευγάρια.

Ο ομιλητής λέει: (1) το όνομά του, (2) μια μικρή ιστορία για το ποιος είναι με όποιες πληροφορίες θεωρεί εκείνος ότι είναι σημαντικές για τη ζωή του και (3) τι προσδοκίες έχει από τη συμμετοχή του σε αυτή την ομάδα.

Ο συνομιλητής ακούει με προσοχή χωρίς να διακόπτει ή να μιλά . Μετά αλλάζουμε ρόλους (χρόνος 2+2 λεπτά). Δεν κρατούμε σημειώσεις.

Στη συνέχεια παρουσιάζει ο ένας τον άλλο στην ολομέλεια της ομάδας σε κύκλο.

(Πηγή: Προσαρμόστηκε από αρχικό στο: Human Rights and Education Network 2007, Διαμεσολάβηση Συνομηλίκων για την Επίλυση των Συγκρούσεων στα Σχολεία, Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς και εκπαιδευτές νέων κι ενηλίκων, Λεμεσός 2007.)

### **1<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 5΄)**

**«Συμβολική συγκρότηση της ομάδας»**

**Στόχοι: α)Ενίσχυση του αισθήματος ένταξης στην ομάδα**

**β) Έκφραση ανεπιφύλακτης θετικής αναγνώρισης**

**γ)Αναγνώριση συναισθημάτων**



**Οδηγίες:** α) Θα σχηματίσουμε έναν κύκλο όρθιοι και θα αναφερθούμε στο πως αισθάνεται ο καθένας μας την παρούσα στιγμή. Θα αναγνωρίσουμε το συναίσθημά μας και θα το μοιραστούμε.

β) Στη συνέχεια στον κύκλο θα δώσει ο ένας το χέρι στον άλλο θα πει η καθεμιά/καθένας το όνομά της/του και κάτι που αγαπά περισσότερο στη ζωή (πχ είμαι η Κατερίνα και αγαπώ τη φύση) με όποιο τρόπο ή τόνο στη φωνή του επιθυμεί (πχ φωναχτά, σιγανά, τραγουδιστά, μιλώντας κανονικά, κλπ)

γ) Η ομάδα θα επαναλάβει εν χορώ τα λεγόμενα του κάθε μέλους της (πχ είναι η Κατερίνα και αγαπώ τη φύση), με τον τρόπο που ο/η ίδιος/-ια θα ήθελε να τα ακούσει.

Ολοκληρώνοντας τα μέλη της ομάδας επιστρέφουν στα καθίσματα.

(Πηγή: Άσκηση που δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα, επηρεασμένη από την άσκηση αποδοχής στην ομάδα που υλοποιείται στις ομάδες ένταξης του ΚΕΘΕΑ)

## **B. Δημιουργία πλαισίου αξιών και κανόνων λειτουργίας της ομάδας**

**(Διάρκεια 10')**

**Στόχος: Η βίωση του αισθήματος ασφάλειας μέσα στο πλαίσιο της ομάδας**

**Υλικά: Χαρτί Α4 και στυλό**

**Οδηγίες:** Μόλις συγκροτηθήκαμε σε μια ομάδα. Αυτή είναι η δική μας ομάδα και γιαυτό εμείς οι ίδιοι θα αποφασίσουμε από κοινού τους κανόνες και τις αξίες που θέλουμε να διέπουν τη λειτουργία της ώστε να αισθανόμαστε άνετα και ασφαλείς μέσα σε αυτή. Σε αυτό το σημείο υπενθυμίζονται οι τρεις βασικοί δεοντολογικοί άξονες λειτουργίας της ομάδας: α) η εχεμύθεια, για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των μελών, β) το απόρρητο από την πλευρά της συντονίστριας και γ) η αρχή της μη κατευθυντικότητας του προγράμματος σύμφωνα με την οποία ο κάθε συμμετέχοντας είναι ελεύθερος να επιλέξει εάν θα συμμετέχει στις βιωματικές ασκήσεις, τον τρόπο που θα συμμετέχει και εάν θέλει να μοιραστεί σκέψεις, ιδέες και συναισθήματα με την ομάδα. Επίσης, ότι ο ρόλος της συντονίστριας είναι αυτός του μέλους της ομάδας που συμμετέχει στην συλλογική αλληλεπίδραση και απλά συντονίζει τα δρώμενα και όχι ο ρόλος του ειδήμονα ή κάποιος ρόλος - επαγγελματικό προσωπείο. Στόχος των διευκρινίσεων αυτών είναι να νιώσει ασφάλεια και σεβασμό προς το πρόσωπό του/της ο/η κάθε συμμετέχοντας / -ουσα στην ομάδα μέσα από μία διαδικασία η οποία θα σέβεται την προσωπικότητα, το ρυθμό και την επεξεργασία που επιλέγει ο καθένας να πραγματοποιήσει. Επιπλέον,

η συντονίστρια αναφέρεται στην ιδιαίτερα μεγάλη σημασία που έχει για τη συνοχή της ομάδας η συνέπεια στην τήρηση αυτών των κανόνων που συμφωνήθηκαν από κοινού για να πηγάσει μέσα από αυτούς η ασφάλεια και η ελευθερία στον τρόπο με τον οποίο επιλέγει η ομάδα να επεξεργαστεί τα δεδομένα της.

Θέτουμε το ερώτημα: - Τι θα θέλαμε να ισχύει σε αυτές τις συναντήσεις μας;

Ο καθένας από μας μπορεί να φέρει στην ομάδα τη γνώμη του για το πώς θέλει να λειτουργήσει η ομάδα, προτείνοντας έναν κανόνα, μια αξία που θεωρεί σημαντικό να τηρούμε σαν ομάδα.

(Μοιράζονται τα χαρτιά και στυλό)

Το κάθε μέλος της ομάδας γράφει τον κανόνα και τις αξίες που θεωρεί σημαντικές.

Μπορεί να διατυπώσει και παραπάνω από έναν κανόνα ή μια αξία .

Στη συνέχεια οι αξίες, οι κανόνες διαβάζονται από το κάθε μέλος που τους έγραψε που εξηγεί στην ομάδα για ποιο λόγο αυτό που έγραψε θα τον έκανε να αισθάνεται άνετα και ασφαλής.

Τα χαρτιά με το πλαίσιο αξιών και κανόνων της ομάδας απλώνονται στο κέντρο του κύκλου ανάμεσα στα μέλη σχηματίζοντας ένα ενιαίο σχήμα.

Στο τέλος οι συμφωνηθέντες από όλους αξίες και κανόνες αναρτούνται σε εμφανές σημείο.

(Πηγή: Δραστηριότητα που δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα, επηρεασμένη από τη δημιουργία πλαισίου κανόνων στα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα)

### **Παιχνίδι « Αλληλεπίδραση» (Διάρκεια 5΄ λεπτά)**

**Στόχος:** α) Η παρατήρηση του εαυτού κατά την αλληλεπίδραση με τους άλλους

β) Η ευαισθητοποίηση στη μη λεκτική επικοινωνία

**Υλικά:** Πολλά μικρά ελαστικά μπαλάκια

**Οδηγίες:** Σχηματίζουμε όρθιοι έναν μεγάλο ανοιχτό κύκλο. Στο χώρο έχουμε αφήσει πολλά ελαστικά μπαλάκια. Κατά τη διάρκεια της άσκησης δεν υπάρχει καμία λεκτική επικοινωνία. Οι λεκτικές οδηγίες δίνονται από πριν.

Για διάρκεια 5 λεπτών παίρνουμε από ένα μπαλάκι ο καθένας και αρχίζουμε να τα πετάμε ο ένας στον άλλο (σε όποιον διαλέγουμε κάθε φορά, όχι στον ίδιο πάντα). Όσο γίνεται αυτό εστιάζουμε την προσοχή στην αναπνοή μας, στα συναισθήματα που βιώνουμε κατά την αλληλεπίδραση, κατά την προσπάθεια και στο πως νιώθουμε το σώμα μας. Εστιάζουμε την προσοχή μας μόνο στον εαυτό μας και όχι στο τι κάνουν οι άλλοι. Φυσικά προσπαθούμε να πιάσουμε (ανταποκριθούμε) τα μπαλάκια (μηνύματα) που μας πετάνε οι άλλοι.

Όταν περάσει ο χρόνος των 5 λεπτών, λήγει η «απαγόρευση» λεκτικής επικοινωνίας και τα μέλη της ομάδας επιστρέφουν στα καθίσματά τους στον κύκλο και μοιράζονται τα συναισθήματα που βίωσαν στην άσκηση μη λεκτικής επικοινωνίας .

**Επεξεργασία εισαγωγικής φάσης :** Τα μέλη της ομάδας που το επιθυμούν εκφράζουν σκέψεις και συναισθήματα ή απορίες και προβληματισμούς σχετικά με όσα διαδραματίζονται τους δίνεται ο χώρος και ο χρόνος να εκφραστούν καθώς είναι ζωτικής σημασίας για την επιδιωκόμενη οικοδόμηση της ισότιμης ενσυναισθητικής σχέσης αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης μεταξύ τους, να αισθανθούν πως οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι προβληματισμοί τους, ο τρόπος ύπαρξης και συμμετοχής του καθενός στην ομάδα είναι εκείνα που τη διαμορφώνουν και την αποτελούν.

## **ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (Διάρκεια 80´)**

### **❖ Εισαγωγή στην έννοια της ενσυναίσθησης**

#### **2<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 20´)**

**«Τι σημαίνει για μένα η ενσυναίσθηση»**

**Στόχος: Η νοηματοδότηση της ενσυναίσθησης με βάση την προσωπική εμπειρία**

**Οδηγίες:**

**1<sup>η</sup> φάση:** Τι σημαίνει ενσυναίσθηση για μένα με βάση την προσωπική μου εμπειρία

Σχηματίζουμε ομάδες των τριών και μιλάμε με τη σειρά για 2 λεπτά ο καθένας με θέμα «Τι σημαίνει η ενσυναίσθηση για μένα με βάση την προσωπική μου εμπειρία». Ακούμε προσεκτικά τον συνομιλητή μας χωρίς να διακόπτουμε.

**Επεξεργασία:** Γυρνάμε στον κύκλο της ολομέλειας της ομάδας και μοιραζόμαστε τις απόψεις που συζήτησε η κάθε υποομάδα στο πλαίσιο ενός δημιουργικού διαλόγου. Το ουσιαστικό είναι να ακουστούν με σεβασμό και ενσυναισθητικό ενδιαφέρον όλες οι απόψεις και να δοθεί το μήνυμα ότι υπάρχει ένας πλούτος διαφορετικών βιωμάτων που ο καθένας μας φέρνει στην ομάδα ως συνεισφορά για να κατανοήσουμε τις έννοιες που επεξεργαζόμαστε.

Βοηθητικά ερωτήματα για να διευκολυνθεί η επεξεργασία των προσωπικών εμπειριών, η αυτοεξερεύνηση, η απόκτηση επίγνωσης του περιβάλλοντος πλαισίου που βιώνουμε θα μπορούσαν να είναι :

- Συναντάω συχνά στην καθημερινότητά μου την ενσυναίσθηση ως τρόπο επικοινωνίας των άλλων ανθρώπων μαζί μου;
- Αν δεν την συναντάω σε τι πιστεύω ότι οφείλεται αυτό;
- Πως αισθάνθηκα όταν μου αποκρίθηκαν ενσυναισθητικά;
- Τι πρέπει να κάνω για να επικοινωνήσω με ενσυναίσθηση;
- Πόσο εύκολο μου ήταν να ακούω με προσοχή κάποιον χωρίς να τον διακόπτω;
- Διαπίστωσα να έκανα σκέψεις για το τι θα πω ενώ μιλούσε;

## **2<sup>η</sup> φάση: Το γλυπτό της ενσυναίσθησης**

Οι ομάδες των τριών τώρα καλούνται να ξανασυνεργαστούν για να ετοιμάσουν μια σκηνή ενσυναίσθησης με τα σώματά τους. Πως φανταζόμαστε ότι θα μπορούσε να αποτυπωθεί το νόημα της ενσυναίσθησης σε ένα γλυπτό, σε ένα άγαλμα;

Καλούμαστε να συζητήσουμε τους συμβολικούς, αφαιρετικούς ή περιγραφικούς τρόπους που υπάρχουν για να αναπαραστήσουμε την ενσυναίσθηση. Μετά, χρησιμοποιώντας το σώμα μας ο καθένας, αναπαριστούμε μια ενιαία σύνθεση της ομάδας μας.

**Επεξεργασία:** Γίνονται οι παρουσιάσεις από την κάθε ομάδα και ακολουθεί συζήτηση για να αποκωδικοποιηθούν τα μηνύματα που εκπέμπουν τα σώματα στην κάθε σύνθεση .

(Πηγή: Προσαρμόστηκε από αρχικό στο: Human Rights and Education Network 2007, Διαμεσολάβηση Συνομηλίκων για την Επίλυση των Συγκρούσεων στα Σχολεία, Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς και εκπαιδευτές νέων κι ενηλίκων, Λεμεσός 2007.)

### **❖ Συλλογική σύνθεση της κατανόησης της έννοιας της ενσυναίσθησης (Διάρκεια 5')**

- Βοηθητικά η συντονίστρια σε μια πρώτη προσπάθεια εννοιολογικής νοηματοδότησης της ενσυναίσθησης αναλύει ετυμολογικά τη λέξη στα τρία συστατικά της μέρη εν – συν – αίσθηση που περιγράφουν και ενεργοποιούν και το νόημα της καλώντας τα μέλη, σε μια συλλογική προσπάθεια σύνθεσης της κατανόησης της έννοιας, να συμμετέχουν σε έναν δημιουργικό διάλογο απαντώντας στα ερωτήματα:
- **Που** συμβαίνει η ενσυναίσθηση; EN = Εντός = ΣΥΝΔΕΣΗ δική μου στον χώρο του εσωτερικού κόσμου (συναισθηματικού και γνωσιακού) του άλλου προσώπου

- **Πως** πραγματοποιώ την ενσυναίσθηση; ΣΥΝ= μαζί = ΒΙΩΝΩ ΜΕ το άλλο πρόσωπο **σαν να** ήμουν το άλλο πρόσωπο ενώ συγχρόνως έχω συνείδηση πως είμαι ξεχωριστός άνθρωπος.
- **Γιατί** επιλέγω την ενσυναίσθηση ως τρόπο να αποκριθώ; για να έχω αληθινή ΑΙΣΘΗΣΗ του άλλου προσώπου = Γιατί με ενσωματώνει ως άνθρωπο - κοινωνικό όν σε μια υγιή κοινωνικότητα όπου λειτουργώ συμβιώνοντας μαζί με τους άλλους ανθρώπους, με τους όρους που είμαι προγραμματισμένος από τη φύση μου.

❖ **Μικρή θεωρητική αναφορά στο νευροβιολογικό δίκτυο της ενσυναίσθησης, στους κατοπτρικούς νευρώνες (ppt)**  
(Διάρκεια 5 λεπτά)

- ❖ Η συντονίστρια προσφέρει ερεθίσματα σχετικά με την έννοια της ενσυναίσθησης με στόχο τη βαθύτερη κατανόηση της από τα μέλη της ομάδας.

**1ο Ερέθισμα: “Empathy” (Διάρκεια 5’)**

Παρακολούθηση του βίντεο “Empathy” (2:53’) της Αμερικανίδας καθηγήτριας στον πανεπιστήμιο του Χιούστον Brene Brown για τη διαφοροποίηση της ενσυναίσθησης από τη συμπόνια.

<https://brenebrown.com/videos/rsa-short-empathy/>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

**Επεξεργασία:** Πως νοηματοδοτούμε την ενσυναίσθηση και πως τη συμπάθεια με βάση την προσωπική μας εμπειρία. Τα μέλη παροτρύνονται να δώσουν προσωπικά παραδείγματα συμπάθειας και ενσυναίσθησης.

**2ο Ερέθισμα: Film animation “Umbrella” ( Διάρκεια 10’)**

Ένα παράδειγμα ενσυναισθητικής απόκρισης: προβάλλεται το βραβευμένο φιλμ animation μικρού μήκους: “umbrella” (7:55’) που μέσω μιας ενσυναισθητικής απόκρισης αποκαλύπτει την πραγματική αιτία για το κλέψιμο μιας ομπρέλας από ένα παιδί, αποκαλύπτει μια ιστορία μη ορατή για τους άλλους.

<https://www.youtube.com/watch?v=B11FOKpFY2Q>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

**Επεξεργασία – συζήτηση:** για τα συναισθήματα και τις σκέψεις που αναδύθηκαν βλέποντας την ιστορία και για το πώς η ενσυναίσθηση μπορεί να οδηγήσει στην προσέγγιση του προβλήματος του τραυματισμένου ανθρώπου.

### **3<sup>ο</sup> Ερέθισμα: Ποίημα «Άκουσέ με» ( Διάρκεια 5´ )**

**(Προεργασία στην ενεργητική ακρόαση/Διαβάζεται από τη συντονίστρια )**

Όταν εγώ σου ζητάω να μ' ακούσεις  
και συ αρχίζεις να μου δίνεις συμβουλές  
δεν κάνεις αυτό που σου ζήτησα.

Όταν εγώ σου ζητάω να μ' ακούσεις  
κι εσύ αρχίζεις να μου λες πως δεν πρέπει να αισθάνομαι έτσι,  
ποδοπατείς τα συναισθήματά μου.

Όταν εγώ σου ζητάω να μ' ακούσεις  
και συ νομίζεις πως πρέπει να κάνεις κάτι  
για να λύσεις το πρόβλημά μου,  
όσο κι αν σου φαίνεται παράξενο, μ' απογοητεύεις.  
Άκουσέ με! Μόνο αυτό σου ζητάω. Άκουσέ με!  
Μη μου μιλήσεις, μην κάνεις πράγματα για μένα  
δεν είναι αυτό που θέλω. Απλώς, άκουσε με ...

Μπορώ να τα καταφέρω και μόνος μου.  
Δεν είμαι ανήμπορος. Ίσως αποθαρρυσμένος και δισταχτικός,  
αλλά όχι ανήμπορος.

Όταν εσύ κάνεις για μένα κάτι που μπορώ  
και χρειάζομαι να το κάνω μόνος μου,  
μου εντείνεις το φόβο και την αδυναμία μου.

Όταν όμως, αποδεχτείς απλά πώς αισθάνομαι,  
αυτό που αισθάνομαι – όσο παράλογο κι αν είναι το συναίσθημά μου-  
τότε μπορώ να προχωρήσω,  
να καταλάβω τι κρύβει ο παραλογισμός μου.

Κι όταν πια αυτό το αποσαφηνίσω, οι απαντήσεις γίνονται ξεκάθαρες και δε χρειάζομαι συμβουλές.

Τα παράλογα συναισθήματα δεν είναι πια παράλογα σαν καταλάβουμε τι κρύβουν.

Ίσως γι' αυτό η προσευχή να λειτουργεί συχνά για μερικούς ανθρώπους. Γιατί ο Θεός είναι βουβός.

Δεν προσπαθεί να δώσει συμβουλές,

ούτε να σώσει την κατάσταση.

«Εκείνος» ακούει μόνο κι αφήνει σε σένα να κάνεις τη δουλειά.

Γι' αυτό, σε παρακαλώ, άκουσε με! Άκουσέ με!

Κι αν θέλεις να μιλήσεις,

περίμενε λίγο τη σειρά σου.

Και τότε εγώ θ' ακούσω εσένα.

(Ανώνυμος)

**Επεξεργασία του ερεθίσματος:** Συζήτηση με βάση τα ερωτήματα:

- Πως αισθάνθηκα ακούγοντας το ποίημα;
- Ποια είναι η γνώμη μου για τους τρόπους απόκρισης που περιγράφονται στο ποίημα;

(Πηγή: στο Α. Μπούζος 2004, *Προσωποκεντρική Συμβουλευτική, Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές, Εκδόσεις «τυπωθήτω», σελ.380*)

- ❖ **Θεωρητική αναφορά (ppt) στις καθοδηγητικές συμπεριφορές που θα επεξεργαστεί η ομάδα στη συνέχεια σε αντιδιαστολή με τον ενσυναισθητικό τρόπο απόκρισης ( Διάρκεια 5´)**

**3<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα ( Διάρκεια 20´)**

**Παιχνίδι ρόλων « Αναγνώρισε πως μου μιλάς!»**

**Στόχος:** Γνωριμία με τις κατευθυντικές συμπεριφορές επικοινωνίας που συχνά υιοθετούμε / **Βιωματική αναγνώριση και διαφοροποίηση του τι δεν είναι και τι είναι η ενσυναίσθηση.**

**Οδηγίες:** Τοποθετούνται 2 καθίσματα στη μέση του κύκλου για να καθίσουν 2 συνομιλητές, αρχικά η συντονίστρια και καθένα από τα μέλη της ομάδας και στη

συνέχεια εφόσον το επιθυμούν ζευγάρια τα υπόλοιπα μέλη. Σε ένα δεύτερο επίπεδο η άσκηση γίνεται πιο φυσική (χωρίς καθίσματα) όρθιοι τα ζευγάρια συνομιλητές αναπαριστούν ένα προσωπικό σενάριο.

Η υπόλοιπη ομάδα λειτουργεί ως παρατηρητής και εστιάζει την προσοχή της στα συναισθήματα που εκφράζονται αλλά και α) στη γλώσσα του σώματος, β) στις εκφράσεις του προσώπου, γ) στο αν διατηρείται η βλεμματική επαφή, δ) στο αν υπάρχει άγγιγμα κατά τη συνομιλία, στον τόνο της φωνής των συνομιλητών.

Το κάθε μέλος που επιθυμεί να συμμετάσχει στο διάλογο των δυο φέρνει για συζήτηση ένα μικρό προσωπικό ή φανταστικό σενάριο, ένα θέμα που τον απασχολεί το τελευταίο διάστημα.

Το θέμα αυτό αντιμετωπίζεται από τη συντονίστρια με 2 τρόπους. Πρώτα με μια καθοδηγητική συμπεριφορά και κατόπιν με ενσυναισθητική κατανόηση.

Διερευνούνται βιωματικά οι ακόλουθες καθοδηγητικές συμπεριφορές ως προς τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία οδηγούν σε σύγκριση με την ενσυναίσθηση (ενεργητική ακρόαση και ενσυναισθητική -λεκτική/μη λεκτική- απόκριση):

1. Η παροχή συμβουλών
2. Ο εξαναγκασμός
3. Η ηθικολογία
4. Η τάση για διάγνωση
5. Η τάση για ερμηνεία
6. Η συγκέντρωση πληροφοριών
7. Η τάση για υποβάθμιση
8. Η τάση για ταύτιση
9. Η παρηγοριά και η συμπόνια
10. Η ορθολογιστική αντιμετώπιση

Τα ονόματα των κατευθυντικών συμπεριφορών είναι γραμμένα σε χαρτάκια που βρίσκονται σε ένα δοχείο από όπου τα μέλη διαλέγουν στην τύχη ένα. Η άσκηση θα ολοκληρωθεί όταν όλοι θα έχουν ασχοληθεί με μια τουλάχιστον κατευθυντική συμπεριφορά σε αντιπαραβολή με την ενσυναισθητική απόκριση.

**Επεξεργασία :** Πως αισθάνθηκα στη μια και πως στην άλλη περίπτωση;  
Δίνεται χώρος σε οποιοδήποτε σχετικό προβληματισμό ή διαφωνία.

*(Πηγή: Δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα με βάση τη βιβλιογραφία προσωποκεντρικής συμβουλευτικής)*

## ❖ Προετοιμασία για το κλείσιμο



Τα μέλη της ομάδας επανέρχονται στις θέσεις τους στον κύκλο και ενημερώνονται από τη συντονίστρια ότι η πρώτη συνάντηση βαίνει προς το τέλος της.

### **ΦΑΣΗ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ (Διάρκεια 10΄)**

Τα μέλη της ομάδας καλούνται σε μια άσκηση χαλάρωσης μπροστά στο κλείσιμο των εργασιών της 1<sup>ης</sup> συνάντησης του προγράμματος.

#### **«Άσκηση χαλάρωσης»**

**Στόχος:** Η επίτευξη του αισθήματος χαλάρωσης, η ανακεφαλαίωση της συνάντησης και το συμβολικό της κλείσιμο

**Οδηγίες:** α) Καθόμαστε σε κύκλο πιάνοντας τα χέρια των διπλανών μας. Κλείνουμε τα μάτια εστιάζουμε την προσοχή στην αναπνοή μας χωρίς να προσπαθούμε να την αλλάξουμε, μόνο μένουμε κοντά της τη συντροφεύουμε με την προσοχή μας.

Εισπνέουμε βαθιά αναπνοή σε τρεις χρόνους από τη μύτη και εκπνέουμε σε τρεις χρόνους από το στόμα.

Παίρνουμε εφτά τέτοιες αναπνοές.

Επανερχόμαστε στο φυσιολογικό ρυθμό της αναπνοής μας.

Ανοίγουμε τα μάτια μας.

β) Τώρα θυμόμαστε την αρχή της συνάντησής μας σήμερα.

Τι συναισθήματα είχαμε όταν πρωτοήρθαμε για αυτή τη συνάντηση;

Τι συναίσθημα έχουμε τώρα; Το αναγνωρίζουμε με μια λέξη.

Ξαναβλέπουμε με τη φαντασία μας την πορεία της συνάντησής μας από την αρχή ως το τέλος, σαν ταινία.

Όταν τελειώσει, αφήνουμε να πέσει η αυλαία και ανοίγουμε τα μάτια μας.

*(Πηγή: Ζ. Αρχοντάκη-Δ. Φιλίππου 2003, 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπόχωση ομάδων, Εκδόσεις Καστανιώτη)*

- ❖ Εδώ ολοκληρώθηκε η πρώτη συνάντησή μας.
  - Στο τέλος κάθε συνάντησης ακούγεται ένα μουσικό θέμα ως μουσική επένδυση για την ομαλότερη μετάβαση στην ενέργεια της αποχώρησης.

Μουσικό θέμα λήξης 1<sup>η</sup> Συνάντησης:

In The Mood For Love - Song Yumeji's theme Shigeru Umebayashi

<https://www.youtube.com/watch?v=CydoHnlWpEI>

**2<sup>η</sup> Συνάντηση** «Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην τραυματική εμπειρία»

**Θεματική ενότητα: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΤΡΑΥΜΑ**

**Βασικός στόχος:** Η νοηματοδότηση και κατανόηση των τραυματικών

συμπεριφορών που συναντούν οι επαγγελματίες φροντιστές στα παιδιά και εφήβους με τραύμα και η ευαισθητοποίηση τους ως προς τη δημιουργία μιας ενσυναίσθητικής σχέσης σεβασμού και εμπιστοσύνης ως παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής τόσο για την ανάκαμψη των παιδιών/εφήβων από την τραυματική εμπειρία όσο και για την ψυχοσυναίσθηματική ισορροπία των αρωγών.

**Επιμέρους στόχοι:** 1. Η μείωση του επαγγελματικού στρες μέσα από τη νοηματοδότηση των τραυματικών συμπεριφορών

❖ **Σημείωση:** Σε κάθε νέα συνάντηση τα μέλη αλλάζουν τις θέσεις τους στον κύκλο ώστε να βρίσκονται κάθε φορά με έναν άλλο μέλος της ομάδας δίπλα τους με στόχο την εξοικείωση με τη συνύπαρξη όλων των μελών της ομάδας.

❖ Ακούγεται το μουσικό θέμα έναρξης κάθε συνάντησης:

**Dmitri Shostakovich - Waltz No.2 ( One hour version )**

[https://www.youtube.com/watch?v=LPG\\_WUgHbis](https://www.youtube.com/watch?v=LPG_WUgHbis)

**ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΦΑΣΗ (Διάρκεια 30')**

❖ Στο ξεκίνημα της συνάντησης δίνεται χώρος και χρόνος για να εκφραστούν ελεύθερα τα μέλη της ομάδας είτε σε σύνδεση με όσα διαδραματίστηκαν στην 1<sup>η</sup> συνάντηση είτε για κάποιο θέμα που τους απασχολεί ή επιθυμούν να συζητήσουν.

❖ **«Εστίαση στο εδώ και τώρα» :** Η συντονίστρια για να επικεντρωθεί η ομάδα στο εδώ και τώρα, προσκαλεί τα μέλη να σχηματίσουν όρθιοι κύκλο, να εστιάσουν την προσοχή στην αναπνοή τους, να αισθανθούν ο ένας την

ενέργεια του άλλου στη συνύπαρξή τους στον κύκλο της ομάδας, να αναγνωρίσουν πως αισθάνονται, να το μοιραστούν και να προχωρήσουν.

- ❖ Ως εισαγωγή στο θέμα η συντονίστρια διαβάζει το παρακάτω κείμενο:

«Όταν ήμουν μικρή, 4 χρόνων, ένα αγκάθι τρύπησε το δάχτυλό μου. Πόνεσα, μάτωσα. Μπήκε με δύναμη και πήγε βαθιά. Μάταια προσπάθησα να το βγάλω.

Όσο πίεζα το δέρμα μου να βγει, τόσο πιο πολύ πονούσα, τόσο πιο κόκκινο γινόταν. Ένα δάκρυ κύλησε απ' τα μάτια μου αλλά σκέφτηκα «δεν είμαι μόνη μου, η μαμά θα με βοηθήσει» και πήγα στη μητέρα μου να το φιλήσει να περάσει. “Άστο, μου είπε, τώρα που είναι σκληρό εκεί το δέρμα, μην το πειράζεις, θα σε πονέσει περισσότερο. Δώσε του λίγο χρόνο να μαλακώσει και θα προσπαθήσουμε άλλη ώρα να το βγάλουμε”.

Αφού είπε η μαμά έτσι, κάτι θα ξέρει και πήγα να συνεχίσω το παιχνίδι μου. Μετά από λίγες ημέρες, στο σημείο που τρύπησε το αγκάθι, το δέρμα άσπρισε, έκανε πύον στην προσπάθειά του να προστατευτεί απ' το ξένο σώμα.

Ξαναπήγα στη μητέρα μου και μου είπε πως το σώμα θα “πετάξει” σιγά-σιγά προς τα έξω ότι δεν είναι δικό του. Μου είπε ότι όταν δω το αγκάθι να φαίνεται στο δέρμα μου, με μια καρφίτσα θα τρυπήσει εκείνη απαλά το δέρμα μου να βγει έξω το αγκάθι.

Περίμενα λοιπόν και παρατηρούσα το δάχτυλό μου και αναρωτιόμουν αν μπορούσα μόνη μου να το βγάλω με την καρφίτσα. Ναι, αλλά ένιωθα το σημείο εκείνο ακόμα σκληρό.

Μμμμμ... σκέφτηκα να μουλιάσω το δάχτυλό μου στο νερό να μαλακώσει, ήμουν έτοιμη να βγάλω αυτό το αγκάθι απ' το δάχτυλό μου. Κάθε φορά που ακουμπούσα εκεί, με ενοχλούσε και δεν ήθελα άλλο.

Αποφασισμένη έβαλα όλα τα δάχτυλα του χεριού μου σε ένα μπολ με νερό, έκατσα σε μια καρέκλα και περίμενα να δω το δέρμα να ζαρώνει. Δίπλα μου είχα μια καρφίτσα και έναν αναπτήρα για να την καυτηριάσω για την “χειρουργική επέμβαση” που θα έκανα -είχα δει τη μητέρα μου που το είχε κάνει παλιότερα αυτό-. Μετά από λίγο, το δέρμα μαλάκωσε τόσο που

ένιωσα έτοιμη να αγγίξω την πληγή. Πήρα την καρφίτσα και πολύ απαλά έσκαψα μια μικρή τρυπούλα να βρει διέξοδο το αγκάθι.

Ενστικτωδώς πίεσα με τα δυο δάχτυλα το δέρμα και πετάχτηκε στην κυριολεξία έξω το αγκάθι μαζί με το πόνο. Φώναξα από χαρά και ενθουσιασμό και έτρεξα στη μητέρα μου να της πω το κατόρθωμά μου! Εισέπραξα απλόχερα ένα μπράβο, μια ζεστή αγκαλιά και ένα φιλί στο μάγουλο! Έπειτα έκατσα λίγο και παρατηρούσα αυτό το μικροσκοπικό αγκάθι που μου προκάλεσε τόσο πόνο.

Το πήρα με την άκρη του δαχτύλου μου και το έβαλα στο χώμα. Το δέρμα μου ανάρρωσε σιγά-σιγά, του πήρε αρκετές ημέρες να επανέλθει όπως ήταν.

Η εμπειρία όμως έμεινε για πάντα χαραγμένη στη μνήμη μου και στην ψυχή μου και το δίδαγμά της, ωφέλιμος οδηγός στη ζωή!

---

Το αγκάθι είναι το τραύμα, η πληγή και ένας καλός θεραπευτής χρειάζεται να βάζει το μαχαίρι τόσο απαλά, σαν να χαϊδεύει!

(Πηγή: Λίνα Παυλοπούλου 2020, Το αγκάθι... το τραύμα της ψυχής, Άρθρο στον ενημερωτικό ιστότοπο Εναλλακτική Δράση)

<https://enallaktikidrasi.com/2020/11/to-agkathi-trauma-psuxis/>

### 1<sup>ο</sup> ερέθισμα: Film «Removed» ( Διάρκεια 20΄)

**Παρακολούθηση του φιλμ «Removed» (12:47΄)** που αφηγείται την ιστορία της τραυματικής εμπειρίας ενδοοικογενειακής βίας ενός κοριτσιού, μέσα από τα δικά του μάτια και την τελική απομάκρυνση από το οικογενειακό του περιβάλλον,.

**Στόχος:** Η ευαισθητοποίηση στο να «διαβάζουμε» με ενσυναισθητικό τρόπο την τραυματική συμπεριφορά

<https://www.youtube.com/watch?v=IOeQUwdAjE0>



(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο από την ιστοσελίδα [Nathanael Matanick](#) )

**Οδηγία:** Παρακολουθούμε πολύ προσεκτικά με όλες τις αισθήσεις μας ανοιχτές και δεκτικές στο ερέθισμα.

**Επεξεργασία:** Τα μέλη της ομάδας μοιράζονται τα συναισθήματά τους, τις σκέψεις και τις δικές τους εμπειρίες από την επαγγελματική τους ενασχόληση με ψυχικά

τραυματισμένα παιδιά.

Ένα επιπρόσθετο χρήσιμο ερώτημα στην επεξεργασία του ερεθίσματος θα μπορούσε να είναι το:

- Ας σκεφτεί ο καθένας μας την παιδική του ηλικία και ας προσδιορίσουμε πόσο διαφέρει από την παιδική ηλικία ενός παιδιού που «αφαιρέθηκε» από τη βιολογική του οικογένεια και μεγαλώνει σε Μονάδα παιδικής προστασίας.

### **ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (Διάρκεια 70')**

- ❖ **«Βιωματική νοηματοδότηση της συσχέτισης της τραυματικής εμπειρίας και της ενσυναίσθησης για την οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης»**

#### **1<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 30')**

##### **Παιχνίδι ρόλων «Μια φανταστική ιστορία»**

- Στόχοι:**
- α) Η βίωση του επαγγελματικού ρόλου του αρωγού και η ενίσχυση της ικανότητας να μπαίνει ο αρωγός στη θέση του υποστηριζόμενου
  - β) Η απόκτηση επίγνωσης της θέσης ισχύος του αρωγού και πως τη διαχειρίζεται και της θέσης ευαλωτότητας του υποστηριζόμενου

**Οδηγίες:** Η συντονίστρια καλεί τα μέλη της ομάδας να διαλέξουν έναν από τους δύο ρόλους που υπάρχουν στον επαγγελματικό τους χώρο, του αρωγού και του υποστηριζόμενου τραυματισμένου παιδιού.

Έτσι η ομάδα χωρίζεται σε δύο υποομάδες . Από τις δύο υποομάδες σχηματίζουμε ζευγάρια.

Τα μέλη που επέλεξαν το ρόλο του υποστηριζόμενου παιδιού καλούνται να μπουν στην κατάσταση που βρίσκεται ένα καινούργιο παιδί που έρχεται για φιλοξενία σε Μονάδα Παιδικής Προστασίας και εκείνα που επέλεξαν το ρόλο του αρωγού καλούνται να προετοιμαστούν να παίξουν το ρόλο της επαγγελματικής τους ιδιότητας.

Παρουσίαση των βασικών δεδομένων όταν έρχομαι ως νέο παιδί για φιλοξενία σε μια δομή Παιδικής Προστασίας:

- Έχω απομακρυνθεί από το οικογενειακό μου περιβάλλον
- Έχω υποστεί παραμέληση, κακοποίηση ή εγκαταλείφτηκα από τους γονείς μου

- Έχω περάσει αρκετές μέρες σε νοσοκομείο για να εξεταστώ για την υγεία μου βιώνοντας την αβεβαιότητα για το που θα πάω μετά
- Βρίσκομαι σε ένα νέο περιβάλλον όπου δε γνωρίζω κανένα
- Είμαι μόνη/ος μου, δεν έχω κοντά μου δικούς μου ανθρώπους, τους γονείς μου ή κάποιο συγγενικό μου πρόσωπο. Με υποδέχονται άνθρωποι που πρώτη φορά γνωρίζω, δεν ξέρω τις προθέσεις τους
- Ποια θα είναι η ζωή μου από εδώ και πέρα; Πώς θα μου φερθούν; Δε θέλω να μάθουν όλοι την ιστορία μου, ντρέπομαι... Γιατί με φέρανε εδώ; Θέλω να πάω σπίτι μου!

Ας φανταστούμε τον εαυτό μας στην παιδική ή εφηβική του ηλικία στη σημερινή εποχή και ας φτιάξουμε μια φανταστική ιστορία για το τι μας συνέβη και βρεθήκαμε σε ένα κέντρο παιδικής προστασίας (το σενάριο το χτίζουμε μόνοι μας, μιλώντας για το παιδί-εαυτό μας σε ενεστώτα χρόνο πχ. Είμαι 12 χρονών, στο σπίτι με τιμωρούνε συνέχεια γιατί....., κλπ.).

Τα ζευγάρια κάθονται αντικριστά και «συνομιλούν». Μιλούν «τα υποστηριζόμενα παιδιά» και δίνονται ενσυναισθητικές αποκρίσεις «των αρωγών». Η άσκηση επαναλαμβάνεται με εναλλαγή των ρόλων ώστε να περάσουν όλα τα μέλη και από τους δυο ρόλους.

**Επεξεργασία:** Ακολουθεί δημιουργικός διάλογος με τη γνώμη των μελών της ομάδας πάνω στο θέμα που δόθηκε με βάση τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Πώς αισθάνθηκα στη θέση του αρωγού και πως στη θέση του υποστηριζόμενου
- Πως διαχειρίστηκα τη θέση ισχύος και πως τη θέση αδυναμίας
- Πόσο εύκολο μου ήταν να μπω σε θέση υποστηριζόμενου
- Πως βίωσα το ρόλο μου ως αρωγού
- Μέσα από τη βίωση του ρόλου μου μπορώ να εντοπίσω τι ανάγκες, δημιουργούνται σε μένα;
- Μέσα από τη βίωση του ρόλου ως «υποστηριζόμενο παιδί» μπορώ να εντοπίσω ποιες είναι οι ανάγκες που έχει ;
- Ποιος θεωρείτε ότι θα ήταν ο καλύτερος τρόπος για να το διευκολύνουμε να ικανοποιηθεί η βασική του ανάγκη για ασφάλεια, αποδοχή και συναισθηματική κάλυψη στο νέο περιβάλλον;

- Ποιος θεωρείτε ότι θα ήταν ο καλύτερος τρόπος για να διευκολύνουμε να ικανοποιηθεί η δική μας βασική ανάγκη για ασφάλεια, αποδοχή και συναισθηματική κάλυψη στο επαγγελματικό μας περιβάλλον;  
(Πηγή: Δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα βασισμένο στη βιβλιογραφία για το τραύμα)

## **2<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα**

### **Σύνθεση κολάζ «Από την καταστροφή στην δημιουργία» (Διάρκεια 15΄)**

**Στόχοι:** α) Η βίωση της μετατροπής της καταστροφής (τραύματος) σε δημιουργία

β) Η κατανόηση και αποδοχή του θεραπευτικού ρόλου της σχέσης

εμπιστοσύνης για το μοίρασμα της εμπειρίας και την αλληλοϋποστήριξη

**Υλικά:** Χαρτί Α4, ξυλομπογιές, μαρκαδόροι, κόλλα

**Οδηγίες:** Η καταστροφή (τραύμα) είναι απόλυτο και καθημερινό φυσικό και κοινωνικό φαινόμενο. Δεν μπορούμε να την αποφύγουμε, αλλά μπορούμε να την διαχειριστούμε. Η καταστροφή δεν είναι το τέλος, αλλά η απαρχή μιας νέας δημιουργίας. Οι οδηγίες δίνονται σταδιακά.

1. Ατομικά, χρωματίζουμε ένα χαρτί Α4 με ότι χρώμα ή χρώματα επιλέξουμε.
2. Μόλις τελειώσουμε, σκίζουμε το χαρτί σε κομματάκια.  
Αυτό είναι συνήθως επώδυνο.
3. Πρέπει όμως να κρατήσουμε όλα τα κομμάτια.
4. Ανταλλάσσουμε τα κομματάκια μας με εκείνα των άλλων.
5. Τώρα με τα κομμάτια που έχουμε (δικά μας και των συναδέλφων) μπορούμε να φτιάξουμε πάνω σε νέα κόλλα χαρτί μια νέα σύνθεση – κολάζ, κολλώντας τα. Μπορούμε να επι-ζωγραφίσουμε (π.χ. με μαρκαδόρους), να κάνουμε τρεις διαστάσεις, γενικά είμαστε ελεύθεροι να δημιουργήσουμε μια σύνθεση όπως εμείς τη θέλουμε.
6. Οι συνθέσεις των μελών αναρτώνται σε εμφανές σημείο για κάποιο χρονικό διάστημα.

**Επεξεργασία:** Γίνεται επεξεργασία της εμπειρίας ξεκινώντας από τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Πως αισθάνθηκα κάνοντας την άσκηση;
- Ποια εργασία με ενδιέφερε πιο πολύ (η πρώτη ζωγραφιά ή η δεύτερη, το κολάζ) και γιατί;

(Πηγή: *Human Rights and Education Network 2007, Διαμεσολάβηση Συνομηλίκων για την Επίλυση των Συγκρούσεων στα Σχολεία, Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς και εκπαιδευτές νέων κι ενηλίκων, Λεμεσός 2007.*)

- **Θεωρητική αναφορά για το τραύμα και δημιουργικός διάλογος (Διάρκεια 25')**
  - Τι είναι το τραύμα
  - Ποιες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν ψυχικό τραυματισμό
  - Πως βλέπουμε τον ψυχικά τραυματισμένο άνθρωπο
  - Το θέμα της απώλειας στο τραύμα
  - Τραυματικά συμπτώματα και συμπεριφορές
  - Η νοηματοδότηση των τραυματικών συμπεριφορών
  - Το δευτερογενές τραυματικό στρες των επαγγελματιών αρωγών
  - Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής αλλαγής είναι η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού στον τραυματισμένο άνθρωπο
  - Η ενσυναίσθηση είναι το θεμέλιο της θεραπευτικής σχέσης

**Επεξεργασία:** Μετά τη θεωρητική αναφορά στο τραύμα δίνεται χώρος για δημιουργικό διάλογο της ομάδας πάνω σε ερωτήματα, προβληματισμούς, απόψεις. Σε αυτό το σημείο μπορεί να γίνει μιας μορφής επεξεργασία της θεωρητικής αναφοράς στην τραυματική εμπειρία μέσα από τη σύνδεση της με παραδείγματα από την επαγγελματικά βιωμένη εμπειρία των αρωγών με στόχο να βιωθεί η θεωρία μέσα από την εξέταση της βιωμένης πράξης.

Ως παρότρυνση για την κατάθεση και διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας θα μπορούσαν να λειτουργήσουν τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Τι αποτελεί πρόβλημα στην επαγγελματική μου ζωή ή/και γενικότερα από τη συνεχή επαφή με τραυματικές συμπεριφορές και πως το βιώνω;
- Έχω παρατηρήσει στον εαυτό μου έντονα συμπτώματα άγχους, κούρασης ή εξουθένωσης ή άλλα δυσφορικά συμπτώματα ως συνέπεια της επαφής μου με το τραύμα;
- Ποιους τρόπους αντιμετώπισης επιλέγω;
- Κάνω αρνητικές ή επικριτικές σκέψεις για τον εαυτό μου;
- Πόσο συχνά βάζω στις προτεραιότητές μου το να εξετάσω τι μου συμβαίνει στις περιπτώσεις που βιώνω έντονο άγχος;
- Είναι στις προτεραιότητές μου η φροντίδα του εαυτού μου;
- Ποια εμπόδια εντοπίζω ότι έχω ή με δυσκολεύουν για την αντιμετώπιση των τραυματικών συμπεριφορών;
- Ποιες είναι οι ανάγκες που αναγνωρίζω ότι έχω στο εργασιακό μου περιβάλλον;
- Ποιες είναι οι βοήθειες από τον εαυτό μου και από το εργασιακό περιβάλλον που θεωρώ ότι μου χρειάζονται με σκοπό να καλυφθούν οι ανάγκες μου;

❖ **Προετοιμασία για το κλείσιμο**



Τα μέλη της ομάδας ενημερώνονται από τη συντονίστρια ότι η δεύτερη συνάντηση βαίνει προς το τέλος της.

## **ΦΑΣΗ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ (Διάρκεια: 20')**

### **3<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα**

#### **Άσκηση ενδυναμωτικής φροντίδας και χαλάρωσης**

##### **«Σέβομαι την ανάγκη σου και σε υποστηρίζω»**

**Στόχοι:** α) Η επίτευξη επίγνωσης των αναγκών μας

β) Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των αρωγών

γ) Η ευαισθητοποίηση στο να δούμε ενσυναισθητικά ο ένας τον άλλο αρωγό με βάση τις ανάγκες του

**Οδηγίες:** Χωριζόμαστε σε ζευγάρια και καθόμαστε σε κοντινή απόσταση αντικριστά.

Ο ένας είναι ο υποστηρικτής και ο άλλος ο υποστηριζόμενος.

**1<sup>ο</sup> Στάδιο:** Ο υποστηρικτής προσκαλεί τον υποστηριζόμενο να μιλήσει πάνω στα ακόλουθα:

- Αυτή που βιώνω ως μεγαλύτερη μου ανάγκη στη δουλειά μου είναι...»

Καθόλη τη διάρκεια διατηρούμε συνεχόμενα τη βλεμματική μας επαφή.

Είμαστε όσο περισσότερο ανοιχτοί και δεκτικοί μπορούμε και εστιάζουμε ο ένας στον άλλο.

Ο υποστηρικτής χρειάζεται να παρατηρεί συνέχεια την αναπνοή του υποστηριζόμενου και γενικά με όλη του την παρουσία εστιάζει στον υποστηριζόμενο. Δεν είναι διανοητική εργασία, καλούμαστε να αισθανθούμε τον υποστηριζόμενο, να τιμήσουμε αυτά που εκφράζει με την προσοχή μας. Αυτό το καταφέρνουμε αν παρατηρούμε παράλληλα και τη δική μας αναπνοή και έχουμε επίγνωση πως μας επηρεάζουν αυτά που εκφράζει.

**2<sup>ο</sup> Στάδιο:** Ο υποστηρικτής καλεί τον υποστηριζόμενο να βρει μια θέση που αισθάνεται άνετα, καθιστός και να αναπνεύσει για 3' λεπτά «μέσα» στην ανάγκη που έχει εκφράσει. Οι αναπνοές γίνονται από τη μύτη ως εξής: εισπνοή σε 3 χρόνους (μετράμε νοερά 1,2,3) και εκπνοή σε διπλάσιο χρόνο (μετράμε νοερά 1,2,3,4,5,6). Ο υποστηρικτής κρατάει τον χρόνο και βρίσκεται συνεχώς δίπλα στον υποστηριζόμενο, επιτρέπει στον εαυτό του να είναι εκεί για εκείνον (χωρίς να

αισθάνεται ότι έχει την ευθύνη του\* την ευθύνη του υποστηριζόμενου την έχει ο ίδιος ο υποστηριζόμενος), διατηρεί συνεχώς τη βλεμματική επαφή με τον υποστηριζόμενο μέχρι να ολοκληρωθεί η άσκηση.

Η άσκηση συνεχίζεται με αλλαγή ρόλων μέχρι να περάσουν όλοι και από τους δυο ρόλους υποστηρικτή και υποστηριζόμενου.

*(Πηγή: Δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα, επηρεασμένη από τη μέθοδο Breathwork για την επίτευξη επίγνωσης μέσω της συνειδητής, συνδεδεμένης κυκλικής αναπνοής)*

**Επεξεργασία:** Τα μέλη της ομάδας επιστρέφουν και κάθονται στον κύκλο. Καλούνται από τη συντονίστρια να τηρήσουν μια μικρής διάρκειας σιωπή, να επανέλθουν ομαλά στο εδώ και τώρα και να επανενταχθούν με τη δυναμική του εαυτού τους στη δυναμική της ομάδας. Ακολουθεί το μοίρασμα του πως βίωσαν την άσκηση, πως αισθάνθηκαν ως υποστηρικτές και υποστηριζόμενοι.

Στο τέλος της επεξεργασίας η ομάδα σχηματίζει όρθια κύκλο και τα μέλη μοιράζονται το συναίσθημα της παρούσας στιγμής. Με μια βαθιά αναπνοή χαλάρωσης που παίρνουν όλοι μαζί σηματοδοτείται το κλείσιμο της 2<sup>ης</sup> συνάντησης.

❖ Εδώ ολοκληρώθηκε η δεύτερη συνάντησή μας.

- Στο τέλος κάθε συνάντησης ακούγεται ένα μουσικό θέμα ως μουσική επένδυση για την ομαλότερη μετάβαση στην ενέργεια της αποχώρησης.

Μουσικό θέμα λήξης 2<sup>ης</sup> Συνάντησης:

Stavros Lantsias-Waltz Of The Eyes

<https://www.youtube.com/watch?v=Y5NfOd1OPZ4>

**3<sup>η</sup> Συνάντηση** «- Είναι αρκετό για μένα να είμαι ο εαυτός μου.

- Είναι αρκετό για μένα να είσαι ο εαυτός σου.»

**Θεματική ενότητα:**

**ΕΚΦΡΑΣΗ ΓΝΗΣΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΦΥΛΑΚΤΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ**

**Βασικός στόχος:** Η ευαισθητοποίηση στη θεμελιώδη σημασία και

προστατευτική αξία που έχει η γνήσια επικοινωνία των

συναισθημάτων μας και η ανεπιφύλακτη αποδοχή του εαυτού και

των άλλων στην ανάπτυξη μιας ενσυναισθητικής σχέσης

εμπιστοσύνης και σεβασμού

**Επιμέρους στόχοι:** 1. Η καλλιέργεια του αισθήματος ασφάλειας και ανεπιφύλακτης αποδοχής των μελών στο πλαίσιο της ομάδας ώστε να ενθαρρυνθούν να εκφράζονται με γνήσιο τρόπο, να είναι ο αληθινός τους εαυτός

2. Η παροχή της γνώσης, λεκτικά και βιωματικά σχετικά με τη θεμελιώδη σημασία και αξία που έχει η ειλικρινής σχέση με τον εαυτό και η γνήσια επικοινωνία των συναισθημάτων τόσο για τη διασφάλιση της προσωπικής ψυχικής υγείας και τη μείωση του στρες όσο και για την αποτελεσματικότητα του υποστηρικτικού μας έργου ως φροντιστών παιδιών/εφήβων στην ανάκαμψη τους από το ψυχικό τραύμα.

- ❖ **Σημείωση:** Σε κάθε νέα συνάντηση τα μέλη αλλάζουν τις θέσεις τους στον κύκλο ώστε να βρίσκονται κάθε φορά με έναν άλλο μέλος της ομάδας δίπλα τους με στόχο την εξοικείωση με τη συνύπαρξη όλων των μελών της ομάδας.
- ❖ Ακούγεται το μουσικό θέμα έναρξης κάθε συνάντησης:

**Dmitri Shostakovich - Waltz No.2 ( One hour version )**  
[https://www.youtube.com/watch?v=LPG\\_WUgHbis](https://www.youtube.com/watch?v=LPG_WUgHbis)

### **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΦΑΣΗ (Διάρκεια 20΄)**

- ❖ Στο ξεκίνημα της συνάντησης δίνεται χώρος και χρόνος για να εκφραστούν ελεύθερα τα μέλη της ομάδας είτε σε σύνδεση με όσα διαδραματίστηκαν στην 2<sup>η</sup> συνάντηση είτε για κάποιο θέμα που τους απασχολεί ή επιθυμούν να συζητήσουν.
- ❖ **«Εστίαση στο εδώ και τώρα»:** Η συντονίστρια για να επικεντρωθεί η ομάδα στο εδώ και τώρα, προσκαλεί τα μέλη να σχηματίσουν όρθιοι κύκλο, να εστιάσουν την προσοχή στην αναπνοή τους, να αισθανθούν ο ένας την ενέργεια του άλλου στη συνύπαρξή τους στον κύκλο της ομάδας, να αναγνωρίσουν πως αισθάνονται, να το μοιραστούν και να προχωρήσουν.
- ❖ Στην 3<sup>η</sup> μας συνάντησή θα επικεντρωθούμε στη φροντίδα του κύριου «εργαλείου» με το οποίο εργαζόμαστε: του εαυτού και της προσωπικότητάς

μας. Για την ομαλή έναρξη της θεματικής ενότητας η συντονίστρια προσκαλεί τα μέλη σε μια άσκηση αυτοσυγκέντρωσης και αυτοφροντίδας.

### **1<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 10΄)**

**«Η αναπνοή και το σώμα μου»**

**Στόχοι: α)Επικέντρωση στον εαυτό**

**β)Εξάσκηση της ικανότητας για εστίαση της προσοχής**

**γ)Αναγνώριση συναισθημάτων**

**Οδηγίες:** Η αναπνοή μας είναι το θεμελιακό στοιχείο που συνδέει τη δική μας μοναδική ύπαρξη με το περιβάλλον και τη ζωή.

Η πρώτη πράξη που καλείται να κάνει το μωρό όταν γεννιέται για να συνδεθεί με τον κόσμο στον οποίο ήρθε είναι να αναπνεύσει.

Η τελευταία πράξη που θα πραγματοποιήσει ένας άνθρωπος πριν πεθάνει είναι η παύση της αναπνοής του.

Στο ρυθμό της αναπνοής μας καταγράφεται κάθε αλλαγή και διακύμανση της ψυχικής αλλά και οργανικής μας ισορροπίας (όταν είμαστε αναστατωμένοι, θυμωμένοι, κλπ αλλά και όταν έχουμε πυρετό ή πονάμε σωματικά αυτό καταγράφεται στην αναπνοή μας). Το να διατηρούμε και να έχουμε συνεχή αντίληψη/επίγνωση της αναπνοής μας, ιδιαίτερα σε καταστάσεις κρίσεων, μας βοηθάει να συνδεόμαστε με τον εαυτό, να επανερχόμαστε στο «κέντρο» μας, σε αυτό που είμαστε πραγματικά, μας δίνει χρόνο και ηρεμία να κατανοούμε τι μας συμβαίνει, να καλλιεργούμε την αυτοεπίγνωση, να μην παρασυρόμαστε από έντονα παρορμητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις των άλλων ανθρώπων, να παραμένουμε ψύχραιμοι, να παραμένουμε ο εαυτός μας, ακόμη και σε αντίξοες συνθήκες.

Σχηματίζουμε όρθιοι κύκλο και παραμένουμε για λίγο σιωπηλοί με τα μάτια κλειστά, ο ένας δίπλα στον άλλο, χωρίς να πιανόμαστε, νιώθοντας την ενέργεια της παρουσίας του διπλανού μας αλλά εστιάζοντας την προσοχή μας σε εμάς, σε μια αρμονική συνύπαρξη.

Εστιάζω στο ρυθμό της αναπνοής μου χωρίς να προσπαθώ να την αλλάξω.

Μένω κοντά της, την συντροφεύω με την προσοχή μου.

Παρατηρώ την πορεία της αναπνοής μου από τη στιγμή που εισέρχεται ο αέρας από τη μύτη μου, την νιώθω στους πνεύμονές μου, ακολουθώ τον αέρα που κατεβαίνει στην κοιλιά μου, τον αισθάνομαι που διαπερνά το σώμα μου.

Ανεβαίνει πάλι στους πνεύμονες, περνά από το λαιμό μου βγαίνει από τη μύτη.

Αιχνεύω το σώμα μου, από το κεφάλι μέχρι τα δάχτυλα των ποδιών μου.

Πως νιώθω αυτή τη στιγμή το σώμα μου;

Αισθάνομαι κάποια πίεση, πόνο ή άλλη δυσφορική αίσθηση σε κάποιο σημείο; Αν αισθάνομαι, εστιάζω όλη την προσοχή μου σε αυτό το σημείο με μια αίσθηση αυτοφροντίδας. Στέλνω όλη μου τη φροντίδα στο πονεμένο μέλος με αγάπη. Δεν προσπαθώ να αλλάξω τίποτε από αυτό που νιώθω, μόνο μένω κοντά του, είναι δικό μου, το παρατηρώ με σεβασμό στο σώμα μου, το υποστηρίζω και το αποδέχομαι.

Ξαναγυρνάω την προσοχή στην αναπνοή μου, μένω και παρατηρώ το ρυθμό της για λίγο ακόμη. Ανοίγω σιγά-σιγά τα μάτια μου και επανέρχομαι με όποιο τρόπο μου ζητήσει το σώμα μου.

(Πηγή: Ζ. Αρχοντάκη-Δ. Φιλίππου 2003, 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων, Εκδόσεις Καστανιώτη)

#### **Επεξεργασία:**

- Ποιος θα ήθελε να μοιραστεί πως ένιωσε;
- Τι συναισθήματα αναδύθηκαν; Μπορούμε να τα αναγνωρίσουμε;
- Πως βιώσαμε το σώμα μας;

Δίνουμε χώρο να μιλήσει το κάθε μέλος για τον εαυτό του με τον τρόπο που επιθυμεί. Στη συνέχεια η ομάδα επιστρέφει στις θέσεις της.

#### **ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (Διάρκεια 90')**

- ❖ **Θεωρητική αναφορά ppt (Διάρκεια 5')** Σε αυτό το σημείο γίνεται μια θεωρητική αναφορά για τη γνησιότητα και την ανεπιφύλακτη θετική αποδοχή και τη σημασία που έχουν για τη διατήρηση της ψυχοσυναισθηματικής μας υγείας, για την προώθηση της δημιουργικής θεραπευτικής αλλαγής ενός ανθρώπου και γενικότερα για την προώθηση της ανάπτυξης κάθε διαπροσωπικής σχέσης. Ως βοηθητικό παράδειγμα κατανόησης της ανεπιφύλακτης θετικής αποδοχής χρησιμοποιείται η σχέση γονέα – παιδιού. Μια σχέση που προσομοιάζει με τη σχέση φροντιστή – παιδιού.

**Επεξεργασία:** Δίνεται χώρος και χρόνος για ερωτήσεις, διευκρινήσεις, γνώμες ή κατάθεση βιωμάτων των μελών της ομάδας.

**2<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα: «Θέλω να σου πω εκείνα που εκτιμώ σε σένα»**

**(Διάρκεια 20´)**

**Στόχοι: α) Ευαισθητοποίηση στην ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση**

**β) Ανταλλαγή θετικής ανατροφοδότησης. Βίωση όσων εκτιμούν οι άλλοι σε μας και εκτίμηση του βαθμού αποδοχής που εκφράζουν οι άλλοι στο πρόσωπό μας.**

**Οδηγίες:** Τα μέλη της ομάδας κάθονται στις θέσεις τους στον κύκλο.

**Θέμα:** «- Ποια είναι εκείνα που εκτιμώ στον/στην....»

Στην άσκηση αυτή μαθαίνουμε να εκδηλώνουμε λεκτικά τα στοιχεία που εκτιμούμε στους άλλους. Βιώνουμε πως αισθανόμαστε όταν εκφράζουμε με άμεσο και ειλικρινή τρόπο την εκτίμησή μας σε κάποιο πρόσωπο αλλά και όταν την δεχόμαστε. Εκφραζόμαστε περιεκτικά με λόγια που πραγματικά εννοούμε και όχι άσκοπες φιλοφρονήσεις ή κολακειές. Εντοπίζουμε δύο ή τρία πράγματα που μας αρέσουν πραγματικά σε ένα πρόσωπο. Κοιτάζουμε στα μάτια τον άνθρωπο που αναφερόμαστε και του μιλάμε σε πρώτο πρόσωπο εκφράζοντας με σαφήνεια τα χαρακτηριστικά του που εκτιμούμε. Ξεκινάμε με τη σειρά να εκφραζόμαστε όλοι για ένα μέλος της ομάδας . Στη συνέχεια η άσκηση συνεχίζεται με τον ίδιο ρυθμό μέχρι να δεχτούν όλοι θετική ανατροφοδότηση από όλα τα μέλη της ομάδας.

*(Πηγή: στο Α. Μπρούζος 2004, Προσωποκεντρική Συμβουλευτική, Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές, Εκδόσεις «τυπωθήτω»)*

**Επεξεργασία:** Βασισμένη πάνω στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Πως βίωσα την άσκηση αυτή;
- Πότε ένιωσα άνετα και πότε κάπως αμήχανα;
- Πόσο εύκολο μου ήταν να πω στον άλλο τι εκτιμώ σε αυτόν;
- Μπορώ να το απολαύσω όταν οι άλλοι μου λένε τι εκτιμούν σε μένα;
- Ποιες σωματικές μου αντιδράσεις μπόρεσα να αντιληφθώ κατά τη διάρκεια της άσκησης;
- Τι εκτιμούν οι άλλοι σε μένα ιδιαίτερα;
- Γνωρίζω τι εκτιμούν/εκτιμούσαν οι γονείς μου σε μένα;
- Τι εκτιμώ εγώ πιο πολύ στον ίδιο τον εαυτό μου;
- Με ποιο τρόπο μπορώ να προσφέρω στον εαυτό μου περισσότερη αναγνώριση;

❖ **Σταδιακή εισαγωγή στο επαγγελματικό πλαίσιο του «εμείς ως αρωγοί» σε βιωματική αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας για να ενθαρρυνθεί δημιουργικός διάλογος (Διάρκεια 15')**

**Α' τμήμα εισαγωγής:** Η καθεμιά/ ο καθένας από μας έχει φτάσει στο χρόνο και τον τόπο της επαγγελματικής του ιδιότητας ως αρωγού στο χώρο της φροντίδας για την παιδική προστασία από έναν δικό του προσωπικό δρόμο, διαφορετικό ή κοινό με άλλους που καθορίστηκε από πολλούς παράγοντες, της προσωπικής ανάγκης και επιθυμίας αλλά και από εξωτερικές αντικειμενικές δυσκολίες του κοινωνικού μας πλαισίου. Μέσα σε αυτή την προσωπική μας πορεία στο χρόνο, στην κοινωνία και στον πολιτισμό που μεγαλώσαμε και συνεχίζουμε να δρούμε, βασισμένοι στη γνώση που αποκτήσαμε και στις εμπειρίες μας, επιλέξαμε τις προσωπικές μας αρχές και αξίες που διέπουν τη ζωή μας.

Η καθεμιά/ ο καθένας από μας αποτελεί μια μονάδα του κόσμου που ζούμε και ταυτόχρονα είναι ένας κόσμος ολόκληρος, μοναδικός για τη σύνθεση των χαρακτηριστικών, των ιδιοτήτων και ποιοτήτων του, των αναγκών και των εσωτερικών του δυνάμεων. Σε αυτή την ομάδα δε θα κριθούμε δε θα αξιολογηθούμε, μπορούμε να είμαστε ο εαυτός μας, όπως εμείς θέλουμε, «φέρνοντας» ο ένας στον άλλο την ανεπανάληπτη μοναδικότητά μας, πλουτίζοντας ο ένας τον άλλο με τα βιώματα, τα συναισθήματα και τις δυνατότητες μας, με τον μοναδικό τρόπο ύπαρξης που ο καθένας μας εκφράζει.

- **Βιωματική αλληλεπίδραση:** Στο σημείο αυτό η συντονίστρια κάνει παύση και καλεί τα μέλη της ομάδας σε συνθήκη σιωπής να κάνουν μια νοερή αναδρομή (σαν ταινία) της πορείας τους μέχρι το εδώ και τώρα της επαγγελματικής τους ζωής με την παρότρυνση:

**Θέμα:** -Ας αναλογιστούμε για λίγο νοερά το πώς φτάσαμε ως εδώ

**Στόχος:** Η επίγνωση της προσωπικής ιστορίας

**Οδηγίες:** Κλείνω τα μάτια μου, εστιάζω στην αναπνοή μου, εστιάζω στον εαυτό μου και ανασύρω από τη μνήμη μου την πορεία της επαγγελματικής μου ζωής σαν ταινία. Πραγματοποιώ την προσωπική αναδρομή μου σα να μην υπάρχει κανείς άλλος στο χώρο, σε απόλυτη σύνδεση με εμένα. Οι στιγμές αυτές είναι δικές μου, δε θα τις μοιραστώ, δε έχω αγωνία για το αν θα με ρωτήσουν τι θα πω.

- Αν κάποια μέλη της ομάδας θελήσουν να μοιραστούν βιώματά τους δίνεται χώρος και χρόνος

**Β' τμήμα εισαγωγής:** Αναγνωρίζουμε τον εαυτό μας ως τον επαγγελματία αρωγό σε ένα από τα πιο απαιτητικά επαγγέλματα προσφοράς, εκείνου του φροντιστή παιδιών/εφήβων με τραύμα στο χώρο της παιδικής προστασίας. Σ' ένα επάγγελμα που ως αρωγοί χρησιμοποιούμε ως κύριο εργαλείο στην εργασία μας την προσωπικότητά μας. Γιαυτό και είναι πολύ σημαντικό να φροντίζουμε καθημερινά αυτό το «εργαλείο», τον εαυτό μας, για να μπορούμε να διατηρούμε την ακεραιότητά μας, να είμαστε σε θέση να προσφέρουμε. Μέσα από την καθημερινή μας επαφή με το ψυχικό τραύμα, ιδιαίτερα παιδιών, ουσιαστικά ερχόμαστε σε μια συνεχόμενη επαφή με την ασχήμια του κόσμου που ζούμε. Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες, αυτό ενδεχόμενα μπορεί να μας δημιουργήσει δευτερογενές τραυματικό στρες, αισθήματα απώλειας ελέγχου, αισθήματα αναξιοσύνης, ανασφάλειας, έλλειψης αυτό-αποτελεσματικότητας, στιγματισμού, να πυροδοτήσει ενδεχόμενα άλτα δικά μας ψυχικά τραύματα (η βίωση τραύματος σε κάθε γενιά είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης εμπειρίας καθώς «η ιστορία γράφεται με αίμα») ή να μας κάνει να βιώσουμε «επαγγελματική εξουθένωση» ή μια αίσθηση «κόπωσης συμπόνιας», όπως χαρακτηρίζεται στη βιβλιογραφία, από τη συνειδητή ή ασυνείδητη, μακροχρόνια βίωση συναισθηματικού πόνου.

Η θετική πλευρά στην εργασία μας **είναι πως**, εκτός από τη βαθιά ικανοποίηση που βιώνουμε σε κάθε θετική αλλαγή ζωής των παιδιών με τραύμα στην οποία έχουμε συμβάλει και εμείς, για εμάς ως αρωγούς σε ένα απαιτητικό επάγγελμα προσφοράς **αποτελεί επιτακτική ανάγκη ζωτικής σημασίας** το να βάζουμε ως προτεραιότητα του επαγγελματικού μας ρόλου τη μέριμνα για την καθημερινή ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση και φροντίδα του εαυτού μας. Δηλαδή, η φροντίδα που κάθε άνθρωπος οφείλει να προσφέρει στον εαυτό του, για εμάς είναι επιτακτική ανάγκη καθώς, μέσα από τη φύση της εργασίας μας, εκθέτουμε καθημερινά τον εαυτό μας στο συναισθηματικό πόνο των άλλων.

Γιαυτό είναι σημαντικό να έχουμε για οδηγό μια προσωπική πυξίδα επίγνωσης των δικών μας αξιών, αναγκών και συναισθημάτων, των προσωπικών μας, ως τώρα, επιτευγμάτων, των δικών μας αδυναμιών αλλά και των δοκιμασμένων δυνατοτήτων και ικανοτήτων που έχουμε διαθέσιμες στο παρόν για να διευκολυνθούμε να συνεχίσουμε μια αξιόπιστη πορεία στο χρόνο που θα μας διασφαλίζει την αβίαστη



ροή στην καθημερινή μας ζωή, καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη των, επαγγελματικών και μη, στόχων μας.

Η γνησιότητα στη συμπεριφορά μας (το να επιτρέπουμε δηλαδή στον εαυτό μας να εκφραστεί ελεύθερος και βαθιά ειλικρινής ως προς τις ανάγκες του και η ανεπιφύλακτη αυτοαποδοχή μας αποτελούν ευεργετικές πράξεις για την ενδυνάμωση του εαυτού μας. Και χρειαζόμαστε έναν ενδυναμωμένο, με τη δυναμική της θετικής αλλαγής, εαυτό γιατί σε όσα αντιμετωπίζουμε, τον εαυτό μας έχουμε πρώτο σύντροφο και συνοδοιπόρο στις καλές και στις κακές στιγμές, στις επιτυχίες και στις αποτυχίες, στους μικρούς εκπληρωμένους στόχους αλλά και στους πιο μεγάλους. Εκείνο που μας κάνει ξεχωριστούς κάθε στιγμή και αποτελεί πράξη τιμής και αγάπης προς τον εαυτό μας είναι το να ζούμε καθημερινά γνήσια, χωρίς πρόσθετα κοινωνικά ή επαγγελματικά προσωπεία σύμφωνα με τις δικές μας αξίες. Αρκεί να σκεφτούμε ότι κάθε στιγμή στη ζωή μας μπορεί να σηματοδοτήσει μια καλύτερη συνέχεια με μεγαλύτερη πίστη στον εαυτό μας, προθυμότερη αποδοχή των αδυναμιών και βαθύτερη προσήλωση στους στόχους μας.

**Επεξεργασία:** Αν κάποια μέλη της ομάδας θελήσουν να μοιραστούν βιώματά τους δίνεται χώρος και χρόνος.

### **3<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 25')**

**«Η προσωπική μου πυξίδα»**

**Στόχοι:** α) Η επίγνωση των προσωπικών δυνάμεων και αδυναμιών

β) Η προσφορά ενδυναμωτικής φροντίδας στον εαυτό

γ) Η σύνδεση με τον εαυτό και η έκφραση ανεπιφύλακτης θετικής αναγνώρισης του

**Υλικά:** Χαρτί Α4, στυλό

**Θέμα:** Διάλογος με τον εαυτό μου

**Οδηγίες:** Ανοίγουμε έναν δημιουργικό διάλογο με τον εαυτό μας.

1. Ποια είναι **τα χαρακτηριστικά μου στοιχεία** για τα οποία εκτιμώ και αποδέχομαι βαθιά τον εαυτό μου;
2. α) Ποιες είναι **οι σημαντικότερες αξίες** που πιστεύω στη ζωή μου;  
β) Τις τηρώ στην καθημερινότητά μου;  
γ) Ποιες είναι οι περιπτώσεις που δυσκολεύομαι να ενεργήσω με βάση τις αξίες μου;

3. α) Ποια είναι **τα δυνατά μου σημεία** τα πιο σημαντικά για μένα;  
 Δηλαδή, σε τι είμαι καλύτερη/-ος στη ζωή μου;  
 β) Πως αισθάνομαι για το καθένα από αυτά;
4. Πως αισθάνομαι για όσα έχω πετύχει μέχρι τώρα;
5. Πως αισθάνομαι για τη ζωή που έχω τώρα;
6. Ποιες είναι **οι τωρινές μου ανάγκες** που επιλέγω να ασχοληθώ για να τις ικανοποιήσω;
7. α) Ποια **συναίσθημα** έχω **τόρα για τον εαυτό μου** σε σχέση με τις ανάγκες μου;  
 β) Με θεωρώ αρκετά ικανή/-ό; Ποιες εκτιμώ ότι είναι οι δυσκολίες μου;  
 γ) Πιστεύω στη δυνατότητα μου να ικανοποιήσω τις ανάγκες μου;
8. Αναγνωρίζω **τα προσωπικά μου όρια**; Δηλαδή, όταν δυσκολεύομαι ζητάω βοήθεια ή παρόλη τη δυσκολία προτιμώ να κάνω όλα μόνη/-ος μου;
9. α) Ποιος είναι **ο τρόπος που** συνήθως **φέρομαι στον εαυτό μου**:  
 με αυστηρότητα ή με τρυφερότητα;  
 β) Όταν κάνω λάθος κατηγορώ τον εαυτό μου ή του αναγνωρίζω το δικαίωμα στο λάθος και την αποτυχία ως μέρος της ζωής και τον συγχωρώ;
10. Απευθύνομαι **στον εαυτό μου** με το όνομα μου, σε β' πρόσωπο και του **προσφέρω μια πρόταση αγάπης και τρυφερότητας**. Τι θα του έλεγα;

Δίνεται έντυπο της άσκησης για συμπλήρωση και καθένας μας, χωριστά, γράφουμε με λίγες λέξεις .

Καλούμαστε να είμαστε όσο πιο διάφανοι μπορούμε με τον εαυτό μας.

Αυτές οι λέξεις που θα γράψουμε δίπλα στην κάθε ερώτηση αφορούν μόνο εμάς.

Είμαστε ελεύθεροι να μοιραστούμε με την ομάδα ότι εμείς θέλουμε.

Η ομάδα αυτή σέβεται το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του κάθε μέλους της.

(Πηγή: Δραστηριότητα που δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα, βασισμένη στη βιβλιογραφία και με επιρροές ασκήσεων της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής από το: *A. Μπούζος 2004, Προσωποκεντρική Συμβουλευτική, Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές, Εκδόσεις «τυπωθήτω»* )

**Επεξεργασία:** Τα μέλη της ομάδας κάθονται στις θέσεις τους στον κύκλο και διερευνούν με βάση τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Πως βίωσα την άσκηση αυτή;

- Πόσο εύκολο μου ήταν να δείξω φροντίδα και αναγνώριση στον εαυτό μου;
- Πόσο συχνά το κάνω και σε ποιες περιπτώσεις στην καθημερινή μου ζωή;
- Πως μπορώ να δείχνω και στο μέλλον περισσότερη φροντίδα, αναγνώριση και αγάπη στον εαυτό μου;
- Ποιος θα ήθελε να μοιραστεί την πρόταση αγάπης και τρυφερότητας προς τον εαυτό του;
- Συναναστρέφομαι στη ζωή μου ανθρώπους που εκδηλώνουν αγάπη για τον εαυτό τους;

❖ **Θεωρητική αναφορά ppt: Η επαφή με το ψυχικά τραυματισμένο παιδί (Διάρκεια 5')**

- Οι στόχοι μας ως αρωγοί ψυχικά τραυματισμένων παιδιών/εφήβων
- Πως θα καταφέρουμε να είμαστε αποτελεσματικοί στο έργο μας χωρίς να ταυτιστούμε συναισθηματικά, χωρίς να «χαθούμε» στην απύθμενη ιστορία του ψυχικού τραύματος
  - α) Η ψυχοσυναισθηματική φροντίδα του εαυτού μας και η διατήρηση της επίγνωσης για το τι μας συμβαίνει κάθε στιγμή είναι επιτακτικής σημασίας για το επάγγελμά μας
  - β) Το αίσθημα της αυτεπάρκειας και της ικανοποίησης από την εργασία μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την εφαρμογή των τριών θεραπευτικών βασικών συνθηκών της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής: της γνησιότητας, της ανεπιφύλακτης θετικής αποδοχής και της ενσυναίσθησης, ως ποιότητες-στάσεις ζωής στην επικοινωνία μας τόσο με το τραυματισμένο παιδί/έφηβο όσο και στη μεταξύ μας επικοινωνία ως σύνολο
- Προώθηση στην πράξη της έννοιας της «σημαντικής μάθησης»

**1<sup>ο</sup> Ερέθισμα**

**Μια προσωπική μαρτυρία (Διάρκεια 20')**

**«Για να κάνω τη διαφορά στη ζωή ενός παιδιού, έπρεπε να γίνω διάφανη. Έτσι, δεσμεύτηκα να πω την προσωπική μου ιστορία.»**

Ένα παράδειγμα έκφρασης γνησιότητας και ανεπιφύλακτης αποδοχής του εαυτού

**Στόχοι:** α) Η ανάδειξη της θεραπευτικής επίδρασης της γνησιότητας και της ενσυναίσθησης στον ψυχικό τραυματισμό

<https://enallaktikidrasi.com/2020/09/pws-mporoun-daskaloi-voithisoun-paidia-diaxeiristoun-trauma/>

(Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο)

**Επεξεργασία:** Η προσωπική μαρτυρία λειτουργεί ως ερέθισμα για την ανάπτυξη ενός δημιουργικού διαλόγου

#### ❖ Προετοιμασία για το κλείσιμο

Τα μέλη της ομάδας ενημερώνονται από τη συντονίστρια ότι η τρίτη συνάντηση βαίνει προς το τέλος της.

#### **ΦΑΣΗ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ (Διάρκεια 10΄)**

#### **Άσκηση χαλάρωσης (Διάρκεια 10΄)**

«Παίρνω – δίνω ενέργεια»

**Στόχος:** Η επίτευξη αίσθησης χαλάρωσης και το ενδυναμωτικό δέσιμο της ομάδας

**Οδηγίες:** Η ομάδα σχηματίζει όρθια κύκλο. Λυγίζουμε ελαφρά τα γόνατα και πατάμε καλά τα πέλματα στο έδαφος. Χαλαρώνουμε τη λεκάνη και τους ώμους. Πιάνουμε τα χέρια των διπλανών μας με την αριστερή παλάμη καθενός να είναι στραμμένη προς τα πάνω και τη δεξιά στραμμένη προς τα κάτω. Κλείνουμε τα μάτια. Νιώθουμε την ενέργεια που παίρνουμε από αριστερά μας και τη δίνουμε δεξιά μας, την ενέργεια που κινείται ανάμεσά μας. Εστιάζουμε στην αναπνοή μας και αισθανόμαστε με όλες μας τις αισθήσεις τη φυσική παρουσία της ομάδας.

Στη συνέχεια σταδιακά επιστρέφουμε στην όρθια θέση, ανοίγουμε τα μάτια και επανερχόμαστε στο παρόν.

(Πηγή: Ζ. Αρχοντάκη-Δ. Φιλίππου 2003, 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων, Εκδόσεις Καστανιώτη)

❖ Εδώ ολοκληρώθηκε η τρίτη συνάντησή μας.

- Στο τέλος κάθε συνάντησης ακούγεται ένα μουσικό θέμα ως μουσική επένδυση για την ομαλότερη μετάβαση στην ενέργεια της αποχώρησης.

Μουσικό θέμα λήξης 3<sup>η</sup> Συνάντησης:

Eleni Karaindrou - To Vals Tou Gamou

[https://www.youtube.com/watch?v=\\_rcs1OC2Sus](https://www.youtube.com/watch?v=_rcs1OC2Sus)

#### **4<sup>η</sup> Συνάντηση** «Κοίτα με τα μάτια μου»

**Θεματική ενότητα: ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ**

***ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ***

***ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ***

**Βασικός στόχος:** Εξοικείωση με την ενεργητική ακρόαση και την ενσυναισθητική απόκριση

**Επιμέρους στόχοι:** 1. Η ανάπτυξη ενσυναισθητικής κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας  
2. Ευαισθητοποίηση στην μη λεκτική επικοινωνία

❖ **Σημείωση:** Σε κάθε νέα συνάντηση τα μέλη αλλάζουν τις θέσεις τους στον κύκλο ώστε να βρίσκονται κάθε φορά με έναν άλλο μέλος της ομάδας δίπλα τους με στόχο την εξοικείωση με τη συνύπαρξη όλων των μελών της ομάδας.

❖ Ακούγεται το μουσικό θέμα έναρξης κάθε συνάντησης:

**Dmitri Shostakovich - Waltz No.2 ( One hour version )**

[https://www.youtube.com/watch?v=LPG\\_WUgHbis](https://www.youtube.com/watch?v=LPG_WUgHbis)

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΦΑΣΗ (Διάρκεια 20´)**

❖ Στο ξεκίνημα της συνάντησης δίνεται χώρος και χρόνος για να εκφραστούν ελεύθερα τα μέλη της ομάδας είτε σε σύνδεση με όσα διαδραματίστηκαν στην 3<sup>η</sup> συνάντηση είτε για κάποιο θέμα που τους απασχολεί ή επιθυμούν να συζητήσουν.

❖ **«Εστίαση στο εδώ και τώρα»:** Η συντονίστρια για να επικεντρωθεί η ομάδα στο εδώ και τώρα, προσκαλεί τα μέλη να σχηματίσουν όρθιοι κύκλο, να εστιάσουν την προσοχή στην αναπνοή τους, να αισθανθούν ο ένας την ενέργεια του άλλου στη συνύπαρξή τους στον κύκλο της ομάδας, να αναγνωρίσουν πως αισθάνονται, να το μοιραστούν και να προχωρήσουν.

#### **1<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 10´)**

**«Ενδυναμώνω τους εσωτερικούς μου πόρους»**

**Στόχος:** Η επίγνωση του βαθμού ενσυναίσθησης προς τον εαυτό

### **Υλικά: A4 και στυλό**

**Οδηγίες:** Η αληθινή ενσυναίσθηση στην καθημερινή ζωή είναι ένας δρόμος δύσκολος, συνεχής και με σκαμπανεβάσματα, είναι προορισμός και όχι δεδομένη κατάσταση. Είναι ένας δρόμος που επιτυγχάνεται σταδιακά μέσα από την διαρκή αναμέτρηση και κατανόηση του ίδιου του εαυτού μας. Η ενσυναίσθηση προς τους άλλους πηγάζει πρώτα από την καλλιέργεια της ικανότητας να ακούμε, να αφουγκραζόμαστε και να αποδεχόμαστε τον ίδιο μας τον εαυτό, όχι ως τελειότητα αλλά ως όντα με ανεπάρκειες και προτερήματα.

Η άσκηση δίνεται στάδιο –στάδιο, δηλαδή αφού ολοκληρωθεί αυτό που πρέπει να γίνει στο 1<sup>ο</sup> στάδιο ανακοινώνεται αυτό που θα γίνει στο 2<sup>ο</sup> στάδιο.

**1<sup>ο</sup> Στάδιο:** Γράφω σε ένα χαρτί κάτι που με δυσκολεύει πολύ αυτό τον καιρό.

Γράφω πως με κάνει να νιώθω.

Γράφω τι λέω στον εαυτό μου για αυτή μου τη δυσκολία.

Γράφω πως του συμπεριφέρομαι.

**2<sup>ο</sup> Στάδιο:** Έρχεται ένας/μια φίλος/η μου, αναφέρει ότι έχει το ίδιο πρόβλημα και ζητάει τη γνώμη και τη βοήθειά μου.

Γράφω τι του λέω για αυτή του, την ίδια με τη δική μου, δυσκολία.

Γράφω πως του συμπεριφέρομαι.

**Επεξεργασία:** Το μοίρασμα των προσωπικών εμπειριών είναι προαιρετικό. Βοηθητικές ερωτήσεις για την επεξεργασία της άσκησης, χωρίς να αναφέρεται το περιεχόμενο είναι:

- Διαπιστώνω διαφορά ανάμεσα στη συμπεριφορά που είχα προς τον εαυτό μου και σε εκείνη που είχα προς τον/την φίλο/η μου;
- Θα ήθελε κάποιος να μοιραστεί πως αισθάνθηκε αυτή την άσκηση;

(Πηγή: Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο:

Jamil Zaki 2021, *We humans, Five exercises to help you build more empathy*, <https://ideas.ted.com/5-exercises-to-help-you-build-more-empathy/>)

### **ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (Διάρκεια 80´)**

#### **2<sup>η</sup> βιοματική δραστηριότητα (Διάρκεια 40´)**

**Αναπαραστάσεις σεναρίων ενσυναισθητικής απόκρισης και κατανόησης με ενεργητική ακρόαση**

**Στόχος: Η βιωματική κατανόηση της ενσυναισθητικής απόκρισης**

**Οδηγίες:**

**1<sup>ο</sup> Στάδιο:** Τα μηνύματα της ενσυναίσθησης

Επιλέγω ένα από τα 7 καρτελάκια που το καθένα έχει πάνω του ένα μήνυμα ενσυναίσθησης και το διαβάζω δυνατά στην ομάδα. Στα καρτελάκια είναι γραμμένα τα ακόλουθα μηνύματα:

1. «Έχεις το δικαίωμα να εκφράσεις τα συναισθήματά σου.»
2. «Σε σέβομαι ως πρόσωπο που έχεις ιδέες και συναισθήματα»
3. «Ίσως μάθω κάτι από εσένα.»
4. «Πραγματικά θέλω να ακούσω την άποψή σου»
5. «Αξίζει να ακούσει κανείς τις ιδέες σου»
6. «Ενδιαφέρομαι για σένα»
7. «Θέλω να σχετιστώ μαζί σου, να αρχίσω να σε γνωρίζω καλύτερα..»

**2<sup>ο</sup> Στάδιο:** Τοποθετούμε 2 καρτέκλες στη μέση του κύκλου. Σε ζευγάρια θα αναπαραστήσουμε τους διαλόγους 4 σεναρίων. Θα προσπαθήσουμε «να μπούμε στο πετσί» των ρόλων για να κατανοήσουμε. Η υπόλοιπη ομάδα θα παρακολουθεί με προσοχή την εξέλιξη των διαλόγων. Μετά από κάθε διάλογο ακολουθεί επεξεργασία με ελεύθερο σχολιασμό των μελών. Θα χρειαστούμε εθελοντές. Ποιοι θα ήθελαν να δοκιμάσουν;

**1<sup>ο</sup> Σενάριο Ενεργητικής Ακρόασης**

**Μαρία (11 χρονών):** Μακάρι να κρυολογούσα μια στο τόσο σαν την Τάνια. Είναι τυχερή.

**Πατέρας:** Νιώθεις σαν να αδικείσαι.

**Μαρία:** Ναι, αυτή μπορεί να μην πηγαίνει στο σχολείο, ενώ εγώ ποτέ δε λείπω.

**Πατέρας:** Θα ήθελες να μπορούσες να απουσιάζεις από το σχολείο περισσότερο.

**Μαρία:** Ναι. Δε μ' αρέσει να πηγαίνω στο σχολείο κάθε μέρα, μέρα με τη μέρα. Το βαρέθηκα.

**Πατέρας:** Πραγματικά κουράστηκες από το σχολείο.

**Μαρία:** Μερικές φορές το μισώ.

**Πατέρας:** Δεν είναι ότι απλώς δεν σου αρέσει το σχολείο, καμιά φορά στ' αλήθεια το μισείς.

**Μαρία:** Ακριβώς. Μισώ το διάβασμα στο σπίτι, μισώ τα μαθήματα και μισώ τους δασκάλους.

**Πατέρας:** Μισείς τα πάντα γύρω από το σχολείο.

**Μαρία:** Δεν μισώ πραγματικά όλους τους δασκάλους, μόνο δύο από αυτούς! Τη μια δε μπορώ να την αντέξω. Αυτή είναι η χειρότερη.

**Πατέρας:** Μισείς μια δασκάλα ιδιαίτερα, έτσι;

**Μαρία:** Ε, ναι. Αυτή την κυρία Μαρίνου. Δεν αντέχω να την βλέπω και θα την έχω ολόκληρη τη χρονιά.

**Πατέρας:** Σου έγινε βραχνάς.

**Μαρία:** Ναι, δεν ξέρω πως θα την αντέξω. Ξέρεις τι κάνει; Κάθε μέρα μας κάνει διάλεξη. Στέκεται όρθια εκεί πέρα μ' αυτό το χαμόγελο (δείχνει) και μας λέει πώς πρέπει να συμπεριφέρεται ένας υπεύθυνος μαθητής και μας αραδιάζει όλα αυτά που πρέπει να κάνεις για να πάρεις Άριστα στην τάξη της. Με αρρωσταίνει.

**Πατέρας:** Σίγουρα δε σου αρέσει να τα ακούς όλα αυτά.

**Μαρία:** Ναι, το κάνει να φαίνεται αδύνατο να πάρεις Άριστα, εκτός αν είσαι καμιά διάνοια ή ένα από τα χαϊδεμένα της δασκάλας.

**Πατέρας:** Νιώθεις αποθαρρυμένη πριν ακόμη αρχίσεις, γιατί νομίζεις ότι είναι αδύνατο να πάρεις Άριστα.

**Μαρία:** Ναι. Δεν πρόκειται να γίνω ένα από τα χαϊδεμένα παιδιά της δασκάλας – τα άλλα παιδιά τα μισούν. Ήδη δεν είμαι πολύ αγαπητή στα παιδιά. Δεν νομίζω ότι πολλά κορίτσια με συμπαθούν (κλαίει).

**Πατέρας:** Νομίζεις ότι δε σε συμπαθούν και αυτό σε στεναχωρεί.

**Μαρία:** Ναι, σίγουρα. Είναι αυτά τα κορίτσια που είναι περιζήτητες στο σχολείο. Είναι οι πιο δημοφιλείς. Θα ήθελα να μπορούσα να είμαι στην ομάδα τους. Όμως δεν ξέρω πως...

**Πατέρας:** Πραγματικά θα ήθελες να ανήκεις σ' αυτή την ομάδα, όμως δεν ξέρεις πώς να το καταφέρεις.

**Μαρία:** Ακριβώς. Ειλικρινά δεν ξέρω πως μπαίνουν τα άλλα κορίτσια σ' αυτή την ομάδα. Δεν είναι οι πιο όμορφες – όχι όλες τους. Δεν είναι πάντοτε αυτές με τους καλύτερους βαθμούς. Μερικές από την ομάδα



παίρνουν μεγάλους βαθμούς, όμως οι περισσότερες παίρνουν χειρότερους βαθμούς από εμένα. Πραγματικά δεν ξέρω.

**Πατέρας:** Είσαι μπερδεμένη σχετικά με το τι χρειάζεται για να μπεις σ' αυτή την ομάδα.

**Μαρία:** Ναι. Ίσως είναι ότι όλες είναι πολύ φιλικές, μιλάνε πολύ και ξέρεις, κάνουν φίλους. Λένε πρώτες «Γεια σου» και μιλάνε πολύ εύκολα. Εγώ δεν μπορώ να το κάνω αυτό. Δεν είμαι καλή σ' αυτά.

**Πατέρας:** Νομίζεις ότι ίσως αυτό είναι που εκείνες έχουν και εσύ δεν έχεις.

**Μαρία:** Ξέρω ότι δεν είμαι καλή στη συζήτηση. Μπορώ εύκολα να μιλήσω σ' ένα κορίτσι, όχι όμως σε ολόκληρη ομάδα κοριτσιών. Τότε απλώς δεν μιλάω. Δυσκολεύομαι να πω κάτι.

**Πατέρας:** Αισθάνεσαι άνετα με ένα κορίτσι αλλά με πολλά κορίτσια νιώθεις άβολα.

**Μαρία:** Πάντοτε φοβάμαι μήπως πω κάτι που θα είναι κουτό ή λάθος ή κάτι άλλο. Έτσι στέκομαι απλώς εκεί και νιώθω σαν να έχω μείνει απέξω. Είναι απαίσιο.

**Πατέρας:** Σίγουρα δε σου αρέσει αυτό το συναίσθημα.

**Μαρία:** Δε μου αρέσει να μένω απέξω, όμως φοβάμαι να προσπαθήσω να μπω στη συζήτηση.

**Επεξεργασία:** Σε αυτή τη συνομιλία βλέπουμε την εφαρμογή των προϋποθέσεων της ενεργητικής ακρόασης. Ο πατέρας:

- 1) Αφήνει στην άκρη τις δικές του ανάγκες, σκέψεις, τα συναισθήματα
- 2) Βάζει στην άκρη τη δική του αξιολόγηση και την κριτική όσων ακούει με βάση το προσωπικό του αξιακό σύστημα
- 3) Ακούει προσεκτικά με όλες του τις αισθήσεις και συντονίζεται με τις σκέψεις και τα συναισθήματα της Μαρίας, σαν να ήταν στη θέση της. Στηριζόμενος σταθερά στην ενεργητική ακρόαση δείχνει με τις αποκρίσεις του αποδοχή, κατανόηση και ενσυναίσθηση επιτρέποντας στη Μαρία, σε ένα κλίμα θέρμης και αποδοχής, να βαθαίνει τη σκέψη της για το τι πραγματικά της συμβαίνει, να κρατήσει εκείνη, ως το τέλος, την ευθύνη της επίλυσης του προβλήματός της (δε μπαίνει στη θέση της για να το λύσει εκείνος με συμβουλές).

➤ Ελεύθερος σχολιασμός του διαλόγου ενεργητικής ακρόασης.

## 2<sup>ο</sup> Σενάριο ειπωμένο με καθοδηγητικές συμπεριφορές & ενεργητική ακρόαση

1<sup>η</sup> Εκδοχή (Καθοδηγητικές συμπεριφορές)

**Κάτια (έφηβη, 16 χρονών):** Δε θέλω να φάω βραδινό.

**Μητέρα:** Έλα, τώρα. Τα παιδιά στην ηλικία σου χρειάζονται τρία γεύματα την ημέρα (διδασκαλία, πειθώ με λογική)

**Κάτια:** Ναι, αλλά έφαγα πολύ το μεσημέρι.

**Μητέρα:** Τέλος πάντων, έλα απλώς στο τραπέζι και δες τι έχουμε.

(Πρόταση)

**Κάτια:** Δε θέλω να φάω τίποτε.

**Μητέρα:** Τι σου συμβαίνει απόψε; (Ανάκριση)

**Κάτια:** Τίποτε.

**Μητέρα:** Τότε έλα στο τραπέζι. (Εντολή)

**Κάτια:** Δεν πεινάω και δεν θέλω να έρθω στο τραπέζι.

2<sup>η</sup> Εκδοχή ( Ενεργητική ακρόαση)

**Κάτια:** Δε θέλω να φάω βραδινό.

**Μητέρα:** Δεν έχεις διάθεση να φας απόψε. (Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Όχι. Είμαι πολύ στρεσαρισμένη για να φάω.

**Μητέρα:** Κάτι σε απασχολεί, ε; (Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Είναι κάτι χειρότερο. Πραγματικά φοβάμαι!

**Μητέρα:** Κάτι σε φοβίζει πολύ. (Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Ναι. Ο Πάνος με φώναξε σήμερα και είπε ότι ήθελε να μου μιλήσει το βράδυ. Μου φάνηκε πολύ σοβαρός, όχι όπως είναι συνήθως.

**Μητέρα:** Σου φάνηκε ότι κάτι συμβαίνει, έτσι δεν είναι;

(Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Φοβάμαι ότι θέλει να χωρίσουμε.

**Μητέρα:** Και δε θα ήθελες με τίποτε να συμβεί αυτό.

(Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Θα πέθαινα! Ειδικά γιατί νομίζω ότι του αρέσει η Αλεξία. Αυτό θα ήταν το χειρότερο!

**Μητέρα:** Αυτό σε τρομάζει πραγματικά –ότι ίσως τον πάρει η Αλεξία.

(Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Ναι αυτή παίρνει όλους τους καλούς. Είναι αηδιαστική. Μιλάει συνέχεια στα αγόρια και τα κάνει να γελάνε και αυτά όλα πέφτουν με αυτό. Έχει πάντοτε τρία τέσσερα αγόρια να κρέμονται γύρω της στους διαδρόμους. Δεν ξέρω πως το καταφέρνει αυτό. Εγώ δε μπορώ να σκεφτώ τι να πω όταν είμαι με τ'αγόρια.

**Μητέρα:** Θα ήθελες να μπορούσες να μιλάς και συ τόσο εύκολα με τα αγόρια όπως η Αλεξία. (Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Ναι, είμαι σκέτη αποτυχία. Σκέψου, θέλω τόσο πολύ να τους αρέσω, που φοβάμαι μήπως πω κάτι χαζό.

**Μητέρα:** Θέλεις τόσο πολύ να είσαι δημοφιλής, που φοβάσαι μήπως πεις κάτι που θα σε ντροπιάσει. (Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Ναι. Όμως δε θα μπορούσα να κάνω τίποτε χειρότερο από αυτό που κάνω τώρα -να στέκομαι σαν ηλίθια.

**Μητέρα:** Νιώθεις ότι ίσως είναι χειρότερο αυτό από το να άρχιζες να μιλάς. (Ενεργητική Ακρόαση)

**Κάτια:** Σίγουρα είναι. Βαρέθηκα να μη λέω τίποτε.

**Επεξεργασία:** Στην 1<sup>η</sup> εκδοχή η μητέρα της Κάτιας απέτυχε να διερευνήσει το λόγο της άρνησής της γιατί ανέλαβε η ίδια από την αρχή να λύσει το πρόβλημα της κόρης της με καθοδηγητικές συμπεριφορές. Έτσι η συζήτηση περιορίστηκε στο πρόβλημα της άρνησης του φαγητού. Στη 2<sup>η</sup> εκδοχή η ευαισθητοποιημένη ενεργητική ακρόαση της μητέρας βοήθησε να αποκαλυφθεί το βασικό πρόβλημα που κρυβόταν κάτω από την άρνηση φαγητού, ενθάρρυνε σταθερά τη διερεύνηση και λύση του προβλήματος από την πλευρά της Κάτιας και με αυτό τον τρόπο τη βοήθησε να συνειδητοποιήσει τη στάση της και να επανατοποθετηθεί.

➤ Ελεύθερος σχολιασμός του διαλόγου ενεργητικής ακρόασης.

**3<sup>ο</sup> Σενάριο ενδεικτικό της ωφέλειας χρήσης της ενεργητικής ακρόασης σε κάθε στιγμή της καθημερινότητας (ειπωμένο με καθοδηγητικές συμπεριφορές & ενεργητική ακρόαση)**

**Παιδί:** [Πέφτει και χτυπάει το γόνατό του. Τρέχει κλαίγοντας στη μητέρα του για παρηγοριά και ασφάλεια] Μαμά χτύπησα. (κλαίει)

**Μητέρα:** Πόσο ανόητα φέρεσαι. Σταμάτα να κλαίς και να κάνεις σα μωρό. Ούτε που μάτωσε.

**Παιδί:** [Σκέφτεται: είναι κουτό να πέφτεις, είναι λάθος να κλαίς, δεν έπρεπε να ζητήσω τη συμπαράσταση της μαμάς, όπως το ήθελα. Ήθελα να κλάψω. Ήθελα την αγκαλιά της μαμάς. Δεν είμαι ανόητος. Δεν ξέρω τι να κάνω, ποιόν να εμπιστευτώ. Χρειάζομαι την αγάπη της μαμάς, αλλά θέλω να κλάψω]

{ Πηγή: *Mearns & Thorne 1988, Παράδειγμα πρώιμης σύγχυσης οργανισμικού εαυτού στο A. Μπρούζος 2004, Προσωποκεντρική Συμβουλευτική, Θεωρία-Έρευνα και Εφαρμογές, Εκδόσεις τυπωθήτω, σελ.184*}

### **Με ενεργητική ακρόαση**

**Νίκος (9 χρόνων):** Ωχ , έκαψα το δάχτυλό μου! Μαμά έκαψα το δάχτυλό μου. Όου, με πονάει, με πονάει (κλαίει)! Το δάχτυλό μου κάηκε. Όου,όου!

**Μητέρα:** Ω!ωωω! Πραγματικά πονάει. Πονάει τρομερά

**Νίκος:** Ναι! Κοίτα πόσο πολύ το έκαψα.

**Μητέρα:** Φαίνεται να κάηκε πραγματικά πολύ. Πονάει τόσο πολύ.

**Νίκος:** (σταματάει να κλαίει): Βάλε κάτι πάνω του αμέσως.

**Μητέρα:** Εντάξει. Θα σου φέρω λίγο πάγο να το κρυώσει και μετά θα του βάλουμε αλοιφή.

**Επεξεργασία:** Σε αυτό το παράδειγμα βλέπουμε ότι η μητέρα απέφυγε να καθυστερήσει τον Νίκο λέγοντας: «Δεν είναι τίποτε» ή «θα νιώσεις καλύτερα σε λίγο» ή «δεν κάηκες και τόσο πολύ». Σεβάστηκε τα συναισθήματά του , ότι είχε πράγματι καεί πολύ, ότι πράγματι πονούσε. Επίσης απέφυγε μια τυπική απόκριση σε καταστάσεις σαν και αυτή όπως: «Έλα θα περάσει» ή «Μη γίνεσαι μωρό, σταμάτα να κλαις»

Με την ενεργητική ακρόαση η μητέρα αντανακλά κάποιες σημαντικές στάσεις απέναντι στον Νίκο οι οποίες γίνονται αισθητές στον ίδιο και τον ανακουφίζουν πραγματικά:

1. Έχει μια τραυματική στιγμή στη δική του ζωή. Είναι δικό του πρόβλημα και έχει το δικαίωμα της δικής του μοναδικής αντίδρασης σε αυτό.

2. Δε θέλω να αρνηθώ τα δικά του συναισθήματα \* για εκείνον είναι πραγματικά.
3. Μπορώ να αποδεχτώ το πόσο σοβαρά νιώθει ο ίδιος το κάψιμο και πόσο ο ίδιος πονάει. Μπορώ, αντέχω να αποδεχτώ το συναίσθημά του, βάζοντας εκείνον σε πρώτο πλάνο και όχι τη δική μου ανάγκη να αποφεύγω δυσάρεστα συναισθήματα.
4. Δε μπορώ να διακινδυνεύσω να τον κάνω να νιώσει λάθος ή ένοχος για τα δικά του συναισθήματα, με το να μην τα αναγνωρίσω.

➤ Ελεύθερος σχολιασμός του διαλόγου ενεργητικής ακρόασης.

**4<sup>ο</sup> Σενάριο ενδεικτικό για το πώς η ενεργητική ακρόαση βοηθάει να αποδεχτούμε μια κατάσταση που ξέρουμε ότι δεν μπορεί να αλλάξει.**

**Αλίκη:** Τη μισώ αυτή την κυρία Σαρρή , τη νέα μας δασκάλα των Αγγλικών. Νομίζω ότι μισεί τα παιδιά.

**Μητέρα:** Πραγματικά έχεις μια κακή δασκάλα αυτό το εξάμηνο, ε;

**Αλίκη:** Εντελώς! Στέκεται εκεί πέρα φλυαρώντας για τον εαυτό της, μέχρι που βαριέμαι τόσο πολύ, που δεν αντέχω πια. Θέλω να της πω να το βουλώσει.

**Μητέρα:** Πραγματικά γίνεσαι έξαλλη μαζί της.

**Αλίκη:** Το ίδιο γίνονται όλοι. Κανένας δεν τη συμπαθεί. Γιατί προσλαμβάνουν τέτοιους δασκάλους; Πως κρατάνε τη δουλειά τους;

**Μητέρα:** Σε κάνει να αναρωτιέσαι πως επιτρέπουν σε κάποιον τόσο κακό να διδάσκει;

**Αλίκη:** Ναι, αυτή όμως θα παραμείνει εκεί και είναι αργά για να αλλάξω τμήμα, οπότε κόλλησα μαζί της. Λοιπόν, πρέπει να μιλήσω στη Φανή για το Σαββατοκύριακο. Θα σε δω αργότερα.

**Επεξεργασία:** Στο παράδειγμα αυτό δε βρέθηκε κάποια σαφής λύση αλλά αφενός, γενικά, στην ενεργητική ακρόαση είναι πιθανό να μην οδηγούμαστε πάντα σε μια λύση, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάτι κάναμε λάθος και αφετέρου εδώ η Αλίκη αντιμετωπίζει μια κατάσταση για την οποία, η αλήθεια είναι ότι δεν μπορεί να κάνει και πολλά πράγματα. Ωστόσο, το γεγονός ότι η μητέρα μέσω της ενεργητικής ακρόασης της επέτρεψε να εκφράσει τα συναισθήματά της, να τα εξωτερικεύσει και να νιώσει ότι έχοντας αυτά τα συναισθήματα εξακολουθεί να γίνεται αποδεκτή και κατανοητή από κάποιον,

απελευθέρωσε την Αλίκη ώστε να αποδεχτεί με τη σειρά της τη δυσκολία της και την κατάσταση που αντιμετωπίζει και να προχωρήσει το σκεπτικό της παρακάτω. Είναι ίσως το ίδιο φαινόμενο, όπως η καταπίεση στον στρατό. Ο εξουσιαζόμενος γνωρίζει συνήθως ότι δε μπορεί να αλλάξει την κατάσταση, φαίνεται όμως ότι βοηθάει να εξωτερικεύσει τα αρνητικά του συναισθήματα παρουσία κάποιου που τον αποδέχεται και τον καταλαβαίνει. Η μητέρα, εδώ, στέλνει ένα μήνυμα στην κόρη της ότι, όταν βιώνει δυσκολίες, έχει κάποιο πρόσωπο που την αποδέχεται για να τις μοιραστεί μαζί του.

➤ Ελεύθερος σχολιασμός του διαλόγου ενεργητικής ακρόασης.

*(Οι διάλογοι των σεναρίων επιλέχθηκαν από τις ακόλουθες πηγές:*

*α) Α. Μπρούζος (2004), Προσωποκεντρική Συμβουλευτική, Θεωρία – Έρευνα και Εφαρμογές, Εκδόσεις τυπωθήτω*

*β) Th. Gordon (2016), Τα μυστικά του αποτελεσματικού γονέα, Εκδόσεις Μάρτης)*

**❖ Θεωρητική αναφορά με βιωματική αλληλεπίδραση (η ομάδα επεξεργάζεται συλλογικά με παραδείγματα) για την ενσυναισθητική απόκριση (Διάρκεια 10')**

- Τι χρειάζεται για να αποκριθούμε ενσυναισθητικά
- Ενεργητική ακρόαση και κοινοποίηση ενσυναισθητικής κατανόησης
- Τετράγωνο επικοινωνίας
- Τρόποι λογοποίησης - κοινοποίησης της ενσυναισθητικής κατανόησης
  - Αντανάκλαση λεκτικού περιεχομένου
  - Αντανάκλαση σκέψεων
  - Αντανάκλαση συναισθημάτων
  - Αντανάκλαση αναγκών
  - Επιβεβαίωση/ Επικύρωση της αξίας του βιώματος
  - Έλεγχος της ακρίβεια της ενσυναισθητικής απόκρισης
  - Συνόψιση βιωμάτων που κατανοήθηκαν ενσυναισθητικά
  - Η σημαντική συμβολή της μη λεκτικής επικοινωνίας στον ενσυναισθητικό τρόπο επικοινωνίας
  - Η θεραπευτική μη λεκτική συμπεριφορά

### **3<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 30΄)**

#### **Άσκηση ενεργητικής ακρόασης**

#### **Παιχνίδι ρόλων: «Μιλώ-Ακούω-Παρατηρώ»**

**Στόχος:** Η εξοικείωση στην ενεργητική ακρόαση και στην αντανάκλαση (περιεχομένου, σκέψεων, συναισθημάτων, αναγκών)

**Οδηγίες:** Προτείνω να σχηματίσουμε ομάδες των 3 προσώπων.

Θα πάρουμε εναλλάξ τρεις ρόλους: α) εκείνου που μιλάει, β) εκείνου που ακούει, και γ) του παρατηρητή. Αυτός που μιλάει θα μιλήσει για 5 λεπτά πάνω στο ακόλουθο θέμα: **«Τι είναι αυτό που κερδίζω από την επαφή μου με ψυχικά τραυματισμένα παιδιά και τι είναι αυτό που χάνω»**. Εκείνος που ακούει θα του αποκρίνεται με ενσυναισθητικό τρόπο με αντανάκλαση περιεχομένου, σκέψεων, συναισθημάτων, αναγκών \* ότι εκείνος εκτιμά ότι θα βοηθήσει τον συνομιλητή του να αισθανθεί ότι κατανοείται. Ο παρατηρητής δεν παρεμβαίνει και κρατάει κάποια απόσταση από τους δυο συνομιλητές. Παρατηρεί κυρίως τη μη λεκτική επικοινωνία και το είδος των αντανάκλασεων εκείνου που ακούει. Θα πρέπει να περάσουν και από τους τρεις ρόλους και τα τρία πρόσωπα. Για να παραμένουμε συγκεντρωμένοι, ανοιχτοί και δεκτικοί σε όσα μας εμπιστεύεται ο συνομιλητής μας, εστιάζουμε στο ρυθμό της αναπνοής μας, προσπαθούμε να διατηρούμε την αυτοεπίγνωση μας, δηλαδή να είμαστε κάθε στιγμή σε θέση να αναγνωρίζουμε τι συναισθήματα μας προκαλούν αυτά που ακούμε. Μόνο εάν βρισκόμαστε πραγματικά συνδεδεμένοι με τον εαυτό μας θα μπορέσουμε να αντιληφθούμε και να κατανοήσουμε τον εσωτερικό κόσμο του άλλου ανθρώπου (απαραίτητη προϋπόθεση για τον ενσυναισθητικό τρόπο επικοινωνίας) από όπου εκπορεύονται όσα μας λέει.

**Επεξεργασία:** Τα μέλη της ομάδας συγκεντρωνόμαστε και πάλι στον κύκλο για να συζητήσουμε την εμπειρία μας κατά την άσκηση χωρίς να αναφερθούμε στο περιεχόμενο όσων ειπώθηκαν. Μιλάει με τη σειρά κάθε τριάδα για τα ακόλουθα:

- Ως ακροατής πόσο εύκολο μου ήταν να εστιάσω στο περιεχόμενο, στις σκέψεις, στο συναίσθημα του ομιλητή και να κάνω αντανάκλαση τους;
- Ως ομιλητής πόσο ένιωσα να με ενσυναισθάνεται ο ακροατής μου;
- Ως ακροατής κατάφερα να μεταδώσω στον ομιλητή ότι τον κατανόησα σωστά; Αισθάνθηκα την ικανοποίηση του ότι κατανοήθηκε;

- Ως παρατηρητές να αναφερθούν στην ποιότητα της ενσυναισθητικής επικοινωνίας ανάμεσα στους άλλους δύο και σε ποια είδη αντανάκλασης χρησιμοποίησαν για την ενσυναισθητική τους απόκριση.
- Κάτω από ποιες συνθήκες μου είναι δύσκολο να ακούω προσεκτικά;
- Κατά την εκτίμησή μου επηρεάστηκε ο διάλογος από την ικανότητά μου για προσεκτική ακρόαση με όλες μου τις αισθήσεις;
- Πόσο καλός ακροατής είμαι στην καθημερινή μου ζωή;  
(Πηγή: Ζ. Αρχοντάκη-Δ. Φιλλίπου 2003, 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων, Εκδόσεις Καστανιώτη)

#### ❖ Προετοιμασία για το κλείσιμο

Τα μέλη της ομάδας ενημερώνονται από τη συντονίστρια ότι η τέταρτη συνάντηση βαίνει προς το τέλος της.

### **ΦΑΣΗ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ (Διάρκεια 20')**

#### **Παιχνίδι « Αλληλεπίδραση »**

**Στόχος:** α) Η παρατήρηση του εαυτού κατά την αλληλεπίδραση με τους άλλους  
β) Η ευαισθητοποίηση στη μη λεκτική επικοινωνία

**Υλικά:** Πολλά μικρά ελαστικά μπαλάκια

**Οδηγίες:** Σχηματίζουμε όρθιοι έναν μεγάλο ανοιχτό κύκλο. Στο χώρο έχουμε αφήσει πολλά ελαστικά μπαλάκια. Κατά τη διάρκεια της άσκησης δεν υπάρχει καμία λεκτική επικοινωνία. Οι λεκτικές οδηγίες δίνονται από πριν.

1<sup>ο</sup> Στάδιο: Για διάρκεια 5 λεπτών παίρνουμε από ένα μπαλάκι ο καθένας και αρχίζουμε να τα πετάμε ο ένας στον άλλο (σε όποιον διαλέγουμε κάθε φορά, όχι στον ίδιο πάντα). Όσο γίνεται αυτό εστιάζουμε την προσοχή στην αναπνοή μας, στα συναισθήματα που βιώνουμε κατά την αλληλεπίδραση, κατά την προσπάθεια και στο πως νιώθουμε το σώμα μας. Εστιάζουμε την προσοχή μας μόνο στον εαυτό μας και όχι στο τι κάνουν οι άλλοι. Φυσικά προσπαθούμε να πιάσουμε (ανταποκριθούμε) τα μπαλάκια (μηνύματα) που μας πετάνε οι άλλοι.

Όταν περάσει ο χρόνος των 5 λεπτών, λήγει η «απαγόρευση» λεκτικής επικοινωνίας και τα μέλη της ομάδας μοιράζονται τα συναισθήματα που βίωσαν στην άσκηση μη λεκτικής επικοινωνίας στο χώρο του «παιχνιδιού».

2<sup>ο</sup> Στάδιο: Στη συνέχεια παραμένοντας όρθιοι σε κύκλο πιάνουμε ο ένας το χέρι του άλλου, κλείνοντας τον κύκλο. Χαλαρώνουμε κλείνοντας τα μάτια, εστιάζοντας την



προσοχή στην αναπνοή μας και παίρνοντας δέκα αναπνοές (εισπνοή σε τρεις χρόνους – εκπνοή στο διπλάσιο). Επαναφέρουμε την αναπνοή μας στον φυσιολογικό της ρυθμό και ανοίγουμε τα μάτια. Αναγνωρίζουμε με μια λέξη το συναίσθημα μας την παρούσα στιγμή και κλείνουμε ομαλά τη συνάντησή μας.

❖ Εδώ ολοκληρώθηκε η τέταρτη συνάντησή μας.

- Στο τέλος κάθε συνάντησης ακούγεται ένα μουσικό θέμα ως μουσική επένδυση για την ομαλότερη μετάβαση στην ενέργεια της αποχώρησης.

Μουσικό θέμα λήξης 4<sup>η</sup> Συνάντησης:

Βασίλης Δημητρίου - Το βαλς της μνήμης (Instrumental)

<https://www.youtube.com/watch?v=-ULklByL1MI>

**5<sup>η</sup> Συνάντηση** «Κοίτα με τα μάτια μου»

**Θεματική ενότητα: ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ**

***Η ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ***

**Βασικός στόχος:** Η κατανόηση της σημασίας της καθημερινής χρήσης της ενεργητικής ακρόασης με γνησιότητα και ενσυναισθητικό ενδιαφέρον στην επίλυση δύσκολων τραυματικών, και μη, συμπεριφορών στη διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ αρωγών και αρωγών - παιδιών

**Επιμέρους στόχοι:** 1. Η καλλιέργεια αυτογνωσίας

2. Η καλλιέργεια ενσυναισθητικού τρόπου απόκρισης στη διαχείριση κρίσεων

3. Η εκμάθηση τρόπων διαμεσολάβησης με ενεργητική ακρόαση

- ❖ **Σημείωση:** Σε κάθε νέα συνάντηση τα μέλη αλλάζουν τις θέσεις τους στον κύκλο ώστε να βρίσκονται κάθε φορά με έναν άλλο μέλος της ομάδας δίπλα τους με στόχο την εξοικείωση με τη συνύπαρξη όλων των μελών της ομάδας.
- ❖ Ακούγεται το μουσικό θέμα έναρξης κάθε συνάντησης:

## **Dmitri Shostakovich - Waltz No.2 ( One hour version )**

[https://www.youtube.com/watch?v=LPG\\_WUgHbis](https://www.youtube.com/watch?v=LPG_WUgHbis)

### **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΦΑΣΗ (Διάρκεια 30΄)**

- ❖ Στο ξεκίνημα της συνάντησης δίνεται χώρος και χρόνος για να εκφραστούν ελεύθερα τα μέλη της ομάδας είτε σε σύνδεση με όσα διαδραματίστηκαν στην 4<sup>η</sup> συνάντηση είτε για κάποιο θέμα που τους απασχολεί ή επιθυμούν να συζητήσουν.
- ❖ **«Εστίαση στο εδώ και τώρα»:** Η συντονίστρια για να επικεντρωθεί η ομάδα στο εδώ και τώρα, προσκαλεί τα μέλη να σχηματίσουν όρθιοι κύκλο, να εστιάσουν την προσοχή στην αναπνοή τους, να αισθανθούν ο ένας την ενέργεια του άλλου στη συνύπαρξή τους στον κύκλο της ομάδας, να αναγνωρίσουν πως αισθάνονται, να το μοιραστούν και να προχωρήσουν.

### **1<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα**

#### **«Ποια είναι αυτά που με θυμώνουν» (Διάρκεια 20΄)**

**Στόχος:** Να αναγνωρίσουν την προέλευση του θυμού τους και του θυμού των άλλων

**Υλικά:** Σχεδιασμένο περίγραμμα κεφαλιού σε χαρτί, στυλό

**Οδηγίες:** Θα μοιραστούμε από ένα χαρτί στο οποίο υπάρχει σχεδιασμένο το περίγραμμα ενός κεφαλιού.

Καλούμαστε δεξιά και αριστερά του σχεδίου του κεφαλιού να γράψουμε ποια είναι αυτά που μας θυμώνουν, δηλαδή ποιες συμπεριφορές δεν αποδεχόμαστε και μας προκαλούν θυμό.

Αριστερά γράφουμε ποιες είναι οι συμπεριφορές που μας θυμώνουν στους μεγάλους και δεξιά ποιες είναι εκείνες που μας θυμώνουν, στα παιδιά.

Έχουμε στη διάθεσή μας 10 λεπτά.

Τελειώνοντας όποιος/α θέλει μοιράζεται με την υπόλοιπη ομάδα τις συμπεριφορές που εντόπισε ότι του/της προκαλούν θυμό.

**Επεξεργασία:** Από όσα αναφέρονται στην ομάδα μπορούμε να εντοπίσουμε εάν οι συμπεριφορές που δεν αποδεχόμαστε και μας θυμώνουν είναι ίδιες για όλους ή διαφορετικές;

*(Πηγή: Προσαρμόστηκε από αρχικό στο: Human Rights and Education Network 2007, Διαμεσολάβηση Συνομηλίκων για την Επίλυση των Συγκρούσεων στα Σχολεία, Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς και εκπαιδευτές νέων κι ενηλίκων, Λεμεσός 2007.)*

## **ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (Διάρκεια 80´)**

### **2<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 20´)**

#### **Άσκηση ενεργητικής ακρόασης**

#### **Παιχνίδι ρόλων «Ένα περιστατικό που με έκανε να θυμώσω πιο πολύ από ποτέ»**

#### **Στόχος: Η καλλιέργεια αυτογνωσίας**

**Οδηγίες:** Οι περισσότεροι άνθρωποι, κάτω από τις πιέσεις της καθημερινότητας που βιώνουμε, προτιμούμε να μιλάμε μάλλον παρά να ακούμε. Ή ακούμε χωρίς να κατανοούμε. Επιπλέον, καθώς κάποιος μας μιλάει, σκεφτόμαστε τι να πούμε μόλις ο ομιλητής θα σταματήσει. Ή τον/ την διακόπτουμε στη μέση της πρότασης. Αυτό το είδος συμπεριφοράς βιώνεται ως υποτίμηση ή ως προσωπική προσβολή. Μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές παρανοήσεις. Συνεχίζουμε να ακούμε με ενεργητική ακρόαση ακόμη και όταν διαφωνούμε με όσα λέγονται. Εάν δεν ακούμε αυτό που είναι σημαντικό, μπορεί να μην κατανοήσουμε και να ενεργήσουμε άπρεπα. Εάν δεν ακούμε προσεκτικά και τα τέσσερα μέρη του μηνύματος που λαμβάνουμε (γεγονότα, σχέση, αυτοαποκάλυψη, έκκληση) σύμφωνα με το «τετράγωνο επικοινωνίας» είναι πολύ πιθανό να υπάρξει αποτυχημένη επικοινωνία και παρεξηγήσεις. Επόμενα είναι πιθανό να υπάρξουν συγκρούσεις και θυμός.

Όταν νιώθουμε θυμό αντιλαμβανόμαστε μια απειλή και μας κινητοποιεί να (αντι)δράσουμε, μπορεί να αφορά το φόβο μας μήπως μας αδικήσουν, μας διαβάλλουν, μας εκμεταλλευτούν, μας επιρρίψουν ευθύνες που δεν μας αναλογούν, μας απορρίψουν, εγκαταλείψουν, χλευάσουν, αγνοήσουν, υποτιμήσουν, χειριστούν... Ο θυμός μας «φωνάζει» όταν σύμφωνα με το αξιακό σύστημα και τις πεποιθήσεις μας για εμάς και τους άλλους, κάποια επιθυμία μας ακυρώνεται, δεν γίνεται κατανοητή, σεβαστή, αποδεκτή ή δεν ικανοποιείται όπως θα θέλαμε. Ή όταν η ανάγκη μας για κυριαρχία κι έλεγχο του εαυτού μας, των άλλων, μιας κατάστασης, ματαιώνονται. Θιγόμαστε, κλωνίζεται το «εγώ» μας, θλιβόμαστε και θυμώνουμε. Αυτή η αίσθηση της απειλής έχει διαμορφωθεί στα πρώτα χρόνια της ύπαρξής μας, όταν βιώσαμε μια πρωταρχική εμπειρία που μας θύμωσε και ενεργοποιείται κάθε φορά που τα δεδομένα μοιάζουν με εκείνα που μας θύμωσαν την πρώτη φορά. Δεν θέλουμε να βρεθούμε ξανά στη δυσφορική θέση που μας πλήγωσε σ' εκείνη την πρωταρχική εμπειρία. Ο θυμός και το συναίσθημα να πληγωνόμαστε από αυτόν είναι πάντα μαζί. Το πλήγωμα σαν συναίσθημα μας τρώει

εσωτερικά, συχνά μας ακινητοποιεί, και μας «εγκλωβίζει». Ο θυμός ως συμπεριφορά βγάζει αυτήν την ενέργεια προς τα έξω.

Χωριζόμαστε σε ζευγάρια με ρόλους ομιλητής και ακροατής. Ο ομιλητής θα μιλήσει για μια εμπειρία του, ένα περιστατικό που τον έκανε να θυμώσει πάρα πολύ. Ο ακροατής θα τον ακούσει προσεκτικά με «τέσσερα αυτιά», χωρίς να τον διακόψει και όταν τελειώσει θα κάνει μια σύνοψη των όσων άκουσε, προς τον ομιλητή, εστιάζοντας στα σημαντικά σημεία.

Θα αρχίσει με την πρόταση: "Εάν κατάλαβα σωστά είπες .." Με άλλα λόγια, ο ακροατής πρέπει να κάνει αντανάκλαση, δηλ. να επαναλάβει με δικές του λέξεις (τα σημαντικότερα συναισθήματα, σκέψεις και γεγονότα) αυτά που έχει ακούσει. Αυτό θα βοηθήσει τον ομιλητή να διαπιστώσει εάν οι σκέψεις του/ της επαναδιατυπώθηκαν σωστά ή διαστρεβλώθηκαν και παράλληλα να δει σαφέστερα ποιο ήταν εκείνο το αίσθημα απειλής που πυροδοτήθηκε και ένιωσε θυμό. Στη συνέχεια το ζευγάρι αλλάζει ρόλους.

**Επεξεργασία:** Τα μέλη της ομάδας επιστρέφουν στον κύκλο και επεξεργάζονται το πώς βίωσαν την άσκηση με όσα θέλουν να μοιραστούν με την ομάδα. Βοηθητικά ερωτήματα:

- Με δυσκόλεψε η ακριβής ακρόαση και η επαναδιατύπωση όσων άκουσα;
- Αισθάνθηκα ο συνομιλητής μου ότι τον επανέλαβα σωστά;
- Αισθάνθηκα να επαναλαμβάνει ο ακροατής μου όσα είπα με ακρίβεια;
- Κατάφερα μέσα από μια επικοινωνία ενεργητικής ακρόασης να κατανοήσω την προέλευση του θυμού μου
- Πως αισθάνθηκα που κάποιος με κατανόησε με ακρίβεια;

*(Πηγή: Προσαρμόστηκε από αρχικό στο: Human Rights and Education Network 2007, Διαμεσολάβηση Συνομηλίκων για την Επίλυση των Συγκρούσεων στα Σχολεία, Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς και εκπαιδευτές νέων κι ενηλίκων, Λεμεσός 2007.)*

- ❖ **Θεωρητική αναφορά (ppt) για την ευεργετική συνεισφορά της γνησιότητας και της ενεργητικής ακρόασης ως ενσυναισθητικού τρόπου απόκρισης στη διαχείριση κρίσεων (Διάρκεια 5')**

### **3<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 50')**

**Αναπαραστάσεις «Διαχείριση κρίσεων»**

**Στόχος:** Η κατανόηση της θεραπευτικής δύναμης της γνησιότητας και αποδοχής σε συνδυασμό με ενεργητική ακρόαση στη διαχείριση κρίσεων

**Οδηγίες:** Η ομάδα βρίσκεται στις θέσεις της στον κύκλο. Τοποθετούνται 2 καθίσματα στο κέντρο του κύκλου. Σχηματίζουμε ζευγάρια που θα αναπαραστήσουν ένα σενάριο καθιστοί ή και όρθιοι, εκφράζοντας γνησιότητα και αποδοχή με χρήση της ενεργητικής ακρόασης. Αρχικά θα αναπαραστήσουμε ένα σενάριο από τη βιβλιογραφία και στη συνέχεια αληθινά σενάρια από τη βιωμένη μας εμπειρία ως αρωγοί. Η συντονίστρια μοιράζει τα σενάρια.

### **1<sup>ο</sup> Σενάριο (βιβλιογραφίας)**

**Δασκάλα:** Νίκο, νομίζω ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα και θέλω να το λύσουμε. Όταν καθόμαστε σε κύκλο για να διαβάσουμε ιστορία και εσύ φεύγεις, πρέπει να σε ακολουθήσω για να σε φέρω πίσω που σημαίνει ότι θα αφήσω τα υπόλοιπα παιδιά μόνα τους ή θα σταματήσω να διαβάζω για να σου πω να επιστρέψεις. Είναι κουραστικό για μένα, με αποσυντονίζει και με κάνει να αισθάνομαι ότι δεν σου προσφέρω τίποτα. Καμιά φορά με την αναστάτωση που δημιουργείται χάνω την υπομονή μου και σου φωνάζω. Αισθάνομαι άσχημα για αυτό.

**Νίκος:** Δεν μου αρέσουν οι ιστορίες...

**Δασκάλα:** Δεν σου αρέσουν...

**Νίκος:** Όχι.

**Δασκάλα:** Παύση

**Νίκος:** Και δεν μου αρέσει καθόλου να κάθομαι συνέχεια. Θέλω να περπατάω πού και πού για να μην πιάνομαι και να κοιτάω έξω απ' το παράθυρο.

**Δασκάλα:** Βρίσκεις κουραστικό να κάθεται για πολύ ώρα. Προτιμάς να κοιτάς απ' το παράθυρο.

**Νίκος:** Ναι, είναι πιο άνετα δίπλα στο παράθυρο.

Στον κύκλο έχει πολλά παιδιά. Δεν μπορώ να κουνηθώ...

**Δασκάλα:** Αισθάνεσαι ότι έχεις περισσότερο χώρο δίπλα στο παράθυρο παρά στον κύκλο.

**Νίκος:** Ακριβώς. Αισθάνομαι παγιδευμένος. Κι όταν χτυπάει το κουδούνι δεν μπορώ να βγω γρήγορα έξω. Μένω πάντα τελευταίος.

**Δασκάλα:** Μένεις τελευταίος.

**Νίκος:** Συνέχεια.

**Δασκάλα:** Θα ήθελες κάποιες φορές να φεύγεις πρώτος.

**Νίκος:** Όταν στέκομαι δίπλα στο παράθυρο και χτυπήσει το κουδούνι, καταφέρνω να βγαίνω πρώτος έξω.

**Δασκάλα:** Κατάλαβα. Θέλω, όμως, να μένεις στον κύκλο όταν διαβάζουμε ιστορίες. Είναι σημαντικό για μένα να μένεις με την ομάδα και να συμμετέχεις όποτε επιθυμείς. Τι θα έλεγες αν φέρναμε την καρέκλα σου δίπλα στο παράθυρο; Θα μπορούσες να μείνεις καθισμένος αν η καρέκλα σου ήταν δίπλα στο παράθυρο; Έτσι, θα μπορείς να κοιτάς έξω όταν κουράζεσαι και καμιά φορά όταν χτυπάει το κουδούνι να βγαίνεις πρώτος έξω. Τι λες;

**Νίκος:** Εντάξει.

*Πηγή: Ανακτήθηκε από το διαδίκτυο: Κώστας Φλουρής 2016, Εφαρμογή μεθόδων προσωποκεντρικής συμβουλευτικής στη μαθησιακή διαδικασία με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της σχέσης εκπαιδευτή – εκπαιδευόμενου, Περιοδικό Επιστημονικό Δίκτυο Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΕΔΕΕ), Τεύχος 21,2016*

### **Αληθινά σενάρια (αφορούν κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά)**

**1<sup>ο</sup> Σενάριο:** Η έφηβη Χαρά έχει αύριο την ονομαστική της γιορτή. Είναι η πρώτη φορά που θα γιορτάσει τη γιορτή της μακριά από το σπίτι και τους φίλους της. Κάθεται με τα υπόλοιπα κορίτσια που φιλοξενούνται στη δομή μιλάνε και ακούνε μουσική. Ωστόσο, όλη αυτή την ώρα τρώει συνέχεια (σχεδόν μανιωδώς) γλυκά «ζελεδάκια», καταναλώνοντας τη μια σακούλα μετά την άλλη.

Τι θα της έλεγα με ενσυναισθητικό τρόπο χρησιμοποιώντας γνησιότητα και ανεπιφύλακτη αποδοχή της για να τη βοηθήσω να αποκαλύψει στον εαυτό της τον λόγο της αυτοκαταστροφικής της συμπεριφοράς;

**2<sup>ο</sup> Σενάριο:** Ο Μανώλης, ένα παιδί επτά χρόνων κάθε φορά που γυρίζει από το σχολείο του εκδηλώνει μεγάλη ευερεθιστότητα ή και επιθετικότητα απέναντι σε πράγματα (πετάει, κλωτσάει) αλλά και σε άλλα παιδιά (χτυπάει). Εμφανίζεται πολύ αναστατωμένος, φαίνεται να μη μπορεί να ηρεμήσει. Σταδιακά προσεγγίζοντας τον διαφάνηκε ότι αυτή του η συμπεριφορά ήταν αδυναμία να διαχειριστεί το αίσθημα κούρασης που ένιωθε από το σχολείο. Ένα αίσθημα που του ήταν άγνωστο στην καθημερινότητα του στο οικογενειακό του περιβάλλον καθώς δεν πήγαινε σχολείο.

Πως θα τον προσέγγιζα με ενεργητική ακρόαση και γνησιότητα για να διερευνήσω την αιτία αυτής της συμπεριφοράς;

**3<sup>ο</sup> Σενάριο:** Η εξάχρονη Άννα ενώ παίζουμε με τα γράμματα του αλφαβήτου, παρατηρώντας το σχήμα τους, ξαφνικά αρχίζει να κλαίει με λυγμούς και σταδιακά ο θρήνος της μεγαλώνει όλο και περισσότερο. Νωρίτερα την ίδια μέρα η δασκάλα της τάξης της μας είχε ανακοινώσει ότι της είχε πει ότι της λείπει πολύ η μαμά της.

Πως θα την προσέγγιζα τιμώντας το συναίσθημά της με αποδοχή και ενεργητική ακρόαση;

**4<sup>ο</sup> Σενάριο:** Ο δωδεκάχρονος Μιχάλης, που εγκαταλείφθηκε από τους γονείς του, (μετά από επτά μήνες διαβίωσης σε Δομή Παιδικής Προστασίας) αρνείται να βγάλει τα ρούχα του για να φορέσει πιτζάμες να πάει για ύπνο, περιφέρεται στο διάδρομο και προκαλεί τους φροντιστές με φωνές και με επιθετικές κινήσεις, λέγοντας ότι δε θέλει να κάνει τίποτε από αυτά που του λένε. Σύμφωνα με την Ενημερωμένη για το Τραύμα Φροντίδα, οι συμπεριφορές τέτοιου τύπου αναδεικνύουν ότι: α) το παιδί φοβάται για την ασφάλειά του, αισθάνεται καλύτερα (ασφαλέστερα) με τα «ρούχα του δρόμου», ή β) απομονώνεται επιδιώκοντας να νιώσει ασφάλεια ή αισθάνεται συναισθηματικά καταβεβλημένος και κλείνεται στον εαυτό του, ή γ) αναζητά, με «λάθος» τρόπο, με μια μαθημένη συμπεριφορά επιβίωσης μέσα στο τραύμα, αλλά ακατάλληλη για τις υφιστάμενες συνθήκες, υποστήριξη και βοήθεια για να διαχειριστεί τον φόβο του.

Πως θα του έδειχνα ότι αποδέχομαι άνευ όρων τον ίδιο και το συναίσθημα του για να αισθανθεί ασφαλής;

*(Πηγή: Δραστηριότητα που δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα, βασισμένη στη βιβλιογραφία και με επιρροές ασκήσεων της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής)*

### **Παρότρυνση για κατάθεση δύσκολων εμπειριών**

- Έχοντας στο μυαλό μας ότι οι αληθινές αιτίες των τραυματικών συμπεριφορών των παιδιών/εφήβων με τραύμα συχνά δεν γίνονται αντιληπτές με την πρώτη ματιά και με σκοπό να πλουτίσουμε την εμπειρία μας θα μπορούσατε να φέρετε για αναπαράσταση δύσκολα περιστατικά που αντιμετώπισατε στην επαγγελματική σας πορεία;

**Επεξεργασία:** Τα μέλη της ομάδας επεξεργάζονται τη βιωμένη εμπειρία τους κάτω από το νέο πρίσμα της δικής τους αυθεντικής απόκρισης και της ανεπιφύλακτης αποδοχής του τραυματισμένου παιδιού/εφήβου ως ανθρώπινη ολότητα ξέχωρα από συμπεριφορές και μέσω του φακού του τραύματος, της κατανόησης του τραύματος και της ποικιλίας των εκφράσεών του.

### **Προετοιμασία για το κλείσιμο**

Τα μέλη της ομάδας ενημερώνονται από τη συντονίστρια ότι η πέμπτη συνάντηση βαίνει προς το τέλος της.

### **ΚΛΕΙΣΙΜΟ (Διάρκεια 10')**

#### **Άσκηση χαλάρωσης**

#### **«Η σιωπή»**

**Στόχος:** Η χαλάρωση και η αυτοσυγκέντρωση

**Υλικά:** Ένα κερί

**Οδηγίες:** Ας καθίσουμε αναπαυτικά στον κύκλο μας, χαλαρώνοντας το σώμα μας και την αναπνοή μας σε απόλυτη ηρεμία και σε συνθήκη σιωπής. Θα εστιάσουμε, σιωπηλοί, την προσοχή μας στη φλόγα αυτού του κεριού που βρίσκεται στο κέντρο του κύκλου μας για 5 λεπτά.

Όταν ο χρόνος των 5 λεπτών περάσει θα σας δώσω το σήμα της λήξης της συνάντησής μας με ένα άκουσμα μουσικής.

*(Πηγή: Ζ. Αρχοντάκη-Δ. Φιλίππου 2003, 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων, Εκδόσεις Καστανιώτη)*

- ❖ Εδώ ολοκληρώθηκε η πέμπτη συνάντησή μας.
  - Στο τέλος κάθε συνάντησης ακούγεται ένα μουσικό θέμα ως μουσική επένδυση για την ομαλότερη μετάβαση στην ενέργεια της αποχώρησης.

Μουσικό θέμα λήξης 5<sup>η</sup> Συνάντησης:

**Μάνος Χατζιδάκις - Χορός**

<https://www.youtube.com/watch?v=hx6mh9BkL2M>



## 6<sup>η</sup> Συνάντηση

«Άφησε την ομορφιά αυτού που αγαπάς να γίνει αυτό που κάνεις»

**Jalaluddin Rumi**

Πέρσης ποιητής του 13ου αιώνα

### Θεματική ενότητα:

### ΜΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΑΛΛΟ ΤΡΟΠΟ ΥΠΑΡΞΗΣ & ΖΩΗΣ

«Συνυπάρχουμε με ενσυναίσθηση για τον εαυτό και ο ένας για τον άλλο»

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

**Βασικός στόχος:** Η ανάδειξη της σημασίας της ενσυναίσθησης στην ενδυνάμωση και στην προσωπική εξέλιξη

**Επιμέρους στόχοι:** 1. Η κατανόηση του ρόλου της ενσυναίσθησης στο «χτίσιμο» μιας υγιούς συλλογικότητας  
2. Η ανάδειξη της σημαντικότητας της μη λεκτικής γλώσσας στην επικοινωνία και στην ενσυναίσθηση

- ❖ **Σημείωση:** Σε κάθε νέα συνάντηση τα μέλη αλλάζουν τις θέσεις τους στον κύκλο ώστε να βρίσκονται κάθε φορά με έναν άλλο μέλος της ομάδας δίπλα τους με στόχο την εξοικείωση με τη συνύπαρξη όλων των μελών της ομάδας.
- ❖ Ακούγεται το μουσικό θέμα έναρξης κάθε συνάντησης:

**Dmitri Shostakovich - Waltz No.2 ( One hour version )**

[https://www.youtube.com/watch?v=LPG\\_WUgHbis](https://www.youtube.com/watch?v=LPG_WUgHbis)

### ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΦΑΣΗ (Διάρκεια 30΄)

- ❖ Στο ξεκίνημα της συνάντησης δίνεται χώρος και χρόνος για να εκφραστούν ελεύθερα τα μέλη της ομάδας είτε σε σύνδεση με όσα διαδραματίστηκαν στην 5<sup>η</sup> συνάντηση είτε για κάποιο θέμα που τους απασχολεί ή επιθυμούν να συζητήσουν.

**«Εστίαση στο εδώ και τώρα»:** Η συντονίστρια για να επικεντρωθεί η ομάδα στο εδώ και τώρα, προσκαλεί τα μέλη να σχηματίσουν όρθιοι κύκλο, να εστιάσουν την προσοχή στην αναπνοή τους, να αισθανθούν ο ένας την ενέργεια του άλλου στη συνύπαρξή τους στον κύκλο της ομάδας. Επισημαίνει ότι η παρούσα συνάντηση είναι η τελευταία και ότι η ολοκλήρωσή της θα

σηματοδοτήσει και το τέλος του προγράμματος. Προσκαλεί τα μέλη της ομάδας να αναγνωρίσουν και να αναφερθούν στο συναίσθημα της παρούσας στιγμής, να το μοιραστούν και να προχωρήσουν προς την ολοκλήρωση του συμβουλευτικού προγράμματος.

### **1<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 20')**

**Άσκηση εξοικείωσης στην αναγνώριση μη λεκτικών μηνυμάτων**

**«Ας κατανοήσουμε ο ένας τον άλλο με ενσυναίσθηση χωρίς λόγια»**

**Στόχος: Ευαισθητοποίηση στη μη λεκτική επικοινωνία**

**Υλικά: Μαντήλια για κάλυψη ματιών**

**Οδηγίες:**

Η συντονίστρια καλεί τα μέλη να μη χρησιμοποιούν από εδώ και πέρα καθόλου τη λεκτική επικοινωνία. Για όλα τα μηνύματα που θέλουν να επικοινωνήσουν θα πρέπει να βρουν εναλλακτικούς τρόπους μη λεκτικής επικοινωνίας. Δίνονται αρχικά οι οδηγίες και απαντώνται οι όποιες απορίες και διευκρινήσεις. Η συντονίστρια κρατάει τους χρόνους. Με ένα ηχητικό σήμα σηματοδοτείται το πέρασμα από τη μια δραστηριότητα στην επόμενη.

**1<sup>ο</sup> Στάδιο:** Περπατάμε στο χώρο ελεύθερα , αλληλεπιδρούμε μη λεκτικά με εκφράσεις προσώπου ή νεύματα και επιλέγουμε το ζευγάρι μας. Ο ένας καλύπτει τα μάτια του με ένα μαντήλι παριστάνοντας τον τυφλό και ο άλλος τον οδηγεί υποστηρίζοντας τον να περπατήσουν μαζί μια απόσταση. Όταν φτάνουν στον προορισμό τους γίνεται εναλλαγή των ρόλων στα ζευγάρια (2' + 2'). Όταν ολοκληρωθεί η εναλλαγή αφαιρούν το μαντήλι και μεταβαίνουν στο επόμενο στάδιο.

**2<sup>ο</sup> Στάδιο:** Καθόμαστε σε δυο αντικριστά καθίσματα και ενώνουμε τα χέρια μας ( ο ένας πιάνει την εσωτερική πλευρά των αγκώνων του άλλου που έχει προτείνει τα χέρια του ). Μένουμε σε αυτή τη θέση για 5 λεπτά προσπαθώντας να μη χάσουμε τη βλεμματική επαφή. Επικοινωνούμε δε κοιτάμε απλώς το άλλο πρόσωπο. Αδειάζουμε το μυαλό μας από σκέψεις, επιτρέπουμε στον εαυτό μας να είναι παρών σε σύνδεση με τον άλλο άνθρωπο. Παρατηρούμε τον εαυτό μας, φέρνουμε την προσοχή στην αναπνοή μας, παρατηρούμε τις αντιδράσεις του σώματος μας, τα συναισθήματα που αναδύονται και ταυτόχρονα είμαστε ανοιχτοί και επικοινωνούμε λαμβάνοντας τα μηνύματα του άλλου προσώπου.

**Επεξεργασία:** Λήγει η «απαγόρευση» λεκτικής επικοινωνίας και τα μέλη διερευνούν τα συναισθήματα, τις σκέψεις που αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια της άσκησης.

*(Πηγή: Δραστηριότητα που δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα, βασισμένη στη βιβλιογραφία και με επιρροές ασκήσεων για τη μη λεκτική επικοινωνία)*

## **ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (Διάρκεια 90΄)**

- ❖ **Αναφορά στην αξία της ενσυναίσθησης στη ζωή μας στο πλαίσιο του συλλογικού τραύματος της πανδημίας που βιώνουμε (Διάρκεια 5΄)**

### **2<sup>η</sup> βιοματική δραστηριότητα (Διάρκεια 15΄)**

**Παιχνίδι ρόλων: «Σε ακούω με ενσυναίσθηση»**

**Στόχος: α) Η ανάπτυξη ενσυναίσθησης μεταξύ των αρωγών**

**β) Η ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση**

**γ) Η ανάπτυξη ειλικρινών σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ αρωγών**

**Οδηγίες:** Η ανάπτυξη ειλικρινών ενσυναισθητικών σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ αρωγών είναι ζωτικής σημασίας για την καθημερινή ψυχοσυναισθηματική μας ενδυνάμωση και την αποτελεσματικότητα στην εργασία μας με τα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά και εφήβους. Το «χτίσιμο» μιας υγιούς συλλογικότητας – ομάδας που με συλλογική απόφαση, καταμερισμό και φροντίδα θα αντιμετωπίζει τις δυσκολίες που παρουσιάζονται, στηρίζεται σε αυτές τις σχέσεις.

Χωριζόμαστε σε ζευγάρια και καθόμαστε αντικριστά. Συνομιλούμε με ενεργητική ακρόαση και ενσυναισθητική απόκριση πάνω στο θέμα:

- Πως βιώνω την πανδημία;
- Ποιοι είναι οι φόβοι μου;
- Πως σκέφτομαι τη ζωή μου μετά την πανδημία;

Έχουμε 5 λεπτά ο καθένας για να μιλήσουμε για το παραπάνω θέμα.

Στη συνέχεια παίρνει το λόγο ο συνομιλητής.

**Επεξεργασία:** Τα ζευγάρια επιστρέφουν στον κύκλο και μοιράζονται με την ομάδα το πώς αισθάνθηκαν ακούγοντας ενεργητικά με ενσυναίσθηση έναν άλλο άνθρωπο, τον συνάδελφό τους, να μιλάει από την προσωπική του οπτική για ένα κοινό βίωμα που αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι. Πόσο κοινές είναι οι οπτικές μας απέναντι στο θέμα της πανδημίας;

### **3<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 20´)**

« Η ομάδα μας: ένα συλλογικό εικαστικό έργο »

**Στόχος:** α) Η βίωση της ενσυναίσθησης μέσα στη συλλογικότητα της ομάδας

β) Η ανάπτυξη της συνεργατικότητας

γ) Η έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων στην ομάδα

**Υλικά:** Χαρτί του μέτρου, μαρκαδόροι, φωτογραφίες

**Οδηγίες:** Θα ήθελα να μας προσκαλέσω τώρα όλους , σαν ομάδα που δουλέψαμε με το ψυχικό τραύμα και την ενσυναίσθηση, να φέρουμε στη μνήμη μας τις συναντήσεις μας, να αναστοχαστούμε όλα όσα κάναμε μέχρι και σήμερα και να αποτυπώσουμε σε μια συλλογική ζωγραφιά ότι εκφράζει τον/την καθένα/καθεμιά μας . Με σχέδια, με χρώματα, με σύμβολα, με λέξεις, με ότι εικαστικό τρόπο θέλουμε να εκφράσουμε τα συναισθήματά μας και την ενσυναισθητική μας συνύπαρξη σε αυτή την ομάδα.

Στο κέντρο του κύκλου τοποθετείται το χαρτί και τα χρώματα. Επιλέγουμε μια αναπαυτική θέση ο καθένας κατά μήκος της επιφάνειας του χαρτιού και ξεκινάμε να ζωγραφίζουμε. Έχουμε στη διάθεσή μας 20 λεπτά.

### **❖ Αξιολόγηση του συμβουλευτικού προγράμματος (Διάρκεια 50´)**

**Οδηγίες:** Τα μέλη της ομάδας σε ένα έντυπο καλούνται να εκφράσουν τον βαθμό ικανοποίησης τους (βαθμολογώντας από 1- 5) για στοιχεία και στόχους του προγράμματος όπως:

A) η ομαδικότητα

B) η ενσυναισθητική απόκριση της συντονίστριας

Γ) η προσωπική συμμετοχή

Δ) η ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση

E) η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης

Z) η σαφήνεια του περιεχομένου

H) η χρησιμότητα των γνώσεων και δεξιοτήτων που παρουσιάστηκαν

Θ) η δυνατότητα επαγγελματικής χρήσης

## Συζήτηση

Προχωρώντας προς την ολοκλήρωση του προγράμματος, ενθαρρύνεται η συζήτηση της ομάδας για να δοθεί ο χώρος να εκφραστούν από το κάθε μέλος της, οι εντυπώσεις από το πρόγραμμα, «τι μου έδωσε», «ποια είναι εκείνα που κρατάω», «ποιες ήταν οι αδυναμίες του» και «ο βαθμός που εκπλήρωσε τις προσδοκίες μου» .

## ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

### 4<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα (Διάρκεια 10´)

#### «Σωματικά κρουστά»

#### **Στόχος: Η παραστατική βίωση της ενσυναίσθησης**

**Οδηγίες:** Ολοκληρώνοντας τις συναντήσεις της ομάδας μας, σας προτείνω να παίξουμε μουσική με το σώμα μας. Ο καθένας από μας θα συνθέσει, όπως εκείνος θέλει, μια μικρή μελωδία κρουστών με τη βοήθεια του σώματος του. Η υπόλοιπη ομάδα θα τον ακολουθήσουμε, χωρίς να αλλάξουμε τίποτε από τη σύνθεση του, θα την επαναλάβουμε ομαδικά προσπαθώντας να αισθανθούμε το ρυθμό της.

Αυτό που θα επιχειρήσουμε αποτελεί μια συμβολοποιημένη αναπαράσταση του ορισμού της ενσυναισθητικής κατανόησης όπως την περιέγραψε παραστατικά ο Αυστριακός προσωποκεντρικός καθηγητής ψυχολογίας Peter Schmid. «**Η ενσυναισθητική κατανόηση, είναι η απόκριση σε μια μελωδία την οποία ακολουθούμε και αισθανόμαστε το ρυθμό, χωρίς να αλλάζουμε τίποτε, χωρίς να δημιουργούμε μια νέα προσωπική μελωδία**» (Schmid 2001, στο Α. Μπρούζος 2004, *Προσωποκεντρική Συμβουλευτική, Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές, «τυπωθήτω», σελ. 220*)

Αυτός ο ορισμός της ενσυναίσθησης, που εκπέμπει το σεβασμό και την αποδοχή στην κάθε μοναδικότητα της ανθρώπινης ύπαρξης, είναι και το εν κατακλείδι μήνυμα που θα ήθελα να πάρετε μαζί σας από αυτό το συμβουλευτικό πρόγραμμα.

Η ομάδα κάθεται σε κύκλο και ξεκινάει η συντονίστρια να παίζει ένα μοτίβο σωματικών κρουστών (με τα χέρια και τα πόδια, καθιστή) το οποίο επαναλαμβάνει όλη η ομάδα. Συνεχίζει με ένα δικό του μοτίβο σωματικών κρουστών ο διπλανός της συντονίστριας, δεξιά (κατά τη φορά των δεικτών του ρολογιού) και επαναλαμβάνει η ομάδα. Η άσκηση συνεχίζεται έως ότου παίξουν όλα τα μέλη ένα μουσικό μοτίβο με σωματικά κρουστά.

- ❖ Εδώ ολοκληρώθηκαν οι συναντήσεις μας και το συμβουλευτικό πρόγραμμα.  
Αποχαιρετισμός των μελών της ομάδας υπό τη μουσική του Waltz no 2 του Shostakovich με σωματικά κρουστά.

Dmitri Shostakovich: Waltz no 2 with Body Percussion

<https://www.youtube.com/watch?v=FmeMffUqJQk>

### *Λήξη προγράμματος*

## **B. Υλικά γραπτών δραστηριοτήτων του συμβουλευτικού προγράμματος**

1) Υλικό 3<sup>ης</sup> Συνάντησης προγράμματος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής  
«Κοίτα με τα μάτια μου»

3<sup>η</sup> βιωματική δραστηριότητα: «Η προσωπική μου πυξίδα»

Οδηγίες

Καθένας μας χωριστά παίρνουμε χαρτί και μολύβι και γράφουμε με λίγες λέξεις .  
Καλούμαστε να είμαστε όσο πιο διάφανοι μπορούμε με τον εαυτό μας. Αυτές οι λέξεις που θα γράψουμε δίπλα στην κάθε ερώτηση αφορούν μόνο εμάς. Είμαστε ελεύθεροι να μοιραστούμε με την ομάδα ότι εμείς θέλουμε. Η ομάδα αυτή σέβεται το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του κάθε μέλους της.

**Θέμα:** Ανοίγουμε έναν δημιουργικό διάλογο με τον εαυτό μας. Τον ρωτάμε:

3. Ποια είναι **τα χαρακτηριστικά μου στοιχεία** για τα οποία εκτιμώ και αποδέχομαι βαθιά τον εαυτό μου;
4. α) Ποιες είναι **οι σημαντικότερες αξίες** που πιστεύω στη ζωή μου;  
  
β) Τις τηρώ στην καθημερινότητά μου;  
  
γ) Ποιες είναι οι περιπτώσεις που δυσκολεύομαι να ενεργήσω με βάση τις αξίες μου;
3. α) Ποια είναι **τα δυνατά μου σημεία** τα πιο σημαντικά για μένα;  
Δηλαδή, σε τι είμαι καλύτερη/-ος στη ζωή μου;

- β) Πως αισθάνομαι για το καθένα από αυτά;
4. Πως αισθάνομαι για όσα έχω πετύχει μέχρι τώρα;
5. Πως αισθάνομαι για τη ζωή που έχω τώρα;
6. Ποιες είναι **οι τωρινές μου ανάγκες** που επιλέγω να ασχοληθώ για να τις ικανοποιήσω;
7. α) Ποια **συναισθήματα** έχω τώρα για τον εαυτό μου σε σχέση με τις ανάγκες μου;
- β) Με θεωρώ αρκετά ικανή/-ό; **Ποιες** εκτιμώ ότι **είναι οι δυσκολίες μου**;
- γ) Πιστεύω στις δυνατότητες μου να ικανοποιήσω τις ανάγκες μου;
8. Αναγνωρίζω **τα προσωπικά μου όρια**; Δηλαδή, όταν δυσκολεύομαι ζητάω βοήθεια ή παρόλη τη δυσκολία προτιμώ να κάνω όλα μόνη/-ος μου;
9. α) Ποιος είναι **ο τρόπος που** συνήθως **φέρομαι στον εαυτό μου**:  
με αυστηρότητα ή με τρυφερότητα;
- β) Όταν κάνω λάθος κατηγορώ τον εαυτό μου ή του αναγνωρίζω το δικαίωμα στο λάθος και την αποτυχία ως μέρος της ζωής και τον συγχωρώ;
10. Απευθύνομαι **στον εαυτό μου** με το όνομα μου, σε β' πρόσωπο και του **προσφέρω μια πρόταση αγάπης και τρυφερότητας**. Τι θα του έλεγα;

## ΟΙ ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΜΟΥ

**Τα χαρακτηριστικά μου στοιχεία για τα οποία εκτιμώ και αποδέχομαι βαθιά τον εαυτό μου**

**Οι σημαντικότερες αξίες που πιστεύω στη ζωή μου**

**Τα δυνατά μου σημεία**

**Πως αισθάνομαι για το καθένα από αυτά**

Ποια είναι τα πράγματα που κάνω καλύτερα:

**Πως αισθάνομαι για όσα έχω πετύχει ως τώρα**

**Πως αισθάνομαι για τη ζωή που έχω τώρα**



### ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΟΥ

Οι τωρινές μου ανάγκες που επιλέγω να ασχοληθώ για να τις ικανοποιήσω

--

--

--

--

--

--

**Συναισθήματα που έχω τώρα για τον εαυτό μου σε σχέση με τις ανάγκες μου**

Με θεωρώ αρκετά ικανή/-ό;

Ποιες είναι οι δυσκολίες μου

Πιστεύω στη δυνατότητα μου να ικανοποιήσω τις ανάγκες μου;

<b>Τα προσωπικά μου όρια</b>	
Ζητάω βοήθεια όταν δυσκολεύομαι	Παρόλη τη δυσκολία προτιμώ να κάνω όλα μόνη/-ος μου
<b>Ο τρόπος που συνήθως φέρομαι στον εαυτό μου όταν αποτυγχάνω ή κάνω λάθος</b>	
<b>Μια πρόταση αγάπης και τρυφερότητας στον εαυτό μου (σε β' πρόσωπο με το όνομα μου)</b>	

2) Υλικό 6<sup>ης</sup> Συνάντησης προγράμματος

❖ Αξιολόγηση του συμβουλευτικού προγράμματος (Διάρκεια 50')

(Πηγή: Αρχοντάκη & Φιλίπου,2003)

<b>ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ (Βαθμολογία 1-5)</b>											
	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ										ΣΥΝΟΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>ΟΜΑΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>											
<b>ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑΣ</b>											
<b>ΣΑΦΗΝΕΙΑ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ</b>											
<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ</b>											
<b>ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ</b>											
<b>ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ</b>											
<b>ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΓΝΩΣΕΩΝ-ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ</b>											
<b>ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ</b>											

## Παράρτημα II



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «Επιστήμες της Αγωγής»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «Εφαρμοσμένη Συμβουλευτική Ψυχολογία»

---

Έντυπο ενημέρωσης & πρόσκλησης συμμετοχής  
στο πρόγραμμα προσωποκεντρικής συμβουλευτικής  
«Κοίτα με τα μάτια μου»

---

***Προς τις/τους συναδέλφους***

***σε Δημόσιες και ιδιωτικές Δομές φιλοξενίας παιδιών/εφήβων***

***Παιδικής Προστασίας & Προσωρινής Υποδοχής***

Ονομάζομαι Αικατερίνη Χάμου, και υπηρετώ στη Μονάδα Προστασίας Παιδιού Ιωαννίνων. Αυτό το διάστημα εκπονώ τη μεταπτυχιακή διπλωματική μου εργασία με θέμα: «Η επίδραση της ενσυναίσθησης στη σχέση επαγγελματιών φροντιστών και παιδιών/εφήβων με ψυχικό τραύμα. Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση του προσωποκεντρικού συμβουλευτικού προγράμματος καλλιέργειας ενσυναίσθησης "Κοίτα με τα μάτια μου!" σε επαγγελματίες φροντιστές».

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης και καλλιέργειας της ενσυναίσθησης που απευθύνεται σε επαγγελματίες φροντιστές (διαφόρων ειδικοτήτων) παιδιών/εφήβων με ψυχικό τραύμα (που έχουν βιώσει παραμέληση, κακοποίηση, εγκατάλειψη, ακραία στερημένες, από τα απαραίτητα, συνθήκες ζωής).

Σκοπός του προγράμματος είναι η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης ως τρόπος σχέσης και απόκρισης και συνδέεται με τη μείωση των επιπέδων του στρες που

παρατηρείται σε ένα απαιτητικό επάγγελμα προσφοράς σαν αυτό των φροντιστών παιδιών/εφήβων με ψυχικό τραύμα όπως και σε πλήθος άλλων ανθρωπιστικών επαγγελμάτων.

Επιπρόσθετα , κύριους σκοπούς του προγράμματος αποτελούν:

α) η ψυχοσυναισθηματική ενδυνάμωση των επαγγελματιών φροντιστών μέσα από την ενίσχυση της ικανότητάς τους να νοηματοδοτούν ορθά τις τραυματικές συμπεριφορές καθώς και μέσα από:

- την ενίσχυση του αισθήματος αποδοχής προς τον εαυτό και τους άλλους
- την ανάδειξη της έκφρασης γνησιότητας του αληθινού εαυτού κι όχι κάποιου επαγγελματικού προσώπου
- την εξοικείωση και χρήση της μεθόδου της ενεργητικής ακρόασης
- την βελτίωση των επιπέδων της ενσυναισθητικής κατανόησης του εαυτού και του άλλου
- την εξάσκηση στην αναγνώριση και τη χρήση των μη λεκτικών μηνυμάτων επικοινωνίας και της γλώσσας του σώματος

β) η προσέγγιση των προϋποθέσεων (αποδοχή, γνησιότητα, ενεργητική ακρόαση - ενσυναίσθηση) για τη θεμελίωση αμοιβαίων σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των φροντιστών και των παιδιών/εφήβων με ψυχικό τραύμα αποσκοπώντας στην ανάκαμψη από την τραυματική εμπειρία.

γ) η ευζωία και η βελτίωση της ψυχοσυναισθηματικής ισορροπίας τόσο των επαγγελματιών φροντιστών όσο και των παιδιών/εφήβων που φιλοξενούνται στις δομές φιλοξενίας και παιδικής προστασίας .

Η εφαρμογή του βιωματικού συμβουλευτικού προγράμματος «Κοίτα με τα μάτια μου!» θα αξιολογηθεί, για την αποτελεσματικότητά του, στους συμμετέχοντες με τη βοήθεια ανώνυμων ερωτηματολογίων που θα κληθούν να συμπληρώσουν για το δευτερογενές τραυματικό στρες και την ενσυναίσθηση σε τρεις χρονικές περιόδους - πριν, μετά και μετά από την παρέλευση ενός μήνα από την υλοποίησή του. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στην οποία θα κληθείτε διαρκεί περίπου 20 λεπτά.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εντελώς εμπιστευτική, οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν ανώνυμες, θα αποθηκευτούν με κωδικούς και όχι με ονόματα και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Το «Κοίτα με τα μάτια μου!» είναι ένα βιωματικό συμβουλευτικό πρόγραμμα ψυχοσυναισθηματικής ενδυνάμωσης και καλλιέργειας της ενσυναίσθησης συνολικής διάρκειας 12 ωρών που κατανέμονται σε 6 συναντήσεις των 2 ωρών η καθεμιά. Ο χρόνος και η συχνότητα των συναντήσεων θα αποφασιστεί από κοινού με τις / τους συναδέλφους που θα αποδεχθούν αυτή την πρόσκληση και θα αποτελέσουν τα μέλη της ομάδας του προγράμματος. Το πρόγραμμα θα πραγματοποιηθεί σε χώρο του Κέντρου Παιδικής Προστασίας Ιωαννίνων.

Το πρόγραμμα ακολουθεί την προσωποκεντρική αρχή της μη κατευθυντικότητας, δηλαδή τη δημιουργία ενός χαλαρού κλίματος ισότιμης συνεργατικότητας μεταξύ των μελών της ομάδας (στα μέλη συγκαταλέγεται και η συντονίστρια που συμμετέχει ενεργά στην αλληλεπίδραση της ομάδας), ενός κλίματος απαλλαγμένου από φόβους, άγχη και άσκηση κριτικής και αξιολόγησης όπου μέσω της λογοποίησης της συναισθηματικής διάστασης των προβλημάτων μπορεί να προωθήσει την αυτοεξερεύνηση του κάθε μέλους.

Επίσης, με τον όρο «μη κατευθυντικότητα» εννοούμε ότι ο/η κάθε συμμετέχοντας/-ουσα είναι ελεύθερος/η να επιλέξει τον τρόπο που θα συμμετέχει στις βιωματικές ασκήσεις και εάν θέλει να μοιραστεί με την ομάδα σκέψεις, ιδέες και συναισθήματα μέσα σε μια διαδικασία η οποία θα σέβεται την προσωπικότητα, το ρυθμό και την επεξεργασία που επιλέγει ελεύθερα ο/η ίδιος/α να πραγματοποιήσει.

Οι θεματικές ενότητες των 6 συναντήσεων του προγράμματος είναι οι ακόλουθες:

**1<sup>η</sup> Συνάντηση** «Γνωριμία με ένα ενσυναισθητικό τρόπο σε μια ομάδα»

**Θεματική ενότητα: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ**

**Βασικός στόχος:** Καλλιέργεια του αισθήματος ασφάλειας των μελών στο πλαίσιο της ομάδας μέσα από τη βίωση ενός κλίματος άνευ όρων αποδοχής τους

**2<sup>η</sup> Συνάντηση** «Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην τραυματική εμπειρία»

**Θεματική ενότητα: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΤΡΑΥΜΑ**

**Βασικός στόχος:** Η νοηματοδότηση και κατανόηση των τραυματικών συμπεριφορών που συναντούν οι επαγγελματίες φροντιστές στα παιδιά και

εφήβους με τραύμα και η ευαισθητοποίηση τους ως προς τη δημιουργία μιας ενσυναισθητικής σχέσης σεβασμού και εμπιστοσύνης ως παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής τόσο για την ανάκαμψη των παιδιών/εφήβων από την τραυματική εμπειρία όσο και για την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία των αρωγών.

**3<sup>η</sup> Συνάντηση** «- Είναι αρκετό για μένα να είμαι ο εαυτός μου.  
-Είναι αρκετό για μένα να είσαι ο εαυτός σου.»

**Θεματική ενότητα: ΕΚΦΡΑΣΗ ΓΝΗΣΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΦΥΛΑΚΤΗΣ**

### **ΘΕΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ**

**Βασικός στόχος:** Η ευαισθητοποίηση στη θεμελιώδη σημασία και προστατευτική αξία που έχει η γνήσια επικοινωνία των συναισθημάτων μας και η ανεπιφύλακτη αποδοχή του εαυτού και των άλλων στην ανάπτυξη μιας ενσυναισθητικής σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού.

**4<sup>η</sup> Συνάντηση** «Κοίτα με τα μάτια μου»

**Θεματική ενότητα: ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ**

### **ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ**

### **ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ**

**Βασικός στόχος:** Εξοικείωση με την ενεργητική ακρόαση και την ενσυναισθητική απόκριση

**5<sup>η</sup> Συνάντηση** «Κοίτα με τα μάτια μου»

**Θεματική ενότητα: ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ**

### **Η ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ**

**Βασικός στόχος:** Η κατανόηση της σημασίας της καθημερινής χρήσης της ενεργητικής ακρόασης με γνησιότητα και ενσυναισθητικό ενδιαφέρον στην επίλυση δύσκολων τραυματικών, και μη, συμπεριφορών στη διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ αρωγών και αρωγών – παιδιών.

**6<sup>η</sup> Συνάντηση**

«Άφησε την ομορφιά αυτού που αγαπάς να γίνει αυτό που κάνεις»

**Jalaluddin Rumi**

Πέρσης ποιητής του 13ου αιώνα

**Θεματική ενότητα:**

### **ΜΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΑΛΛΟ ΤΡΟΠΟ ΥΠΑΡΞΗΣ & ΖΩΗΣ**

**«Συνυπάρχουμε με ενσυναίσθηση για τον εαυτό και ο ένας για τον άλλο»**

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

**Βασικός στόχος:** Η ανάδειξη της σημασίας της ενσυναίσθησης στην ενδυνάμωση και στην προσωπική εξέλιξη και η αξιολόγηση του συμβουλευτικού προγράμματος.

**Αγαπητές/-οι συνάδελφοι,**

Θα ήταν ιδιαίτερη τιμή και χαρά για μένα να αποδεχτείτε την πρόσκληση συμμετοχής στο συμβουλευτικό πρόγραμμα «Κοίτα με τα μάτια μου» και να αξιολογήσετε την αποτελεσματικότητά του.

Σας προσκαλώ, την/τον κάθε μία/έναν σας ξεχωριστά, να συμμετάσχετε στις ομάδες του προγράμματος οι οποίες και θα το πραγματοποιήσουν.

Επικοινωνία για δηλώσεις συμμετοχής:

Τηλέφωνο: 6978002964 & E-mail: catehamou@yahoo.gr

Ιωάννινα, Μάιος 2021

Με εκτίμηση,  
Αικατερίνη Χάμου

Υπογραφή



## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

---

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ»

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**  
**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**  
**ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ**

**Ιωάννινα 2021**

## Ενημέρωση για το Ερωτηματολόγιο

Αυτό το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε σας ως επαγγελματίες φροντιστές (διαφόρων ειδικοτήτων) παιδιών/εφήβων με ψυχικό τραύμα και αποτελεί μέρος μιας μεταπτυχιακής έρευνας που έχει ως στόχο να διερευνήσει την επίδραση της ενσυναίσθησης στον ψυχικά τραυματισμένο άνθρωπο και στο δευτερογενές τραυματικό στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα μέσα από την καθημερινή επαφή τους με τον συναισθηματικό πόνο των άλλων ανθρώπων.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και αποτελείται από δυο ενότητες.

Η **πρώτη ενότητα** ενσωματώνει κάποια βασικά δημογραφικά, επαγγελματικά και ατομικά στοιχεία των συμμετεχόντων και διερευνά την ύπαρξη δευτερογενούς μετατραυματικού στρες με βάση την κλίμακα της Δευτερογενούς Μετατραυματικής Συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale» (STSS, Bride et al ., 2004) που αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικού στρες που συνδέεται με την έκθεση των επαγγελματιών ανθρωπιστικών επαγγελμάτων σε πληθυσμούς που έχουν βιώσει τραύμα.

Στη συνέχεια διερευνάται η συσχέτιση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες με τη σωματική και ψυχική υγεία μέσα από τη χρήση της ψυχομετρικής κλίμακας αυτό-αξιολόγησης της Γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας «General Health Questionnaire GHQ-28»(Goldberg & Hillier, 1977).

Η **δεύτερη ενότητα** αποτελείται από την κλίμακα «Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης» (Interpersonal Reactivity Index, Davis, M. H., 1980) που συνιστά μια αξιόπιστη κλίμακα αξιολόγησης της ενσυναίσθησης.

- ❖ **Παρακαλούμε να συμπληρώσετε ανώνυμα το ερωτηματολόγιο.**
- ❖ Έχει σημασία να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια ακόμη κι αν φαίνεται κάποιες να μη ισχύουν για εσάς.
- ❖ Παρακαλούμε να βεβαιώνεστε ότι διαβάσατε κάθε ερώτημα προσεκτικά πριν απαντήσετε.
- ❖ Σας βεβαιώνουμε ότι διατηρείται στο ακέραιο η ανωνυμία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο και ότι τα προσωπικά σας δεδομένα δεν θα κοινοποιηθούν.

- ❖ Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές, θα αποθηκευτούν με τη χρήση κωδικών και η χρήση τους θα γίνει μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας εργασίας.
- ❖ Παρακαλούμε να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε κάθε ερώτημα καθώς οι ολοκληρωμένες απαντήσεις σας θα συμβάλουν σημαντικά στην αποτύπωση της πραγματικής εικόνας των αναγκών που εξετάζει η παρούσα έρευνα και θα βοηθήσουν να εξαχθούν τα σωστά συμπεράσματα για την εξεύρεση λύσεων.
- ❖ Στον κωδικό συμμετοχής γράφετε το αρχικό γράμμα του ονόματος της μητέρας σας, το αρχικό γράμμα του ονόματος του πατέρα σας και την ημέρα και μήνα των γενεθλίων σας (για παράδειγμα ΕΚ0602).

***Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 20 λεπτά.  
Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εντελώς εμπιστευτική, οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.***

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία σας

## Ενότητα 1η

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ - ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλώ σημειώστε με **✓** ή συμπληρώστε την απάντησή σας με **κεφαλαία γράμματα** στον χώρο που παρέχεται.

1. Φύλο Άνδρας  Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Οικογενειακή κατάσταση Άγαμη/ος  Παντρεμένη/ος

Ζω με σύντροφο  Χήρα/ος  Διαζευγμένη/ος

4. Αριθμός παιδιών

#### 5. Εκπαίδευση

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΛΥΚΕΙΟ (ΓΕΛ- ΤΕΛ- ΕΠΑΛ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ/ΑΛΛΟ)

ΜΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΜΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ι.Ε.Κ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ / ΑΛΛΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΑΛΛΟ (αναφέρετε): .....

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ

Άλλη εκπαίδευση ονομαστικά: .....

6. Πόλη Εργασίας: .....

## 7. Χώρος Εργασίας

Δημόσια δομή φιλοξενίας παιδιών/εφήβων με τραύμα

Δημόσια δομή εκπαίδευσης παιδιών/εφήβων με τραύμα

Δομή ΜΚΟ φιλοξενίας παιδιών/εφήβων με τραύμα

Δομή ΜΚΟ εκπαίδευσης παιδιών/εφήβων με τραύμα

8. Επαγγελματική εμπειρία στον τομέα σας: ..... χρόνια

9. Επαγγελματική εμπειρία στη θέση που εργάζεστε τώρα: ..... χρόνια

## 10. Θέση εργασίας

Βοηθητικό προσωπικό  
(Εστίασης- Καθαριότητας)

Επαγγελματίας Οδηγός

Διοικητικό προσωπικό

Κοινωνική/-ος Φροντιστής

Επιμελήτρια/Επιμελητής

Νοσοκόμα/Νοσοκόμος

Νοσηλεύτρια/Νοσηλευτής

Κοινωνική/-ος Λειτουργός

Εκπαιδευτικός

Σύμβουλος ψυχικής υγείας

Ψυχολόγος

Άλλο

Αναφέρετε: .....

## 11. Σχέση εργασίας

1. Δημόσιος υπάλληλος  Ιδιωτικός υπάλληλος

2. Μόνιμη /-ος  Με σύμβαση

## 12. Χρόνος εργασίας

Εργάζεστε σε :

Πρωινό ωράριο συνεχόμενα

Απογευματινό ωράριο συνεχόμενα

Πρωινό και απογευματινό ωράριο με εναλλαγή

Κυκλικό ωράριο (πρωί-απόγευμα-νύχτα)

13. Αριθμός παιδιών που φροντίζετε στην υπηρεσία σας: ..... παιδιά

14. Αριθμός συναδέλφων που συνεργάζεστε συνήθως στην υπηρεσία σας;

1 - 3  4 -7  7-10  Περισσότεροι από 10

15. Θεωρείτε ότι το προσωπικό στη δομή σας εργάζεται σαν ομάδα;

Πάντα  Τις περισσότερες φορές  Κάποιες φορές  Σπάνια

16. Η σχέση σας με τους συναδέλφους χαρακτηρίζεται από συναδελφικότητα ,

αλληλοβοήθεια και δίκαιο καταμερισμό ευθυνών ανάλογα με την ειδικότητα;

Πάρα πολύ  Πολύ  Αρκετά  Λίγο  Καθόλου

17. Πόσο ικανοποιημένη/-ος νιώθετε από την εργασία σας συνολικά;

Πάρα πολύ  Πολύ  Αρκετά  Λίγο  Καθόλου

**18. Έχετε ποτέ σκεφτεί να φύγετε από τη θέση σας ή να αλλάξετε εργασιακή θέση επειδή αισθανθήκατε πιεστικά και δυσάρεστα στη δομή που εργάζεστε;**

Ναι, έχω σκεφτεί να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα

Ναι, έχω σκεφτεί να αλλάξω θέση αλλά δεν έφυγα

Ναι, έχω σκεφτεί να αλλάξω θέση και έχω κάνει τις απαραίτητες ενέργειες

Όχι, ποτέ δεν σκέφτηκα να φύγω από την εργασιακή μου θέση

**19. Στην καθημερινότητα διαπιστώνετε να εκτονώνετε το στρες που βιώνετε με κάποιον από τους παρακάτω τρόπους;**

1. Κάπνισμα

2. Αλκοόλ

3. Υπερκατανάλωση φαγητού

4. Υπερκατανάλωση γλυκισμάτων

5. Άλλο (αναφέρετε): .....

**20. Πόσο συχνά γυμνάζεστε;**

Καθόλου

1-2 φορές την εβδομάδα

3-4 φορές την εβδομάδα

Καθημερινά

**21. Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός στη ζωή σας τα τελευταία χρόνια (απώλεια αγαπημένου προσώπου, ασθένεια, διαζύγιο, τροχαίο ατύχημα, αιφνίδια απώλεια εργασίας ή άλλη κατάσταση) ;**

Ναι

Όχι

**22. Πόσο σας έχει επιβαρύνει ψυχολογικά η συνθήκη της πανδημίας Covid -19;**

Πάρα πολύ

Πολύ

Αρκετά

Λίγο

Καθόλου



### Κλίμακα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν στον τρόπο που ενδεχόμενα έχετε αισθανθεί ως επαγγελματίες φροντίδας, ερχόμενοι σε επαφή με παιδιά και εφήβους που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες. Παρακαλούμε, σημειώστε πόσο συχνά η κάθε πρόταση ήταν αληθινή για εσάς τις τελευταίες 7 μέρες, **κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό** δίπλα από αυτήν. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Εάν δεν έχετε βιώσει ποτέ μια συγκεκριμένη κατάσταση επιλέξτε την επιλογή (1) «Ποτέ» στη στήλη «ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ».

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
		Ποτέ	Αραιά/ Σπάνια	Περιοδικά	Συχνά	Πολύ Συχνά
		1	2	3	4	5
<b>1</b>	Νιώθω συναισθηματικά μουδιασμένος/-η.	1	2	3	4	5
<b>2</b>	Η καρδιά μου χτυπάει όταν σκέφτομαι τη δουλειά μου με τα παιδιά.	1	2	3	4	5
<b>3</b>	Νιώθω σα να ζω και εγώ την τραυματική εμπειρία/εμπειρίες που μου περιέγραφε πως υπέστη το παιδί.	1	2	3	4	5

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
		Ποτέ	Αραιά/ Σπάνια	Περιοδικά	Συχνά	Πολύ Συχνά
		1	2	3	4	5
<b>4</b>	Έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου.	1	2	3	4	5
<b>5</b>	Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου.	1	2	3	4	5
<b>6</b>	Πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τα παιδιά με αναστατώνουν.	1	2	3	4	5
		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
		Ποτέ	Αραιά/ Σπάνια	Περιοδικά	Συχνά	Πολύ Συχνά
		1	2	3	4	5
<b>7</b>	Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για να είμαι μαζί με τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
<b>8</b>	Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση.	1	2	3	4	5

<b>9</b>	Είμαι λιγότερο δραστήριος/α από το συνηθισμένο.	1	2	3	4	5
		<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>				
		<b>Ποτέ</b>	<b>Αραιά/ Σπάνια</b>	<b>Περιοδικά</b>	<b>Συχνά</b>	<b>Πολύ Συχνά</b>
		1	2	3	4	5
<b>10</b>	Σκέφτομαι συνεχώς τη δουλειά μου με τα παιδιά, χωρίς όμως να το θέλω.	1	2	3	4	5
<b>11</b>	Έχω δυσκολία να παραμείνω συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4	5
<b>12</b>	Αποφεύγω ανθρώπους, τόπους ή πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τα παιδιά.	1	2	3	4	5

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
		Ποτέ	Αραιά/ Σπάνια	Περιοδικά	Συχνά	Πολύ Συχνά
		1	2	3	4	5
<b>13</b>	Βλέπω έντονα όνειρα σχετικά με τη δουλειά μου με τα παιδιά.	1	2	3	4	5
<b>14</b>	Αποφεύγω τη συνεργασία με ορισμένα παιδιά.	1	2	3	4	5
<b>15</b>	Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα.	1	2	3	4	5
		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
		Ποτέ	Αραιά/ Σπάνια	Περιοδικά	Συχνά	Πολύ Συχνά
		1	2	3	4	5
<b>16</b>	Έχω ένα συνεχές προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί .	1	2	3	4	5

<b>17</b>	Διαπιστώνω ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με θέματα που αφορούν τα παιδιά .	1	2	3	4	5
-----------	--	---	---	---	---	---

### Κλίμακα Γενικής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας

Παρακάτω ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με κάποια σωματικά και ψυχικά ενοχλήματα. Παρακαλούμε να διαβάσετε τις ερωτήσεις αυτές προσεκτικά και **να σημειώσετε V** πάνω στο κουτάκι με την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει, ανάλογα με το εάν έχετε βιώσει κάποια από τα ενοχλήματα αυτά κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας.

Είναι σημαντικό να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ					
<b>A1</b>	<b>Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;</b>	Καλύτερα από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Χειρότερα από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
<b>A2</b>	<b>Νιώθετε έντονα την ανάγκη για κάτι τονωτικό ή διεγερτικό;</b>	Καθόλου <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
<b>A3</b>	<b>Νιώθετε εξαντλημένος/η ή /και αδιάθετος/η;</b>	Καθόλου <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως <input type="checkbox"/>

<b>A4</b>	<b>Νιώθετε πως είστε άρρωστος/η;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>A5</b>	<b>Έχετε κεφαλαλγίες;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>A6</b>	<b>Νιώθετε σφίξιμο ή πίεση στο κεφάλι;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>A7</b>	<b>Αισθάνεστε ρίγη ή εξάψεις;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>B1</b>	<b>Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχος/η από στεναχώρια;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερες από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερες από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερες από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>

<b>B2</b>	<b>Έχετε δυσκολία να διατηρήσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι μεγαλύτερη από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον μεγαλύτερη από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ μεγαλύτερη από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>B3</b>	<b>Νιώθετε να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>B4</b>	<b>Νιώθετε να είστε κακόκεφος/η και να θυμώνετε εύκολα;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>B5</b>	<b>Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>B6</b>	<b>Νιώθετε πως δεν αντέχετε άλλο και τα πάντα να σας καταπλακώνουν;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>

<b>B7</b>	<b>Νιώθετε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερένταση;</b>	Καθόλου  <input type="checkbox"/>	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Γ1</b>	<b>Καταφέρνετε να είστε δραστήριος/ια και να παραμένετε απασχολημένος/η;</b>	Περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Το ίδιο όπως συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Γ2</b>	<b>Με τι ταχύτητα κάνετε τις δουλειές σας σε σχέση με το παρελθόν;</b>	Γρηγορότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Το ίδιο όπως συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πιο αργά από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ πιο αργά από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Γ3</b>	<b>Θεωρείτε πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;</b>	Καλύτερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως  <input type="checkbox"/>	Χειρότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Γ4</b>	<b>Νιώθετε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκπληρώνετε τα καθήκοντα σας;</b>	Περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως  <input type="checkbox"/>	Λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>



<b>Γ5</b>	<b>Νιώθετε χρήσιμος/η σε σχέση με αυτά που συμβαίνουν γύρω σας;</b>	Περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως  <input type="checkbox"/>	Λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Γ6</b>	<b>Θεωρείτε πως είστε ικανός/η να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;</b>	Περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως  <input type="checkbox"/>	Λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Γ7</b>	<b>Χαίρεστε και απολαμβάνετε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;</b>	Περισσότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως  <input type="checkbox"/>	Λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Δ1</b>	<b>Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε ;</b>	Όχι, ποτέ  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Δ2</b>	<b>Νιώθετε πως δεν υπάρχει ελπίδα στη ζωή σας;</b>	Όχι, ποτέ  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>

<b>Δ3</b>	<b>Νιώθετε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;</b>	Όχι, ποτέ  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Δ4</b>	<b>Σας έχει περάσει από το μυαλό ή πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;</b>	Όχι, ποτέ  <input type="checkbox"/>	Δεν νομίζω  <input type="checkbox"/>	Έχει περάσει από το μυαλό μου κάποιες φορές  <input type="checkbox"/>	Το σκέφτομαι συνέχεια  <input type="checkbox"/>
<b>Δ5</b>	<b>Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να μην μπορείτε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;</b>	Όχι, ποτέ  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Δ6</b>	<b>Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να εύχεστε να ήσασταν νεκρός/η και να γλιτώνατε απ' όλα;</b>	Όχι, ποτέ  <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα από ότι συνήθως  <input type="checkbox"/>
<b>Δ7</b>	<b>Θεωρείτε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας είναι η καλύτερη λύση;</b>	Κατηγορηματικά  Όχι  <input type="checkbox"/>	Δεν νομίζω  <input type="checkbox"/>	Έχει περάσει από το μυαλό μου  <input type="checkbox"/>	Κατηγορηματικά  Ναι  <input type="checkbox"/>

## Ενότητα 2η

### Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης

Οι ακόλουθες δηλώσεις διερευνούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας σε ποικίλες καταστάσεις. Για κάθε δήλωση, προσδιορίστε πόσο καλά σας περιγράφει επιλέγοντας την κατάλληλη απάντηση και **κυκλώνοντας το γράμμα στο οποίο αντιστοιχεί. Διαβάστε κάθε δήλωση προσεκτικά πριν απαντήσετε.** Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λάθος» απαντήσεις.

Κάθε πρόταση βαθμολογείται σε πενταβάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από το **A (Δεν με περιγράφει καλά)** έως το **E (Με περιγράφει πολύ καλά)**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Γ</b>	<b>Δ</b>	<b>E</b>
ΔΕΝ	ΜΕ	ΜΕ	ΜΕ	ΜΕ
ΜΕ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΚΑΛΑ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ
ΚΑΛΑ				

	A	B	Γ	Δ	E
1. Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν.					
2. Συχνά νιώθω τρυφερότητα και νοιάζομαι για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από μένα .					
3. Μερικές φορές δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την πλευρά του άλλου .					
4. Μερικές φορές δεν αισθάνομαι πολύ συμπονετικά για τους άλλους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα.					
5. Εντρυφώ πραγματικά στα συναισθήματα των προσώπων ενός μυθιστορήματος.					

6. Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αισθάνομαι αμηχανία και ανησυχία .	A	B	Γ	Δ	E
7. Συνήθως προσπαθώ να είμαι αντικειμενικός/η όταν παρακολουθώ ένα κινηματογραφικό ή ένα θεατρικό έργο και δεν παρασύρομαι από αυτό .	A	B	Γ	Δ	E
8. Σε μια διαφωνία προσπαθώ να εξετάσω όλες τις πλευρές πριν πάρω κάποια απόφαση .	A	B	Γ	Δ	E
9. Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω κάπως προστατευτικά απέναντί του .	A	B	Γ	Δ	E
10. Μερικές φορές αισθάνομαι ανήμπορος/η όταν είμαι στο μέσο μιας κατάστασης με έντονη συναισθηματική φόρτιση .	A	B	Γ	Δ	E
11. Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα με το να φαντάζομαι πως βλέπουν τα πράγματα από τη δική τους σκοπιά .	A	B	Γ	Δ	E
12. Είναι σπάνιες οι φορές που με απορροφά ένα καλό βιβλίο ή έργο...	A	B	Γ	Δ	E
13. Όταν βλέπω κάποιον τραυματισμένο, προσπαθώ να παραμείνω ψύχραιμος .	A	B	Γ	Δ	E
14. Οι κακοτυχίες των άλλων δεν με προβληματίζουν ιδιαίτερα .	A	B	Γ	Δ	E
15. Εάν είμαι βέβαιος/η ότι έχω δίκιο σε κάτι, δεν χάνω το χρόνο μου ακούγοντας τα επιχειρήματα των άλλων .	A	B	Γ	Δ	E
16. Μετά από ένα θεατρικό έργο ή μια ταινία αισθάνομαι σαν να ήμουν ένας από τους πρωταγωνιστές .	A	B	Γ	Δ	E
17. Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια κατάσταση με έντονη συναισθηματική φόρτιση .	A	B	Γ	Δ	E
18. Όταν βλέπω να φέρονται σε κάποιον άδικα, δεν συμπάσχω συχνά μαζί του .	A	B	Γ	Δ	E
19. Συνήθως είμαι αρκετά αποτελεσματικός στο να ανταπεξέρχομαι τις δύσκολες καταστάσεις .	A	B	Γ	Δ	E
20. Συχνά επηρεάζομαι από πράγματα που βλέπω να συμβαίνουν .	A	B	Γ	Δ	E
21. Πιστεύω ότι σε κάθε κατάσταση υπάρχουν δύο πλευρές και προσπαθώ να εξετάσω και τις δύο .	A	B	Γ	Δ	E

22. Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως αρκετά συμπονετικό πρόσωπο .	A	B	Γ	Δ	E
23. Όταν βλέπω ένα καλό έργο ταυτίζομαι εύκολα με τον πρωταγωνιστή .	A	B	Γ	Δ	E
24. Έχω την τάση να χάνω τον έλεγχό μου σε έκτακτες καταστάσεις .	A	B	Γ	Δ	E
25. Όταν είμαι θυμωμένος/η με κάποιον προσπαθώ να «δωμέσα από τα μάτια του» για λίγο .	A	B	Γ	Δ	E
26. Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν αν τα γεγονότα της ιστορίας συνέβαιναν σε μένα .	A	B	Γ	Δ	E
27. Όταν βλέπω κάποιον που χρειάζεται άμεσα βοήθεια σε μια κρίσιμη κατάσταση, αποδιοργανώνομαι .	A	B	Γ	Δ	E
28. Πριν κριτικάρω κάποιον προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν εγώ στη θέση του .	A	B	Γ	Δ	E

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας

