



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συμβουλευτικές παρεμβάσεις γονέων για την ανάπτυξη του
βρέφους**

Γκώρου Γεωργία Α.Μ: 14351

Δανιηλίδου Ελένη Α.Μ: 14248

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Στρατούλα Μάντζιου

Ιωάννινα, 2016



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συμβουλευτικές παρεμβάσεις γονέων για την ανάπτυξη του
βρέφους**

Γκώρου Γεωργία Α.Μ: 14351

Δανιηλίδου Ελένη Α.Μ: 14248

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Στρατούλα Μάντζιου

Ιωάννινα, 2016

Περίληψη

Η ψυχική υγεία τόσο του γονέα όσο και του βρέφους είναι αναγκαία για την οικοδόμηση της σχέσης τους και συγκεκριμένα για τη δημιουργία ασφαλούς τύπου προσκόλλησης του βρέφους στο γονέα. Η παρούσα λοιπόν εργασία θα αναφερθεί στο θεωρητικό φάσμα αλλά και σε συμβουλευτικές παρεμβάσεις βασισμένες στη θεωρία της προσκόλλησης. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, επισημαίνονται τα ορόσημα της κοινωνικής και συναισθηματικής ζωής του βρέφους και προτείνονται συμβουλευτικές παρεμβάσεις για την ομαλή ανάπτυξη των συγκεκριμένων τομέων αλλά και γενικότερα για τη ψυχική υγεία του βρέφους. Ακόμη, η παρούσα εργασία ασχολείται με τη συναισθηματική κατάσταση και το άγχος ή και την κατάθλιψη τόσο της μητέρας όσο και του πατέρα και προτείνονται συμβουλευτικές παρεμβάσεις. Τέλος, υπογραμμίζεται η σπουδαιότητα τόσο της πρόληψης όσο και των πρώιμων συμβουλευτικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	7
--------------------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ

1.1. Διαστάσεις του όρου προσκόλληση	8
1.2. Η θεωρία του Bowlby για την προσκόλληση	9
1.3. Τα αντικείμενα της προσκόλλησης.....	12
1.4. Τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης(Internal Working Models).....	13
1.5. Αναπτυξιακά επιτεύγματα για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων προσκολλήσεων	17
1.6. Η πειραματική «συνθήκη του ξένου» (strange situation) της Ainsworth και τα είδη προσκόλλησης.....	19
1.7. Η μικροανάλυση της επικοινωνίας μητέρας- βρέφους.....	25
1.8. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις βασισμένες στην προσκόλληση	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

2.1. Διαστάσεις του όρου «Ψυχική Υγεία του βρέφους» (ΨΥΒ)	36
2.2. Διαστάσεις του «όρου γονικότητα» (parenting)	39
2.3. Πρόληψη και πρώιμες παρεμβάσεις	43
2.4. Παράγοντες κινδύνου των πρώιμων παρεμβάσεων.....	48
2.5. Στοιχεία των προγραμμάτων των πρώιμων παρεμβάσεων.....	50
2.6. Το κλινικό πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας του βρέφους.....	53
2.7. Ψυχοδυναμικές και συμπεριφοριστικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις βρεφικής ηλικίας.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

3.1. Τα συναισθήματα του βρέφους.....	69
3.2. Η συναισθηματική εκφραστικότητα του βρέφους.....	74
3.3. Η συναισθηματική επικοινωνία-συντονισμός (attunement) του βρέφους.....	75
3.4. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις των συναισθημάτων του βρέφους	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

4.1. Το χαμόγελο του βρέφους.....	83
4.2. Το κλάμα του βρέφους.....	88
4.3. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του κλάματος.....	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Το άγχος του βρέφους προς τα ξένα πρόσωπα(stranger anxiety).....	100
5.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους προς τα ξένα πρόσωπα.....	104
5.3. Το άγχος του αποχωρισμού	107
5.4. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του άγχους του αποχωρισμού.....	115

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Πρώιμες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μητέρας βρέφους	119
6.2. Η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας, το άγχος και η επιλόχειος κατάθλιψη	122
6.3 Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του άγχους και της επιλόχειας κατάθλιψης της μητέρας	125
6.4 Η προωρότητα ως παράγοντας κινδύνου στη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας	130
6.5 Συμβουλευτικές παρεμβάσεις για την προωρότητα	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Η επίδραση του πατέρα στην ανάπτυξη του βρέφους	138
7.2. Η συναισθηματική κατάσταση του πατέρα, το άγχος και η επιλόχειος κατάθλιψη	143

7.3. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του άγχους και της επιλόχειας κατάθλιψης του πατέρα.....	145
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Συζήτηση.....	153
8.2 Συμπεράσματα	155
8.3 Επίλογος.....	156

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	158
--------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	168
----------------	-----

“Everything begins in the beginning”

(«Τα πάντα ξεκινούν στην αρχή»).

Layli Maparyan.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Για την κατανόηση της ομαλής ανάπτυξης της ψυχικής υγείας του βρέφους είναι χρήσιμη η παρατήρηση των κληρονομούμενων ωριμοποιητικών παραγόντων με τους οποίους γεννιέται το βρέφος οι οποίοι επηρεάζονται από τους γονείς του και την οικογένεια-περιβάλλον-πολιτισμικούς παράγοντες καθώς και των παραγόντων που προκύπτουν από την μεταξύ τους αμοιβαία αλληλεπίδραση. Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται η ψυχική υγεία του βρέφους (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Στόχος, λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, να παρουσιάσει τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας του βρέφους και της γονικότητας και ορισμένες περιπτώσεις που χρήζουν πρώιμη παρέμβαση για την ομαλή της ανάπτυξη. Στην παρούσα εργασία τονίζεται η σημασία ύπαρξης υγιών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας αλλά και η ανάγκη πρόληψης και πιθανόν η εφαρμογή παρέμβασης σε διαταραγμένους τύπους σχέσεων μεταξύ των μελών για την ομαλή ανάπτυξη της ψυχικής υγείας του βρέφους.

Συγκεκριμένα, στο 1^ο κεφάλαιο αναπτύσσεται η έννοια της προσκόλλησης και η σημασία της για τις αλληλεπιδράσεις του βρέφους. Στο 2^ο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται οι διαστάσεις της ψυχικής υγείας του βρέφους και της γονικότητας και η ανάγκη πρόληψης και πρώιμων παρεμβάσεων. Γίνεται επίσης αναφορά σε συγκεκριμένα προγράμματα που εφαρμόζονται, τα οποία εστιάζουν κυρίως στην ενίσχυση του δεσμού της προσκόλλησης. Στη συνέχεια, το 3^ο κεφάλαιο αναφέρεται στη συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους αλλά και σε συμβουλευτικές παρεμβάσεις για τη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Στο 4^ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους μηχανισμούς κοινωνικής σηματοδότησης του βρέφους (κλάμα, χαμόγελο).

Παράλληλα, περιγράφονται τρόποι αντιμετώπισης του κλάματος. Στο 5^ο κεφάλαιο αναλύεται το άγχος του αποχωρισμού του βρέφους και αυτό προς τα ξένα πρόσωπα και παρατίθενται συμβουλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή τους. Στο 6^ο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση στη σημασία των πρώιμων αλληλεπιδράσεων μητέρας-βρέφους, στη ψυχική κατάσταση, το άγχος και την επιλόχεια κατάθλιψη της μητέρας, της προωρότητας του βρέφους ως παράγοντα κινδύνου στη συναισθηματική της κατάσταση και παρουσιάζονται στρατηγικές παρέμβασης που αποσκοπούν στη ψυχική υγεία της μητέρας. Τέλος, στο 7^ο κεφάλαιο περιγράφεται η επίδραση του πατέρα στην ανάπτυξη του βρέφους, η ψυχική του κατάσταση, το άγχος και η επιλόχειος κατάθλιψή του. Ακόμη, αναλύονται προγράμματα ενίσχυσης της ψυχικής υγείας του πατέρα κατά την μετάβασή του στη γονικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ

1.1. Διαστάσεις του όρου προσκόλληση

Η πιο σημαντική πλευρά της κοινωνικής ανάπτυξης κατά τη βρεφική ηλικία είναι η διαμόρφωση της προσκόλλησης (Feldman, 2011). Ο όρος προσκόλληση αναφέρεται στον ισχυρό συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του ή και άλλων ατόμων του στενού περιβάλλοντος κατά το πρώτο έτος της ζωής του. Η στενή αυτή σχέση χαρακτηρίζεται από αμοιβαία στοργή και την μεγάλη επιθυμία των ατόμων να βρίσκονται μαζί (Bowlby, Δημητρίου, 2012). Η προσκόλληση αποτελεί τη διαρκή συναισθηματική εγγύτητα που δεσμεύει την οικογένεια να προστατέψει το βρέφος της και να το προετοιμάσει για ανεξαρτητοποίηση και

γονικότητα. Ακριβώς επειδή λόγω της ανωριμότητάς του το βρέφος είναι εξαρτώμενο από τους γονείς του, η ποιότητα της προσκόλλησης που αναπτύσσεται μεταξύ τους αντανακλά τη σωματική και ψυχική ανάπτυξή του. Η πρόωμη προσκόλληση δημιουργεί τις βάσεις για τις διαισθητικές αντιλήψεις του βρέφους περί της ποιότητας, της αξιοπιστίας, της ασφάλειας αλλά και της χρησιμότητας των διαπροσωπικών σχέσεων, με σημαντικές συνέπειες στην συναισθηματική αυτόρκειά του αλλά και στη συμπεριφορά του προς τους άλλους. Η απαντητικότητα των γονέων δίνει νόημα στον εσωτερικό κόσμο του βρέφους και διευκολύνει την ασφάλεια και τη ρύθμιση του άγχους του (Rees, 2016). Όταν το βρέφος προσκολλάται σε ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, αισθάνεται ευχαρίστηση όταν βρίσκεται μαζί του και ανακούφιση σε στιγμές αναστάτωσης (Feldman, 2011). Η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων φροντιστή-βρέφους κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής, έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα του δεσμού της προσκόλλησης (Biro, et al., 2015).

Η προσκόλληση αυτή καθαυτή αντιστοιχεί σε μια πρωτογενή ανάγκη επαφής ανάμεσα σε ομογενή ζώα ή ανθρώπους. Αναδείχτηκε χάρη σε δύο προσεγγίσεις: τη ψυχοπαθολογική προσέγγιση (Bowlby), η οποία σχετίζεται με τις στερητικές παθολογίες που προκαλούν σε ένα άτομο οι χωρισμοί μεγάλης διάρκειας και την ηθολογική προσέγγιση (Harlow), που αφορά τις συνέπειες της στέρησης των κοινωνικών επαφών σε πιθήκους (Lehalle-Mellier, 2009).

1.2. Η θεωρία του Bowlby για την προσκόλληση

Σύμφωνα με τον Bowlby υπάρχουν πέντε έμφυτες συμπεριφορές που επιτρέπουν στο παιδί να διατηρήσει την εγγύτητα (σωματική επαφή) με τη μητέρα: α)το χαμόγελο, β)η οπτική επαφή και η παρακολούθηση με το βλέμμα, γ)τα κλάματα και οι φωνές, δ)η

αγκαλιά, ε)το πιπίλισμα που διατηρεί τη φυσική επαφή για όσο χρόνο παρέχεται η τροφή. Αυτές οι συμπεριφορές προδιαθέτουν το βρέφος να ξεκινήσει ένα δεσμό με άλλο πρόσωπο, ενεργοποιώντας άμεσα τις ικανότητές του για κοινωνική απόκριση. Το δυνητικό πρόσωπο προσκόλλησης, η μητέρα, διαθέτει επίσης συμπεριφορές που το στρέφουν προς το παιδί (αποκριτικότητα- responsiveness) και οι οποίες μαρτυρούν τη συγκινησιακή της ευαισθησία: την ικανότητα να αντιλαμβάνεται τα σήματα που εκπέμπει το παιδί, να τα ερμηνεύει σωστά, να παρεμβαίνει αποτελεσματικά και με τον κατάλληλο τρόπο σεβόμενη το ρυθμό του, και να δημιουργεί ένα περιβάλλον αρκετά σταθερό ώστε το παιδί να προσδίδει νόημα στις πράξεις της (Lehalle- Mellier, 2009). Η προσκόλληση αναπτύσσεται με το συντονισμό της μητέρας με τις ανάγκες του βρέφους, καθιερώνοντας τις αντιλήψεις του περί δεσμών και τα θεμέλια της προφορικής αλλά και μη προφορικής επικοινωνίας (Rees, 2016).

Από αυτή την αμοιβαιότητα των προδιαθέσεων του παιδιού και τις ευαισθησίες της μητέρας (ή του μητρικού υποκατάστατου), ξεκινά και αναπτύσσεται ο δεσμός της προσκόλλησης (Lehalle- Mellier, 2009). Ο Bowlby πίστευε ότι ο δεσμός συνήθως αναπτύσσεται μέσω τεσσάρων ευρέων φάσεων στη διάρκεια των πρώτων δύο ετών της ζωής, δημιουργώντας τελικά μια «δυναμική ισορροπία μεταξύ του ζεύγους μητέρας-παιδιού». Οι **φάσεις** αυτές είναι οι εξής:

1. *Η φάση προ του δεσμού*(από τη γέννηση έως τις 6 εβδομάδες). Στις πρώτες εβδομάδες της ζωής, ενώ τα βρέφη και εκείνοι που τα φροντίζουν επεξεργάζονται τα αρχικά συστήματα συντονισμού, τα βρέφη παραμένουν σε στενή επαφή με τους παρέχοντες φροντίδα, από τους οποίους παίρνουν τροφή και οι οποίοι τα κάνουν να νιώθουν άνετα. Δεν φαίνεται να συνειδητοποιούν ότι τα φροντίζει ένας άγνωστος, ούτε αναστατώνονται όταν μένουν μόνα τους μαζί του.

2. *Η φάση του υπό διαμόρφωση δεσμού* (6 εβδομάδες έως 6-8 μήνες). Τα βρέφη αρχίζουν να ανταποκρίνονται διαφορετικά στα οικεία και στα άγνωστα πρόσωπα και αρχίζουν να εμφανίζουν σημάδια επιφυλακτικότητας όταν έρχονται αντιμέτωπα με άγνωστα αντικείμενα και ανθρώπους.
3. *Η φάση του «σαφούς δεσμού»* (6-8 μήνες έως 18-24 μήνες). Είναι μία περίοδος κατά την οποία το παιδί εμφανίζει πλήρες **άγχος αποχωρισμού**, όπου αναστατώνεται φανερά όταν η μητέρα του ή το πρόσωπο που το φροντίζει φεύγει από το δωμάτιο. Όταν επιτευχθεί αυτή η φάση του δεσμού, ρυθμίζεται η φυσική και η συναισθηματική σχέση μεταξύ παιδιού και των αντικειμένων του δεσμού. Όποτε η απόσταση μεταξύ μητέρας και παιδιού γίνεται πολύ μεγάλη, μητέρα και παιδί αναστατώνονται και φροντίζουν να μειώσουν την απόσταση, γιατί, όπως το βρέφος αναστατώνεται όταν το αφήνει η μητέρα του, έτσι και η μητέρα αναστατώνεται όταν το βρέφος της απομακρύνεται και δεν το βλέπει. Ο δεσμός παρέχει στο παιδί ένα αίσθημα ασφάλειας. Η μητέρα γίνεται η βάση ασφάλειας από την οποία το βρέφος μπορεί να εξορμά για τις εξερευνήσεις του και στην οποία μπορεί να επιστρέφει κάθε τόσο, για να ανανεώνει την επαφή, προτού επιστρέψει στις εξερευνήσεις του. Στους πρώτους μήνες της φάσης του δεσμού, η μητέρα φέρει τη μεγαλύτερη ευθύνη για τη διατήρηση της ισορροπίας του συστήματος του δεσμού, γιατί οι ικανότητες του βρέφους να ενεργεί και να συναλλάσσεται είναι αρκετά περιορισμένες.
4. *Η φάση των αμοιβαίων σχέσεων* (18-24 μήνες και αργότερα). Καθώς το παιδί κινείται όλο και περισσότερο και περνά περισσότερο χρόνο μακριά από τη μητέρα του, το ζευγάρι δημιουργεί μια αμοιβαία σχέση στην οποία μοιράζονται

την ευθύνη της διατήρησης της ισορροπίας του συστήματος. Στους ανθρώπους αυτή η μεταβατική φάση διαρκεί αρκετά χρόνια.

Η επίτευξη μιας σταθερής, αμοιβαίας συναισθηματικής σχέσης μεταξύ του βρέφους και εκείνου που το φροντίζει, βοηθά το παιδί να διατηρήσει αισθήματα ασφάλειας στις όλο και πιο συχνές περιόδους αποχωρισμού από το πρόσωπο αυτό. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτή η φάση συμπίπτει με την περίοδο κατά την οποία η νοητική αναπαράσταση γίνεται το κυρίαρχο στοιχείο των διεργασιών σκέψης του παιδιού (Cole & Cole, 2000).

1.3. Τα αντικείμενα της προσκόλλησης

Ο πρώτος χρόνος θεωρείται ο σημαντικότερος στη ζωή του κάθε ανθρώπου, που καθορίζει την προσωπικότητα και τις πιθανότητες, μικρότερες ή μεγαλύτερες, να είναι κάπως ευτυχισμένος σε αυτήν την ζωή. Γι' αυτό τα βρέφη δεν μπορούν να κάνουν τίποτε, εξαρτάται απόλυτα από το περιβάλλον, που τότε είναι η μητέρα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μητέρα καλούμε το πρόσωπο που φροντίζει το βρέφος. Ας μην είναι η βιολογική μητέρα, παρ' όλο που αυτή είναι η πιο κατάλληλη, γιατί αυτή το γεννάει, έχει τις αντίστοιχες ορμόνες, έχει μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Μητέρα κατά την πρώτη περίοδο μπορεί να είναι και ο πατέρας ή οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο. Μητέρα είναι ο φροντιστής. Καθώς, λοιπόν, το βρέφος πλέει σε μια θάλασσα, αυτό του δημιουργεί φόβους αφανισμού. Γι' αυτό η μεγαλύτερή του ανάγκη είναι να προσκολληθεί σε ένα κομμάτι, που στην αρχή νομίζει ότι είναι του εαυτού του. Βεβαίως η μητέρα είναι τροφικό κομμάτι του και θα επιβιώσει μέσα από αυτήν (Γιωσαφάτ, 2010).

Ωστόσο, έχει αποδειχτεί ότι η προσκόλληση έχει πολύ μικρή σχέση με την ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών: το βρέφος διαμορφώνει ισχυρούς δεσμούς με άτομα τα οποία δεν το έχουν ταΐσει ποτέ. Επίσης, έχει αμφισβητηθεί η αυστηρή

διάκριση ανάμεσα στους ανδρικούς και τους γυναικείους ρόλους της οικογένειας: ορισμένοι πατέρες μετέχουν περισσότερο στη φροντίδα του παιδιού και αυτό σημαίνει ότι τα βρέφη έχουν περισσότερες ευκαιρίες να αναπτύξουν προσκόλληση προς αυτούς (Schaffer, 1996).

Συνακόλουθα, έγιναν σαφή δύο πράγματα:

1. Η σχέση της προσκόλλησης δε σχηματίζεται με ένα και μοναδικό πρόσωπο ενώ παράλληλα αποκλείονται όλα τα άλλα. Αντίθετα, το παιδί προσκολλάται κατά κανόνα σε πολλά πρόσωπα(στη μητέρα, τον πατέρα, την τροφό, τα αδέρφια), και είναι λάθος να θεωρείται ότι η αγάπη από την πλευρά του παιδιού(όπως άλλωστε και από την πλευρά του ενηλίκου) είναι μοναδική.(Lehalle-Mellier, 2009).
2. Η επιλογή του αντικειμένου προσκόλλησης δεν εξαρτάται από τη σωματική φροντίδα ή ακόμη από το ποσό του χρόνου που αφιερώνει κανείς στο παιδί. Τα βρέφη τείνουν να προσκολλώνται στους ανθρώπους που παίζουν και αλληλεπιδρούν μαζί τους και που αντιδρούν σε αυτά με ευαισθησία. Η ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης λοιπόν, και όχι η ποσότητά της, είναι η βάση της διαμόρφωσης της προσκόλλησης (Schaffer, 1996).

1.4. Τα Μοντέλα Εσωτερικής Αναπαράστασης (Internal Working Models, IWMs)

Τα παιδιά κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής διαμορφώνουν αυτό που ο Bowlby ανέφερε ως **μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης (Internal Working Models,**

IWMs) των προσώπων προσκόλλησης, δηλαδή αναπτύσσουν μια εσωτερική αίσθηση της ύπαρξης αυτών των ατόμων, καθώς και της σχέσης που έχουν διαμορφώσει μαζί τους (Schaffer, 1996· Sherman, et al., 2015).

Σύμφωνα με τη θεωρία της προσκόλλησης, ο μηχανισμός με τον οποίο το παιδί μεταφράζει τις εμπειρίες της φροντίδας του σε ένα πρότυπο προσκόλλησης γίνεται μέσω της εμπειρίας, η οποία βασίζεται στη νοητική αναπαράσταση της πιθανής συμπεριφοράς του φροντιστή. Τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης είναι δυνατόν να μελετηθούν αν η έρευνα εστιαστεί στη μνήμη και στην κοινωνική γνώση του βρέφους. Τα μοντέλα αυτά βασίζονται στις προηγούμενες εμπειρίες του βρέφους με τον φροντιστή κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων σχετικών με την προσκόλληση (Sherman, et al., 2015· Biro, et al., 2015).

Το παιδί συμβάλλει στη συνέχιση της εσωτερικής αναπαράστασης των μοντέλων παθητικά και ενεργητικά. Για παράδειγμα, από τη στιγμή που το βρέφος έχει διαμορφώσει τις προσδοκίες για την επιθυμητή συμπεριφορά του μοντέλου της προσκόλλησής του, θα συμπεριφερθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να συμβαδίσει με αυτές τις προσδοκίες (παραδείγματος χάρη, ένα βρέφος είναι λιγότερο πιθανό να προσεγγίσει έναν φροντιστή με απορριπτική συμπεριφορά). Αυτές οι συμπεριφορές με τη σειρά τους αποσπούν αποκρίσεις από το φροντιστή και είναι πιθανό να ενισχυθεί το πεδίο της αλληλεπίδρασης βρέφους-γονέα που οδηγεί το βρέφος στην αρχική αναπαράσταση των εσωτερικών μοντέλων (Sherman, et al., 2015).

Βασιζόμενα στις δικές τους πρώιμες εμπειρίες με τον φροντιστή τους, τα ασφαλή βρέφη και αυτά με τις πιο ευαισθητοποιημένες μητέρες, μπορεί να θεωρήσουν το ρόλο και τη διαθεσιμότητα του φροντιστή ως κυρίαρχη στην ανάπτυξη των

μοντέλων εσωτερικής τους αναπαράστασης. Παράλληλα, δημιουργούν ισχυρότερες προσδοκίες ότι ο φροντιστής τους θα αντιδρούσε (άμεσα), σε περίπτωση ανάγκης. Όπως διαπιστώθηκε, η ασφάλεια και η μητρική ευαισθητοποίηση σχετίζονται με την ειδική παρακολούθηση και έχουν όμοιες επιδράσεις: και οι δύο προάγουν τη σημασία του «γονικού» προτύπου. Τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης παίζουν ρόλο στην εξυπηρέτηση μιας ποικιλίας λειτουργιών, περιλαμβάνοντας σχετική επίγνωση περί δεσμού και προβλέποντας τις αλληλεπιδράσεις με τα πρότυπα προσκόλλησης. Παρόλα αυτά, η τάση για κοινωνικο-γνωστική πληροφόρηση αποτελεί τον παράγοντα των επιπτώσεων στις πρώιμες κοινωνικοσυναισθηματικές εμπειρίες μεταξύ των βρεφών (Biro et al., 2015).

Υπό το πρίσμα της θεωρίας του Bowlby, υπάρχουν αρκετές γνωστικές ικανότητες που σχετίζονται με τη δημιουργία ενός εσωτερικού μοντέλου αναπαράστασης. Οι συγκεκριμένες ικανότητες αντιπροσωπεύουν ένα πλήθος προηγμένων γνωστικών διαδικασιών που βοηθούν τη δημιουργία αυτή. Αυτές οι ικανότητες περιλαμβάνουν:

1. Την αναγνώριση και τη διάκριση μεμονωμένων ατόμων,
2. Την αντίληψη της μονιμότητας των ατόμων ακόμη και όταν δε βρίσκονται στο οπτικό πεδίο του βρέφους,
3. Την ικανότητα του βρέφους να θυμάται εμπειρίες με το/τα πρόσωπα που έχει προσκολληθεί,
4. Τη δημιουργία νέων προσδοκιών για τη συμπεριφορά του ατόμου που το βρέφος έχει προσκολληθεί, βασισμένης σε προηγούμενες εμπειρίες και

5. Την δυνατότητα του βρέφους να αντιλαμβάνεται τη σημασία της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων του ατόμου που αποτελεί αντικείμενο προσκόλλησής του (Sherman, et al., 2015).

Συνοψίζοντας, τα βρέφη διαθέτουν κοινωνικές-γνωστικές ικανότητες οι οποίες υποστηρίζουν τη δημιουργία μοντέλων εσωτερικής αναπαράστασης κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής. Πρώτον, από τουλάχιστον πέντε μηνών διαθέτουν την ικανότητα να διακρίνουν τους ενήλικες και να ξεχωρίζουν τους οικείους τους, υποστηρίζοντας την θεωρία που διετύπωσε ο Bowlby, ότι τα βρέφη δηλαδή έχουν την ικανότητα να γνωρίζουν ποια είναι τα αντικείμενα της προσκόλλησης. Δεύτερον, τα βρέφη έχουν την ικανότητα να γνωρίζουν που μπορούν να βρεθούν τα αντικείμενα (άτομα) αυτά (για παράδειγμα, μονιμότητα του ατόμου αυτού). Τρίτον, κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής είναι σε θέση να θυμούνται κάποιες συναισθηματικές πτυχές από τις αλληλεπιδράσεις τους. Τέταρτον, φαίνεται να παρουσιάζουν ευαισθησία ως προς την συμπεριφορά των άλλων αλλά και στην πιθανή απόκλιση αυτής από τα αναμενόμενα πρότυπα συμπεριφοράς. Τέλος, κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τα βρέφη βελτιώνονται σημαντικά ώστε να είναι σε θέση να καταλαβαίνουν τους άλλους σε δύο τομείς: στο συναίσθημα και τις προθέσεις τους. Κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής τα βρέφη υπόκεινται σε αναπτυξιακές αλλαγές σε μία πληθώρα από θεμελιώδεις ικανότητες για το σχηματισμό των μοντέλων εσωτερικής αναπαράστασης (Sherman, et al., 2015).

Καθώς το παιδί μεγαλώνει τα εσωτερικά αυτά μοντέλα γίνονται όλο και πιο επεξεργασμένα και επιδρούν όλο και περισσότερο στη συμπεριφορά. Για παράδειγμα, το παιδί αντέχει πιο εύκολα τον αποχωρισμό όταν είναι ικανό να διαμορφώνει μια εσωτερική αναπαράσταση των γονέων-όταν δηλαδή μπορεί

να σχετίζεται μαζί τους ακόμα και στις περιπτώσεις που αυτοί απουσιάζουν, χωρίς να χρειάζεται το συνεχή καθησυχασμό από τη φυσική τους παρουσία (Schaffer, 1996).

1.5. Αναπτυξιακά επιτεύγματα για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων προσκολλήσεων

Η ανάπτυξη που παρατηρείται κατά το τρίτο τέταρτο του πρώτου έτους (από τον έβδομο έως τον ένατο μήνα) βασίζεται σε αναπτυξιακά επιτεύγματα που καθιστούν δυνατό το ξεκίνημα συγκεκριμένων προσκολλήσεων. Τα δύο πιο αξιοσημείωτα αναπτυξιακά επιτεύγματα είναι η ικανότητα του βρέφους να αναγνωρίζει γνωστά πρόσωπα καθώς και η ανάπτυξη της «μονιμότητας του αντικειμένου».

Αναφορικά με την *αναγνώριση*, τα βρέφη μαθαίνουν από νωρίς να αναγνωρίζουν την μητέρα τους και να τη διακρίνουν από τα άγνωστα πρόσωπα- και αυτό γίνεται σχεδόν από τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση όσον αφορά τη φωνή της μητέρας και από το δεύτερο μήνα και μετά όσον αφορά το πρόσωπό της. Το επίτευγμα αυτό είναι σαφώς μια αναγκαία προϋπόθεση για την ανάπτυξη της προσκόλλησης σε συγκεκριμένα άτομα. Από μόνο του όμως, δεν αποτελεί ένδειξη ότι έχει διαμορφωθεί κάποια προσκόλληση. Η ικανότητα για αναγνώριση της μητέρας δεν σημαίνει ότι το βρέφος θα την αναζητά όταν την αποχωρίζεται. Για να συμβεί κάτι τέτοιο απαιτούνται και άλλες ικανότητες (Schaffer, 1996)

Μία από τις πιο σημαντικές κατακτήσεις της αισθησιοκινητικής περιόδου είναι η *δόμηση της έννοιας του αντικειμένου* (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Η μονιμότητα του αντικειμένου είναι η επίγνωση ότι οι άνθρωποι και τα αντικείμενα συνεχίζουν να υπάρχουν, ακόμη και όταν παύουν να φαίνονται. Είναι μια απλή έννοια, αλλά η κατάκτησή της έχει σημαντικότερες συνέπειες για τη ζωή του παιδιού και είναι στενά

συνδεδεμένη με τις υπόλοιπες κατακτήσεις της αισθησιοκινητικής περιόδου, η οποία συντελείται προοδευτικά σε μία σειρά εξελικτικών σταδίων και διαρκεί σχεδόν μέχρι την ηλικία των δύο ετών (Feldman, 2011· Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Η κατάκτηση της μονιμότητας αντικειμένου δεν περιορίζεται μόνο στα άψυχα αντικείμενα, αλλά εκτείνεται και στους ανθρώπους (Feldman, 2011). Με την ψυχαναλυτική του σημασία, αποκτάται με την εσωτερίκευση της εικόνας της μητέρας, όταν αυτή είναι επενδεδυμένη θετικά. Τότε μόνο μπορεί το παιδί να λειτουργήσει αυτόνομα και αυτό επιτυγχάνεται στο τέταρτο υποστάδιο της αισθησιοκινητικής περιόδου (Τσιάντης & Μανολόπουλος, 1987). Έτσι, προσφέρει στο βρέφος την ασφάλεια ότι η μητέρα και ο πατέρας συνεχίζουν να υπάρχουν, ακόμα κι όταν δεν βρίσκονται στο ίδιο δωμάτιο. Η επίγνωση αυτή αποτελεί πιθανώς βασικό στοιχείο στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεσμών. Επίσης, η έννοια της μονιμότητας αντικειμένου ενισχύει την αυξανόμενη διεκδικητικότητα του βρέφους: Καθώς συνειδητοποιεί ότι ένα αντικείμενο που του το έχουν πάρει δεν έπαψε να υπάρχει αλλά απλώς βρίσκεται κάπου αλλού η αντίδρασή του είναι να το ζητήσει πίσω- και μάλιστα γρήγορα (Feldman, 2011).

Ο βασικός τρόπος με τον οποίο γίνεται μελέτη της μονιμότητας του αντικειμένου είναι μέσα από την παρακολούθηση της αντίδρασης ενός βρέφους όταν ένα ενδιαφέρον αντικείμενο εξαφανίζεται. Αν τα βρέφη αναζητούν το αντικείμενο, αναπτύσσεται η υπόθεση ότι πιστεύουν πως συνεχίζει να υπάρχει. Η μονιμότητα του αντικειμένου είναι μόνο μία από τις βασικές αντιλήψεις σχετικά με τον υλικό κόσμο που αναπτύσσεται από τα βρέφη. Κατά τον Piaget τα παιδιά, ακόμα και τα βρέφη είναι σαν μικροί επιστήμονες που εξετάζουν τον κόσμο για να δουν πώς λειτουργεί (Santrock, 2008).

Ωστόσο, τα νέα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό που εμποδίζει τα νεαρά βρέφη από το να προσπαθήσουν να βρουν κρυμμένα αντικείμενα ίσως να είναι η ανικανότητά τους να αναζητήσουν κάτι και όχι η έλλειψη πίστης από την πλευρά τους στη συνεχιζόμενη ύπαρξη των χαμένων αντικειμένων (Steuer, 2005). Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι τα βρέφη δεν κατέχουν την έννοια του αντικειμένου κατά τη γέννηση, αλλά ότι η μονιμότητά του δομείται κατά τη βρεφική ηλικία. Διαφωνούν όμως με τη θεώρηση του Piaget ως προς τη σχετικά αργή εμφάνιση της ικανότητας των βρεφών να αναπαριστούν αντικείμενα και να τα ανακαλούν και θεωρούν ότι η ικανότητα αυτή έχει σοβαρά υποτιμηθεί (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Φαίνεται ότι τα βρέφη καταλαβαίνουν τη συνεχιζόμενη ύπαρξη των αντικειμένων που δεν βλέπουν, πολύ νωρίτερα από όσο υπέθεσε ο Piaget (Cole & Cole, 2000). Παρόλα αυτά, η κατασκευή της έννοιας του αντικειμένου αποτελεί εξαιρετικά σημαντική κατάκτηση και θεμέλιο για τις κατακτήσεις που θα ακολουθήσουν, και σε αυτό το σημείο συμφωνούν όλες οι Σχολές (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

1.6. Η Πειραματική «συνθήκη του ξένου» (strange situation) της Ainsworth και τα είδη της προσκόλλησης

Σύμφωνα με τον Bowlby, η διαδικασία της προσκόλλησης του βρέφους ενεργοποιείται όταν το βρέφος είναι τρομαγμένο, αγχωμένο ή αβέβαιο για την διαθεσιμότητα του γονέα όταν του είναι απαραίτητος (Sherman, et al., 2015).

Η Mary Ainsworth, με βάση τη θεωρία του Bowlby, επινόησε μια ευρέως χρησιμοποιούμενη πειραματική τεχνική για την αξιολόγηση της βρεφικής προσκόλλησης (Feldman, 2011). Βασισμένη αρχικά πάνω στην ιδέα ότι η κατεξοχήν κινητήρια δύναμη που κρύβεται πίσω από την προσκόλληση είναι ο φόβος των βρεφών

ότι θα «χάσουν» τη μητέρα τους (Spitz), η Ainsworth θεώρησε ότι οι πιο ενδεικτικές συμπεριφορές αξιολόγησης αυτής της δύναμης είναι οι αντιδράσεις του βρέφους στον αποχωρισμό από την μητέρα, ο φόβος προς τα ξένα άτομα/το άγνωστο και ο βαθμός στον οποίο ο στόχος της προσκόλλησης μπορεί να παρηγορήσει το αναστατωμένο βρέφος.

Η πειραματική της διαδικασία, «η συνθήκη του ξένου», αποτελείται από οχτώ, σύντομης διάρκειας, «κοινωνικά επεισόδια» τα οποία περιλαμβάνουν διαφορετικούς συνδυασμούς του βρέφους(δώδεκα μηνών), της μητέρας και ενός άγνωστου για το βρέφος ενηλίκου. Το βρέφος βρίσκεται αντιμέτωπο με κάποιες αγχογόνες καταστάσεις: είναι μόνο του σε ένα καινούριο περιβάλλον, συναντιέται με ένα άγνωστο πρόσωπο και αποχωρίζεται για λίγο τη μητέρα του. Το πρώτο επεισόδιο έχει διάρκεια τριάντα δευτερόλεπτα, ενώ τα υπόλοιπα επτά διαρκούν τρία λεπτά το καθένα (Δημητρίου, 2012). Τα τρίλεπτα επεισόδια είναι πιο σύντομης διάρκειας αν το παιδί εκδηλώσει έντονα σημάδια δυσφορίας (Lehalle-Mellier, 2009). Τα οχτώ επεισόδια είναι τα εξής: 1) η μητέρα και το βρέφος μπαίνουν σε ένα άγνωστο δωμάτιο, 2) η μητέρα κάθεται, αφήνοντας το βρέφος ελεύθερο να εξερευνήσει το χώρο, 3) ένα άγνωστο άτομο («ξένος») μπαίνει στο δωμάτιο και συνομιλεί πρώτα με τη μητέρα και μετά με το βρέφος, 4) η μητέρα φεύγει από το δωμάτιο, αφήνοντας το βρέφος μόνο του με τον άγνωστο, 5) η μητέρα επιστρέφει, μιλάει στο βρέφος και το ησυχάζει και το άγνωστο άτομο φεύγει από το δωμάτιο, 6) η μητέρα φεύγει ξανά από το δωμάτιο, αφήνοντας το βρέφος μόνο του, 7) το άγνωστο πρόσωπο επιστρέφει και 8) η μητέρα επιστρέφει στο δωμάτιο και ο άγνωστος φεύγει (Ainsworth, Feldman, 2011).

Με βάση αυτό το πειραματικό πρότυπο περιγράφονται τέσσερις μορφές προσκόλλησης (οι οποίες διαιρούνται σε επιμέρους μορφές στο εσωτερικό τους). Συσχετίζονται με τις γονικές στάσεις και αντιστοιχούν στο «λειτουργικό εσωτερικό

μοντέλο» του παιδιού, δηλαδή στην αναπαράσταση των συμπεριφορών του άλλου που έχει ένα παιδί από τις κοινωνικές του εμπειρίες.

❖ **Μορφή Α:** *μη ασφαλής/αποφευκτική ή αδιάφορη προσκόλληση.*

Το παιδί με αυτό το είδος προσκόλλησης εκδηλώνει κάποια ανεξαρτησία, καθώς δεν δείχνει ιδιαίτερη ταραχή ούτε κατά την αποχώρηση του γονέα ούτε με την επιστροφή του. Χρησιμοποιεί ελάχιστα τη μητέρα ως ασφαλή βάση και επιδίδεται σε δραστηριότητες εξερεύνησης που το βοηθούν να αντέξει την ανασφάλεια. Οι μητέρες των παιδιών με αυτή τη μορφή προσκόλλησης υπήρξαν ελάχιστα ευαίσθητες στις ανάγκες του παιδιού τους, οπότε και αυτό έμαθε να αποφεύγει την επαφή. Η μορφή προσκόλλησης Α αντιπροσωπεύει το 20% των σχέσεων μητέρας-παιδιού στις περισσότερες δυτικές βιομηχανικές κοινωνίες.

❖ **Μορφή Β:** *ασφαλής προσκόλληση.*

Το παιδί με αυτό το είδος προσκόλλησης διαμαρτύρεται κατά τον χωρισμό και υποδέχεται θερμά τον γονέα όταν αυτός επιστρέφει, ενώ είναι έκδηλη η αναζήτηση της επαφής. Η μητέρα αποτελεί τη βάση ασφάλειας όταν είναι παρούσα. Το παιδί αναζητά την εγγύτητα και την επαφή. Η μητέρες των παιδιών με αυτή τη μορφή προσκόλλησης ήταν ευαίσθητες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες του παιδιού τους. Η μορφή προσκόλλησης Β παρατηρείται στις περισσότερες από τις κοινωνίες που έχουν μελετηθεί ως τώρα (Main, Lehalle-Mellier, 2009).

Η ασφαλής μορφή προσκόλλησης είναι στενά συνδεδεμένη με την ευκολότερη δημιουργία σχέσεων και με την καλύτερη αυτοεκτίμηση (Rees, 2016).

❖ **Μορφή Γ:** *μη ασφαλής/αμφιθυμική ή ανθιστάμενη προσκόλληση.*

Το παιδί με αυτό το είδος προσκόλλησης ταραάζεται από το χωρισμό και αναζητά παρηγοριά όταν ξαναβρίσκει τη μητέρα του. Μοιάζει ωστόσο να είναι αβέβαιο για τις αντιδράσεις του γονέα και θυμώνει ή αρνείται την επαφή. Οι μητέρες των παιδιών με αυτή την μορφή προσκόλλησης ήταν ελάχιστα ευαίσθητες ή υπήρξαν ασυνεπείς ως προς τις αποκρίσεις τους στις ανάγκες του παιδιού. Η μορφή προσκόλλησης Γ αντιστοιχεί στο 15% των παρατηρήσεων που έχουν γίνει στις δυτικές και βορειοαμερικανικές βιομηχανικές κοινωνίες.

❖ **Μορφή Δ:** *μη ασφαλής/αποδιοργανωμένη ή αποπροσανατολισμένη προσκόλληση.*

Το βρέφος αντιμετωπίζει με δέος την επιστροφή του γονέα, σαν να του προκαλεί τρόμο. Δεν κατορθώνει να συμβιβαστεί με το γεγονός ότι η μητέρα αποτελεί συγχρόνως πηγή φόβου και παρηγοριάς. Η μορφή προσκόλλησης Δ είναι συχνή σε περιπτώσεις κακομεταχείρισης του παιδιού (Main, Lehalle-Mellier, 2009).

Γίνεται λοιπόν σαφές πως παρόλο που πρακτικά όλα τα βρέφη δημιουργούν προσκολλήσεις με τους πρώιμους φροντιστές τους, εντούτοις τα πρότυπα των προσκολλήσεων διαφέρουν και επηρεάζονται από μία ποικιλία παραγόντων, συμπεριλαμβανόμενης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας από τους φροντιστές τους. Έτσι, τα βρέφη που βιώνουν ευαίσθητη και απαντητική φροντίδα τείνουν να αναπτύξουν ασφαλείς προσκολλήσεις. Αντίθετα τα βρέφη που βιώνουν απορριπτική, εχθρική, τιμωρητική, ασυνεπή, τρομακτική φροντίδα συχνά αναπτύσσουν διάφορες μορφές ανασφαλούς προσκόλλησης. Είναι σημαντικό το γεγονός πως οι διάφορες μορφές συμπεριφοράς από μέρους των φροντιστών διαμορφώνουν τις συμπεριφορές, τα συναισθήματα αλλά και

τις γνωστικές λειτουργίες των βρεφών επάνω σε συγκεκριμένα άτομα με τα οποία έχουν προσκολληθεί (Sherman, et al., 2015).

Οι διάφορες μορφές συμπεριφοράς κατά τη διαδικασία της πειραματικής «Συνθήκης του ξένου» προκύπτουν από τις διαφορετικές προσδοκίες που έχει το βρέφος για τη συμπεριφορά του φροντιστή του. Για παράδειγμα, το βρέφος που προσεγγίζει το φροντιστή του για ανακούφιση περιμένει ότι ο ίδιος θα ανταποκριθεί με ευαισθησία στο αίτημά του. Αντίθετα, οι πτυχές της συμπεριφοράς ενός βρέφους με κάποιο τύπο ανασφαλούς προσκόλλησης δείχνουν ότι αν προσεγγίσουν το φροντιστή τους θα βιώσουν απόρριψη ή θα φροντιστούν με ασυνέπεια. Η συμπεριφορά του βρέφους στη συνθήκη με τον ξένο καθοδηγείται όχι από τα αισθήματα του βρέφους για το φροντιστή αλλά από τις βασισμένες στην έως τώρα εμπειρία προσδοκίες του (Sherman, et al., 2015).

Ο τύπος της προσκόλλησης ενός παιδιού αντανακλά την ποιότητα των επαφών που έχει με τους γονείς του. Θετικές αλλαγές στις οικογενειακές συνθήκες, όπως η μείωση των αγχογόνων παραγόντων ή κάποια κοινωνική στήριξη των γονιών, μπορούν να επηρεάσουν θετικά τους τρόπους ανταπόκρισης και επικοινωνίας της μητέρα με το παιδί και να ανεβάσουν την ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού, πράγμα που αναμφίβολα θα έχει θετικές συνέπειες στην ανάπτυξη και συμπεριφορά ακόμα και του μεγαλύτερου σε ηλικία παιδιού (Δημητρίου, 2012).

Δυστυχώς, η «Συνθήκη του ξένου» δεν είναι τόσο χρήσιμη για τον χαρακτηρισμό των προσκολλήσεων των παιδιών, που είναι μεγαλύτερα από δύο ετών και αρχίζουν να συνηθίζουν τους σύντομους αποχωρισμούς και τις συναντήσεις με ξένους (και να μην έχουν τόσο στρες). Έτσι, χρησιμοποιείται

αρκετά μια εναλλακτική μέθοδος αξιολόγησης της ποιότητας της προσκόλλησης, το Q-set προσκόλλησης (Attachment Q-set: AQS).

Η μέθοδος αυτή, που είναι κατάλληλη για παιδιά ηλικίας ενός έως πέντε ετών, απαιτεί έναν παρατηρητή-συνήθως έναν γονέα ή έναν κατάλληλα εκπαιδευμένο παρατηρητή- ο οποίος ταξινομεί ένα σύνολο από ενενήντα περιγραφές συμπεριφορών που έχουν σχέση με την προσκόλληση (για παράδειγμα, «το παιδί στρέφει το βλέμμα του στη μητέρα για να το καθησυχάσει, όταν είναι ανήσυχο», «το παιδί χαιρετά τη μητέρα με ένα πλατύ χαμόγελο») σε κατηγορίες που διαβαθμίζονται από το «πολύ πιθανό» ως το «ελάχιστο πιθανό» και αντιστοιχούν στη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι. Το προφίλ που σχηματίζεται από αυτές τις συμπεριφορές δείχνει πόση ασφάλεια αισθάνεται το παιδί με το πρόσωπο που το φροντίζει. Οι αξιολογήσεις Q-set, που κάνουν οι ειδικά εκπαιδευμένοι παρατηρητές σε βρέφη και νήπια, συμφωνούν συνήθως με τις ταξινομήσεις της «Συνθήκης του ξένου». Η δυνατότητα αξιολόγησης της ασφαλούς προσκόλλησης μεγαλύτερων παιδιών προσχολικής ηλικίας στο φυσικό τους περιβάλλον κάνει το AQS μια αρκετά ευέλικτη μέθοδο, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί της «Συνθήκης του ξένου» (Shaffer, 2004).

Φαίνεται δε ότι η ασφαλής προσκόλληση κατά τη βρεφική ηλικία είναι σημαντική, επειδή αντανακλά μια θετική σχέση ανάμεσα στο γονέα και το βρέφος και παρέχει τη βάση που υποστηρίζει την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη κατά τα χρόνια που ακολουθούν (Santrock, 2008). Παράλληλα, μπορεί να προβλεφθεί ένα αξιοσημείωτα μεγάλο εύρος συμπεριφορών κατά τα χρόνια αυτά. Αυτές περιλαμβάνουν:

- *Την κοινωνικότητα:* τα βρέφη με ασφαλή προσκόλληση θα έχουν αργότερα καλύτερες σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, θα έχουν

περισσότερους φίλους και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στις σχέσεις τους με τους ενηλίκους.

- *Την αυτοεκτίμηση*: τα βρέφη με ασφαλή προσκόλληση είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση κατά την παιδική τους ηλικία.
- *Τα προβλήματα συμπεριφοράς*: Τα βρέφη με ασφαλή προσκόλληση είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής στις μετέπειτα ηλικίες.
- *Τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την εκτέλεση ενός έργου*: Τα βρέφη με ασφαλή προσκόλληση είναι συνήθως περισσότερο σίγουρα για τον εαυτό τους και δείχνουν αυτονομία στο παιχνίδι και στην εργασία κατά τα μετέπειτα χρόνια της ζωής τους. (Schaffer, 1996).

1.7. Η μικροανάλυση της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους

Η έρευνα της μικροανάλυσης της επικοινωνίας πρόσωπο με πρόσωπο μητέρας-βρέφους συμβάλλει στην κατανόηση της μητρικής ευαισθησίας και της ανάπτυξης των εσωτερικών μοντέλων αναπαράστασης του βρέφους (IWMs) για την επερχόμενη προσκόλληση γονέα-βρέφους. Η μικροανάλυση λειτουργεί ως «κοινωνικό μικροσκόπιο, εντοπίζοντας την «υπόγεια» ταχεία επικοινωνία, η οποία δεν είναι αρκετά αισθητή σε πραγματικό χρόνο. Αυτή η προσέγγιση δίνει τη δυνατότητα πιο λεπτομερούς εντοπισμού των πτυχών της μητρικής ευαισθησίας και της προέλευσης της προσκόλλησης (Beebe et al., 2013).

Στη μελέτη της πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνίας, η μητέρα και το βρέφος κάθονται πρόσωπο με πρόσωπο. Δύο κάμερες, μία στο πρόσωπο της μητέρας και μία στο πρόσωπο του βρέφους, δημιουργούν μία χωρισμένη στα δύο προβολή. Στη μητέρα

δίνεται εντολή να παίζει με το βρέφος της όπως θα έπαιζε στο σπίτι, αλλά χωρίς παιχνίδια. Οι αλληλεπιδράσεις, που βιντεοσκοποούνται όταν τα βρέφη είναι περίπου τεσσάρων μηνών, αποτελούν την πλειονότητα της συνολικής έρευνας. Νωρίτερα από τους πρώτους τρεις με τέσσερις μήνες της ζωής, τα βρέφη αντιμετωπίζουν δυσκολία στη ρύθμιση της διέγερσης για να διατηρήσουν την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία. Τα βρέφη αυτής της ηλικίας εύκολα αρχίζουν να γκρινιάζουν ή κοιμούνται. Κατά την ηλικία των τριών με τεσσάρων μηνών, τα βρέφη μελετώνται πιο εύκολα και είναι σε θέση να διατηρήσουν την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία. Επιπλέον, στους τρεις με τέσσερις μήνες σηματοδοτείται η κοινωνική εκφραστική λειτουργία του βρέφους. Η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία είναι εξαιρετικά ταχεία. Σε πραγματικό χρόνο, είναι συχνά πολύ δύσκολο να διακριθεί η ακριβής αλληλουχία των συμπεριφορών (Beebe et al., 2013).

Η Ainsworth, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, προέβη στο συσχετισμό της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους στην ηλικία των τεσσάρων μηνών του βρέφους με την προσκόλληση στην ηλικία των δώδεκα μηνών, με την κωδικοποίηση της πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους και της πρόβλεψης των αποτελεσμάτων στην Συνθήκη με τον Ξένο (Beebe et al., 2013).

Η μητρική ευαισθησία είναι ένα από τα κεντρικά σημεία της θεωρίας και της έρευνας της προσκόλλησης. Ο ορισμός της μητρικής ευαισθησίας αποτελείται από τις εξής τέσσερις βασικές συνιστώσες: την ευαισθητοποίηση στα σήματα του βρέφους, την ακριβή ερμηνεία τους, την κατάλληλη απάντηση σε αυτά και την άμεση ανταπόκριση. Σύμφωνα με την Ainsworth, η ευαισθητοποίηση στα σήματα του βρέφους, περιγράφεται ως εξής: «Κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης η μητέρα απαντά κατάλληλα στο παιδί της, δεν το υπερδιεγείρει αλληλοεπιδρώντας πολύ έντονα και παρατεταμένα ή με πολύ συναρπαστικό τρόπο.

Είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται και να ερμηνεύει με ακρίβεια τα σημάδια του υπέρ-ενθουσιασμού, της αδικαιολόγητης έντασης ή της διαφαινόμενης αγωνίας και να μετατοπίσει το ρυθμό ή την ένταση εγκαίρως. Ομοίως, είναι απίθανο να υπό-διεγείρει το παιδί επειδή αντιλαμβάνεται και απαντά στα σήματα τα οποία δίνει το παιδί όταν βαριέται ή όταν επιθυμεί περισσότερη αλληλεπίδραση από αυτήν που είχε μέχρι τώρα. Η μητρική ευαισθησία συσχετίζεται έντονα με τις ταξινομήσεις των βρεφών στη Συνθήκη με τον Ξένο κατά τον πρώτο χρόνο ζωής του (Beebe et al., 2013).

Η μικροαναλυτική μελέτη της Ainsworth:

Τα κατασκευάσματα της Ainsworth περί ευαισθησίας της μητέρας, απορρέουν από την παρατήρηση είκοσι έξι дуάδων μητέρων-βρεφών που συμμετείχαν στη μελέτη της Βαλτιμόρης και δέχονταν επισκέψεις ειδικών στο σπίτι για τέσσερις ώρες κάθε τρεις εβδομάδες για τρεις έως και πενήντα τέσσερις εβδομάδες. Ο επισκέπτης-παρατηρητής κρατούσε λεπτομερείς σημειώσεις των αλληλεπιδράσεων των βρεφών με τις μητέρες τους και κανέναν άλλον παρών. Οι σημειώσεις στη συνέχεια ηχογραφούνταν και αντιγράφονταν σε αφηγηματικά αρχεία. Βασισμένη στα αρχεία αυτά, η Ainsworth ανέπτυξε μία Κλίμακα Μητρικής Ευαισθησίας (Maternal Sensitivity Scale) και τρεις επιπλέον κλίμακες (συντονισμός, προσιτότητα, αποδοχή). Η κάθε κλίμακα παρέχει έναν εκτενή ορισμό της βασικής δομής καθώς και περιγραφές της κάθε κλίμακας-σημείου (Beebe et al., 2013).

Η μικροαναλυτική μελέτη της Beebe:

Η Beebe (2010), πραγματοποίησε μία μελέτη, με βάση την οποία προέβλεψε το είδος την προσκόλλησης του βρέφους στον πρώτο χρόνο της ζωής, από δυόμιση λεπτά επικοινωνίας πρόσωπο με πρόσωπο μητέρας-βρέφους στην ηλικία των τεσσάρων μηνών του βρέφους. Στη μητέρα δόθηκε εντολή να παίζει με το τεσσάρων μηνών

βρέφος της όπως θα έπαιζαν στο σπίτι, αλλά χωρίς παιχνίδια, για δέκα λεπτά. Τα πρώτα αδιάκοπα συνεχόμενα δυόμισα λεπτά της βιντεοσκοπημένης αλληλεπίδρασης κωδικοποιήθηκαν σε βάση χρόνου ενός δευτερολέπτου από προγραμματιστές, οι οποίοι δεν γνωρίζουν για την κατάσταση της προσκόλλησης. Η ανάλυση των πλάνων του βίντεο διάρκειας μόνο μερικών λεπτών, συμβαδίζει με την μικροαναλυτική βιβλιογραφία και αποδίδει ισχυρή συνοχή συνεδρίας με συνεδρία.

Στη μελέτη αυτή, πολλές λεπτομέρειες της επικοινωνίας εξετάστηκαν ταυτόχρονα αντί για μία, όπως η φωνή ή το βλέμμα. Η προσοχή, το συναίσθημα, ο προσανατολισμός και το άγγιγμα κωδικοποιήθηκαν. Επιπλέον, η αυτορρύθμιση και η διαδραστική ρύθμιση εκτιμήθηκαν. Οι μητέρες κωδικοποιήθηκαν ανεξάρτητα από τα βρέφη τους ως εξής. Για τις μητέρες: βλέμμα, επιρροή του προσώπου, άγγιγμα και προσανατολισμός στο χώρο. Για τα βρέφη: βλέμμα, επιρροή του προσώπου, επιρροή της φωνής, άγγιγμα, και προσανατολισμός του κεφαλιού (Beebe et al., 2013).

Συμπερασματικά, η μικροανάλυση της πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνίας μητέρας-βρέφους κατά τους πρώτους μήνες της ζωής ασχολείται με την ίδια τη διαδικασία της επικοινωνίας. Η προσέγγιση αυτή έχει χρησιμοποιηθεί για να τεκμηριώσει τις επιδράσεις της μητρικής δυστυχίας, όπως είναι η κατάθλιψη και η ανησυχία στην επικοινωνία μητέρας-βρέφους και για να προβλέψει την κοινωνική και γνωστική ανάπτυξη του βρέφους αλλά και το είδος της προσκόλλησης. Η μητρική ευαισθησία και η μικροανάλυση της πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνίας, συμμερίζονται μία βασική, κεντρική δομή: ότι η σχηματοποίηση της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους αποτελεί το επίκεντρο της κοινωνικοσυναισθηματικής ανάπτυξης του βρέφους (Beebe et al., 2013).

1.8. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις βασισμένες στην προσκόλληση

Η παρατήρηση της προσκόλλησης γονέα-βρέφους αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της παιδιατρικής. Τα μέσα υποστήριξης της προσκόλλησης θα πρέπει να είναι γνωστά σε όλους τους ειδικούς της υγείας του βρέφους. Τα πρώτα στοιχεία που απορρέουν από τις καθημερινές εμπειρίες των σχέσεων είναι συχνά επαρκή, αν και μερικές οικογένειες χρειάζονται πιο εξειδικευμένη υποστήριξη. Αναγνωρίζοντας ότι η προσκόλληση είναι μία αμφίδρομη σχέση, είναι ζωτικής σημασίας οι ειδικοί να αντισταθούν στον πειρασμό να εντοπίσουν ένα πρόβλημα προσκόλλησης μόνο στο παιδί: όποια και αν είναι η αφετηρία, η λύση έρχεται μέσα από τη σχέση, με επικεφαλής τον γονέα. Οι κίνδυνοι ανάπτυξης μη ασφαλούς προσκόλλησης θα πρέπει να προσδιορίζονται προγεννητικά και να παρέχονται προληπτικές συμβουλές. Η πρώιμη υποστήριξη, όπου υπάρχουν μικρότερου βαθμού δυσκολίες, μπορεί να αποτρέψει την κλιμάκωση σε φαύλους κύκλους και να προωθήσει την ανάπτυξη σε σταθερά μοτίβα (Rees, 2016).

Η βοήθεια ανάπτυξης της προσκόλλησης περιλαμβάνει την εξέταση της ευρύτερης εικόνας. Η μία εικόνα αναλογίζεται πόσο εύκολα το βρέφος επιδεικνύει τις ανάγκες του, πόσο εύκολα ο γονέας τις αναγνωρίζει και με πόση ευαισθησία και αξιοπιστία ανταποκρίνεται. Η μία επισημαίνει τους παράγοντες που συμβάλλουν σε ελλείψεις σε κάθε μία από τις παραπάνω απόψεις, εξετάζοντας ποια μπορεί να αλλάξει, με ποιον τρόπο, πόσο σύντομα. Το σημείο εκκίνησης είναι συνήθως μια απλή επισημάνση στους γονείς της πρωταρχικής σημασίας να φροντίζουν τους εαυτού τους, να «γεμίζουν τις μπαταρίες τους», και να διαχειρίζονται το άγχος τους- ως υποχρέωση και όχι πολυτέλεια: το ανεξέλεγκτο άγχος θέτει σοβαρά σε κίνδυνο την ικανότητα παρατήρησης και ευαίσθητης αποκριτικότητας στα σήματα των άλλων. Η υποστήριξη είναι απαραίτητη στη διαχείριση των συνεπειών μη ασφαλούς προσκόλλησης. Για παράδειγμα, ανεπιθύμητη συμπεριφορά, ελλείψεις στις κοινωνικές και επικοινωνιακές

δεξιότητες, η συναισθηματική επίγνωση, η διαχείριση του άγχους και η αυτοεκτίμηση. Οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι εξοπλισμένοι έτσι ώστε να εργάζονται στην άκρη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του βρέφους, παραπέμποντας τα παιδιά και τις οικογένειες σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως απαιτείται. Η υποστήριξη της προσκόλλησης δεν πρέπει να θεωρείται ότι είναι μόνο ένας ειδικός στόχος, αλλά μπορεί να είναι αναπόσπαστο μέρος των εργασιών της παιδιατρών (Rees, 2016).

Η μετά-ανάλυση των παρεμβάσεων που βασίζονται στην προσκόλληση έχει διαπιστώσει ότι οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στην ευαισθησία του γονέα και διαθέτουν μικρό αριθμό συνεδριών είναι πιο αποτελεσματικές στην ενίσχυση της ασφαλούς προσκόλλησης, συγκριτικά με τις παρεμβάσεις οι οποίες διαρκούν πολύ, είναι πιο περίπλοκες και εστιάζουν στο συνδυασμό της ευαισθησίας με την αναπαράσταση και την υποστήριξη. Έτσι, έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες βραχυπρόθεσμες αξιολογήσεις και προγράμματα παρέμβασης (Suess et al., 2016).

Παρακάτω περιγράφονται μερικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις:

Βρεφικό μασάζ

Οι γονείς θα μπορούσαν να εκπαιδευτούν σε τεχνικές βρεφικού μασάζ, ώστε να βελτιώσουν τις δεξιότητες γονικότητας με το άγγιγμα στο βρέφος, το οποίο με τη σειρά του, θα μπορούσε να βοηθήσει στη συνολική αλληλεπίδραση γονέα-βρέφους. Το βρεφικό μασάζ θα μπορούσε να οριστεί ως ένα συστηματικό άγγιγμα από ανθρώπινα χέρια, το οποίο διεγείρει την απτική αίσθηση του βρέφους. Η εκπαίδευση του βρεφικού μασάζ στο γονέα βελτιώνει την ανάπτυξη του βρέφους με σημαντικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Ακόμη, το βρεφικό μασάζ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο προσαρμογής των γονέων στη γονικότητα και να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης των γονέων αλλά και ως μέσο αντιληπτής

κοινωνικής υποστήριξης τους. Αποτελεί μία πολύ βοηθητική παρέμβαση η οποία βοηθά τους γονείς να αντιλαμβάνονται τα σήματα του βρέφους τους και φαίνεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για τους γονείς μετά τη γέννηση του βρέφους, καθώς προλαμβάνονται παθολογικές συνθήκες των γονέων. Η βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονέων αναμφισβήτητα επηρεάζει θετικά και το βρέφος. Το βρεφικό μασάζ συμβάλλει στη δημιουργία της οπτικής επαφής, καθώς και σε έναν ευαίσθητο τόνο φωνής και αγγίγματος, τα οποία με τη σειρά τους βοηθούν στην ανάπτυξη της ικανότητας του βρέφους να ρυθμίζει τα συναισθήματά του και στην δυαδική σχέση προσκόλλησης. Το βρεφικό μασάζ δίνει τη δυνατότητα στο γονέα να επικοινωνεί με το βρέφος του όχι μόνο προφορικά, αλλά και μέσω του αγγίγματος, της κίνησης, του ρυθμού και των σωματικών αισθήσεων (Gnazzo et al., 2015).

Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting, STEEP (Βήματα Προς την Αποτελεσματική και Απολαυστική Γονικότητα)

Πρόκειται για ένα από τα πρώτα περιεκτικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης. Το πρόγραμμα STEEP, αναπτύχθηκε ως μία μετάφραση και εφαρμογή των ευρημάτων και των ιδεών της θεωρίας της προσκόλλησης και της έρευνας της διαχρονικής μελέτης του Πανεπιστημίου της Minnesota που διεξήγαγε ο Sroufe (2005) για παρέμβαση με οικογένειες σε κίνδυνο, όπως αναφέρουν οι Suess et al. Ο βασικός στόχος, πέρα από την ασφάλεια του βρέφους, είναι η υποστήριξη της ανάπτυξης ασφαλούς προσκόλλησης μεταξύ γονέα-βρέφους μέσω: 1) της υποστήριξης της μητρικής ευαισθησίας, η οποία επιτυγχάνεται με τη χρήση του βίντεο ανατροφοδότησης, 2) της αντιμετώπισης των παραστάσεων μητρικής προσκόλλησης με την ενθάρρυνση στις μητέρες να διερευνήσουν τις προηγούμενες και τις τρέχουσες εμπειρίες στη σχέση αλλά και την επιρροή τους στη γονικότητα (κοιτώντας πίσω κινούνται προς τα εμπρός), 3) της προώθησης της ανάπτυξης αποτελεσματικής κοινωνικής υποστήριξης (για

παράδειγμα, με τους συντρόφους, μέλη της οικογένειας, φίλους) μέσω των ατομικών επισκέψεων δύο φορές την εβδομάδα και την έναρξη των εμπειριών μητέρας-βρέφους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι οποίες συνεχίζονται μέχρι τα δεύτερα γενέθλια του παιδιού (Suess et al., 2016).

Σύμφωνα με τον Bowlby οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως συντρόφους των γονέων, παρέχοντας μία «ασφαλή βάση», χρησιμεύοντας ως πρότυπα για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ευπαθειών και προκαλώντας τους με σεβασμό να γίνουν «αρκετά καλοί» γονείς. Έτσι, οι μητέρες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα STEEP δείχνουν αυξημένη ευαισθησία, βελτιωμένη κατανόηση της ανάπτυξης των παιδιών τους, βελτίωση των δεξιοτήτων διαχείρισης της ζωής τους, λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, μεγαλύτερες πιθανότητες ανάπτυξης ασφαλούς προσκόλλησης με τα βρέφη τους και λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης κάποιας αποδιοργανωμένης τύπου προσκόλλησης. Το πρόγραμμα STEEP εστιάζει σε βασικούς μηχανισμούς που διέπουν την ανάπτυξη της ασφαλούς προσκόλλησης ως υποσχόμενες προστατευτικές διαδικασίες στην υποστήριξη των μητέρων και των βρεφών τους (Suess et al., 2016).

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting, VIPP (Παρέμβαση με Βίντεο ανατροφοδότησης για την Προώθηση Θετικής Γονικότητας)

Η ομαλή λειτουργία της οικογένειας είναι απαραίτητη και αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για το βρέφος στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας αργότερα. Οι γονείς θα μπορούσαν να επωφεληθούν από παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βοήθεια για τη δημιουργία περιβαλλοντικής σταθερότητας και τη γονική ευαισθησία. Το πρόγραμμα λοιπόν, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση ή την πρόληψη προβλημάτων συμπεριφοράς στα βρέφη με την ενίσχυση της σταθερότητας του οικογενειακού περιβάλλοντος και

της γονικής ευαισθησίας (Rijlaarsdam et al., 2015· Juffer et al., 2008). Το πρόγραμμα VIPP δίνει την ευκαιρία εξάσκησης παρατηρητικών δεξιοτήτων με την παρακολούθηση της συμπεριφοράς του βρέφους από τον ειδικό και το γονέα από κοινού. Επιπλέον, βοηθά στην ενίσχυση της ευαίσθητης συμπεριφοράς του γονέα. Παρόλο που η συμπεριφορά του βρέφους και του γονέα αποτελεί το κέντρο ενδιαφέροντος του προγράμματος, ο ειδικός μπορεί παράλληλα να προσφέρει πληροφορίες (γραπτές) για την ανάπτυξη του παιδιού κατά τη διάρκεια των συνεδριών με βίντεο ανατροφοδότησης. Οι ειδικοί μπορούν να σημειώσουν τις προσωπικές τους εντυπώσεις έπειτα από κάθε συνεδρία και να δώσουν στους γονείς που συμμετέχουν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο. Το πρόγραμμα VIPP παρέχεται στο χώρο του σπιτιού, έχει μικρή διάρκεια (από τέσσερις έως οκτώ συνεδρίες) και κάθε συνεδρία έχει ένα συγκεκριμένο θέμα (Πίνακας 4) (Juffer et al., 2008).

Πίνακας 4

Συνεδρία	Ευαισθησία	Πειθαρχία	Αναπαράσταση
1.	Εξερεύνηση έναντι συμπεριφοράς προσκόλλησης	Επαγωγική πειθαρχία και απόσπαση της προσοχής	Διαχωρισμός: παρελθόν και παρόν
2.	Ομιλία για το παιδί	Θετική ενίσχυση	Γονικότητα: παρελθόν και παρόν
3.	Αλυσίδα της ευαισθησίας	Θετικό τέλος χρόνου	Καθορισμός σχέσεων ενηλίκων

4.	Μοιράζονται συναίσθηματα	Ενσυναίσθηση για το παιδί	Παιδί των γονιών μου, γονέας του παιδιού μου
----	-----------------------------	------------------------------	--

(Juffer et al., 2008).

Minding the Baby-Home visiting (Φροντίδα του Βρέφους)

Οι Sadler et al. (2013), όπως αναφέρει η Simpson, πραγματοποίησε μία μελέτη ελεγχόμενη με το όνομα «Minding the Baby-Home visiting» (“Φροντίδα του Βρέφους”). Πρόκειται για μία παρέμβαση η οποία παρέχεται στο χώρο του σπιτιού και απευθύνεται σε νέες γυναίκες που γίνονται μητέρες για πρώτη φορά. Το πρόγραμμα εστιάζει στην ενίσχυση της γονικής λειτουργίας και στην κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους και η χρήση του αναφέρει θετικά αποτελέσματα τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος, όπως είναι η θετικότερη σχέση μητέρας-βρέφους (Simpson et al., 2016· Bain et al., 2016).

Circle of Security (Ο Κύκλος της Ασφάλειας)

Πρόκειται για μία πρώιμη παρέμβαση η οποία χρησιμοποιείται ευρέως και είναι βασισμένη στη θεωρία της προσκόλλησης. Είναι σχεδιασμένη για να βοηθάει τους γονείς να παρέχουν ένα ασφαλές καταφύγιο στα βρέφη τους. Το πρόγραμμα υποστηρίζει το γονέα να είναι δυνατότερος, σοφότερος, ευγενικός και να προσαρμόζει καθεμία από αυτές τις ιδιότητες στις ανάγκες του βρέφους του σε μία συγκεκριμένη στιγμή ή κατάσταση. Η εφαρμογή αυτού του προγράμματος, στα πλαίσια μίας

δομημένης σχέσης εμπιστοσύνης, βοηθά τους γονείς να γίνονται ειδήμονες στο συντονισμό με τις ανάγκες των βρεφών τους (Simpson et al., 2016).

Ο βασικός στόχος της πρώιμης παρέμβασης και των προγραμμάτων που διεξάγονται στο χώρο του σπιτιού της οικογένειας (home visiting programs) είναι να υποστηρίξουν τις οικογένειες να ελαχιστοποιήσουν τις Αρνητικές Εμπειρίες της Παιδικής ηλικίας (Adverse Childhood Experiences, ACEs) (McKelvey et al., 2016). Η γνώση των αναγκών ψυχικής υγείας των γονέων αλλά και η αξία δημιουργίας ασφαλούς προσκόλλησης γονέα-βρέφους, έχει οδηγήσει τα προγράμματα που παρέχονται στο σπίτι, να επικεντρωθούν στην ψυχική υγεία γονέα-βρέφους από κοινού, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας της σχέσης τους (Bain et al., 2016). Τα διαφορετικά μοντέλα και οι προσεγγίσεις για τη συμμετοχή των γονέων στην πρώιμη παρέμβαση των παιδιών τους, επιτυγχάνουν την συμμετοχή ως μέρος των προγραμμάτων που εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες στο χώρο του σπιτιού. Οι επαγγελματίες παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση για την αλληλεπίδραση γονέα-βρέφους και ευκαιρίες μάθησης περί ανάπτυξης του βρέφους. Ο πρωταρχικός στόχος της γονικής συμμετοχής κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του ειδικού στο σπίτι είναι να ενισχύσει την ικανότητα της οικογένειας να συνεχίζει να παρέχει στο παιδί ευκαιρίες και εμπειρίες μάθησης και σε άλλες στιγμές, πέρα από αυτές των επισκέψεων στο σπίτι. Η ανάπτυξη των ικανοτήτων και οι στρατηγικές με επίκεντρο την οικογένεια, αναφέρονται στις μεθόδους και τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες, για να δημιουργήσουν γονικές ευκαιρίες και εμπειρίες και για να προωθήσουν την ανάπτυξη νέων γονικών ικανοτήτων, κατά τρόπο τέτοιο, που να ενισχύονται οι πεποιθήσεις περί γονικής αυτοαποτελεσματικότητας. Όσο περισσότερο εμπλέκονται οι γονείς στην πρώιμη παρέμβαση των παιδιών τους, τόσο πιο θετικά είναι τα αποτελέσματα για τους ίδιους και τα παιδιά τους (Dunst et al., 2014). Η έρευνα των

ACEs καταδεικνύει ότι οι σοβαρά δυσμενείς εμπειρίες κατά την πρώιμη παιδική ηλικία σχετίζονται άμεσα με ψυχολογικές διαταραχές των γονέων, συμπεριλαμβανόμενης της κατάθλιψης και των διαταραχών άγχους. Καθώς οι αναπτυξιολόγοι έχουν επισημάνει αρκετά την αρνητική επίπτωση της έκθεσης του παιδιού σε διάφορους παράγοντες κινδύνου στο περιβάλλον του σπιτιού και ανατροφής του, η μελέτη των ACEs έφερε τις πληροφορίες αυτές στο προσκήνιο των κοινοτήτων της ιατρικής κοινότητας και της πρώιμης παρέμβασης. Πολλές φορές τα προγράμματα που παρέχονται στο χώρο του σπιτιού πολλές φορές αξιολογούν τις δυσμενείς εμπειρίες των γονέων κατά την περίοδο της δικής τους παιδικής ηλικίας. Έτσι, μπορεί να εφαρμοστεί κλινική και ψυχοκοινωνική παρέμβαση, πρόληψη των δυσμενών εμπειριών των παιδιών και παρέχεται η δυνατότητα προώθησης μακροπρόθεσμης ευεξίας της οικογένειας (McKelvey et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

2.1. Διαστάσεις του όρου «Ψυχική Υγεία Βρεφών, ΨΥΒ» (Infant Mental Health, IMH)

Ένας απλός ορισμός της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας είναι η απουσία ψυχολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων. Εξάλλου, τόσο η ψυχική όσο και συναισθηματική υγεία έχουν πολλές όψεις και η επίδραση της κάθε μιας πάνω στην άλλη είναι διαρκής και καθοριστική. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματα (για παράδειγμα, με αγχώδεις διαταραχές, φοβίες ή κατάθλιψη), το ίδιο,

όμως, και η ψυχική υγεία (για παράδειγμα, με τη διευκόλυνση ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών, συναισθηματικών αλλά και νοητικών ικανοτήτων). Η συναισθηματική υγεία, μπορεί επίσης να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία, ιδιαίτερα όταν υπάρχει ανικανότητα αντιμετώπισης έντονων συναισθηματικών καταστάσεων (για παράδειγμα, άγχος, φόβος) και διαχείρισης συναισθημάτων ισχυρής έντασης (για παράδειγμα, έντονη θλίψη) (Κουρμούση & Κούτρας, 2011).

Ο όρος Ψυχική Υγεία του Βρέφους (ΨΥΒ) καλύπτει την πλήρη συνέχεια της προαγωγής, της πρόληψης, και της παρέμβασης που ασχολούνται με την κοινωνική και συναισθηματική υγεία του βρέφους. Το βρέφος βιώνει το άγχος και η σχέση φροντιστή-βρέφους, σε συνδυασμό με το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται, διαμορφώνουν όχι μόνο την σωματική και γνωστική, αλλά και την εξίσου σημαντική συναισθηματική ανάπτυξή του (Simpson et al., 2016).

Ο διεθνής οργανισμός Zero to Three ο οποίος είναι αφιερωμένος στην έρευνα, στην πολιτική και στις πρακτικές προσπάθειες εκ μέρους των βρεφών, των νηπίων αλλά και των οικογενειών τους, ορίζει την ΨΥΒ ως την ικανότητα των μικρών παιδιών να βιώνουν, να ρυθμίζουν και να εκφράζουν συναισθήματα, να δημιουργούν στενούς και ασφαλείς δεσμούς και να εξερευνούν το περιβάλλον. Αυτές οι ικανότητες, οι οποίες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της υγιούς κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης, επιτυγχάνονται σε ένα περιβάλλον φροντίδας το οποίο περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινωνία και τις πολιτισμικές προσδοκίες (Simpson et al., 2016).

Σύμφωνα με τον Zenaah (2000), όπως αναφέρει η Μάντζιου, ο όρος ΨΥΒ είναι πολυδιάστατος και τα ουσιώδη χαρακτηριστικά του είναι τα εξής:

- Σοβαρά προβλήματα των βρεφών είτε ελαχιστοποιούνται, είτε δεν λαμβάνονται υπόψη γιατί η αντιμετώπισή τους είναι πράγματι δύσκολη,

- Η θέση των βρεφών πρέπει να κατανοείται πάντα μέσα σε ένα αναπτυξιακό πλαίσιο και
- Το περιβάλλον φροντίδας είναι μέγιστης σημασίας (Μάντζιου, 2007).

Σύμφωνα με τον Zenaah (2009), το πεδίο της ΨΥΒ θεωρεί τη βρεφική ηλικία ως ένα αναπτυξιακό στάδιο το οποίο ξεκινά προγεννητικά και ολοκληρώνεται στην ηλικία των τριών ετών, σε αντίθεση με το πεδίο της παιδιατρικής περί φροντίδας της υγείας όπου η βρεφική ηλικία ορίζεται από τη γέννηση μέχρι την ολοκλήρωση του πρώτου χρόνου της ζωής. Το προγεννητικό αλλά και το μεταγεννητικό περιβάλλον του βρέφους είναι ζωτικής σημασίας στον τομέα της ΨΥΒ. Για το λόγο αυτό, υποστηρίζεται ότι η ενίσχυση της ψυχικής υγείας στα παιδιά θα πρέπει να ξεκινά πολύ νωρίτερα από τη γέννηση. Επιπρόσθετα, τα πρώτα τρία χρόνια της ανθρώπινης ζωής σηματοδοτούν μία κρίσιμη περίοδο για την ταχεία ανάπτυξη του εγκεφάλου και την ανάπτυξη. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα παιδιά είναι προγραμματισμένα για διάφορες παιδικές εξετάσεις, οι οποίες παρέχουν ευκαιρίες στους παιδιατρικούς παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας να ενισχύσουν την ΨΥΒ, επειδή οι ίδιοι αποτελούν συχνά την πρώτη «θύρα εισόδου» σε ένα σύστημα φροντίδας για το βρέφος και την οικογένειά του (Simpson et al., 2016).

Η προοπτική της ψυχικής υγείας του βρέφους είναι δεσμευμένη στην ιδέα της πρώιμης παρέμβασης όχι μόνο σε περιπτώσεις έκδηλης ψυχοπαθολογίας, αλλά και σε περιπτώσεις στις οποίες τα παιδιά βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας αργότερα. Υπάρχουν τρεις βασικοί λόγοι όσον αφορά στην πρώιμη αναγνώριση των κρίσιμων προβλημάτων συμπεριφοράς και κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης. Πρώτον, τα σοβαρά προβλήματα μπορούν να παρατηρηθούν στα παιδιά ήδη από ηλικία μικρότερη των δύο ετών. Δεύτερον, πολλά προβλήματα δεν είναι παροδικά. Τρίτον, έχει αποδειχθεί ότι οι στοχευμένες προσπάθειες παρέμβασης κατά τα πρώιμα στάδια

ανάπτυξης είναι σε θέση να φέρουν στο προσκήνιο την τυχόν παρεκκλίνουσα ανάπτυξη. Η πρώιμη ανίχνευση και θεραπεία έχει τη δυνατότητα να ανακουφίσει τα βρέφη και τις οικογένειές τους, καθώς με αυτόν τον τρόπο δίνονται ευκαιρίες για πιο οικονομικά αποδοτική διοχέτευση των κοινωνικών πόρων (Sanner et al., 2016).

2.2. Διαστάσεις του όρου «Γονικότητα» (Parenting)

Στη σύγχρονη έρευνα για την οικογένεια και τη λειτουργία της συναντάται πλήθος προσεγγίσεων, ιδιαίτερα κάτω από το πρίσμα των θεωριών που αφορούν στην οικογενειακή θεραπεία. Πολλές είναι οι όψεις της οικογενειακής λειτουργίας στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον των σχετικών μελετών, ενώ τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των γονέων και των παιδιών εξετάζονται με ξεχωριστό τρόπο στο δυναμικό πλαίσιο της συστημικής θεωρίας. Στη βιβλιογραφία γίνεται πάντοτε ξεχωριστή μνεία στην έννοια της γονικότητας (parenting) ως καθοριστικής παραμέτρου της οικογενειακής λειτουργίας, παραμέτρου της οποίας η επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού είναι σημαντική (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Ως γονικότητα (parenting) νοείται η συμπεριφορά που προκύπτει από το γεγονός ότι κάποιος είναι γονέας ή από το ότι ενεργεί σαν γονέας. Επομένως, πρόκειται για μία συμπεριφορά που δεν είναι «δεδομένη», με την έννοια ότι δεν είναι αυτονόητη ή ίδια σε όλους τους ανθρώπους. Προκύπτει από τη στιγμή που βρίσκεται κανείς «αντιμέτωπος» με τη νέα πραγματικότητα που ορίζει η εμφάνιση ενός νέου μέλους στο σύστημα που μέχρι τότε αποτελούσε το ζεύγος των συζύγων. Προκύπτει από τη στιγμή

που καλείται κανείς να γίνει γονέας, όταν μέχρι πρότινος ήξερε να είναι μόνο σύζυγος. Συνεπώς, «μαθαίνει» κανείς να είναι γονέας (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Η διαδικασία μάθησης του γονικού ρόλου και, συνεπώς, η ανάπτυξη της γονικότητας φαίνεται πως πραγματοποιείται μέσα από την υιοθέτηση καθημερινών επιμέρους συμπεριφορών (ρουτινών) από τους γονείς, συμπεριφορών που έχουν ως στόχο να ανταποκριθούν στις επίσης καθημερινές ανάγκες των παιδιών για ασφάλεια, φροντίδα, έλεγχο και νοητικά ερεθίσματα. Με την έννοια αυτή, ο ρόλος του γονέα είναι ένας ρόλος που κανείς ανακαλύπτει και του οποίου τα βασικά στοιχεία είναι πολύ προσωπικά. Οι συνέπειες του ρόλου αυτού επηρεάζουν με τη σειρά τους τον ίδιο το «μαθητευόμενο» γονέα, εγκαθιστώντας μία κυκλικότητα στην ανάπτυξη της γονικότητας. Η κυκλικότητα αυτή είναι πολύ σημαντική σε ότι αφορά στην επίδρασή της στο οικογενειακό σύστημα. Δεν πρέπει να παραληφθεί εξάλλου το γεγονός ότι η γονικότητα και το γονικό στυλ, εκτός από το καθαρά αλληλεπιδραστικό πλαίσιο των σχέσεων με το παιδί, φαίνεται πως εξαρτώνται ακόμη και από έναν αριθμό παραγόντων, όπως είναι η ποιότητα της σχέσης των γονέων (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Οι συμπεριφορές των γονέων εκδηλώνονται με τρόπους που επιτρέπουν την ομαδοποίησή τους σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Πρόκειται για τα γονικά σχήματα ή στυλ, τα οποία διακρίνονται σε:

1. Το *θετικό* (authoritative) *γονικό σχήμα*. Οι γονείς που υιοθετούν αυτό το σχήμα:
 - Ενθαρρύνουν τα παιδιά να συζητούν, ενώ τους ερμηνεύουν και αναλύουν τα επιχειρήματά τους.

- Ζητούν από αυτά να έχουν ώριμη συμπεριφορά, ενώ δε διστάζουν να τους αρνηθούν πράγματα χωρίς να ικανοποιούν τις όποιες απαιτήσεις των παιδιών ανεξέλεγκτα.
- Δεν διστάζουν να δείξουν στα παιδιά την αγάπη τους, τα υποστηρίζουν, ενώ ταυτόχρονα τους παρέχουν ένα περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα, δημιουργώντας συνεχώς νέα ενδιαφέροντα.
- Ενισχύουν την πρωτοβουλία και το αίσθημα ευθύνης των παιδιών τους.

2. Το *αυταρχικό* (authoritarian) γονικό σχήμα. Οι γονείς που υιοθετούν αυτό το σχήμα:

- Υιοθετούν την εφαρμογή μέτρων άσκησης ελέγχου (τιμωρίες) και δίνουν έμφαση στην υπακοή και το σεβασμό προς κάθε μορφή εξουσίας.
- Είναι ψυχροί και έχουν απορριπτική συμπεριφορά προς τα παιδιά.
- Δεν ενθαρρύνουν τις συζητήσεις, αφού θεωρούν πως τα παιδιά πρέπει να κάνουν πάντοτε αυτό που τους λένε, ενώ δεν ενισχύουν καθόλου τις πρωτοβουλίες των παιδιών.

3. Το *ανεκτικό* (permissive) γονικό σχήμα. Οι γονείς που υιοθετούν αυτό το σχήμα:

- Αποφεύγουν την άσκηση ελέγχου, αφήνοντας τα παιδιά ελεύθερα στη συμπεριφορά τους, με τρόπο που χαρακτηρίζεται από αμέλεια.
- Αν και δείχνουν στα παιδιά τους ότι τα υποστηρίζουν, δεν κάνουν τίποτε που να διαμορφώνει τη συμπεριφορά τους.

- Τα παιδιά ρυθμίζουν μόνοι τους τις δραστηριότητές τους και δεν αντιμετωπίζουν σχεδόν ποτέ το θυμό των γονέων τους ή γενικότερα τα συναισθήματά τους (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Τα σχήματα αυτά διαμορφώνονται σε δύο άξονες: έναν παροντικό και έναν παρελθοντικό. Στο παρόν, σημαντικό ρόλο παίζει η αλληλεπίδραση των αναγκών των γονέων με τις ιδιοσυγκρασιακές ανάγκες του παιδιού, η δυναμική της σχέσης του ζευγαριού καθώς και τα πρότυπα των γονικών ρόλων στην κουλτούρα μέσα στην οποία ζει και αναπτύσσεται η οικογένεια. Στον άξονα του παρελθόντος, η διαμόρφωσή τους επηρεάζεται από την αντίληψη που είχαν οι ίδιοι οι γονείς για τον εαυτό τους ως παιδιά, αλλά και από την εμπειρία που αποκόμισαν από τους δικούς τους γονείς. Έτσι, οι γονείς που ανατράφηκαν από πολύ αυστηρούς γονείς τείνουν να είναι πολύ αυστηροί οι ίδιοι ή (αντίθετα) υπερβολικά επιτρεπτικοί. Το σίγουρο είναι πως αυτά τα σχήματα αναφέρονται πάντοτε στη συζήτηση για τη γονικότητα, με τρόπο που, παρά τις όποιες αμφισβητήσεις για το ρόλο των γονέων στην ανάπτυξη των παιδιών, μοιάζει να ενισχύει τη σπουδαιότητα της επίδρασής τους στην ανθρώπινη ανάπτυξη (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Όσον αφορά στα αποτελέσματα των γονικών σχημάτων στην ανάπτυξη των παιδιών, η καλύτερη γνωστική και κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη επιτυγχάνεται όταν:

- Οι γονείς επιδεικνύουν στοργική και τρυφερή συμπεριφορά προς τα παιδιά.
- Θέτουν σε προτεραιότητα τις ανάγκες των παιδιών.
- Επιδεικνύουν ενθουσιασμό για τα συναισθήματα των παιδιών.

Ιδιαίτερα σε ότι αφορά στα παιδιά, από την πλευρά τους, όταν το γονικό σχήμα είναι θετικό:

- Διαμορφώνουν ασφαλέστερο συναισθηματικό δεσμό με τους γονείς στη βρεφική ηλικία.
- Εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.
- Εμφανίζουν αλτρουιστική συμπεριφορά.
- Κατανοούν καλύτερα την ψυχολογική κατάσταση των άλλων και ανταποκρίνονται σε αυτήν.
- Παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες νοητικής ανάπτυξης.
- Έχουν καλύτερη σχολική επίδοση.
- Είναι λιγότερο επιρρεπή στην ανάπτυξη παραβατικής συμπεριφοράς κατά την εφηβεία (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Η ψυχοπαθολογία που παρουσιάζει το παιδί περιγράφεται σε διάφορα ταξινομικά συστήματα (ICD, DSM) (Μπίμπου-Νάκου, 2005). Ωστόσο, έχει τονιστεί και συνεχίζει να τονίζεται η ανάγκη πιο ενδεδειγμένης έρευνας στη βρεφική ηλικία για τη διερεύνηση ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών, τα οποία εμφανίζονται στην παιδική ή στην ενήλικη ζωή και παρατηρείται μία ιδιαίτερη έμφαση και στροφή της έρευνας από την παιδική στη βρεφική ηλικία (Μάντζιου, 2007).

2.3. Πρόληψη και πρώιμες παρεμβάσεις

Η πρόληψη για την ψυχοκοινωνική υγεία και γενικότερα η πρόληψη των αναπτυξιακών προβλημάτων για μικρά παιδιά αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας αλλά και για τα άτομα που εμπλέκονται με την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και υγείας του παιδιού αλλά και ειδικότερα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Η πρόωμη πρόληψη στη βρεφική ηλικία είναι δυνατόν να επιφέρει άμεσα αποτελέσματα και να αποφευχθούν οι δυσχέρειες που υφίστανται όταν οι γονείς αναζητούν βοήθεια για προβλήματα των παιδιών τους και οι οποίοι «πέφτουν συχνά θύματα της έλλειψης ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, των γραφειοκρατικών διαδικασιών και του ανταγωνισμού ή της αποτυχίας επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας των παιδιών, παρά τις όποιες υποσχέσεις και προσπάθειες που γίνονται για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους» (Μάντζιου, 2007).

Τα προγράμματα συνολικής προληπτικής παρέμβασης χρειάζονται πολυσύνθετες, πολυεπιστημονικές προσεγγίσεις τόσο στο επίπεδο της θεωρίας όσο και στο επίπεδο της πράξης. Απαραίτητη κρίνεται η συνεργασία στα πεδία της αναπτυξιακής ψυχολογίας, της ψυχανάλυσης, της αναπτυξιακής παιδιατρικής, της δημόσιας υγείας καθώς και της νοσηλευτικής, καθώς η προσέγγιση μέσω μιας μόνης επιστήμης στην προάσπιση της βρεφικής ηλικίας θεωρείται πλέον πεπερασμένη. Καταδεικνύεται λοιπόν η ανάγκη έρευνας και παρέμβασης στη βρεφική ηλικία για την άντληση περισσότερων πληροφοριών (Μάντζιου, 2007).

Ο όρος «πρώιμη παρέμβαση» τοποθετείται στη χρονική περίοδο αμέσως μετά την εγκυμοσύνη αλλά και κατά τη διάρκεια της κύησης. Ο όρος παρέμβαση περιλαμβάνει ένα εύρος παροχής υπηρεσιών οι οποίες είναι σχεδιασμένες με τρόπο ώστε να ενδυναμώνονται τα χαρακτηριστικά ανατροφής των γονέων αλλά και η δυναμική του κοινοτικού συστήματος (Μάντζιου, 2007· Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Οι παρεμβάσεις στη βρεφική ηλικία έχουν καθαρά προληπτικό χαρακτήρα και αποτελούν ένα από τα πλέον δραστικά μέσα εξασφάλισης της δυνατότητας του παιδιού για υγιή κοινωνικο-συναισθηματική ζωή (Μάντζιου, 2007). Η πρόληψη διακρίνεται στα επίπεδα της πρωτογενούς, της δευτερογενούς καθώς και της τριτογενούς, με

σημαντικά αποτελέσματα στην περίπτωση των σωματικών ασθενειών. Φαίνεται όμως πως η διάκριση αυτή είναι ανεπαρκής στην κάλυψη της ψυχικής υγείας των βρεφών (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Έτσι λοιπόν έχουν προταθεί τροποποιήσεις ώστε να ανταποκρίνονται στη βρεφική ηλικία και περιλαμβάνουν τα εξής επίπεδα:

1. Συνολικά προληπτικά προγράμματα, τα οποία περιλαμβάνουν προγεννητικές και μεταγεννητικές παρεμβάσεις,
2. Επιλεκτικά προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται σε υποομάδες του πληθυσμού όπου ο κίνδυνος ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας είναι άνω του μέσου όρου,
3. Ενδεικτικά προληπτικά προγράμματα με εφαρμογή κυρίως σε ομάδες ασυμπτωματικές, σε περίπτωση διαπίστωσης ότι εμφανίζονται παράγοντες κινδύνου
4. Ένας άλλος τρόπος θεώρησης της πρόληψης σχετίζεται με τον τύπο προγραμμάτων-παρεμβάσεων που αναπτύσσονται για ομάδες με ειδικούς τύπους προβλημάτων. Οι τρεις τύποι προγραμμάτων είναι οι εξής:
 - i. Υψηλού κινδύνου, δηλαδή παιδιά τα οποία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές.
 - ii. Ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης ή ηλικίας και
 - iii. Προγράμματα τα οποία εφαρμόζονται σε έναν πληθυσμό παιδιών και όχι σε συγκεκριμένες κατηγορίες παιδιών, όπως για παράδειγμα σε παιδιά που κατοικούν σε μία συγκεκριμένη περιοχή ή που πηγαίνουν σε ένα σχολείο (Μάντζιου, 2007· Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Η αξία της ανάπτυξης των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης έχει αναγνωριστεί σε πολλές χώρες με την ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόνοιας και παιδικής προστασίας. Έχουν σημειωθεί πολύ σημαντικές πρόοδοι στην αναπτυξιακή παιδιατρική και την αναπτυξιακή ψυχολογία σχετικά με τους τομείς της ψυχικής υγείας του βρέφους και του παιδιού. Στους τομείς αυτούς ανήκουν: οι πρώιμες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μητέρας βρέφους, η σημασία της σωματικής υγείας του παιδιού στην ανάπτυξη, η ύπαρξη συναισθηματικών, γνωστικών και κοινωνικών ερεθισμάτων από το περιβάλλον που διευκολύνουν την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. Επιπλέον, είναι πλέον κατανοητοί οι μηχανισμοί με τους οποίους αυτές οι πρώιμες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Η γνώση σχετικά με τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού άλλα και η κατανόηση των μηχανισμών επέφερε την προσέλκυση των ειδικών της ψυχικής υγείας σε θέματα σχετικά με την πρόληψη στην πρώιμη ηλικία. Οι ειδικοί αυτοί άρχισαν να αναπτύσσουν προγράμματα πρώιμων παρεμβάσεων με στόχο τη διευκόλυνση της πρώιμης ανάπτυξης του παιδιού αλλά και την ευημερία της οικογένειας και κατέληξαν στους πιο γενικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού και οι οποίοι είναι:

1. Η ύπαρξη και ο ρόλος των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης για την οικογένεια.
Στα δίκτυα αυτά ανήκουν οι φίλοι και η κοινότητα γενικά και υποστηρίζουν την ίδια την οικογένεια.
2. Τα υλικά αγαθά και οι κοινωνικο-οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας γενικότερα.
3. Ο βαθμός συνοχής της οικογένειας, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης καθώς και η ψυχική υγεία των γονέων.

4. Οι μέθοδοι καθώς και οι πρακτικές οι οποίες έχουν διαμορφωθεί από την οικογένεια για την ανατροφή του παιδιού (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Παρατηρείται λοιπόν μία μετατόπιση στο ενδιαφέρον της αναπτυξιακής ψυχολογίας: από μία προσέγγιση που ήταν στατική και επικεντρωμένη στο παιδί σε μία προσέγγιση δυναμική και προσανατολισμένη στην οικογένεια, με βασικά χαρακτηριστικά τα εξής:

- Την ποιότητα της σχέσης γονέων-παιδιού.
- Τον βαθμό στον οποίο η οικογένεια παρέχει στο παιδί τις απαραίτητες και ποικίλες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές εμπειρίες με το κατάλληλο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.
- Τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια εξασφαλίζει στο παιδί τις προϋποθέσεις για υγεία και ασφάλεια.

Πρωταρχική θέση λαμβάνει η ποιότητα των αμοιβαίων αλληλεπιδράσεων γονέα-βρέφους. Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια προωθεί την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και την ψυχική υγεία των γονέων, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας, την ιδιοσυγκρασία του παιδιού αλλά και την κοινωνική υποστήριξη που έχει η οικογένεια. Ο βαθμός στον οποίο η ομαλή λειτουργία της οικογένειας ενθαρρύνεται από τα οικογενειακά αυτά χαρακτηριστικά κρίνει και την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. Η ομαλή ή όχι ανάπτυξη του παιδιού επηρεάζεται σαφώς από πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες και μπορεί να συνδέεται με την ύπαρξη βιολογικών παραγόντων κινδύνου, την ένταση και δυσλειτουργία της οικογένειας ή των διαπροσωπικών σχέσεων των μελών της. Απειλή για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας και κλονισμό στην εμπιστοσύνη προς αυτήν για την αντοχή και τις δυνατότητες των μελών της αποτελούν η έλλειψη συστημάτων υποστήριξης και κατάλληλων υπηρεσιών για να

ανταποκριθούν στις πολλαπλές ανάγκες. Ακόμη, η μη επαρκής πληροφόρηση σε θέματα ομαλής ανάπτυξης και η ελλιπής πληροφόρηση για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που υπάρχουν από τα οποία οι οικογένειες μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια απειλούν την ομαλή τους λειτουργία (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

2.4. Παράγοντες κινδύνου των πρώιμων παρεμβάσεων

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών και ονομάζονται *παράγοντες κινδύνου*. Διακρίνονται σε *βιολογικούς* και *περιβαλλοντικούς* παράγοντες. Είναι δε σημαντικό κατά το σχεδιασμό των προγραμμάτων παρέμβασης να λαμβάνεται υπόψη η ύπαρξη αυτών στο ίδιο το παιδί, ή την οικογένεια του ή και το κοινωνικό περιβάλλον όπου ζει. Στους πίνακες I και II παρουσιάζεται ένας συνοπτικός κατάλογος από σημαντικούς βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν σχεδιάζονται προγράμματα πρώιμων παρεμβάσεων.

Πίνακας 1

Βιολογικοί Παράγοντες κινδύνου.

- Πολύ χαμηλό βάρος (1.500 gr)
- Καθυστέρηση στην ανάπτυξη
- Ασφυξία
- Χρόνια ωτίτιδα
- Βρογχοπνευμονία
- Άπνοια
- Ξαφνική ασθένεια/ατύχημα
- Συνήθειες της μητέρας πριν και μετά τη γέννηση (π.χ., αλκοόλ, κάπνισμα)
- Ανωμαλίες στη συμπεριφορά του νεογνού

- Οποιαδήποτε σοβαρή περιγεννητική επιπλοκή (π.χ., σπασμοί, αποκλίνουσα νευρολογική εξέταση)
- Σοβαρές επιπλοκές πριν τη γέννηση
- Προωρότητα
- Ιατρικό ιστορικό γονέων (π.χ., ιστορικό περιγεννητικής απώλειας, περιγεννητικές επιπλοκές, γέννηση παιδιού με ειδικές ανάγκες κτλ.).

Πίνακας 2

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες κινδύνου

- Ανησυχία γονέων, παιδίατρου ή επισκέπτη υγείας ή άλλων ατόμων που φροντίζουν το παιδί, σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού (π.χ., σωματική και ψυχική υγεία), τη γονική συμπεριφορά και τη συναλλαγή γονέων-παιδιού.
- Χρόνια ή οξεία ψυχική διαταραχή ενός γονέα, εξελικτική ανικανότητα/καθυστέρηση
- Γονέας εξαρτημένος από αλκοόλ ή τοξικές ουσίες
- Διαταραγμένος δεσμός γονέα-παιδιού
- Μητρότητα κατά την εφηβεία (ηλικία < 20)
- Οικογένεια χωρίς στέγη
- Οξεία οικογενειακή κρίση
- Χρόνια διαταραχή στις οικογενειακές συναλλαγές
- Ιστορικό γονέων με χαρακτηριστικά απώλειας ή κακοποίησης
- Χρόνια νόσος ατόμου που φροντίζει το παιδί
- Αποχωρισμοί παιδιού-γονέα (π.χ., διαζύγιο, νοσοκομειακή νοσηλεία)
- Έλλειψη προγεννητικής φροντίδας πέραν του πέμπτου μήνα
- Φυσική, πολιτισμική ή κοινωνική απομόνωση
- Έλλειψη επαρκούς στήριξης από το περιβάλλον
- Γονέας με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά προσχολικής ηλικίας

- Μόρφωση γονέα χαμηλότερης της έκτης Δημοτικού
- Ανεργία γονέα
- Οικογένεια με έναν γονέα
- Απουσία τακτικού ιατρικού ελέγχου
- Γονέας με ελλιπή φροντίδα υγείας ή έλλειψη ασφάλισης για την υγεία
- Παρουσία ενός από κοινωνικούς/πολιτισμικούς/οικολογικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν αρνητικά το παιδί (π.χ., έλλειψη σταθερής κατοικίας, περιοχή υψηλής εγκληματικότητας, χρόνια φτώχεια στην οικογένεια).

2.5. Στοιχεία των προγραμμάτων των πρώιμων παρεμβάσεων

Τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης μπορεί να ακολουθούν διαφορετικές προσεγγίσεις ανάλογα με το στρες που προκαλείται στη οικογένεια, στα μέλη της και τη λειτουργία τους από την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου (βιολογικών ή περιβαλλοντικών), ή τα αποτελέσματα από την αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ τους καθώς και από την εξισορροπητική επίδραση προστατευτικών παραγόντων (βιολογιών ή περιβαλλοντικών). Σε γενικές γραμμές, τα στοιχεία των προγραμμάτων παρέμβασης περιλαμβάνουν: α)την προσφορά παροχών, β)την κοινωνική υποστήριξη και πληροφόρηση και γ)τις υπηρεσίες προς τις οικογένειες (Πίνακας 1).

Πίνακας 3

Στοιχεία Προγραμμάτων Παρέμβασης		
Προσφορά Παροχών	Κοινωνική Υποστήριξη	Πληροφόρηση και Υπηρεσίες
-Δυνατότητα για πρόσβαση σε υπηρεσίες και	-Ομάδες αυτοβοήθειας γονέων.	-Συγκεκριμένα προγράμματα παρέμβασης (στο σπίτι, σε υπηρεσίες).

συντονισμός των υπηρεσιών. -Συμπληρωματικές παροχές, οικονομική βοήθεια, ανακουφιστική φροντίδα.	-Συμβουλευτική οικογένειας. -Κινητοποίηση: 1.Οικογένειας 2.Κοινοτικών δικτύων 3.Φίλων της οικογένειας.	-Παρέμβαση στους γονείς (για θέματα υγείας και ασφάλειας του παιδιού. -Προληπτική συμβουλευτική, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. -Ατομικές θεραπείες.
---	---	--

Προκειμένου λοιπόν να αναπτυχθούν προγράμματα παρέμβασης πρέπει να είναι ανεπτυγμένο ένα σύστημα από υπηρεσίες στην κοινότητα, κατάλληλα διαμορφωμένες, για να είναι δυνατόν να εφαρμόζεται ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης. Ανάλογα δηλαδή με τις ανάγκες, στη βάση των προγραμμάτων αυτών βρίσκονται οι υπηρεσίες που παρέχουν βασική φροντίδα για θέματα διατροφής, κατοικίας, ιατρικής φροντίδας και εκπαίδευσης. Στη συνέχεια της ιεράρχησης των προγραμμάτων βρίσκεται η ανάπτυξη μια σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των γονιών και των μελών της ομάδας παρέμβασης. Η έμπιστη αυτή σχέση θα διευκολύνει την οικογένεια να αποκτήσει την απαραίτητη πληροφόρηση για τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του παιδιού. Στην κορυφή της ιεράρχησης των προγραμμάτων βρίσκονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες, οι οποίες είναι σχεδιασμένες να αντιμετωπίσουν με επάρκεια τις προκλήσεις κάθε σταδίου ανάπτυξης (μία συντονισμένη και ισότιμη αντιμετώπιση για τα σωματικά, αισθητηριακά, κινητικά, γνωστικά, συναισθηματικά, οικογενειακά θέματα) (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Προγράμματα, τα οποία ευαισθητοποιούν τους γονείς και γενικά αυτούς που φροντίζουν τα παιδιά στις βασικές αρχές φροντίδας και την επικοινωνία στα προσχολικά χρόνια, επικεντρώνονται στους εξής τομείς:

1. ανάπτυξη του εμβρύου και φροντίδα της εγκύου,
2. άγχη στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού,
3. προσαρμογή στους νέους ρόλους και τις αλλαγές που προκύπτουν από τη γέννηση,
4. συναλλαγή μητέρας-βρέφους,
5. ανάπτυξη του παιδιού που καλύπτει διάφορα θέματα όπως, π.χ., ιδιοσυγκρασία, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη, αναπτυξιακές δεξιότητες.

Τα προγράμματα αυτά έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες να επηρεάσουν όλη την οικογένεια διότι παρέχουν ευκαιρίες για τη συνέχεια της φροντίδας αλλά και για την ανάπτυξη μιας συνεργατικής σχέσης γονέων-παιδιών. Παράλληλα, όταν εφαρμόζονται με κατ' οίκον επισκέψεις από επαγγελματίες υγείας, για μεγάλο διάστημα, φαίνεται πως έχουν θετικότερα αποτελέσματα, καθώς στοχεύουν την εκπαίδευση των γονέων σε θέματα φροντίδας και ανάπτυξης του παιδιού αλλά και σε θέματα που αφορούν τις μεταξύ τους σχέσεις. Οι δύο αυτοί παράμετροι, δηλαδή η φροντίδα και η επάρκεια των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να αποτελούν τις βασικές αρχές για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Η παροχή συμβουλευτικής από επαγγελματίες υγείας στους γονείς σε σχέση με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των παιδιών, ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο που διανύουν, διευκολύνει την τροποποίηση των συστημάτων αξιών και τις αναπαραστάσεις των γονιών για τα παιδιά τους. Άλλωστε, είναι πλέον αποδεκτό, πως οι γονείς έχουν συστήματα αξιών και «πιστεύω» για την ομαλή ανάπτυξη καθώς και για το πότε πρέπει να εμφανιστούν ορισμένα χαρακτηριστικά στο ρεπερτόριο της συμπεριφοράς των παιδιών. Σύμφωνα με αυτά ενδέχεται να υιοθετήσουν εξωπραγματικές προσδοκίες και ερμηνείες για τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Μία

κατάλληλη παρέμβαση στο επίπεδο του συστήματος αξιών των γονιών και των αναπαραστάσεών τους μπορεί να μεταβάλει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των παιδιών, διευκολύνοντάς τους ώστε να αποκτήσουν ρεαλιστικές προσδοκίες και ενισχύοντας την ομαλή ανάπτυξη των παιδιών τους (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

2.6. Το κλινικό πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας Βρέφους

Η ΨΥΒ, σύμφωνα με τον Zenaah (2009), αποτελεί έναν επαγγελματικό διεπιστημονικό τομέα έρευνας, πρακτικής και πολιτικής ο οποίος ασχολείται με την κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια των βρεφών. Λόγω των ταυτόχρονων αναγκών των βρεφών και των γονέων τους, οι παρεμβάσεις δεν λαμβάνουν ποτέ χώρα μεμονωμένα. Η εκάστοτε παρέμβαση που εφαρμόζεται δεν απευθύνεται μόνο στη μητέρα, στον πατέρα ή στο βρέφος, αλλά μάλλον στο οικογενειακό σύστημα συνολικά (Simpson et al., 2016). Το οικογενειακό σύστημα ως σύνολο δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητό μόνο εξετάζοντας μεμονωμένα τα μέλη του ξεχωριστά από τα υπόλοιπα (Berryhill et al., 2016).

Κατά την εργασία με την οικογένεια, οι επαγγελματίες της ΨΥΒ εκτιμούν τις εμπειρίες των γονέων από το παιδί, αλλά και τις εμπειρίες του παιδιού από τον κάθε γονέα. Επιπλέον, οι ανάγκες μιας οικογένειας σπάνια περιορίζουν την ψυχική υγεία: η ιατρική παρακολούθηση, οι αναπτυξιακοί πόροι, η φροντίδα του παιδιού, η οικονομική υποστήριξη και άλλες βασικές ανάγκες αποτελούν μέρος ενός συνολικού προφίλ αξιολόγησης. Μία αποτελεσματική, πολιτισμικά ευαίσθητη αξιολόγηση μπορεί από μόνη της να αποτελεί παρέμβαση, καθώς έτσι δίνεται η ευκαιρία στην οικογένεια να

εκφράσει την «ιστορία» της, δίνεται προτεραιότητα στις ανάγκες της και το βρέφος αναγνωρίζεται ως συμμετέχων στη σχέση (Simpson et al., 2016).

Σύμφωνα με τον Zenaah (2009), υπάρχουν τρία βασικά δόγματα που διέπουν την αρμόδια κλινική πρακτική της ΨΥΒ. Αυτά περιλαμβάνουν μία δυναμικά βασισμένη προοπτική, την αξιολόγηση της προσέγγισης και την παρατήρηση της ανάπτυξης μέσα σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο. Η ΨΥΒ δίνει έμφαση στα θετικά χαρακτηριστικά της οικογένειας. Με μία προοπτική βασισμένη στις δυνάμεις, είναι η αξιολόγηση των υπάρχοντων δυνατοτήτων που οδηγεί το σχέδιο για την κινητοποίηση πρόσθετης στήριξης και παρέμβασης. Η προσεκτική καλλιέργεια και προσοχή των σχέσεων είναι το δεύτερο δόγμα την αποτελεσματικής ΨΥΒ. Συγκεκριμένα, η πρακτική της ΨΥΒ υπαγορεύει ότι όλα τα επίπεδα των σχέσεων (του επόπτη-επαγγελματία, του επαγγελματία-γονέα, του γονέα-παιδιού) είναι αλληλεξαρτώμενα, και επηρεάζουν το ένα το άλλο. Το τρίτο δόγμα της ΨΥΒ περιλαμβάνει την κατανόηση ότι η ανθρώπινη ανάπτυξη λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα πολιτιστικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο. Η συμπεριφορά ενός παιδιού συχνά αλλάζει σε διαφορετικά περιβάλλοντα, και έτσι είναι απαραίτητη η γνώση ότι η ατομική παρατήρηση του παιδιού παρέχει ένα μόνο «στιγμιότυπο» της συνολικής λειτουργίας συμπεριφοράς του. Οι επαγγελματίες της ΨΥΒ θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις ατομικές εμπειρίες, τις πεποιθήσεις της οικογένειας και τις πολιτισμικές προοπτικές που επηρεάζουν τις πρακτικές ανατροφής των παιδιών (Simpson et al., 2016).

Τα εργαλεία αξιολόγησης θα πρέπει να στοχεύουν στις πιο συχνές κοινωνικοσυναισθηματικές διαταραχές, συμπεριφορές και καθυστερήσεις κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, προκειμένου να ανιχνευτούν από νωρίς τυχόν αποκλίσεις αλλά και για να είναι σε θέση να παρέχουν βοήθεια στα βρέφη που βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης κοινωνικοσυναισθηματικών δυσκολιών. Τα εργαλεία αξιολόγησης θα

πρέπει επίσης να έχουν τη δυνατότητα να διακρίνουν τα προβλήματα μικρής σημασίας από τις ουσιώδεις δυσκολίες αυτής της νεότερης ηλικιακής ομάδας (Sanner et al., 2016).

Οι λίστες ελέγχου (checklists) αποτελούν σημαντικά εργαλεία ανίχνευσης της κοινωνικοσυναισθηματικής λειτουργίας στην έρευνα αλλά και στην κλινική αξιολόγηση. Οι ολοκληρωμένες και περιεκτικές λίστες ελέγχου είναι απαραίτητες στην ανίχνευση η οποία απευθύνεται σε παιδιά μικρότερα των τριών ετών. Η Βρεφική Νηπιακή Κοινωνική και Συναισθηματική Ανίχνευση (Infant Toddler Social Emotional Assessment, ITSEA) είναι ένα ερωτηματολόγιο κατάλληλο για αυτήν την περίπτωση. Το ITSEA αντικατοπτρίζει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών οι οποίες περιγράφονται στη βιβλιογραφία της αναπτυξιακής ψυχολογίας αλλά και της ψυχοπαθολογίας και έχει καθιερώσει ηλικιακούς κανόνες (απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας από δώδεκα έως τριάντα πέντε μηνών)-η κατώτερη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή μεταξύ δώδεκα και δεκαεπτά μηνών (Sanner et al., 2016).

Το εργαλείο ITSEA έχει τη δυνατότητα επιτυχούς εφαρμογής σε βρέφη από την ηλικία των δώδεκα μηνών. Είναι σημαντικό όμως να σημειωθεί ότι το ITSEA χορηγείται στην στους γονείς βρεφών αυτής της ηλικίας ως συνέντευξη και όχι με τη μορφή ερωτηματολογίου. Τα πεδία και τα υποπεδία της συνέντευξης είναι συναφή αλλά σχεδόν όλοι οι γονείς των βρεφών αυτής της ηλικίας χρειάζονται κάποια καθοδήγηση προκειμένου να καταλάβουν κάποιες ερωτήσεις. Στην ηλικία των δώδεκα μηνών πολλές δεξιότητες αναδύονται και μπορεί να είναι δύσκολο για τους γονείς να αποφασίσουν αν μία δεξιότητα συνδυάζεται ή όχι (για παράδειγμα, η σκόπιμη χειρονομία κατάδειξης). Οι παραδοχές και οι εικασίες από μέρους των γονέων θα πρέπει να αποφεύγονται και η καθοδήγηση είναι ο μόνος τρόπος για να εξαλειφθούν (Sanner et al., 2016).

Τα αποτελέσματα του ITSEA βασίζονται στις αναφορές μόνο του ενός γονέα και οι γονείς αποφασίζουν ποιος θα συμμετέχει από τους δύο. Αυτό τους διευκολύνει να εντάσσουν τις συνεντεύξεις στο καθημερινό τους πρόγραμμα. Από την άλλη πλευρά όμως, με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να μην μπορούν να ανιχνευτούν τυχόν διαφορετικές απόψεις μεταξύ τους σχετικά με την εκτίμηση της ανάπτυξης του βρέφους τους (Sanner et al., 2016).

Το 1987 καθιερώθηκε μία διεπιστημονική ομάδα εργασίας της βρεφικής ανάπτυξης και ειδικών της ψυχικής υγείας για την επανεξέταση των στοιχείων και την περιγραφή των διαταραχών της ΨΥΒ. Ως αποτέλεσμα, δημοσιεύτηκε το 1994 το DC 0-3: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (Διαγνωστική Ταξινόμηση της Ψυχικής Υγείας και των Αναπτυξιακών Διαταραχών της Βρεφικής Ηλικίας και της Πρώιμης Παιδικής Ηλικίας). Στόχος του DC 0-3 αποτελεί η παροχή αρχικών κριτηρίων ταξινόμησης ώστε να προωθήσει την επαγγελματική επικοινωνία, την κλινική σύνθεση και έρευνα. Το DC 0-3, το οποίο αναπτύχθηκε για να συμπληρώσει υπάρχοντα εργαλεία, όπως το DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών), δίνει έμφαση στη συμπτωματολογία και τις αναπτυξιακές διαταραχές μόνο για τη βρεφική και τη νηπιακή ηλικία (Simpson et al., 2016).

Σκοπός του DC 0-3 είναι η αναγνώριση και η ταξινόμηση των διαταραχών προκειμένου να παρέχονται αποτελεσματικές πρώιμες παρεμβάσεις. Η ταξινόμηση του DC 0-3 οργανώνεται σε πέντε περιγραφικούς άξονες παρέχοντας στους κλινικούς ιατρούς ένα περιεκτικό διαγνωστικό προφίλ αλλά και ένα πολύ χρήσιμο σύστημα οργάνωσης για την ανίχνευση και τη διάγνωση των διαταραχών της ψυχικής υγείας των βρεφών (Simpson et al., 2016).

Η αποτελεσματική χρήση του DC 0-3 απαιτεί την ανίχνευση η οποία θα πρέπει να έχει χρονική διάρκεια αρκετές εβδομάδες με την παράλληλη εμπλοκή του πρώιμου φροντιστή. Οι πληροφορίες θα πρέπει να λαμβάνονται από διάφορες πηγές (για παράδειγμα, από την παρατήρηση, τις κλινικές συνεντεύξεις, τα εργαλεία γραφής) και από ποικίλα περιβαλλοντικά πλαίσια (για παράδειγμα, από την κλινική, από το σπίτι, και από την κοινωνία). Ακόμη, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η σχέση του παιδιού μέσα στο πλαίσιο της εκτεταμένης οικογένειας, των παρόχων της φροντίδας του, της κοινωνίας, και του πολιτισμού στον οποίο ζει. Με την επίγνωση ότι κάθε βρέφος είναι μοναδικό, το σύστημα ταξινόμησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία ενός περιεκτικού αναπτυξιακού προφίλ για την αναγνώριση των δυνάμεων, των δυσκολιών και των πεδίων που χρήζουν παρέμβασης μέσα στο οικογενειακό σύστημα (Simpson et al., 2016).

Το Family Map Inventories, FMI (Οικογενειακός Χάρτης Αποθεμάτων) είναι ένα σύνολο ημιδομημένων συνεντεύξεων που αναπτύχθηκαν για να εκτιμώνται οι απαραίτητες πτυχές του οικογενειακού περιβάλλοντος και του σπιτιού σχετικά με την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού από τη γέννηση μέχρι και την ηλικία των πέντε ετών. Το εργαλείο αυτό σχεδιάστηκε για την χρήση κατά τη διάρκεια των επισκέψεων των ειδικών στο σπίτι της οικογένειας. Το FMI εντοπίζει συστηματικά τους τομείς ενδιαφέροντος και τις δυνάμεις έτσι ώστε οι πάροχοι της υγείας να μπορούν να σχεδιάζουν παρεμβάσεις προκειμένου να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου (για παράδειγμα, ανασφάλεια παροχής τροφής, ζητήματα σωματικής ασφάλειας, οικογενειακές συγκρούσεις, σκληρές πρακτικές γονικότητας ή γονική κατάθλιψη) ή να ενισχύσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με ένα υγιές περιβάλλον (για παράδειγμα, δυνατότητα παροχής εκπαιδευτικού υλικού στο σπίτι, καλή παρακολούθηση και εποπτεία του παιδιού ή ασφάλεια στο σπίτι). Το πεδίο ορισμού

του FMI συγκεντρώνεται σε τρεις τομείς: 1) τις φυσικές και κοινωνικές συνθήκες που τα παιδιά βιώνουν κατευθείαν, 2) το οικογενειακό κλίμα/πλαίσιο, 3) τα χαρακτηριστικά των γονέων. Κατά τη διάρκεια του FMI, ο ειδικός που πραγματοποιεί τη συνέντευξη, παρατηρεί τη γονική θαλπωρή, η απουσία της οποίας αποτελεί δείγμα συναισθηματικής παραμέλησης (McKelvey et al., 2016).

Το εργαλείο παρατήρησης Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes, PICCOLO (Γονικές Αλληλεπιδράσεις με τα Παιδιά: Λίστα Ελέγχου Παρατήρησης που Συνδέεται με τα Αποτελέσματα) σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της θετικής γονικότητας σε τέσσερα επίπεδα γνωστά για την υποστήριξη της πρώιμης ανάπτυξης των παιδιών: 1) Στοργή, 2) Απαντητικότητα, 3) Ενθάρρυνση και 4) Διδασκαλία. Το PICCOLO σχεδιάστηκε για τη χρήση με γονείς παιδιών ηλικίας από δέκα έως και σαράντα επτά μηνών (McKelvey et al., 2016).

Η χρήση των δυσμενών πρώιμων εμπειριών (FMI) του παιδιού σε μία οικογένεια, παρέχει, στους επισκέπτες στο χώρο του σπιτιού και σε άλλους ειδικούς πρώιμης παρέμβασης, την δυνατότητα να συζητήσουν για τις καθημερινές εμπειρίες του παιδιού και με ποιον τρόπο αυτές επηρεάζουν την ανάπτυξή και την μακροπρόθεσμη ευεξία του. Ευτυχώς, η επίσκεψη του ειδικού στο σπίτι και τα πρώιμα παρεμβατικά προγράμματα είναι προετοιμασμένα να υποστηρίξουν την ανάπτυξη των γονικών και οικογενειακών δεξιοτήτων, στοχεύοντας στη βέλτιστη ανάπτυξη του παιδιού. Για παράδειγμα, τα περισσότερα προγράμματα επίσκεψης στο σπίτι αντιμετωπίζουν τις δυσμενείς πρώιμες εμπειρίες και διευκολύνουν τις θετικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις αλλά και αυτές του γονέα με το βρέφος, την κατάλληλη πειθαρχία και υποστήριξη και παραπομπές της γονικής κατάθλιψης. Τα προγράμματα αυτά είναι πλήρως προετοιμασμένα να βοηθήσουν τους γονείς να προστατεύσουν τα παιδιά τους από τις δυσμενείς πρώιμες εμπειρίες, οι οποίες εμποδίζουν την

κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη και βάζουν τα παιδιά σε μια τροχιά λιγότερο βέλτιστων αποτελεσμάτων από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής (McKelvey et al., 2016).

Οι επαγγελματίες που πραγματοποιούν επισκέψεις στο χώρο του σπιτιού για καλύτερη διαχείριση των δυσμενών πρώιμων εμπειριών των παιδιών, θα πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση, η οποία να καλύπτει το σκεπτικό για τις ερωτήσεις, τρόπους συμμετοχής των γονέων και τη δράση τους όταν ανιχνεύονται σοβαροί παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, η εκπαίδευσή τους θα πρέπει να καλύπτει το ύφος της συνέντευξης με τους γονείς. Για παράδειγμα, θα πρέπει να κάνουν ερωτήσεις με μη επικριτικό τρόπο και να επισημαίνουν στους γονείς ότι αυτές οι ερωτήσεις γίνονται σε όλες τις οικογένειες. Η εκπαίδευση αυτή είναι απαραίτητη στο προσωπικό που δεν είναι συνηθισμένο να συζητά ευαίσθητα προσωπικά θέματα με τις οικογένειες (McKelvey et al., 2016).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών πρώιμης παρέμβασης μπορεί να επηρεάσει θετικά την αυτοπεποίθηση και την ικανότητα εργασίας με τις οικογένειες. Είναι απαραίτητη η πρόσθετη εκπαίδευσή τους προκειμένου να ενστερνιστούν και να χρησιμοποιούν τεχνικές ανάπτυξης ικανοτήτων με επίκεντρο την οικογένεια (Dunst et al., 2014). Υπάρχει η ανάγκη οι επισκέπτες να διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να είναι σε θέση να καθιερώσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τις οικογένειες με τις οποίες εργάζονται. Αν οι επαγγελματίες επισκέπτες του σπιτιού έχουν την ίδια φυλετική και πολιτισμική καταγωγή με το γονέα, είναι δυνατόν να έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας πιο θετικής σχέσης μεταξύ τους, πιο κοινών πεποιθήσεων για το πρόγραμμα, τα οποία με τη σειρά τους ενισχύουν την συμμετοχή και τήρηση του προγράμματος. Η σχέση μεταξύ γονέα-επισκέπτη θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εγγύτητα, ώστε ο γονέας να επηρεάζεται θετικά για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα (Bain et al., 2016).

Οι εκπαιδευτικές ενότητες των επαγγελματιών επισκεπτών περιλαμβάνουν: ουσιαστικές πτυχές της διαδικασίας της προσκόλλησης, γνώση όλων των πτυχών της κοινωνικοσυναισθηματικής ανάπτυξης και των αναγκών του βρέφους και των γονέων, τη σπουδαιότητα της συναισθηματικής υποστήριξης σε σχέση με την ψυχική υγεία, την παρατήρηση και την εφαρμογή παρέμβασης (Bain et al., 2016). Η υιοθέτηση και η χρήση τεχνικών ανάπτυξης ικανοτήτων με επίκεντρο την οικογένεια, ως μέρος των παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στο χώρο του σπιτιού, έχουν επιπλέον θετική επίδραση στη γονική επάρκεια και αυτοπεποίθηση. Η έλλειψη της επαγγελματικής προετοιμασίας των επαγγελματιών πρώιμης παρέμβασης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα διακυμάνσεων της εμπλοκής των γονέων στην πρώιμη παρέμβαση των παιδιών τους (Dunst et al., 2014).

Οι ειδικοί της υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι οι τομείς της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού είναι ιδιαίτερης σημασίας για κάθε χώρα και όπως έχει επανειλημμένα διατυπωθεί τα τελευταία χρόνια, τα παιδιά του σήμερα είναι οι γονείς του αύριο, στην ουσία δηλαδή το μέλλον κάθε χώρας (Τσιάντης, 2009).

2.7. Ψυχοδυναμικές και συμπεριφοριστικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις βρεφικής ηλικίας

Τα πρώτα δύο χρόνια ζωής είναι καθοριστικά για την κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού. Η πρόληψη τυχόν προβλημάτων στη συναισθηματική ανάπτυξη ή στη συμπεριφορά του παιδιού επιτυγχάνεται με την ενίσχυση των αλληλεπιδράσεων γονέα-βρέφους και την αποτελεσματική ανατροφή και φροντίδα του από μέρους του γονέα (Sener&Cimete, 2016). Ο δεσμός καθώς και οι αλληλεπιδράσεις γονέα-βρέφους είναι αναγκαίο να αποτελούν τον πυρήνα των παρεμβάσεων που

εφαρμόζονται έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του βρέφους (Harden, 2015).

Λόγω των περίπλοκων προβλημάτων της ΨΥΒ στα βρέφη, είναι απαραίτητες οι ολοκληρωμένες προσπάθειες από μέρους των ειδικών ώστε να προληφθούν τα προβλήματα αυτά, να περιοριστούν οι επιδράσεις τους και να ενισχυθούν οι ικανότητες των βρεφών. Οι επισκέψεις φροντίδας κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής παρέχουν πολυάριθμες ευκαιρίες στους παιδιατρικούς παρόχους φροντίδας να ενισχύσουν την ΨΥΒ αλλά και μία θετική σχέση γονέα-βρέφους (Simpson et al., 2016).

Η μετάβαση στη γονικότητα αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο της ζωής λόγω των διάφορων αλλαγών που έχουν να χειριστούν οι γονείς (Gnazzo et al., 2015). Οι παρεμβατικές προσεγγίσεις για το γονέα και το βρέφος μοιράζονται τα εξής κοινά χαρακτηριστικά: καθιερώνουν υποστηρικτικές σχέσεις, παρέχουν γνώσεις και βοηθούν το γονέα να εντάξει τις γνώσεις αυτές στην καθημερινότητα με το βρέφος (Bain et al., 2016). Οι παρεμβάσεις οι οποίες αποσκοπούν στην ενίσχυση των γονικών δεξιοτήτων, της γονικής αποτελεσματικότητας αλλά και της επιτυχούς αντιμετώπισης του γονικού άγχους, είναι αποδοτικές και στη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των μελών όλης της οικογένειας. Οι γονείς θα μπορούσαν να επωφεληθούν από παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα πλαίσια μιας ομάδας αφού τους βοηθούν να μειώσουν το άγχος που τους προκαλεί ο γονικός τους ρόλος καθώς μοιράζονται τις εμπειρίες και τις επιτυχίες τους μεταξύ τους (Berryhill et al., 2016).

Οι γονείς θα μπορούσαν να διδαχτούν δεξιότητες γονικότητας ώστε να είναι σε θέση να προσαρμόζουν τη φροντίδα τους σε ένα βρέφος, που πιθανόν να παρουσιάζει υψηλά επίπεδα αρνητικής συναισθηματικότητας. Έτσι, οι παρεμβάσεις και η εκπαίδευση στις οικογένειες είναι σε θέση να βοηθήσουν τους γονείς να διαχειριστούν τους γονικούς

τους ρόλους, να μειώσουν συνολικά το άγχος τους, αλλά και να βελτιώσουν την ποιότητα της συζυγικής τους σχέσης. Ως αποτέλεσμα, ενισχύονται θετικά οι αλληλεπιδράσεις γονέα-βρέφους, η οικογενειακή σταθερότητα αλλά και η ανάπτυξη του βρέφους (Berryhill et al., 2016).

Ακόμη, οι γονείς θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την εκπαίδευση και τις πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη των βρεφών τους. Η έλλειψη γνώσεων μπορεί να είναι υπεύθυνη για την καθυστέρηση στην αύξηση και στον εντοπισμό αναπτυξιακών ανησυχιών. Η διαδικασία εντοπισμού και αξιολόγησης αναπτυξιακών ανησυχιών είναι αρχικά υπόθεση των γονέων. Είναι απαραίτητες λοιπόν οι προσπάθειες παροχής πληροφοριών περί φυσιολογικής ανάπτυξης, συμπεριλαμβανόμενου του προσδιορισμού των πληροφοριών για το πότε προτείνεται πρώιμη παρέμβαση, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η κατάλληλη φροντίδα, η διαλογή και η παραπομπή στις υπηρεσίες (Marshall et al., 2016).

Επιπλέον, η μεγαλύτερη προσοχή από μέρους των ειδικών στην τήρηση των ρουτινών σε μια οικογένεια θα μπορούσε να είναι επωφέλης, καθώς αντιπροσωπεύει ένα προσιτό και τροποποιήσιμο στόχο για παρεμβάσεις ώστε να μειωθούν ή να προληφθούν τυχόν προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Η προστατευτική και ομαλή για το βρέφος λειτουργία της οικογένειας θεωρείται ότι οφείλεται σε μία αυξημένη αίσθηση της προβλεψιμότητας, της δυνατότητας ελέγχου αλλά και της συνοχής. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές οι οποίοι εξασφαλίζουν ένα οικογενειακό περιβάλλον με προβλέψιμες καθημερινές ρουτίνες και κανόνες, μπορούν να προωθήσουν τις δεξιότητες αυτοελέγχου στα παιδιά τους, συμπεριλαμβανόμενης της ικανότητας ελέγχου των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς. Αντίθετα, οι φροντιστές οι οποίοι δεν εμμένουν σε σταθερές, προβλέψιμες οικογενειακές ρουτίνες, είναι δυνατόν να επιδεινώσουν το φόβο, το θυμό ή τις αντιδράσεις απογοήτευσης των παιδιών του, οδηγώντας σε

υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών προβλημάτων ή προβλημάτων συμπεριφοράς (Rijlaarsdam et al., 2015).

Οι γονείς που δεν είναι προετοιμασμένοι για τους ρόλους τους (για παράδειγμα, οι γονείς με χαμηλό εισόδημα ή ψυχοπαθολογικά συμπτώματα) και η αρνητική συναισθηματικότητα του παιδιού συνδέονται άμεσα με μη θετικά αποτελέσματα για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας (για παράδειγμα, χαμηλή ποιότητα της συζυγικής σχέσης ή της σχέσης συνεργασίας μεταξύ των γονέων). Αντιθέτως, αν οι οικογένειες είναι επαρκώς προετοιμασμένες για τους γονικούς τους ρόλους, ένα παιδί με αρνητική συναισθηματικότητα ενώνει την οικογένεια για την αντιμετώπισή της, γεγονός που ενισχύει τη συνοχή της οικογένειας. Το περιβάλλον της υπονομευμένης συνεργασίας των γονέων, δημιουργεί συναισθηματική ανασφάλεια στο βρέφος, και, αντίστροφα, το φοβισμένο παιδί, δημιουργεί επιπλέον πίεση στη συνεργασία των γονέων, οδηγώντας σε περισσότερο άγχος, με συνέπεια την ακόμη λιγότερη συνεργασία. Η μειωμένη συνεργασία των γονέων, η οποία σχετίζεται με το γονικό άγχος, αποτελεί πιθανό μηχανισμό μεταβίβασης του άγχους από τους γονείς στα παιδιά τους. Θα ήταν επωφέλης, λοιπόν, για τους γονείς που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, βοήθεια για την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ τους στην ανατροφή των παιδιών τους. Ο Feinberg και οι συνάδελφοί του (2008), όπως αναφέρει η Metz, ήταν οι πρώτοι που σχεδίασαν μία παρέμβαση η οποία στοχεύει στη συνεργασία των γονέων ανατροφής των παιδιών τους. Οι μελέτες τους επιδεικνύουν ότι το πρόγραμμα Family Foundations Intervention (Παρέμβαση Οικογενειακών Θεμελίων), το οποίο παρέχεται σε οκτώ συνεδρίες, από την προγεννητική περίοδο μέχρι και τους έξι πρώτους μήνες μετά τη γέννηση, σχετίζεται με την υποστήριξη της μεγαλύτερης συνεργασίας των γονέων. Η υπονομευμένη συνεργασία των γονέων θα πρέπει να

λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία των γονέων με αγχώδεις διαταραχές και στην αντιμετώπιση του άγχους του βρέφους (Metz et al., 2016).

Δύο πρώιμες παρεμβάσεις στην ΨΥΒ έχουν αποτελέσει το πλαίσιο για πρακτική σε πολλούς κλάδους στον τομέα: η ψυχοθεραπεία βρέφους-γονέα (infant-parent psychotherapy, IPP) και η ψυχοθεραπεία παιδιού-γονέα (child-parent psychotherapy, CPP). Διάφορα εγγενή θέματα των δύο αυτών παρεμβάσεων έχουν γίνει βασικές αρχές του τρόπου με τον οποίο οι κλινικοί ιατροί εργάζονται με τα βρέφη και τις οικογένειες σήμερα. Η αποκάλυψη της φωνής του βρέφους στο γονέα, ο «εξορκισμός των φαντασμάτων» ή των ανεπίλυτων συγκρούσεων από το παρελθόν του γονέα, η αφήγηση εμπειριών, η χρήση της γλώσσας για την περιγραφή συναισθημάτων, η συνάντηση με τις οικογένειες εκεί που κυριολεκτικά είναι (στο χώρο του σπιτιού) και η χρήση συγκεκριμένων υπηρεσιών (τρόφιμα, ρούχα, και κατοικία) ως σημείο έναρξης, αποτελούν αναπόσπαστα συστατικά των διάφορων μοντέλων προγραμμάτων που υπάρχουν κατά μήκος της συνεχούς προώθησης, πρόληψης, και παρέμβασης στο πεδίο της ΨΥΒ (Simpson et al., 2016).

Κατά τη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας, ένας αριθμός ερευνών έχει εξετάσει τα αποτελέσματα από διάφορα προγράμματα τα οποία είναι βασισμένα στις σχέσεις και κυμαίνονται από την προαγωγή της υγείας μέχρι την παρέμβαση. Οι έρευνες αυτές απέδωσαν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα και διαπίστωσαν ότι η διαταραγμένη σχέση προσκόλλησης μητέρας-βρέφους μπορεί να διορθωθεί και πιθανώς να αποτραπεί (Simpson et al., 2016).

Αναπόσπαστη με τη θεωρία της προσκόλλησης είναι η ιδέα ότι τα πρώιμα πρότυπα αλληλεπίδρασης μεταξύ των βρεφών και των φροντιστών τους αποτελούν το θεμέλιο για την μετέπειτα κοινωνικοσυναισθηματική λειτουργία, συμπεριλαμβανόμενης της

ανάπτυξης των προσδοκιών από τον εαυτό τους αλλά και τους άλλους στις σχέσεις, και την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας αργότερα. Οι παρεμβάσεις για τα βρέφη, οι οποίες στηρίζονται στην προσκόλληση, αποσκοπούν σε διαδικασίες που σχετίζονται με την ανάπτυξη ασφαλών πρώιμων σχέσεων αλλά και την αντιμετώπιση της προέλευσης των αποδιοργανωμένων τύπων προσκόλλησης (Suess et al., 2016).

Οι σημαντικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με την ασφάλεια περιλαμβάνουν την ευαισθησία από μέρους του γονέα. Η θεωρία και η έρευνα της προσκόλλησης, έχουν δώσει έμφαση στο ιστορικό φροντίδας του γονέα, αλλά, και ταυτόχρονα στις σχέσεις υποστήριξης, οι οποίες λειτουργούν ως μηχανισμοί ανάπτυξης, μετάδοσης από γενιά σε γενιά και αλλαγή στις εμπειρίες των σχέσεων (Suess et al., 2016).

Παρακάτω περιγράφονται μερικά ακόμη προγράμματα πρώιμης παρέμβασης:

1. Parent-Child Attunement Therapy (PCAT)

Πρόκειται για ένα παρεμβατικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε οικογένειες με βρέφη ηλικίας από δώδεκα έως εικοσιτεσσάρων μηνών που σχεδιάστηκε για να ενισχύσει τη σχέση την ποιότητα της σχέσης φροντιστή-βρέφους, να μειώσει τυχόν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας του γονέα ή του παιδιού, να ενισχύσει τις γονικές δεξιότητες, να μειώσει το άγχος του φροντιστή και να του καλλιεργήσει τη γνώση της παιδικής ανάπτυξης. Αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσω εκπαιδευτικών συνεδριών στις οποίες οι γονείς μαθαίνουν δεξιότητες ενίσχυσης του δεσμού με τα βρέφη τους. Ακόμη, οι γονείς συμμετέχουν σε ζωντανές εκπαιδευτικές συνεδρίες οι οποίες εστιάζουν σε θετικού τύπου πειθαρχία και ανταποκριτικότητα του γονέα στο βρέφος του. Το πρόγραμμα PCAT παραδίδεται στο γραφείο του επαγγελματία ή στο σπίτι της οικογένειας και διαρκεί περίπου οκτώ έως δώδεκα εβδομάδες (Harden, 2015).

Η διαδραστική ανατροφοδότηση (in vivo feedback) αποτελεί μία θεραπευτική τεχνική η οποία χρησιμοποιείται στις παρεμβάσεις γονικότητας, κατά τις οποίες ο ειδικός υποστηρίζει την εμπλοκή του γονέα σε παρεμβατικές-στοχευμένες συμπεριφορές, κάνοντας σχόλια περί σχετικής γονικής συμπεριφοράς. Η διαδραστική ανατροφοδότηση χρησιμοποιείται στα προγράμματα ABC και PCAT τα οποία αναφέρθηκαν παραπάνω και αποτελεί συστατικό διάφορων παρεμβάσεων γονικότητας, παρόλο που το ύφος και η παροχή μπορεί να διαφέρει (Caron et al., 2016).

2. Trauma-Adapted Family Connections (TAFC)

Αυτή η παρέμβαση απευθύνεται σε οικογένειες με παιδιά από τη στιγμή της γέννησής τους έως και την ηλικία των δεκαοκτώ ετών που βρίσκονται σε κίνδυνο παραμέλησης, παραδίδεται στο σπίτι της οικογένειας, μέσω μίας συνεδρίας την εβδομάδα, για έξι μήνες. Η παρέμβαση TAFC χρησιμοποιεί οικογενειακή θεραπεία, γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές, και καλείται να αντιμετωπίσει τυχόν στρεσογόνες εμπειρίες της οικογένειας ή οικογενειακή κρίση, αλλά και τυχόν περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Δεδομένου ότι η παρέμβαση αυτή απευθύνεται σε παιδιά όλων των ηλικιών που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες που τη χρησιμοποιούν να εφαρμόζουν κατάλληλες στρατηγικές ώστε να είναι αποτελεσματική και για τα βρέφη (Harden, 2015).

3. Πρόγραμμα βασισμένο στη Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης του Bandura (Social Cognitive Theory, SCT) και το Μοντέλο Υγείας και Ασθένειας του Smith (Smith's Model of Health and Illness, SMHI)

Θεωρητικό υπόβαθρο: Σύμφωνα με τον Bandura η μητρική αποτελεσματικότητα αποτελεί την πίστη των μητέρων στις ικανότητές τους περί παροχής καλής φροντίδας στα παιδιά τους. Οι μητέρες με υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας προσαρμόζονται

εύκολα και λειτουργούν ικανά στη μητρότητα, παρουσιάζουν ευαίσθητη συμπεριφορά, έχουν καλή επικοινωνία με τα παιδιά τους και προετοιμάζουν ένα υγιές περιβάλλον για την ανατροφή των παιδιών τους. Υπάρχει αμοιβαία σχέση μεταξύ της μητρικής συμπεριφοράς και της ανάπτυξης του παιδιού. Σημαντικό είναι το γεγονός πως οι γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα σημειώνουν και υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης (Sener&Cimete, 2016).

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (SCT) εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αποκτούν και διατηρούν ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς και παρέχει τη βάση για στρατηγικές παρέμβασης. Σύμφωνα με τον Bandura (1999), όπως αναφέρουν οι Sener&Cimete, η επιτυχής εκτέλεση μιας εργασίας, η παρατήρηση άλλων ανθρώπων που εκτελούν επιτυχώς μία εργασία, και η λεκτική επιβράβευση από άλλους ανθρώπους αποτελούν τρεις σημαντικούς παράγοντες προσωπικής αποτελεσματικότητας. Η θεωρία αυτή εισάγει νέες στρατηγικές για την προσέγγιση των μητέρων στο μητρικό ρόλο, την βελτίωση του ρόλου αυτού και υποστηρικτικές παρεμβάσεις για την αυτοπραγμάτωση των μητέρων. Η προσωπική αποτελεσματικότητα επηρεάζεται από κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες, γεγονός που απαιτεί την εκτέλεση διαφορετικών μοντέλων σε διαφορετικές κοινωνίες και την ανάπτυξη νέων μοντέλων, προγραμμάτων και προσεγγίσεων (Sener&Cimete, 2016).

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διάφορα προγράμματα για την ενίσχυση της μητρικής αποτελεσματικότητας. Τα προγράμματα για τους γονείς που βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης είναι αποτελεσματικά, ιδιαίτερα στη διαχείριση των πρώιμων προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών. Επιπλέον το SMHI παρέχει τη βάση για την ανάπτυξη ενός πολύ δυναμικού προγράμματος το οποίο ενισχύει τη μητρική αποτελεσματικότητα. Ο Smith στο μοντέλο SMHI αντιμετωπίζει την υγεία σε τέσσερις κατευθύνσεις: 1) Κλινική: Η υγεία ορίζεται ως την απουσία οποιασδήποτε ασθένειας,

2)Απόδοση Ρόλου: Η εκπλήρωση του γονεϊκού ρόλου από το άτομο και η ικανότητά του να αυξήσει τις αποδόσεις του αποτελούν δείκτες υγείας, 3)Προσαρμοστική: Η προσαρμογή του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον και στις αλλαγές και η ικανότητά του να αντιμετωπίσει το άγχος βρίσκονται στο προσκήνιο, 4) Ευδαιμονιστική: Η υγεία και η χαρά είναι συνώνυμα. Τονίζεται το γεγονός πως το άτομο νιώθει χαρά, απολαμβάνει τη ζωή και αντιλαμβάνεται τις επιθυμίες του (Sener&Cimete, 2016).

Το πρόγραμμα: Ενώ το περιεχόμενο του προγράμματος προετοιμάζεται με βάση το Μοντέλο Υγείας και Ασθένειας του Smith (SMHI), περιέχει και δραστηριότητες που βοηθούν τις μητέρες να ανταποκριθούν στο γονικό τους ρόλο, να ενισχύσουν τη γνώση και τις δεξιότητες των παιδιών τους, να δημιουργήσουν αποτελεσματική επικοινωνία με τα παιδιά τους, να θέσουν ρεαλιστικούς και θετικούς στόχους, να εμπιστευτούν τον εαυτό τους και τους γύρω τους, να σκέφτονται θετικά, να βιώσουν το αίσθημα της επιτυχίας, να διαχειρίζονται το άγχος τους, να νιώθουν ευτυχισμένες και να απολαμβάνουν τη ζωή τους.

Η θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (SCT) αποτελεί τον οδηγό για την συγκρότηση του εκπαιδευτικού προγράμματος και την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων εκπαίδευσης. Βασισμένες στην SCT, στο πρόγραμμα περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπως η προβολή ταινιών μικρού μήκους και εικόνων, η παρουσίαση παραδειγματικών συμπεριφορών (δίνεται προσοχή στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα και υιοθέτηση των σωστών συμπεριφορών μέσω της ανάλυσης της συμπεριφοράς), η διατήρηση ημερολογίου, η διανομή φυλλαδίων εκπαίδευσης. Οι ειδικές δραστηριότητες που τις βοηθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους συμπεριλαμβάνουν και την καταγραφή των συναισθημάτων/σκέψεων και εμπειριών σε κάρτες, τη συζήτηση περιπτώσεων μέσω παραδειγμάτων, την ερμηνεία εικόνων, και τη συμπλήρωση εργασιών για το σπίτι. Οι

μητέρες που μοιράζονται τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους στην ομάδα του προγράμματος δεν κρίνονται. Αντίθετα, συνειδητοποιούν ότι όλα τα άτομα που συμμετέχουν βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες και αντιλαμβάνονται ότι μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές απόψεις σχετικά με ένα θέμα. Έτσι, σαν αποτέλεσμα ενισχύεται το θάρρος και η αυτοπεποίθησή τους. Επιπλέον, μαθαίνουν τεχνικές διαχείρισης του άγχους τους.

Μέσω του προγράμματος οι μητέρες εκφράζουν τα συναισθήματά τους και συγκρίνουν τις εμπειρίες τους μεταξύ τους και τα διάφορα ερωτήματά τους απαντώνται. Οι δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα τις βοηθούν να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση για τις ικανότητές τους, να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους και την αυτοεκτίμησή τους. Η αυτοεκτίμησή τους είναι πιθανό να βελτιώνεται λόγω της ανάπτυξης της αυτογνωσίας και της θετικής σκέψης για τον εαυτό τους. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα διαρκεί δέκα εβδομάδες (δέκα συνεδρίες, δώδεκα ώρες συνολικά), δίνοντας έτσι την ευκαιρία εκτέλεσης των πληροφοριών που έχουν διδαχθεί στην πράξη, γεγονός που σίγουρα συμβάλλει στην αλλαγή των μητέρων. Το πρόγραμμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί, λόγω της εύκολης εκτέλεσής του, από τους επαγγελματίες της υγείας (Sener&Cimete, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

3.1. Τα συναισθήματα του βρέφους

Όλοι όσοι περνούν έστω και λίγο χρόνο κοντά σε βρέφη γνωρίζουν ότι τα βρέφη έχουν εκφράσεις προσώπου που υποδηλώνουν τις συναισθηματικές τους καταστάσεις. Σε συνθήκες που αναμένεται να είναι χαρούμενα, δείχνουν να χαμογελούν, όταν

αναμένεται να είναι στενοχωρημένα δείχνουν λυπημένα και αντίστοιχα στην περίπτωση της απογοήτευσης από μέρους τους, δείχνουν θυμό (Feldman,2011). Ωστόσο, η μελέτη των συναισθημάτων αποτελεί ένα αρκετά δύσκολο έργο, αφού τα ίδια τα βρέφη, ειδικά στην αρχή της ζωής τους, όχι μόνο συνειδητοποιούν σε περιορισμένο βαθμό τα συναισθήματά τους αλλά έχουν και περιορισμένες δυνατότητες έκφρασης και περιγραφής του συναισθηματικού τους κόσμου (Δημητρίου, 2012).

Το *συναίσθημα* θα μπορούσε να οριστεί ως υποκειμενική κατάσταση ή εμπειρία που έχει μικρή διάρκεια. Είναι έντονο φαινόμενο με ηδονικό χαρακτήρα (ευχάριστο ή δυσάρεστο) και συνήθως έχει μια πολύ εμφανή και προσεγγίσιμη, μνημονική ή αντιληπτική αιτία. Έχει επίσης καθαρά γνωστικό περιεχόμενο, το οποίο, όμως, διαφέρει από συναίσθημα σε συναίσθημα. Οι άνθρωποι, δηλαδή, έχουν ένα πρωτότυπο, για τα βασικά τουλάχιστον συναισθήματα, και με βάση αυτό το πρωτότυπο αναγνωρίζουν τα συναισθήματα στον εαυτό τους και στους άλλους. Η βίωση του συναισθήματος συνοδεύεται από σωματικές εκδηλώσεις (παραδείγματος χάρη, συστολή των μυών του προσώπου) και φυσιολογική διέγερση, ενώ δημιουργεί τάση για δράση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

Το συναίσθημα χαρακτηρίζεται από τη συμπεριφορά, η οποία αντανακλά το κατά πόσο είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη για το άτομο μία κατάσταση ή οι τρέχουσες αλληλεπιδράσεις. Επίσης, μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως χαρά, φόβος, θυμός και άλλα, ανάλογα με το πώς μια αλληλεπίδραση επηρεάζει το άτομο. Ακόμη, τα συναισθήματα μπορεί να διαφέρουν ως προς την ένταση, παραδείγματος χάρη, ένα βρέφος μπορεί να εκδηλώσει έντονο ή μέτριας έντασης φόβο σε μία συγκεκριμένη περίπτωση (Santrock, 2008).

Το γεγονός ότι η έκφραση των συναισθημάτων αναγνωρίζεται από ανθρώπους σε πολύ διαφορετικούς πολιτισμούς, υποστηρίζει την πίστη του Δαρβίνου στη βιολογική βάση των συναισθημάτων και έχει δώσει μία ώθηση στη μελέτη των εκφράσεων του προσώπου κατά τη βρεφική ηλικία (Steuer, 2005). Ο Κάρολος Δαρβίνος (Charles Darwin, 1809-1882) στο βιβλίο του με τίτλο «Η Έκφραση των Συναισθημάτων στον Άνθρωπο και στα Ζώα» (The Expression of Emotions in Man and Animals), ανέλυσε ότι οι εκφράσεις του προσώπου των ανθρώπων είναι έμφυτες και δεν μαθαίνονται, ότι αυτές οι εκφράσεις είναι ίδιες σε όλους τους πολιτισμούς του κόσμου και ότι εξελίχθηκαν από τα συναισθήματα των ζώων (Santrock, 2008). Έτσι, σύμφωνα με το Δαρβίνο, ο άνθρωπος και τα πρωτεύοντα θηλαστικά έχουν ένα εγγενές, καθολικό σύνολο εκφράσεων του συναισθήματος, αντίληψη που είναι σύμφωνη με τη σημερινή εξελικτική προσέγγιση στην ανάπτυξη (Sroufe, Izard, Feldman, 2011).

Προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν οι συναισθηματικές εκφράσεις του προσώπου, ο Izard δημιούργησε ένα σύστημα που ονομάζεται σύστημα *κωδικοποίησης μέγιστης διάρκειας κινήσεων* (*maximally discriminative facial movement coding system*, MAX), το οποίο είναι ειδικά σχεδιασμένο για χρήση με βρέφη. Χρησιμοποιώντας το σύστημα αυτό, βαθμολογείται η θέση του προσώπου του βρέφους στην περιοχή των φρυδιών, στην περιοχή των ματιών/της μύτης/των μάγουλων και στην περιοχή του στόματος. Οι συνηθισμένες εκφράσεις του προσώπου περιγράφονται με το συνδυασμό των θέσεων σε αυτές τις τρεις διαφορετικές περιοχές του προσώπου. Χρησιμοποιώντας λοιπόν το MAX ή άλλα συστήματα κωδικοποίησης, έχουν εξεταστεί οι αντιδράσεις των βρεφών σε καταστάσεις που αναμένεται ότι μπορεί να παράγουν μία συναισθηματική αντίδραση. Έτσι, έχει ενισχυθεί η άποψη ότι ορισμένες εκφράσεις δεν μαθαίνονται και είναι καθολικές στα ανθρώπινα βρέφη (Steuer, 2005). Τα συναισθήματα λοιπόν και ιδιαίτερα η έκφρασή τους μέσω του προσώπου, έχουν ισχυρό βιολογικό υπόβαθρο

(Santrock, 2008). Επιπλέον, τα βρέφη μεταδίδουν μια μεγάλη ποικιλία συναισθημάτων μέσα από τις εκφράσεις του προσώπου τους και ότι κάθε μία από αυτές τις εκφράσεις γίνεται μια όλο και περισσότερο αναγνωρίσιμη ένδειξη ενός συγκεκριμένου συναισθήματος, όσο το παιδί μεγαλώνει (Shaffer, 2004).

Τα διάφορα συναισθήματα εμφανίζονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές μέσα στα πρώτα δύο χρόνια. Όταν γεννιούνται, τα βρέφη δείχνουν ενδιαφέρον, δυσφορία, αηδία και ικανοποίηση (όπως φαίνεται από ένα στοιχειώδες χαμόγελο)(Shaffer, 2004). Τα βρέφη μπορούν να ανταποκριθούν με ουσιαστικά διαφορετικούς τρόπους και να αντιστοιχίσουν ενεργά τις εκφράσεις του προσώπου των άλλων. Για παράδειγμα, μόλις στους δώδεκα μήνες της ζωής εκφράζουν διαφορετικές συμπεριφορικές αποκρίσεις όταν βλέπουν τη μητέρα τους χαρούμενη, λυπημένη ή θυμωμένη. Όταν βλέπουν χαρούμενες ή θυμωμένες εκφράσεις, οι εκφράσεις του προσώπου των βρεφών επηρεάζονται από το συναίσθημα της μητέρας (για παράδειγμα δεν δημιουργείται καμία κίνηση από τη μεριά του βρέφους ως απόκριση στο θυμό της μητέρας, ενώ αντίθετα αυξάνεται η χαρά και το ενδιαφέρον του βρέφους ως απόκριση στη χαρά που επιδεικνύει η μητέρα). Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι τα βρέφη ανταποκρίνονται στα συναισθήματα της μητέρας ανεξάρτητα από την απλή μίμηση (Sherman, et al., 2015).

Άλλα πρωτογενή (ή βασικά) συναισθήματα που εμφανίζονται στην ηλικία των τεσσάρων μηνών είναι ο θυμός, η λύπη, η χαρά, η έκπληξη και ο φόβος (Sherman, et al., 2015). Αυτά τα συναισθήματα, που ονομάζονται *πρωτογενή*, φαίνεται ότι είναι βιολογικά προγραμματισμένα, διότι εμφανίζονται σε όλα τα φυσιολογικά βρέφη στην ίδια περίπου ηλικία και η εκδήλωση και η ερμηνεία τους είναι ίδια περίπου σε όλους τους πολιτισμούς. Ωστόσο, μπορεί να χρειάζεται κάποιος βαθμός εκμάθησης (ή γνωστικής ανάπτυξης), για να μπορέσουν τα βρέφη να εκφράσουν συναισθήματα που δεν είναι ήδη παρόντα από τη στιγμή της γέννησής τους (Shaffer, 2004). Στον τέταρτο

μήνα της ζωής τα βρέφη είναι ευαίσθητα ως προς την αντιστοίχιση της κατεύθυνσης του βλέμματος με το συναίσθημα, όπως όταν ένα προσεγγίσιμο συναίσθημα (παραδείγματος χάρη, η χαρά) συνδυάζεται με το άμεσο βλέμμα τους (Sherman, et al., 2015).

Κατά την ηλικία των έξι μηνών τα βρέφη αναγνωρίζουν παρόμοια συναισθήματα ανεξάρτητα από τις διαφορές έντασής τους και μπορούν να αναγνωρίσουν συναισθήματα μόνο από τις κινήσεις του σώματος. Αυτές οι ικανότητες συναισθηματικής διάκρισης δεν περιορίζονται στο οπτικό τους πεδίο, αλλά φαίνεται πως τα βρέφη απαντούν διαφορετικά στα συναισθήματα χαράς, τρόμου και θυμού. Κατά τον έβδομο μήνα τα βρέφη είναι ευαίσθητα ως προς την αντιστοίχιση προφορικών εκφράσεων άλλα και εκφράσεων προσώπου, παρακολουθώντας περισσότερο βίντεο παραλληλισμού θετικών αλλά και αρνητικών συναισθημάτων (Sherman, et al., 2015).

Αργότερα, στη διάρκεια του δεύτερου χρόνου, τα βρέφη αρχίζουν να εκδηλώνουν *δευτερογενή (ή σύνθετα)* συναισθήματα, τα οποία απαιτούν νόηση, ιδιαίτερα συνείδηση. Μερικά ενσυνείδητα συναισθήματα είναι η συναισθηματική μέθεξη, η ζήλια και η αμηχανία, που παρουσιάζονται για πρώτη φορά στην ηλικία του ενάμισι έτους (μετά την εμφάνιση της συνείδησης), και η περηφάνια, η ντροπή και οι ενοχές που παρουσιάζονται για πρώτη φορά στην ηλικία των δύομισι ετών. Κατά την ανάπτυξη αυτής της δεύτερης ομάδας ενσυνείδητων συναισθημάτων τα παιδιά αποκτούν και είναι σε θέση να χρησιμοποιούν κοινωνικά πρότυπα και κανόνες για να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά τους (Santrock, 2008). Κατά τον δέκατο τέταρτο μήνα ζωής τους και όχι νωρίτερα, τα βρέφη με την ενσωμάτωση επιπλέον συναισθηματικών πληροφοριών, είναι ευαίσθητα ως προς την αντιστοίχιση μεταξύ της συναισθηματικής

κατάστασης και τις πράξεις ενός ηθοποιού που παρακολουθούν σε βίντεο (για παράδειγμα, οι χαρούμενοι ηθοποιοί δρουν θετικά) (Sherman, et al., 2015).

3.2. Η συναισθηματική εκφραστικότητα του βρέφους

Αν και τα βρέφη παρουσιάζουν παρόμοια είδη συναισθημάτων, ο βαθμός της συναισθηματικής τους εκφραστικότητας ποικίλλει. Τα παιδιά από διαφορετικούς πολιτισμούς εμφανίζουν σημαντικές διαφορές στη συναισθηματική τους εκφραστικότητα, ακόμη και κατά τη βρεφική ηλικία (Feldman, 2011). Επιπλέον, κάθε κοινωνία έχει ένα σύνολο κανόνων εκδήλωσης συναισθημάτων, οι οποίοι προσδιορίζουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες πρέπει ή δεν πρέπει να εκφράζονται ορισμένα συναισθήματα. Κατά κάποιο τρόπο αυτοί οι συναισθηματικοί κώδικες συμπεριφοράς είναι σαν τους πραγματολογικούς κανόνες της γλώσσας: Τα παιδιά πρέπει να τους μάθουν και να τους χρησιμοποιούν, για να τα πηγαίνουν καλά με τους άλλους ανθρώπους και για να έχουν την αποδοχή τους. Για παράδειγμα, όταν οι μητέρες παίζουν με τα ηλικίας επτά μηνών βρέφη τους, περιορίζονται κυρίως σε εκδηλώσεις χαράς, ενδιαφέροντος και έκπληξης και γίνονται έτσι πρότυπα θετικών συναισθημάτων για τα βρέφη τους (Shaffer, 2004).

Ακόμη, οι μητέρες αντιδρούν επιλεκτικά στα συναισθήματα των παιδιών τους, αφού τους πρώτους μήνες προσέχουν όλο και περισσότερο τις εκδηλώσεις ενδιαφέροντος και έκπληξης των βρεφών και αντιδρούν λιγότερο στα αρνητικά συναισθήματα. Τα βρέφη λοιπόν, μέσα από στοιχειώδεις μαθησιακές διεργασίες εκπαιδεύονται να εκδηλώνουν περισσότερο τη χαρά παρά τη δυσαρέσκειά τους και συνεχίζουν να κάνουν το ίδιο με την πάροδο του χρόνου (Shaffer, 2004). Έτσι, οι κανόνες έκφρασης των συναισθημάτων δεν είναι παγκόσμιοι (Santrock, 2008) αλλά και τα συναισθήματα

που θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτά μπορεί, ωστόσο, να διαφέρουν ανάλογα με το πολιτισμικό περιβάλλον (Shaffer, 2004).

Τα συναισθήματα και η έκφρασή τους διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη, διότι δίνουν στα βρέφη και στους γύρω τους χρήσιμες πληροφορίες σχετικές με τις εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεών τους (Δημητρίου, 2012). Είναι σημαντικό πως η έκφραση του συναισθήματος έχει προσαρμοστική λειτουργία, καθώς επιτρέπει στο βρέφος να εκφράσει μη λεκτικά τις ανάγκες του στα άτομα που το φροντίζουν, πριν ακόμη αναπτύξει τις γλωσσικές του δεξιότητες (Feldman, 2011). Έτσι λοιπόν, ακόμα και όταν τα βρέφη βιώνουν μόνο τα πρωτογενή συναισθήματα, οι συναισθηματικές τους εκφράσεις συμβάλλουν στη δημιουργία των πρώτων τους σχέσεων (Santrock, 2008).

3.3. Η συναισθηματική επικοινωνία- συντονισμός (attunement)

Η ικανότητα των βρεφών να επικοινωνούν με τα συναισθήματα επιτρέπει τις συντονισμένες αλληλεπιδράσεις με εκείνους που τα φροντίζουν και την έναρξη ενός συναισθηματικού δεσμού μεταξύ τους (Santrock, 2008· Rees, 2016). Η διαδικασία του συντονισμού απαιτεί από το βρέφος να δείξει τις ανάγκες του και από το γονέα να αποκριθεί σε μία αμοιβαία ενισχυόμενη διαδικασία. Τα βρέφη μαθαίνουν κατά τη διάρκεια της συντονισμένης και ευαισθητοποιημένης γονικότητας ότι οι άλλοι είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους, ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει τους άλλους αλλά και ότι μια μέτρια έκφραση ανάγκης προκαλεί μία απόκριση (Rees, 2016). Δεν αλλάζουν μόνο οι γονείς τις συναισθηματικές τους εκφράσεις ανταποκρινόμενοι

στις ανάγκες των βρεφών, αλλά και τα βρέφη από την πλευρά τους ρυθμίζουν τις συναισθηματικές τους εκφράσεις ανταποκρινόμενα σε αυτές των γονέων τους. Με άλλα λόγια αυτές οι αλληλεπιδράσεις ρυθμίζονται αμοιβαία και εξαιτίας αυτού του συντονισμού περιγράφονται ως αμοιβαίες ή συγχρονισμένες όταν όλα πάνε καλά (Santrock, 2008). Η ανεπαρκής ή ασυνεπής ανατροφή των βρεφών έχει ως συνέπεια την ανεπαρκή ρύθμιση του άγχους τους το οποίο προκύπτει από την ανεπαρκή ρύθμιση του μητρικού άγχους. Η καλά συντονισμένη γονικότητα έχει τη δυνατότητα να κατευνάσει τις επιπτώσεις του ενδομήτριου άγχους (Rees, 2016).

Συμπερασματικά, το βρέφος βιώνει συναισθήματα, αν και το εύρος τους κατά τη γέννηση είναι αρκετά περιορισμένο και καθώς μεγαλώνει, βιώνει την πραγματική εμπειρία όλο και περισσότερων συναισθημάτων (Feldman, 2011). Το βρέφος αναγνωρίζει τις εκφράσεις των συναισθημάτων των άλλων αρκετά νωρίς στη βρεφική ηλικία και χρησιμοποιεί την κοινωνική αναφορά πριν το τέλος του πρώτου χρόνου (Steuer, 2005). Οι αντιδράσεις του βασίζονται σε υποδείξεις και σημεία της μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως οι μορφασμοί, οι χειρονομίες ή οι εναλλαγές στη φωνή (Δημητρίου, 2012).

Οι συναισθηματικές εκδηλώσεις του βρέφους εξυπηρετούν μια επικοινωνιακή λειτουργία που είναι πιθανό να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ατόμων που το φροντίζουν (Shaffer, 2004). Το κλάμα και τα χαμόγελα είναι δύο συναισθηματικές εκφράσεις που εκδηλώνει το βρέφος όταν αλληλεπιδρά με τους γονείς και είναι οι πρώτες μορφές επικοινωνίας μέσω συναισθημάτων του βρέφους (Santrock, 2008), παραδείγματος χάρη, το κλάμα του μωρού που δυσφορεί, καλεί τα κοντινά του πρόσωπα και τα πρώτα χαμόγελα ή οι εκφράσεις ενδιαφέροντος μπορεί να κάνουν τα κοντινά του πρόσωπα να πιστέψουν ότι το βρέφος, μπορεί και να είναι πρόθυμο να δημιουργήσει μια κοινωνική σχέση μαζί τους (Shaffer, 2004).

3.4. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις των συναισθημάτων του βρέφους

Για να συμμορφωθούν με τις συναισθηματικές επιταγές τα βρέφη πρέπει να επινοήσουν στρατηγικές για τη ρύθμιση και τον έλεγχο των συναισθημάτων τους (Shaffer, 2004). Η ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων είναι μια βασική διάσταση της ανάπτυξης. Η συναισθηματική ρύθμιση αναφέρεται στην αποτελεσματική διαχείριση της διέγερσης με σκοπό την προσαρμογή και την επίτευξη ενός στόχου. Η διέγερση σχετίζεται με μια κατάσταση επαγρύπνησης ή δραστηριοποίησης, η οποία μπορεί να φτάσει σε τόσο υψηλά επίπεδα που να εμποδίζουν την αποτελεσματική λειτουργία. Ο θυμός, για παράδειγμα, συχνά χρειάζεται ρύθμιση (Santrock, 2008). Αποτελεί επίσης, την ικανότητα για την τροποποίηση, αναστολή ή διατήρηση της εμφάνισης ή της έντασης του συναισθήματος, και διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους (Planalp & Braungart-Rieker, 2015).

Από την άλλη, αποτελεί ένα δύσκολο έργο για τα πολύ μικρής ηλικίας βρέφη, τα οποία καταφέρνουν να μειώσουν σε ένα βαθμό, τουλάχιστον, τα αρνητικά συναισθήματα αναστάτωσης, απομακρύνοντας το σώμα τους από τα δυσάρεστα ερεθίσματα ή θηλάζοντας με ένταση διάφορα αντικείμενα (Shaffer, 2004· Planalp & Braungart-Rieker, 2015). Τα βρέφη αρχικά βασίζονται σε εξωτερικές πηγές, όπως είναι οι γονείς τους, για τη ρύθμιση του συναισθήματος και καθώς μεγαλώνουν είναι πιο πιθανό να στραφούν στην αυτορρύθμιση των συναισθημάτων τους (Santrock, 2008). Έτσι, λοιπόν, εξαρτώνται από τα πρόσωπα που τα φροντίζουν και τα ηρεμούν, όταν έχουν μεγάλη συναισθηματική φόρτιση και προς το τέλος του πρώτου έτους αρχίζουν να επινοούν άλλες στρατηγικές για τη μείωση της αρνητικής συναισθηματικής φόρτισης,

όπως το να κινούνται, να μασούν αντικείμενα ή να απομακρύνονται από τους ανθρώπους και τα γεγονότα που τα στενοχωρούν (Shaffer, 2004).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Bowlby, η ρύθμιση των συναισθημάτων στη βρεφική ηλικία έχει ζωτική σημασία για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ φροντιστή-βρέφους. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, μία από τις σημαντικότερες πλευρές είναι η μετάβαση από τη σχεδόν απόλυτη εξάρτηση του βρέφους από το φροντιστή στη μετέπειτα αυτόνομη λειτουργία του. Οι ατομικές μορφές ρυθμιστικού ελέγχου των συναισθημάτων οφείλονται στα προηγούμενα μοντέλα ρύθμισης, τα οποία έχουν παγιωθεί προγενέστερα στο πλαίσιο της σχέσης του παιδιού με το άτομο που το φροντίζει. Το βρέφος, λοιπόν, δημιουργεί εσωτερικευμένα μοντέλα διεργασίας, δηλαδή, εσωτερικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων, τα οποία αντανakλούν το είδος της φροντίδας που βιώνει το βρέφος και αποτελούν τα θεμέλια της μελλοντικής οργάνωσης της προσωπικότητάς του. Η ρύθμιση των συναισθημάτων αρχίζει από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής και καταλήγει σε μια σύμπραξη με τον άλλον κατά την προσχολική ηλικία, όπου πλέον το παιδί έχει εσωτερικεύσει μοντέλα ουσιαστικού αυτοέλεγχου, βασιζόμενο στο μοντέλο της δυαδικής ρύθμισης μεταξύ φροντιστή-βρέφους, το οποίο αποτελεί ένα πρότυπο στάδιο για το είδος της αυτορρύθμισης που αποκτά στη συνέχεια το βρέφος (Μάντζιου, 2007).

Το είδος προσοχής και συναισθηματικής ρύθμισης που χρησιμοποιείται στην αλληλεπίδραση μητέρας- βρέφους κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής, θεωρείται θεμελιώδες στον καθορισμό της μετέπειτα συναισθηματικής ανάπτυξης του βρέφους. Φαίνεται πως οι διαφορετικοί τρόποι αποκρικότητας της μητέρας στο άγχος του βρέφους κατά τους πρώτους έξι μήνες, συσχετίζονται με την ποιότητα της μεταγενέστερης προσκόλλησης. Η μεγαλύτερη ευαισθησία της μητέρας στο άγχος του βρέφους, στους έξι μήνες, αυξάνει την πιθανότητα να θεωρηθεί το βρέφος ως ασφαλές

στους δεκαπέντε μήνες ζωής. Ακόμη, η ρύθμιση μιας ανασφαλούς μητέρας αποτελεί πρώιμο παράγοντα κινδύνου για την μετέπειτα κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, με επιπτώσεις στη διαμόρφωση του εαυτού. Άλλωστε, όπως είναι γνωστό η ικανότητα του βρέφους να υιοθετήσει θετικά συναισθήματα εξαρτάται από τον φροντιστή (Crugnola et al., 2013).

Η συναισθηματική περιοχή περιλαμβάνει αισθήματα όπως άγχος, φόβο, λύπη, θυμό, χαρά, αγάπη και αφοσίωση. Τα μικρά παιδιά έχουν αναπτύξει συναισθήματα για άλλους ανθρώπους, για πράγματα και για καταστάσεις από το περιβάλλον τους ήδη από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Για την πνευματική τους υγεία είναι σημαντικό να τους δοθούν ευκαιρίες και μέθοδοι για να εκφράσουν αυτά τα συναισθήματα. Πρέπει επίσης να μάθουν ότι είναι φυσιολογικό να έχουν συναισθήματα όπως επίσης και να τα διαχειρίζονται με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους (Κουτσουβάνου & Αρβανίτη-Παπαδοπούλου, 2011). Οι γονείς, λοιπόν, καλούνται να βοηθήσουν τα βρέφη τους να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους και να μειώσουν το άγχος τους, καθώς κατά την ηλικία των τριών και επτά μηνών έχουν επίγνωση του εαυτού τους και είναι σε θέση να ρυθμίζουν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους με αναπτυξιακά κατάλληλους τρόπους (Planalp & Braungart-Rieker, 2015).

Τα παιδιά (όπως άλλωστε και οι μεγάλοι) έχουν την ανάγκη να τα προσέχουν, να τα ακούν και να τα καταλαβαίνουν, όταν προσπαθούν να εκφράσουν κάτι. Ιδιαίτερα τα μικρά παιδιά δεν είναι σε θέση, τις περισσότερες φορές, να εκφράσουν καθαρά αυτό που έχουν ανάγκη. Ακόμη όμως όταν απλά στέκονται και κοιτάζουν, εκφράζουν κάτι. Οι γονείς οφείλουν να δίνουν προσοχή και να προσπαθούν να καταλάβουν εκείνο που το παιδί προσπαθεί να εκφράσει. Αυτή η προσπάθεια εκφράζει με τη σειρά της τη φροντίδα και το ενδιαφέρον του μεγάλου προς το παιδί. Η ανάγκη αυτή για φροντίδα βασίζεται στην ανωριμότητα του και όχι σε άλλες ειδικές ανάγκες. Η φροντίδα, πέρα

από την κάλυψη των φυσικών αναγκών και της ασφάλειάς του, απαιτεί προσοχή και ευαισθησία. Συνεπώς, η συναισθηματική επαφή και η επικοινωνία με έναν ενήλικο παίζει αποφασιστικό ρόλο στην ψυχική εξέλιξη του παιδιού (Χουντουμάδη, 1996).

Οι γονείς θα πρέπει να παρέχουν στα παιδιά όση περισσότερη σταθερότητα και συνέπεια μπορούν μέσα από την οριοθέτηση και τις προβλεπόμενες ρουτίνες της καθημερινότητας, έτσι ώστε τα παιδιά να γνωρίζουν τι έχουν να περιμένουν. Προκειμένου να μάθουν τα παιδιά να αντιμετωπίζουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, είναι σημαντικό οι γονείς να αποδέχονται τα συναισθήματά των παιδιών (<http://www.parentshelp.gr>). Αν λοιπόν δεν ενισχύσουν τα παιδιά τους να σέβονται τα συναισθήματά τους, τότε τα κάνουν ανασφαλή και τους αφαιρούν τους μηχανισμούς άμυνας που μπορεί να αποδειχτούν βοηθητικοί και σωτήριοι σε άλλες στιγμές, όταν για παράδειγμα, οι γονείς ή άλλα στενά τους πρόσωπα δεν θα είναι παρόντα. Θα πρέπει λοιπόν να αποδεχτούν τα όρια που θέτει το παιδί! (Rogge, 2006).

Για την ενίσχυση της συναισθηματικής ανάπτυξης του μικρού παιδιού σημαντικό είναι οι γονείς να του δείχνουν συνεχώς ότι το αγαπούν. Όταν ανταποκρίνονται αποτελεσματικά κι επικοινωνούν θετικά με τα παιδιά, τους δείχνουν σεβασμό και εκτίμηση, εκείνα αισθάνονται ότι έχουν εισακουστεί και έχουν γίνει αντιληπτά από τους γονείς τους, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η αυτοπεποίθηση κι η αυτοεκτίμησή τους (Τριανταφυλλόπουλος, 2006). Άλλωστε, πολλές έρευνες έδειξαν πως υψηλότερα επίπεδα μητρικής ευαισθησίας συνεπάγονται με αποτελεσματικότερη ρύθμιση των συναισθημάτων του βρέφους (Planalp & Braungart-Rieker, 2015). Βρέφη, δηλαδή, ευαίσθητων και ανταποκριτικών φροντιστών, τα οποία είναι αφενός σίγουρα ότι θα δεχθούν βοήθεια στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους και, αφετέρου, αισθάνονται απελευθερωμένα από αποδιοργανωτικά χαρακτηριστικά έντονης συναισθηματικής εγρήγορσης, αναπτύσσουν στρατηγικές ρύθμισης με τις οποίες είναι σε θέση να

κατευνάσουν τα αγχωτικά τους συναισθήματα και να εξερευνούν το περιβάλλον τους ευκολότερα (Μάντζιου, 2007).

Επιπλέον, όταν τα παιδιά έχουν συναισθηματικά ξεσπάσματα, οι γονείς πρέπει να θυμούνται πως αυτές οι συμπεριφορές δεν έχουν κακή πρόθεση ούτε έχουν σκοπό να κάνουν τη ζωή τους πιο δύσκολη. Είναι φυσιολογικό για τα παιδιά να αντιδρούν μερικές φορές με φωνές ή πείσματα. Ακόμη και αν οι γονείς νιώθουν εκνευρισμό σε τέτοιες καταστάσεις, είναι σημαντικό να δείχνουν υπομονή και την αποδοχή τους. Παράλληλα, για να τα βοηθήσουν να μάθουν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και να τα διαχειρίζονται θα πρέπει να μιλούν οι ίδιοι για τα δικά τους συναισθήματα και να τους δείχνουν αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων τους. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αποδοκιμάζουν τα συναισθήματα των παιδιών τους διότι με αυτό τον τρόπο θα φοβούνται να εκφραστούν (<http://www.parentshelp.gr>).

Από την άλλη, κάποια από τα νοήματα που δίνει το βρέφος στις συναλλαγές του με το φροντιστή, μπορούν να αποτελέσουν τραυματικές εμπειρίες. Ένας φροντιστής με αρνητική ενεργοποίηση αποδιοργανώνει το βρέφος και το καθιστά ανήσυχο και ανίκανο να πραγματευθεί την πληροφορία που του παρέχεται. Αυτή η έντονη αποδιοργανωμένη ενεργοποίηση εκ μέρους του φροντιστή, συχνά οδηγεί στην ολική συμμετοχή του στο να ηρεμήσει το βρέφος, το οποίο, δυστυχώς, μαθαίνει να είναι σε διαρκή επαγρύπνηση και να βιώνει αρνητικά τα μηνύματα του φροντιστή, τα οποία πολλές φορές μπορεί να περιέχουν εκφοβιστικές αντιδράσεις (Μάντζιου, 2007).

Η ικανότητα της αποτελεσματικής ρύθμισης των συναισθημάτων αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στην επίτευξη πρώιμης κοινωνικοσυναισθηματικής ανάπτυξης και μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα και κοινωνικά κατάλληλες συμπεριφορές στην μετέπειτα ζωή του βρέφους. Είναι σημαντικό λοιπόν, οι

στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης να αναπτύσσονται νωρίς (Planalp & Braungart-Rieker, 2015). Οι πρώιμες εμπειρίες του παιδιού και οι σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα φροντίδας αποτελούν ζωτικό στοιχείο στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Καταστάσεις λοιπόν που επηρεάζουν αρνητικά τη σχέση γονέα- παιδιού και προκαλούν πρώιμες εμπειρίες αποστέρησης στο παιδί, γίνονται αιτία να αναπτύξει ψυχολογικά προβλήματα (Μπίμπου-Νάκου, 2005). Κρίνεται λοιπόν ουσιώδης η εφαρμογή πρώιμων προληπτικών παρεμβατικών προγραμμάτων τα οποία περιλαμβάνουν ένα εύρος παροχής υπηρεσιών σχεδιασμένων με τρόπο ώστε να ενδυναμώνονται τα χαρακτηριστικά πρακτικών των γονέων (Μάντζιου, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Από την αρχή της ζωής τους τα βρέφη είναι εξοπλισμένα με ορισμένα μέσα για την προσέλκυση της προσοχής των άλλων ανθρώπων. Ανάμεσα σε αυτούς τους μηχανισμούς κοινωνικής σηματοδότησης δύο είναι εκείνοι που αξίζουν ιδιαίτερης προσοχής: το χαμόγελο και το κλάμα (Schaffer, 1996). Θεωρείται πως ο εσωτερικός κόσμος του βρέφους αποτελείται τις πρώτες μέρες και εβδομάδες της ζωής του από εναλλασσόμενα συναισθήματα ηδονής και δυσφορίας: όταν το βρέφος βρίσκεται κάτω από την επιρροή σωματικών αναγκών ή ενοχλητικών ερεθισμάτων από τον εξωτερικό κόσμο, δυσανασχετεί. Όταν η ανάγκη έχει πια ικανοποιηθεί, ή όταν έχει απομακρυνθεί η πηγή του ερεθίσματος, προκαλείται στο βρέφος ηδονή. Με βάση αυτά τα

συναισθήματα, που από τη φύση τους είναι μεταξύ τους αντίθετα το παιδί οργανώνει αυτό που αργότερα αντιλαμβάνεται ως το Εγώ του (Freud, 1991).

4.1. Το χαμόγελο του βρέφους

Στις πρώτες εβδομάδες της ζωής, οι άκρες του στόματος του βρέφους στρέφονται προς τα επάνω, σε μια έκφραση που σε όλους μοιάζει με χαμόγελο (Cole & Cole, 2000). Το χαμόγελο καθώς και το γέλιο του βρέφους που αποτελούν πάντοτε μια πολύ ευχάριστη εμπειρία, κάνουν την εμφάνισή τους πολύ νωρίς κατά το πρώτο έτος της ζωής. Η εμφάνισή τους κατά το πρώτο έτος της ζωής του βρέφους οδηγεί σε ένα αναπτυξιακό χρονοδιάγραμμα το οποίο αρχίζει με το κοινωνικό χαμόγελο (πέντε-εννιά εβδομάδες) και εξελίσσεται σε γέλιο λόγω σωματικής διέγερσης (κατά τους πρώτους τρεις μήνες), κοινωνικά παιχνίδια (κατά τον πέμπτο μήνα) και οπτικά ερεθίσματα (κατά τον έβδομο-ένατο μήνα) (Mireault, et al., 2015). Όταν το χαμόγελο εμφανίζεται για πρώτη φορά περίπου στην ηλικία των έξι εβδομάδων ως κοινωνική αντίδραση, οι περισσότεροι γονείς πιστεύουν ότι το χαμόγελο αυτό απευθύνεται ιδιαίτερα σε αυτούς και δείχνει ότι το βρέφος τους «γνωρίζει» (Shaffer, 1996). Παρόλο που τα μικρά βρέφη μπορεί να μην αναφέρονται σκόπιμα στους γονείς τους για να ερμηνεύσουν διαφορούμενες καταστάσεις, οι γονείς παρέχουν τα συναισθηματικά μηνύματα ούτως ή άλλως και τα βρέφη με τη σειρά τους τείνουν να τα συνδυάζουν (Mireault, et al., 2014). Το χαμόγελο αποτελεί ένα σημαντικό τρόπο με τον οποίο τα βρέφη επικοινωνούν με συναισθήματα (Santrock, 2008). Τα βρέφη δείχνουν να έχουν υψηλές ικανότητες για χιούμορ, γέλιο αλλά και παιχνίδι κατά το πρώτο έτος της ζωής (Mireault, et al., 2014).

Κατά τις πρώτες δύο εβδομάδες της ζωής του το νεογέννητο χαμογελά, αλλά το χαμόγελό του είναι μάλλον «αντανακλαστικό» παρά κοινωνικό, όπου οι μυϊκές

κινήσεις δεν περιλαμβάνουν τους μυς γύρω από τα μάτια αλλά μονάχα αυτούς γύρω από το στόμα (Δημητρίου, 2012). Το χαμόγελο αυτό παρατηρείται κυρίως στη διάρκεια του ύπνου REM, όταν δηλαδή ονειρεύεται και συνοδεύεται από εξάρσεις εγκεφαλικής δραστηριότητας, προερχόμενης από το στέλεχος του εγκεφάλου, γνωστό ως χαμόγελο REM (Cole & Cole, 2000). Αποτελεί ένα χαμόγελο, το λεγόμενο αντανεκλαστικό χαμόγελο, που δεν εκδηλώνεται ως ανταπόκριση σε εξωτερικό ερέθισμα και παρατηρείται κατά τον πρώτο μήνα μετά τη γέννηση, συνήθως κατά τη διάρκεια ακανόνιστων τύπων ύπνου, όχι όταν το βρέφος είναι σε κατάσταση επαγρύπνησης (Santrock, 2008). Παρόλα αυτά, το χαμόγελο αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί κοινωνικό, αφού το βρέφος χαμογελά «μόνο του» και το χαμόγελό του δεν απευθύνεται σε κάποιο άλλο πρόσωπο (Δημητρίου, 2012). Όταν είναι ξύπνια τα βρέφη, το χαμόγελό τους συνοδεύεται από την εγκεφαλική δραστηριότητα που χαρακτηρίζει τη νύστα ή τον ύπνο REM. Η συχνότητα του χαμόγελου REM μειώνεται με ταχύ ρυθμό στις εβδομάδες που ακολουθούν και τη θέση του παίρνει το εξωγενές χαμόγελο, δηλαδή αυτό που ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Cole & Cole, 2000).

Γύρω στην τρίτη εβδομάδα της ζωής το χαμόγελο στο ξύπνιο νεογέννητο μπορεί να προκληθεί μερικές φορές με ένα απαλό άγγιγμα στο μάγουλο, αλλά εξακολουθεί να μην μπορεί να χαρακτηριστεί ως «κοινωνικό» (Δημητρίου, 2012). Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων πρώτων εβδομάδων της ζωής, το χαμόγελο του βρέφους είναι το ίδιο για τα κοινωνικά(φωνή) και τα μη κοινωνικά ερεθίσματα(κουδουνίστρα) (Lehalle-Mellier, 2009). Μεταξύ έκτης και ένατης εβδομάδας, το βρέφος αρχίζει να χαμογελά με σταθερότητα στην παρουσία ευχάριστων ερεθισμάτων όπως παιχνίδια και οικεία πρόσωπα. Τα πρώτα χαμόγελα είναι σε μεγάλο βαθμό αδιαφοροποίητα, καθώς το βρέφος χαμογελά σε οτιδήποτε θεωρεί διασκεδαστικό (Feldman, 2011), ενώ μεταξύ της ηλικίας του ενός μηνός και των δύο μηνών το βρέφος χαμογελά αδιακρίτως

προς αντικείμενα ή ανθρώπους που βλέπει, αγγίζει ή ακούει (Cole & Cole, 2000). Έτσι, η πρώτη μορφή του εξωγενούς χαμόγελου δεν είναι πραγματικά κοινωνική, παρόλο που προκαλείται από το περιβάλλον (Cole & Cole, 2000). Καθώς μεγαλώνει γίνεται περισσότερο επιλεκτικό (Feldman, 2011).

Το χαμόγελο που εκδηλώνεται ως ανταπόκριση σε ένα εξωτερικό ερέθισμα, το οποίο στα αρχικά στάδια της ανάπτυξης είναι συνήθως ένας μορφασμός, αποτελεί το κοινωνικό χαμόγελο (Santrock, 2008). Για να γίνει πραγματικά κοινωνικό το χαμόγελο του βρέφους πρέπει να ανταποκρίνεται στο χαμόγελο των άλλων (Cole & Cole, 2000). Μέχρι το τέλος του τρίτου μήνα της ζωής το βρέφος χαμογελά με μεγάλη ετοιμότητα σχεδόν μόλις βλέπει μπροστά του κάποιο ανθρώπινο πρόσωπο. Το κοινωνικό χαμόγελο αποτελεί ένα αναπτυξιακό ορόσημο επειδή με αυτό το βρέφος «προκαλεί» και «προσκαλεί» τους ενηλίκους σε αλληλεπιδράσεις μαζί του (Δημητρίου, 2012). Σημαντική είναι και η αντίληψη του χιούμορ η οποία περιλαμβάνει την περίπλοκη σύγκλιση των γνωστικών, συμπεριφορικών, συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, έχοντας καταλυτικό ρόλο στα διαπροσωπικά πλαίσια της βρεφικής ηλικίας (Mireault, et al., 2014). Συχνά το χιούμορ περιγράφεται ως "μια απαραίτητη εμπειρία για αλληλεπίδραση με τα βρέφη σε κάθε ασφαλή διαπροσωπική σχέση" (Mireault, et al., 2015).

Το μεγαλύτερο βρέφος παρουσιάζει ένα νέο συναίσθημα, τη χαρά, την οποία εκφράζει με το χαμόγελο, το γέλιο και με ολόκληρο το σώμα του συμβάλλοντας στην αίσθηση της μητέρας ότι υπάρχει μια νέα και πιο στενή σχέση μεταξύ τους (Cole & Cole, 2000). Το χαμόγελο και το γέλιο του βρέφους αφορούν άμεσα και στην αντίληψη του χιούμορ από πλευράς του, δηλαδή την αντίληψη ή της δημιουργία ενός γεγονότος διασκεδαστικού. Το χιούμορ του βρέφους αποτελεί ένα πολύ σοβαρό ζήτημα στη μελέτη της ανάπτυξής του καθώς περιλαμβάνει αρκετά σύνθετες γνωστικές

διαδικασίες. Για παράδειγμα, κατά το δεύτερο εξάμηνο του πρώτου έτους της ζωής, το βρέφος είναι πιθανό να γελάσει με την ανάρμοστη χρήση γνωστών του αντικειμένων όπως την τοποθέτηση ενός ρούχου στο στόμα κάποιου, γεγονός που δείχνει πως παρά την λίγη τους εμπειρία, έχουν προσδοκίες για την τυπική χρήση των αντικειμένων (Mireault, et al., 2015).

Η εξαιρετική διάθεση που δείχνει συνήθως το βρέφος των τρεισήμισι έως πεντέμισι μηνών εξασφαλίζει μια πολύ ευχάριστη ατμόσφαιρα για τις κοινωνικές επαφές του βρέφους με τους γονείς του. Το χαμόγελο του βρέφους της ηλικίας αυτής διαδραματίζει σημαντικότατο ρόλο στη θεμελίωση μιας ισχυρής συναισθηματικής σχέσης με τους γονείς, του αδιάρρηκτου δεσμού της προσκόλλησης (Δημητρίου, 2012). Επιπροσθέτως, το χιούμορ, το οποίο είναι ακράδαντη ένδειξη κοινωνικότητας αλλά και δείκτης ανάπτυξής της, διαδραματίζει εξίσου σημαντικό ρόλο διότι μπορεί να προωθεί ιδιότητες που σχετίζονται με την ικανοποιητική σχέση ανάμεσα στους ενήλικες, συμπεριλαμβανόμενης της κοινής ευχαρίστησης, της συναισθηματικής οικειότητας, της εμπιστοσύνης και της εμπάθειας. Έτσι, το χιούμορ έχει σημαντικές επιπτώσεις σε βασικά κοινωνικοσυναισθηματικά ορόσημα της βρεφικής ηλικίας, όπως είναι η προσκόλληση αλλά και η κοινωνική αναφορικότητα (Mireault, et al., 2015). Το χαμόγελο από αντανάκλαστική ενέργεια γίνεται κοινωνική απάντηση και αργότερα εργαλείο συμπεριφοράς, όταν σχηματίζεται για να εκμαιεύσει ανταπόκριση από τους άλλους. Η σημασία αυτής της βιο-κοινωνικο-συμπεριφορικής μεταστροφής «εγκαινιάζει» και ένα νέο κώδικα συνδιαλλαγής και αλληλεπίδρασης του βρέφους με τους γονείς του και ανοίγει τους δρόμους της δυαδικής – κοινωνικής σχέσης (<http://www.psychologychania.gr/index.php/articles/76-paidopsychologia>).

Καθώς το βρέφος μεγαλώνει, το κοινωνικό του χαμόγελο απευθύνεται σε συγκεκριμένα πρόσωπα και όχι στους πάντες (Feldman, 2011). Αποτελεί μια εγγενή

αντίδραση του ανθρώπινου είδους αφού παρουσιάζεται στην ίδια ηλικία σε όλα τα βρέφη του κόσμου. Φαίνεται ότι τα βρέφη είναι «προγραμματισμένα» να χαμογελούν σε οτιδήποτε μοιάζει με ανθρώπινο πρόσωπο. Η αντίληψη του χιούμορ στο βρέφος φανερώνεται με το χαμόγελο και το γέλιο παγκοσμίως τα οποία κάνουν την εμφάνισή τους πολύ νωρίς, από τη γέννηση μέχρι και τις έξι πρώτες εβδομάδες της ζωής (Mireault, et al., 2014). Πρόκειται για μια λογικότερη συμπεριφορά που ενισχύει τη θέση του Bowlby: ότι δηλαδή το βρέφος με τη συμπεριφορά του αυτή εξασφαλίζει κάποιου είδους «εγγυήσεις» για θετικές αντιδράσεις των ανθρώπων που το περιβάλλουν και μπορούν να του εξασφαλίσουν την επιβίωσή του. Είναι αναμφισβήτητο το γεγονός ότι το χαμόγελο ενός βρέφους τριών μηνών μπορεί να κερδίσει όχι μόνο τη συμπάθεια των ενηλίκων αλλά να τους γεμίσει και με συναισθήματα στοργής (Δημητρίου, 2012).

Από την ηλικία των δεκαοχτώ μηνών, το κοινωνικό χαμόγελο, που απευθύνεται περισσότερο στη μητέρα και άλλα άτομα που το φροντίζουν, αυξάνεται σε σύγκριση με το χαμόγελο που απευθύνεται σε αντικείμενα (Feldman, 2011). Τα θετικά συναισθήματα του γονέα είναι μεταδοτικά στο βρέφος και το προτρέπουν να χαμογελά πιο πολύ στον ίδιο και όχι τόσο σε γεγονότα. Η θετική επίδραση του γονέα επιδρά στο βρέφος των δώδεκα μηνών να χαμογελάσει ή να παρατείνει το χαμόγελό του σε ένα αντικείμενο (Mireault, et al., 2014). Αντίστοιχα, αν ένας ενήλικας δεν ανταποκρίνεται, τότε η συχνότητα του κοινωνικού χαμόγελου μειώνεται (Feldman, 2011). Για παράδειγμα, ένα βρέφος είναι πιο πιθανό να στρέψει το βλέμμα του αλλού παρά να χαμογελάσει σε ένα εύθυμο γεγονός, στρατηγική που ακολουθεί από το δεύτερο κιόλας μήνα της ζωής (Mireault, et al., 2015). Με λίγα λόγια, στο τέλος του δεύτερου έτους το παιδί αφενός χρησιμοποιεί σκόπιμα το χαμόγελο για να εκφράσει τα θετικά του συναισθήματα και αφετέρου δείχνει ευαισθησία στις συναισθηματικές εκφράσεις των

άλλων (Feldman, 2011). Η βελτιωμένη οπτική ικανότητα επιτρέπει στο βρέφος να εστιάζει στους ανθρώπους και έτσι, το πρώτο εξωγενές χαμόγελο μπορεί να μεταβληθεί σε πραγματικά κοινωνικό χαμόγελο (Cole & Cole, 2000).

Όσον αφορά τη σχέση του κοινωνικού χαμόγελου με τη συναισθηματική κατάσταση του βρέφους η υπάρχουσα εικόνα δεν είναι και τόσο σαφής. Μπορεί όμως να συμπεράνει κανείς ότι όταν χαμογελά νιώθει άνετα, τουλάχιστον όσον αφορά την ικανοποίηση των φυσικών του αναγκών (Δημητρίου, 2012). Είναι πιθανό πως η μετάδοση των συναισθημάτων αποτελεί μέρος της διαδικασίας αντίληψης μιας εύθυμης κατάστασης από την πλευρά του βρέφους (Mireault, et al., 2015). Συνεπώς, για την εμφάνιση του κοινωνικού χαμόγελου απαιτείται η συνδιαλλαγή με τους άλλους και όχι μόνο η βιολογική ωρίμανση του βρέφους (Cole & Cole, 2000).

Τέλος, σημαντικό ρόλο στο χαμόγελο του βρέφους φαίνεται να διαδραματίζει και η ενίσχυση. Από τη στιγμή που κάνει για πρώτη φορά την εμφάνισή του το κοινωνικό χαμόγελο, η συχνότητα με την οποία το βρέφος το «χρησιμοποιεί» εξαρτάται από τις συνέπειες τις οποίες αυτό έχει. Και επειδή τις θετικότερες συνέπειες τις αποσπά από τους γονείς του ή από τα άτομα με τα οποία περνά τον περισσότερο χρόνο, το βρέφος των δεκατεσσάρων περίπου εβδομάδων χαμογελά με πιο μεγάλη συχνότητα και για μεγαλύτερη διάρκεια σε αυτά τα άτομα. (Δημητρίου, 2012). Επιπλέον, όταν το βρέφος δημιουργεί χιούμορ, ενισχύεται από το χαμόγελο και το γέλιο του γονιού του. (Mireault, et al., 2015).

4.2. Το κλάμα του βρέφους

Η παραγωγή της γλώσσας του βρέφους αρχίζει με το αδιαφοροποίητο κλάμα κατά τη γέννηση (Craig & Baucum, 2007). Οι γονείς μπορεί να ρωτούν τα νεογέννητα βρέφη τους πώς αισθάνονται, αλλά τα βρέφη δεν μπορούν να απαντήσουν. Διαθέτουν, όμως,

ένα σημαντικό μέσο για να υποδηλώσουν ότι κάτι δεν πάει καλά: μπορούν να κλάψουν (Cole & Cole, 2000). Τα βρέφη αναπτύσσουν σύντομα ένα εύρος από διαφορετικά είδη κλάματος και άλλες συμπεριφορές επικοινωνίας, τις οποίες οι μητέρες και τα πρόσωπα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των παιδιών μαθαίνουν να διακρίνουν κατά τη διάρκεια των μηνών που ακολουθούν (Craig & Baucum, 2007). Ακόμη, κατά τη βρεφική ηλικία αρχίζει και η ρύθμιση των συναισθημάτων στο πλαίσιο των αλληλεπιδράσεων του φροντιστή με το βρέφος. Η ρύθμιση των συναισθημάτων της μητέρας και του βρέφους αποτελεί διαδικασία αλληλένδετη και η μητέρα αποτελεί το πρότυπο για την αυτορρύθμιση (Williams, et al., 2016).

Το κλάμα είναι ο πιο σημαντικός μηχανισμός που έχουν τα νεογνά για να επικοινωνούν με τον κόσμο γύρω τους. Το πρώτο κλάμα είναι η επιβεβαίωση ότι οι πνεύμονες του βρέφους έχουν γεμίσει με αέρα (Santrock, 2008). Αποτελεί μια σύνθετη συμπεριφορά η οποία συνεπάγεται, εκτός από τον συντονισμό της αναπνοής και τις κινήσεις της φωνητικής οδού, που αργότερα θα παράγει την ομιλία. Αρχικά, ο συντονισμός αυτός παρέχεται από δομές του εγκεφαλικού στελέχους αλλά, μέσα σε λίγους μήνες, αρχίζει να συμμετέχει και ο εγκεφαλικός φλοιός, οπότε τα βρέφη μπορούν να κλαίνε κατά βούληση. Αυτή η αλλαγή στη νευρωνική οργάνωση του κλάματος συνοδεύεται από φυσικές αλλαγές στη φωνητική οδό, οι οποίες μειώνουν την οξύτητα του ήχου του κλάματός τους (Cole & Cole, 2000).

Έτσι λοιπόν, το κλάμα παρουσιάζει αυξητική τάση κατά τις πρώτες έξι εβδομάδες της ζωής, ενώ αργότερα αρχίζει να μειώνεται. Τα νεογέννητα τείνουν να κλαίνε περισσότερο το βράδυ ενώ τα μεγαλύτερα βρέφη κλαίνε περισσότερο κοντά στις ώρες του φαγητού (Δημητρίου, 2012). Όταν το βρέφος βρίσκεται σε κατάσταση σωματικής ανησυχίας, κλαίει και εκδηλώνει ξεκάθαρα τη δυσφορία του, τη δυσαρέσκειά του ή και τον πόνο του. Οι καταστάσεις αυτού του είδους προκαλούνται πάντα κάτω από την

πίεση μιας σωματικής ανάγκης. Τέτοιου είδους πίεση μπορεί να είναι η ανάγκη για τροφή και ύπνο, η αναζήτηση μιας ζεστής αγκαλιάς, η επιθυμία αλλαγής από μια λερωμένη πάνα ή ακόμα η επιθυμία απελευθέρωσης από υπερβολικούς ερεθισμούς όπως είναι, για παράδειγμα, οι δυνατοί θόρυβοι και οι έντονοι φωτισμοί (Freud, 1991). Το κλάμα επίσης μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ομαλή λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος του βρέφους (Santrock, 2008). Σε κάθε ανικανοποίητη ανάγκη του το βρέφος αντιδρά με κλάμα, χρησιμοποιεί δηλαδή το ίδιο σήμα για την αίσθηση της πείνας όπως και για την αίσθηση του πόνου ή της δυσφορίας. Για να μετρήσει κανείς το μέγεθος της ανάγκης, μπορεί να χρησιμοποιήσει την ένταση του κλάματος αλλά δεν μπορεί να αναγνωρίσει με την ίδια ευκολία το είδος της ικανοποίησης που επιθυμεί το βρέφος, αν δηλαδή επιθυμεί να το ταΐσουν, να το παρηγορήσουν ή να το γυρίσουν από την άλλη πλευρά (Freud, 1991).

Το φαινόμενο του κλάματος που είναι αντιληπτό από το αυτί μπορεί να ερευνηθεί με περισσότερη ακρίβεια μέσω της **φασματοσκοπικής ανάλυσης**, δηλαδή έναν τρόπο οπτικής αναπαράστασης ηχητικών ερεθισμάτων. Με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατό να διαπιστωθεί ότι το κλάμα είναι μια εξαιρετικά οργανωμένη συμπεριφορά η οποία παίρνει τη μορφή ενός, υψηλής συχνότητας, μικρό-ρυθμού, δηλαδή είναι μια φαινομενικά απλή κινητική δραστηριότητα οργανωμένη σε μια πολύπλοκη χρονική ακολουθία. Το κλάμα αποτελεί μια γενική έννοια που αποδίδει έναν αριθμό σημάτων ήδη διαφοροποιημένων μεταξύ τους αμέσως μετά τη γέννηση (Schaffer, 1996). Το κλάμα του βρέφους δηλαδή, διαφέρει ανάλογα με τις αιτίες που το προκαλούν (για παράδειγμα, πείνα, δίψα, πόνος κ.α.) (Lin, et al., 2016).

Έχουν διακριθεί τρία είδη κλάματος:

- **Βασικό κλάμα:** Ένα ρυθμικό μοτίβο που συνήθως αποτελείται από κλάμα, το οποίο ακολουθεί μια σύντομη σιωπή, στη συνέχεια ένα πιο σύντομο σφύριγμα που είναι σε σχετικά ψηλότερο τόνο από το κυρίως κλάμα και, στη συνέχεια, ακόμα μια σύντομη ανάπαυλα πριν από το επόμενο κλάμα. Θεωρείται ότι η πείνα είναι μια από τις καταστάσεις που προκαλούν το βασικό κλάμα.
- **Κλάμα θυμού:** Μια παραλλαγή του βασικού κλάματος, στην οποία γίνεται μεγαλύτερη εξαγωγή υπερβολικής ποσότητας αέρα μέσα από τις φωνητικές χορδές.
- **Κλάμα πόνου:** Ένα ξαφνικό, αρχικά δυνατό κλάμα με μεγάλη διάρκεια που ακολουθείται από κράτημα αναπνοής, ενώ δεν έχουν προηγηθεί λυγμοί. Το κλάμα πόνου προκαλείται από ένα ερέθισμα μεγάλης έντασης. (Santrock, 2008).

Το κλάμα του βρέφους αναστατώνει και φέρνει σε αμηχανία τους ενήλικους, ιδίως αν είναι παρατεταμένο και αν οι διάφορες προσπάθειες να ηρεμήσουν το βρέφος είναι άκαρπες (Δημητρίου, 2012). Τόσο οι γονείς όσο και οι άτεκνοι ενήλικες αντιδρούν στο κλάμα του βρέφους με αυξημένους παλμούς και αρτηριακή πίεση, δηλαδή με ενδείξεις άγχους (Cole & Cole, 2000). Οι περισσότεροι ενήλικες μπορούν να διακρίνουν αν το κλάμα ενός βρέφους φανερώνει θυμό ή πόνο αλλά και οι γονείς μπορούν να διακρίνουν τι σημαίνει το κλάμα του δικού τους βρέφους καλύτερα από εκείνο ενός άλλου βρέφους (Santrock, 2008). Κατά τη διάρκεια της παρατήρησης και της απαντητικότητας με ευαισθησία, η μητέρα διευκολύνει της αντιδράσεις του βρέφους προς εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα και το γεγονός αυτό βοηθά με τη σειρά του το βρέφος να επιτύχει μια καλά οργανωμένη συναισθηματική κατάσταση (Williams, et al., 2016). Είναι σημαντικό ότι το κλάμα κατά τους πρώτους έξι έως οχτώ μήνες της ζωής έχει αντανακλαστικό χαρακτήρα, δηλαδή το βρέφος κλαίει επειδή για παράδειγμα νιώθει

έναν πόνο. Μόνο αργότερα το παιδί θα αποκτήσει την ικανότητα να κλαίει με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλεί τον γονέα του, ή γενικά αυτόν που το φροντίζει, να έλθει και να αντιμετωπίσει τον πόνο. Έτσι, η αντανεκλαστική συμπεριφορά παραχωρεί τη θέση της στη σκόπιμη (Schaffer, 1996).

Οι ειδικοί της βρεφικής ηλικίας Mary Ainsworth και John Bowlby τονίζουν ότι πρέπει κανείς να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν περισσότερο στο κλάμα του βρέφους κατά το πρώτο έτος της ζωής. Σημαντικό είναι το γεγονός πως η μη άμεση απαντητικότητα στο κλάμα του βρέφους κατά τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της ζωής, σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση της κατάθλιψης κατά την ενηλικίωση (Williams, et al., 2016). Η γρήγορη ανακουφιστική ανταπόκριση στο κλάμα του είναι ένα σημαντικό συστατικό της ανάπτυξης ενός ισχυρού δεσμού ανάμεσα στο βρέφος και στο γονέα (Santrock, 2008). Η μητρική υποστήριξη σε στιγμές δυστυχίας του βρέφους είναι πολύ σημαντική για τη ρύθμιση των συναισθημάτων του αλλά και για την δημιουργία ασφαλούς προσκόλλησης της μητέρας με το βρέφος. Αυτό συμβαίνει διότι επιτρέπει στο βρέφος να αναπτύξει την αίσθηση της ασφάλειας ότι οι ανάγκες του θα ικανοποιηθούν και παρέχει ένα μοντέλο στο οποίο μαθαίνει πώς να ηρεμεί μόνο του τον εαυτό του (Williams, et al., 2016). Σύμφωνα με την Ainsworth οι μητέρες που συνήθιζαν να σηκώνουν τα παιδιά τους μόλις έκλαιγαν είχαν σε τελική ανάλυση βρέφη που έκλαιγαν λιγότερο. Αντίθετα, εκείνες που αργούσαν να σηκώσουν τα παιδιά από την κούνια όταν αυτά έκλαιγαν είχαν βρέφη που έκλαιγαν πολύ περισσότερο (Δημητρίου, 2012) και είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν ασφαλή δεσμό προσκόλλησης με αυτά, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης αργότερα. Η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μία δυσλειτουργία η οποία απορρέει από μία άσχημη ρύθμιση των συναισθημάτων. Σημαντικό είναι το γεγονός πως η μη άμεση απαντητικότητα στο

κλάμα του βρέφους κατά τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της ζωής, σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση της κατάθλιψης κατά την ενηλικίωση (Williams, et al., 2016).

Συμπερασματικά, το κλάμα είναι ο μόνος τρόπος που έχει το βρέφος για να πει ότι κάτι δεν πάει καλά. Δεν ξέρει ποιο ακριβώς είναι το πρόβλημα, απλώς δε νιώθει άνετα ή πονάει. Θα περάσουν εβδομάδες, ίσως και μήνες, πριν μάθει την διαφορά μεταξύ του αισθήματος τη πείνας ή της απογοήτευσης και πριν βεβαιωθεί ότι οι γονείς του μπορούν να το βοηθήσουν (Τριανταφυλλόπουλος, 2006). Τα σήματα κινδύνου, με τα οποία το βρέφος ανακοινώνει τις ανάγκες του, δε διαφέρουν ριζικά από τις αντιδράσεις των μεγαλύτερων παιδιών ή ακόμα και ενήλικων, που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης (Anna Freud, 1991).

Καθώς ανακαλύπτει άλλους τρόπους επικοινωνίας με τους γονείς του, η εξάρτηση του βρέφους από το κλάμα λιγοστεύει. Ο τρόπος που οι γονείς αντιδρούν στο κλάμα του από την αρχή αποτελεί τμήμα της εκπαιδευτικής διαδικασίας και του κατά πόσο το έχουν πείσει να αισθάνεται εμπιστοσύνη και σιγουριά ότι όλα θα πάνε καλά και οτιδήποτε και αν συμβεί θα ανταποκριθούν στις ανάγκες του (Τριανταφυλλόπουλος, 2006). Η ικανότητα της μητέρας να ανταποκρίνεται αστραπιαία στην ψυχολογική κατάσταση του βρέφους της με ευαισθησία, ενέχει πολύ μεγάλες επιπτώσεις στην ανάπτυξή του (Williams, et al., 2016).

4.3. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του κλάματος

Όπως προαναφέρθηκε, στο βρέφος αρέσουν τα αγγίγματα κι οι αγκαλιές. Η ανάγκη για σωματική επαφή είναι πρωταρχική και αποτελεί για τη μητέρα κάτι σαν ένστικτο. Η ανάγκη αυτή είναι τεράστια κατά τις πρώτες εβδομάδες και μήνες της ζωής. Ωστόσο, όταν η σωματική επαφή χάνεται, το βρέφος δυσανασχετεί και μέσα του γεννιούνται υπαρξιακοί φόβοι. Οι φωνές, το κλάμα και το γάντζωμά του είναι ένας αγώνας

επιβίωσης, ένας αγώνας που χρήζει υποστήριξης από τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του και κυρίως τη μητέρα του. Ένα μωρό που κλαίει δεν χρειάζεται αμέσως το μπουκάλι ή την πιπίλα του. Πιο σπουδαίο είναι να ακούσει μια καθησυχαστική φωνή, ή να το πάρουν αγκαλιά. Ένα παιδί δώδεκα μηνών που είναι κουρασμένο και γκρινιάζει δεν έχει ανάγκη από γλειφιτζούρι, αλλά από τη σωματική επαφή που θα το ηρεμήσει. Η σωματική επαφή και το δέσιμο είναι σημαντικότερα από την υλική προσφορά και στήριξη (Rogge, 2006).

Τα βρέφη έχουν περισσότερες ανάγκες από ύπνο και τροφή. Το φαγητό δεν είναι η μόνη απάντηση στο κλάμα τους (Χουντουμάδη, 1998). Παρ' όλα αυτά, μερικοί γονείς στη φάση αυτή της ανάπτυξης αποφεύγουν να πηγαίνουν αμέσως στο παιδί τους όταν κλαίει, γιατί νομίζουν ότι θα το κακομάθουν και θα το κάνουν εξαρτημένο. Μια τέτοια στάση όμως μπορεί να επιδράσει αρνητικά στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Rogge, 2006).

Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις αυτής της περιόδου επικεντρώνονται στην αμοιβαιότητα της σχέσης μητέρας-βρέφους, όπου η μητέρα αλληλεπιδρά με το βρέφος της σύμφωνα με τις ανάγκες του. Κατά τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες ζωής των βρεφών αλλά και στους πρώτους έξι μήνες δεν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ της άμεσης απαντητικότητας των μητέρων στο κλάμα του βρέφους σε αντίθεση με τη καθυστέρηση της ανταπόκρισής τους αφήνοντάς το να κλαίει λίγο. Το γεγονός αυτό ίσως καθησυχάζει τις μητέρες ότι με το να αφήνουν το βρέφος τους να ηρεμήσει μόνο του δεν θα επιφέρει καμία δυσμενή επίδραση στη μετέπειτα ανάπτυξη διαταραχών. Από την άλλη, υπάρχουν ήδη προηγούμενες παρόμοιες παρεμβάσεις που στοχεύουν την ευαισθητοποίηση των φροντιστών του βρέφους, οι οποίες ενθαρρύνουν τις μητέρες να ανταποκρίνονται άμεσα στο κλάμα των βρεφών τους. Σύμφωνα με αυτές, έχει διαπιστωθεί πως ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίνονται οι μητέρες στο κλάμα του

βρέφους κατά τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της ζωής του, μπορεί να επιφέρει επιπτώσεις στην ανάπτυξη διαταραχών στην ενήλικη ζωή του (Williams et al., 2016). Συνεπώς, σε καμία περίπτωση οι γονείς δεν πρέπει να αγνοούν το κλάμα του (Rogge, 2006).

Το κλάμα του μωρού αυτομάτως δημιουργεί έντονο άγχος στη μητέρα, η οποία μπορεί να αισθάνεται έτοιμη να καταρρεύσει όταν αυτό δεν σταματά. Εκείνο που είναι σημαντικό είναι να διατηρήσει τη ψυχραιμία της, διότι το βρέφος αντιλαμβάνεται ενστικτωδώς την έντασή της (Κούπερ, 2009). Η μείωση του γονικού άγχους έχει τεθεί υπό προτεραιότητα, καθώς οι γονείς αποτελούν το κύριο μέσο για να καθησυχάσουν το άγχος του παιδιού τους, κάτι που μπορούν να πετύχουν μέσα σε ένα ήρεμο περιβάλλον με το χάδι ή ακόμα και με το μασάζ (Rees, 2016).

Για την πρόληψη του άγχους και της ανησυχίας της μητέρας, σημαντική είναι η ενημέρωση της κατά την προγεννητική και την μεταγεννητική περίοδο, για την φυσικότητα αυτών των καταστάσεων αλλά και για το γεγονός ότι είναι πιο συχνές υπό συνθήκες άγχους και απογοήτευσης. Κατά πάσα πιθανότητα αυτή η παρέμβαση θα καθιστούσε τις νέες μητέρες και θα τις βοηθούσε να ανταποκρίνονται στο κλάμα του βρέφους τους με λιγότερο άγχος. Η ενημέρωση αυτή θα μπορούσε να βοηθήσει ακόμη και τις ψυχολογικά ευάλωτες γυναίκες να μειώσουν την πιθανότητα της ανάπτυξης ή της επιδείνωσης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Fairbrother et al., 2015).

Η απαραίτητη υποστήριξη στην οικογένεια ξεκινά από την συμβουλευτική και τη διαθεσιμότητα των παιδιάτρων να προσφέρουν βοήθεια στους γονείς. Οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι προσεκτικοί, να ενδιαφέρονται να βοηθήσουν και να εκτελούν μια επαρκή κλινική αξιολόγηση για τη δημιουργία μιας ασφαλούς βάσης, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι το βρέφος είναι υγιές. Ωστόσο, η θετική στρατηγική ενίσχυσης είναι

πιο αποτελεσματική όταν οι γονείς συνεργάζονται με τους παιδιάτρους ώστε να βρουν μαζί λύσεις και όχι μόνο με την μεταφορά πληροφοριών που τους παρέχουν. Χτίζοντας λοιπόν μια θεραπευτική συνεργασία μέσω της ενσυναίσθησης θα καταφέρουν να γίνουν ενεργοί παρατηρητές και να διαλευκάνουν αποτελεσματικά τα θέματα που σχετίζονται με το υπερβολικό κλάμα του βρέφους (Halpern & Coelho, 2016).

Οι ειδικοί ψυχικής υγείας μπορούν να υποστηρίξουν τις οικογένειες μέσω της φυσιολογικής, αλλά πολλές φορές αγχωτικής, εμπειρίας του κλάματος του βρέφους τους. Πιο συγκεκριμένα, όταν το ενδιαφέρον στρέφεται στη ψυχική υγεία της μητέρας κατά την μετάβασή της στη μητρότητα, θα πρέπει να εστιάζουν στο κατά πόσο καλά οι μητέρες αντιμετωπίζουν το κλάμα οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Φαίνεται πως οι απρηγόρητες κραυγές του βρέφους οδηγούν στην απορρύθμιση της σχέσης του με τους γονείς του, καθώς οι μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχουν. Παρόλα αυτά, απαραίτητη κρίνεται η αξιολόγηση των κλινικών κριτηρίων του υπερβολικού κλάματος του βρέφους. Ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση είναι αυτό του **«τριαδικού κανόνα» του Wessel**, που συμβάλει στην κοινωνική συμπεριφορά των γονέων σχετικά με την ευθύνη που πρέπει να αναλάβουν για τη χαλάρωση του βρέφους τους (Russell & Lincoln, 2016). Σύμφωνα με τη διάγνωση του Wessel, το υπερβολικό κλάμα ίσως να οφείλεται σε κολικούς. Πιο αναλυτικά, η διάγνωση αυτή αναφέρει πως: 1) οι βρεφικοί κολικοί δεν είναι ασθένεια, 2) δεν θα συμβεί τίποτα στο βρέφος εξαιτίας του πόνου (γεγονός που καταρρίπτει τους μύθους), 3) ο κολικός περνά μόνος του και «αποτελεί ένα πρόβλημα που το βρέφος θα μάθει να το λύνει», ανακουφίζοντας τους γονείς του από την ευθύνη να καταπολεμήσουν το κλάμα του. Οπότε οι γονείς θα πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν αυτές τις κρίσεις, κατανοώντας την έννοια του

κλάματος του βρέφους τους, καταρρίπτοντας τους μύθους όπως επίσης και να απαλλαχθούν από τα αισθήματα ενοχής (Halpern & Coelho, 2016· Evanoo, 2007).

Η χρήση μάρσιπου θα βοηθούσε αρκετά, διότι συνδυάζει την κίνηση και τη σωματική επαφή που μπορούν να το καθησυχάσουν, ακόμη κι αν η ενόχληση επιμένει (Shelov & Altman, 2012). Η τεχνική αυτή είναι γνωστή ως «**Μέθοδος Καγκουρό**», κατά την οποία το βρέφος λαμβάνει την αγάπη, μέσω της γαλήνιας οπτικής επαφής με τους γονείς του αλλά και με την αρμονική φωνή τους, δημιουργεί μια νέα μορφή αλληλεπίδρασης. Οι γονείς, από την πλευρά τους, αποτελούν το μέσο μιας όμορφης και αρμονικής σχέσης που προκύπτει μέσω του νανουρίσματος. Με αυτή τη μέθοδο, το βρέφος αναπτύσσεται σε όλους τους τομείς, ενώ οι γονείς ενθαρρύνονται να εξασφαλίσουν την φροντίδα του με αποτέλεσμα να ενισχύεται ο ενδο-οικογενειακός τους δεσμός (Carvalho de Jesus, et al., 2015).

Παράλληλα, η **χρήση τσαγιών**, όπως ο μάραθος, η γλυκόριζα, το χαμομήλι και η μέντα, αποτελούν μέρος μιας συστηματικής αξιολόγησης, όπου μερικά ενθαρρυντικά αποτελέσματα έδειξαν ότι η χρήση τους, δεδομένου ότι δεν έχουν παρενέργειες, σε αντίθεση με τα φάρμακα, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπευτικό βοήθημα. Η χορήγηση φαρμάκων είναι αμφιλεγόμενη και η χρήση τους θα πρέπει να αποφεύγεται, λόγω της έλλειψης ωφέλιμων αποδεικτικών στοιχείων. Ωστόσο σε σπάνιες περιπτώσεις, όπως σε οικογένειες που σημειώνουν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους και αϋπνία και δεν τους παρέχεται ένα δίκτυο υποστήριξης, όπου τα βρέφη κινδυνεύουν να επηρεαστούν από τις συνέπειες αυτής της οικογενειακής δυσλειτουργίας, τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν προσωρινά (Halpern & Coelho, 2016).

Ένας ακόμη αποτελεσματικός τρόπος για να ηρεμήσει το βρέφος είναι η **χρήση του ραδιοφώνου** σε χαμηλή φυσικά ένταση. Η εναλλαγή μουσικής και ανθρώπινης ομιλίας συντροφεύει και ηρεμεί το μωρό, ενδεχομένως να το βοηθήσουν να κοιμηθεί, ενώ παράλληλα το εξοικειώνει με μία στάθμη θορύβου που αντιστοιχεί στους συνήθεις θορύβους των διαφόρων καθημερινών δραστηριοτήτων των ενοίκων του σπιτιού (http://ntbabycareblog.blogspot.gr/p/blog-page_320.html).

Τέλος, η μητέρα θα μπορούσε να πάει το βρέφος της μια βόλτα καθώς η άσκηση θα έκανε και την ίδια να νιώσει καλύτερα ενώ παράλληλα το ρυθμικό κούνημα του καροτσιού θα ηρεμούσε και το μωρό (Τριανταφυλλόπουλος, 2006). Ταυτόχρονα, κάποιες διαδικασίες που έχουν αποφέρει θετικά αποτελέσματα είναι η τοποθέτηση του βρέφους σε πρηνή θέση (μπρούμυτα) στα χέρια των γονιών του, φορώντας του ζεστά ρούχα ή χρησιμοποιώντας θερμοφόρες στην περιοχή της κοιλιάς του, όπως επίσης και με το μασάζ στο συγκεκριμένο σημείο. Η αποτελεσματικότητα αυτών των τεχνικών φαίνεται να σχετίζεται με την αίσθηση ασφάλειας του βρέφους, βελτιώνοντας έτσι το δεσμό μητέρας- βρέφους, τον ύπνο του αλλά και τα επίπεδα άγχους. Παρόλα αυτά, οι γονείς θα πρέπει να αποθαρρύνονται να αφήνουν το βρέφος μπουμυτα στην κούνια ακόμη κι αν αυτό το ηρεμεί. Επιπροσθέτως, η χρήση πιπίλας είναι αποδεκτή αν με αυτή ηρεμεί το βρέφος (Halpern & Coelho, 2016).

Όσον αφορά την **τεχνική του βρεφικού μασάζ**, έχει ιδρυθεί ο Διεθνής Σύνδεσμος Βρεφικού Μασάζ (International Association of Infant Masage), από την Vimala McClure, (με αντίστοιχο παράρτημα στο ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ). Στόχος του είναι η προαγωγή της τροφοδοτονοτικής αφής και επικοινωνίας μέσω της εκπαίδευσης, της μόρφωσης και της έρευνας, έτσι ώστε οι γονείς, οι φροντιστές και τα παιδιά να δέχονται την αγάπη, την εκτίμηση και το σεβασμό από τη διεθνή κοινωνία. Για την επίτευξη αυτού του στόχου οι πιστοποιημένοι εκπαιδευτές, μπορούν να εκπαιδεύσουν τους

γονείς στη διαδικασία του βρεφικού μασάζ, σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο, κατά τη διάρκεια πέντε συνεδριών. Έτσι, οι γονείς οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει την συγκεκριμένη πρακτική, πέρα από την ενημέρωσή τους, ευαισθητοποιούνται σε έναν περιεκτικό και ουσιαστικό τρόπο επικοινωνίας με τα παιδιά τους. Είναι λοιπόν σε θέση, να εκδηλώνουν ουσιαστικά την αγάπη τους και να καταθέτουν την συναισθηματική τους διαθεσιμότητα στο παιδί τους. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται η αυτοπεποίθηση τους, καλυτερεύει η αυτοεικόνα τους και το παιδί δεν υιοθετεί αρνητικά γονικά μηνύματα. Τέλος, το βρεφικό μασάζ αποτελεί πράξη πρόληψης στη μείωση της εμφάνισης ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών σε μετέπειτα ηλικίες και επιπλέον συμβάλλει στη σταδιακή μείωση της σπατάλης του δημοσίου χρήματος, που πραγματοποιείται πολλές φορές από διάφορες Υπηρεσίες και Κέντρα, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν παγιωμένες πλέον οικογενειακές καταστάσεις και συμπεριφορές νηπίων, εφήβων και ενηλίκων (Μάντζιου, 2007).

Συμπερασματικά, το κλάμα, ανεξάρτητα από τη διάρκειά του, είναι φυσιολογικό. Τις περισσότερες φορές είναι συναισθηματικά οδυνηρό για τους γονείς καθώς τους δημιουργεί το φόβο για πιθανή ασθένεια του βρέφους τους. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό ιατρικών παρεμβάσεων έδειξε πως είναι περιττές για τη διαχείριση του κλάματος. Η ερευνητική βιβλιογραφία υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βοήθεια των γονέων να αντιμετωπίσουν το κλάμα του βρέφους τους, παρέχοντάς τους υποστήριξη και προτάσεις για καταπραϋντικές παρεμβάσεις. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας φάνηκε πως μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη των παραπάνω καταστάσεων, παρέχοντας συναισθηματικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στη δύαδα γονέα- βρέφους (Evanoo, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Το άγχος του βρέφους προς τα ξένα πρόσωπα (stranger anxiety)

Κατά το δεύτερο μισό του πρώτου έτους, όταν δηλαδή αναπτύσσεται η σαφής-ξεκάθαρη προσκόλληση σε ένα άτομο (ή σε έναν περιορισμένο αριθμό ατόμων του στενού περιβάλλοντος), τα βρέφη αρχίζουν να παρουσιάζουν κάποιες συμπεριφορές οι οποίες χαρακτηρίζονται από άγχος και αβεβαιότητα. Μια από τις πιο συνηθισμένες τους αντιδράσεις είναι και το *άγχος προς τα ξένα άτομα* (Δημητρίου, 2012). Το «άγχος του ξένου» (stranger anxiety) είναι η επιφυλακτικότητα και η συστολή που εκδηλώνει το βρέφος, όταν έρθει αντιμέτωπο με ένα πρόσωπο που δεν γνωρίζει (Feldman, 2011). Καθώς κάποιο άγνωστο πρόσωπο το πλησιάζει, στο πρόσωπο του βρέφους διαγράφεται ένας μορφασμός έντονης ανησυχίας, ενώ ταυτόχρονα ψάχνει επίμονα με το βλέμμα του να εντοπίσει τη μητέρα του και μετά από μερικά δευτερόλεπτα αρχίζει να κλαίει και προσπαθεί να βρεθεί όσο το δυνατόν πιο γρήγορα στη αγκαλιά της. Αν το ξένο πρόσωπο σηκώσει απότομα το βρέφος στα χέρια του, όσο κι αν προσπαθήσει να του παίξει με διάφορους μορφασμούς, ήχους ή άλλα παιχνίδια, το παιδί αντιστέκεται, τεντώνεται και προσπαθεί να απομακρυνθεί. Μοιάζει σαν να βρίσκεται σε κατάσταση πανικού.

Οι γονείς συνήθως εκπλήσσονται με αυτή την καινούρια συμπεριφορά και ανησυχούν μήπως το βρέφος τους ξαφνικά έγινε «ακοινωνήτο». Συνηθισμένοι να έχουν ένα βρέφος το οποίο κατά τους πρώτους επτά μήνες της ζωής του χαμογελούσε αδιαφοροποίητα προς όλα τα πρόσωπα που το πλησίαζαν, το παρακολουθούν γεμάτοι απορία καθώς αυτό εκδηλώνει έντονες, πολλές φορές, φοβικές αντιδράσεις σε όλα τα άτομα που δεν ανήκουν στο στενό του περιβάλλον (Δημητρίου, 2012).

Μια σημαντική ένδειξη της προέλευσης της επιφυλακτικότητας των βρεφών προς τους ξένους είναι ότι ελάχιστα βρέφη έξι μηνών δείχνουν με το χέρι ή παράγουν κάποιον αναγνωρίσιμο ήχο για να υποδείξουν τον στόχο τους, ενώ τα μεγαλύτερα βρέφη αυτό το κάνουν πολύ συχνά. Οι ενήλικες με τους οποίους συναλλάσσονται καθημερινά, παρέχουν ένα προβλεπόμενο και υποστηρικτικό περιβάλλον για τα μικρά βρέφη τα οποία έχουν περιορισμένες ικανότητες επικοινωνίας. Υπάρχουν ελάχιστοι άνθρωποι στους οποίους τα βρέφη επτά μηνών μπορούν να βασίζονται ότι θα διευθετήσουν το περιβάλλον με τον κατάλληλο τρόπο και σύμφωνα με τις προσδοκίες τους (Cole & Cole, 2000). Αυτό βοηθά να εξηγηθεί η εμφάνιση της επιφυλακτικότητας στις σχέσεις τους με τους ξένους.

Με την εμφάνιση ενός άγνωστου ατόμου με το οποίο το βρέφος δεν έχει καθόλου εμπειρίες, ανακαλύπτει ότι το πρόσωπό του αποκλίνει από τις μορφές που ήδη γνωρίζει. Αν επιπρόσθετα αδυνατεί να αφομοιώσει αυτό το καινούριο σχήμα, τότε συγχύζεται, νιώθει αβεβαιότητα και αρχίζει να κλαίει (Δημητρίου, 2012). Πριν φτάσουν στην ηλικία των επτά μηνών, η ικανότητα των βρεφών να κατατάξουν τους ανθρώπους σε αυτούς που «εμπιστεύομαι ότι θα με βοηθήσουν» σε αντιδιαστολή με τους «απρόβλεπτους ξένους» και να θυμούνται τι σημαίνει αυτό για τα ίδια, είναι στην καλύτερη περίπτωση περιορισμένη, αν όχι ανύπαρκτη. Όταν όμως τα βρέφη φτάσουν στο σημείο να σχηματίζουν τέτοιου είδους κατηγορίες και να τις χρησιμοποιούν για να συγκρίνουν την τρέχουσα κατάσταση με προηγούμενες, παρατηρείται μια ποιοτική διαφορά στον τρόπο που αντιδρούν στους ξένους. Τα βρέφη συνειδητοποιούν ότι οι ξένοι δεν έχουν καθιερωμένους τρόπους επικοινωνίας μαζί τους και δεν μπορεί να τους εμπιστευθεί κανείς ότι θα προσέξουν και θα καταλάβουν τα μηνύματα ή ότι θα κάνουν αυτό που χρειάζεται (Cole & Cole, 2000).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το άγχος προς τα ξένα πρόσωπα δεν είναι καθολικό, δεν παρουσιάζεται δηλαδή στα παιδιά όλων των πολιτισμών, ούτε εμφανίζεται σε όλα τα βρέφη με την ίδια ένταση. Μερικά βρέφη δείχνουν μόνο μια επιφυλακτικότητα προς τα ξένα πρόσωπα η οποία ξεπερνιέται μετά από σύντομη «προθέρμανση», ενώ άλλα αντιδρούν με έντονο κλάμα και δεν εννοούν να ξεκολλήσουν από την αγκαλιά του οικείου προσώπου (Sroufe, Δημητρίου, 2012). Τα βρέφη ορίζουν το ρυθμό της προσέγγισης άγνωστων ατόμων. Όταν οι ξένοι τηρήσουν τις αποστάσεις, κάποια στιγμή τα βρέφη αναλαμβάνουν πρωτοβουλία: αναζητούν την οπτική επαφή, χαμογελούν, πλησιάζουν τον άλλον παίζοντας, πηγαίνουν προς το μέρος του και καμιά φορά, όταν γνωριστούν λίγο, αποζητούν ακόμη και τη σωματική επαφή. Από τη μια έλκονται από το άγνωστο πρόσωπο και θέλουν να το γνωρίσουν, από την άλλη όμως, τους προξενεί φόβο. Από τη μια θέλουν να αμοληθούν μπουσουλώντας, να τραβήξουν μπροστά, και από την άλλη χρειάζονται την οπτική επαφή με ένα οικείο πρόσωπο. Θέλουν να ξέρουν ότι δεν είναι μόνα (Rogge, 2006). Ορισμένα βρέφη, κυρίως αυτά που έχουν πολλές εμπειρίες με άγνωστα πρόσωπα, παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα άγχους, συγκριτικά με αυτά που οι εμπειρίες τους με ανοίκεια πρόσωπα είναι περιορισμένες (Feldman, 2011)

Επίσης, η ένταση της φοβικής αντίδρασης του βρέφους εξαρτάται συχνά από τη συμπεριφορά του άγνωστου προσώπου. Αν δηλαδή το άγνωστο πρόσωπο μπει στο δωμάτιο και δεν δώσει καθόλου σημασία στο βρέφος, τότε εκείνο δεν θα αντιδράσει με φόβο. Αν ωστόσο πλησιάσει το βρέφος απότομα, κάνει διάφορους παράξενους ήχους και προσπαθήσει αμέσως να το σηκώσει στα χέρια του, τότε αυτό θα παρουσιάσει μια ισχυρή φοβική αντίδραση. Η αντίδρασή του μετριάζεται αν το άγνωστο πρόσωπο πλησιάσει το βρέφος σταδιακά, χρησιμοποιήσει χαμηλούς τόνους στην ομιλία και προτού το πάρει στα χέρια του προσπαθήσει να δημιουργήσει κάποιου

είδους επαφή παίζοντας ήρεμα μαζί του (Sroufe, Δημητρίου, 2012). Είναι σημαντικό ότι η αντίδραση του βρέφους είναι διαφορετική ανάλογα με το άτομο με το οποίο έρχεται σε επαφή. Για παράδειγμα, το βρέφος τείνει να δείχνει λιγότερο άγχος όταν έρχεται σε επαφή με γυναίκες, παρά με άνδρες και αντιδρά πολύ πιο θετικά σε άγνωστα παιδιά, παρά σε άγνωστους ενήλικες, πιθανώς διότι το μέγεθος του σώματος των παιδιών προκαλεί λιγότερο φόβο (Feldman, 2011)

Η ένταση της φοβικής αντίδρασης φαίνεται επίσης να αποτελεί συνάρτηση της ποιότητας της σχέσης του βρέφους με τη μητέρα. Βρέφη με ασφαλή προσκόλληση τείνουν να εκδηλώνουν λιγότερο έντονες φοβικές αντιδράσεις προς τα ξένα πρόσωπα. Αν πάλι το βρέφος έχει μια ασφυκτικά στενή σχέση με τη μητέρα και καθόλου εμπειρίες με άλλα άτομα (έστω και του οικογενειακού περιβάλλοντος), τότε οι αντιδράσεις του είναι εντονότερες (Δημητρίου, 2012).

Συμπεραίνοντας, η αλλαγή της κοινωνικότητας του βρέφους και η εμφάνιση του φόβου προς τα ξένα πρόσωπα αντανakλά την ανάπτυξη των γνωστικών του ικανοτήτων. Πρόκειται για ένα ορόσημο στην ανάπτυξη του παιδιού, γιατί μέχρι την εποχή αυτή το βρέφος δεν έχει την ικανότητα της διαφοροποίησης. (Schaffer, 1996). Καθώς όμως η μνήμη του αναπτύσσεται, το βρέφος είναι σε θέση να ξεχωρίζει τα άτομα που γνωρίζει από αυτά που δεν του είναι οικεία. Οι ίδιες γνωστικές ικανότητες που επιτρέπουν στο βρέφος να αντιδρά θετικά στα άτομα που γνωρίζει, του δίνουν τη δυνατότητα να αναγνωρίζει τα «άγνωστα» άτομα. Επιπλέον, μεταξύ έξι και εννιά μηνών, το βρέφος αρχίζει την προσπάθειά του να κατανοήσει τον κόσμο γύρω του, μια προσπάθεια να προσδοκά και να προβλέπει γεγονότα. Όταν συμβεί ένα γεγονός που δεν το περιμένει- όπως η παρουσία ενός άγνωστου προσώπου- τότε το βρέφος αισθάνεται φόβο, πιθανότατα χωρίς να γνωρίζει το γιατί. (Feldman, 2011). Έτσι, κατά το δεύτερο εξάμηνο του πρώτου έτους, τα βρέφη επιζητούν να βρίσκονται κοντά σε

συγκεκριμένα άτομα, εκδηλώνουν την ανησυχία τους καθώς και την τάση να αποφεύγουν να βρίσκονται κοντά σε άλλα άτομα. (Schaffer, 1996).

5.2. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του άγχους προς τα ξένα πρόσωπα

Από τον έκτο μήνα, πάνω κάτω, τα παιδιά αναπτύσσουν την ικανότητα να διαχωρίζουν τα οικεία από τα μη οικεία πρόσωπα. Η ικανότητα αυτή της διαφοροποίησης αποτελεί ένα σημαντικό βήμα ωρίμανσης, που μεταξύ άλλων οφείλεται και στο ότι η αισθητηριακή αντίληψη είναι πλέον πιο εκλεπτυσμένη. Το παιδί συνειδητοποιεί βαθμιαία το οικείο του περιβάλλον. Δεν χαμογελάει πια στον καθένα, δεν αφήνει τον καθένα να το αγγίξει- μαθαίνει να διαφοροποιεί. Τα οικεία πρόσωπα που το παιδί βλέπει κάθε μέρα ή έστω τακτικά, του παρέχουν στήριγμα. Μπορεί να τα αναζητήσει και να βασιστεί πάνω τους. Εμπιστεύεται άνευ όρων τα πρόσωπα αυτά, γιατί το προστατεύουν και αποτελούν εγγύηση για τη συναισθηματική του επιβίωση (Rogge, 2006). Παράλληλα, αρχίζει να ντρέπεται ή να τρομάζει με ανθρώπους που δε γνωρίζει. Μπορεί να κρέμεται πάνω στη μητέρα του ή να παραμένει σιωπηλό, πράγμα απόλυτα φυσιολογικό, που δεν αποτελεί σύμπτωμα παθολογικής ντροπαλότητας. Αντίθετα, αποδεικνύει τον υγιή δεσμό που έχει με έναν ή περισσότερους ανθρώπους της οικογένειας (Κούπερ, 2006). Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές στρατηγικές μείωσης αυτού του άγχους των βρεφών προς τα ξένα πρόσωπα.

Πρώτα απ' όλα, οι γονείς οφείλουν να σεβαστούν το εξελικτικό αυτό στάδιο, γιατί αποτελεί ένα είδος αυτοπροστασίας για τα παιδιά τους, όταν για παράδειγμα δεν δίνουν αμέσως το χέρι τους σε κάποιον και δεν είναι αμέσως ευγενικά και χαρούμενα. Το σώμα και το ένστικτό τους εκπέμπουν ένα αρνητικό μήνυμα, θέλουν μια απόσταση. Από μία απόσταση ασφαλείας διαλέγουν τη θέση που τα κάνει να νιώθουν σιγουριά,

απ' όπου μπορούν να δοκιμάζουν την περιέργειά τους, έτσι όπως θέλουν και ορίζουν τα ίδια. Οι γονείς, που λόγω κακώς εννοούμενης ευγένειας απέναντι στους συγγενείς, στους γνωστούς και τους φίλους, αγνοούν το «Όχι» του παιδιού τους απέναντι σε άλλα πρόσωπα (ή καλύτερα: το «Ναι» στον εαυτό του και την αυτοσυντήρησή του) και τα πιέζουν συναισθηματικά: «Έλα τώρα, πήγαινε στη γιαγιά!», του λένε, δημιουργώντας του ανασφάλεια (Rogge, 2006). Για το λόγο αυτό, καλό θα ήταν να κρατούν κοντά στο παιδί τα οικεία σε αυτό πρόσωπα, καθώς τα βρέφη αντιδρούν πολύ πιο αρνητικά στους ξένους, όταν έχουν αποχωριστεί τη μητέρα τους ή κάποιο άλλο κοντινό τους πρόσωπο. Τα περισσότερα δεν ανησυχούν τόσο με το πλησίασμα ενός αγνώστου, αν βρίσκονται στην αγκαλιά της μητέρας τους (Shaffer, 2011).

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η αντίδραση των κοντινών προσώπων απέναντι στα άγνωστα πρόσωπα. Το άγχος προς τους αγνώστους είναι λιγότερο πιθανό να εκδηλωθεί, αν το πρόσωπο που φροντίζει το παιδί χαιρετήσει εγκάρδια τον άγνωστο και έχει έναν θετικό τόνο στη φωνή του, όταν μιλά στο παιδί για αυτόν. Με τον τρόπο αυτό, το παιδί έχει τη δυνατότητα να αποκτήσει την κοινωνική αναφορικότητα και να συμπεράνει ότι ο άγνωστος δεν είναι στην πραγματικότητα τόσο τρομερός, αφού η μαμά και ο μπαμπάς φαίνεται να τον συμπαθούν. Παράλληλα, η αντίδραση του προς τον άγνωστο εξαρτάται και από τη συμπεριφορά του αγνώστου. Η συνάντηση θα πάει καλύτερα, αν ο άγνωστος αρχικά κρατήσει μια απόσταση και στη συνέχεια πλησιάσει σιγά σιγά χαμογελώντας, μιλώντας, προσφέροντας στο παιδί ένα παιχνίδι που του είναι οικείο ή προτείνοντάς του μια οικεία δραστηριότητα. Τα παιδιά φαίνεται να προτιμούν τους αγνώστους που μπορούν να κατευθύνουν! Καλό θα ήταν λοιπόν, το άτομο που το φροντίζει να ενεργεί σύμφωνα με τις ενδείξεις που του δίνει το ίδιο (Shaffer, 2011).

Όσον αφορά το πρόσωπο που θα μένει μαζί με το παιδί, οι γονείς μπορούν να το αφήσουν στην αρχή για μερικές ώρες μαζί του, αντί για όλη τη μέρα (Κούπερ, 2006).

Ακόμη, μπορούν να διαμορφώσουν το περιβάλλον κάνοντάς το πιο «οικείο», διότι το άγχος προς τα ξένα πρόσωπα εμφανίζεται συχνότερα σε άγνωστα περιβάλλοντα παρά σε οικεία. Το ίδιο συμβαίνει και με την εξωτερική εμφάνιση των αγνώστων. Τα παιδιά διαμορφώνουν νοητικές αναπαραστάσεις ή σχήματα, για τα πρόσωπα που συναντούν στην καθημερινή τους ζωή και είναι πιθανότερο να φοβηθούν τους ανθρώπους των οποίων η εξωτερική εμφάνιση δεν εντάσσεται εύκολα σε αυτά τα ήδη υπάρχοντα σχήματα. Γι' αυτό, τα ξένα πρόσωπα θα μπορούσαν να προσπαθήσουν να μην φαίνονται τόσο παράξενα προς το παιδί επιλέγοντας αμφιέσεις που δεν θα το αναστατώνουν και θα το βοηθήσουν να τους αναγνωρίσει ως μέλη του ανθρώπινου είδους (Shaffer, 2011).

Τα παιδιά δεν είναι ακόμη σε θέση να ξεχωρίζουν ανάμεσα στους «καλούς» οικείους και στους «κακούς» ξένους. Τα άγνωστα πρόσωπα είναι καταρχήν ξένοι, και τους αντιμετωπίζουν με σκεπτικισμό και συγκράτηση (Rogge, 2006). Για το λόγο αυτό, οι γονείς είναι χρήσιμο να τους παρέχουν ποικίλα διαπροσωπικά ερεθίσματα ώστε να εμπλουτίζονται οι εμπειρίες τους και να ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες εκδήλωσης έντονων φοβικών αντιδράσεων απέναντι σε ξένα πρόσωπα (Δημητρίου, 2012).

Παρακάτω περιγράφεται το πρόγραμμα *Προσκόλληση και Βιοσυμπεριφοριστική πρόληψη* (*Attachment and Biobehavioral Catch-up, ABC*), το οποίο είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση του άγχους του βρέφους προς τα ξένα πρόσωπα. Πρόκειται για μία παρέμβαση που απευθύνεται σε βρέφη από τη γέννησή τους μέχρι και την ηλικία των εικοσιτεσσάρων μηνών και είναι θεμελιωμένη στη θεωρία και την έρευνα της προσκόλλησης αλλά και της νευροβιολογίας του άγχους (για παράδειγμα, την μελέτη για τις επιπτώσεις του άγχους στο σώμα και στο νευρικό σύστημα). Είναι μία παρέμβαση με πρότυπα εγχειρίδια και μεθόδους που σχεδιάστηκε αρχικά για μικρά παιδιά στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και στόχος της είναι η ψυχική υγεία βρεφών

που έχουν υποστεί παραμέληση, αστάθεια ή ακόμη και ενδοοικογενειακή βία. Η παρέμβαση ABC παρέχεται στα βρέφη και στις μητέρες τους στο χώρο του σπιτιού και καλύπτει τη χρονική διάρκεια δέκα συνεδριών. Παρόλο που είναι σύντομη, είναι έντονη και αντιμετωπίζει την απειλητική και τρομακτική συμπεριφορά του φροντιστή, καλλιεργεί αισθήματα φροντίδας του βρέφους στο φροντιστή αλλά και τη σημασία της φροντίδας του βρέφους. Ακόμη, καταπολεμά τα όποια ένστικτα για τη μη φροντίδα του βρέφους. Το πρόγραμμα αυτό έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε πολύ διαφορετικούς πολιτισμούς (Harden, 2015).

Φαίνεται πως τα βρέφη τα οποία έχουν υποστεί τη συγκεκριμένη παρέμβαση παρουσιάζουν πιο φυσιολογική παραγωγή κορτιζόλης (ορμόνη άγχους), που αποτελεί δείκτη κλειδί για τη ρύθμιση του άγχους τους. Μία μελέτη σε βρέφη ηλικίας έξι έως δεκαοκτώ μηνών τα οποία δέχτηκαν τις υπηρεσίες αυτές έδειξε ότι οι μητέρες τους έδειχναν μεγαλύτερη ευαισθησία στα βρέφη τους μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Ταυτόχρονα, τα βρέφη επιδείκνυαν συμπεριφορές ασφαλούς προσκόλλησης (για παράδειγμα, άφηναν τις μητέρες τους να τα παρηγορήσουν, ήταν σε θέση να κάνουν εξερευνήσεις με την παρουσία της μητέρας) και ήταν λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν αποδιοργανωμένο τύπο προσκόλλησης (Harden, 2015).

5.3. Το άγχος του αποχωρισμού

Με τη γέννηση και την κοπή του ομφάλιου λώρου το παιδί αποκόπτεται από τη μητέρα του, παραμένει ωστόσο εξαρτημένο από αυτήν. Η φροντίδα και η παρουσία της είναι απαραίτητες, για να επιβιώσει σωματικά και ψυχικά. Τις πρώτες εβδομάδες, κατά την μετεμβρυακή δηλαδή φάση, το παιδί κοιμάται πολύ, θηλάζει, τρέφεται, δέχεται ζεστασιά και στοργή και αισθάνεται τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας του, όταν

θηλάζει ή όταν εκείνη το παίρνει στην αγκαλιά της(Rogge, 2006). Αποτελεί μια ενότητα αποσπασμένη από το περιβάλλον, δεν έχει ακόμα συναισθήση που τελειώνουν τα δικά του όρια και που αρχίζουν αυτά του περιβάλλοντός του. Το παιδί που αρχίζει να κατασκευάζει μέσα του μια πρώτη εικόνα του εαυτού του, το κάνει σύμφωνα με την μοναδική αρχή που έχει για αυτό σημασία, με την αρχή της ηδονής. Αποδέχεται ως τμήμα του εαυτού του καθετί που του προσφέρει ευχαρίστηση, ικανοποίηση και ηδονή, και αποδιώχνει ό,τι του προκαλεί πόνο και ό,τι του είναι δυσάρεστο (Freud, 1991). Σε αυτή τη φάση της απόλυτης ικανοποίησης των αναγκών του, που μάλλον θα μοιάζει με παράδεισο, όπου το γάλα, το αίσθημα στοργής και η συμβιωτική σχέση με τη μητέρα δεν γνωρίζουν περιορισμούς, το παιδί αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στην μητέρα του. Μέσα στον παράδεισο αυτό τίθενται τα θεμέλια της βασικής εμπιστοσύνης και διαμορφώνεται το σταθερό και ασφαλές συναισθηματικό υπόβαθρο του παιδιού (Rogge, 2006). Κατά τον τέταρτο με όγδοο μήνα όμως, το παιδί βγαίνει από την παραδείσια κατάσταση, αρχίζει και καταλαβαίνει τα όρια του, ότι είναι ένα αδύναμο πλάσμα, απόλυτα εξαρτημένο από τη μητέρα, την οποία δεν ελέγχει (Γιωσαφάτ, 2010). Του προκαλεί έκπληξη και θυμό, όταν η μητέρα απομακρύνεται από κοντά του, σαν να του έχει ξαφνικά αφαιρεθεί ένα τμήμα του σώματός του. Μόνο με την διαρκώς επαναλαμβανόμενη επώδυνη εμπειρία, ότι χάνει κατά καιρούς τη μητέρα, μαθαίνει σιγά-σιγά (κυρίως κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής του), ότι το μεγάλο ιδανικό Εγώ που είχε εγκαθιδρύσει στη φαντασία του, δεν είναι ολοκληρωτικά δικό του. Μερικά κομμάτια του Εγώ αποσπώνται και γίνονται περιβάλλον, άλλα, παραμένουν δικά του (Freud, 1991). Παράλληλα όμως, η σωματική, συναισθηματική, ψυχική, κοινωνική και υλική εξάρτηση από τη μητέρα εξακολουθεί να υφίσταται (Rogge, 2006). Γι' αυτό τότε αρχίζουν τα βρέφη να κλαίνε ή παθαίνουν μεγάλους φόβους (Γιωσαφάτ, 2010). Ο Freud επισήμανε πρώτος τον έντονο πόνο και τα

σπαρακτικά κλάματα τα οποία εκδηλώνουν τα βρέφη σε κάθε απομάκρυνση της μητέρας και υποστήριξε ότι οι αντιδράσεις αυτές υποκινούνται από την αγωνία και από το συναισθηματικό τόνο των παιδιών (Παπαδάκη- Μιχαηλίδη, 2006).

Πολλές φορές τα βρέφη, που έχουν δημιουργήσει πρωτογενείς προσκολλήσεις, αρχίζουν να δείχνουν δυσφορία, όταν αποχωρίζονται τη μητέρα τους ή άλλα αντικείμενα προσκόλλησης. Αυτή η δυσφορία οφείλεται στο άγχος αποχωρισμού, που νιώθουν τα παιδιά (Shaffer, 2004). Το **άγχος αποχωρισμού** είναι η δυσφορία που εκδηλώνει το βρέφος, όταν απομακρύνεται το πρόσωπο που συνήθως το φροντίζει. Το άγχος αποχωρισμού, το οποίο είναι διαπολιτισμικά καθολικό, αρχίζει περίπου τον έβδομο με όγδοο μήνα, φτάνει στο αποκορύφωμά του περίπου στους δεκατέσσερις μήνες και έπειτα μειώνεται.

Το άγχος αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στους ίδιους λόγους, όπως και στην περίπτωση του «άγχους του ξένου». Οι συνεχώς αναπτυσσόμενες γνωστικές δεξιότητες επιτρέπουν στο βρέφος να θέτει εύλογα ερωτήματα, στα οποία όμως το νεαρό της ηλικίας δεν του επιτρέπει να απαντήσει: «Γιατί φεύγει η μητέρα μου;», «Που πηγαίνει;», «Θα επιστρέψει ποτέ;» (Feldman, 2011). Έτσι λοιπόν, μετά την αποχώρηση της μητέρας το βρέφος ανακαλεί στη μνήμη του το γνωστικό σχήμα της παρουσίας της και το συγκρίνει με αυτό της απουσίας της. Αν το βρέφος δεν μπορεί να αφομοιώσει την απόκλιση που απορρέει από τη σύγκριση αυτή, τότε νιώθει αβεβαιότητα και αρχίζει να κλαίει. Οι αντιδράσεις του συσχετίζονται με τρεις γνωστικές λειτουργίες: την μνήμη και την ικανότητα ανάκλησης, το συσχετισμό και τη σύγκριση συμβάντων του παρόντος με το παρελθόν, και την εξαγωγή συμπερασμάτων για το εγγύς μέλλον. Οι λειτουργίες αυτές αρχίζουν να εμφανίζονται -έστω σε υποτυπώδη μορφή- γύρω στο τέλος του πρώτου έτους της λειτουργίας (Mussen, Δημητρίου, 2012).

Η υπέρμετρη ένταση των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνει το παιδί στην περίοδο αυτή μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή, αν ληφθεί υπόψη ότι στην ηλικία των έξι μηνών το βρέφος δεν έχει ακόμα κατακτήσει την έννοια της μονιμότητας των αντικειμένων (Piaget), δηλαδή τη γνωστική ικανότητα η οποία απαιτείται για να κατανοήσει ότι τα αντικείμενα του εξωτερικού περιβάλλοντος συνεχίζουν να υπάρχουν, παρά το γεγονός ότι το ίδιο είναι πιθανό να μην τα βλέπει. Κατά συνέπεια, κάθε φορά που η μητέρα απομακρύνεται από το οπτικό του πεδίο, το βρέφος βιώνει μια επικίνδυνη και τραυματική κατάσταση, δηλαδή βιώνει τον «χαμό ή τον αφανισμό» της μητέρας του, τον οποίο, σύμφωνα με τον Winnicott, βιώνουν κάποτε όλα τα παιδιά (Παπαδάκη- Μιχαηλίδη, 2006). Επίσης, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι στην αρχή το βρέφος με τον ψυχισμό του δεν γνωρίζει τρεις διαστάσεις ούτε οργανώνεται γύρω από αυτές. Εκείνο που το βρέφος γνωρίζει και μπορεί να αναπαραστήσει είναι οι δύο διαστάσεις. Τις γνωρίζει από τη σωματική επαφή, δέρμα με δέρμα, που έχει με τη μητέρα του και με την οποία φαντάζεται ότι υπάρχει αντιστοιχία σημείο προς σημείο. Η αντιστοιχία αυτή επινοείται για να μην υπάρχει καμία διαφορά με το αντικείμενο, δηλαδή τη μητέρα, άρα να αποφευχθεί ο κίνδυνος να την αποχωριστεί, δηλαδή να τη χάσει, πράγμα το οποίο θα ήταν ανυπόφορο. Η εισαγωγή των τριών διαστάσεων στην ψυχική αναπαράσταση της μητέρας προϋποθέτει ότι το βρέφος έχει την ικανότητα να φανταστεί χωρίς άγχος αφανισμού ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ του εαυτού του και της μητέρας, οι οποίες εμπεριέχονται στο εσωτερικό της μητέρας, που είναι ένας χώρος και που δεν μπορεί να ελεγχθεί (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Ταυτόχρονα, το βρέφος ηλικίας έξι μηνών δεν έχει ακόμα αποκτήσει την ικανότητα διαχωρισμού της προσωρινής απουσίας από τη μόνιμη απώλεια. Επομένως, οποιαδήποτε απομάκρυνση της μητέρας (βραχυχρόνια ή μακροχρόνια) του προκαλεί πόνο, ενώ ο κίνδυνος της μητρικής απουσίας του δημιουργεί έντονο άγχος (Παπαδάκη- Μιχαηλίδη, 2006).

Το άγχος του αποχωρισμού είναι μια εκδήλωση στενά συνδεδεμένη με την προσκόλληση του βρέφους προς τη μητέρα (Δημητρίου, 2012). Οι εκδηλώσεις θλίψης, έντασης και φόβου για τον αποχωρισμό, όπως και οι εκδηλώσεις χαράς για την επανένωση, αποτελούν ισχυρές ενδείξεις ότι έχει δημιουργηθεί ένας ισχυρός συναισθηματικός δεσμός προσκόλλησης ανάμεσα στο βρέφος και τη μητέρα, ο οποίος αργότερα θα αποτελέσει τη βάση της ψυχικής υγείας του παιδιού (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 2006). Το βρέφος επιθυμεί και προσπαθεί με κάθε τρόπο όχι μόνο να βρίσκεται κοντά της, αλλά να έχει το μονοπώλιο όσον αφορά την εγγύτητα με την μητέρα. Όταν βρίσκεται κοντά της ή έστω διατηρεί οπτική επαφή μαζί της, αισθάνεται την ασφάλεια που του επιτρέπει να ξεκινά τις διάφορες εξερευνήσεις του (Δημητρίου, 2012). Το παιδί αρχίζει να μπουσουλάει, απομακρύνεται καταρχήν από τα γνωστά του πεδία, αργότερα αρχίζει να περπατά, να τρέχει, να απομακρύνεται συνειδητά. Ωστόσο, η αυτονομία αυτή είναι ακόμα πολύ εύθραυστη και απαιτούνται η ζεστασιά και η στοργή για να ισορροπήσουν τα πράγματα. Το άγχος του αποχωρισμού συνοδεύει τα παιδιά στην πορεία της εξέλιξής τους και αποτελεί ένδειξη ωρίμανσης (Rogge, 2006). Σύμφωνα με τον Bowlby υπάρχουν τρεις φάσεις αντίδρασης στην εμπειρία του άγχους του αποχωρισμού:

1. *Φάση της διαμαρτυρίας.* Το παιδί αντιδρά καταρχάς με αναστάτωση και άγχος, αφού η ανάγκη του για εγγύτητα και επαφή με το οικείο του πρόσωπο- κυρίως τη μητέρα- δεν μπορεί να ικανοποιηθεί. Είναι δυσαρεστημένο, φωνάζει και κλαίει, προκειμένου να πετύχει την επανασύνδεση. Μεσολαβούν διαλλείματα, κατά τα οποία το παιδί δείχνει εξαντλημένο, απρόσιτο και απαρνηγόρητο. Η διαμαρτυρία ξαναρχίζει από την αρχή, φαίνεται μάλιστα ότι μέσω της φωνής το παιδί επικοινωνεί με τη μητέρα. Ο John Bowlby αποκαλεί «διαμαρτυρία» αυτή τη φάση της αντίστασης.

2. *Φάση της απόγνωσης.* Αν το παιδί δεν κατορθώσει, με το ασταμάτητο ξεφωνητό και τη δυσφορία του, να φέρει κοντά του τη μητέρα του ή κάποιο άλλο οικείο πρόσωπο, σύντομα παραιτείται. Τότε μοιάζει συναισθηματικά άδειο, κλείνεται στον εαυτό του, δείχνει απελπισμένο και απαθές. Φαίνεται κάπως πιο ήρεμο, κλαίει λίγο μόνο του. Τώρα αφήνεται στην αγκαλιά των άλλων, θέλει να παρηγορηθεί. Πολύ συχνά η φάση αυτή της ηρεμίας ερμηνεύεται ως προσαρμογή και αποδοχή, σαν να αποδέχεται δηλαδή το παιδί τον επερχόμενο αποχωρισμό. Στην πραγματικότητα όμως το παιδί θρηνεί βαθύτατα και βρίσκεται σε πλήρη απόγνωση (Rogge, 2006).
3. *Φάση της αποδέσμευσης.* Τελικά, το παιδί αρχίζει να κλαίει λιγότερο και δείχνει κάποιο βαθμό αποδοχής του προσώπου που έμεινε πίσω και το φροντίζει (Schaffer, 1996).

Οι τρεις αυτές φάσεις αποτελούν μια αρκετά προβλέψιμη ακολουθία στο τραύμα του αποχωρισμού. Κάθε φάση αντιπροσωπεύει ένα μέσο προσαρμογής στο έντονο άγχος που βιώνει το παιδί. Ωστόσο, ο Bowlby πιστεύει ότι ακόμη και η τελευταία φάση, με την απατηλή ηρεμία της, συνιστά μια εξαιρετικά ανεπιθύμητη κατάσταση. Σύμφωνα με τον Bowlby, το άγχος που απορρέει από την απώλεια του γονέα είναι τόσο έντονο, ώστε τελικά το παιδί το αντιμετωπίζει απωθώντας όλα τα συναισθήματα που νιώθει για τους γονείς του και, όταν τελικά τους ξαναβρίσκει, συμπεριφέρεται αδιάφορα, δηλαδή κατά τρόπο αποδεσμευμένο (Schaffer, 1996). Αν ο αποχωρισμός διαρκέσει πολύ το παιδί αρχίζει να απωθεί τα συναισθήματά του για τη μητέρα του. Μετά από μια παρατεταμένη απουσία της μητέρας παρατηρούνται τα εξής: Το παιδί δε δείχνει καμία χαρά, όταν εκείνη επιστρέφει, μοιάζει αρκετά αποστασιοποιημένο, γαντζώνεται καμιά φορά σε άλλα πρόσωπα. Έτσι εκφράζει την άρνησή του. Δεν αφήνει τη μητέρα του να το αγγίξει και αντιδρά στις εκδηλώσεις της με απάθεια (Rogge, 2006).

Το παιδί αναπτύσσει ενστικτωδώς τρόπους ώστε να υποφέρει την μετάβαση από τη συμβιωτική σχέση στη μοναξιά και να διώχνει τα αισθήματα εγκατάλειψης. Έτσι λοιπόν, το παιδί που αρχίζει να μπουσουλάει, ρίχνει ματιές γύρω του και εξασφαλίζει μέσω του βλέμματος την οπτική επαφή και εγγύτητα με τον γονιό του. Όταν οι αποστάσεις μεγαλώνουν το παιδί παίρνει μαζί του και ένα αγαπημένο αντικείμενο. Ρίχνει μια ματιά τριγύρω, κι αν η απόσταση του φανεί μεγάλη, μπορεί αντανakλαστικά να βάλει το δάχτυλο στο στόμα και ξαφνιάζεται από τις ίδιες του τις ικανότητες. Το παιδί κάνει τα πρώτα του βήματα μόνο του, απλώνει τα χεράκια του προς τα μπρος ή προς το πλάι σαν να θέλει να κρατηθεί. Και εδώ το δάχτυλο θα βρει γρήγορα το στόμα μόλις αντιληφθεί πόσο μακριά πήγε. Ύστερα τρέχει πάλι πίσω με χαρούμενες φωνούλες και μετά πάλι από την αρχή-αποχωρισμός, εξόρμηση, επιστροφή. Όσο πιο πολύ απομακρύνεται και χάνει τους γονείς του από το οπτικό του πεδίο, τόσο μεγαλύτερη σημασία αποκτούν τα μεταβατικά αντικείμενα, τα ζωάκια και τα πανάκια, που το συνοδεύουν παντού, χαρίζοντάς του την αίσθηση της οικειότητας και της στοργής των γονιών του. Η σημασία τους μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου αλλά είναι πολύ σπουδαία για το παιδί, συμβάλλοντας στην μείωση του άγχους του αποχωρισμού και βοηθώντας το να βιώσει και να υποφέρει την ανεξαρτησία του (Rogge, 2006).

Το κρυφτό είναι επίσης ένα από τα παιχνίδια τα οποία εμφανίζονται με ποικίλες μορφές σε πολλά και πολύ διαφορετικά πολιτισμικά συστήματα. Το κεντρικό θέμα στο κρυφτό στρέφεται γύρω από το αγαπημένο πρόσωπο το οποίο εξαφανίζεται από το οπτικό πεδίο του παιδιού και επανεμφανίζεται ξαφνικά λίγη ώρα αργότερα. Οι αντιδράσεις του παιδιού, δηλαδή η θλίψη και ο φόβος για την εξαφάνιση, αλλά επίσης η χαρά και ο ενθουσιασμός για την επανεμφάνιση του αγαπημένου προσώπου, είναι οικουμενικές. Το κρυφτό δεν αποτελεί λοιπόν μονάχα ένα απλό διασκεδαστικό

παιχνίδι, αλλά και έναν μηχανισμό ο οποίος χρησιμοποιείται από τους γονείς για να βοηθήσουν το παιδί τους να συμβιβαστεί με τους φόβους της εγκατάλειψης. Το παιδί στο κρυφτό μετατρέπει την μητρική εξαφάνιση σε παιχνίδι και με αυτό τον τρόπο διασκεδάζει και ταυτόχρονα επιχειρεί να ελέγξει τα αρνητικά κατακλυσμικά συναισθήματα τα οποία του δημιουργεί η σκέψη του χαμού της μητέρας (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 2006).

Συμπερασματικά, το άγχος του αποχωρισμού καθώς και «το άγχος του ξένου» αντανakλούν τη σημαντική πρόοδο του παιδιού στις κοινωνικές του δεξιότητες. Αντικατοπτρίζουν τόσο τη γνωστική του πρόοδο όσο και την εμφάνιση των συναισθηματικών και κοινωνικών δεσμών ανάμεσα σε αυτό και στο πρόσωπο που το φροντίζει (Feldman, 2011). Αποτελούν, ωστόσο, σχετικά πολύπλοκες συναισθηματικές αντιδράσεις που προέρχονται, εν μέρει, από το γενικό φόβο του αγνώστου που αισθάνεται το βρέφος (ηθολογική άποψη) και την ανικανότητά του να εξηγήσει ποιος είναι ο ξένος ή τι απέγιναν τα κοντινά του πρόσωπα (γνωστική-εξελικτική άποψη) (Shaffer, 2004). Ο χωρισμός και ο αποχωρισμός είναι η εγγύηση της αυτόνομης ζωής. Αντιπροσωπεύουν την αλλαγή και την ανανέωση. Χωρίς χωρισμό και αποχωρισμό η εξατομίκευση, μια ζωή που ανήκει στο ίδιο το άτομο και που την ορίζει αυτό, η αυτονομία και η ανεξαρτησία, η ταυτότητα του Εγώ και η ισορροπία με τον ίδιο του τον εαυτό είναι πράγματα αδιανόητα (Rogge, 2006). Αν και πολλά βρέφη δεν βιώνουν έντονο φόβο για τους ξένους και άγχος αποχωρισμού, για όσα τα βιώνουν, οι αντιδράσεις αυτές συνεχίζονται συχνά καθόλη τη διάρκεια του υπόλοιπου πρώτου χρόνου και στο μεγαλύτερο μέρος του δεύτερου χρόνου της ζωής (Craig & Baucum, 2007).

5.4. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του άγχους του αποχωρισμού

Για να μεγαλώσουμε, όλοι πρέπει να αποχωριστούμε άλλους ανθρώπους και διάφορες καταστάσεις (Σάιφερ, 2000). Όταν ένα παιδί αποχωρίζεται (μόνιμα ή για μεγάλο χρονικό διάστημα) τη μητέρα του, κόβεται ένας συναισθηματικός δεσμός, και μια σχέση αγάπης γίνεται κομμάτια (Χουντουμάδη, 1998). Όπως ήδη προαναφέρθηκε, το άγχος του αποχωρισμού εμφανίζεται από τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού ενώ σταδιακά ελαττώνεται και εξαφανίζεται εντελώς γύρω στο τρίτο έτος. Το βρέφος που βλέπει τη μητέρα του ή κάποιο οικείο άτομο να φεύγει από το δωμάτιο, κοιτάζει για ορισμένα δευτερόλεπτα προς την κατεύθυνση της πόρτας και μετά αρχίζει να διαμαρτύρεται. Ιδιαίτερα έντονη είναι η συναισθηματική αντίδραση του βρέφους όταν μένει μόνο σε ένα άγνωστο περιβάλλον ή με ένα ξένο πρόσωπο, ενώ η αντίδρασή του μετριάζεται όταν το παιδί μένει στο γνώριμό του περιβάλλον ή παρέα με ένα οικείο πρόσωπο (Δημητρίου, 2012). Υπάρχουν αρκετοί τρόποι για την καταπολέμηση αυτών των αντιδράσεων του βρέφους.

Το άγχος αποχωρισμού είναι ένα συχνό φαινόμενο στα παιδιά, ένα φαινόμενο που συνδέεται με τη "φυσιολογική" αναπτυξιακή διαδικασία. Πρώτα απ' όλα, οι γονείς θα πρέπει να σεβαστούν τη διαδικασία ανάπτυξης του παιδιού τους (<http://rodosforkids.gr/index.php/2013-02-06-23-03-09/2013-02-11-20-31-51/295-2014-02-07-08-15-29>). Κατά την περίοδο του αποχωρισμού και της ατομικοποίησης του βρέφους, η μητέρα δεν πρέπει να φύγει, πρέπει να είναι όσο πιο κοντά γίνεται, γιατί το παιδί είναι πολύ ανασφαλές και χρειάζεται μια συνεχή παρουσία (Γιωσαφάτ, 2010). Οι γονείς με παιδιά στη βρεφική ηλικία πρέπει να αποφεύγουν να απομακρύνονται από αυτά για μεγάλα χρονικά διαστήματα και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προσπαθούν να φεύγουν κρυφά από το παιδί για να αποφύγουν την ψυχική ένταση που δημιουργεί η διαδικασία του αποχωρισμού, διότι με αυτόν τον

τρόπο του δημιουργούν πολύ μεγαλύτερο άγχος και ανασφάλεια (Δημητρίου, 2012). Αντίθετα, μπορούν να το βοηθήσουν με τη σωματική επαφή, την αφοσίωση και την ικανοποίηση των άμεσων αναγκών του. Όσο πιο πολλή εμπιστοσύνη του δείχνουν, τόσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό του θα αποκτήσει, τόσο πιο μεγάλη σιγουριά θα νιώσει και έτσι, πολύ σύντομα δεν θα χρειάζεται πια τη φυσική παρουσία της μητέρας του (Rogge, 2006).

Στην ηλικία αυτή το παιδί όχι μόνο είναι ανίκανο να αντιληφθεί το χρόνο και συνεπώς η απουσία του γονιού του φαίνεται ατελείωτη, αλλά δεν αντιλαμβάνεται ούτε ότι ο γονιός θα επιστρέψει κάποτε. Η μακρά απουσία των γονιών(π.χ. σε πολυήμερα ταξίδια) δημιουργεί στο παιδί πολλή αβεβαιότητα και άγχος. Το πότε φεύγουν γίνεται εντελώς απρόβλεπτο για το παιδί, το οποίο αποκομίζει την εντύπωση ότι οι γονείς μπορεί να «εξαφανιστούν» ανά πάσα στιγμή, γεγονός που του δημιουργεί μια «μόνιμη» ανασφάλεια (Δημητρίου, 2011). Έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά έχουν το δικό τους χρόνο, καθορίζουν μόνα τους το ρυθμό με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της ζωής τους. Όταν τους παραχωρούμε αυτό το χρόνο, ενισχύουμε την ικανότητά τους να λύνουν μόνα τους τα προβλήματά τους. Δεν μπορούμε να κρατήσουμε τα παιδιά μακριά από τους φόβους του αποχωρισμού, αλλά ούτε και να αστερευτούμε ή να τα απειλήσουμε χρησιμοποιώντας αυτούς τους φόβους. Τα παιδιά επεξεργάζονται εποικοδομητικά τις ανασφάλειές τους όταν τους μεταδίδουμε την αίσθηση ότι είναι αποδεκτά. Για το λόγο αυτό ο χρόνος και η διάρκεια του χωρισμού πρέπει να γίνονται σαφείς στο παιδί. Όσο πιο συγκεχυμένη είναι η κατάσταση, όσο πιο μεγάλο το συναισθηματικό κενό που βιώνουν τα παιδιά κατά τον αποχωρισμό, τόσο πιο έντονες θα είναι οι συνέπειες (Rogge, 2006).

Σημαντικό είναι επίσης, οι γονείς να εξηγούν τι πρόκειται να συμβεί και να είναι έτοιμοι να απαντήσουν κάθε ερώτηση που μπορεί να τους κάνει το παιδί κρατώντας

μια αισιόδοξη στάση. Να του επαναλαμβάνουν συνεχώς ότι θα επιστρέψουν (για παράδειγμα να λένε «Θα σε δω πολύ γρήγορα, το απόγευμα θα παίξουμε μαζί»), διότι μπορεί να μην το κατανοεί πλήρως (Τριανταφυλλόπουλος, 2006). Έτσι, αν το παιδί είναι προετοιμασμένο για τον αποχωρισμό, μπορεί να τον αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα (Rogge, 2006).

Ωστόσο, αν οι γονείς πρέπει οπωσδήποτε να απουσιάσουν για κάποιες μέρες, είναι προτιμότερο το παιδί να μένει στο σπίτι του με κάποιο οικείο πρόσωπο ώστε να μην αλλάζουν ξαφνικά όλα τα δεδομένα στη ζωή του(κρεβάτι, χώροι, αγαπημένα παιχνίδια κλπ.), (Δημητρίου, 2011). Τα παιδιά έχουν ανάγκη από συγκεκριμένα πρόσωπα που να τους είναι από πριν γνωστά και οικεία, που γνωρίζουν ότι μπορούν να βασιστούν σε αυτά (Rogge, 2006). Στην περίπτωση που υπάρχει babysitter καλό θα ήταν να προηγηθεί συνάντηση μαζί της έτσι ώστε να τη συνηθίσει. Παράλληλα, η μητέρα μπορεί να βρει στο παιδί κάποιες δραστηριότητες για να παίξει αμέσως μόλις φτάσει το πρόσωπο που θα το προσέχει. Έτσι, όταν η babysitter το απασχολεί με μια συγκεκριμένη δραστηριότητα αμέσως μόλις έρθει στο σπίτι, το παιδί θα ηρεμήσει πιο εύκολα. Κατά την επιστροφή των γονιών, θα μπορούσαν να επαινέσουν το παιδί και να του πουν πόσο υπερήφανοι είναι για αυτό, άλλωστε του αρέσει να του δείχνουν την αγάπη τους και να ξέρει ότι μεγαλώνει έχοντας την επιδοκιμασία των γονιών του (Τριανταφυλλόπουλος, 2006).

Σημαντικό είναι ακόμη και το γεγονός ότι οι γονείς θα πρέπει να θέσουν σε έλεγχο το δικό τους άγχος. Αρκετές φορές, το άγχος αποχωρισμού του παιδιού "έρχεται στην επιφάνεια" για να καλύψει το άγχος αποχωρισμού των γονιών, και κυρίως της μητέρας. Αν μια μητέρα αγχώνεται συνεχώς για το αν το παιδί της τα πηγαίνει καλά στο νηπιαγωγείο, αν το φροντίζει η δασκάλα, αν χτύπησε, αν έφαγε ή αν έπαιξε, νιώθοντας ενοχή και θλίψη που δεν είναι εκείνη μαζί του, το παιδί θα αντιληφθεί αμέσως το άγχος

της και θα το "ενδοβάλλει". Θα κάνει το άγχος της μητέρας του δικό του άγχος, με σκοπό ασυνείδητα να τη βοηθήσει να νιώσει ξανά "χρήσιμη" και "ικανή". Επίσης, η συναισθηματική κατάσταση των γονιών δυσκολεύει, αν εκείνοι ως παιδιά είχαν αισθανθεί άγχος αποχωρισμού. Σε αυτήν την περίπτωση, η ανησυχία τους για το παιδί και η ανάγκη τους να το καθησυχάσουν μεγεθύνονται με αποτέλεσμα να μεγεθύνεται και η αστάθεια τους, ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του άγχους του παιδιού τους. Είναι, λοιπόν, ιδιαίτερα σημαντικό να αποδεχθούν το δικό τους άγχος και στη συνέχεια να το θέσουν υπό έλεγχο, σκεπτόμενοι ρεαλιστικά(<http://rodosforkids.gr/index.php/2013-02-06-23-03-09/2013-02-11-20-31-51/295-2014-02-07-08-15-29>).

Τα παιδιά αντιμετωπίζουν τον αποχωρισμό κάθε μέρα και θα πρέπει να τον αντιμετωπίζουν στην υπόλοιπη ζωή τους (Σάιφερ, 2000). Η απουσία των γονιών, και ειδικότερα της μητέρας, κατά την περίοδο μεταξύ δωδέκατου και δέκατου όγδοου μήνα της ζωής του βρέφους πρέπει να αποφεύγεται πάση θυσία (Δημητρίου, 2011). Πρέπει να τονιστεί όμως πως δεν υπάρχει συνταγή. Δεν υπάρχει το ιδανικό παιδαγωγικό, θεραπευτικό μέσο, για να μπορέσουν τα παιδιά να αντιμετωπίσουν ευκολότερα τους αποχωρισμούς και να γίνει ο πόνος και ο θρήνος τους πιο υποφερτός. Οι γονείς λοιπόν θα πρέπει να προστατέψουν τον εαυτό τους από τη στείρα τελειοθηρία που καταδυναστεύει και τους γύρω τους. Να αποδεχτούν το παιδί τους με το θρήνο του, τα δάκρυά του και τον πόνο του. Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στον πόνο. Όταν νιώσουν ότι τα παίρνουν στα σοβαρά, τότε αισθάνονται τη στοργή και τη στήριξη την ώρα που τους λένε: «Θα περάσει»(Rogge, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Πρώιμες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους

Πολύς κόσμος πιστεύει ότι οι αρχικές επαφές των νεογέννητων με τους γονείς τους, ιδιαίτερα με τη μητέρα, δημιουργούν έναν ειδικό δεσμό που επηρεάζει βαθύτατη μελλοντική τους σχέση (Cole & Cole, 2000). Τα βρέφη σε όλο τον κόσμο αντιδρούν συνήθως με παρόμοιο τρόπο στο κοινωνικό τους περιβάλλον, θεμελιώνουν, σταδιακά, σχέσεις δεσμού με τη μητέρα και γενικότερα με τα άτομα που έχουν αναλάβει την πρωταρχική τους φροντίδα. Αν και η αλληλουχία της ανάπτυξης των πρώτων αυτών σχέσεων είναι αρκετά σταθερή από πολιτισμό σε πολιτισμό, οι λεπτομέρειες διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, ανάλογα με την προσωπικότητα των γονέων, τις πολιτισμικά διαμορφωμένες πρακτικές ανατροφής των παιδιών, καθώς και την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητα των ίδιων των παιδιών (Craig & Baucum, 2007).

Έχει διαπιστωθεί πως τα βρέφη έχουν ιδιαίτερες ικανότητες, από πολύ νωρίς, για επικοινωνία και ότι ο δεσμός μητέρας- βρέφους αρχίζει από την περίοδο της εγκυμοσύνης (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Η πρώιμη αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους φανερώνει πως το βρέφος διαθέτει την ικανότητα επικοινωνίας από τη γέννησή του και εμφανίζει από νωρίς στη ζωή ικανότητες στην παραγωγή και την αναγνώριση των συναισθηματικών εκφράσεων. Η μητέρα με τη σειρά της είναι επιρρεπής στη μίμηση θετικών εκφράσεων και στην δυνατότητα χαλάρωσης του βρέφους της όταν αυτό εκφράζει άσχημα συναισθήματα. Επιπλέον, η μητέρα έχοντας ενστικτωδώς γνώση περί της δύναμης που ασκεί στο βρέφος της το πρόσωπό της, υιοθετεί αρκετές φορές υπερβολικές εκφράσεις και τόνο στη φωνή της. Φυσιολογικά, το βρέφος αντιδρά σε αυτή τη συμπεριφορά της μητέρας με χαμόγελα και φωνές. Παρόλα αυτά, αν η διέγερση του βρέφους είναι πολύ έντονη, παρεκκλίνει το βλέμμα

του και, αν η μητέρα επιμείνει, το ίδιο δείχνει αρνητικές εκφράσεις προσώπου και κλαίει. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου εξάμηνου της ζωής, το βρέφος και η μητέρα-φροντιστής αρχίζουν να θεσπίζουν «τριαδικές συναλλαγές», με την αμοιβαία τους προσοχή σε τρίτο αντικείμενο. Για την καθιέρωση της κοινής αυτής προσοχής κρίνεται αναγκαία η ευαισθησία αλλά και η άμεση ανταπόκριση της μητέρας απέναντι στο βρέφος. Κατά το τέλος του πρώτου χρόνου της ζωής, το βρέφος αρχίζει να συντονίζει από μόνο του επεισόδια αμοιβαίας προσοχής, χρησιμοποιώντας το βλέμμα, χειρονομίες και εκφράσεις του προσώπου ώστε να δείξει τις προθέσεις του. Έτσι, φαίνεται ο θεμελιώδης ρόλος της μη λεκτικής επικοινωνίας μεταξύ μητέρας-βρέφους στην ρύθμιση των πρώιμων επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεών τους (Malmberg et al., 2015). Τα μέλη της δυάδας αυτής αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν το ένα το άλλο με έναν κυκλικό και επαναλαμβανόμενο τρόπο (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει επίσης όχι μόνο το τι κάνουν τα μέλη της δυάδας αυτής αλλά με ποιο τρόπο το κάνουν. Αυτό είναι αυτονόητο γιατί στις ανθρώπινες σχέσεις έχει μεγαλύτερη σημασία η ποιοτική διάσταση, δηλαδή όχι μόνο αν γίνεται κάτι, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται. Συγκεκριμένα, στη σχέση μητέρας-βρέφους έχει μεγάλη σημασία και ο τρόπος με τον οποίο το βρέφος φροντίζεται. Για παράδειγμα, μια μητέρα θηλάζει το μωρό της ενώ παράλληλα είναι αφοσιωμένη σε αυτό, το χαίρεται, το κοιτάζει, του ψιθυρίζει λόγια τρυφερά, ενώ μια άλλη το θηλάζει και παράλληλα βλέπει τηλεόραση ή μιλάει στο τηλέφωνο. Είναι αυτονόητο ότι στη δεύτερη περίπτωση η ποιότητα στη συναλλαγή είναι υποδεέστερη και υστερεί ενώ παράλληλα δεν καλύπτονται οι συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Η κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην επικοινωνιακή αλληλεπίδραση με τη μητέρα ή τον κύριο φροντιστή του. Οι βασικές λεπτομέρειες που φανερώνουν την πρώιμη αυτή

επικοινωνία είναι η φωνή, οι εκφράσεις του προσώπου και το βλέμμα (Malmberg et al., 2015).

Ο Piaget αναγνώριζε ότι το κοινωνικό περιβάλλον έχει σημαντική επίδραση στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης των βρεφών. Παρόλα αυτά, οι αλλαγές στη συμπεριφορά του βρέφους συνοδεύονται από αλλαγές στη συμπεριφορά της μητέρας, οι οποίες φαίνεται να είναι αρκετά σημαντικές για την ανάπτυξη του βρέφους (Cole & Cole, 2000). Πιο συγκεκριμένα, η άμεση παρατήρηση ενός βρέφους και η σχέση που διαμορφώνει με τη μητέρα του καθώς και η αμοιβαιότητα μεταξύ μητέρας- βρέφους σε αυτή τη σχέση κατά τη διάρκεια της καθημερινής του φροντίδας από αυτή, όπως το τάισμα, το μπάνιο, το παιχνίδι, υποδεικνύουν ότι η συναλλαγή είναι σημαντική, αναπτύσσονται αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις και υπάρχει ευχαρίστηση, που τη δοκιμάζουν και οι δύο. Αυτή η αμοιβαιότητα και η ευχαρίστηση αποτελούν βασικά κριτήρια συναισθηματικής υγείας (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Στη σχέση μητέρας- βρέφους οι δύο αλληλεπιδρώντες αποτελούν ο ένας για τον άλλο μοναδικά και αναντικατάστατα αντικείμενα αγάπης. Η μεταξύ τους καλή επικοινωνία αντανακλάται στην παρατεταμένη οπτική επαφή των δύο αλληλεπιδρώντων, στις ευχάριστες και χαρούμενες εκφράσεις των προσώπων τους και στις συζητήσεις και τα παιχνίδια τα οποία εξελίσσονται ανάμεσά τους. Κατά τα πρώτα στάδια της σχέσης αυτής, οποιαδήποτε απομάκρυνση της μητέρας θεωρείται επικίνδυνη και απειλητική. Έτσι, το βρέφος επιδιώκει να μένει διαρκώς μέσα στην αγκαλιά της ή να βρίσκεται τουλάχιστον μέσα σε μια περιορισμένη «νοητή προστατευτική ακτίνα» η οποία περιβάλλει τη μητέρα (Παπαδάκη- Μιχαηλίδη, 2006). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η συμπεριφορά της μητέρας στο βρέφος αποτελεί, τουλάχιστον εν μέρει, συνάρτηση της ικανότητας του βρέφους να παρέχει αποτελεσματικές ενδείξεις για τις ανάγκες του. Μια μητέρα μπορεί να μην είναι σε θέση να αντιδράσει αποτελεσματικά, όταν η

συμπεριφορά του παιδιού είναι άδηλη, παραπλανητική ή ασαφής. Για παράδειγμα, τα παιδιά που εκφράζουν με ξεκάθαρο τρόπο τα συναισθήματά τους (το θυμό, το φόβο, ή τη δυσφορία τους) είναι ευκολότερο να μεταβιβάσουν το μήνυμά τους και να προκαλέσουν την αντίδραση των γονέων- σε σύγκριση με τα παιδιά που δείχνουν ασαφή συμπεριφορά.

Επομένως, το είδος των «σημάτων» που εκπέμπει το βρέφος μπορεί εν μέρει να καθορίσει το πόσο αποτελεσματική θα είναι η ανταπόκριση της μητέρας. Συνήθως η μητέρα αντιδρά στο βρέφος με βάση το δικό της είδος προσκόλλησης. Κατ' αυτό τον τρόπο, υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες στο είδος προσκόλλησης από τη μια γενιά στην επόμενη, ένα θέμα το οποίο θα αναφερθεί αναλυτικά παρακάτω (Feldman, 2011).

6.2. Η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας, το στρες και η επιλόχειος κατάθλιψη.

Κατά τη διάρκεια της κύησης και ιδιαίτερα μετά τον τοκετό οι υγιείς γυναίκες βιώνουν σημαντικές ψυχολογικές και συναισθηματικές αλλαγές. Είναι σχετικά συχνό για τις γυναίκες να αισθάνονται πιο συναισθηματικές κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, ιδιαίτερα εάν η κύηση είτε δεν είναι επιθυμητή είτε συσχετίζεται με κοινωνική δυστυχία ή συναισθηματική σύγκρουση. Τέτοιες καταστάσεις είναι σχετικά συχνές. Ωστόσο, η συναισθηματική σταθερότητα και η αίσθηση ευεξίας συνήθως βελτιώνονται με την πρόοδο της κύησης. Οι πρωτοτόκες μητέρες και εκείνες με ήπια εγκατεστημένα άγχη ως προς την καλή εξέλιξη της κύησης τους μπορεί να βιώσουν σχετικά υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια των επόμενων σταδίων της κύησης αλλά συνήθως ανταποκρίνονται στη διαβεβαίωση που βασίζεται στην πληροφόρηση και στην επεξήγηση (Κουμαντάκης, 2009).

Πολλοί γιατροί που φροντίζουν εγκύους και νεογέννητα βρέφη, υποπτεύονται ότι τα αισθήματα ευημερίας της μητέρας και η στάση της προς την εγκυμοσύνη της επηρεάζουν την ανάπτυξη και συμπεριφορά του εμβρύου που φέρει μέσα της αλλά και του βρέφους μετά τη γέννηση (Cole&Cole, 2000). Συναισθήματα όπως ο θυμός, ο φόβος αλλά και γενικότερα το στρες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το κύημα. Ως «**στρες**» ορίζεται η ψυχολογική κατάσταση έντασης που συνοδεύεται από συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και άγχους. Τα συναισθήματα αυτά διεγείρουν κύτταρα του εγκεφάλου, τα οποία με τη σειρά τους ενεργοποιούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα με συνέπεια την απελευθέρωση ορμονών και άλλων χημικών ουσιών στο αίμα της εγκύου γυναίκας. Οι ουσίες αυτές μπορούν να διαπεράσουν τον πλακούντα και να εισχωρήσουν στην εμβρυική κυκλοφορία, με αποτέλεσμα όταν η μητέρα βρίσκεται σε κατάσταση στρες, το έμβρυο να «συμπάσχει» (Δημητρίου, 2012). Σε αυτές τις περιπτώσεις, το βρεφικό άγχος (Early Life Stress, ELS), φαίνεται πως επηρεάζει τις πρώιμες περιόδους ανάπτυξης του εγκεφάλου αλλά και την ανάπτυξη των νευρολογικών συστημάτων που εμπλέκονται στη συναισθηματική λειτουργία και τη ψυχική υγεία καθόλη τη διάρκεια της ζωής του βρέφους (Graham, et al., 2015).

Όπως υποστηρίζει ο Γ. Τσιάντης *«το άγχος εμφανίζει υψηλή συσχέτιση με τη συχνότητα εμφάνισης και τη σοβαρότητα μιας σειράς συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης»*(Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Όταν μια γυναίκα βρίσκεται κάτω από υπερβολικό στρες για μεγάλο διάστημα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κινδυνεύει περισσότερο να συναντήσει σοβαρές επιπλοκές, όπως αποβολή, μακρύ και επώδυνο τοκετό και πρόωρο τοκετό. Παράλληλα έχει περισσότερες πιθανότητες να γεννήσει ένα παιδί ευερέθιστο και υπερκινητικό, με προβλήματα διατροφής, ύπνου και πέψης (Cole & Cole, 2000). Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά αυτά τείνουν να έχουν συχνότερα ενοχλήσεις από κολικούς,

κλαίνει έντονα για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα και θέλουν να τα κρατούν συνεχώς στην αγκαλιά (Δημητρίου, 2012).

Η περίοδος μετά τον τοκετό παρουσιάζεται πολύ περισσότερο φορτισμένη (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Πολλές φορές, η παρατεταμένη διάρκεια του στρες της μητέρας αλλά και οι έντονες συναισθηματικές αλλαγές αυτής της περιόδου, οδηγούν στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης της μητέρας, γνωστή και ως «δάκρυα της λοχείας», (Shelov&Altman, 2012). Η επιλόχεια κατάθλιψη ορίζεται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) ως ένα επεισόδιο της μείζονος κατάθλιψης η οποία αρχίζει εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό (Jones et al., 2013). Περίπου τρεις με τέσσερις νέες μητέρες βιώνουν την εμπειρία αυτή μετά τον τοκετό(Shelov&Altman, 2012). Η επιλόχειος κατάθλιψη δεν είναι απλώς κοινή, αλλά επιδρά βαθιά και στη μητέρα και στο βρέφος, οδηγώντας στη δημιουργία τύπου μη ασφαλούς προσκόλλησης και γνωστικών ελλειμμάτων, τα οποία παραμένουν και στην παιδική ηλικία (Jones et al., 2013). Τα συναισθήματα αυτά υποχωρούν με την ίδια ταχύτητα που εμφανίστηκαν και κατά κανόνα, διαρκούν μόνο μερικές ημέρες (Shelov & Altman, 2012). Ωστόσο, για έναν μικρότερο αριθμό γυναικών, η ψυχολογική αναστάτωση, γνωστή ως νευρωσική επιλόχεια κατάθλιψη, μπορεί να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις και να διαρκέσει πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η μελαγχολία, η απελπισία, η απάθεια, η αίσθηση ανικανότητας και αδυναμίας, χαμηλή ευχαρίστηση από τη γονικότητα και αισθήματα ενοχής (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999· Jones et al., 2013).

Παρόλα αυτά, παραμένει ασαφές κατά πόσο υπάρχουν ειδικά κλινικά συμπτώματα, χαρακτηριστικά της επιλόχειας κατάθλιψης, που τη διαφοροποιούν από άλλα καταθλιπτικά επεισόδια. Σε αυτές τις γυναίκες μπορεί να εμφανιστεί διαταραχή της

μητρικής λειτουργίας, με τις ανάλογες επιπτώσεις για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του βρέφους (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Τα συμπτώματα της μητρικής κατάθλιψης σχετίζονται άμεσα με τα χαμηλά επίπεδα ευαισθησίας της μητέρας προς το βρέφος της, με συνέπεια τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικοσυναισθηματικής λειτουργίας του βρέφους. Οι μητέρες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη αντιμετωπίζουν δυσκολία κατά τη μετάβαση στη φροντίδα των βρεφών τους διότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης καταστέλλουν την δυνατότητα υποστήριξης των συναισθηματικών εμπειριών των βρεφών τους (Swartz et al., 2016). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα των μητέρων αλλά και το μητρικό άγχος θέτουν σε υψηλό κίνδυνο την ικανότητα θετικής αλληλεπίδρασης με τα βρέφη τους. Υπάρχει υψηλός συσχετισμός μεταξύ του αυξημένου μητρικού άγχους και της μειωμένης μητρικής απαντητικότητας στις ανάγκες του βρέφους της. Όταν οι μητέρες αγχώνονται ή παρουσιάζουν συμπτώματα επιλόχειου κατάθλιψης αντιμετωπίζουν δυσκολία στο συντονισμό και στην απόκριση στα σήματα των βρεφών τους. Με αυτόν τον τρόπο έχουν ελάχιστες ευκαιρίες να δημιουργήσουν συναισθηματικό δεσμό και προσκόλληση με τα βρέφη τους κατά τη διάρκεια θετικής αλληλεπίδρασης και παιχνιδιού (Seah & Morawska, 2016). Σε μερικές περιπτώσεις, οι μητέρες αυτές φτάνουν στο σημείο να ανησυχούν μήπως βλάψουν τον εαυτό τους ή το μωρό τους (Shelov & Altman, 2012).

6.3. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του άγχους και της επιλόχειας κατάθλιψης της μητέρας

Παρόλο που ως ένα σημείο η επιλόχειος κατάθλιψη είναι φυσιολογική, δεν θα πρέπει να κατακλύσει τις νέες μητέρες ή να διαρκέσει πάνω από μερικές ημέρες

(Shelov&Altman, 2012). Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης παίζει η ίδια η έγκυος μητέρα, η οποία θα πρέπει συνεχώς να καταβάλλει προσπάθειες να βρίσκεται σε ένα ήρεμο περιβάλλον, όπου τα επίπεδα του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων είναι όσο χαμηλά γίνεται (Δημητρίου, 2012).

Παράλληλα, καλό είναι να περιβάλλεται από ένα σύστημα «υποστήριξης», από άτομα που την κάνουν να νιώθει ότι βρίσκονται κοντά της και της δίνουν αυτοπεποίθηση, θάρρος και αισιοδοξία (Δημητρίου, 2012). Έτσι, θα μπορεί να συζητήσει μαζί τους για τα συναισθήματά της με μεγαλύτερη άνεση. Μπορεί επίσης να τους επιτρέψει να την βοηθήσουν κατά διαστήματα στη φροντίδα του μωρού ώστε να προσπαθήσει να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της με τη σωματική άσκηση αλλά και με όσο το δυνατόν περισσότερη ξεκούραση (Shelov & Altman, 2012). Η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί σημαντικό μέσο για τη μητέρα, οδηγεί στην ικανοποίηση των συναισθηματικών της αναγκών, μειώνει το άγχος της και ενισχύει την πιο ευαίσθητη συμπεριφορά της στην ανατροφή του βρέφους της. Οι μητέρες οι οποίες λαμβάνουν καλή συζυγική υποστήριξη τείνουν να εμφανίζουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και λιγότερα μητρικό άγχος (Seah & Morawska, 2016).

Θετικά αποτελέσματα έχει ακόμη και η συμμετοχή της εγκύου σε ειδικά μαθήματα «προετοιμασίας του τοκετού», όπου μαθαίνει να χαλαρώνει, να αυτοσυγκεντρώνεται, να αναπνέει ορθά και να αντιμετωπίζει τον τοκετό με δύναμη και αισιοδοξία. Όλα αυτά την εξοπλίζουν καλύτερα ενάντια στην ένταση και το άγχος και συνεπώς προστατεύουν την ίδια και το αγέννητο παιδί από πολλούς κινδύνους (Δημητρίου, 2012).

Εάν ωστόσο, τα συναισθήματα αυτά επιμένουν, ισχύουν στην ίδια ένταση και δεν υποχωρήσουν μέσα σε δύο εβδομάδες περίπου, καλό είναι η μητέρα να το συζητήσει με τον μαιευτήρα της ή ακόμα και να ζητήσει βοήθεια από έναν ψυχολόγο, καθώς είναι

πιθανό να χρειαστεί συνεδρίες ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Shelov & Altman, 2012). Όπως και σε κάθε καταθλιπτική διαταραχή, υπάρχει ένα φάσμα αποτελεσματικών θεραπειών για την επιλόχειο κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένων των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και της ψυχοθεραπείας. Παρόλα αυτά υπάρχουν συγκεκριμένα εμπόδια στην εκτέλεση των θεραπειών της επιλόχειας κατάθλιψης. Πρώτα από όλα, οι γυναίκες οι οποίες θηλάζουν μπορεί να μην είναι σε θέση να πάρουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, λόγω των επιπτώσεων στα βρέφη τους. Επιπλέον, οι νέες μητέρες συχνά δε διαθέτουν τον απαραίτητο χρόνο για γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavior Therapy, CBT). Έτσι, είναι αδύνατον να προγραμματίσουν εκτενείς συνεδρίες με επαγγελματίες υγείας. Η θεραπεία CBT και η Διαπροσωπική Θεραπεία (Interpersonal Therapy, IPT) είναι πολύ αποτελεσματικές στην μείωση των συμπτωμάτων αλλά και στην πρόληψη εμφάνισης επιλόχειου κατάθλιψης. Παρόλα αυτά, αυτός ο τύπος παρέμβασης είναι ακριβός και η πρόληψη αυτή εμπλέκει παρεμβάσεις οι οποίες απευθύνονται σε μεγάλο αριθμό γυναικών. Η παροχή ατομικής ή ομαδικής θεραπείας σε τέτοιο μεγάλο αριθμό ατόμων είναι δαπανηρή και είναι αδύνατο να δημιουργήσουν μία εφικτή στρατηγική πρόληψης της επιλόχειου κατάθλιψης. (Jones et al., 2013).

Οι νέες μητέρες μπορεί να φοβούνται μήπως στιγματιστούν αν απευθυνθούν σε επαγγελματίες της υγείας. Η κατάθλιψή τους μπορεί να αποτελεί θέμα επιπρόσθετης ανησυχίας για τις ίδιες μήπως θεωρηθούν «κακές μητέρες» λόγω της κατάστασής τους. Σαν αποτέλεσμα, μπορεί να αρνηθούν να ζητήσουν βοήθεια, θεραπεία μετά τη διάγνωση ή ακόμη και άρνηση διεξαγωγής διάγνωσης (Jones et al., 2013). Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει η νέα μητέρα να φοβηθεί να ζητήσει βοήθεια από επαγγελματίες αν δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει μόνη τις ανησυχίες της (Shelov&Altman, 2012). Είναι σημαντικό, όλοι οι επαγγελματίες υγείας, που εμπλέκονται στην μέριμνα των

μητέρων που μόλις έχουν γεννήσει, να γνωρίζουν τον χρόνο εμφάνισης και τα χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης για την αποτελεσματικότερη πρόληψή της (Κουμαντάκης, 2009).

Το ίντερνετ αποτελεί ένα δυναμικό μέσο για την αντιμετώπιση των εμποδίων που σχετίζονται με τη διανομή των συμβατικών προγραμμάτων πρόληψης στις γυναίκες κατά την περίοδο μετά τη γέννηση. Τέτοιου είδους προγράμματα μπορούν να είναι διαθέσιμα διαδικτυακά χωρίς καμία χρέωση. Δεν είναι προγραμματισμένα με τρόπους που δεν βολεύουν τις νέες μητέρες και χρονοβόρα, και δεν απαιτούν τη διαδρομή για πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρία. Αντίθετα, μία μητέρα μπορεί να έχει πρόσβαση στην παρέμβαση αυτή για μικρό χρονικό διάστημα ή περίοδο ώστε να ανταποκρίνεται στο πολυποίκιλο και απαιτητικό πρόγραμμα του βρέφους της. Επιπλέον, η ανωνυμία που προκύπτει από την πρόσβαση στην παρέμβαση μέσω ίντερνετ είναι δυνατόν να καταπολεμήσει το στιγματισμό της μητέρας που σχετίζεται με την αναζήτηση βοήθειας για τα υποκλινικά συμπτώματα της επιλόχειου κατάθλιψης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα διαδικτυακά προγράμματα που βασίζονται στη γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT) είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση αλλά και στην πρόληψη της κατάθλιψης (Jones et al., 2013).

Το Mood GYM είναι ένα παρεμβατικό πρόγραμμα που παρέχεται μέσω του διαδικτύου για την πρόληψη της επιλόχειου κατάθλιψης. Αυτό το αυτοματοποιημένο διαδικτυακό πρόγραμμα το οποίο βασίζεται στην Γνωστική Συμπεριφορική Εκπαίδευση (CB Training) έχει χρησιμοποιηθεί σε ελεγχόμενες μελέτες για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής και στην πρόληψη εμφάνισης της κατάθλιψης. Το πρόγραμμα αποτελείται από πέντε ενότητες οι οποίες χρειάζονται από είκοσι έως σαράντα λεπτά για να συμπληρωθούν. Παρόλα αυτά, οι συμμετέχοντες μπορούν να

επιλέξουν πόσο χρόνο θα διαθέσουν σε κάθε ενότητα. Οι ενότητες του προγράμματος είναι οι εξής:

- Ενότητα 1 (Συναισθήματα), η οποία βοηθά τους συμμετέχοντες να εντοπίσουν τα αρνητικά μοτίβα των σκέψεών τους.
- Ενότητα 2 (Σκέψεις), η οποία τους βοηθά να εντοπίσουν συνήθειες ανακριβείς και προκατειλημμένους τρόπους σκέψεις.
- Ενότητα 3 (Καταπολέμηση στρέβλωσης), η οποία παρουσιάζει μεθόδους αλλαγής των ανακριβών και προκατειλημμένων τρόπων σκέψεων.
- Ενότητα 4 (Καταπολέμηση άγχους), η οποία εστιάζει στην διαχείριση του άγχους και σε τεχνικές χαλάρωσης.
- Ενότητα 5 (Σχέσεις και Λύσεις Προβλημάτων), στην οποία παρέχονται τεχνικές για την αντιμετώπιση δυσκολιών στις σχέσεις. Επίσης, παρουσιάζεται η έννοια της απλής επίλυσης των προβλημάτων (Jones et al., 2013).

Κάθε ενότητα από τις παραπάνω περιέχει εργασία η οποία συμπληρώνεται αμέσως και κάποια εργασία όπου οι χρήστες επιστρέφουν έπειτα για την εκπόνησή της (το «βιβλίο ασκήσεων, Workbook»). Για παράδειγμα, το βιβλίο ασκήσεων περιέχει ασκήσεις εντοπισμού μοτίβων σκέψεων καθόλου χρήσιμων και χρήση ειδικών εργαλείων καταπολέμησής τους. Οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να προγραμματίσουν ευχάριστες ασκήσεις και δραστηριότητες. Συμπληρώνουν μία ενότητα κάθε εβδομάδα και είναι υποχρεωμένοι να συμπληρώνουν κάθε ενότητα με τη σειρά. Τους στέλνεται ένα αυτοματοποιημένο ηλεκτρονικό μήνυμα κάθε εβδομάδα για να τους ενημερώσει πότε θα είναι στη διάθεσή τους το κάθε μοντέλο προς συμπλήρωση. Μπορούν να συμπληρώνουν κάθε ενότητα με τους δικούς τους ρυθμούς. Παρόλα αυτά, αν ο

συμμετεχών δεν συνδεθεί στο διαδίκτυο ύστερα από τέσσερις μέρες αφότου έχει σταλεί το αυτοματοποιημένο ηλεκτρονικό μήνυμα για την επομένη ενότητα, στέλνεται υπενθύμιση. Το Mood GYM αποτελεί μία παγκόσμια προληπτική παρέμβαση (παρέχεται στις γυναίκες ανεξάρτητα από το βαθμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν) και είναι αποτελεσματικό και στη θεραπεία αλλά και στην πρόληψη της κατάθλιψης (Jones et al., 2013).

6.4. Η προωρότητα ως παράγοντας κινδύνου στη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας

Ο βαθμός και ο ρυθμός της προσαρμογής του νεογέννητου στην εξωμήτρια ζωή εξαρτώνται κατά πολύ από την ηλικία κύησής του κατά τη γέννηση (Δημητρίου, 2012). Ως *ηλικία κύησης* ορίζεται ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της σύλληψης και της γέννησης του βρέφους. Μεταξύ της τριακοστής εβδομής και τεσσαρακοστής τρίτης εβδομάδας κυμαίνεται η φυσιολογική ηλικία κύησης. Τα βρέφη που γεννιούνται πριν από την τριακοστή εβδομάδα θεωρούνται **πρόωρα** (Cole & Cole, 2000).

Η γέννηση πρόωρων βρεφών έχει εντοπιστεί πως οφείλεται σε διάφορα αίτια. Μερικά από αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν γενετικές ανωμαλίες, υποσιτισμό ή την πολύ κακή διατροφή της μητέρας, την υπερβολική κατανάλωση τοξικών ουσιών ή αλκοόλ από την μητέρα ή ακόμη και την κακή ψυχολογική της κατάσταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Δημητρίου, 2012). Η προωρότητα συνδέεται και με την κοινωνικο-οικονομική θέση της μητέρας αλλά και με την έλλειψη επαρκούς φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Cole & Cole, 2000).

Παράλληλα, σε περιπτώσεις πολύδημων κύσεων παρουσιάζεται επίσης υψηλό ποσοστό πρόωρων γεννήσεων εφόσον μέσα στη μήτρα υπάρχει συναγωνισμός για περιορισμένους πόρους (Δημητρίου, 2012). Σε άλλες περιπτώσεις, το αίτιο του

πρόωρου τοκετού είναι η ελλιπής ανάπτυξη του αναπαραγωγικού συστήματος της μητέρας. Οι νεαρές μητέρες είναι πιθανότερο να γεννήσουν πρόωρα σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, η γυναίκα που μένει έγκυος εντός έξι μηνών από τον τελευταίο της τοκετό είναι πιθανότερο να γεννήσει πρόωρα απ' ό τι μια γυναίκα που το αναπαραγωγικό της σύστημα είχε την ευκαιρία να ανακάμψει από την προηγούμενη εγκυμοσύνη (Feldman, 2011).

Τα βρέφη που γεννιούνται πρόωρα δεν έχουν την εμφάνιση ούτε τη συμπεριφορά άλλων που γεννιούνται κανονικά. Όσο νωρίτερα γεννιούνται τόσο μικρότερα είναι, τόσο το κεφάλι τους φαίνεται μικρότερο σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα τους και τόσο λιγότερο σωματικό λίπος έχουν. Εξαιτίας αυτής της έλλειψης λίπους, το δέρμα τους φαίνεται λεπτότερο και πιο διάφανο, ενώ η πλάτη και οι ώμοι τους καλύπτονται από λεπτό τρίχωμα, το λεγόμενο χνούδι. Τα χαρακτηριστικά τους είναι πολύ πιο έντονα και λιγότερο «στρογγυλεμένα» από εκείνα ενός τελειόμηνου. Ωστόσο, με τον καιρό τείνουν να μοιάζουν με φυσιολογικά νεογνά. Η έλλειψη του προστατευτικού σωματικού λίπους έχει ως αποτέλεσμα τα πρόωρα βρέφη να κρυώνουν εάν παραμείνουν σε κανονικές θερμοκρασίες δωματίου. Για το λόγο αυτό, αμέσως μετά τη γέννησή τους τοποθετούνται σε θάλαμο για πρόωρα βρέφη ή σε βρεφικές θερμοκοιτίδες ακτινοβολίας, όπου και ρυθμίζεται η κατάλληλη θερμοκρασία (Shelton & Altman, 2012).

Παρόλο που έχει επιτευχθεί τεράστια πρόοδος στα μέσα που παρέχονται για την ειδική ιατρική φροντίδα την οποία χρειάζονται τα νεογνά αυτά, παρουσιάζουν είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα διάφορες, νευρολογικές κυρίως, διαταραχές, σε αντίθεση με τα τελειόμηνια (Δημητρίου, 2012). Ωστόσο, η διαφορά τους αυτή καλύπτεται μετά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη ανάπτυξη ορισμένων κινητικών τους δεξιοτήτων (Βρυώνης, 2004). Σε

σοβαρότερες περιπτώσεις υπάρχουν μακροπρόθεσμες ανωμαλίες όπως εγκεφαλική παράλυση ή σημαντικού βαθμού νοητική καθυστέρηση, δυσκολίες αντίληψης, προβλήματα ακοής και όρασης, μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς (Silva, et al., 2016).

6.5. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις για την προωρότητα

Λόγω της πολλαπλότητας και σοβαρότητας των προβλημάτων που ενδέχεται να παρουσιάζουν τα νεογνά αυτά, είναι απαραίτητο να νοσηλεύονται αμέσως μετά τη γέννησή τους σε ειδικές μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN), και τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους όσο και αργότερα να έχουν την αμείωτη υποστήριξη των γονιών τους (Δημητρίου, 2012).

Όπως είναι φυσικό, η όλη κατάσταση προκαλεί συναισθηματική φόρτιση στους νέους γονείς, οι οποίοι χρειάζονται υποστήριξη και ενημέρωση. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε τέτοιες μονάδες υψηλής τεχνολογίας οι γονείς να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα των νεογνών (Δημητρίου, 2012). Βασικό ρόλο στην ενημέρωσή τους παίζουν οι νοσηλευτές. Με τη χρήση της περιγεννητικής προληπτικής φροντίδας (Perinatal Palliative Care), που στοχεύει την ανακούφιση της οικογένειας από κάθε είδους πόνο (συμπεριλαμβανομένου του φυσικού, συναισθηματικού και πνευματικού πόνου), τα άτομα αυτά για να παρέχουν πληροφορίες στους γονείς κρίνεται αναγκαίο να αναπτύξουν συνεργατική σχέση μαζί τους. Ωστόσο, φαίνεται πως οι γονείς δεν επιθυμούν να είναι απλώς παθητικοί αποδέκτες των πληροφοριών αυτών αλλά μεγαλύτερή τους ανάγκη είναι να αισθανθούν πως οι ικανότητές τους για τη φροντίδα του βρέφους τους είναι αποδεκτές (Kavanaugh et al., 2013).

Στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Neonatal Intensive Care Unit), όπως προαναφέρθηκε, η νεογνική φροντίδα αποτελεί πηγή άγχους για τους γονείς. Το άγχος

τους αυτό περιλαμβάνει την ανησυχία τους για την επιβίωση των πρόωρων βρεφών και την πιθανή επίδρασή του στην ανάπτυξή τους. Ωστόσο, έχοντας τη νοσοκόμα ως κύριο φροντιστή των βρεφών τους, βάζουν τον εαυτό τους σε δευτερεύουσα θέση για την παροχή φροντίδας στο νεογνό τους. Για το λόγο αυτό, το σημαντικότερο κομμάτι που πρέπει να αναλάβουν οι νοσοκόμες είναι να δημιουργήσουν και να αξιολογήσουν κάποιες παρεμβάσεις οι οποίες θα εστιάζουν στη σχέση μητέρας- βρέφους και κατ' επέκταση στο άγχος και τις γονικές ικανότητες.

Εμπειρική Μάθηση της Φροντίδας (Experiential Learning Care)

Η μέθοδος της Εμπειρικής Μάθησης της Φροντίδας (Experiential Learning Care), που εφαρμόζεται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας από νοσοκόμες, προάγει την ανάπτυξη της ανεξαρτησίας των μητέρων στη φροντίδα των πρόωρων βρεφών τους. Σύμφωνα με αυτή, ο ρόλος της νοσοκόμας είναι να διδάξει στη μητέρα τρόπους για να κατανοήσει τις ανάγκες της φροντίδας του βρέφους της. Παράλληλα, έχοντας ως καταλυτικό παράγοντα την εμπειρία και τη μάθηση μέσω της πράξης, μπορεί να βοηθήσει τη μητέρα στην ανάπτυξη της ικανότητάς της για τη φροντίδα του πρόωρου βρέφους της. Ως αποτέλεσμα οι μητέρες θα είναι έτοιμες να αναλάβουν τις ευθύνες του πρόωρου βρέφους τους αμέσως μόλις επιστρέψουν στο σπίτι, με λιγότερο άγχος (Saudah, et al., 2015).

Απτική επαφή και μέθοδος «Καγκουρό» (“Kangaroo-mother Care”)

Έχει διαπιστωθεί πως τα πρόωρα βρέφη πρέπει να έχουν άμεση επαφή με τους γονείς τους (ιδίως άγγιγμα, χαίδεμα) και γενικά διάφορα αισθητηριακά ερεθίσματα ώστε η συνήθως μακρά περίοδος νοσηλείας τους μακριά από το σπίτι να μην αποτελέσει αιτία για διαταραχές στη δημιουργία των πρώτων συναισθηματικών δεσμών (για παράδειγμα της προσκόλλησης) (Δημητρίου, 2012). Η απτική επαφή μεταξύ του βρέφους και της

μητέρας ή του πατέρα, φαίνεται πως προάγει ένα κίνητρο που περιορίζει την αίσθηση του πόνου και του άγχους στο νεογέννητο. Συνεπάγεται με λιγότερες λοιμώξεις και θνησιμότητα, αυξάνει το βάρος γέννησης, σταθεροποιεί τη θερμοκρασία του βρέφους και επιδρά στη συμπεριφορά του με μικρότερη συχνότητα κλάματος αλλά και επίπεδα άγχους και πόνου.

Μια μέθοδος που μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στη βελτίωση της ανάπτυξης των πρόωρων βρεφών είναι η μέθοδος «Καγκουρό» (“Kangaroo-mother Care”). Στη Βραζιλία, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, φάνηκε πως η απτική επαφή μεταξύ μητέρας- βρέφους ξεκινά πολύ σύντομα μετά τη γέννηση. Μετά την επιστροφή τους στο σπίτι, οι μητέρες καλούνται να βρεθούν και πάλι στο χώρο της μονάδας και να παραμείνουν με το βρέφος τους εικοσιτέσσερις ώρες τη μέρα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, πέρα από τη σωματική επαφή, είναι υπεύθυνες για την εξ ολοκλήρου φροντίδα του βρέφους τους, δίνοντας μεγαλύτερη ισχύ στην μητρική ασφάλεια μέσω του θηλασμού, γεγονός που ευνοεί το δεσμό μητέρας- βρέφους. Ως αποτέλεσμα, τα βρέφη που λαμβάνουν τη φροντίδα της μεθόδου «Καγκουρό», πέρα απ’ το ότι βγαίνουν νωρίτερα από το νοσοκομείο, παρουσιάζουν καλύτερες νευρο-συμπεριφορικές αναφορές, με καλύτερη ποιότητα στις κινήσεις τους, περισσότερη προσοχή σε εξωτερικά ερεθίσματα, καλύτερη ποιότητα των αντανακλαστικών τους καθώς και χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Έτσι, γίνεται γνωστό πως η φυσική και συναισθηματική προσέγγιση μεταξύ του πρόωρου βρέφους και των γονιών του στη μονάδα εντατικής νοσηλείας έχει μεγάλη σημασία για την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη και των δυο, διότι επιδρά θετικά στη νοητική ανάπτυξη του βρέφους, την ψυχολογική υπόσταση των γονιών αλλά και την μεταξύ τους σχέση (Silva, et al., 2016).

Βήματα για επιτυχή θηλασμό

Ένας από τους κύριους στόχους της μεθόδου «Καγκουρό» είναι και η προώθηση του θηλασμού των πρόωρων βρεφών. Μέσω της συνεχής μητρικής επαφής με το βρέφος τους, με τη συμβολή τους στη νεογνική φροντίδα και την απτική επαφή, ενισχύεται ο μεταξύ τους δεσμός και προάγεται ο θηλασμός (Silva, et al., 2016). Παρακάτω παρατίθενται δέκα βήματα για επιτυχή θηλασμό κατά τη διάρκεια της παραμονής των μητέρων και των πρόωρων βρεφών τους στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας:

1. Στις ΜΕΝΝ θα πρέπει να υπάρχει μια γραπτή πολιτική θηλασμού που να απευθύνεται σε όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης .
2. Το προσωπικό θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένο με ειδικές γνώσεις και τις απαραίτητες δεξιότητες για την υλοποίηση αυτής της πολιτικής.
3. Οι νοσηλευόμενες έγκυες γυναίκες που κινδυνεύουν να γεννήσουν ένα πρόωρο ή άρρωστο βρέφος θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τη διαχείριση του θηλασμού αλλά και για τα οφέλη του.
4. Το προσωπικό των ΜΕΝΝ θα πρέπει να ενθαρρύνει την έγκαιρη, συνεχή και παρατεταμένη απτική επαφή μητέρας- βρέφους (μέθοδος «Καγκουρό»), χωρίς ενδοιασμούς. Θα πρέπει να τοποθετούν τα νεογνά στην αγκαλιά της μητέρας αμέσως μετά τη γέννησή τους για μια ώρα τουλάχιστον. Παράλληλα, να καταστήσουν ικανές τις μητέρες να αναγνωρίζουν πότε τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν και να τις προσφέρουν βοήθεια αν χρειάζεται.
5. Έπειτα, είναι απαραίτητη η υπόδειξη στις μητέρες για το πώς να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν το θηλασμό.
6. Ακόμη, για τη σίτιση των νεογνών θα πρέπει να χρησιμοποιούν αποκλειστικά και μόνο το μητρικό γάλα, εκτός αν δεν το επιτρέπουν οι ιατρικές ενδείξεις.
7. Να επιτρέπουν στις μητέρες και τα βρέφη τους να παραμείνουν μαζί για εικοσιτέσσερις ώρες τη μέρα.

8. Να θέσουν το θηλασμό υπό ζήτηση και ως την παραδοσιακή στρατηγική σίτισης των πρόωρων βρεφών.
9. Η χρήση εναλλακτικών λύσεων, όπως το μπιμπερό, συνίσταται τουλάχιστον μέχρι να εδραιωθεί ο θηλασμός, ενώ οι πιπίλες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για σοβαρούς λόγους.
10. Το προσωπικό των ΜΕΝΝ λοιπόν, θα πρέπει να προετοιμάσει τους γονείς για την παρατεταμένη διάρκεια της χρήσης του θηλασμού και να εξασφαλίσει πρόσβαση σε υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (Nyqvist, et al., 2013).

Πιπίλα-συσκευή αναπαραγωγής μουσικής (Pacifier-Activated Music Player (PAM))

Όσον αφορά τη σίτιση των πρόωρων βρεφών στις ΜΕΝΝ, εφαρμόζεται επίσης μία μέθοδος που χρησιμοποιεί την πιπίλα ως συσκευή αναπαραγωγής μουσικής με τη φωνή της μητέρας (Pacifier-Activated Music Player (PAM)). Στόχος αυτής της μεθόδου είναι να βελτιώσει την ικανότητα του πιπιλίσματος των πρόωρων βρεφών αλλά και την αποτελεσματικότερη σίτισή τους. Μέσω της μουσικοθεραπείας, οι μητέρες καλούνται να διδάξουν στα βρέφη τους ουσιαστικές αναπτυξιακές δεξιότητες, γεγονός που προάγει τη φροντίδα στις ΜΕΝΝ με επίκεντρο την οικογένεια. Σε αντίθεση με την έκθεση του βρέφους στην ηχογραφημένη φωνή της μητέρας- που μπορεί να επιφέρει την πιθανή έλλειψη κατάλληλων ερεθισμάτων στα μονόκλινα δωμάτια των σύγχρονων ΜΕΝΝ και να συμβάλλει σε αναπτυξιακές ανωμαλίες και καθυστερήσεις- η μέθοδος αυτή με τη φωνή της μητέρας είναι αναπτυξιακά κατάλληλη. Φαίνεται πως αποτελεί μια επιτυχή στρατηγική για την πλήρη σίτιση των βρεφών, ενώ παράλληλα προάγει θετικά ακουστικά ερεθίσματα στα βρέφη, υποστηρίζοντας ενεργά τους γονικούς ρόλους κατά τη διάρκεια της βρεφικής νοσηλείας (Chorna, et al., 2013).

Μονόκλινα-Οικογενειακά Δωμάτια (Single-Family Room Care)

Από την άλλη, υπάρχουν βάσιμες προσδοκίες πως η φροντίδα των πρόωρων βρεφών στα Μονόκλινα-Οικογενειακά Δωμάτια (Single-Family Room Care), μπορεί να βελτιώσει τη συμμετοχή των γονέων (κυρίως της μητέρας), στη φροντίδα των βρεφών και να μειώσει την αναπτυξιακή τους νοσηρότητα. Τα ενιαία αυτά οικογενειακά δωμάτια στις μονάδες εντατικής νοσηλείας των νεογνών, σχετίζονται με την ανάκαμψη των βρεφών και μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα και/ή τη σοβαρότητα μετέπειτα βλάβης. Φαίνεται πως όταν παρέχεται ένα αποκλειστικό δωμάτιο σε κάθε οικογένεια στις ΜΕΝΝ, το βάρος γέννησης των πρόωρων βρεφών αυξάνεται γρηγορότερα, οι ιατρικές διαδικασίες είναι λιγότερες καθώς δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στα βρέφη αλλά και τα επίπεδα άγχους και πόνου είναι μικρότερα. Έτσι, τα δωμάτια αυτά αποτελούν μια σημαντική ανταπόκριση στη βελτίωση της φροντίδας των πρόωρων βρεφών αλλά και στην πρόληψη της μακροχρόνιας νευρο-αναπτυξιακής τους βλάβης (Lester, et al., 2014).

Κλείνοντας, η προωρότητα αποτελεί μια σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία. Λόγω της αυξημένης συχνότητας πρόωρων γεννήσεων καθιερώθηκε η 17^η Νοεμβρίου ως η Παγκόσμια Ημέρα Προωρότητας. Εφόσον, η νεογνική συμπεριφορά επηρεάζεται από τις εμπειρίες του βρέφους και τις αλληλεπιδράσεις του με το περιβάλλον, καταλυτικό ρόλο φαίνεται πως παίζουν και οι φροντιστές του (Silva, et al., 2016). Οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με δυσκολίες που τους προκαλούν άγχος, λόγω της έλλειψης πληροφοριών για τη φροντίδα του πρόωρου βρέφους τους. Για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να βοηθήσουν και να στηρίξουν τους νέους γονείς και μέσω των προληπτικών προγραμμάτων να προάγουν ένα περιβάλλον για υγιείς αλληλεπιδράσεις γονέων- βρεφών (Kavanaugh, et al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Η επίδραση του πατέρα στην ανάπτυξη του βρέφους

Αν κοιτάξει κανείς τις πρώτες θεωρίες και έρευνες για την προσκόλληση, θα διαπιστώσει ότι υπάρχει ελάχιστη αναφορά στον πατέρα και στη συνεισφορά του στη ζωή του βρέφους. Υπάρχει μεγαλύτερο φάσμα πληροφοριών για τη μητρότητα και την ποιότητά της και όχι για την πατρότητα (Nordahl et al., 2016). Ο John Bowlby, που διατύπωσε την αρχική θεωρία της προσκόλλησης, υποστήριξε ότι ο δεσμός μητέρας-βρέφους είναι κατά κάποιο τρόπο μοναδικός. Πίστευε ότι η μητέρα είναι βιολογικά εφοδιασμένη με μοναδικό τρόπο, ώστε να προσφέρει τα μέσα για την επιβίωση του βρέφους και συμπέρανε ότι οι ικανότητες αυτές οδηγούν στη διαμόρφωση αυτού του ιδιαίτερου δεσμού μητέρας και βρέφους (Feldman, 2011). Παρόλα αυτά, είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η ανάμειξη του πατέρα στη φροντίδα του βρέφους παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξητική τάση και ο ίδιος συνεισφέρει μοναδικά στην ανάπτυξή του (Benzies & Evans, 2015).

Ο ρόλος του πατέρα είναι πολύ σημαντικός αλλά και αναγκαίος για το βρέφος και την οικογένεια. Η επίδρασή του αρχίζει πολύ πριν από τη γέννηση του παιδιού. Η οποιαδήποτε αντίδρασή του είναι δυνατόν να επηρεάσει τη στάση της μελλοντικής μητέρας προς το παιδί. Αρχικά λοιπόν, βοηθά και στηρίζει τη μητέρα να αισθανθεί σωματικά και ψυχικά ασφαλής και διαθέσιμη για το βρέφος της. Στη συνέχεια γίνεται ο τρίτος πόλος έλξης, διευκολύνει τον αποχωρισμό και τη διαφοροποίηση του βρέφους από τη μητέρα και βοηθά στην εξατομίκευση και απαρτίωση του ψυχισμού του παιδιού. Είναι το πρόσωπο το οποίο θα κόψει τον ψυχολογικό ομφάλιο λώρο που συνδέει τη μητέρα και το παιδί (Μπίμπου-Νάκου, 2005).

Ο πατέρας και η μητέρα δεν εκπληρώνουν διαφορετικές και αποκλειστικές λειτουργίες. Δεν υπάρχουν πράγματα που μόνο ο ένας ή η άλλη είναι ικανός/ή να κάνουν. Το παιδί χρειάζεται πολύ περισσότερα πράγματα από το θηλασμό που είναι αποκλειστικό έργο της μητέρας (πολλά παιδιά δεν θηλάζονται καν), (Χουντουμάδη, 1998). Επιπλέον, δεν υπάρχει παραδεκτή θεωρία για την πατρότητα, που να δίνει αναγκαστικά στον πατέρα δευτερεύουσα θέση στην υπόθεση της φροντίδας του παιδιού ούτε δικαιολογείται γιατί ο ένας από τους δύο γονείς πρέπει να έχει μεγαλύτερη επίδραση πάνω στην ανάπτυξη του παιδιού και όχι ο άλλος (Parke, 1987). Η σπουδαιότητα του δεσμού πατέρα-βρέφους γίνεται όλο και περισσότερο εμφανής. Ο πατέρας ασκεί πρόσθετη θετική επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού ακόμη και σε οικογένειες όπου και η μητρική ευαισθησία βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, γεγονός που ενισχύει τη σπουδαιότητα ανάπτυξης πρώιμων παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στην εμπλοκή του πατέρα κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού (Malmberg, et al., 2015). Παρά τις κοινωνικές πεποιθήσεις που υποβάθμιζαν το ρόλο του πατέρα στην ανατροφή του παιδιού, ορισμένα βρέφη διαμορφώνουν την αρχική τους σχέση προσκόλλησης με τον πατέρα τους και η έκφραση ζεστασιάς, στοργής, υποστήριξης και ενδιαφέροντος από τον ίδιο είναι πολύ σημαντική για την συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του παιδιού (Feldman, 2011).

Ο πατέρας παίζει ρόλο στην ανάπτυξη των ικανοτήτων των βρεφών να ξεκινήσουν αλληλεπίδραση με άγνωστα πρόσωπα. Τα βρέφη πέντε μηνών που επωφελούνται με έναν κανονικό τρόπο από την αλληλεπίδραση με τον πατέρα τους μπαίνουν ευκολότερα σε αλληλεπίδραση με περισσότερες εκδηλώσεις ευχαρίστησης με ένα άγνωστο πρόσωπο (Σακελλαρόπουλος, 2001). Άλλωστε ο πατρικός τρόπος ομιλίας δίνει την ευκαιρία στο βρέφος να αποκτήσει πρώιμες εμπειρίες κοινωνικής συναναστροφής υψηλών προδιαγραφών (Kokkinaki, 2013). Ενός έτους βρέφη φαίνεται

να έχουν μικρότερη φοβία των ξένων, όταν ο πατέρας έχει εμπλακεί συστηματικά στη φροντίδα τους (Σακελλαρόπουλος, 2001). Η συμμετοχή του πατέρα από τα πρώτα στάδια είναι επομένως σημαντική για την εδραίωση κοινωνικών σχέσεων του παιδιού με περισσότερους από έναν ενήλικο (Χουντουμάδη, 1998).

Η σχέση πατέρα και παιδιού είναι διπλής κατεύθυνσης. Και τα παιδιά αλλάζουν τους πατέρες τους, όπως ακριβώς οι πατέρες μεταβάλλουν την ανάπτυξη των παιδιών τους (Parke, 1987). Σύμφωνα με μία έρευνα (Benzies & Evans, 2015), οι πατέρες συνήθως θεωρούν την πατρότητα ως ευκαιρία για την προσωπική τους ολοκλήρωση και ωρίμανση και τη χαρακτηρίζουν ως "την καλύτερη δουλειά στον κόσμο". Ο χρόνος που ξοδεύουν με τα βρέφη τους αποτελεί μία πολύ θετική εμπειρία για τους ίδιους (Benzies & Evans, 2015). Τα παιδιά επηρεάζουν τη συμπεριφορά των πατέρων τους απέναντί τους και έτσι συμβάλλουν τα ίδια στη διαμόρφωσή τους ως κοινωνικά όντα (Parke, 1987). Ο πατέρας μπορεί εξίσου να φροντίζει τα παιδιά με στοργή και αγάπη, έχοντας ίσως διαφορετικό τρόπο από τη μητέρα, αλλά ισάξιο (Χουντουμάδη, 1998).

Κατά τη μετάβαση στην πατρότητα οι άνδρες σημειώνουν υψηλά επίπεδα ενθουσιασμού αλλά και αγάπη προς το επερχόμενο βρέφος (Benzies & Evans, 2015). Κι έτσι γίνεται σαφές ότι το ρόλο της μητέρας μπορεί να τον αναλάβει άτομο ανεξαρτήτως φύλου (Χουντουμάδη, 1998). Άλλωστε, ο ρόλος των πατέρων είναι μοναδικός σε ότι αφορά στην ανατροφή των παιδιού τους. Οι πατέρες είναι πρόθυμοι να μάθουν πώς να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη των παιδιών τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Benzies & Evans, 2015). Παρόλο που οι πατέρες είναι ποσοτικά λιγότερο αναμεμειγμένοι στη φροντίδα των βρεφών τους, πολλοί αλληλεπιδρούν μαζί τους με τρόπους παρόμοιους με εκείνους των μητέρων και μπορούν να είναι τόσο στοργικοί, ευαίσθητοι και ανταποκριτικοί στα βρέφη τους όσο και οι μητέρες και

παρουσιάζουν την ίδια επιδεξιότητα με εκείνες στην φροντίδα του νεογέννητου βρέφους (Δημητρίου, 2012). Η ποσότητα του χρόνου είναι λιγότερο σημαντική από την ποιότητα της αλληλεπίδρασης. Το ουσιαστικό δεν είναι πόσες ώρες ξοδεύει τη μέρα ένας πατέρας για το παιδί του, αλλά τι κάνει με αυτό όταν είναι μαζί του (Parke, 1987). Η ευαισθησία, η απαντητικότητα αλλά και η υποστηρικτικότητα έχουν παρατηρηθεί κατά την αλληλεπίδραση γονέα-βρέφους (ανεξαρτήτως φύλου) ενισχύοντας θετικά τη μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού (Nordahl et al., 2016). Συγκεκριμένα, σε σύγκριση με τη μητέρα, η ευαισθησία από μέρους του πατέρα φαίνεται να συνδέεται με τις γλωσσικές άλλα και γνωστικές λειτουργίες του παιδιού πολύ περισσότερο. Η ευαισθησία του πατέρα μπορεί να προβλέψει υψηλά επίπεδα γνωστικής και γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού ηλικίας δεκαοκτώ και τριάντα έξι μηνών. (Malmberg, et al., 2015). Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι πατέρες μπορούν να συμβάλουν σημαντικά και άμεσα στην ανάπτυξη του παιδιού τους (Parke, 1987).

Αν και το στυλ των πατέρων διαφέρει από αυτό των μητέρων στις αλληλεπιδράσεις τους με τα παιδιά τους, και οι δύο γονείς έχουν την ικανότητα να προσφέρουν στο βρέφος την κατάλληλη φροντίδα. Αρκεί να πληρούν μια βασική προϋπόθεση: να έχουν θετική στάση απέναντι στο βρέφος και να αντιμετωπίζουν το ρόλο τους ως γονείς θετικά και υπεύθυνα (Δημητρίου, 2012). Για παράδειγμα, και οι πατέρες αλλά και οι μητέρες τροποποιούν τον τρόπο της ομιλίας τους απευθυνόμενοι στα βρέφη τους, ώστε να αλληλεπιδράσουν με αυτά. Η φωνή του πατέρα, όπως και η φωνή της μητέρας ανταποκρίνονται στο συναισθηματικό κόσμο του βρέφους (Kokkinaki, 2013).

Η πατρότητα μπορεί να αλλάξει την αντίληψη που έχουν οι άντρες για τον εαυτό τους. Συχνά τους βοηθάει να ξεκαθαρίσουν τις αξίες στις οποίες πιστεύουν και να τις ιεραρχήσουν και μπορεί ακόμη να επωξήσει την αυτοεκτίμησή τους (Parke, 1987). Οι περισσότεροι άνδρες εκλαμβάνουν την πατρότητα ως το επόμενο επίπεδο της σχέσης

τους με τις συντρόφους τους (Kowlessar, et al., 2014). Η μετάβασή τους στην πατρότητα αποτελεί μία εμπειρία πολύ θετικότερη από τις προσδοκίες τους και αποτελεί μία τεράστια αλλαγή στη ζωή τους (Benzies & Evans, 2015). Ακόμη, οι πατέρες μπορούν να διδαχθούν από τα παιδιά τους και να ωριμάσουν μέσα από τη σχέση τους με αυτά (Parke, 1987).

Συμπερασματικά, ο αποκλεισμός του πατέρα από την Ψυχολογία είχε οδηγήσει στην εμφάνιση της δυαδικής σχέσης μητέρας- παιδιού ως ενός κλειστού κυκλώματος. Η εμφάνιση του πατέρα δεν υποδηλώνει την ταυτόχρονη μείωση της σπουδαιότητας της μητέρας, αλλά σηματοδοτεί μια ολιστική και πιο σύνθετη προσέγγιση γύρω από το παιδί (Χουντουμάδη, 1998). Οι πατέρες δεν είναι πια, αν υποθεθεί πως ήταν κάποτε, απλά και μόνο βιολογική αναγκαιότητα, ένα κοινωνικό τυχαίο συμβάν (Parke, 1987). Άλλωστε η κατάσταση της υγείας, τα κίνητρα της μητέρας έχουν μεγάλο αντίκτυπο στον τρόπο που ο πατέρας εξελίσσεται κατά την περίοδο μετά τη γέννηση (Kowlessar, et al., 2015). Η γονικότητα είναι στερεοτυπικά εστιασμένη στη μητέρα, αποκλείοντας την ανάμειξη του πατέρα στην ανάπτυξη του βρέφους μέχρι την ηλικία των τριών ετών, γεγονός που ο ίδιος θα ήθελε να αλλάξει (Benzies & Evans, 2015). Η επίδρασή τους στην ανάπτυξη του παιδιού τους είναι σημαντική (Parke, 1987). Για παράδειγμα, οι πατέρες που είναι ευαίσθητοι, απαντητικοί και παρατηρητικοί στις απαιτήσεις των βρεφών τους διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στη διαρκή προσοχή των παιδιών τους. Έτσι, τα παιδιά μαθαίνουν από τη βρεφική κιόλας ηλικία ότι η διαρκής τους προσοχή σε δραστηριότητες και κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης ενισχύουν τη θετική συμμετοχή των πατέρων τους (Nordahl, et al., 2016).

Η μητρική αγάπη δεν πρέπει να αντικατασταθεί από την πατρική αλλά από μια αγάπη για τα παιδιά που δεν δεσμεύεται από το φύλο, χαρακτηριζόμενη ως αλληλέγγυα αγάπη. Η αλληλέγγυα αγάπη δεν έχει ως αφετηρία τις ανάγκες της μητέρας ή του

πατέρα αλλά εκείνες του παιδιού (Χουντουμάδη, 1998). Από τη στενή σχέση ανάμεσα στον πατέρα και το παιδί ωφελούνται και ο πατέρας και το παιδί. (Parke, 1987). Η σχέση βρέφους- πατέρα αποτελεί μία αμφίδρομη σχέση (Nordahl, et al., 2016). Πατέρες και βρέφη, όπως μητέρες και βρέφη αλληλοεπηρεάζονται αδιάκοπα. Οι πατέρες καταλαβαίνουν τις εκδηλώσεις των βρεφών και αυτά με τη σειρά τους μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους για επικοινωνία για να επιδράσουν στη συμπεριφορά των πατέρων τους (Parke, 1987). Κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης πατέρα-βρέφους μεταβάλλεται και η συμπεριφορά του πατέρα αλλά και του βρέφους, σε μια αμοιβαία διαδικασία (Nordahl, et al., 2016). Η ανταλλαγή αυτή δίνει από νωρίς στα παιδιά ένα σημαντικό μάθημα κοινωνικού ελέγχου: ότι μπορούν να επηρεάζουν τους άλλους με τη δική τους συμπεριφορά (Parke, 1987).

7.2. Η συναισθηματική κατάσταση του πατέρα, το άγχος και η επιλόχειος κατάθλιψη

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως σε πλήρη αντίθεση με τη σύντροφό τους, οι πατέρες δεν συγκεντρώνουν την προσοχή των άλλων (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999), νιώθοντας αβοήθητοι και ανεκπλήρωτοι καθώς προσπαθούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του νέου τους ρόλου (Kowlessar et al., 2014). Η εγκυμοσύνη, για παράδειγμα, αποτελεί και για τον άνδρα την πιο αγχωτική περίοδο κατά τη μετάβασή του στην πατρότητα, γεγονός που μπορεί να απορρέει από την έλλειψη υποστήριξής του (σε αντίθεση με τη γυναίκα) κατά την προγεννητική περίοδο (Leach et al., 2016). Έτσι, συχνά αισθάνονται απομονωμένοι και βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς (Benzies & Evans, 2015). Η πλειονότητα των πατέρων νιώθει συναισθηματικά μακριά από τη διαδικασία της εγκυμοσύνης επειδή το σώμα της

εγκυμονούσας συντρόφου δεν αποτελεί για τους άνδρες μια εμπειρία από «πρώτο χέρι» (Kowlessar et al., 2014). Πολλοί έχουν περιγράψει τον εαυτό τους ως θεατές: πολύ πιο απομονωμένοι από όσο θα ήθελαν ή θα περίμεναν ή ακόμη και «ξένοι επισκέπτες στο γυναικείο κόσμο», νιώθοντας παραγκωνισμένοι κατά τη διάρκεια μιας τεράστιας αλλαγής και στη δική τους ζωή εκτός από της μητέρας, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός πως επιθυμούν άμεση εμπλοκή στην ανάπτυξη των βρεφών τους (Benzies & Evans, 2015). Καθώς η σύντροφός τους είναι απορροφημένη από τις δικές της σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και δεν είναι σε θέση να τον στηρίξει στις ανάγκες του που εντείνονται (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999), έχει να αντιμετωπίσει και τις προκλήσεις του ρόλου του ως υποστηρικτής και προστάτης της οικογένειας (Benzies & Evans, 2015). Κατά την περίοδο μετά τη γέννηση, τα επίπεδα της ανησυχίας των ανδρών παραμένουν σταθερά υψηλά κατά το τρίτο, έκτο αλλά και δωδέκατο ηλικιακό μήνα του βρέφους τους, γεγονός που είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξη του βρέφους κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής (Leach et al., 2016).

Πολλοί πατέρες θεωρούν την πατρότητα αγχωτική ορισμένες φορές σε ότι αφορά στην ασφάλεια του βρέφους αλλά και στην εξοικείωσή τους με τον ρόλο τους (Benzies & Evans, 2015). Το άγχος αυτό ασκεί αρνητική επίδραση και είναι δυνατόν να οδηγήσει στην εσωτερίκευση των προβλημάτων του βρέφους (Leach et al., 2016). Για πολλούς άνδρες άγχος και αβεβαιότητα μπορεί να απορρέει από τις προσωπικές αλλά και τις κοινωνικές μεταβολές που συντελούνται με τον ερχομό του βρέφους (Kowlessar et al., 2014). Επιπλέον, οι άνδρες βιώνουν έντονες αλλαγές στην αίσθηση των υποχρεώσεων που αναλαμβάνουν και αβεβαιότητα για την επίδραση που το παιδί μπορεί να έχει στη συζυγική σχέση και στην προσωπική τους ζωή (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999). Οι περισσότεροι πατέρες εκφράζουν ανησυχία σχετικά με την εξισορρόπηση των απαιτήσεων της οικογένειας αλλά και της δουλειάς τους και

επιθυμούν περισσότερο χρόνο με τα βρέφη τους (Benzies & Evans, 2015). Επιπλέον, νιώθοντας διόλου χρήσιμοι και αναμειγμένοι στην ανάπτυξη του βρέφους, θεωρούν φυσικό επόμενο την απομάκρυνσή τους από τις συζύγους τους (Kowlessar et al., 2014). Ενώ λοιπόν η πατρότητα εκφράζει την ευκαιρία για προσωπική ολοκλήρωση, η δυνατότητά τους να την οριοθετήσουν στο πλέγμα των συζυγικών σχέσεων μοιάζει να περνά από ουσιαστική δοκιμασία (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

7.3. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις του άγχους και της επιλόχειας κατάθλιψης του πατέρα

Τα πρόσφατα ευρήματα έχουν δώσει έμφαση στους παράγοντες οι οποίοι ενισχύουν τις αλληλεπιδράσεις πατέρα-βρέφους και με τη σειρά τους αναγνωρίζουν ποιοι πατέρες και παιδιά θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τις πρώιμες παρεμβάσεις. Μέχρι σήμερα υφίστανται λίγα παρεμβατικά προγράμματα για τον πατέρα και το βρέφος του και δεν υπάρχει μεγάλη γνώση για το ποιες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην προώθηση της ευαισθησίας και της αποκριτικότητας του πατέρα κατά τις αλληλεπιδράσεις τους (Nordahl et al., 2016).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ίδια τη συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης και υποστηρίζονται οι πρώιμες σύντομες παρεμβάσεις με δείγμα μη κλινικό, προτείνοντας τη χρήση βίντεο ανατροφοδότησης (video feed back) με την παρατήρησή του από μέρους του πατέρα ή την άμεση και ενεργή συμμετοχή του σε αυτό έτσι ώστε να αυξηθεί η ικανότητά του να κατανοεί τα σήματα του παιδιού του αλλά και να συμμετάσχει σε μία θετική αλληλεπίδραση μαζί του (Nordahl et al., 2016). Το Πρόγραμμα Αλληλεπίδραση Πατέρα-Βρέφους (Father-Infant Interaction Program, FIIP) είναι ένα βίντεο-πρότυπο, μία παρέμβαση μέσω του παιχνιδιού που

στοχεύει να διδάξει την ευαισθησία και την απαντητικότητα στις ανάγκες του βρέφους. Το πρόγραμμα αυτό (FIIP) παραδίδεται κατά τη διάρκεια μίας ώρας σε επίσκεψη στο σπίτι και προγραμματίζεται σύμφωνα με το πρόγραμμα της οικογένειας. Ο πατέρας βιντεοσκοπείται κατά τη διάρκεια ενός δομημένου παιχνιδιού με το βρέφος του και έπειτα το βίντεο αυτό επανεξετάζεται στο σπίτι και παρέχεται προσαρμοσμένη ανατροφοδότηση σχετικά με την αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού (Benzies & Evans, 2015).

Οι αγχώδεις διαταραχές κατά τη διάρκεια της προγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου δεν αποτελεί ένα πρόβλημα που αφορά τις γυναίκες μόνο αλλά και τους άντρες. Για το λόγο αυτό η επίσημη υποστήριξη θα πρέπει να είναι διαθέσιμη και για τους άνδρες αντίστοιχα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα προγράμματα που συμπεριλαμβάνουν και τον πατέρα στη φροντίδα του βρέφους είναι σε θέση να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειου κατάθλιψης στον άνδρα (Leach et al., 2016). Απαραίτητη κρίνεται η παροχή εκπαίδευσης που προάγει τη σημαντικότητα του δεσμού πατέρα-βρέφους (αρχίζοντας πριν από τη γέννηση του βρέφους) και η τροποποίηση στις πολιτικές περί εργασίας του άντρα ώστε να εξασφαλίζεται ο απαραίτητος χρόνος για τη γαλούχηση του βρέφους και την ανάπτυξη των γονικών του δεξιοτήτων (Storey & Ziegler, 2016). Θα πρέπει να ληφθούν πρωτοβουλίες για πιο ευέλικτες ώρες εργασίας του πατέρα έτσι ώστε να επωφεληθούν οι οικογένειες αφού ο ίδιος θα είναι σε θέση να συμμετέχει περισσότερο ενεργά στη φροντίδα του βρέφους (Seah & Morawska, 2016).

Είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται και οι δυο γονείς στις συζητήσεις και τις παρεμβάσεις που εστιάζουν στην ψυχική υγεία τους αλλά και στη φροντίδα του βρέφους κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου (Leach et al., 2016). Οι

επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι οι εμπειρίες και οι ανάγκες των πατέρων και των μητέρων είναι επί το πλείστον κοινές παρά διαφορετικές. Με τον τρόπο αυτό οι κλινικές δεξιότητες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρατηρούνται στις μητέρες μπορούν να εφαρμοστούν και στην υποστήριξη των πατέρων (Kowlessar et al., 2015). Τα προληπτικά προγράμματα παρέμβασης είναι απαραίτητα και αποτελεσματικά διότι βοηθούν στην προσαρμογή των συζύγων στην γονικότητα, μειώνουν τα επίπεδα του άγχους και ενισχύουν την ευαισθησία στη συμπεριφορά τους η οποία προάγει την ψυχική υγεία του παιδιού (Seah & Morawska, 2016).

Ακόμη, είναι απαραίτητη η συμμετοχή του πατέρα σε υπηρεσίες που στοχεύουν στην αναγνώριση, την πρόληψη αλλά και τη θεραπεία του άγχους του κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (Leach et al., 2016). Ο πατέρας θα πρέπει να αποτελεί στόχο για πρόληψη και παρέμβαση του γονικού άγχους (Seah & Morawska, 2016). Οι παρεμβάσεις κατά την περιγεννητική περίοδο που στοχεύουν στην ψυχική υγεία του πατέρα είναι κρίσιμες για την προώθηση της ψυχικής υγείας του ίδιου, της οικογένειας και του παιδιού (Rominov et al., 2016). Οι πατέρες συχνά αναφέρουν πως νιώθουν σαν θεατές κατά τη μετάβασή τους στην πατρότητα και υποδεικνύουν την ανάγκη τους για περισσότερες πληροφορίες και υποστήριξη κατά τη μετάβασή τους στην πατρότητα, ειδικά στη σημερινή πραγματικότητα που δεν έχει καθοριστεί πλήρως ο ρόλος του κατά τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση του βρέφους. Οι πρώιμες παρεμβάσεις καλούνται να εξομαλύνουν αυτή την ασάφεια του ρόλου, το αίσθημα της ματαιότητας και το άγχος στους πατέρες. Θα πρέπει να είναι βασισμένες στα κίνητρα των πατέρων οι οποίοι θέλουν να είναι καλοί γονείς αλλά έχουν να αντιμετωπίσουν και μία καινούρια προσαρμογή στις συζυγικές τους σχέσεις. Παρέχοντας αυτήν την γνώση στα ζευγάρια είναι δυνατόν να ενισχυθεί η μεταξύ τους συνεργασία, με την παράλληλη μείωση

ενδεχομένων υπονόμησης των ικανοτήτων και των υποχρεώσεων και των δύο (Seah & Morawska, 2016).

Διευκρινίζοντας τις χρονικές περιόδους κατά τις οποίες οι πατέρες μπορεί να βρίσκονται ενδεχομένως σε μεγάλη ανάγκη (για παράδειγμα, κατά την προγεννητική περίοδο), παρέχεται η πολύτιμη εικόνα της καταλληλότερης περιόδου όπου θα επιτευχθεί η υποστήριξή τους με τη μέγιστη αποτελεσματικότητα (Leach et al., 2016). Οι πρώτοι μήνες μετά τη γέννηση είναι κρίσιμοι για την ανάπτυξη του δεσμού του πατέρα με το βρέφος του και υποδεικνύουν την ανάγκη όχι μόνο για παρεμβάσεις, οι οποίες σχεδιάζονται για να περιορίσουν την κατάθλιψη στον νέο πατέρα, αλλά να βελτιώσουν και την ποιότητα της διαπροσωπικής επικοινωνίας μεταξύ πατέρα-βρέφους (Sethna et.al.,2015).

Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το γεγονός πως η αλληλεπίδραση του πατέρα με το βρέφος μπορεί να αποτελεί ένα πιθανό τρόπο με τον οποίο η πατρική κατάθλιψη επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού από πολύ μικρή ηλικία. Οι αλληλεπιδράσεις πατέρα-βρέφους ενδεχομένως επιδέχονται παρέμβαση και δίνουν μία σημαντική ευκαιρία για πρόληψη. Επιπλέον, θα πρέπει να δίνεται έμφαση και στον τρόπο που παρουσιάζουν ομοιότητες αλλά και στον τρόπο που διαφέρουν οι αλληλεπιδράσεις αυτές με εκείνες της μητέρας-βρέφους. Αν αυτές οι διαφορές μεταξύ των αλληλεπιδράσεων εντοπιστούν, θα υπάρξει σαφώς καλύτερη κατανόηση περί των συμπληρωματικών ρόλων των δύο γονέων μέσα στο οικογενειακό σύστημα και σίγουρα θα υπάρξει πρόοδος προς την κατεύθυνση δημιουργίας μιας πιο περιεκτικής θεωρίας του γονικού ρόλου (Sethna et al., 2015).

Σημαντική είναι και η συμβολή των έμπειρων πατέρων/επαγγελματιών υγείας οι οποίοι είναι σε θέση να διευκολύνουν τις συνεδρίες μεταξύ πατέρα και μαιών. Οι μαιές

με τη σειρά τους έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν πολύτιμη υποστήριξη στον νέο πατέρα με την παροχή σχετικής ψυχολογικής εκπαίδευσης και την αφήγηση προσωπικών εμπειριών. Φαίνεται πως τα φόρουμ συζήτησης τα οποία είναι προσανατολισμένα στις ανησυχίες του πατέρα έχουν τη δυνατότητα να τον υποστηρίξουν συναισθηματικά κατά την περίοδο πριν τη γέννηση του βρέφους. Είναι συνεπώς δυνατή η τρέχουσα παροχή υπηρεσιών να προσαρμοστεί ώστε να διασφαλίζεται η συμμετοχή, η πληροφόρηση αλλά και η υποστήριξη του πατέρα. Η προγεννητική εκπαίδευση η οποία συμπεριλαμβάνει και τους άνδρες φαίνεται πολύ αποτελεσματική, αφού βοηθάει στη μείωση του άγχους, διευκολύνει τη μετάδοση των συναισθημάτων και τους δίνει την ευκαιρία να νιώσουν καλύτερα εφοδιασμένοι ώστε να στηρίξουν τις συντρόφους τους σε αυτή την ευαίσθητη χρονική περίοδο (Kowlessar et al., 2015). Οι πατέρες είναι δυνατόν να επωφεληθούν από συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικές με πρακτικές φροντίδας του βρέφους και ευαίσθητης γονικής συμπεριφοράς (Seah&Morawska, 2016). Η συμπερίληψη των νέων μητέρων στην εκπαίδευση των αντρών τους θα μπορούσε να είναι αποδοτική καθώς τους δίνεται η ευκαιρία να σχηματίσουν μία εικόνα σχετικά με τα συναισθήματα των αντρών τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και τις πρώτες μέρες πατρότητας. Παρόλα αυτά, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να αποτρέψει μερικούς άντρες να μοιραστούν τις απόψεις τους (Kowlessar et al., 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν τους πατέρες και με την παραπομπή τους σε κατάλληλες διαδικτυακές ιστοσελίδες. Οι άντρες/πατέρες προτιμούν να ψάχνουν πληροφορίες αλλά και να υποστηρίζονται μέσω του διαδικτύου. Αποτελεί έναν καλό τρόπο με τον οποίο μπορούν να εμπλέκονται και τα «δυσπρόσιτα» άτομα (Kowlessar et al., 2015). Οι παρεμβάσεις που παραδίδονται διαδικτυακά είναι σε θέση να δημιουργήσουν μία μεγαλύτερη ομάδα πατέρων και να μειώσουν την

επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας. Η αποτελεσματικότητα των μέσων «αυτο-βοήθειας» που υποστηρίζουν την ψυχική υγεία των πατέρων είναι αναγκαίο να διευρυνθεί πλήρως (Rominov et al., 2016). Θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στους πατέρες να εκφράζουν το πώς νιώθουν καθώς αυτό είναι το πρώτο βήμα για να νιώσουν ότι αξίζουν και ότι συμπεριλαμβάνονται στην όλη διαδικασία. Οι πατέρες θα μπορούσαν να επωφεληθούν αν η σύγχρονη μετάβαση στην πατρότητα θεωρείται μια διαρκής διαδικασία, η οποία δε σταματά με τη γέννηση του βρέφους αλλά εμπλέκεται διαρκώς καθώς ο άντρας διαπραγματεύεται με τις πολύπλοκες προσωπικές και κοινωνικές αλλαγές που επιφέρει η διαδικασία της πατρότητας (Kowlessar et al., 2015).

Έτσι λοιπόν, δίνεται έμφαση:

1. Στην αναγνώριση και τη θεραπεία της επιλόχειου κατάθλιψης στον πατέρα (να λαμβάνεται υπόψη η διαλογή προγραμμάτων και για τη μητέρα αλλά και για τον πατέρα κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής),
2. Στην εξέταση και των δύο γονέων όταν ο ένας παρουσιάζει κατάθλιψη,
3. Στην εκτίμηση του περιβάλλοντος της οικογένειας και στη λειτουργία της με κατάλληλες παρεμβάσεις οι οποίες θα στοχεύουν στην ενίσχυση της σχέσης των δύο γονέων αλλά και στις οικογενειακές σχέσεις,
4. Στην ανάγκη προγραμμάτων για τους δύο γονείς εξίσου τα οποία θα τους βοηθήσουν να αντιληφθούν τις ανάγκες του βρέφους τους ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας του (Gutierrez-Galve et al, 2015).

Παρακάτω περιγράφονται δύο προγράμματα που έχουν ψυχολογική προσέγγιση και δύο που βασίζονται σε τεχνικές μασάζ.

- Προγράμματα ψυχολογικής προσέγγισης:

1. Πρόκειται για ένα προγεννητικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο απευθύνεται στους εν αναμονή πατέρες οι οποίοι παρακολουθούν τον τοκετό της συντρόφου τους και αξιολογεί τα επίπεδα του άγχους τους. Μία τετράωρη εκπαίδευση η οποία πραγματοποιείται τα απογεύματα ή το σαββατοκύριακο παρέχεται στην ομάδα ανδρών που συμμετέχουν στην παρέμβαση. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει μία περιήγηση στο μαιευτήριο, πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό, συζήτηση για τυχόν ανησυχίες για την όλη διαδικασία του τοκετού, τρόπους με τους οποίους είναι σε θέση να βοηθήσουν τη σύντροφο με τους πόνους της γέννας και τεχνικές χαλάρωσης για τον ίδιο τον πατέρα. Ακόμη, παρέχονται γραπτές πληροφορίες και cd κάποιων από τις στρατηγικές για εξάσκηση με τη σύντροφό του στο σπίτι. Τα επίπεδα του άγχους των πατέρων μετριοούνται στο νοσοκομειακό χώρο δύο ώρες μετά τη γέννηση του βρέφους. Τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντική μείωση του άγχους για τους πατέρες οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα.
2. Το πρόγραμμα αυτό παρέχεται προγεννητικά και αποσκοπεί στην μείωση του προγεννητικού άγχους και κατάθλιψης του πατέρα. Οι πατέρες που συμμετέχουν στην ομάδα παρέμβασης παρακολουθούν μία συνεδρία η οποία απευθύνεται μόνο στους ίδιους, διαρκεί μία ώρα, και η προγεννητική εκπαίδευση πραγματοποιείται στο νοσοκομειακό χώρο. Η συνεδρία εστιάζει στο ρόλο του πατέρα, δίνει πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού αλλά και σχετικά με τις προσδοκίες τους για τον πρώτο μήνα του βρέφους στο σπίτι. Μετά τη γέννηση του βρέφους, στέλνονται πακέτα στήριξης στον πατέρα εβδομαδιαίως, για έξι μήνες. Τα πακέτα αυτά περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την

υποστήριξη της συντρόφου του στο θηλασμό, τα ορόσημα της βρεφικής ανάπτυξης αλλά και στρατηγικές μείωσης του άγχους και της επιλόχειου κατάθλιψης για τον ίδιο. Τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντική μείωση του άγχους για τους πατέρες οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα (Rominov et al., 2016).

- Προγράμματα με τεχνικές μασάζ:
 1. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που περιλαμβάνει τεχνικές μασάζ στην έγκυο σύντροφο από τον άντρα. Οι εν αναμονή πατέρες διδάσκονται από έναν έμπειρο μασέρ τρόπους με τους οποίους μπορούν να κάνουν μασάζ στις συντρόφους τους. Το μασάζ αυτό λαμβάνει χώρα στο σπίτι, δύο φορές την εβδομάδα, διαρκεί είκοσι λεπτά και καλύπτει τη χρονική περίοδο των πέντε εβδομάδων. Το άγχος των πατέρων φαίνεται να μειώνεται σημαντικά με τη χρήση των τεχνικών του μασάζ. Πολλοί πατέρες αναφέρουν πως η χαλάρωση των συντρόφων τους χαλαρώνει και τους ίδιους. Διδάσκοντας και επιδεικνύοντας τις επιδεξιότητες για μασάζ στη σύντροφο, σημειώνεται σημαντική μείωση του άγχους του πατέρα (Rominov et al., 2016).
 2. Το πρόγραμμα αυτό χρησιμοποιεί την τεχνική του βρεφικού μασάζ για την μείωση του άγχους του πατέρα έπειτα από τη γέννηση. Ένας έμπειρος μασέρ παρέχει τεχνικές κατάλληλου βρεφικού μασάζ σε κούκλες. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε πατέρες με βρέφη ηλικίας μεταξύ πέντε και δεκατεσσάρων μηνών. Οι πατέρες μιμούνται τις τεχνικές που διδάσκονται στα δικά τους βρέφη. Η παρέμβαση αυτή διαρκεί παραπάνω από τέσσερις εβδομάδες και φαίνεται πως οι πατέρες σημειώνουν σημαντική μείωση του άγχους τους. Είναι σημαντική η ενθάρρυνση στους πατέρες να κάνουν μασάζ στα βρέφη τους καθώς αποτελεί έναν αποτελεσματικότατο τρόπο να μειωθεί το άγχος τους

σχετικά με τις αντιλήψεις τους περί ανικανότητας και του ρόλου τους. Επιπλέον βοηθάει στην προσκόλληση πατέρα-βρέφους και στην προσωπική υγεία του πατέρα.

Παρατηρείται πολύ σημαντική βελτίωση στην ψυχική υγεία του πατέρα όταν χρησιμοποιούνται παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν τεχνικές μασάζ. Η κατάθλιψη και το άγχος του πατέρα κατά την περιγεννητική περίοδο μπορεί να απορρέει από τη σύγχυσή του σχετικά με το ρόλο του αλλά και με το ότι μπορεί να νιώθει περιττός. Είτε με το μασάζ στη σύντροφο κατά την προγεννητική περίοδο ή με το βρεφικό μασάζ κατά την περίοδο μετά τη γέννηση, η μάθηση και η εφαρμογή απτικών ικανοτήτων, όπως είναι η μέθοδος του μασάζ, παρατηρείται μείωση του άγχους και της κατάθλιψης καθώς νιώθει χρήσιμος και δεμένος με τη σύντροφο και τα βρέφος του (Rominov et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Συζήτηση

Η προσκόλληση του βρέφους με το γονέα αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα της μετέπειτα κοινωνικοσυναισθηματικής του ανάπτυξης και παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ τους. Η μελέτη της προσκόλλησης δίνει την ευκαιρία ανίχνευσης περιπτώσεων παρέμβασης ήδη από τον τέταρτο μήνα ζωής του βρέφους. Η ανάπτυξη μη ασφαλούς τύπου προσκόλλησης ανιχνεύεται προγεννητικά και μπορεί να επιτευχθεί πρόληψη. Οι επιτυχείς συμβουλευτικές πρώιμες παρεμβάσεις δίνουν έμφαση στον ίδιο το γονέα και στην εμφύτευση εσωτερικών μοντέλων αναπαράστασης σε αυτόν για το επερχόμενο βρέφος.

Η ΨΥΒ έγκειται στην ικανοποίηση των κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών του από το γονέα, ο οποίος είναι «ψυχικά» διαθέσιμος. Η «ψυχική» διαθεσιμότητά του καθώς και η θετικού τύπου γονικότητα επιτυγχάνονται με την εφαρμογή πρώιμης παρέμβασης, που είναι σε θέση να ενδυναμώσει τα «θετικά χαρακτηριστικά» των γονέων, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης και να ενισχύσει τη σχέση τους με τα βρέφη τους.

Οι συντονισμένες αλληλεπιδράσεις γονέα-βρέφους και η έναρξη συναισθηματικού δεσμού μεταξύ τους προκύπτουν από την ικανότητα του βρέφους να επικοινωνεί με συναισθήματα. Η συναισθηματική του ρύθμιση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην επίτευξη της πρώιμης κοινωνικοσυναισθηματικής ανάπτυξης. Συνακόλουθα, η εφαρμογή των πρώιμων παρεμβάσεων στοχεύουν στην ενδυνάμωση των πρακτικών των γονέων, οι οποίοι με τη στάση τους ενισχύουν την εξωτερίκευση των συναισθημάτων του βρέφους και την εμφάνιση θετικών συναισθημάτων. Ακόμη, οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις βοηθούν το γονέα να αφουγκραστεί τις φοβίες του βρέφους του, ώστε να είναι σε θέση να του παρέχει την απαραίτητη ασφάλεια και υποστήριξη.

Η σχέση της μητέρας με το βρέφος της αρχίζει από την περίοδο της εγκυμοσύνης. Για το λόγο αυτό δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας ήδη από την περίοδο της κύησης, καθώς η αίσθηση ευημερίας από μέρους της επηρεάζει την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του εμβρύου της αλλά και του βρέφους μετά τη γέννηση. Το άγχος και η επιλόχειος κατάθλιψη της μητέρας επιδρούν αρνητικά στο βρέφος καθώς δεν είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις συναισθηματικές του ανάγκες. Η προωρότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα της επιλόχειου κατάθλιψης στη μητέρα. Οι πρώιμες παρεμβάσεις στοχεύουν στην υποστήριξη της μητέρας από το κοινωνικό

της περιβάλλον με σκοπό τη μείωση και εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων ώστε να ανταποκρίνεται με τις κατάλληλες πρακτικές στο βρέφος της.

Τέλος, ο ρόλος του πατέρα είναι αναγκαίος για το βρέφος και την οικογένεια. Ο πατέρας μπορεί να είναι στοργικός και ευαίσθητος απέναντι στο βρέφος του και να στηρίζει τη σύζυγό του στις συναισθηματικές της ανάγκες. Παρόλα αυτά, σε πολλές περιπτώσεις βιώνει και ο ίδιος έντονο άγχος, εμφανίζει συμπτώματα επιλόχειου κατάθλιψης καθώς νιώθει «παραγκωνισμένος» από την όλη διαδικασία. Έτσι, οι αγχώδεις διαταραχές δεν αποτελούν πρόβλημα μόνο των γυναικών αλλά και των αντρών. Οι πρώιμες συμβουλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στοχεύουν πλέον και στον πατέρα και ορισμένες σχεδιάζονται αποκλειστικά για τον ίδιο. Σκοπό έχουν την υποστήριξη στις ανάγκες του που εντείνονται, αλλά και την πρόληψη και θεραπεία του άγχους του ώστε να είναι «ψυχικά» διαθέσιμος, τόσο για το βρέφος όσο και για τη σύζυγό του.

8.2. Συμπεράσματα

Έπειτα από την ευρεία βιβλιογραφική μας ανασκόπηση συμπεραίνεται ότι η ομαλή κοινωνική και συναισθηματική ζωή του βρέφους αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ολόπλευρης ψυχικής του υγείας. Η πρόληψη κρίνεται απαραίτητη για την ομαλή του ανάπτυξη. Επιπλέον, οι πρώιμες συμβουλευτικές παρεμβάσεις είναι σε θέση να βοηθήσουν τόσο τα βρέφη όσο και τους γονείς τους. Παρατηρείται όμως, η ανάγκη εφαρμογής τους σε διάφορες οικογένειες ώστε να κριθεί εμπειρικά η αποτελεσματικότητά τους.

Η παρούσα εργασία καταδεικνύει την ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης και καθοδήγησης στη μητέρα, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται ουσιαστικά στις ανάγκες του βρέφους της. Παρόλα αυτά, δε θα πρέπει να παραλείπεται ο συναισθηματικός κόσμος και η εμπλοκή του πατέρα. Είναι πλέον πασιφανές ότι ο συναισθηματικός κόσμος του πατέρα παρουσιάζει ως επί το πλείστον κοινά χαρακτηριστικά με αυτόν της μητέρας. Για το λόγο αυτό συμπεραίνεται η ανάγκη καθοδήγησης και υποστήριξής του. Η αποτελεσματική καθοδήγηση και υποστήριξη παρέχεται μέσα από την οικογένεια, την κοινωνία καθώς επίσης και από συγκεκριμένους επαγγελματίες (παιδαγωγούς, νοσοκόμες, μαίες).

Τέλος, συμπεραίνεται ότι η ομαλή ψυχική υγεία του βρέφους αλλά και οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις που σχεδιάζονται για να κριθούν επιτυχείς θα πρέπει να στοχεύουν στην οικογένεια ως σύνολο και στις επιμέρους σχέσεις των μελών της και όχι στο κάθε μέλος μεμονωμένα.

8.3. Επίλογος

Στην παρούσα εργασία καταδεικνύεται η ανάγκη και η σπουδαιότητα ύπαρξης και εφαρμογής πρώιμων παρεμβάσεων με στόχο την υγιή κοινωνικοσυναισθηματική ζωή του βρέφους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που εντάχθηκε στην παρούσα εργασία, σχετικά με την επίδραση της γονικότητας στην ομαλή ανάπτυξη της ψυχικής υγείας του βρέφους, αναδείχτηκε η σημαντικότητα των αλληλεπιδράσεων γονέα-βρέφους στην μετέπειτα κοινωνικο-συναισθηματική του ανάπτυξη. Οι γονείς, κατά τη μετάβασή τους στη γονικότητα, έρχονται αντιμέτωποι με αρκετές δυσκολίες που επηρεάζουν αρνητικά τη ψυχοσύνθεσή τους, όπως το έντονο άγχος και η επιλόχειος κατάθλιψη. Οι καταστάσεις αυτές όμως, φέρουν επιπτώσεις και στο βρέφος,

διαταράσσοντας τη ψυχική του υγεία. Για την πρόληψη της δημιουργίας αρνητικών συμπεριφορών στα βρέφη και για την εξάλειψη ήδη υπαρχόντων, αξιοσημείωτη είναι η εφαρμογή πρώιμων συμβουλευτικών παρεμβάσεων, που στοχεύουν στη βελτίωση της συζυγικής σχέσης αλλά και της αλληλεπίδρασης των γονέων με το βρέφος τους. Για να καταστεί αυτό εφικτό, κρίνεται καθοριστικός ο ρόλος των παιδαγωγών προσχολικής αγωγής καθώς και των επαγγελματιών υγείας (νοσοκόμοι, μαίες) στην υποστήριξη και ενημέρωση της οικογένειας.

Επιπλέον, ζωτικής σημασίας κρίνεται η εμπειρική, πέρα από τη βιβλιογραφική διερεύνηση, σε ό,τι αφορά στην αποτελεσματικότητα των πρώιμων παρεμβάσεων. Απαιτείται η εφαρμογή των πρώιμων παρεμβάσεων σε υλικό δείγμα και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, ώστε να διευκρινιστεί η αποτελεσματικότητά τους. Ακόμη, θα πρέπει να υπάρξει στη χώρα μας αποτελεσματική συνεργασία όλων των κλάδων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία του βρέφους με σκοπό την πρόληψη αλλά και τη δημιουργία αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Είναι σημαντικός ο σχεδιασμός παρεμβάσεων με τη χρήση επισκέψεων στο σπίτι της ελληνικής οικογένειας (home visiting programs), καθώς πρόκειται για άκρως βοηθητικές και αποτελεσματικές μεθόδους.

Εν κατακλείδι, υποστηρίζεται πως ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια προωθεί την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από την ικανότητα αναπαράστασης του γονέα, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, αλλά και την κοινωνική υποστήριξη που έχει η οικογένεια. Οι παραπάνω παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη γνωστική και κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους και η έλλειψη υποστηρικτικών προγραμμάτων και κατάλληλων υπηρεσιών αποτελούν απειλή για την ομαλή ανάπτυξη της ψυχικής υγείας του βρέφους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βρυώνης, Γ. (2004). *Παιδιατρική*. Ιωάννινα: Εφύρα.
- Γιωσαφάτ, Μ. (2010). *Μεγαλώνοντας μέσα στην ελληνική οικογένεια. Η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού και ο ρόλος των γονέων, μια ψυχαναλυτική προσέγγιση*. Αθήνα: Αρμός.
- Δημητρίου, Λ. (2012). *Τα πρώτα έξι χρόνια της ζωής*. Αθήνα: Πεδίο.
- Κουμαντάκης, Ε. (2009). *Μαιευτική και γυναικολογία*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Κουρκούτας, Η. & Chartier, J.P. (2009). *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές, Στρατηγικές παρέμβασης*. Αθήνα: Τόπος.
- Κουρμούση, Ν., Κούτρας, Β. (2011). *Βήματα για τη ζωή*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Κουτσοβάνου, Ε., Αρβανίτη-Παπαδοπούλου, Τ. (2011). *Προγράμματα προσχολικής εκπαίδευσης και διδακτική μέθοδος*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κούπερ, Κ. (2006). *Φροντίζω το μωρό μου*. Ψυχογίος.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (2011). *Γνωστική Ψυχολογία: από την αναπαράσταση της γνώσης στο θυμικό και στη δράση*. Αθήνα: Πεδίο.
- Μάντζιου Σ. (2007). Διαστάσεις της ψυχικής υγείας βρεφών. *Ψυχολογικά Θέματα, Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων*, 11-13, 73-91.
- Μάντζιου Σ. (2010). Γονεϊκές στρατηγικές και διαδικασία ύπνου βρεφικής ηλικίας. *Πρακτικά 2^ο Διεθνούς Συνεδρίου Προσχολικής Αγωγής «Σύγχρονες τάσεις και*

προοπτικές στην προσχολική αγωγή και εκπαίδευση του 21^{ου} αιώνα». Τόμος Α', σελ. 544-547, 22-24 Οκτωβρίου, Ιωάννινα.

Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2005). *Πλαίσια στήριξης τη οικογένειας στην πράξη: το παράδειγμα της γονικής ψυχικής διαταραχής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. (2006). *Ο δεσμός της αγάπης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σακελλαρόπουλος, Π. (2001). *Σχέσεις μητέρας και παιδιού: τον πρώτο χρόνο της ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.

Τσιάντης, Γ. (2009). Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους στην Ευρώπη: Προτάσεις για την παιδοψυχιατρική περίθαλψη στη Ελλάδα. *6^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο: Ψυχική υγεία παιδιού & εφήβου στη σύγχρονη Ελλάδα*. 15-17 Μαΐου. Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα.

Τσιάντης, Γ., Δραγώνα, Θ. (1999). *Μωρά και μητέρες: Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Τσιάντης, Γ., Μανολόπουλος, Σ. (1987). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής-Ανάπτυξη*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Τριανταφυλλόπουλος, Γ. (2006). *Μωρό και Νήπιο: Πρακτικός οδηγός με ερωτήσεις και απαντήσεις*. Αθήνα: Σαββάλας.

Χουντουμάδη, Α. (1998). *Παιδιά και γονείς, το ξεκίνημα μιας σχέσης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Bain, K., Dawson, N., Esterhuizen, M., Frost, K., Pininski, D. (2016). ‘Abazali abazamayo’ (parents who keep on trying): mothers’ responses to the Ububele Mother-Baby Home Visiting Programme, *Early Child Development and Care*, 1-22.

Beebe, B. & Steele, M. (2013). How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? , *Attachment & Human Development*, 15:5-6, 583-602.

Benzies, K.M., Evans, J.M. (2015). Through the eyes of a new dad: experiences of first-time fathers of late-preterm infant, *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 78-87.

Berryhill, M.B., Soloski, K.L., Durtschi, J.A., Adams, R.R. (2016). Family process: Early child emotionality, parenting stress, and couple relationship quality, *Personal Relationships*, 23, 23-41.

Biro, S., Alink, L.R.A., Huffmeijer, R., Bakermans-Kranenburg, M.J., Ijzendoorn, M.H. (2015). Attachment and maternal sensitivity are related to infants’ monitoring of animated social interactions, *Brain and Behavior*, 5(12), 410:1-13.

Caron, E.B., Bernard, K., Dozier, M. (2016). In Vivo Feedback Predicts Parent Behavior Change in the Attachment and Biobehavioral Catch-up Intervention, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00:1-12

Chorna, O.D., Slaughter, J.C., Wang, L., Stark, A.R., Maitre, N.L. (2014). A Pacifier-Activated Music with Mother’s Voice Improves Oral Feeding in Preterm Infants, *Pediatrics*, 133: 462-468.

Cole, M., Cole, S.R. (2000). *Η ανάπτυξη των παιδιών: Η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

- Craig, G.J., Baucum, D. (2007). *Η ανάπτυξη του ανθρώπου*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Dunst, C.J., Bruder, M.B., Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity- Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter? , *School Community Journal*, 24, 37-48.
- Evanoo, G. (2007). Infant crying: A clinical conundrum, *Journal of Pediatric Health Care*, 21, 333-338.
- Fairbrother, N., Barr, R.G., Pauwels, J., Brant, R., Green, J. (2015). Maternal thoughts of harm in response to infant crying: an experimental analysis, *Arch Women's Health*, 18:447-455.
- Feldman, R.S. (2011). *Εξελικτική Ψυχολογία: δια βίου ανάπτυξη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Freud, A. (1991). *Παιδαγωγική Ψυχανάλυση*. Αθήνα: Επίκουρος.
- Galve-Gutierrez, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., Ramchandani, P. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: Mediators and Moderators, *Pediatrics*, 135:2, e339.
- Gnazzo, A., Guerriero, V., DiFolco, S., Zavattini, G.G., Campora, G. (2015). Skin to skin interaction. Does the infant massage improve the couple functioning? *Frontiers in Psychology*, 6:1468.
- Graham, A.M., Pfeifer, J.H., Fisher, P.A., Carpenter, S., Fair, D.A. (2015). Early life stress is associated with default system integrity and emotionality during infancy, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56:11, 1212-1222.
- Halpern, R., Coehlo, R. (2016). Excessive crying in infants, *Journal de Pediatria*, 92(3), 40-45.

Harden, B.J. (2015). Services for Families of Infants and Toddlers Experiencing Trauma: A Research-to-Practice Brief, *Network of infant/toddler Researchers*.

Jesus, N.C., Vieira, B.D.G., Alves, V.H., Rodrigues, D.P., Souza, R.M.P., Paiva, E.D. (2015). The experience of the Kangaroo method: The perception of the father, *Journal of Nursing*, 9(7): 8542-50.

Jones, B.A., Griffiths, K.M., Christensen, H., Ellwood, D., Bennet, K., Bennet, A. (2013). Online cognitive behavior training for the prevention of postnatal depression in at-risk mothers: a randomized controlled trial protocol, *BMC Psychiatry*, 13:265.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., Ijzendoorn, M.H. (2008). Promoting Positive Parenting: An Attachment-Based Intervention, *New York London: Psychology Press*.

Kavanaugh, K., Roscigno, C.I., Swanson, K.M., Savage, T.A., Kimura, R.E., Kilpatrick, J. (2015). Perinatal palliative care: Parent perceptions of caring in interactions surrounding counseling for risk of delivering an extremely premature infant, *Palliative and Supportive Care*, 13, 145-155.

Kokkinaki, T. (2013). Fathers' speech to infants, *Early Child Development and Care*, 183:7, 1005-1025.

Kowlessar, O., Fox, J.R., Wittkowski, A. (2015). First time fathers' experiences of parenting during the first year, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33:1, 4-14.

Leach, L.S., Poyser, C., Cooklin, A.R., Giallo, R. (2015). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review, *Journal of Disorders*, 190, 675-686.

Lee, K.Y., Moon, H.J., Haun, Y.S., Lim, S.R. (2015). The Factors affecting Health Behaviors of a Mother with Infants and Toddlers, *Indian Journal of Science and Technology*, 8(35).

Lehalle, H., Mellier, D. (2009). *Ψυχολογία της ανάπτυξης: Παιδική ηλικία και εφηβεία, Μαθήματα και ασκήσεις*. Αθήνα: Πεδίο.

Lester, B.M., Hawes, K., Abar, B., Sullivan, M., Miller, R., Bigsby, R., Laptook, A., Salisbury, A., Taub, M., Lagasse, L.L., Padbury, F.J. (2014). Single Family Room Care and Neurobehavioral and Medical Outcomes in Preterm Infants, *Pediatrics*, 134: 754-760.

Lin, H.C., Manuel, J., McFatter, R., Cech, C. (2016). Changes in empathy- related cry responding as a function of time: A time course study of adult's responses to infant crying, *Infant Behavior and Development*, 42, 45-59.

Malmberg, L.E., Lewis, S., West, A., Murray, E., Sylva, K., Stein, A. (2015). The influence of mothers' and fathers' sensitivity in the first year of life on children's cognitive outcomes at 18 and 36 months, *Child: care, health and development*, 42, 1-7.

Marshall, J., Coulter, M.L., Gorski, P.A., Ewing, A. (2016). Parent Recognition and Responses to Developmental Concerns in Young Children, *Infants & Young Children*, 29, 102-115.

Metz, M., Majdandzic, M., Bogels, S. (2016). Concurrent and Predictive Associations between Infants' and Toddlers' Fearful Temperament, Coparenting, and Parental Anxiety Disorders, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.

Mireault, G.C., Crockenberg, C.S., Sparrow, J.E., Cousineau, K., Pettinato, C.A., Woodard, K.C. (2015). Laughing matters: Infant humor in the context of parental affect, *Journal of Experimental Child Psychology*, 136, 30-41.

Mireault, G.C., Crockenberg, C.S., Sparrow, J.E., Pettinato, C.A., Woodard, K.C., Malzac, K. (2014). Social looking, social referencing and humor perception in 6- and 12-month-old infants, *Infant Behavior and Development*, 37, 536-545.

Nordahl, K.B., Zambrana, I.M., Forgatch, M.S. (2016). Risk and Protective Factors Related to Fathers' Positive Involvement and Negative Reinforcement With 1-Year-Olds, *Parenting*, 16:1, 1-21.

Nyqvist, K.H., Haggkvist, A.P., Hansen, M.N., Kylberg, E., Frandsen, A.L., Maastrup, R., Ezeonodo, A., Hannula, L., Haiek, L.N. (2013). Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations, *Journal of Human Lactation*, 1-10.

Parke, R.D. (1987). *Ο πατέρας: η συμβολή του στη διαμόρφωση του παιδιού*. Κουτσούμπος- Fontana.

Planalp, E.M., Braungart-Rieker, J.M. (2015). Trajectories of Regulatory Behaviors in Early Infancy: Determinants of Infant Self-Distraction and Self-Comforting, *Infancy*, 20(2), 129-159.

Porto, J.A., Nunes, M.L., Nelson, C.A. (2015). Behavioral and neural correlates of emotional development: typically developing infants and infants of depressed and/or anxious mothers, *Jornal de Pediatria*, 92(3), 14-22.

Rees, C. (2016). Children's attachments, *Paediatrics and Child Health, Symposium: Social Paediatrics*.

Rijlaarsdam, J., Tiemeier, H., Ringoot, A.P., Ivanova, M.Y., Jaddoe, V.W.V., Verhulst, F.C., Roza, S.J. (2015). Early family regularity protects against later disruptive behavior, *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

Rogge, J.U. (2006). *Ο φόβος δυναμώνει τα παιδιά*. Αθήνα: Θυμάρι.

Rominov, H., Pilkington, P.D., Giallo, R., Whelan, T.A. (2016). A systematic review of interventions targeting paternal mental health in the Perinatal period, *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 289-301.

Santrock, W.I. (2008). *Ανάπτυξη στην παιδική ηλικία*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Saudah, N., Nursalam, Meriana, Sulistyono, A. (2015). Model of Independency Mother in Caring for Preterm Infant based on Experiential Learning Care (ELC), *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*, 4, 200-206.

Seah, K.F.C., Morawska, A. (2016). When mum is stressed, is dad just as stressed? Predictors of paternal stress in the first six months of having a baby, *Infant Mental Health Journal*, 37(1), 45-55.

Sener, K.D., Cimete, G. (2016). A program based on Social Cognitive Theory and Smith's model of health and illness and its effect on maternal self-efficacy and child behavior, *Children and Youth Services Review*, 64, 82-90.

Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., Ramchandani, P.G. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father- Infant Interactions, *Parenting*, 15:1, 1-8.

Schaffer, R., (1996). *Η κοινωνικοποίηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του*. (Μτφρ. Παρασκευόπουλος, Ι.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Shaffer, D.R. (2004). *Εξελικτική Ψυχολογία: παιδική ηλικία και εφηβεία*. Αθήνα: Έλλην.

Shelov, S.P., Altman, T.R. (2012). *Η φροντίδα του μωρού και του μικρού παιδιού*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Sherman, L.J., Rice, K., Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review, *Developmental Review*, 37, 109-141.

Silva, M.G.C., Barros, M.C.M., Pessoa, U.M.L., Guinsburg, R. (2016). Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants, *Early Human Development*, 95, 55-59.

Simpson, T.E., Condon, E., Price, R.M., Finch, B.K., Sadler, L.S., Ordway, M.R. (2015). Demystifying Infant Mental Health: What the Primary Care Provider Needs to Know, *Journal of Pediatric Health*, 30, 38-48.

Slater, M.R. (2015). Promoting Health in Early Childhood, *the Future of Children*, 25, 35-64.

Steuer, B. F. (2005). *Η ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών*. Αθήνα: Έλλην.

Storey, A.E., Ziegler, T.E. (2015). Primate paternal care: Interaction between biology and social experience, *Hormones and Behavior*, 77, 260-271.

Suess, G.J., Bohlen, U., Carlson, E.A., Spangler, G., Maier, F.M. (2016). Effectiveness of attachment based STEEP intervention in a German high-risk sample, *Attachment & Human Development*.

Swartz, R.A., Speirs, K.E., Encinger, A.J., McElwain, N.L. (2016). A Mixed Methods Investigation of Maternal Perspectives on Transition Experiences in Early Care and Education, *Early Education and Development*, 27:2, 170-189.

Williams, C.J., Kessler, D., Lewis, G., Fernyhough, C., Pearson, R.M. (2016). The association between maternal-reported responses to infant crying at 4 weeks and 6 months and offspring depression at 18: a longitudinal study, *Arch Women's Ment Health*, 19:401-408.

Ηλεκτρονικές Πηγές

<http://rodosforkids.gr/index.php/2013-02-06-23-03-09/2013-02-11-20-31-51/295-2014-02-07-08-15-29>

http://ntbabycareblog.blogspot.gr/p/blog-page_320.html

<http://www.psychologychania.gr/index.php/articles/76-paidopsychologia>

<http://www.parentshelp.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1

Overview of the DC: 0-3 classification system

Axis I Primary Classification	Axis II Relationship Disorder Classification	Axis III Medical and Developmental Disorders and Conditions	Axis IV Psychosocial Stressors	Axis V Emotional and Social Functioning
<i>List of diagnoses, including:</i> - Post Traumatic Stress Disorder - Disorders of Affect - Anxiety Disorder - Mood Disorders - Regulatory Disorder - Sleep Behavior Disorder - Eating Behavior Disorder	Behavioral quality: - Verbally abusive - Physically abusive - Sexually abusive Affective Tone: - Anxious/tense - Angry/hostile - Mixed Psychological Involvement: - Overinvolved - Under-involved	<i>Any coexisting:</i> - Physical health problems - Mental health problems - Developmental disorders	<i>Assessment of impact on the child's adaptation:</i> - Mild - Moderate - Severe	<i>Addresses the capacities of the relationship system in areas including:</i> - Mutual attention - Mutual engagement - Reciprocity - Communication

Πίνακας 1.1

Επισκόπηση του DC: Το σύστημα ταξινόμησης 0-3

Άξονας Ι Πρωταρχική Ταξινόμηση	Άξονας ΙΙ Ταξινόμηση Διαταραχής των Σχέσεων	Άξονας ΙΙΙ Ιατρικές και Αναπτυξιακές Διαταραχές και Συνθήκες	Άξονας ΙV Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες Άγχους	Άξονας V Συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία
<i>Κατάλογος της διάγνωσης, Περιλαμβάνει:</i> - Διαταραχή μετατραυματικού στρες - Συναισθηματική διαταραχή - Αγχώδης διαταραχή - Διαταραχές της διάθεσης - Ρυθμιστικές διαταραχές - Διαταραχές της συμπεριφοράς στον ύπνο	Η ποιότητα της συμπεριφοράς: - Κατάχρηση προφορικού λόγου - Φυσική κατάχρηση - Σεξουαλικά καταχρηστική συμπεριφορά Συναισθηματικός τόνος: - Ανήσυχος/σε υπερένταση - Θυμωμένος/εχθρικός	<i>Οποιοσδήποτε συνυπάρχουν:</i> - Προβλήματα σωματικής υγείας - Προβλήματα ψυχικής υγείας - Αναπτυξιακές διαταραχές	<i>Αξιολόγηση των επιπτώσεων στην προσαρμογή του παιδιού:</i> - Ήπιες - Μέτριες - Πολύ σοβαρές	<i>Εξετάζει τις δυνατότητες του συστήματος των σχέσεων στους εξής τομείς:</i> - Αμοιβαία προσοχή - Αμοιβαία δέσμευση - Αμοιβαιότητα - Επικοινωνία

ο Διατροφικές διαταραχές συμπεριφοράς.	- ο Μικτός συναισθηματικός τόνος Ψυχολογική συμμετοχή: - ο Υπερβολική συμμετοχή - ο Ελάχιστη συμμετοχή.			
--	---	--	--	--

(Simpson et al., 2015).

Πίνακας 2

Resources available to primary care providers

Title	Source	Description
Training: IMH Associations Child Health and Development Institute in Connecticut World Association for Infant Mental Health	www.mi-aimh.org www.chdi.org www.waimh.org	At least 20 states have an IMH Association Offers free training to pediatric providers across a range of topics, including behavioral health concerns and maternal depression screening Individual membership available with a year-long subscription to the <i>Infant Mental Health Journal</i>; members include representatives from many countries throughout the world.
Online resources: American Academy of Pediatrics Early Brain and Child Development Circle of Security	www.aap.org/ebcd www.circleofsecurity.net	Resources for clinicians to teach and learn about IMH. Videos, handouts, and a depiction of the Circle of Security circle for use during patient visits.

Brazelton Touchpoints Center	www.brazeltontouchpoints.org	Provides comprehensive resources for families and providers to promote healthy development through low-cost, sustainable interventions.
Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families	www.zerotothree.org	Web site and <i>Zero to Three</i> journal; a national, nonprofit organization with information for parents, professionals, and policymakers.
Center on the Developing Child	www.developingchild.harvard.edu	Features the research, resources, and policy work early experiences, toxic stress, and brain architecture; or particular interest: a featured video on early childhood mental health

Useful publications:		
“Ghosts in the nursery”	Fraiberg et al. (1975)	Seminal paper providing much of the foundation for IMH practice and interventions.
Psychotherapy with infants and young children	Lieberman & Van Horn (2008)	Presented in case studies, examines the theoretical underpinnings of parent-infant psychotherapy and clinical implications.
Attachment theory	Bowlby (1988)	Features a collection of lectures given by Bowlby on research findings and clinical implications of attachment theory.

Attachment theory	Bowlby (1969)	Highlights clinical and explorations of attachment theory.
Mother-infant relationships	Stern (1977)	Based on Stern's video-based research into mother-infant interaction, this work has helped to inform theory development around mother-infant attunement and reading infant cues.
Parental reflective functioning	Slade (2005) Ordway, Sadler, Dixon, & Slade (2014)	An overview of the theory of reflective functioning and what it looks like in the parent-child relationship Includes specific examples for building parental reflective functioning in primary care practice.
Bright Futures	Hagan et al. (2008)	Specific strategies and questions to support early relationships
<i>Handbook of Infant Mental Health</i>	Zeanah (2009)	The prominent text in the field, this reference addresses research and clinical aspects of IMH
DC: 0-3 Manual	Zero to Three (2005)	A manual and casebook for diagnosis and treatment of mental health and development disorders in children from birth to 3 years.

Πίνακας 2.1.

Ηλεκτρονικές πηγές που διατίθενται για τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας

Τίτλος	Πηγή	Περιγραφή
Εκπαίδευση: IMH Associations Child Health and Development Institute in Connecticut World Association for Infant Mental Health	www.mi-aimh.org www.chdi.org www.waimh.org	Τουλάχιστον 20 κράτη έχουν έναν Σύλλογο ΨΥΒ. Προσφέρει δωρεάν εκπαίδευση σε παιδιατρικούς παρόχους, σε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ανησυχίας για την υγεία και τον έλεγχο της μητρικής κατάθλιψης. Διατίθεται ατομική συμμετοχή με μονοετή συνδρομή για την Εφημερίδα της Ψυχικής Υγείας του Βρέφους (Infant Mental Health Journal): στα μέλη της περιλαμβάνονται εκπρόσωποι από πολλές χώρες του κόσμου.
Ηλεκτρονικές Πηγές: American Academy of Pediatrics Early Brain and Child Development Circle of Security	www.aap.org/ebcd www.circleofsecurity.net	Πηγές για τους κλινικούς ιατρούς για να διδάξουν και να μάθουν περί της ΨΥΒ. Βίντεο, φυλλάδια, καθώς και μια απεικόνιση του Κύκλου Ασφαλείας για χρήση κατά τις επισκέψεις των ασθενών.

Brazelton Touchpoints Center	www.brazeltontouchpoints.org	Παρέχει ολοκληρωμένες πηγές για τις οικογένειες και τους παρόχους για την προαγωγή της υγιούς ανάπτυξης, μέσω του χαμηλού κόστους, με βιωματικές παρεμβάσεις.
Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families	www.zerotothree.org	Ιστοσελίδα και περιοδικό <i>Zero to Three</i> : μια εθνική, μη κερδοσκοπική οργάνωση με πληροφορίες για τους γονείς και τους επαγγελματίες.
Center on the Developing Child	www.developingchild.harvard.edu	Χαρακτηριστικά της έρευνας, των πηγών και του πολιτικού έργου για τις πρώιμες εμπειρίες(τοξικό στρες και αρχιτεκτονική του εγκεφάλου), παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον: Ένα επιλεγμένο βίντεο για την ψυχική υγεία της πρώιμης παιδικής ηλικίας.

Χρήσιμες Δημοσιεύσεις:		
“Ghosts in the nursery”	Fraiberg et al. (1975)	Στηρίζεται στην πρακτική και τις παρεμβάσεις της ΨΥΒ
Psychotherapy with infants and young children	Lieberman & Van Horn (2008)	Παρουσιάζει ορισμένες περιπτώσεις μελετών, εξετάζει το θεωρητικό υπόβαθρο της ψυχοθεραπείας γονέα-βρέφους και τις κλινικές επιπτώσεις.

Attachment theory	Bowlby (1988)	Διαθέτει μια συλλογή από διαλέξεις του Bowlby, σχετικά με τα πορίσματα της έρευνας και τις κλινικές επιπτώσεις της θεωρίας της προσκόλλησης.
Attachment theory	Bowlby (1969)	Οι κυριότερες κλινικές και πειραματικές εξερευνήσεις της θεωρίας της προσκόλλησης
Mother-infant relationships	Stern (1977)	Βασισμένο στην έρευνα με βίντεο του Stern για την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους: το έργο αυτό έχει βοηθήσει στην ενημέρωση της αναπτυξιακής θεωρίας γύρω από τον συντονισμό μητέρας- βρέφους και την αναγνώριση των συνθημάτων του βρέφους.
Parental reflective functioning	Slade (2005)	Μια επισκόπηση της θεωρίας της αντανακλαστικής λειτουργίας και τι μοιάζει στη σχέση γονέα- παιδιού. Περιλαμβάνει συγκεκριμένα παραδείγματα για την οικοδόμηση της γονικής αντανακλαστικής λειτουργίας στην πρακτική της πρωταρχικής φροντίδας.
	Ordway, Sadler, Dixon, & Slade (2014)	
Bright Futures	Hagan et al. (2008)	Ειδικές στρατηγικές και ερωτήσεις για την υποστήριξη των πρώιμων αλληλεπιδράσεων.
<i>Handbook of Infant Mental Health</i>	Zeanah (2009)	Το κείμενο αναφέρεται στην έρευνα και τις κλινικές πτυχές της ΨΥΒ.
DC: 0-3 Manual	Zero to Three (2005)	Ένα εγχειρίδιο για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ψυχικής υγείας και των

		αναπτυξιακών διαταραχών στα παιδιά από τη γέννηση ως την ηλικία των τριών.
--	--	--

**Σημείωση:* IMH=Infant Mental Health, ΨΥΒ= Ψυχική Υγεία Βρέφους.

(Simpson et al., 2015).

Πίνακας 3

Basics of helping attachment difficulty

Building attachment Facilitate attunement by: • Parental self-care: rest, relaxation, recharging time, minimizing practical demand • One-to one time. • Calm closeness: massage, stroking. • Shared fun. • Talking time: activities allowing but not demanding conversation (e.g. dog walking) • Explanation to parents of the process of attachment, the basis of the child's behavior etc.
Facilitate emotional safety Routine Clear, consistent boundaries and consequences Preparations for change in routine Structure the day to enable success

Anticipate and address secondary problems

Teach through play, stories, role model:

- Stranger safety
- Temper regulation
- Social skills – negotiation, conflict resolution
- Awareness of emotion and body signals
- Non-verbal communication

Identify and develop areas of ability; address remediable developmental difficulty

Building resilience

Normalize feelings and difficulty by generalizing, stories, ‘third party’ approach

Teach and model calming, stress-release and coping strategies

Encourage expression through creativity

Build self-esteem

Develop a coherent life story

Provide a mentor/trusted adult

Πίνακας 3.1.**Τα βασικά στοιχεία βοήθειας στις δυσκολίες της προσκόλλησης****Οικοδόμηση της προσκόλλησης**

Διευκόλυνση του συντονισμού με:

- Γονική αυτοφροντίδα: ξεκούραση, χαλάρωση, χρόνο «επαναφόρτισης» του γονέα.

• Διαθέσιμος χρόνος επαφής γονέα-βρέφους. • Ήρεμη εγγύτητα: μασάζ, χάρδια. • Κοινή διασκέδαση γονέα-βρέφους. • Χρόνος για ομιλία: δραστηριότητες που επιτρέπουν αλλά δεν απαιτούν συζήτηση (για παράδειγμα, στη βόλτα με το σκύλο). • Εξήγηση στους γονείς της διαδικασίας της προσκόλλησης, τα βασικά της συμπεριφοράς του βρέφους, κτλ.
Διευκόλυνση της συναισθηματικής ασφάλειας Ρουτίνες Ξεκάθαρα, συνεπή όρια και συνέπειες Προετοιμασία του παιδιού για τυχόν αλλαγή στις ρουτίνες Δόμηση της ημέρας για να επιτραπεί η επιτυχία
Πρόληψη και αντιμετώπιση δευτερευόντων προβλημάτων Η διδασκαλία, κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή του παραμυθιού, περί: • Της ασφάλειας του ξένου • Της ρύθμισης της ιδιοσυγκρασίας • Κοινωνικών δεξιοτήτων- διαπραγμάτευση, επίλυση των συγκρούσεων • Της επίγνωσης των συναισθημάτων και των σημάτων του σώματος • Της μη λεκτικής επικοινωνίας Αναγνώριση και ανάπτυξη των «περιοχών» ικανότητας· αντιμετώπιση θεραπεύσιμων αναπτυξιακών δυσκολιών

Οικοδόμηση της ανεκτικότητας

- Ομαλοποίηση συναισθημάτων και δυσκολιών μέσω γενικευμένων ιστοριών, προσέγγιση τρίτων

Διδασκαλία και πρότυπα χαλάρωσης, απελευθέρωση από το άγχος και στρατηγικές αντιμετώπισης

Ενθάρρυνση εκφράσεων μέσω της δημιουργικότητας

Οικοδόμηση αυτοεκτίμησης

Ανάπτυξη συναφούς ιστορίας ζωής

Παροχή μέντορα/ έμπιστου ενήλικα

(Rees, 2016).

Πίνακας 4



Crying: What can I do?

Is my baby's crying normal?

Most often, yes! Crying generally increases at 2 weeks, is the highest at 6 weeks, and lessens until 3 months of age. Your baby can cry from 20 minutes to over 3 hours a day.

Calm but never shake your baby.

When should I worry about my baby's crying?

Call your doctor or nurse practitioner if your baby has any of these ill symptoms:

- Fever: >100.4°F & under 3 months or >101°F & 3-6 months
- Daily or frequent vomiting and/or diarrhea
- Diarrhea with or without blood or mucus
- If you feel something is wrong with your baby

How can I calm my baby?

Every baby is unique. You have to find what works best to calm your baby. To calm your baby you can:

- Talk
- Sing
- Swaddle
- Massage
- Carry
- Rock
- Play white noise or a heartbeat sound
- Change the temperature
- Decrease or increase stimulation from touch, noise, or lights

You may have to combine a number of methods to calm your baby. Create a calming routine and use it every time you calm your baby.

Never calm your baby by shaking.

What if I'm frustrated because I can't calm my baby?

Frustration is normal. It is important that you calm yourself first using 4 easy steps:

- 1) Make sure your baby is fed, diapered, and not ill.
- 2) Place your baby in a crib or playpen or see if someone else can watch the baby.
- 3) Walk away.
- 4) Calm yourself - call a friend, take a shower, watch TV, listen to music, read a book, or exercise.

Only return to your baby when you are calm.

If you are frustrated, calm yourself.

Never shake your baby.



Πίνακας 4.1

	Κλάμα: Τι μπορώ να κάνω;	
Είναι φυσιολογικό το κλάμα του μωρού μου; Τις περισσότερες φορές ναι! Η ένταση του κλάματος γενικά αυξάνεται κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες, κορυφώνεται στις έξι εβδομάδες ως και τους πρώτους τρεις μήνες της ζωής. Το μωρό σας μπορεί να	Πώς μπορώ να ηρεμήσω το μωρό μου; Κάθε βρέφος είναι μοναδικό. Πρέπει να βρείτε τι βοηθά καλύτερα για να το ηρεμήσετε. Για να ηρεμήσετε το βρέφος σας μπορείτε: • Να μιλήσετε • Να τραγουδήσετε	Τι γίνεται αν είμαι απογοητευμένη που δεν μπορώ να ηρεμήσω το μωρό μου; Η απογοήτευση είναι φυσιολογική. Είναι σημαντικό να χαλαρώσετε αρχικά χρησιμοποιώντας 4 εύκολα βήματα:

κλαίει από είκοσι λεπτά μέχρι 3 ώρες την ημέρα. Ηρεμήστε μα ποτέ μην ταρακουνήσετε το μωρό σας. Πότε πρέπει να ανησυχήσω για το κλάμα του μωρού μου; Τηλεφωνήστε τον παιδίατρο σας αν το μωρό σας έχει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα: · Πυρετό:>100.4°F και περισσότερο από τρεις μήνες ή 101°F και τρεις ως έξι μήνες. · Καθημερινό ή συχνό εμετό και διάρροια. · Διάρροια με ή χωρίς αίμα ή βλέννα. · Αν αισθάνεστε ότι κάτι δεν πάει καλά με το παιδί σας.	· Να το σκεπάσετε · Να του κάνετε μασάζ · Να το φροντίσετε · Βάλτε χαλαρωτική μουσική · Αλλάξτε τη θερμοκρασία · Αυξήστε ή μειώστε την επαφή, την ένταση του θορύβου ή τα φώτα. Ίσως χρειαστεί να συνδυάσετε έναν αριθμό μεθόδων για να ηρεμήσετε το μωρό σας. Δημιουργήστε ένα καθησυχαστικό πρόγραμμα ρουτίνας και χρησιμοποιήστε το κάθε φορά για να ηρεμήσετε το βρέφος σας. Ποτέ μην ηρεμείτε το μωρό σας ταρακουνώντας το.	· Σιγουρευτείτε πως το μωρό σας είναι ταϊσμένο, αλλαγμένο και όχι άρρωστο · Τοποθετείστε το σε μια κούνια ή σε ένα πάρκο ή κοιτάξτε αν μπορεί κάποιος άλλος να το φροντίσει. · Φύγετε · Ηρεμήστε. Καλέστε έναν φίλο, κάντε ένα ντουζ, δείτε τηλεόραση, ακούστε μουσική, διαβάστε κάποιο βιβλίο ή κάντε γυμναστική. Επιστρέψτε στο μωρό σας μόνο όταν ηρεμήσετε. Αν είστε απογοητευμένη, ηρεμήστε. Ποτέ μην ταρακουνάτε το μωρό σας.
---	--	---

(Evanoo, 2007).