

# Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ, ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

Έκδοση 2017

Sarah Mares & Sarah Woodgate

Έκδοση στα Ελληνικά

Επιμέλεια: Κωνσταντίνος Κώτσης

Μετάφραση: Μαρία Κατσικερού

Με την υποστήριξη της Π.Ε.Ε.-Ενω.Ψυ.Π.Ε.



Μητέρα θηλάζει τον γιο της Kitagawa Utamaro (Ιαπωνία, 1753-1806)

Sarah Mares BMBS, FRANZCP, Cert Child Psych, MMH

Consultant Infant, Child and Family Psychiatrist; Conjoint Senior Lecturer, UNSW, Sydney & Honorary Fellow, Menzies School of Health Research, Darwin, Australia

Conflict of interest: none reported.

Sarah Woodgate MBBS (Hons), BMedSci, MRCPsych, FRANZCP

Staff Specialist Psychiatrist Karitane, NSW & HETI Fellow in Perinatal, Infant, Child and Family Psychiatry, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia

Conflict of interest: none reported.

Acknowledgements

Dr Noemi Scheuring, pediatrician from the Heim Pal Children's Hospital, Budapest, Hungary, wrote the section on infants in medical settings. The 2012 edition of this chapter was co-written with Dr Ana Soledade Graeff-Martins.

Η δημοσίευση αυτή απευθύνεται σε επαγγελματίες οι οποίοι εκπαιδεύονται ή ασκούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας και όχι στο ευρύ κοινό. Εκφράζονται οι απόψεις των συντακτών οι οποίες δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα τις απόψεις του εκδότη ή της IACAPAP. Η παρούσα δημοσίευση έχει ως στόχο να περιγράψει τις βέλτιστες θεραπείες και πρακτικές οι οποίες βασίζονται στην επιστημονική τεκμηρίωση η οποία είναι διαθέσιμη κατά τη συγγραφή, όπως αυτή έχει αξιολογηθεί από τους συγγραφείς και δύναται να αλλάξει ως αποτέλεσμα νέας έρευνας. Οι αναγνώστες, χρειάζεται να εφαρμόζουν αυτές τις γνώσεις, σύμφωνα με τις οδηγίες και τους νόμους της χώρας στην οποία ασκούν το επάγγελμά τους. Ορισμένα φάρμακα ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμα σε κάποιες χώρες και οι αναγνώστες θα πρέπει να συμβουλευούνται τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων για συγκεκριμένες πληροφορίες, καθώς δεν αναφέρονται όλες οι δοσολογίες και οι παρενέργειες. Υπάρχουν οργανώσεις, δημοσιεύσεις και ιστοσελίδες οι οποίες αναφέρονται ή συνδέονται (με τα άρθρα) προκειμένου είτε να διευκρινίσουν κάποια θέματα είτε να αποτελέσουν πηγή περαιτέρω πληροφόρησης. Αυτό δεν συνεπάγεται ότι οι συγγραφείς, ο εκδότης ή η IACAPAP, εγκρίνουν το περιεχόμενό τους ή τις συστάσεις τους οι οποίες θα πρέπει να αξιολογούνται από τον αναγνώστη. Ιστότοποι δύναται να αλλάξουν ή να σταματήσουν να υφίστανται.

© IACAPAP 2017. Αυτή είναι μία δημοσίευση δημόσιας πρόσβασης υπό την Creative Commons Non-Commercial License. Η χρήση, η διανομή και η αναπαραγωγή μέσω οποιοδήποτε τρόπου επιτρέπεται χωρίς να απαιτείται προηγούμενη άδεια υπό τον όρο ότι αναφέρεται ορθώς η αρχική εργασία και η χρήση δεν είναι για εμπορικούς σκοπούς. Μπορείτε να στείλετε σχόλια γι' αυτό το βιβλίο ή αυτό το κεφάλαιο στο jimreyATbigpond.net.au

Προτεινόμενη παραπομπή: Mares S, Woodgate S. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (έκδοση στα Ελληνικά; Κώτσης K, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017.

**Ο**ι επαγγελματίες υγείας συναντούν οικογένειες με βρέφη και μικρά παιδιά σε πολλές και διαφορετικές καταστάσεις, οι οποίες κυμαίνονται από την οικογενειακή κατοικία μέχρι και σε οξείες καταστάσεις στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Ο βαθμός στον οποίο η ψυχική υγεία και η ανάπτυξη θα αποτελέσουν το επίκεντρο της αξιολόγησης και της παρέμβασης, θα καθοριστεί από το περιβάλλον, την οικογένεια κι από τις ανησυχίες που εκείνη θα αναφέρει. Η κοινωνική και συναισθηματική ευημερία των παιδιών καθώς και η σωματική υγεία και η ανάπτυξη δεν μπορούν να αξιολογηθούν μεμονωμένα ή ξεχωριστά από την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων και του κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου. Ανεξάρτητα από το πού ζουν και σε ποιο πολιτισμό θα γεννηθούν, όλα τα μωρά εξαρτώνται από τη ζεστασιά, την ανταπόκριση, το γλωσσικό πλούτο και τα προστατευτικά περιβάλλοντα μέσα στα οποία μεγαλώνουν και αναπτύσσονται. Η ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν τα μικρά παιδιά είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωσή τους, τη σωματική και την ψυχολογική τους ανάπτυξη (WHO, 2004).

Ο τρόπος με τον οποίο οι οικογένειες και το κοινωνικό σύνολο ικανοποιούν τις αναπτυξιακές ανάγκες των παιδιών εμφανίζει μεγάλη ποικιλομορφία μεταξύ των πολιτισμών και των κοινωνιών. Για παράδειγμα, η χαρακτηριστική σε πολλά δυτικά έθνη, αριθμητικά μικρή οικογένεια, διαφέρει σημαντικά από τα πολλαπλά καθεστώτα φροντίδας που εμφανίζονται σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου.

Το κεφάλαιο αυτό αποτυπώνει ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση των βρεφών, των μικρών παιδιών και των οικογενειών τους. Παρέχει μια προσέγγιση που αφορά στην κατανόηση και στη διατύπωση των δυσκολιών τους, οι οποίες μπορούν να προσαρμοστούν σε ένα πλήθος πλαισίων. Ανεξάρτητα από το πρόβλημα που παρουσιάζεται, μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση περιλαμβάνει πάντοτε τους παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην ανθεκτικότητα και στην ευαλωτότητα του παιδιού, των γονέων, της ευρύτερης οικογένειας, του κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου. Αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται για να επικαιροποιούν και να εστιάζουν στις παρεμβάσεις. Η αξιολόγηση του κινδύνου (π.χ αναπτυξιακός κίνδυνος, κίνδυνος βλάβης στο μωρό ή στο φροντιστή) αποτελεί επίσης μέρος όλων των αξιολογήσεων της σωματικής και ψυχικής υγείας στη βρεφική και πρώιμη παιδική ηλικία. Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι: να αυξηθεί το ενδιαφέρον και να ενισχυθεί η ικανότητα των ειδικών υγείας να αξιολογούν αναπτυξιακά και ψυχικά ζητήματα υγείας σε όλες τις επαφές τους με τις οικογένειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου αυτής, η οποία χαρακτηρίζεται από ταχεία αναπτυξιακή μεταβολή, αλλά και να παρουσιάσει το κλινικό πεδίο της ψυχικής υγείας των βρεφών, μία περιοχή έρευνας και πρακτικής που έχει αναπτυχθεί σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια.

## Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΩΙΜΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Υπάρχει αυξανόμενη τεκμηρίωση για την εκ γενετής ικανότητα αλλά και το κίνητρο του βρέφους για κοινωνική αλληλεπίδραση, εξερεύνηση του περιβάλλοντος και μάθηση. Το βρέφος ως “εαυτός” ή “πρόσωπο” αναδύεται εντός του πλαισίου των πρώιμων σχέσεων φροντίδας, κατά τη διάρκεια της μετάβασης από μια σχεδόν ολοκληρωτική εξάρτηση από τους φροντιστές, προς την ανεξαρτησία και την πρώιμη αυτορρύθμιση. Τα βρέφη γεννιούνται έτοιμα να σχετιστούν, και η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση και την υποστήριξη της ανάπτυξης των βρεφών κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων ζωής. Η ικανότητά τους να το κάνουν αυτό επηρεάζει τα δυνατά σημεία και την ευαλωτότητα που θα φέρουν τα βρέφη σε όλη τους τη ζωή.

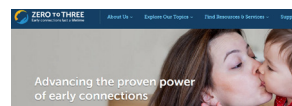
Η γονεϊκή ποιότητα έχει επίσης αναπτυξιακό αντίκτυπο. Οι φροντιστές



Πατήστε επάνω στην φωτογραφία για να διαβάσετε μια δήλωση για τα δικαιώματα των βρεφών τα οποία κατοχυρώθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Ψυχικής Υγείας των Βρεφών.

### Ένα ψυχικά υγιές βρέφος χαρακτηρίζεται από:

- Την ικανότητά του να διαμορφώνει στενές και ασφαλείς διαπροσωπικές σχέσεις
- Την επιθυμία για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος και τη μάθηση
- Όλα αυτά εντός του πλαισίου των οικογενειακών, κοινοτικών και πολιτιστικών προσδοκιών του παιδιού
- Ισοδυναμεί με μία υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη.



Μια σειρά από podcasts, βίντεο και ενημερωτικά φυλλάδια που αφορούν στην πρώιμη ανάπτυξη είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα Zero to Three. Κάντε κλικ στην εικόνα για προβολή.

### Διαθέσιμες πηγές για την Επιστήμη της Πρώιμης Ανάπτυξης

Υπάρχουν διάφορες πηγές που υπογραμμίζουν τη σημασία των πρώτων χρόνων ζωής.

Αυτές εισάγουν την επιστήμη της πρώιμης ανάπτυξης, της πρόληψης και της παρέμβασης.

Μια επιλογή θα περιελάμβανε:

- Το Κέντρο για την Ανάπτυξη του Παιδιού του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ (στα Αγγλικά και το PDF στα Ισπανικά) και τα συνοπτικά τους κεφάλαια
- Το “Μηδέν έως Τρία” (“Zero to Three”)
- Τη Μελέτη Δυσμενών Παιδικών Εμπειριών (Advance Childhood Experiences Study - ACEs) η οποία έχει συμβάλει καθοριστικά στην αποτύπωση της εν τω βάθει επίδρασης των θετικών και των αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας.

του παιδιού είναι ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη της εξέλιξης της κοινωνικής και συναισθηματικής ικανότητας του βρέφους. Η οικογένεια (βρέφος, φροντιστές και αδέρφια), υφίστανται μέσα σε ένα δίκτυο σχέσεων και πολιτισμού, το οποίο περιλαμβάνει την κοινωνική τους θέση και τις συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας. Αυτά μπορούν είτε να υποστηρίξουν είτε να υπονομεύσουν την ποιότητα ζωής και τις σχέσεις της οικογένειας. Η ανάπτυξη του βρέφους είναι γενετικά και βιολογικά προκαθορισμένη, αλλά απαιτούνται συγκεκριμένες περιβαλλοντικές εμπειρίες σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές - γνωστές ως ευαίσθητες και κρίσιμες χρονικές περίοδοι για τη βέλτιστη ανάπτυξη - καθώς και η έγκαιρη υποστήριξη και οι αντιξοότητες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο εκφράζεται και υλοποιείται το γενετικό υλικό. Οι εφόροι ζωής επιπτώσεις των αντίξων συνθηκών στην παιδική ηλικία είναι πλέον καλά αναγνωρισμένες (Anda et al, 2006).

Ο πρώτος χρόνος περιλαμβάνει την ανάπτυξη των βασικών στοιχείων για τη γλώσσα και για τη δημιουργία των σχέσεων - δεσμού. Ο δεύτερος χρόνος της ζωής περιλαμβάνει δύο σημαντικά επιτεύγματα i) τη γλώσσα και το συμβολικό παιχνίδι και ii) την κινητικότητα. Η κινητικότητα επιτρέπει στα παιδιά να εξερευνήσουν, να αναπτυχθούν γνωστικά και να αναπτύξουν την ανεξαρτησία τους από τον φροντιστή. Το νήπιο πειραματίζεται με τον αποχωρισμό και αναπτύσσει μια αίσθηση ταυτότητας και αυτονομίας. Κατά τη διάρκεια του τρίτου και του τέταρτου χρόνου της ζωής, τα παιδιά εδραιώνουν βελτιώνουν και διευρύνουν αυτές τις ικανότητες σε μία αίσθηση εαυτού σε σχέση με τους άλλους και με τη θέση τους στον κόσμο (βλέπε Κεφ Α.2, Πίνακας Α.2.1).

### Πρώιμες Σχέσεις - Το Πολιτισμικό Πλαίσιο

Τα παιδιά μεγαλώνουν μέσα σε ένα φάσμα από οικογενειακούς αστερισμούς και κοινοτικές δομές και διάφοροι τρόποι φροντίδας είναι ευρέως διαδεδομένοι μεταξύ των πολιτισμών. Η εστίαση στην κατανόηση

Το πρόγραμμα της UNICEF “Η φροντίδα για την Ανάπτυξη του παιδιού” (Care for Child Development – CCD) βασίζεται στην τεκμηρίωση που αφορά στον εντοπισμό των βασικών δεξιοτήτων του φροντιστή οι οποίες επηρεάζουν την υγιή ανάπτυξη και εξέλιξη των παιδιών (ευαισθησία και ανταπόκριση). Βασίζεται σε έρευνες που αποδεικνύουν ότι αυτές οι σημαντικές δεξιότητες μπορούν να υποστηριχθούν αλλά και να διδαχθούν στις κοινότητες ακόμα και όταν αυτές δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει πόρους για τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι επικεντρώνονται στις δεξιότητες βασικής φροντίδας, όπως η ευαισθησία και η ανταπόκριση, έχοντας επίγνωση των αναγκών του βρέφους και ανταποκρινόμενοι κατάλληλα στα σήματά του, κάτι το οποίο μπορεί να ενσωματωθεί στα υγειονομικά προγράμματα μητέρας - παιδιού.



των δικτύων των σχέσεων των παιδιών και η σημασία της προσαρμογής τους σε ένα συγκεκριμένο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν ουσιαστικά στοιχεία της αξιολόγησης. Υπάρχει αυξανόμενη βιβλιογραφία η οποία αναγνωρίζει τα βασικά στοιχεία μίας επαρκούς φροντίδας για τα βρέφη και τον τρόπο που αυτή παρέχεται σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Αυτό, περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο ικανοποιούνται οι ανάγκες των παιδιών και από ποιον. Επίσης, εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο ενισχύεται η αίσθηση του παιδιού για τον εαυτό του, αλλά και η ανάπτυξη της αίσθησης της αυτενέργειας και των δεσμεύσεων, τα οποία ποικίλουν ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνουν και με τον τρόπο που έχουν κοινωνικοποιηθεί (Keller, 2016).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την υποχρέωση να σκεφτούν, το πώς οι προσωπικές τους οικογενειακές και πολιτισμικές εμπειρίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες τους για το τι συμπεριλαμβάνει μια κατάλληλη φροντίδα των παιδιών. Αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο όταν εργάζονται σε κοινωνίες στις οποίες υπάρχει πολιτισμική και γλωσσική πολυμορφία. Δεδομένου του υψηλού ποσοστού της εθελοντικής μετανάστευσης και του τεράστιου αριθμού των εκτοπισμένων ατόμων σε όλο τον κόσμο η πολιτιστική αναγνώριση και η ευαισθησία γίνονται όλο και πιο αναγκαίες.

## Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΥ

Η Θεωρία του Δεσμού (βλέπε επίσης Κεφ Α.2) αναπτύχθηκε από τον John Bowlby προερχόμενη από ένα φάσμα προηγούμενων ξεχωριστών και ποικίλων τομέων γνώσης (Bowlby 1969). Πρόκειται για μια ολοκληρωμένη θεωρία και πρακτική, η οποία επιτρέπει τη δημιουργία συνδέσεων μεταξύ της συμπεριφοράς και των εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων των σχέσεων αλλά και μεταξύ των εμπειριών μιας γενιάς και της φροντίδας που αυτή θα παρέχει στην επόμενη γενιά - δηλαδή τη διαγενεαλογική πλευρά της γονεϊκότητας. Η έννοια του δεσμού μπορεί να οριστεί ως ένας διαρκής συναισθηματικός δεσμός, ο οποίος χαρακτηρίζεται από την τάση του παιδιού να αναζητά και να διατηρεί την εγγύτητα με ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, ιδιαίτερα όταν βρίσκεται υπό στρες. Η θεωρία του δεσμού κατανοεί τη φύση της προσκόλλησης των βρεφών στα πρόσωπα φροντίδας, ως ένα πρωταρχικό, βιολογικά προκαθορισμένο φαινόμενο από το οποίο εξαρτάται η επιβίωσή τους. Η ποιότητα των σχέσεων δεσμού που αναπτύσσεται ανάμεσα στο παιδί και τους φροντιστές του, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική του ανάπτυξη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Το βρέφος αναπτύσσει εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης των σχέσεων, μέσω της ποιότητας και της φύσης των πρώιμων εμπειριών με τους φροντιστές, κι αυτό επηρεάζει διαρκώς την κοινωνική και συναισθηματική του ανάπτυξη. Η τεκμηρίωση από προοπτικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η ασφάλεια του δεσμού κατά τη βρεφική ηλικία σχετίζεται με τη σταδιακή ανάπτυξη της ικανότητας του μικρού παιδιού για αυτορρύθμιση, αμοιβαιότητα και συνεργατική κοινωνική αλληλεπίδραση (Sroufe et al, 2005). Υπάρχει επίσης όλο και περισσότερη τεκμηρίωση για τη συμβολή του ασφαλούς δεσμού στην αυτορρύθμιση του παιδιού, την προσοχή και τη συγκέντρωση και ως εκ τούτου την ετοιμότητά του για μάθηση και για τη μετάβασή του στο σχολείο.

Η θεωρία του δεσμού εξηγεί επίσης τη σχέση μεταξύ των παρατηρούμενων γονεϊκών συμπεριφορών, την ποιότητα της σχέσης γονέα - βρέφους και τη μετέπειτα λειτουργικότητα του παιδιού, τόσο κοινωνικά όσο και συναισθηματικά. Οι μελετητές της Θεωρίας του Δεσμού έχουν αναπτύξει μεθόδους για τη διεξαγωγή και την αξιολόγηση των πτυχών της εσωτερικής αναπαράστασης του κόσμου του βρέφους, του παιδιού και του ενήλικα. Αυτές οι διεργασίες περιλαμβάνουν μεθόδους για την αξιολόγηση

### Δεσμός

Ένας διαρκής συναισθηματικός δεσμός ο οποίος χαρακτηρίζεται από την τάση για αναζήτηση και διατήρηση της εγγύτητας με ένα συγκεκριμένο πρόσωπο ή πρόσωπα, ιδιαίτερα υπό καταστάσεις στρες.

Ο Δεσμός μπορεί να είναι :

- Οργανωμένος
  - Ασφαλής
  - Ανασφαλής / Αμφιθυμικός
  - Ανασφαλής / Αποφευκτικός
- Αποδιοργανωμένος

Στην ιστοσελίδα The Circle of Security (COS) υπάρχουν χρήσιμες πληροφορίες για τους γονείς και τους κλινικούς σχετικά με τη σημασία του δεσμού, την ποιότητα του, τις προσεγγίσεις της γονεϊκότητας και τις παρεμβάσεις. Βασίζονται εκτενώς στην θεωρία του δεσμού και στην τρέχουσα νευροεπιστήμη. Η COS είναι μία φιλική στο χρήστη οπτική προσέγγιση (με εκτεταμένη χρήση γραφικών και βίντεο) που έχει ως στόχο να βοηθήσει τους γονείς να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των παιδιών τους. Παρέχεται πρόσβαση και η δυνατότητα μεταφόρτωσης πληροφοριών σχετικά με τα βασικά στοιχεία αυτής προσέγγισης καθώς και ευκαιρίες εκπαίδευσης κάνοντας κλικ στην εικόνα.





John Bowlby (1907-1990), ο Βρετανός ψυχίατρος που ήταν ο κύριος εμπνευστής της Θεωρίας του Δεσμού.

της ικανότητας των γονέων για εννόηση ή αναστοχασμό και κατανόησης των ψυχικών καταστάσεων. Αξιολογούν την ικανότητα των γονέων να λαμβάνουν υπόψη και να ενσυναισθάνονται την εμπειρία του παιδιού τους αλλά και τις επιπτώσεις της δικής τους ψυχικής υγείας στα παιδιά τους.

Ερευνητικές μέθοδοι για την αξιολόγηση του δεσμού όπως: το Strange Situation Procedure (Ainsworth et al, 1978), The Adult Attachment Interview (George et al, 1978), The Parent Development Index (Slade, 2005) και το Working Model of Child (Benoit et al, 1997; Vreeswijk et al, 2012) είναι χρονοβόρες, απαιτούν εκτεταμένη εκπαίδευση και δεν μπορούν εύκολα να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη. Δεν υπάρχουν παγκοσμίως αποδεκτά κλινικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα για την αξιολόγηση του δεσμού σε διαφορετικές ηλικίες και για την διάγνωση των διαταραχών της προσκόλλησης, παρόλο που υπάρχει μία σειρά προσεγγίσεων αυτών, σε κλινικό επίπεδο (Crowell, 2003; Zeanah et al, 2011). Πολλοί κλινικοί όταν ερωτώνται για την ποιότητα του δεσμού των παιδιών νιώθουν αποπλισμένοι αφού έχουν λάβει ελάχιστη εκπαίδευση και εμφανίζουν μεγάλη αβεβαιότητα στην κλινική αξιολόγησή του (Crittenden et al, 2007). Για αυτόν ακριβώς το λόγο, εκτός ερευνητικού πλαισίου, όταν δεν έχει πραγματοποιηθεί επίσημη αξιολόγηση, είναι σκόπιμο να περιγραφεί αυτό που παρατηρείται μεταξύ του παιδιού και του φροντιστή, παρά να χρησιμοποιηθεί συγκεκριμένη ορολογία η οποία υπονοεί είτε την Αξιολόγηση του Δεσμού είτε τη διάγνωση των Διαταραχών της Προσκόλλησης.

Υπάρχει όλο και αυξανόμενη βιβλιογραφία η οποία εξετάζει την εφαρμογή της θεωρίας του δεσμού και τις ταξινομήσεις, σε οικογένειες που βρίσκονται σε ποικίλα πολιτισμικά πλαίσια (Quinn & Magea, 2013; Keller, 2013).

Παρόλ' αυτά, μέχρι σήμερα υπάρχουν ελάχιστες διαπολιτισμικές μελέτες που εξετάζουν θέματα διακοπής και διαταραχής του δεσμού.

Αυτό αντιτίθεται σε περιγραφικές μελέτες, οι οποίες αναγνωρίζουν την πολιτισμική ποικιλομορφία στις προσεγγίσεις της πρώιμης γονεϊκότητας και πραγματεύονται τον τρόπο που η ανάπτυξη, η ασφάλεια και η εξερεύνηση υποστηρίζονται και διατηρούνται σε διαφορετικά πολιτισμικά και κοινωνικά πλαίσια.

Οι περισσότερες παρεμβάσεις ψυχικής υγείας βρεφών και παιδιών μικρότερης ηλικίας, δεν απαιτούν μία τυπική αξιολόγηση του δεσμού αλλά μία καλή κατανόηση της θεωρίας του δεσμού, η οποία θα επιτρέψει στους κλινικούς να αξιολογήσουν τα συναισθηματικά και τα συμπεριφορικά προβλήματα από την οπτική γωνία των σχέσεων. Αυτό περιλαμβάνει την εστίαση στο ιστορικό των σχέσεων του παιδιού, στα προβλήματα και στα δυνατά σημεία της σχέσης μεταξύ των φροντιστών και του παιδιού, πάρα στην εστίαση σε δυσκολίες ή δυνατά σημεία που υφίστανται ατομικά μόνο στο ίδιο το παιδί (Zeanah et al, 2011). Οι αρχές της αξιολόγησης συνοψίζονται στον Πίνακα Α.4.1 (από το αρχικό κεφάλαιο p5).

### Τύποι Δεσμού και Διαταραχές της Προσκόλλησης

Η Θεωρία του δεσμού περιγράφει τρεις τύπους που ονομάζονται οργανωμένοι δεσμοί και έναν αποδιοργανωμένο τύπο. Αυτό είναι γνωστό ως το μοντέλο ABC + D (Cassidy & Shaver, 2008) (βλέπε επίσης [Circle of Security website](#)). Τα παιδιά αναπτύσσουν αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς και διαχείρισης των συναισθημάτων, ως απάντηση σε επαναλαμβανόμενες αλληλεπιδράσεις με τους φροντιστές τους. Τέτοιες στρατηγικές οργανώνονται ώστε να διατηρούν την εγγύτητα με τους φροντιστές και να διαχειρίζονται τη στοργή που εκείνοι δείχνουν σε περιόδους δυσφορίας. Οι οργανωμένοι τύποι του δεσμού ταξινομούνται ως: *ασφαλής*, *ανασφαλής/αποφευκτικός* και *ανασφαλής/αμφιθυμικός*. Η συμπεριφορά του αποδιοργανωμένου τύπου θεωρείται ότι υποδεικνύει πως το παιδί απέτυχε στο να αναπτύξει μία συνεκτική στρατηγική στη διαχείριση της δυσφορίας σε σχέση με το φροντιστή του. Αυτό παρατηρείται συχνότερα όταν ο φροντιστής αποτελεί ταυτόχρονα πηγή ανακούφισης αλλά και αιτία δυσφορίας και άγχους, όπως για παράδειγμα σε καταστάσεις παιδικής κακοποίησης (βλέπε Howe 2005, Lyons-Ruth et al, 2005). Οι διαταραχές της προσκόλλησης διαφέρουν από τους τύπους του δεσμού,

Μία συνολική εκτίμηση βασίζεται στην κατανόηση των αναπτυξιακών επιτευγμάτων κάθε περιόδου και στην παρατήρηση της σχέσης του παιδιού με το φροντιστή. Περιλαμβάνει:

- τη συνέντευξη της κλινικής αξιολόγησης
- την παρατήρηση της σχέσης γονέα – παιδιού και της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους
- την αναπτυξιακή αξιολόγηση του παιδιού.

Οι γονείς ενός κοριτσιού δυο ετών απευθύνθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία μιας ψυχιατρικής κλινικής παραπονόμενοι ότι η κόρη τους είναι "πολύ νεύρική και αναστατωμένη από την ηλικία του ενός έτους". Οι γονείς ανέφεραν ότι συχνά γινόταν επιθετική, χτυπούσε το κεφάλι της στον τοίχο του σπιτιού και προκαλούσε εκδροές στον εαυτό της. Ξυπνούσε αγχωμένη, απέρριπτε το μπιμπερό και προκαλούσε αμυχές στη μητέρα της. Η συμπεριφορά αυτή επιδειωνόταν όταν ερχόταν σε επαφή με άλλα παιδιά κι έτσι οι γονείς την κρατούσαν στο σπύτι. Γινόταν επιθετική με τους ενήλικες, πετώντας τα παιχνίδια είτε στο πάτωμα είτε στους ίδιους. Ανέφεραν ότι ηρεμούσε στην παρουσία του μητρικού παππού, ο οποίος έκανε ότι εκείνη ήθελε ακόμα και πράγματα που οι γονείς θεωρούσαν επικίνδυνα. Με τους ξένους ήταν πολύ ντροπαλή, κρατούσε χαμηλά το κεφάλι της και δεν μιλούσε. Οι γονείς δεν μπορούσαν να εντοπίσουν την αιτία των συμπτωμάτων, αλλά η έναρξή τους συνέπιπτε με την περίοδο που το παιδί μάθαινε να περπατάει και κατά συνέπεια να γίνεται πιο ανεξάρτητο. Ζούσε μαζί με τους γονείς της και τον αδερφό της που ήταν οκτώ ετών.

Ήταν εμφανές ότι γονείς είχαν πολύ διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης για την διαχείριση της. Η μητέρα είχε δυσκολίες στο να θέσει όρια, ενώ ο πατέρας, όταν βρισκόταν στο σπίτι, τιμωρούσε το κορίτσι (χτυπώντας την με την παντόφλα). Η μητέρα είπε πως πάντα ήθελε να έχει μία κόρη την οποία θα μπορούσε να "ντύνει σαν πριγκίπισσα" και πως αυτό το κορίτσι δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες της. Ο αδερφός της ήταν πολύ ήρεμος και υπάκουος και ποτέ δεν ήταν το πρόβλημα.

Η ψυχολόγος αξιολόγησε την οικογένεια σε ένα διάστημα τεσσάρων εβδομάδων, πήρε συνέντευξη από τους γονείς, παρατήρησε το παιδί μόνο του αλλά και την αλληλεπίδραση μεταξύ των παιδιών και των γονέων και συνέστησε στους γονείς ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων. Ύστερα από μερικές συνεδρίες, οι γονείς ανακάλυψαν καλύτερους τρόπους στο να θέτουν όρια και στο να αποκριθούν στο γονεϊκό τους ρόλο με συνέπεια και η συμπεριφορά του κοριτσιού βελτιώθηκε. Το επόμενο βήμα ήταν να υποστηριχθούν οι γονείς ώστε να στείλουν το παιδί στον παιδικό σταθμό για λίγες μέρες την εβδομάδα, δίνοντας της έτσι την ευκαιρία να βρεθεί με άλλα παιδιά και ενήλικες.

**Πίνακας A.4.1 Αρχές της Αξιολόγησης****1 Αξιολόγηση του κινδύνου**

Η αξιολόγηση της άμεσης και μακροπρόθεσμης ασφάλειας ή κινδύνων για τα βρέφη τα μικρά παιδιά και των άλλων μελών της οικογένειας είναι απαραίτητη και αναπόφευκτη διαδικασία όλων των αξιολογήσεων. Ο εστιασμός αυτός μπορεί ή μπορεί και να μην είναι πάντα σαφής για την οικογένεια αλλά αποτελεί βασικό στοιχείο της ευθύνης και της υποχρέωσης του κλινικού.

**2 Οι γονείς θέλουν το καλύτερο για τα παιδιά τους**

Σχεδόν πάντοτε, οι γονείς επιθυμούν το καλύτερο για τα παιδιά τους και την οικογένεια τους. Ο ρόλος του κλινικού είναι να τους βοηθήσει να το παρέχουν.

**3 Βιο-ψυχο-κοινωνικό πλαίσιο**

Η βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση διασφαλίζει ότι λαμβάνονται υπ' όψιν οι σωματικοί, ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην παρούσα κατάσταση της οικογένειας και του βρέφους. Η σωματική και η ψυχο-κοινωνική ευημερία ενός βρέφους δεν μπορεί να αξιολογηθεί χωριστά.

**4 Αναπτυξιακό πλαίσιο**

Η περίοδος της περιγεννητικής και της πρώιμης παιδικής ηλικίας είναι μια μεταβατική και ταχεία ανάπτυξης περίοδος για το βρέφος και την οικογένεια. Τα παιδιά αναπτύσσονται με διαφορετικό ρυθμό σε ένα φάσμα φυσιολογικών παραμέτρων και οι δυσκολίες θα πρέπει να γίνονται κατανοητές εντός του αναπτυξιακού πλαισίου. Τα συναισθηματικά, συμπεριφορικά και αναπτυξιακά προβλήματα που εμφανίζονται στην βρεφική ηλικία μπορούν να έχουν εφ' όρου ζωής συνέπειες, άλλες φορές όμως αποτελούν εκδηλώσεις των φυσιολογικών αναπτυξιακών μεταβάσεων: με την πάροδο του χρόνου και με την κατάλληλη υποστήριξη, υποχωρούν.

**5 Μια προσέγγιση των σχέσεων**

Η πρώιμη ανάπτυξη μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο εντός του πλαισίου φροντίδας. Όπως έχει περιγραφεί παραπάνω, αυτό συμπεριλαμβάνει τους δεσμούς και την ποιότητα των πρώιμων σχέσεων του βρέφους. Παρόλο που ατομικοί παράγοντες του παιδιού ή του γονιού μπορούν να συμβάλλουν στις τρέχουσες δυσκολίες, η αλληλεπίδραση ή το "ταίριασμα" μεταξύ των αναγκών και των ικανοτήτων κάθε μέλους της οικογένειας, αλλά και οι πηγές άγχους και υποστήριξης εντός του οικογενειακού πλαισίου, θα μπορούσαν να καθορίσουν την έκβαση.

**6 Ευαλωτότητα και δυνατά σημεία**

Η αναγνώριση των ευάλωτων και δυνατών σημείων (ονομάζονται και προστατευτικοί παράγοντες & παράγοντες κινδύνου) βοηθάει στη διαμόρφωση και κατεύθυνση των παρεμβάσεων.

**7 Το συνδιαλλακτικό αναπτυξιακό μοντέλο**

Το συνδιαλλακτικό αναπτυξιακό μοντέλο (Sameroff & Mackenzie, 2003) δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων μέσα στο χρόνο και η "ανάπτυξη του παιδιού θεωρείται ως αποτέλεσμα μιας διαρκούς δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του παιδιού και των εμπειριών του που παρέχονται από το οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο" (Sameroff & Fiese, 2000, p10).

Η διαδικασία της αξιολόγησης διευκολύνεται από την υπόθεση ότι οι γονείς είναι οι ειδικοί όσον αφορά στο παιδί τους και έχουν ως γνώμονα το συμφέρον του.

και πρόσφατα έχουν ταξινομηθεί στο DSM-5 ως "Διαταραχές συνδεδεμένες με τραύμα και στρεσογόνους παράγοντες", όπου απαιτείται το παιδί "να έχει βιώσει ένα πρότυπο ακραίων συνθηκών ανεπαρκούς φροντίδας"(p265). Μία εναλλακτική προσέγγιση που αφορά στην ταξινόμηση των τύπων δεσμού και των διαταραχών της προσκόλλησης ονομάζεται "Dynamic Maturation Model" (DMM) και έχει προταθεί από τον Crittenden (Crittenden, 2006, Landa et al, 2013). Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη φύση, τη λειτουργία και το κόστος των αυτό-προστατευτικών στρατηγικών που αναπτύσσει ένα παιδί, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας και του



τραύματος. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια ώστε να λαμβάνονται υπόψη στην κλινική διατύπωση και την παρέμβαση (Shah & Strathearn, 2014).

## Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Υπάρχει πλήθος βασικών αρχών και ζητημάτων τα οποία χρειάζεται να εκτιμηθούν σε οποιαδήποτε αξιολόγηση μιας οικογένειας με βρέφος ή μικρό παιδί, ανεξάρτητα από το πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιείται η αξιολόγηση ή την εμπειρία του κλινικού. Αυτά συνοψίζονται στον Πίνακα Α.4.1. Οι αρχές αυτές προέρχονται από την κλινική εμπειρία και εμπλουτίζονται από την έρευνα και τις θεωρητικές προσεγγίσεις της νηπιακής ηλικίας, της πρώιμης παιδικής ηλικίας και των οικογενειακών διεργασιών. Η αξιολόγηση που πηγάζει από αυτές τις αρχές, επιτρέπει στον κλινικό να αναπτύξει μία συμμαχία με την οικογένεια με σκοπό την κατανόηση του παρόντος προβλήματος, και να αποφασίσει που θα στοχεύσουν καλύτερα η παρέμβαση και η βοήθεια.

### Το Πλαίσιο της Κλινικής Αξιολόγησης

Η αξιολόγηση των βρεφών και των οικογενειών τους πραγματοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και συνθηκών και έτσι η προσέγγιση θα εξαρτηθεί από τον επαγγελματικό ρόλο του κλινικού γιατρού, την πρακτική του και τους στόχους της αξιολόγησης. Η επίσκεψη στο σπίτι μιας οικογένειας, παρέχει πολύ διαφορετικές πληροφορίες από εκείνες που λαμβάνονται σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον. Για παράδειγμα, μία οικογένεια μπορεί να παρουσιαστεί μόνο για μία φορά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου αργά τη νύχτα, όταν οι γονείς ανησυχούν ότι το μωρό τους είναι αδιάθετο και ότι δεν θα κοιμηθεί. Εάν όμως κάποιος το εξέταζε στο σπίτι, οι πρακτικές και οι οικονομικές δυσκολίες (για παράδειγμα η έλλειψη χώρου και η φασαρία από τους γείτονες) που επηρεάζουν την ικανότητά τους να επικεντρωθούν στο μωρό και να το ηρεμήσουν, μπορεί να ήταν πιο εμφανείς. Αυτό θα μπορούσε να μεταβάλει το επίκεντρο της αξιολόγησης και να χρειαστεί διαφορετική αξιοποίηση του χρόνου του ιατρού καθώς και ενδεχόμενη εμπλοκή άλλων συναδέλφων. Η αξιολόγηση μπορεί να λάβει χώρα και σε ένα πλαίσιο ψυχικής υγείας επειδή υπάρχει ανησυχία για την ύπαρξη γονεϊκής κατάθλιψης και την επίδραση αυτής στο βρέφος. Εναλλακτικά, μία οικογένεια μπορεί να παρακολουθείται τακτικά σε μία κλινική βρεφών και νηπίων, επιτρέποντας την παρατήρηση μέσα στο χρόνο καθώς αναπτύσσονται οι σχέσεις και μεγαλώνει το βρέφος. Οι ανησυχίες για κακοποίηση ή παραμέληση απαιτούν αξιολόγηση και αναπόφευκτα εμπλέκουν τον ιατρό στο δύσκολο έργο της δημιουργίας σχέσης και συνεργασίας με γονείς οι οποίοι νιώθουν ότι απειλούνται, φοβούνται ή τους έχει ασκηθεί κριτική.

Η αναπτυξιακή αξιολόγηση ή η παρακολούθηση (follow-up) μίας οικογένειας με παιδί με ιατρικά ή αναπτυξιακά προβλήματα συμπεριλαμβάνει μία πιο άμεση ιατρική ή βιολογική εστίαση, αλλά παρόλ' αυτά είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη το οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο. Δεν υπάρχουν απόλυτα σωστοί ή λανθασμένοι τρόποι, όμως κάθε κλινικός χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη του τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς της προσέγγισης που θα ακολουθήσει και τον τρόπο που αυτή μπορεί να επηρεάσει τις πληροφορίες που θα λάβει, και να βεβαιωθεί ότι θα εστιάσει στην σχέση μεταξύ του βρέφους και των γονέων του, καθώς και σε οποιοδήποτε άλλο άτομο αναφέρει λόγους ανησυχίας.

### Σκοπός της Αξιολόγησης

Ο κύριος σκοπός της αξιολόγησης, ανεξαρτήτως του πλαισίου ή του περιβάλλοντος, είναι η αναγνώριση και η κατανόηση των προβλημάτων που

### Λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με:

Το τρέχον πρόβλημα :

- Γιατί σας επισκέφτηκαν; (ποιο είναι το πρόβλημα;)
- Με ποιο τρόπο τα μέλη της οικογένειας αντιλαμβάνονται και περιγράφουν όσα έχουν συμβεί;
- Έχει επαναληφθεί στο παρελθόν;
- Υπήρξε εκλυτικός παράγοντας;
- Γιατί αναζήτησαν τώρα βοήθεια;
- Τι έχουν προσπαθήσει στο παρελθόν και τι τους βοήθησε;
- Τι τους ώθησε να αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια από εσάς και από την υπηρεσία σας;
- Σε τι ακριβώς χρειάζονται βοήθεια; Ποιες είναι οι προτεραιότητες τους;

Το οικογενειακό και αναπτυξιακό ιστορικό

- του παιδιού
- των γονέων και της οικογένειας
- των παραγόντων υποστήριξης και άγχους που υπάρχουν. Αυτό συμπεριλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με:
  - Το ατομικό ιστορικό του κάθε γονέα και τη δική τους οικογένεια και τις σχέσεις μεταξύ τους
  - Τους γονείς ως ζευγάρι
  - Τη σύλληψη, την εγκυμοσύνη και τη γέννηση του παιδιού
  - Το αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού



αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας ατομικά αλλά και ως οικογενειακό σύστημα, των δυνατών τους σημείων και της ευαλωτότητάς τους, προκειμένου να τους βοηθήσει στη μεγιστοποίηση του αναπτυξιακού δυναμικού του παιδιού τους. Οι πληροφορίες που αποκτήθηκαν κατά την αξιολόγηση μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς, όπως ερευνητικούς σε νοσοκομειακές ή κοινωνικές συνθήκες, που επηρεάζουν την γονεϊκότητα και την ανάπτυξη των παιδιών.

## Πηγές Πληροφοριών

Η κατανόηση των ζητημάτων και των αναφερόμενων προβλημάτων για την οικογένεια και το μωρό, αναπτύσσονται μέσω της ενσωμάτωσης των πληροφοριών από διαφορετικές πηγές, οι οποίες καθορίζονται εν μέρει από το κλινικό περιβάλλον και από το σκοπό της αξιολόγησης. Οι πηγές άμεσης πληροφόρησης περιλαμβάνουν:

- Το κλινικό ιστορικό που παρέχεται από τον υπεύθυνο παραπομπής και από την οικογένεια
- Την παρατήρηση των μελών των οικογενειών και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους
- Τις ιατρικές εξετάσεις και τις αναπτυξιακές δοκιμασίες
- Άλλες πηγές (για παράδειγμα τον υπεύθυνο παραπομπής κι άλλες υπηρεσίες που εμπλέκονται με την οικογένεια, όπως τα κέντρα παιδικής φροντίδας).

Άλλες πληροφορίες μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Γραπτές αναφορές από προηγούμενες αξιολογήσεις και παρεμβάσεις
- Συναισθηματικές πληροφορίες - στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η ανταπόκριση και τα συναισθήματα του ιατρού απέναντι στην οικογένεια και τον τρόπο που αυτά εκδηλώνονται
- Πληροφορίες (γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές) οι οποίες προέρχονται από την επαγγελματική εμπειρία του κλινικού.

## Η Διαδικασία της αξιολόγησης

Υπάρχουν αρκετές βασικές παράμετροι στην αξιολόγηση των οικογενειών με βρέφη ή με μικρά παιδιά. Είναι σημαντικό να επιτραπεί στους γονείς και τους φροντιστές να εξερευνήσουν τα σύνθετα συναισθήματα τους που σχετίζονται με την γονεϊκότητα και να υποστηριχθούν στον εντοπισμό δυσκολιών που μπορεί να παρεμποδίζουν τις καλύτερες προσπάθειές τους. Αυτή η διαδικασία υποστηρίζεται καλύτερα από μία προσέγγιση η οποία ξεκινά από την υπόθεση ότι οι γονείς είναι οι ειδικοί όσον αφορά στο παιδί τους και έχουν ως γνώμονα το συμφέρον του παιδιού τους. Επιπλέον, η ακρόαση με απουσία κριτικής και το γνήσιο ενδιαφέρον για το πρόβλημα, την οικογένεια και το παιδί, είναι απαραίτητα ώστε να μπορέσει να επικοινωνήσει ο γιατρός το ενδιαφέρον του και την ανησυχία του. Καθώς η αξιολόγηση περιλαμβάνει ένα μέλος της οικογένειας που δεν έχει ακόμα λεκτική επικοινωνία και δεν μπορεί να πει τη δική του ιστορία μέσα από λέξεις, η παρατήρηση της συμπεριφοράς και η αλληλεπίδραση, περισσότερο

### Παραδείγματα προστατευτικών παραγόντων και παραγόντων κινδύνου

Η Θωμαΐς γεννήθηκε ελαφρώς πρόωρα και εξαρτημένη από ουσίες καθώς η μητέρα της έκανε χρήση ηρωίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (βιολογικός κίνδυνος). Η μητέρα κρίθηκε ανεπαρκής να τη φροντίσει λόγω της συνεχιζόμενης χρήσης ουσιών κι έτσι η Θωμαΐς δόθηκε στους θείους της όταν ήταν στην ηλικία του ενός μηνός (η ποιότητα της φροντίδας που θα λάβει από το συγγενικό περιβάλλον θα καθορίσει εάν αυτό θα λειτουργήσει ως αναπτυξιακός κίνδυνος ή ως προστατευτικός παράγοντας για την Θωμαΐς). Αρχικά ήταν ένα πολύ ευερέθιστο και ανήσυχο μωρό αλλά στην πορεία αναπτύχθηκε καλά και δημιούργησε έναν οργανωμένο δεσμό με τη θεία της (ψυχολογική προστασία).

Στην ηλικία των τριών ετών, ένας δυνατός ανεμοστρόβιλος διέλυσε την πόλη όπου έμενε η οικογένεια καταστρέφοντας το σπίτι τους (περιβαλλοντικός κίνδυνος). Παρόλο που κανένας δεν τραυματίστηκε, η οικογένεια αναγκάστηκε να ζήσει για αρκετούς μήνες σε ένα άσυλο, ο θείος έχασε τη δουλειά του κι υπήρχαν πολλοί στρεσογόνοι παράγοντες, με αποτέλεσμα να πέσει σε κατάθλιψη (ψυχολογικός/σχεσιακός κίνδυνος). Προκειμένου να βρούνε δουλειά χρειάστηκε να μετακινηθούν από την περιοχή που πάντα ζούσαν σε μία άλλη συνοικία όπου ήταν κοινωνικά απομονωμένοι (κοινωνικό-πολιτισμικός κίνδυνος). Επρόκειτο για μία ικανή οικογένεια και ανέπτυξαν στενές σχέσεις με άλλες οικογένειες οι οποίες είχαν έρθει κι εκείνες πρόσφατα στην πόλη και οποίες τους βοήθησαν να εγκατασταθούν στην κοινότητα (προστατευτικό περιβάλλον).



από ότι θα μπορούσε να ειπωθεί, παρέχει στον ιατρό πλούσιες πληροφορίες για το σύστημα της οικογένειας. Τέλος, η παροχή πληροφοριών, η συμβουλή και η παρέμβαση δεν θα πρέπει να προηγούνται της εν τω βάθει κατανόησης των αναφερόμενων προβλημάτων.

Cornelis de Vos. Πορτρέτο του Anthony Reyniers και της οικογένειάς του (1631)

Στο Μουσείο Τέχνης της Φιλαδέλφεια

## Η Συνέντευξη

Ο σκοπός της συνέντευξης δεν είναι μόνο η συλλογή των πληροφοριών και των αντικειμενικών δεδομένων, αλλά και η διαμόρφωση μίας θεραπευτικής σχέσης μέσα από την οποία το πρόβλημα μπορεί να γίνει κατανοητό και να επιλυθεί. Είτε μια οικογένεια αξιολογηθεί μία φορά είτε περισσότερες, η διαδικασία της ανάπτυξης μίας θεραπευτικής συμμαχίας συχνά καθορίζει την επιτυχία, μέσω της ανακάλυψης των γεγονότων της ιστορίας. Με τον ίδιο τρόπο που η γονεϊκότητα αφορά κυρίως στις σχέσεις, έτσι κι η επαφή με τις οικογένειες που βρίσκονται σε δύσκολες καταστάσεις χρειάζεται να γίνει κατανοητή ως μία επαγγελματική σχέση, μέσα στην οποία η οικογένεια μπορεί να αισθάνεται ότι την ακούν και την καταλαβαίνουν, και ως εκ τούτου να αισθάνεται και περισσότερο ικανή να φροντίσει καλύτερα το παιδί της.

Είναι σημαντικό να υπάρχει σαφήνεια και ευθύτητα σχετικά με το σκοπό της συνέντευξης, τους επαγγελματικούς ρόλους και τις ευθύνες, καθώς και για τυχόν όρια στην εμπιστευτικότητα. Ακόμη και όταν αξιολογούνται ανησυχίες σχετικά με την κακοποίηση ενός παιδιού ή απαιτείται ιατρονομική γνωμάτευση, η σημασία της θεραπευτικής σχέσης δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Απαιτείται προσεκτική ακρόαση της οικογένειας: Γιατί έχουν έρθει; Ποιες είναι οι ανησυχίες τους; Σε τι χρειάζονται βοήθεια;

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δίνεται η ευκαιρία παρατήρησης του βρέφους ή του νηπίου και των αλληλεπιδράσεών του με τους ενήλικες. Μία μοναδική πτυχή της αξιολόγησης των οικογενειών με βρέφος ή μικρό παιδί είναι ότι πολύ συχνά “ο ασθενής” δεν έχει λόγια να εκφράσει τη δική του

**Το πλαίσιο - Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον** (Reder *et al*, 2003)

- Οικογενειακή Λειτουργικότητα: για παράδειγμα, η φτώχεια, η ανεργία, η ανταπόκριση σε στρεσογόνες καταστάσεις, ο κοινωνικός ή πολιτισμικός αποκλεισμός
- Η σταθερότητα στις σχέσεις και στις κοινωνικές καταστάσεις
- Οι σχέσεις με τους άλλους και η δυνατότητα να γίνεται χρήση των παρεμβάσεων και της υποστήριξης της κοινότητας
- Τα ευρύτερα δίκτυα τα οποία υποστηρίζουν ή εγκαταλείπουν την οικογένεια τη δεδομένη στιγμή των ταχέων αναπτυξιακών αλλαγών
- Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν την οικογένεια
- Η ποιότητα των σχέσεων και οι αλληλεπιδράσεις
- Η οικογενειακή βία
- Πρακτικά θέματα και καταστάσεις: Η πρακτική πραγματικότητα της οικογενειακής κατάστασης συμπεριλαμβανομένης της στέγασης, της φτώχειας, της εργασιακής απασχόλησης και των εκπαιδευτικών ευκαιριών
- Τι συμπεριλαμβάνουν οι γονείς στο γονεϊκό ρόλο;
- Τα ψυχολογικά και κοινωνικά δυνατά τους σημεία και οι πόροι τους
- Οι φαντασιώσεις τους για το παιδί, ποιός θα είναι και τί θα σημαίνει το παιδί για τους ίδιους
- Το ιστορικό που προηγείται της σύλληψης και της γέννησης, συμπεριλαμβανομένων των εμπειριών εντός των δικών τους οικογενειών αλλά και των εμπειριών της φροντίδας που έχουν λάβει από τους γονείς τους
- Οι προσδοκίες από τον εαυτό τους ως γονείς, οι οποίες είναι επηρεασμένες από τις προσωπικές τους εμπειρίες της οικογενειακής ζωής
- Η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας: το ιστορικό των γονέων και το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό τους, η παρουσία πρόσφατων δυσκολιών συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών από τους γονείς
- Η ηλικία των γονέων και το στάδιο της ζωής που βρίσκονται.

πλευρά της ιστορίας. Σ' αυτήν την περίπτωση ό,τι παρατηρείται σχετικά με το παιδί, τη συμπεριφορά του, τις αντιδράσεις και την αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι σημαντικό επειδή βοηθάει τον κλινικό να κατανοήσει την εμπειρία του παιδιού. Ο κλινικός και οι γονείς μπορούν στη συνέχεια να κατασκευάσουν μία αφήγηση ή μία "ιστορία"- έναν απολογισμό της εμπειρίας της οικογένειας με το παιδί- ώστε να κατανοήσουν τι συμβαίνει. Αυτή η κατανόηση ή "η εκδοχή της ιστορίας" συχνά τροποποιείται μέσω της αξιολόγησης και της παρέμβασης, καθώς λαμβάνουν χώρα η ανάπτυξη και οι αλλαγές.

**Το Ιστορικό**

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, – ιδανικά είναι παρόντες το παιδί, οι δύο γονείς και άλλοι σημαντικοί φροντιστές – ο κλινικός διερευνά με την οικογένεια τις ελπίδες και τους φόβους τους, τις προσδοκίες από τον εαυτό τους και από το παιδί, καθώς και την (έως τώρα) εμπειρία τους με τις ιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συγκεντρώνονται βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικό-πολιτισμικές πληροφορίες με σκοπό τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων του παιδιού, των γονέων, της σχέσης τους, και του κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου. Μπορεί να είναι προτιμότερο να επιτραπεί στην οικογένεια να ξεκινήσει, λέγοντας την ιστορία της με το δικό της τρόπο, αντί να τους απευθυνθούν πάρα πολλές ερωτήσεις πριν μπορέσουν να χρησιμοποιήσουν τα δικά τους λόγια για να εξηγήσουν ότι τους απασχολεί.

**Αξιολόγηση Προσανατολισμένη στο Δεσμό**

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, η τυπική αξιολόγηση του δεσμού δεν πραγματοποιείται συνήθως σε κλινικό περιβάλλον ωστόσο μία προσέγγιση προσανατολισμένη στο δεσμό περιλαμβάνει:



- Το ιστορικό της σύλληψης, της εγκυμοσύνης και της γέννησης και οποιαδήποτε απώλεια ή σημαντική δυσκολία της οικογένειας η οποία σχετίζεται με αυτή την περίοδο.
- Το ιστορικό των δεσμών του παιδιού. Είναι σημαντική η επικέντρωση σε μία χρονολογική αναφορά των σημαντικών ατόμων δεσμού που είναι διαθέσιμα στο παιδί από τη γέννηση του, ιδιαίτερα όσον αφορά σε καταστάσεις διακοπής της φροντίδας, εγκατάλειψης ή απώλειας, εναλλακτικών φροντιστών, παραμέλησης και κακοποίησης. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η διαθεσιμότητα του τωρινού κύριου φροντιστή και η επαφή με άλλους φροντιστές καθώς και η συμπεριφορά του παιδιού απέναντι στον καθένα από αυτούς αλλά και η ανταπόκριση στις αλλαγές των φροντιστών. Στα μεγαλύτερα παιδιά θα πρέπει να περιγράφονται οι σχέσεις με τους συνομήλικους και με τα αδέρφια.
- Λεπτομέρειες και παρατήρηση της παρούσας συμπεριφοράς του βρέφους ή του παιδιού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε σχέση με την ποιότητα του δεσμού και τις διαταραχές προσκόλλησης παρουσιάζουν:
  - Η συμπεριφορά μέσω της οποίας αναζητά βοήθεια ή

#### Πίνακας Α.4.2 Κλίμακες αξιολόγησης και ερωτηματολόγια

Εργαλείο	Σχόλια
<p><i>Child Behavior Checklist (CBCL) για ηλικίες 1.5 - 5 ετών</i> (Achenbach &amp; Rescorla, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δύο ερωτηματολόγια που αξιολογούν την προσαρμοστική και δυσπροσαρμοστική λειτουργικότητα των νηπίων από 1,5 έτους έως και την ηλικία των 5 ετών. Συμπληρώνονται από τους γονείς τους νηπιαγωγούς και τους δασκάλους.</li> <li>• Ένα πρόσφατα διεθνές πρόγραμμα το οποίο χρησιμοποίησε το CBCL εντόπισε μία σταθερότητα στη συνύπαρξη συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και στις 24 κοινότητες που συμμετείχαν στη μελέτη (Ivanova et al, 2010; Rescorla et al, 2011)</li> <li>• Διατίθεται προς πώληση</li> </ul>
<p><i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (Goodman, 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αξιολογεί 25 χαρακτηριστικά, θετικά και αρνητικά. Το SDQ έχει μια συμπληρωματική κλίμακα επίδρασης η οποία βοηθάει στην αξιολόγηση της έκπτωσης που σχετίζεται με τις συμπεριφορές που παρουσιάζει το παιδί. Υπάρχουν εκδόσεις σε πολλές γλώσσες, για γονείς και εκπαιδευτικούς, για παιδιά από 2 έως 4 ετών.</li> <li>• Διατίθεται Δωρεάν</li> </ul>
<p><i>The Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)</i> (Squires &amp; Bricker, 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημιουργήθηκε για να αναγνωρίσει τα πιθανά αναπτυξιακά προβλήματα σε βρέφη και μικρά παιδιά (0-5). Ελέγχονται πέντε περιοχές: η επικοινωνία, η αδρή και λεπτή κινητικότητα, η επίλυση προβλημάτων και η ατομική και κοινωνική τους ανάπτυξη. Συμπληρώνεται από γονείς/ φροντιστές</li> <li>• Διατίθεται προς πώληση</li> </ul>
<p><i>The Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ:SE)</i> (Squires et al, 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόκειται για ένα πολιτισμικά προσαρμοσμένο εργαλείο για τους κλινικούς ώστε να μπορούν να εντοπίζουν και να παρακολουθούν τα παιδιά τα οποία διατρέχουν κίνδυνο κοινωνικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων. Το ASQ-SE αξιολογεί την εξέλιξη του παιδιού στους τομείς της συμπεριφοράς, της αυτορρύθμισης, της συμμόρφωσης, της επικοινωνίας, της προσαρμογής, της αυτονομίας, της επίδρασης και της αλληλεπίδρασης με τους ανθρώπους.</li> <li>• Διατίθεται προς πώληση</li> </ul>
<p><i>Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)</i> (Egger &amp; Angold, 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Είναι μία δομημένη συνέντευξη γονέων, για την διάγνωση ψυχικών διαταραχών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (2-5 ετών). Χρησιμοποιείται ως εργαλείο έρευνας αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί κατά το κλινικό έργο.</li> <li>• Διατίθεται προς πώληση. Απαιτείται ειδική εκπαίδευση.</li> </ul>
<p><i>The Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)</i> (Abidin, 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελέγχονται τα επίπεδα του στρες στη σχέση γονέα παιδιού, η δυσλειτουργική γονεϊκή φροντίδα, τα συμπεριφορικά προβλήματα των γονέων και οι δυσκολίες προσαρμογής του παιδιού εντός της οικογένειας.</li> <li>• Είναι διαθέσιμο σε πολλές γλώσσες.</li> <li>• Διατίθεται προς πώληση.</li> </ul>



ανακούφιση, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης στον πόνο ή την δυσφορία (π.χ Σε ποιον επιλέγουν να πάνε εάν πέσουν και τραυματιστούν; Εκδηλώνουν τη δυσφορία; Διακρίνουν τα άτομα ανάλογα με το ποιος μπορεί να τα ανακουφίσει; Είναι ντροπαλά με τους ξένους;)

- ο Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης και η ικανότητα να χρησιμοποιούν το φροντιστή ή κάποιον άλλον ενήλικα για να ανακουφιστούν, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας να εξερευνούν και να παίζουν σε καινούργια πλαίσια, να ανταποκρίνονται στον καθορισμό ορίων και στη φύση της αλληλεπίδρασης με τον κλινικό.

Αυτό πρέπει να γίνει κατανοητό εντός ενός αναπτυξιακού πλαισίου. Ένα βρέφος έξι μηνών είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσει συστολή ή φόβο στους ξένους, σε σχέση με ένα βρέφος 12 μηνών. Ένα νήπιο τριών ετών μπορεί να χρησιμοποιήσει τη λεκτική πληροφορία από το φροντιστή (π.χ. “θα πάω έξω για ένα λεπτό, θα επιστρέψω σύντομα”) ώστε να αντέξει ένα σύντομο αποχωρισμό, ενώ ένα βρέφος 15 μηνών είναι λιγότερο ικανό να το κάνει.

### Το Βιο-Ψυχο-Κοινωνικό Πλαίσιο

Το βρέφος γεννιέται προικισμένο με ένα γενετικό υλικό, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται αυτό που συχνά ονομάζεται ταμπεραμέντο και κατά τη γέννησή του έχει ήδη επηρεαστεί από το περιβάλλον της μήτρας (για παράδειγμα από την επάρκεια της διατροφής, την έκθεση σε ουσίες ή αλκοόλ, την προωρότητα ή κάποια άλλη ιατρική νόσο) (βλέπε Κεφ Β.1). Αυτά αποτελούν τη βιολογική συμβολή στο πώς παρουσιάζεται στην παρούσα φάση το παιδί.

Η ποιότητα της γονεϊκότητας μπορεί να μειώσει ή να επιδεινώσει τις βασικές δυσκολίες του παιδιού. Το παραπάνω συχνά περιγράφεται ως “goodness of fit” (καλό ταίριασμα) μεταξύ των γονεϊκών προσδοκιών και ικανοτήτων και των έμφυτων ικανοτήτων και αναγκών του βρέφους. Συμπεριλαμβάνει ψυχο-κοινωνικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες καθώς και βιολογικούς παραμέτρους της υγείας των γονέων και των βρεφών που επηρεάζουν την ικανότητα τους να ικανοποιούν τις ανάγκες του μωρού τους.

Πολύ συχνά οι γονείς των βρεφών και των μικρών παιδιών ανησυχούν για πιθανές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ - ASDs). Είναι σημαντικό ο κλινικός να το έχει αυτό υπ’ όψιν του, για να αναγνωρίσει τα πρώιμα συμπτώματα των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος. Τα παιδιά με ΔΑΦ που διαγνώστηκαν νωρίς και συμμετέχουν σε κατάλληλα προγράμματα παρέμβασης έχουν καλύτερη έκβαση. (Johnson et, al, 2007). Η [Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία](#) διαθέτει τρόπους υποστήριξης των παιδιών για την αναγνώριση και τη φροντίδα των παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού.

### Η αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης

- Μία μητέρα, η οποία λάμβανε θεραπεία λόγω επιλόχειας ψύχωσης, δήλωσε με περηφάνια ότι θηλάζει το μωρό της με επιτυχία. Όταν το μωρό άρχισε να παραπονιέται, το πήρε στην αγκαλιά της, το τοποθέτησε στην κατάλληλη θέση για να το θηλάσει αλλά δεν ξεκούμπωσε το πουκάμισο της, ούτε έδωσε στο μωρό πρόσβαση στο στήθος της, απλώς το κρατούσε ακουμπισμένο στο πουκάμισο της ενώ το μωρό μάταια προσπαθούσε να πιάσει το στήθος. Η μητέρα φάνηκε να μην αντιλαμβάνεται την προσπάθεια του μωρού μέχρι που εκείνο γκρίνιαξε δυνατά. Δεν ξεκούμπωσε το πουκάμισο της μέχρι να της το υποδείξει ο κλινικός.
- Ένα αγόρι δύο ετών κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης έπεσε από την καρέκλα και χτύπησε σχετικά δυνατά το κεφάλι του. Η μητέρα του τον είχε χαρακτηρίσει ως “ανεξάρτητο”. Αντί να κλάψει ή να πάει στη μητέρα του, πήγε στο παράθυρο και κοιτούσε απ’ έξω. Ήταν συγκλονιστικό για τον ερευνητή το γεγονός ότι δεν αναζήτησε ανακούφιση από το γονέα ούτε έδειξε δυσφορία.
- Ένα αγόρι ηλικίας πέντε ετών συνοδεύεται από τη μητέρα του σε μία συνεδρία με ένα ψυχολόγο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το αγόρι παραπέμφθηκε εκεί από το δάσκαλο του επειδή δεν μπορούσε να ολοκληρώσει τις δραστηριότητες που προτείνονται στην τάξη. Ήταν πάντα σιωπηλός και μόνος, αρνούμενος τις προσκλήσεις των συμμαθητών του να παίζουν. Η μητέρα δεν μπορούσε να κατανοήσει τη συμπεριφορά του. Στην δεύτερη συνεδρία ο ψυχολόγος ζήτησε από το αγόρι να παίξει προσφέροντας του μερικά παιχνίδια. Το αγόρι μπόρεσε να παίξει μόνο όταν η μητέρα μπήκε στο δωμάτιο και του έδωσε προφορικές οδηγίες για το τι πρέπει να κάνει.
- Μετακινούσε ή άλλαζε τα παιχνίδια μόνο εφόσον του το επέτρεπε εκείνη. Ύστερα απ’ αυτό, ο ψυχολόγος ζήτησε περισσότερες πληροφορίες για τις συνήθειές του και διαπίστωσε ότι δεν επιτρεπόταν στο παιδί να κάνει τίποτα που η μητέρα δεν είχε προγραμματίσει.

**Η παρατήρηση παρέχει πληροφορίες σχετικά με:**

- την αίσθηση της ασφαλείας που νιώθει ένα παιδί σε ένα μη οικείο περιβάλλον
- την ευαισθησία του γονέα απέναντι στο παιδί
- την ανταπόκριση του παιδιού στη γονεϊκή φροντίδα και στην προσοχή που λαμβάνει
- τη βοήθεια και την ανακούφιση που αναζητάει το παιδί
- την κοινή προσοχή και χαρά
- το ταίριασμα μεταξύ του γονέα και του παιδιού
- την ασφάλεια του γονέα και του παιδιού
- την ικανότητα των γονέων να φροντίζουν συνεργατικά το παιδί και την ποιότητα της σχέσης τους.
- τη σχέση και την αλληλεπίδραση με το παιδί, τα οποία επηρεάζονται από:
- τους άμεσους περιβαλλοντικούς παράγοντες
- τα ατομικά χαρακτηριστικά και τις πλευρές του φροντιστή και του παιδιού
- παρελθοντικά γεγονότα και ιδιαίτερα την εμπειρία της φροντίδας των γονέων από τους δικούς τους γονείς
- επίσης παρέχει πληροφορίες η γλώσσα που χρησιμοποιούν οι γονείς, ο τρόπος με τον οποίο μιλούν στα παιδιά τους ή αναφέρονται σε εκείνα. Για παράδειγμα μπορεί να παρατηρηθούν:
  - Προσβλητικές παρατηρήσεις και ψευδώνυμα
  - Αναφορές (π.χ ένας γονέας μπορεί συνειδητά ή ασυνείδητα να αναφέρεται σε άλλους ανθρώπους ή καταστάσεις αλλά ουσιαστικά να περιγράφει κάτι που αφορά στο παιδί ή στην αλληλεπίδραση του με αυτό)
  - Μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ των γονέων αλλά και μεταξύ των γονέων και του παιδιού, ιδιαίτερα εκφράσεις προσώπου και αγγίγματα
  - Τι λένε οι γονείς στο παιδί, τί λένε για το παιδί κι αν αυτά μεταξύ τους συμφωνούν
  - Ίδανικά, η επικοινωνία μεταξύ του γονέα και του βρέφους ή του μικρού παιδιού θα πρέπει να είναι:
    - *Ανταποκριτική*: Ο γονέας ανταποκρίνεται στα επικοινωνιακά σήματα του παιδιού χωρίς να γίνεται παρεμβατικός ή σκληρός
    - *Συνεργατική*: και οι δύο πλευρές αλληλεπιδρούν ενεργά και δομούν ή βελτιώνουν την επικοινωνία μεταξύ τους ώστε να επανέλθουν τα θετικά και υγιή επίπεδα διέγερσης.
    - *Συναισθηματικά Συντονισμένη*: Ο γονέας μπορεί να εντοπίσει την συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, να συντονιστεί με αυτή και έτσι να οργανώσει την ανταπόκρισή του.

Η θέση του παιδιού στην οικογένεια, συμπεριλαμβανομένου του γένους και της σειράς γέννησης, το νόημα της ύπαρξης αυτού του παιδιού γι' αυτούς τους γονείς τη συγκεκριμένη περίοδο στη ζωή τους και η θέση τους στο κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο είναι επίσης σημαντικά. Θα πρέπει να ληφθούν πληροφορίες για τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι έχουν βοηθήσει ή έχουν εμποδίσει την οικογένεια, είτε τώρα είτε στο παρελθόν.

**Βιολογικοί Παράγοντες**

Περιλαμβάνουν την γενετική ευαλωτότητα, την προηγούμενη και παρούσα κατάσταση της υγείας και οποιοδήποτε σημαντικό οικογενειακό ιστορικό νοσημάτων. Όσον αφορά στο μικρό παιδί, περιλαμβάνει την ενδομήτρια έκθεση σε φάρμακα ή άλλες τοξικές ουσίες και άλλους παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ανάπτυξη και τη σωματική του υγεία.

**Ψυχολογικοί Παράγοντες και παράγοντες των σχέσεων**

Ενδοψυχικοί παράγοντες, όπως μια παρούσα ψυχιατρική διαταραχή, θέματα προσωπικότητας και τύποι δεσμού, καθώς και διαπροσωπικοί παράγοντες όπως το ιστορικό και η ποιότητα των σημερινών σχέσεων.



Father and child, Dhaka, Bangladesh. Photo Steve Evans

Τα παιδιά συνήθως αναπτύσσουν σχέσεις δεσμού και με τους δυο γονείς και συχνά με τους παππούδες ή άλλους φροντιστές.

### **Κοινωνικοί, πολιτισμικοί παράγοντες και παράγοντες του πλαισίου**

Περιλαμβάνονται παράγοντες στο κοινωνικό πλαίσιο, ο βαθμός της κοινωνικής και πολιτισμικής απομόνωσης ή υποστήριξης, η οικονομική ασφάλεια και η γονεϊκή εργασιακή απασχόληση. Η κοινωνικό-οικονομική θέση αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη των βρεφών (Zeanah et al, 1997), αλλά και η ικανότητα της οικογένειας και η προθυμία της να αποκτήσει πρόσβαση και να δεχθεί υποστήριξη είναι πολύ σημαντική. Άλλοι παράγοντες που θα πρέπει να αξιολογηθούν σε αυτό το σημείο, αναγνωρίστηκαν από τους Redel et al (2003), και περιγράφονται στον παραπάνω πίνακα.

### **Διαγενεακά ζητήματα στο γονεϊκό ρόλο**

Το να γίνει κάποιος γονέας πυροδοτεί ισχυρά συναισθήματα, σκέψεις και αναμνήσεις που σχετίζονται με τον τρόπο που μεγάλωσε ο

ίδιος. Πολλές πτυχές του γονεϊκού ρόλου καθορίζονται από τον τρόπο που εμείς οι ίδιοι φροντιστήκαμε, ποιος μας κράτησε, πώς παρηγορηθήκαμε, πώς ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες μας. Αυτές οι πληροφορίες βρίσκονται αποθηκευμένες στην ονομαζόμενη Διαδικαστική Μνήμη, μνήμη που φορά στις ενέργειες, κι όχι στη λεκτική μνήμη. Οι πρώιμες εμπειρίες με τους γονείς μας έλαβαν χώρα πολύ πριν μπορέσουμε “να βάλουμε τα συναισθήματα σε λόγια”. Όπως το έθεσε ο Winnicott (1987) “...κάποτε ήταν μωρό κι έχει μνήμες από όταν ήταν μωρό, έχει επίσης αναμνήσεις για την φροντίδα που έλαβε, κι αυτές είτε θα βοηθήσουν είτε θα εμποδίσουν την δική της εμπειρία ως μητέρα” (p 6).

Οι γονείς που βίωσαν κακοποίηση ή παραμέληση ως παιδιά, όταν γίνουν γονείς βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Αυτό συμβαίνει λόγω των κακοποιητικών προτύπων των σχέσεων στις οποίες πρέπει να στηριχτούν και της επίδρασης που είχε η πρώιμη παραμέληση ή κακοποίηση στη δική τους ικανότητα για αυτορρύθμιση και αναστοχασμό, κάτι που συχνά συνδέεται με περιορισμένη οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη. Μόνο το ένα τρίτο των παιδιών που έχουν κακοποιηθεί, θα γίνουν κακοποιητικοί γονείς (Egeland et al, 2002), όμως σαφώς αποτελεί παράγοντα κινδύνου για επικείμενες δυσκολίες στη γονεϊκότητα. Η αξιολόγηση του κινδύνου συζητείται εκτενώς παρακάτω.

### Κλίμακες Αυτοαναφοράς και Ημιδομημένες Συνεντεύξεις

Εκτός από το ιστορικό και την κλινική παρατήρηση για να βοηθήσουν στην διαδικασία αξιολόγησης του παιδιού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια, κλίμακες αξιολόγησης και δομημένες συνεντεύξεις. Τα σταθμισμένα εργαλεία, περιέχουν ερωτήματα τα οποία μπορούν εύκολα να βαθμολογηθούν, σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού. Έχουν σχεδιαστεί για να συμπληρώνονται από γονείς, φροντιστές και δασκάλους παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργικότητα του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια. Παραδείγματα κλιμάκων και ερωτηματολογίων που έχουν προσαρμοστεί, μεταφραστεί ή χρησιμοποιηθεί σε ένα φάσμα διαφορετικών πολιτισμικών και γλωσσικών κοινοτήτων συνοψίζονται στον πίνακα Α.4.2.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΒΡΕΦΩΝ - ΜΙΚΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ακόμα και κατά τη διάρκεια μίας σύντομης συνέντευξης με μία οικογένεια, μπορούν να γίνουν πολλές παρατηρήσεις, οι οποίες παρέχουν πληροφορίες για την ποιότητα της αλληλεπίδρασης και των σχέσεων. Αυτό, αποτελεί επίσης κεντρικό στοιχείο της αξιολόγησης του κινδύνου. Οι αλληλεπιδράσεις αντικατοπτρίζουν την ικανότητα των γονέων να αναθρέψουν τα παιδιά τους, να ανταποκρίνονται καταλλήλως και με ευαισθησία στις ενδείξεις των αναγκών του παιδιού τους, καθώς και την ικανότητα του παιδιού να δείχνει αυτό που χρειάζεται, να δέχεται και να ανταποκρίνεται στην φροντίδα των γονέων.

Η καθημερινή ρουτίνα της σίτισης, του ύπνου και της καθαριότητας, αποτελεί το πλαίσιο για σημαντικές κοινωνικές συνδιαλλαγές και επιπλέον ενέχει αυξημένο κίνδυνο για το παιδί, όταν το σύστημα της φροντίδας έχει διαταραχθεί ή είναι ανεπαρκές. Το τί πραγματικά κάνουν πράξη οι γονείς είναι πιο σημαντικό από αυτό που λένε ή αυτό που νομίζουν ότι κάνουν. Γι' αυτό το λόγο είναι τόσο σημαντική η παρατήρηση. Η ευαισθησία των γονέων στην επικοινωνία του μωρού ή του μικρού παιδιού είναι βασική στην αναπτυσσόμενη σχέση μεταξύ τους και μπορεί να προβλέψει την ποιότητα της σχέσης - δεσμού, η οποία μπορεί να είναι διαφορετική με κάθε γονέα. Η παρατήρηση της ανταπόκρισης των γονέων στα συναισθηματικά σήματα και

### Συμπτώματα στα μικρά παιδιά που προκαλούν ανησυχία:

- Συχνές εκρήξεις θυμού
- Παντελής απουσία εκρήξεων θυμού, υπερβολικά ήρεμο ή συμμορφωμένο παιδί
- Αντιστροφή ρόλων:
  - ελεγκτική και τιμωρητική συμπεριφορά
  - καταναγκαστική φροντίδα
- Αυτό-καθησυχασμός, αυνανισμός
- Αυτοτραυματισμοί, χτυπήματα κεφαλής
- Επίμονη παλινδρόμηση, απώλεια λειτουργικότητας στη χρήση της τουαλέτας, εμφάνιση μεγαλύτερης προσκόλλησης
- Πρόωρη (ψυχική) ανάπτυξη και υπερβολική ωριμότητα (μικρός ενήλικας)

Οι εκδηλώσεις που εμφανίζουν τα νήπια και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αναλύονται περαιτέρω από τους Luby (2006) & Banaschewski (2010).



Οι γονείς της Ραζνί, έκαναν τακτικά χρήση και οι δυο ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ μετά τη γέννησή της και πιθανώς και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είχε παραμεληθεί και κακοποιηθεί σωματικά και υπήρχε αξιολογημένη βία μεταξύ των γονέων.

Απομακρύνθηκε από τους γονείς της στην ηλικία των 11 μηνών ύστερα από ένα “ανεξήγητο” κάταγμα ποδιού. Εκείνη την περίοδο τα αναπτυξιακά της ορόσημα παρουσίαζαν μία ήπια καθυστέρηση όπως και η σωματική της ανάπτυξη. Η φροντίδα της ανατέθηκε σε έναν συγγενή ο οποίος τη φρόντισε επαρκώς και ως αποτέλεσμα η ανάπτυξη και η εξέλιξή της βελτιώθηκαν.

Στην ηλικία των 2,5 ετών, ο φροντιστής της εμφάνισε καρκίνο και η Ραζνί επέστρεψε στους γονείς της. Ακολούθησε μία ακόμα περίοδος παραμέλησης και βίας. Στην ηλικία των 3,5 ετών η Ραζνί δόθηκε εκ νέου σε ανάδοχη οικογένεια. Εκείνοι ανέφεραν συχνές εκρήξεις θυμού, χτυπήματα και γρατζουνιές στο κεφάλι που προκαλούσε μόνη της. Έκλεβε και αποθησαύριζε τρόφιμα κι ήταν κοινωνικά αδιάκριτη, παρουσίαζε προσκόλληση σε ξένους, σκαρφάλωνε στην αγκαλιά τους και τους κρατούσε τα χέρια κι εάν κάποιος της έκανε παρατήρηση ή επίπληξη, ή υπήρχε ένα δυνατό ερέθισμα όπως ένας θόρυβος τότε αδυνατούσε να θυμηθεί τι έχει συμβεί, διαφωνώντας ή φωνάζοντας.

Οι δυσκολίες της Ραζνί, θα μπορούσαν να γίνουν κατανοητές ως στρατηγικές επιβίωσης τις οποίες αναγκάστηκε να αναπτύξει ως αποτέλεσμα της πρώιμης παραμέλησης και κακοποίησης.

Η συμπεριφορά της άρχισε να καλύτερεύει ύστερα από ένα χρονικό διάστημα όταν βρέθηκε σε ένα ασφαλές και φροντιστικό οικογενειακό περιβάλλον, όμως συνέχισε να εμφανίζει ευαισθησία στους θορύβους και αντιμετώπισε δυσκολίες στον ύπνο, τη σίτιση και τη ρύθμιση των συναισθημάτων της.

στην επικοινωνία του παιδιού τους και η ικανότητά τους να τα ερμηνεύουν και να ανταποκρίνονται κατάλληλα, αποτελούν κεντρικά σημεία της αξιολόγησης.

Η συμπεριφορά των γονέων και του παιδιού όταν βρίσκονται μαζί σας είναι το ίδιο σημαντική με όσα έχουν ειπωθεί. Συστήνεται οι κλινικοί να έχουν την προσοχή τους τόσο σε αυτό που κάνουν οι γονείς και τα βρέφη, όσο και σε αυτά που λένε. Με ένα βρέφος στο δωμάτιο θα παρατηρήσετε πόσο εύκολα προσαρμόζεται, πόσο ανταποκρίνεται στη φωνή και το άγγιγμα των γονέων, πώς επικοινωνεί τις ανάγκες του και πώς οι γονείς του ανταποκρίνονται σε αυτές. Στην παρουσία ενός νηπίου, θα διαπιστώσετε πολλά πράγματα για το πόσο ελεύθερο αισθάνεται να εξερευνήσει το δωμάτιο, πόση εγγύτητα αναζητά από τους γονείς του και ποιες είναι οι συμπεριφορές οι οποίες θα κερδίσουν την προσοχή τους. Επιπλέον, έχει ενδιαφέρον ο τρόπος που τα βρέφη ή τα νήπια θα σχετιστούν μαζί σας. Είναι αρχικά ντροπαλά και στη συνέχεια γίνονται πιο κοινωνικά; Σας πλησιάζουν αμέσως και αλληλεπιδρούν περισσότερο μαζί σας από ότι με τους γονείς τους; Πώς αντιλαμβάνεστε αυτές τις συμπεριφορές στο πλαίσιο της συνολικής αξιολόγησης;

Αυτό εξαρτάται από την ικανότητα του φροντιστή να έχει ενσυναίσθηση και να είναι εναρμονισμένος με το νου και την εμπειρία του παιδιού. Απαιτείται από τους γονείς να αναστοχαστούν τις δικές τους εμπειρίες και την εσωτερική τους κατάσταση και να αναγνωρίσουν το παιδί τους ως μια ύπαρξη που δύναται να βιώνει εμπειρίες: “να είναι με αυτό, αντί να κάνουν σε αυτό”, κάτι που είναι γνωστό ως αναστοχαστική ικανότητα ή ικανότητα εννόησης.

### **Αναστοχαστική Ικανότητα ή Ικανότητα εννόησης**

Η αναστοχαστική ικανότητα ή η ικανότητα εννόησης αναφέρεται στη διαδικασία της κατανόησης της συμπεριφοράς σε σχέση με τις ψυχικές καταστάσεις, ή “το κράτημα του νου στο νου” “holding mind to mind” (Allen et al, 2008, p3). Οι ψυχικές καταστάσεις συμπεριλαμβάνουν σκέψεις, συναισθήματα και προθέσεις, η εννόηση περιλαμβάνει “την ικανότητα να σκέφτεται κανείς για τα συναισθήματα και να αισθάνεται για τις σκέψεις” τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους (Slade, 2005). Ο Fonagy και οι συνεργάτες του (1991), πρότειναν ότι η ικανότητα του γονιού να “κρατάει”

νοητικά την εμπειρία του παιδιού, συνδέεται με την διαγενεακή μεταφορά της ασφάλειας του δεσμού (Slade et al, 2005).

Υπάρχουν διαθέσιμες φόρμες αξιολόγησης της αναστοχαστικής ικανότητας όπως για παράδειγμα το Parent Development Interview (DPI Slade, 2005). Σε σχέση με την κλινική αξιολόγηση, εστιάζει στην ικανότητα των γονέων να χρησιμοποιήσουν την οπτική γωνία του παιδιού ώστε να κατανοήσουν ότι το παιδί σχηματίζει μία εμπειρία ξεχωριστή από τη δική τους. Τα παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης εάν οι γονείς διαρκώς παρεξηγούν ή παρερμηνεύουν τη συμπεριφορά τους (Howe, 2005).

### Ημιδομημένη αξιολόγηση του παιχνιδιού

Μία δομημένη ή ημιδομημένη διαδικασία αξιολόγησης της σχέσης γονέα-παιδιού μπορεί επίσης να φανεί χρήσιμη. Ένα παράδειγμα αποτελεί το “Modified Crowell Procedure” (Crowell & Feldman, 1998) το οποίο δημιουργήθηκε για παιδιά ηλικίας 12 έως 60 μηνών και χρειάζεται 30 έως 40 λεπτά για να χορηγηθεί. Ζητείται από το γονέα να εμπλακεί σε μία σειρά δραστηριοτήτων με το παιδί, κάποιες από τις οποίες περιλαμβάνουν ήπια ματαίωση ή δυσκολία. Συνήθως περιλαμβάνει: να παίξουν “όπως θα έκαναν στο σπίτι” (ελεύθερο παιχνίδι), να ακολουθήσουν το παιδί στον τρόπο που παίζει, να ζητήσουν από το παιδί να μαζέψει τα παιχνίδια, να παίξουν με φούσκες, με παζλ ή με ασκήσεις επίλυσης προβλημάτων και περιλαμβάνει κι ένα μικρό αποχωρισμό με επανασύνδεση. Στο τέλος της διαδικασίας, ο φροντιστής ερωτάται κατά πόσο αντιπροσωπευτικές ήταν αυτές οι αλληλεπιδράσεις σε σχέση με αυτό που συμβαίνει στο σπίτι. Ο σκοπός αυτής της αξιολόγησης είναι η παρατήρηση της αλληλεπίδρασης φροντιστή - παιδιού, σε μία σειρά ελαφρώς διαφορετικών διαδικασιών, ως ένας τρόπος εντοπισμού των δυνατών και ευάλωτων σημείων της σχέσης τους. Στο επίκεντρο βρίσκεται η επίλυση προβλημάτων, το παιχνίδι και η απόλαυση από αυτό αλλά και μία άτυπη αξιολόγηση του δεσμού. Παρέχεται η δυνατότητα παρατήρησης της επιμονής του παιδιού, της χρήσης του φροντιστή για υποστήριξη, της ικανότητας του και της προθυμίας του να ζητήσει βοήθεια, της λεπτής και αδρής κινητικότητας καθώς και του βαθμού απόλαυσης, χαλάρωσης και ευχαρίστησης από τις αλληλεπιδράσεις. Η ποιότητα και η φύση της συμπεριφοράς κάθε ατόμου που συμμετέχει αλλά και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους είναι σημαντικά, όπως σημαντική είναι και η μετάβαση μεταξύ των δραστηριοτήτων (π.χ. Εμφανίζουν τα παιδιά δυσκολία να μεταβούν από μία δραστηριότητα σε μία άλλη; Είναι το εύρος της προσοχής τους περιορισμένο; Συνεργάζονται στο αίτημα για τακτοποίηση; Πόσο σαφής είναι η επικοινωνία των γονιών με το παιδί;). Ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά χρησιμοποιούν το φροντιστή για υποστήριξη κατά τη διάρκεια της μετάβασης μεταξύ των δραστηριοτήτων και κατά την διαδικασία αποχωρισμού και επανένωσης, είναι ιδιαίτερος σημαντικός επειδή αυτές οι αλλαγές αντιπροσωπεύουν ήπιους στρεσογόνους παράγοντες στα μικρά παιδιά. Περισσότερη συζήτηση σχετικά με τη χρήση μέσων παρατήρησης στην αξιολόγηση μπορούν να βρεθούν σε Crowell 2003; Crowell & Feldman, 1988; Mares & Torres 2014; Miron et al, 2009.

### Εργαλεία Δόμησης Σχέσεων

Το “Newborn Behavioral Observation” (NBO) (Nugent et al, 2007) αποτελεί ένα παράδειγμα εργαλείου δόμησης σχέσης το οποίο δημιουργήθηκε για να χρησιμοποιηθεί από κλινικούς που φροντίζουν οικογένειες με νεογνά σε διάφορα πλαίσια. Επινόηθηκε στο Brazelton Institute των ΗΠΑ και ολοκληρώθηκε ύστερα από 25 χρόνια έρευνας με την κλίμακα Neonatal Behavioral Assessment Scale (Brazelton 1973; Brazelton & Nugent 1995).

Το Newborn Behavioral Observation είναι ένα εργαλείο παρατήρησης το οποίο εστιάζει στο βρέφος και επικεντρώνεται στην οικογένεια. Διεξάγεται

#### Τα 4 «Π»

Τα 4 «Π» συνοψίζουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στον τρόπο που παρουσιάζεται η οικογένεια.

- **Προδιαθεσικοί παράγοντες:** τι συνέβαλε στην ευαλωτότητα αυτής της οικογένειας;
- **Παράγοντες επίστευσης:** γιατί αναζητούν βοήθεια τώρα;
- **Παράγοντες διατήρησης:** τι δυσκολεύει τη βελτίωση;
- **Προστατευτικοί παράγοντες:** ποια δυνατά σημεία μπορούμε να εντοπίσουμε και πάνω σε αυτά να χτίσουμε την παρέμβαση μας στο παιδί, την οικογένεια, το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο;

με την ενεργό συνεργασία των γονέων και αποσκοπεί στο να περιγράψει τις ικανότητες του βρέφους και την ιδιοσυστασία του. Αποτελείται από 18 συμπεριφορικές και αντανεκλαστικές δοκιμασίες που εξετάζουν τις φυσιολογικές, κινητικές και κοινωνικές ικανότητες του νεογνού τους πρώτους τρεις μήνες ζωής (Nugent, 2015). Διενεργείται από κοινού με τον κλινικό και τους γονείς και παρέχει μία ευκαιρία και στους δυο να παρατηρήσουν και να ερμηνεύσουν συνεργατικά τις συμπεριφορές του νεογνού. Οι σκέψεις και τα σχόλια του κλινικού αποτελούν επίσης μια βασική πτυχή υποστήριξης της διαδικασίας. Σε γενικές γραμμές το NBO, στοχεύει στο να βοηθήσει τους γονείς να “διαβάσουν” τα σήματα επικοινωνίας των νεογνών, να αναπτύξουν και να προωθήσουν μία θετική σχέση γονέα - βρέφους από την αρχή. Υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι το NBO μπορεί να βελτιώσει τη σχέση γονέα-βρέφους, να υποστηρίξει τη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης και άγχους και να αυξήσει την συμμετοχή των πατεράδων στους πρώτους μήνες της γονεϊκότητας (e.g McManus & Nugent, 2012). Περισσότερες πληροφορίες που αφορούν στο NBO μπορούν να βρεθούν [εδώ](#).

Μπορείτε να έχετε πρόσβαση και να μεταφορτώσετε διάφορες πηγές στην ιστοσελίδα (κάντε κλικ στην εικόνα). Το DC-05 (διαγνωστική ταξινόμηση των ψυχικών και αναπτυξιακών διαταραχών της βρεφικής και πρώιμης παιδικής ηλικίας) δεν διατίθεται δωρεάν αλλά προς πώληση.



DC:0-5™

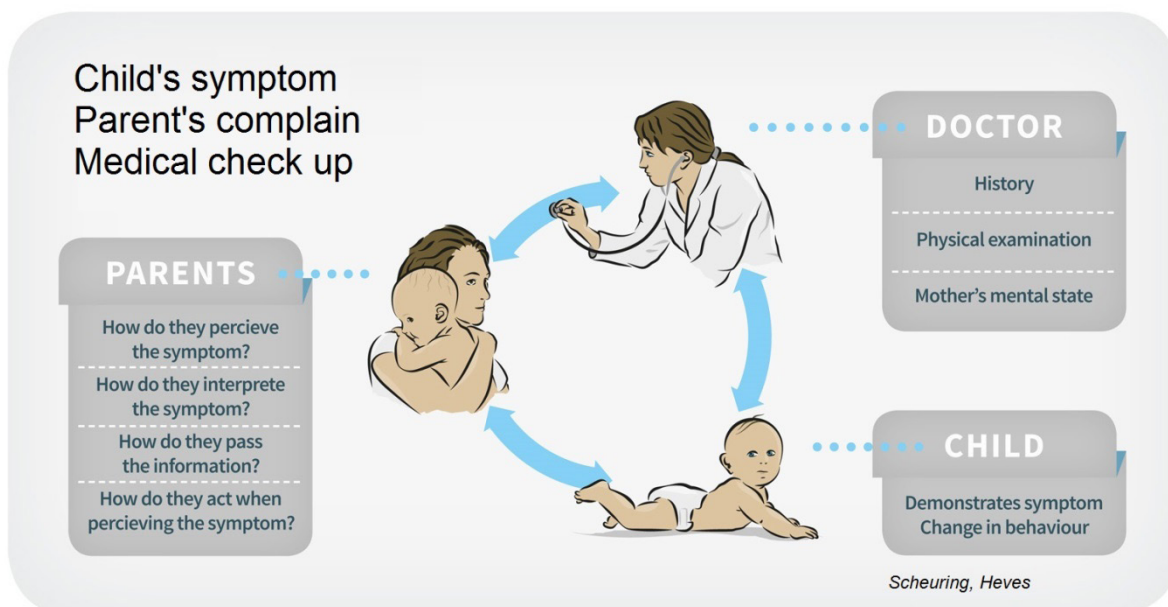
DC:0-5 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood is designed to help professionals in mental health and other related fields.

## ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αναπτυξιακή αξιολόγηση, όταν ενδείκνυται, μπορεί να συμπεριληφθεί ως μέρος της θεραπευτικής παρέμβασης. Η αξιολόγηση ποικίλει ανάλογα με το σκοπό της, τις δεξιότητες του κλινικού, και τις ανάγκες και ανησυχίες της οικογένειας. Η συμμετοχή των γονέων στη διαδικασία αξιολόγησης, τους παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τις ικανότητες του παιδιού τους και τις ανάγκες του και επίσης επιτρέπει στον κλινικό να διαπιστώσει τον τρόπο που οι γονείς χρησιμοποιούν αυτές τις πληροφορίες. Περισσότερες πληροφορίες για την ανάπτυξη των βρεφών και των παιδιών υπάρχουν στο Κεφάλαιο Α.2. Ορισμένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στις αναπτυξιακές αξιολογήσεις είναι:

- The Neoanatal Behavioural Assessment Scale (NBAS) (Brazelton & Nugent, 1995). Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε για να ανιχνεύει τις πρώιμες συμπεριφορικές αντιδράσεις των βρεφών προς το περιβάλλον τους, προτού η συμπεριφορά τους διαμορφωθεί από την φροντίδα των γονέων. Η υπόθεση που έκαναν οι Brazelton & Nugent είναι ότι ένα μωρό είναι ταυτόχρονα ικανό και πολύπλοκα οργανωμένο και συμμετέχει ενεργά στην αλληλεπίδραση με τους φροντιστές. Η αξιολόγηση επιδιώκει να βοηθήσει στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης από την πλευρά του βρέφους.
- Bayley Scales of Infant Development (BSID) (Bayley, 1993). Οι κλίμακες αυτές έχουν εφαρμογή σε παιδιά ηλικίας 1 έως 42 μηνών και παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη της λεκτικής επικοινωνίας, τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, την ανάπτυξη της λεπτής και αδρής κινητικότητας, την ικανότητα της προσοχής, την κοινωνική εμπλοκή, το συναίσθημα καθώς και την ποιότητα και τον έλεγχο της κίνησης.
- Wechsler Preschool και Primary Scale Of Intelligence (WPPSI) (Wechsler, 2002). Πρόκειται για μία νευρο-ψυχολογική αξιολόγηση η οποία μπορεί να φανεί χρήσιμη σε παιδιά μεγαλύτερα των 30 μηνών. Αξιολογεί την λεκτική κατανόηση, την αντίληψη, την οργάνωση και τις ικανότητες ταχείας επεξεργασίας, παρέχοντας στους κλινικούς μία αναπτυξιακή εικόνα της νοημοσύνης του παιδιού.
- Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow et al, 1984). Πρόκειται για συνέντευξη που αφορά στο γονέα, μέσω της οποίας λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την προσαρμοστική λειτουργία των παιδιών σε πραγματικές καταστάσεις, καλύπτοντας τους τομείς των

καθημερινών δεξιοτήτων, της επικοινωνίας, της κοινωνικοποίησης, της κινητικής λειτουργικότητας και της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς.



## ΣΚΕΠΤΙΚΟ

Ο στόχος της αξιολόγησης είναι να καταλάβουμε γιατί αυτή οικογένεια εμφανίζεται με αυτό το πρόβλημα τη δεδομένη στιγμή και ποια είναι τα κωλύματα ή τα εμπόδια που δεν τους επέτρεψαν να λύσουν τις δυσκολίες τους χωρίς επαγγελματική βοήθεια. Αυτές οι πληροφορίες αποτελούν τη βάση για αυτό που ονομάζεται “Σκεπτικό”. Το σκεπτικό είναι μία απαρτιωμένη περιγραφή, που παρέχει μία αιτιολογική κατανόηση του προβλήματος και των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή του. Μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, αλλά ιδανικά συμπεριλαμβάνει την εκτίμηση των βιο-ψυχοκοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων. Η περίληψη αυτή διαμορφώνει την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης. Ένας διαφορετικός τρόπος σκέψης σχετικά με το σκεπτικό, είναι να προσδιοριστούν ή να οργανωθούν οι πληροφορίες που λαμβάνονται κατά την αξιολόγηση σε αυτό που ονομάζεται 4Ps (βλέπε πίνακα πιο πάνω).

Ιδανικά, κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, η οικογένεια και ο κλινικός φθάνουν σε μία νέα κοινή κατανόηση - μία ιστορία- για το νόημα και τη φύση των υπάρχοντων δυσκολιών καθώς και για το επόμενο βήμα. Η ανάπτυξη μίας παρέμβασης και η προσδοκία της πρόγνωσης απαιτεί από τον κλινικό να σκεφτεί και να αναγνωρίσει τους προστατευτικούς παράγοντες και τους πόρους τους οποίους μπορεί να αξιοποιήσει. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η διαδικασία της αξιολόγησης οικογενειών με βρέφη και μικρά παιδιά εμφανίζει την πρόσθετη πολυπλοκότητα του εντοπισμού και της αντιμετώπισης των αναγκών των μελών εκείνων που ακόμα δεν έχουν αναπτύξει λεκτική επικοινωνία. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το σκεπτικό βρίσκονται στο κεφάλαιο Α.10, συμπεριλαμβανομένου ενός παραδείγματος περίπτωσης στο προσάρτημα Α.10.1.



Η Λόλα ήταν 4 μηνών όταν εισήχθη στο νοσοκομείο. Εμφάνισε άρνηση στο να δεχθεί το μητρικό γάλα από μπιμπερό κι έτσι δοκιμάστηκε το γάλα σε σκόνη. Το βάρος της παρέμενε στάσιμο κάτι το οποίο οδηγούσε σε ανεπαρκή ανάπτυξη. Η σχέση μεταξύ της μητέρας της και της γιαγιάς της είχε δυσκολίες, ενώ ο μητρικός παππούς είχε αποβιώσει. Οι πατρικοί παππούδες ήταν αλκοολικοί και μη υποστηρικτικοί. Οι γονείς της Λόλας τα πήγαιναν καλά μεταξύ τους, κατανώντας και υποστηρίζοντας ο ένας τον άλλον. Δεν παρουσιάστηκαν συμβάντα κατά τον τοκετό της Λόλας και ο θηλασμός αρχικά δεν παρουσίασε δυσκολίες.

Δύο μήνες αργότερα, η όρεξη της Λόλας ελαττώθηκε και η πρόσληψη τροφής μειώθηκε. Η μητέρα πίεζε το μωρό να θηλάσει ακόμα και όταν εκείνο αντιστεκόταν. Στο τέλος η Λόλα δεχόταν μόνο 20-80 ml σε κάθε σίτιση η οποία γινόταν πέντε με έξι φορές την ημέρα. Η συμπεριφορά της άλλαξε και η Λόλα έγινε ληθαργική και απαθής.

Στο νοσοκομείο η Λόλα εμφάνιζε μία κλιμακούμενη δυσφορία κατά τη σίτιση. Ήταν απαραίτητη η νοσηλευτική βοήθεια όταν η μητέρα προσπαθούσε να αναγκάσει το μωρό να πιάσει το στήθος και να θηλάσει. Κάθε φορά η διαδικασία διαρκούσε πολύ. Η μητέρα άρχισε σταδιακά να γίνεται όλο και πιο αγχώδης και φορτισμένη. Έχασε την αυτοπεποίθησή της, πίστευε ότι δεν ήταν καλή μητέρα και ανησυχούσε μήπως το μωρό πεθάνει.

Κατά τη διάρκεια της ιατρικής αξιολόγησης θεωρήθηκε ότι υπάρχει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) η οποία συνέβαλε στα συμπτώματα του μωρού. Ξεκίνησε θεραπεία για την ΓΟΠ αλλά δυστυχώς η Λόλα χρειαζόταν συμπληρωματική σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα επειδή η πρόσληψη του μητρικού γάλακτος ήταν ανεπαρκής. Η θεραπεία περιελάμβανε παράλληλη θεραπεία γονέα - παιδιού και ταυτόχρονα υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και ιατρική θεραπεία της ΓΟΠ.

Τα θέματα συζήτησης με τους γονείς περιελάμβαναν:

- Τους φόβους τους για την ασθένεια της Λόλας
- Την κατανόηση των κοινωνικών σημάτων και των συναισθημάτων του μωρού
- Τη μείωση των προσδοκιών που αφορούν στο θηλασμό
- Την εστίαση της προσοχής στην ευχαρίστηση και όχι στην ποσότητα του φαγητού που λαμβάνεται σε κάθε γεύμα
- Τη στήριξη των γονέων να πιστέψουν στην υγεία του παιδιού τους και στη δική τους ικανότητα να τη φροντίσουν.

Η Λόλα φεύγοντας από το νοσοκομείο συνέχισε το θηλασμό παράλληλα με τη σίτιση μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα και με στενή παρακολούθηση. Το παιδί έβγαλε το σωλήνα τραβώντας τον, ο οποίος αντικαταστάθηκε, και έκανε πολλές φορές εμετό. Κάθε φορά που συνέβαινε αυτό γινόταν συμβουλευτική γονέα - παιδιού. Σταδιακά μειωνόταν η συχνότητα των καταστάσεων αυτών. Το βάρος της Λόλας αυξήθηκε και η σίτιση μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα ελαττώθηκε. Επίσης, άλλαξε και η συμπεριφορά της Λόλας: χαμογελούσε πιο συχνά, έκλαιγε, κινούταν και οι ώρες του ύπνου ελαττώθηκαν. Μετά από δύο μήνες ο ρινογαστρικός σωλήνας μπόρεσε πλέον να αφαιρεθεί.

Αυτό το παράδειγμα αποτυπώνει την ανάγκη που υπάρχει στο να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί το οργανικό ή βιολογικό πρόβλημα (ΓΟΠ), οι λειτουργικοί παράγοντες (η δυσφορία και η απόρριψη του μαστού) και τα προβλήματα που αφορούν στις σχέσεις (υπερβολικό άγχος γονέων, εξαναγκασμός σίτισης) ώστε να επιλυθούν οι διαταραχές της ανάπτυξης και οι δυσκολίες θηλασμού της Λόλας.



Ένα κορίτσι από το Ιράκ σε ορφανοτροφείο – Της λείπει η μητέρα της κι έτσι τη ζωγράφισε και ύστερα αποκοιμήθηκε πάνω στην ζωγραφιά.

**Πίνακας Α.4.3 Δείκτες ότι ένα βρέφος/παιδί βρίσκεται σε πιθανό σωματικό, ψυχολογικό ή αναπτυξιακό κίνδυνο.**

Στο βρέφος/παιδί	Στους γονείς	Στο πλαίσιο
<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποτυχία στην ανάπτυξη</li> <li>Καθυστέρηση στα αναπτυξιακά ορόσημα</li> <li>Βρίσκεται σε εγρήγορση ή ξαφνιάζεται εύκολα</li> <li>Υπερβολικά ήσυχο &amp; αποσυρμένο</li> <li>Αξιοσημείωτη επιθετικότητα σε ένα νήπιο</li> <li>Δεν υπάρχει ανταπόκριση στις βασικές του ανάγκες</li> <li>Αντιστροφή ρόλων ή φροντιστική συμπεριφορά του παιδιού απέναντι στους γονείς</li> <li>Δυσκολίες στη ρύθμιση συναισθημάτων</li> <li>Ανεξήγητοι μώλωπες &amp; τραυματισμοί</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ανικανότητα στην αναγνώριση ή στην προτεραιότητα των αναγκών του παιδιού</li> <li>Ψυχιατρική ασθένεια χωρίς θεραπεία ή ανεπαρκής θεραπεία ή όταν γίνεται χρήση ουσιών</li> <li>Έλλειψη επαρκούς επίγνωσης &amp; δέσμευσης με υπηρεσίες παραχής θεραπειών.</li> <li>Όταν το παιδί είναι μέρος ενός παραληρηματικού γονεϊκού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των θετικών παραληρητικών ιδεών</li> <li>Έλλειψη ευαισθησίας στα σήματα και τις ανάγκες του παιδιού (μη διαθέσιμοι συναισθηματικά)</li> <li>Σκέψεις αυτοτραυματισμού ή φόβος ότι θα βλάψουν το παιδί</li> <li>Ο γονέας φοβάται το βρέφος και αγνοεί το κλάμα του</li> <li>Εκφοβιστική ή απειλητική συμπεριφορά, ακατάλληλοι χειρισμοί του βρέφους.</li> <li>Εχθρικές ή αρνητικές ερμηνείες ("Θέλει να με βλάψει")</li> <li>Μη ρεαλιστικές προσδοκίες για την ανάπτυξη</li> <li>Έλλειψη γονεϊκών δεξιοτήτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Δεν υπάρχει κάποιος άλλος διαθέσιμος ενήλικας που να δρα προστατευτικά</li> <li>Σημαντικά κοινωνική και πολιτισμική απομόνωση</li> <li>Ελάχιστη κοινωνική υποστήριξη</li> <li>Ενδοοικογενειακή βία ή βία στα πλαίσια της κοινότητας</li> <li>Πολλαπλοί κοινωνικοί κίνδυνοι (πχ. έλλειψη κατοικίας ή αλλαγές του τόπου κατοικίας)</li> <li>Χρόνιο στρες</li> </ul>

Developed by Nicholas Kowalenko, Sarah Mares, Louise Newman, Anne Sved Williams, Rosalind Powrie, and Karin van Doesum.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν πολλές προκλήσεις στην ανάπτυξη και στη χρήση διαγνωστικών και ταξινομητικών συστημάτων των διαταραχών για τα βρέφη και τα μικρά παιδιά. Είναι μία περίοδος ταχείας ανάπτυξης και αλλαγής. Ως εκ τούτου, η διάκριση μεταξύ παροδικής καθυστέρησης ή διαταραχής και μίας εν εξελίξει διαταραχής μπορεί να είναι δύσκολη και να απαιτεί χρόνο και δεξιότητες. Επιπρόσθετα, η εστίαση της αξιολόγησης, όπως περιγράφεται παραπάνω, αφορά στις σχέσεις και στις αλληλεπιδράσεις, ενώ τα ταξινομητικά συστήματα όπως το DSM ή το ICD επικεντρώνονται κυρίως στο άτομο και όχι στις σχέσεις και στο περιβάλλον. Τα μικρά παιδιά ανταποκρίνονται ιδιαίτερω στην υποστήριξη που λαμβάνουν και εξαρτώνται από αυτήν και γι' αυτό μπορεί να συμπεριφέρονται και να λειτουργούν με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικά πλαίσια, όπως για παράδειγμα με οικείους ενήλικες στο σπίτι και στον παιδικό σταθμό. Τα μωρά και τα νήπια έχουν μικρή ή καθόλου ανεπτυγμένη γλωσσική επικοινωνία για την υποκειμενική τους εμπειρία και ως εκ τούτου η αξιολόγηση βασίζεται στο ιστορικό που παρέχουν οι φροντιστές και στην ικανότητα του

κλινικού για παρατήρηση και ενσωμάτωση πληροφοριών από διάφορες πηγές και πλαίσια. Επιπλέον, η αξιολόγηση της ποιότητας των σχέσεων αποτελεί βασικό στοιχείο αξιολόγησης άμεσου, εν δυνάμει ή αθροιστικού κινδύνου για το μωρό ή το μικρό παιδί και αυτό δύναται να περιλαμβάνει τον εντοπισμό οποιωνδήποτε ψυχικών ή σωματικών δυσκολιών και διαγνώσεων των γονέων, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να φροντίσουν επαρκώς το παιδί. Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ψυχικές διαγνώσεις σχετίζονται με αξιοσημείωτο στιγματισμό στις περισσότερες κοινωνίες, οπότε τίθεται το ερώτημα, σε ποια ηλικία θα πρέπει να δίνεται στα μικρά παιδιά μία διάγνωση;

Με βάση τα ανωτέρω, ο καθορισμός μίας διάγνωσης που βοηθά να εξηγηθούν τουλάχιστον εν μέρει οι δυσκολίες ενός μικρού βρέφους ή μικρού παιδιού μπορούν να βοηθήσουν την οικογένεια και να συμβάλλουν σε ένα πιο ολοκληρωμένο σκεπτικό. Η διάγνωση υποδεικνύει ποια θεραπεία είναι κατάλληλη και ιδανικά ποιες θεραπείες υποστηρίζονται από τεκμηρίωση. Επίσης, μπορεί να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών που φροντίζουν το παιδί. Πρόσφατα, έχει επικαιροποιηθεί μία διαγνωστική ταξινόμηση για τα προβλήματα ψυχικής υγείας σε βρέφη, νήπια και παιδιά προσχολικής ηλικίας. Περιλαμβάνει μία προσέγγιση για τον προσδιορισμό των δυσκολιών που αφορούν στις σχέσεις, στην πρώιμη παιδική ηλικία (Zeahah & Lieberman, 2016).

## ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

### Μία Προσέγγιση Της Ψυχικής Υγείας Των Βρεφών

Σε ένα ιατρικό περιβάλλον, το επίκεντρο της διερεύνησης είναι τα συμπτώματα του παιδιού, όμως οι παιδίατροι πρέπει να είναι εξίσου προσεκτικοί και με τους γονείς. Με άλλα λόγια, στο κλινικό παιδιατρικό έργο, το βρέφος λαμβάνει θεραπεία αλλά και οι γονείς αποτελούν και εκείνοι το κέντρο της προσοχής και της υποστήριξης. Η συνάντηση μεταξύ γονέων, μωρού και παιδίατρου είναι μοναδική. Το παιδί εμφανίζει συμπτώματα με αλλαγές στη

#### Είδη κινδύνου

- Κίνδυνος για την άμεση σωματική συναισθηματική ασφάλεια του παιδιού
- Κίνδυνος ως προς την καλύτερη δυνατή ανάπτυξη του παιδιού. Μέσω αυτού αναγνωρίζεται η σημασία των πρώιμων εμπειριών όσον αφορά στη μετέπειτα πορεία. Πιθανώς να υπάρχουν προγενετικοί, γενετικοί και σωματικοί παράγοντες όπως η εμφάνιση μιας ασθένειας.
- Έμμεσος κίνδυνος, όπως για παράδειγμα οι επανειλημμένοι αποχωρισμοί από ένα γονέα οποίος νοσηλεύεται λόγω ψυχιατρικής ή άλλης ιατρικής ασθένειας. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γονέων αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου.
- Συσσωρευτικός κίνδυνος, είναι αυτός που εμφανίζεται όταν ένα παιδί και η οικογένειά του εκτίθεται σε πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου. Για παράδειγμα, ένα πρόωρο βρέφος το οποίο γεννιέται από μία νεαρή ανύπαντρη μητέρα εθισμένη σε ναρκωτικές ουσίες και με ελάχιστη οικογενειακή υποστήριξη, διατρέχει σαφώς μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο πρόωρο βρέφος με παρόμοιους ιατρικούς και βιολογικούς παράγοντες κινδύνου, το οποίο όμως έχει γεννηθεί και μεγαλώνει και με τους δύο γονείς έχοντας επαρκή οικονομική και πρακτική υποστήριξη
- Οι πιο σοβαροί αναπτυξιακοί κίνδυνοι εντός των γονεϊκών σχέσεων είναι εκείνοι που ενεργούν μακροπρόθεσμα για παράδειγμα:
  - Η χρόνια παραμέληση
  - Η χρόνια αστάθεια στις προσωπικές και κοινωνικές καταστάσεις της οικογένειας
  - Η έκθεση του παιδιού σε δυσλειτουργία ή διαταραχή της προσωπικότητας του γονέα είτε σε συνεχιζόμενα προβλήματα της ψυχικής τους υγείας
  - Η διαρκής εχθρότητα απέναντι στο παιδί
  - Η κακοποίηση

#### Παράγοντες που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα του παιδιού

(Ferguson & Horwood, 2003)

- Η ύπαρξη ενός επαρκώς λειτουργικού γονέα ή άλλου εμπλεκόμενου ενήλικα
- Η κοινωνική υποστήριξη
- Η επαγγελματική παρέμβαση όταν αυτή υποδεικνύεται
- Η συνέπεια σε άλλες σχέσεις και δραστηριότητες
- Η ύπαρξη μιας συγκεκριμένης ικανότητας ή ενός ταλέντου

συμπεριφορά και οι γονείς τα ερμηνεύουν στους παιδιάτρους. Η μεταφορά αυτών των πληροφοριών μπορεί να είναι δύσκολη και συγκεχυμένη. Πολλά εξαρτώνται από την ερμηνεία των γονέων για τα συμπτώματα του βρέφους αλλά και από τη σωματική και την ψυχική κατάσταση του βρέφους, μαζί με άλλους παράγοντες.

Στην παιδιατρική πρακτική, οι διαγνωστικές μέθοδοι και η θεραπεία επικεντρώνονται γενικά σε οργανικές καταστάσεις, όμως σε πολλές περιπτώσεις, και ειδικά σε διαταραχές ρύθμισης (π.χ προβλήματα διατροφής ή ύπνου, υπερβολικό κλάμα κ.τ.λ), απαιτείται μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση για την επαρκή κατανόηση των δυσκολιών που παρουσιάζουν. Μπορεί να είναι τρομακτικό για τους γονείς όταν η συμπεριφορά του παιδιού αλλάζει, κι έτσι συμβουλευονται τον παιδίατρο. Είναι πολύ βοηθητικό εάν ο παιδίατρος κατέχει τις βασικές γνώσεις της ψυχικής υγείας ώστε να αναγνωρίσει τον τρόπο που η αλληλεπίδραση μεταξύ γονέα-βρέφους μπορεί να οδηγήσει σε μία σειρά μη τυπικών συμπτωμάτων του μωρού, και πώς αυτό με τη σειρά του μπορεί να τροποποιήσει τον τρόπο που ο γονέας αντιλαμβάνεται και επικοινωνεί με το βρέφος (Hinshaw et al, 2000). Οι παιδίατροι πρέπει να ακούν προσεκτικά το συγκεκριμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι γονείς και το μωρό και να τους παρέχουν τις σχετικές πληροφορίες με έναν ευαίσθητο και υποστηρικτικό τρόπο (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health et al, 2009; 2012).

Οι γονείς συμβουλευονται ένα παιδίατρο επειδή η συμπεριφορά του παιδιού τους, τους ανησυχεί και περιμένουν θεραπεία, εξήγηση και καθησυχασμό. Η εξακρίβωση των παραγόντων που δημιουργούν τα συμπτώματα αυτά συχνά απαιτεί μία διεπιστημονική προσέγγιση. Επιπλέον, απαιτείται ειδική γνώση ώστε να προσδιοριστούν τα συμπτώματα αλλά και για την ύπαρξη αποτελεσματικής επικοινωνίας με τους γονείς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις διαταραχές της ρύθμισης (Mares et al, 2011). Ο παιδίατρος μπορεί να αντιμετωπίσει δυσκολίες στη διαχείριση των προβλημάτων, όταν τα συμπτώματα που παρατηρεί στο παιδί δεν συνάδουν με εκείνα που περιγράφονται από το γονέα. Για παράδειγμα, τα προβλήματα διατροφής κατατάσσονται στις πρώτες θέσεις σε αυτήν την κατηγορία - όπου δεν υπάρχει σαφής ιατρική εξήγηση σε περισσότερες από το 80% των περιπτώσεων (Cole et al, 2011) - και όμως το βρέφος παρουσιάζει συμπτωματολογία και οι γονείς ανησυχούν και είναι αναστατωμένοι. Οι ανησυχίες των γονέων πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν, διότι εάν εκείνοι πιστεύουν ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα τότε το πρόβλημα όντως υπάρχει (Kerzner et al, 2015). Το άγχος των γονέων και η δυσφορία του βρέφους μπορούν να αυτό - διαιωνίζονται. Αυτό το ονομάζουμε “λανθασμένη εκτίμηση συμπτώματος” του βρέφους και προτείνεται η κατανόηση του συμπτώματός του εντός του πλαισίου, των αιτημάτων και των ανησυχιών των γονέων. Το σύμπτωμα είναι αληθινό αλλά συχνά δεν εξηγείται πλήρως από κάποια ιατρική αιτία, οπότε μπορεί να μη χρειαστεί πραγματική θεραπεία παρά μόνο αλλαγές στον τρόπο ζωής του βρέφους, όπως και υποστήριξη και καθησύχαση των γονέων. Υποθέτουμε ότι πρόκειται για μία λειτουργική παρά μία οργανική εξήγηση και η επιμονή των συμπτωμάτων είναι κατανοητό ότι απορρέει από δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του γονέα ή του βρέφους ή από κάποια δυσκολία στη σχέση τους (Mares et al, 2011).

Η προσέγγιση των παθολογικών συμπτωμάτων του παιδιού ή /και των παραπόνων των γονέων, μέσω ενός βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου είναι αποτελεσματική στην αναγνώριση, την αξιολόγηση και τη θεραπεία των περιπτώσεων στις οποίες οι γονεϊκές αντιδράσεις στα συμπτώματα του βρέφους συμβάλλουν στην επιμονή της δυσφορίας του βρέφους. Οι παιδίατροι ωφελούνται από την απόκτηση βασικών ικανοτήτων για την ψυχική υγεία των βρεφών (Briggs et al, 2007) και από τη συνεργασία με μία διεπιστημονική ομάδα όταν συνυπάρχουν οργανικές και λειτουργικές διαταραχές (Sharp et al, 2017). Η έγκαιρη αναγνώριση τέτοιων διαταραχών, ειδικά όταν υπάρχουν

Η πρόβλεψη του κινδύνου σε ζητήματα προστασίας των παιδιών είναι πολύ δύσκολη και αυτό συμβάλλει στην ανησυχία που έχουν ακόμα και πολύ έμπειροι κλινικοί κατά την αξιολόγησή του.



συγκεκριμένες ανησυχίες ότι γονεϊκοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων του βρέφους, μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση ανιχνευτικών εργαλείων (screening tests) όπως η κλίμακα “Edinburg Postnatal Depression Scale” (Töreki et al, 2014) η οποία αξιολογεί το άγχος και την κατάθλιψη των γονέων, ή το ερωτηματολόγιο “Coping health Inventory for Parents” το οποίο αξιολογεί τις προσπάθειες των γονέων να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας μέσα στην οικογένεια (McCubbin et al, 1983).

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

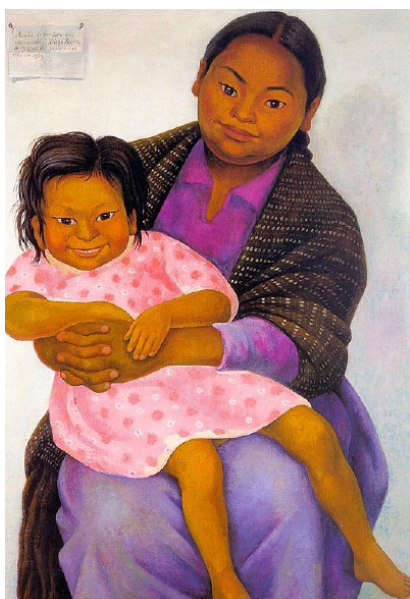
Η εκτίμηση του κινδύνου κάποιου τραύματος είναι μία αναμφισβήτητη - και κάποιες φορές προφανής - διαδικασία κάθε αξιολόγησης των βρεφών, των μικρών παιδιών και των φροντιστών τους. Σε πολλές χώρες, όσοι εργάζονται στο χώρο της υγείας υποχρεούνται από το νόμο να αναφέρουν στις αρμόδιες αρχές όσα παιδιά διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης ή παραμέλησης. Όπως όλες οι άλλες αξιολογήσεις, η εκτίμηση του κινδύνου απαιτεί ένα λεπτομερές ιστορικό, την παρατήρηση των σχέσεων και τη λήψη πληροφοριών από διάφορες πηγές. Κίνδυνος για το βρέφος ή για τη σχέση του βρέφους υπάρχει όταν οι πόροι του φροντιστή είναι ανεπαρκείς. Κατά την εκτίμηση του κινδύνου σε αυτή την αναπτυξιακή περίοδο, αξιολογείται η ύπαρξη κινδύνου εντός

### Επιπρόσθετες πηγές πληροφόρησης

- Διατίθεται δωρεάν μια σειρά διαδικτυακών μαθημάτων από Πανεπιστήμιο Warwick της Μ. Βρετανίας που αφορούν στη σημαντικότητα των πρώιμων σχέσεων των βρεφών για την ανάπτυξη τους.
- Το Μωρό στον Καθρέπτη - Ο κόσμος του παιδιού από τη γέννηση έως την ηλικία των 3 ετών (The Baby in the Mirror: A Child's World from Birth to Three. ) Fernyhound C 2008 London: Granta Books.
- Lieberman AF (1993). The Emotional Life of the Toddler. New York: Free Press.
- Οι κλινικές Δεξιότητες στη Βρεφική Ψυχική Υγεία: Τα Πρώτα Τρία Χρόνια (2η έκδοση) (Clinical Skills in Infant Mental Health: The First Three Years) Mares S, Newman L and Warren B (2011). Melbourne: ACER Press.
- Παγκόσμιος Οργανισμός για την Ψυχική Υγεία του Βρέφους ( World Association for Infant Mental Health)
- Εγχειρίδιο της Ψυχικής Υγείας του Βρέφους (3η έκδοση). Ενότητα III Αξιολόγηση, Κεφ 14-16 σελ 231-280) (Handbook of Infant Mental Health). Zeanah CH (ed) (2009) New York: Guilford Press.

- Υπάρχουν ερωτήσεις;
- Σχόλια;

Κάντε κλικ εδώ για την ιστοσελίδα του βιβλίου στο Facebook, ώστε να μοιραστείτε τις απόψεις σας για το κεφάλαιο με άλλους αναγνώστες, να θέσετε ερωτήματα στους συγγραφείς και τον εκδότη και να σχολιάσετε.



Πορτρέτο των Madesta & Inesita 1939 . Diego Rivera

μίας σχέσης. Τα βρέφη μπορεί να είναι αναπτυξιακά ή οργανικά σε κίνδυνο, εξαιτίας ιατρικής νόσου ή προωρότητας, όμως η σχέση με τον φροντιστή και το κοινωνικό πλαίσιο αυτής της σχέσης είναι καθοριστικοί παράγοντες της ψυχολογικής έκβασης για το παιδί, ανεξάρτητα από την οργανική και αναπτυξιακή τους κατάσταση.

Υπάρχουν διάφορα είδη και βαθμοί κινδύνου, οι οποίοι κυμαίνονται από κάποια σωματική ασθένεια ή αναπηρία του βρέφους, έως αυτούς που σχετίζονται με την κακοποίηση και την παραμέληση των παιδιών. Εκτός από την προωρότητα και την ιατρική νόσο, οι παράγοντες που συμβάλλουν στον αναπτυξιακό κίνδυνο περιλαμβάνουν το ταμπεραμέντο του παιδιού, την έκθεσή του σε πρώιμες αντιξοότητες (συμπεριλαμβανομένων των δυσκολιών που αφορούν στο δεσμό), την ψυχική ασθένεια των γονέων, την έκθεση σε βία, την κοινωνικό – οικονομική κατάσταση, τη φτώχεια και την εφηβική γονεϊκότητα. (Zeanah et al, 1997). Όσον αφορά στα παιδιά στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι αναπτυξιακοί κίνδυνοι περιλαμβάνουν συχνά κοινωνικούς προσδιοριστές όπως η φτώχεια, οι λοιμώξεις και οι διατροφικές ασθένειες (WHO).

Όταν συναντήσουμε μια οικογένεια, εστιάζουμε στην αξιολόγηση του κινδύνου που διατρέχει το παιδί εντός της σχέσης του με το φροντιστή. Όταν ο ένας ή και οι δύο γονείς πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές, έχουν ιστορικό κατάχρησης ουσιών είτε η οικογενειακή κατάσταση κρίνεται μη ασφαλής, είναι επίσης απαραίτητο να εκτιμηθεί ο κίνδυνος (αυτοτραυματισμού ή βίας) στους φροντιστές του παιδιού. Όταν ο φροντιστής βρίσκεται σε κίνδυνο, τότε και το παιδί βρίσκεται σε έμμεσο κίνδυνο λόγω της σημαντικότητας που έχει η σχέση φροντίδας στην ευημερία του παιδιού. Επίσης, η έκθεση σε οικογενειακή βία έχει παρόμοιες επιπτώσεις με την παιδική κακοποίηση. Επομένως, η ενδοοικογενειακή βία, ακόμα κι όταν η βία δεν ασκείται στο παιδί, αποτελεί ένα σημαντικό αναπτυξιακό κίνδυνο. Θα πρέπει ακόμα να εκτιμηθεί το αθροιστικό αναπτυξιακό αντίκτυπο των πολλαπλών παραγόντων κινδύνου. (Appleyard et al, 2005).

### **Είδη Κινδύνου**

Σε γενικές γραμμές, ο κίνδυνος μπορεί να οριστεί ως η πιθανότητα εμφάνισης ενός γεγονότος, και συμπεριλαμβάνει την εκτίμηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που συνδέονται με αυτό. Στο πλαίσιο της ανάπτυξης των βρεφών και της προστασίας των παιδιών, η εκτίμηση του κινδύνου δεν είναι απαλλαγμένη από πολιτισμικές και ηθικές κριτικές. Υπάρχει υψηλός βαθμός αβεβαιότητας κατά την πρόβλεψη του κινδύνου σε θέματα προστασίας ανηλίκων και αναπόφευκτα αυτό συμβάλλει στην αίσθηση της ανησυχίας, ακόμα κι όταν η αξιολόγηση του κινδύνου γίνεται από εξαιρετικά έμπειρους κλινικούς στον τομέα αυτό. Παιδιά που έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί μπορεί να εμφανίσουν σωματικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνέπειες, οι οποίες θα δυσκολέψουν ακόμα περισσότερο τη φροντίδα τους. Για παράδειγμα, παιδιά που έχουν τραυματιστεί μπορεί να συνεχίσουν να εμφανίζουν αποφευκτική ή διασπαστική συμπεριφορά για αρκετό χρονικό διάστημα μετά την τοποθέτησή τους σε ασφαλή ανάδοχα περιβάλλοντα. Η κατάχρηση και η παραμέληση μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ικανότητα του παιδιού αναφορικά με την κατανόηση των συναισθημάτων και των σχέσεων. Ένα παιδί που έχει υποστεί εγκεφαλική βλάβη ύστερα από τραυματισμό της κεφαλής, μπορεί να έχει μακροχρόνια σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα, κάτι που σημαίνει ότι η φροντίδα του είναι ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτητική.

Μια τέτοια κατάσταση φέρνει τους γονείς αντιμέτωπους (συμπεριλαμβάνονται οι ανάδοχοι και θετοί γονείς) με προκλήσεις που ενδεχομένως δεν είχαν υπολογίσει, απαιτώντας περισσότερη υπομονή ή επιμονή από ότι θα χρειαζόταν ένα λιγότερο τραυματισμένο παιδί.

Τα βρέφη υψηλού κινδύνου έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ανασφαλείς ή αποδιοργανωμένους δεσμούς με τους φροντιστές τους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο αποδιοργανωμένος δεσμός κατά την βρεφική ηλικία συνδέεται με συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες στην παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή. Επομένως, παρόλο που ένα βρέφος μπορεί να μην βρίσκεται σε άμεσο σωματικό κίνδυνο, ένα απρόβλεπτο ή ασταθές περιβάλλον ή ένα περιβάλλον παραμέλησης, αποτελεί απειλή για την κοινωνική και συναισθηματική του ανάπτυξη. Όσον αφορά στην παραμέληση των παιδιών, η χρόνια αδυναμία ανταπόκρισης στις σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού μπορεί να έχει σοβαρές αναπτυξιακές επιπτώσεις, αλλά μπορεί να είναι πιο δύσκολο να ανιχνευτεί από τη σωματική κακοποίηση. Δυστυχώς, πολλά βρέφη που βρίσκονται σε κίνδυνο υποφέρουν και από τα δυο, παραμέληση και κακοποίηση.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση των οικογενειών με βρέφη και μικρά παιδιά λαμβάνει χώρα σε μία πληθώρα πλαισίων για πολλούς και διαφορετικούς λόγους. Παρ' όλα αυτά, η ολοκληρωμένη αξιολόγηση θα πρέπει πάντα να επικεντρώνεται στην ανάπτυξη και τις σχέσεις, λαμβάνοντας υπ' όψιν τόσο τα δυνατά σημεία όσο και την ευαλωτότητα που εμφανίζουν οι γονείς και τα παιδιά στις τρέχουσες συνθήκες, και την προσοχή στους βιο-ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες που βοηθούν ή παρεμποδίζουν την οικογένεια σε αυτή την περίοδο της ταχείας αναπτυξιακής αλλαγής.

Μία συνεργατική συμμαχία μεταξύ της οικογένειας και του κλινικού μπορεί να υποστηρίξει οποιαδήποτε προτεινόμενη παρέμβαση. Οι ανησυχίες σχετικά με την άμεση ή μακροπρόθεσμη ασφάλεια του παιδιού ή των φροντιστών θα πρέπει να συζητούνται ανοιχτά και άμεσα με τους φροντιστές και με την υπηρεσία παραπομπής. Πρέπει να ακολουθηθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις και να τεθούν σε εφαρμογή διαδικασίες για την παρακολούθηση της συνεχούς ασφαλείας και ευημερίας όλων των μελών της οικογένειας.

Κάθε αξιολόγηση ενός μικρού παιδιού περιλαμβάνει την εκτίμηση κινδύνου. Η έννοια του κινδύνου στη βρεφική και πρώιμη παιδική ηλικία είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική. Περιλαμβάνει την εκτίμηση των άμεσων κινδύνων που αφορούν στην ασφάλεια του παιδιού και των γονέων, το αντίκτυπο ενός ή συσσωρευμένων παραγόντων κινδύνου, καθώς και την έννοια του αναπτυξιακού κινδύνου και της ψυχοπαθολογίας ως συνέπεια των πρώιμων αντιξοοτήτων.

Η ευαλωτότητα των μικρών παιδιών και η εξάρτησή τους από τη διαθεσιμότητα των φροντιστών τους, σημαίνει ότι ο κίνδυνος πάντα θεωρείται ότι υφίσταται μέσα στο πλαίσιο φροντίδας και ότι οι απειλές κατά της ασφαλείας του ενός ή και των δύο γονέων έχουν αναπόφευκτες επιπτώσεις στην ευημερία του παιδιού.

Ο κίνδυνος αυξάνεται όταν οι ανάγκες του παιδιού υπερτερούν της ικανότητας των φροντιστών (και εκείνων που τους υποστηρίζουν) να

ανταποκριθούν σε αυτές. Όπως έχει ήδη περιγραφεί, αυτό μπορεί να συμβεί εξαιτίας της ύπαρξης παραγόντων που αφορούν στο παιδί, στο σύστημα φροντίδας (γονείς) ή στο κοινωνικό πλαίσιο και πολλά παιδιά και οικογένειες που βρίσκονται σε κίνδυνο παρουσιάζουν ευάλωτητα και στις τρεις αυτές περιοχές.

Οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου είναι δυσάρεστες σε όλους όσους εμπλέκονται, ιδιαίτερα όταν ο κλινικός συστήνει την απομάκρυνση ενός βρέφους ή ενός μικρού παιδιού από το σπίτι του. Μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση που περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιστορικό, εκτίμηση της συνοχής του περιεχομένου του ιστορικού, παρατήρηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ του παιδιού και του φροντιστή (-ων), αλλά και επιβεβαίωση του ιστορικού, είναι καίριας σημασίας για την επαρκή αξιολόγηση του κινδύνου. Αυτό εξασφαλίζει ότι οι αποφάσεις βασίζονται σε αδιάσειστες πληροφορίες οι οποίες προέρχονται από διαφορετικές πηγές και λαμβάνονται με γνώμονα το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειας.



## REFERENCES

- Achenbach TM, Rescorla LA (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Abidin RR 1995. Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E et al (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008). Mentalizing in Clinical Practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD et al (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256: 174-186.
- Appleyard K, Egeland B, van Dulmen MHM et al (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:235-245.
- Banaschewski T (2010). Preschool behaviour problems—over-pathologised or under-identified. A developmental psychopathology perspective is needed. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:1-2.
- Bayley N (1993). Bayley Scales of Infant Development (2<sup>nd</sup> ed). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Benoit D, Zeanah CH, Parker KC et al (1997). "Working Model of the Child Interview": Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal* 18:107-121.
- Boris NW, Zeanah CH & the Work Group on Quality Issues (2005). Practice parameter for the assessment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Bowlby J (1969). Attachment, vol. 1 of Attachment and Loss (2<sup>nd</sup> edition, 1982) London: Hogarth Press.
- Brazelton TB (1973). Neonatal Behavioral Assessment Scale. Clinics in Developmental Medicine, No. 50. Philadelphia: JB Lippincott.
- Brazelton TB, Nugent JK (1995). Neonatal Behavioral Assessment Scale (3<sup>rd</sup> ed). London: Mac Keith Press.
- Briggs RH, Racine AD, Chinitz S (2007). Preventive pediatric mental health care: A co-location model. *Infant Mental Health Journal* 28:481-495.
- Cassidy & Shaver (2008). Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications. Guilford Press.
- Chaffin M, Hanson R, Saunders B et al (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11:76-89.
- Cole SZ, Lanham JS (2011). Failure to thrive. An update. *American Family Physician* 83:829-834.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. American Academy of Pediatrics (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 129:e224-e231.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. American Academy of Pediatrics (2009). Policy statement—The future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics* 124:410-421.
- Crittenden PM (2006). A Dynamic-maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 27:105-115.
- Crittenden PM, Claussen AH, Kozłowska K (2007). Choosing a valid assessment of attachment for clinical use: A comparative study. *Australian New Zealand Journal of Family Therapy*, 28:78-87.
- Crowell JA (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting: Observations of parents and children. *Developmental and Behavioural Pediatrics* 24:199-204.
- Crowell JA, Feldman SS (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development* 59:1273-1285.
- Donald T, Jureidini J (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*, 13:5-17.
- Egeland B, Bosquet M, Chung AL (2002). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse. In K Brown, H Hanks, P Stratton & C Hamilton (eds), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse: A Handbook*. New York: Wiley and Sons, pp217-232.
- Egger H L, Angold A (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: R Del Carmen-Wiggins & A Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, pp223-243.
- Farnfield S (2008). A theoretical model for the comprehensive assessment of parenting. *British Journal of Social Work*, 38:1076-1099.

- Ferguson DW, Horwood LJ (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. In SS Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp130–155.
- Fonagy P, Steele M, Moran G et al (1991). [The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment.](#) *InfantMentalHealthJournal*, 13:200-216.
- George C, Kaplan N & Main M (1985) *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Hinshaw S, Paula F, Zeanah D et al (2009). Training in Infant Mental Health. In Zeanah CH (ed) *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd ed. New York: Guilford Press, pp 533-548.
- Hoghugh M (1997). Parenting at the margins: Some consequences of inequality. In KN Dwivedi (Ed), *Enhancing Parenting Skills: A Guide Book for Professionals Working with Parents*. Chichester: Wiley, pp 21–41.
- Howe D (2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA et al (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:1215-1224.
- Johnson CP, Myers SM, American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120:1183-215.
- Jones D (2001). The assessment of parental capacity. In J Horwath (Ed.), *The Child's World: Assessing Children in Need*. London: Jessica Kingsley, pp 255–272.
- Keller H. (2013). Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 44:175-194.
- [Keller H \(2016\). Attachment. A pancultural need but a cultural construct. \*Current Opinion in Psychology\* 8:59-63.](#)
- [Kerzner B, Milano K, MacLean WC et al \(2015\). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. \*Pediatrics\* 135:344-353.](#)
- [Landa S, Duschinsky R \(2013\). Crittenden's dynamic-maturational model of attachment and adaptation. \*Review of General Psychology\* 17:326-338.](#)
- Luby J (ed) (2006). *Handbook of Preschool Mental Health; Development Disorders and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- [Lyons-Ruth K, Yellin C, Helnick S et al \(2005\). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. \*Developmental Psychopathology\* 17:1-23.](#)
- Mares S, Newman L, Warren B (2011). Emotional and behavioural problems in toddlers. In Mares S (Ed.) *Clinical Skills in Infant Mental Health* (2nd ed). Australia: ACER Press, pp 161-181.
- Mares S, Newman L, Warren B (2011). Trauma in infancy and early childhood. In Mares S (ed) *Clinical Skills in Infant Mental Health*, 2nd ed. Australia: ACER Press, pp 182-192.
- Mares S, Newman L, Warren B (2011). Parents with personality disorder. In Mares S (Ed) *Clinical Skills in Infant Mental Health*, 2nd ed. Australia: ACER Press, pp 244-262.
- Mares S, Torres M (2014). Young foster children and their carers: An approach to assessing relationships. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 19:367-383.
- McCubbin HI, McCubbin MA, Patterson JM et al (1983). CHIP Coping Health Inventory for Parents: An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. *Journal of Marriage and Family* 45:359-370.
- [McManus B, Nugent JK \(2012\). A neurobehavioral intervention incorporated into a state early intervention program is associated with higher perceived quality of care among parents of high-risk newborns: A comparative effectiveness analysis. \*Journal of Behavioural Health Services and Research\* 1-8.](#)
- Nugent JK, Keefer CH, Minear S et al (2007). Understanding Newborn Behavior and Early Relationships. *The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Miron D, Lewis ML, Zeanah CH (2009). Clinical use of observational procedures in early childhood relationship assessment. In Zeanah CH (ed) *Handbook of Infant Mental Health*, 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford Press, pp252-265
- Newman L, Mares S (2007). Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20:343-348.
- [Nugent JK \(2015\). The Newborn Behavioral Observations system \(NBO\) as a form of intervention and support for new parents. \*Zero to Three\*, September 2015.](#)
- Quinn N, Mageo JM (eds) (2013). *Attachment Reconsidered. Cultural Perspectives on a Western Theory*. Palgrave MacMillan.
- Reder P, Duncan S, Lucey C (2003). What principles guide parenting assessments? In P Reder, S Duncan & C Lucey (eds) *Studies in the Assessment of Parenting*. New York: Brunner-Routledge, pp3–26.
- Rescorla LA, Achenbach TN, Ivanova MY et al (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40:456-467.
- Shah PE, Strathearn L (2014). Similarities and differences between the ABC+D model and the DMM classification systems for attachment. *The Routledge Handbook of Attachment: Theory*, 73-88.

- Sharp WG, Volkert VM, Scahill L et al (2017). A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: How standard is the standard of care? *The Journal of Pediatrics* 181:116-124.
- Slade A (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7:269–281.
- Slade A, Greinenberger J, Bernbach E et al (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7:283–298.
- Sparrow SS, Balla D, Cicchetti D (1984). Vineland Adaptive Behavior Scales. Circle Pines: American Guidance Service.
- Squires J, Bricker D, Twombly E (2003). Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ-SE). Paul H Brookes Publishing Co.
- Squires J, Bricker D (1999). Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3). Paul H Brookes Publishing Co.
- Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA et al (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: The Guildford Press.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1504-1512.
- Töreki A, Andó B, Dudas RB et al (2014). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in a clinical sample in Hungary. *Midwifery* 30:911–918.
- Vreeswijk CM, Maas AJ & van Bakel H J (2012). Parental representations: A systematic review of the working model of the child interview. *Infant Mental Health Journal* 33:314-328
- Wechsler D (2002). WPPSI-III Administration and Scoring Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- World Health Organization. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children. A review. *World Health Organization* 2004
- Winnicott D W (1987). The ordinary devoted mother. In C Winnicott, R Shepherd, M Davis (eds) *Babies and their Mothers*. Reading, MA: Addison-Wesley, pp3–14.
- Zeanah CH (ed) (2009). *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford Press.
- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:165–178.
- Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW (2011). Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:819-833.
- Zeanah CH, Lieberman A (2016). Defining relational pathology in early childhood: The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC: 0–5 Approach. *Infant Mental Health Journal* 37:509-520.
- Zeanah CH, Zeanah PD (2001). Towards a definition of infant mental health. *Zero to Three* 22:13-20.
- Zero to Three (2016). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-5*. Washington, DC: Zero to Three



'Women and Children Gathering Bush Tucker' (2009) Katrina Williams.

Ο πίνακας δείχνει πως οι Αβορίγινες γυναίκες της Αυστραλίας υποστηρίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από τους συγγενείς και της υπηρεσίες υγείας της τοπικής κοινωνίας με εστιασμό στην υγιεινή διατροφή.