

# ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
- Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
- Τμήμα Νοσηλευτικής
- Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Κα. Μελισσά
- Θεσσαλονίκη 2007
- Χατζηπαρασκευάς Γεώργιος
- Χρυσάφης Νικόλαος
- Πτυχιακή Εργασία



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα .....	1
Πρόλογος .....	2
Εισαγωγή .....	4
Κεφάλαιο 1. Γονείς με προβλήματα ψυχικής διαταραχής. ....	8
1.1 Οι ιδιαιτερότητες της οικογένειας με γονείς που έχουν ψυχική διαταραχή.....	8
1.2 Βασικές κατηγορίες ψυχικών παθήσεων.....	11
1.3 Χρονιότητα, δριμύτητα και βαθμός δυσλειτουργίας.....	14
1.4 Επιβαρυντικοί και προστατευτικοί παράγοντες για τους γονείς.....	15
1.5 Συγγενικές σχέσεις και κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα.....	17
Κεφάλαιο 2. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας με γονέα που έχει πρόβλημα ψυχικής υγείας.....	18
2.1. Δυσκολίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση της οικογένειας.....	18
2.2. Νοσηλεία του γονέα.....	21
2.3. Η επίδραση της ψυχικής νόσου στην οικογένεια.....	24
2.4. Διατήρηση της οικογένειας και υποστήριξη των μελών της στο θρήνο και τις απώλειες που βιώνει.....	28
2.5.Πρόσβαση σε πληροφορίες, μόρφωση και βοήθεια στις λήψεις αποφάσεων.....	30
2.6. Πρακτικές αρχές για ειδικούς και μη.....	31
Κεφάλαιο 3. Ψυχική διαταραχή και αναπτυξιακή προσέγγιση των αναγκών του παιδιού.....	35
3.1. Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες του παιδιού.....	35
3.2. Ψυχοκοινωνική προσαρμογή των παιδιών με γονέα ψυχικά ασθενή.....	38
3.3. Αναπτυξιακή προσέγγιση και στρατηγικές αντιμετώπισης.....	41
Κεφάλαιο 4. Ψυχική διαταραχή και γονική ικανότητα.....	44
4.1. Γονική σχέση και ψυχική διαταραχή.....	44
4.2.Ψυχική διαταραχή του γονέα και χωρισμός – διαζύγιο.....	47
4.3. Γονική ψυχική διαταραχή, ενδοοικογενειακή βία και πρακτικές κακομεταχείρισης των παιδιών.....	48
4.4. Επίπεδο λειτουργικότητας των παιδιών με ψυχικά ασθενείς.....	50
4.5. Επίδραση της ψυχικής διαταραχής στις σχέσεις γονέων – παιδιών.....	53
4.6. Επιβαρυντικοί παράγοντες στην ανάπτυξη των παιδιών.....	55
4.7. Άλλοι παράγοντες.....	58
Κεφάλαιο 5. Πρόληψη και θεραπεία.....	66
5.1. Οδηγίες προς μέλλουσες μητέρες με προβλήματα ψυχικής υγείας.....	66
5.2. Θεραπευτικά προγράμματα.....	74
5.3. Ξενώνας «Μελία»: μια πρωτοποριακή δομή στην Ελλάδα.....	75
Επίλογος.....	80
Παράρτημα 1. Συνήθη προβλήματα ψυχικής διαταραχής.....	82
Παράρτημα 2. Νομικό πλαίσιο για την γονική προστασία στην Ελλάδα.....	91
Βιβλιογραφία.....	93

# ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα από τα πιο σημαντικά κοινωνικά ζητήματα της εποχής μας είναι το ασφαλιστικό. Ζούμε σε μια εποχή κατά την οποία τα ταμεία των ασφαλιστικών φορών έχουν αδειάσει και πλέον υπάρχει μια τάση η οποία αποκτά όλο και περισσότερους οπαδούς, οι οποίοι υποστηρίζουν ένα «πελατειακό» σύστημα υγείας το οποίο θα στηρίζεται σε ιδιωτικές ασφάλειες και θα μπορεί να εξυπηρετεί μόνο τους «έχοντες και κατέχοντες.» όπως είναι άλλων ανεπτυγμένων χωρών (βλ. Η. Π. Α). Προκειμένου όμως ο πελάτης – ασθενής να είναι διατεθειμένος να πληρώσει το τίμημα της θεραπείας του, πρέπει πρώτα από όλα να έχει γνώση της διαταραχής του. Μπροστά σε μια τέτοια προοπτική η ψυχιατρική έχει να αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις. Πως θα γίνει η περίθαλψη ατόμων τα οποία δεν γνωρίζουν και δεν παραδέχονται πως είναι άρρωστα;

Μέσα σε αυτόν τον προβληματισμό, έρχονται να προστεθούν τα παιδιά. Το 1989 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών πρότεινε μια Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού, την οποία την έχουν υπογράψει όλα τα κράτη του κόσμου, εκτός ενός (5). Με βάση αυτή την σύμβαση τα κράτη έχουν υποχρέωση να προστατεύουν τα δικαιώματα όλων των παιδιών, ιδιαίτερα εκείνων τα οποία έχουν υψηλότερο κίνδυνο από άλλα για κίνδυνο καταπάτησής τους. Μία από τις ευάλωτες αυτές ομάδες παιδιών των οποίων παραβιάζονται βασικά δικαιώματα είναι αυτά που έχουν γονείς με ψυχική διαταραχή.

Τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων συνθέτουν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ποικίλων προβλημάτων στην ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη και προσαρμογή, αν και αρκετά από αυτά κατορθώνουν να αντιμετωπίζουν με επάρκεια τις δυσκολίες που επιφέρει η ψυχική ασθένεια των γονέων τους. Σε αυτά τα παιδιά ανευρίσκεται αυξημένη συχνότητα ψυχοπαθολογίας, με το 1/3 τους να αναπτύσσει επίμονες ψυχικές διαταραχές και το 1/3 τους προσωρινές ψυχιατρικές δυσκολίες, ενώ τα υπόλοιπα δεν φαίνεται να εμφανίζουν συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές. (9)

Δυστυχώς, όμως, τα περισσότερα από αυτά τα παιδιά δεν μπορούν να ζητήσουν βοήθεια και έτσι το σύστημα υγείας δεν μπορεί να τα εντοπίσει. Όταν ένας ενήλικος πηγαίνει σε κάποια ψυχιατρική υπηρεσία, σπάνια οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται για την οικογένειά του. Τον βλέπουν μόνο σαν μία «περίπτωση» την οποία πρέπει να αντιμετωπίσουν και δεν ρωτούν για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του. Αυτό οδηγεί σε μια παθητική αντιμετώπιση από το κράτος πρόνοιας του προβλήματος της γονικής ψυχικής διαταραχής, και έρχεται κατόπιν σαν από μηχανής θεός να «σώσει» το παιδί το οποίο έχει υποστεί παραμέληση ή κακοποίηση, παίρνοντάς το από την «κακή» οικογένειά του.

Όλα αυτά τα επιστημονικά και κρατικά ελλείμματα στον συγκεκριμένο τομέα, κάνουν την επισήμανση του θέματος αυτού επιτακτικότερη από ποτέ μιας και αφορά παιδιά και εφήβους. Δηλαδή αφορά το μέλλον ενός κράτους, το μέλλον του δικού μας κράτους. Αφορά την μοναδική και τελευταία ελπίδα του κράτους αλλά του πλανήτη ολόκληρου για σωτηρία μιας και ως γνωστόν η επόμενη γενιά θα βρεθεί αντιμέτωπη με θεμελιώδη προβλήματα επιβίωσης και ισορροπίας της γης και είναι χρέος μας αυτή την γενιά να την κρατήσουμε όσο πιο υγιή γίνεται προκειμένου να μπορέσει να πάρει τις σωστές αποφάσεις.

Σε αυτό το σημείο, θέλουμε να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν για την περάτωση αυτής της εργασίας. Πρώτη από όλα φυσικά την Κα. Χρυσούλα Μελισσά – Χαλικοπούλου, την επόπτρια της εργασίας μας για τις συμβουλές, τις γνώσεις και πάνω από όλα την υπομονή που έδειξε για την ολοκλήρωση της εργασίας. Ευχαριστούμε επίσης την Κα. Μπίμπου – Νάκου Ιωάννα για την καλοσύνη που είχε να μας δεχτεί, να μας δώσει ορισμένες συμβουλές από την πλούσια εμπειρία που έχει πάνω στο θέμα, όπως επίσης και την άδεια να χρησιμοποιήσουμε τα βιβλία της για υλικό. Ευχαριστούμε όλο το προσωπικό, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό, του πρότυπο ξενώνα Μελία, για την φιλοξενία, την ευγένεια και την πολύτιμη βοήθεια που μας έδωσαν. Τέλος, ευχαριστούμε το προσωπικό των βιβλιοθηκών των νοσοκομείων ΑΧΕΠΑ, Παπαγεωργίου και του ψυχιατρείου Σταυρούπολης, όπως επίσης και του Αριστοτελείου και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου για την υπομονή και την συνεργασία τους, ακόμη και όταν τελικά δεν ήταν γόνιμη.

# Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι σχεδόν αδύνατο να διαχωρίσουν τις επιπλοκές στον ψυχικά ασθενή και σε άλλους, καθώς η θεραπεία δεν αποσκοπεί μόνο στο να φροντίζουν τον άρρωστο, αλλά και στο να παρατηρούν και να εκτιμούν / αξιολογούν τις ανάγκες των κοντινών τους προσώπων, όπως σύζυγοι και παιδιά. Γι' αυτό και ο Fleck Henderson, αναφέρεται στο όρο "διπλή θέαση": να μπορούν συγχρόνως να κρατούν κάποιες ενδείξεις και να βλέπουν τις ανάγκες των ενήλικων ασθενών και των παιδιών τους. Έτσι υπάρχει και εμπάθηση και ενδιαφέρον για τον ενήλικο, αλλά συγχρόνως ο ειδικός αναγνωρίζει και τις επιπτώσεις στα παιδιά ώστε να τα συμβουλεύουν ως μέλη της οικογένειας που είναι.

Όταν όμως δυο επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στην ίδια οικογένεια και ο ένας προσέχει τον ενήλικο και άλλος προσέχει το παιδί ή τα παιδιά, παραμένουν οι ίδιες δυσκολίες. Ο ένας επαγγελματίας υγείας θα πει «αυτό δεν είναι αρκετά καλό, τα πράγματα δεν αλλάζουν αρκετά γρήγορα, το παιδί υποφέρει» και ο άλλος θα ισχυριστεί «αλλά ο γονέας προσπαθεί... δώστε του τον χρόνο... δεν μπορούμε να τον στερήσουμε από αυτό το κίνητρο ώστε να αλλάξει". Ο πρώτος θα απαντήσει «αλλά το παιδί το χρειάζεται για να αλλάξει τώρα, και δεν μπορούμε να περιμένουμε». Η υπεράσπιση προς τον γονιό είναι φυσικό φαινόμενο και αναμένεται. Αλλά όταν αυτό συμβαίνει για δύο επαγγελματίες υγείας, είναι πολύ δύσκολο για τον ένα, ο οποίος προσπαθεί να ισορροπήσει τις εντάσεις των διαφορετικών αναγκών και του ενήλικου και του παιδιού.

Ως εκ τούτου, είναι ένα ακόμα μεγαλύτερο ζήτημα για εκείνους των οποίων ο πρωταρχικός ρόλος είναι να υποστηρίζουν τους καταπιεσμένους και με μειονεκτήματα ενήλικους, οι οποίοι αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής ασθένειας. Ακόμα, διάφορες πολιτικές, το κοινό και η πίεση των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι υπαίτιες, κατά περιόδους, στο να δίνουν προτεραιότητα στις ανάγκες του παιδιού και στην προστασία του πιο πολύ από ότι τις ανάγκες του ενήλικου γονέα. Ενώ αυτό μπορεί να φανεί απλό σε εκείνους που έχουν εργαστεί με παιδιά, και οποιοσδήποτε που έχει εργαστεί παράλληλα με έναν ενήλικο που έχει βιώσει αυτές τις δυσκολίες και τον υποστηρίζει παράλληλα, είναι μια απίστευτη πρόκληση. Φυσικά είναι δύσκολο να παρατηρήσουν και να αναγνωρίσουν τον κίνδυνο και την επίπτωση στο παιδί. Ο Killen ωστόσο επισημαίνει ότι, ενώ είναι επίπονο να βεβαιωθεί η επίπτωση και η κακοποίηση ενός παιδιού, είναι εξίσου επίπονο να γίνουν κατανοητές και αποδεκτές οι απώλειες του γονέα και η θλίψη του για τη βοήθεια που δεν είχε όταν την χρειάστηκε κατά την διάρκεια της ενηλικίωσής του, και η μη υλοποίηση των ονείρων της ζωής του και η εμπειρία της ανεπάρκειας, του πόνου και της απόγνωσης που έχει βιώσει ως ψυχικά ασθενής. Είναι πραγματικά δύσκολο για τους ερευνητές να μπορούν να είναι μάρτυρες για τις επιπτώσεις που επέρχονται από την εκμετάλλευση και παραμέληση των παιδιών. Ο Killen, προτείνει ότι, οι εργαζόμενοι βρίσκουν τρόπους που προστατεύουν τους ίδιους και αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν πραγματικά τα αποτελέσματα της κατάχρησης και δηλώνει «Οι δυνατότητές μας να κλείσουμε τα μάτια μας στο βάσανο

των παιδιών φαίνονται κατά περιόδους να είναι απεριόριστοι και δεν μιλώ πρώτα απ' όλα για την κοινωνία, αλλά για μας ως επαγγελματίες».

Τόσο ο Munro όσο και ο Killen, παρατήρησαν ότι ο προσδιορισμός των αναγκών της οικογένειας οδηγεί σε μια τάση ελαχιστοποίησης της κατάχρησης και της παραμέλησης, και τι επιπτώσεις έχουν στα παιδιά τα οποία υποφέρουν καθημερινά καθώς και ποιες είναι οι συνέπειες. Αναπτύσσουμε μια διαστρεβλωμένη εικόνα των παιδιών, βλέποντας τα υγιέστερα και ισχυρότερα από ότι είναι και επινοούμε ιδιότητες που επιθυμούσαμε να έχουν. Εν τω μεταξύ, τα παιδιά χρησιμοποιούν τα ψυχικά τους αποθέματα κυρίως για την επιβίωση και όχι για την ανάπτυξη και την ωρίμανση τους.

Μια από τις δυσκολότερες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας είναι όταν διαπιστώνουν ότι οι γονείς προσπαθούν, αλλά η φροντίδα που δίνουν δεν είναι "αρκετή". Τις περισσότερες φορές, ψάχνουμε επαρκή πρότυπα της γονικής ικανότητας, όχι τα βέλτιστα. Ωστόσο δεν υπάρχει κανένα συμφωνηθέν πρότυπο για το τι είναι "αρκετό" και ο Tanner και Turney δηλώνουν ότι η παραμέληση των παιδιών χαρακτηρίζεται από μια αδιάλειπτα χαμηλή προσοχή και μια αίσθηση απόγνωσης μέσα στην οικογένεια. Προτείνουν ότι, τα καλύτερα στοιχεία παρουσιάζονται από την μακροπρόθεσμη εντατική υποστήριξη και χρειάζονται ένα διάστημα 12 και 18 μηνών, για να εμφανιστούν οι αλλαγές. Εντούτοις, αυτά τα χρονικά πλαίσια είναι χωρίς συνέπειες για τα παιδιά. Ο Tanner και Turney δηλώνουν ότι «οι κρίσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την παραμέληση των παιδιών ερμηνεύονται με βάση τα δεδομένα πλαίσια που έχουν στο μυαλό τους σχετικά με το τι είναι επαρκής φροντίδα, και τους φέρνουν σε μια δύσκολη θέση, όπου π.χ δεν θέλουν να χαρακτηρίσουν ψυχικά παθολογική μια οικογένεια η οποία ήδη μαστίζεται από την φτώχεια.» Έτσι λοιπόν, αν και μπορεί να υπάρξει μια συμφωνία σχετικά με τον ορισμό της παραμέλησης, ο προσδιορισμός εκείνου του λεπτού ορίου όπου η παραμέληση φτάνει σε τέτοιο βαθμό ώστε να χρειάζεται επέμβαση από τις αρμόδιες αρχές και φορείς, δεν είναι πάντα μια τόσο εύκολη υπόθεση.

Όταν οι επαγγελματίες υγείας επενδύσουν πολύ χρόνο για να συνεργαστούν με έναν ενήλικο πελάτη, μπορεί είναι πολύ δύσκολο να δουν ότι τα πράγματα είτε δεν αλλάζουν, είτε δεν προχωρούν αρκετά γρήγορα για το παιδί. Μπορεί να υπάρξει μια αίσθηση, συνειδητή ή ασυνειδήτη, ότι έχουν αποτύχει ως επαγγελματίες υγείας, ότι ο ρόλος τους ήταν να λύσουν τα ζητήματα του ενήλικου, και όχι να τους τιμωρήσουν. Παρά την αναγνώριση ότι μερικοί ενήλικοι είναι ανίκανοι να αλλάξουν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του παιδιού, προσπάθησαν τόσο σκληρά που απέτυχαν να δουν ότι η αλλαγή δεν εμφανίστηκε και ότι περισσότερο επένδυσαν «στην επιτυχία» από ότι τον πελάτη. Εάν όμως αγνοήσουν τις ανάγκες του παιδιού και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε έτη αναβολής, μερικές φορές είναι σχεδόν πάρα πολύ αργά για μια επιτυχή έκβαση της ψυχικής υγείας του παιδιού.

Ο Killen διαπίστωσε ότι συχνά προβάλλονται στον ενήλικο γονέα τα συναισθήματά και τα πιστεύω μας ότι: οι γονείς πρέπει να νοιάζονται και να είναι με το μέρος των παιδιών τους, και να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες τόσο τις δικές τους όσο και των παιδιών τους. Αυτό όμως, μπορεί να οδηγήσει σε σχέδια και σε στόχους που έχουν λίγη σχέση με τις δυνατότητες του γονέα ή τις ανάγκες του παιδιού. Κατά συνέπεια, τα παιδιά μαθαίνουν από μια πολύ νεαρή ηλικία το τι αναμένεται από αυτά: να φροντίζουν τους ενήλικους, ακόμη και να τους προστατεύουν. Έτσι, το παιδί γίνεται ο ενήλικος που παίζει και τον ρόλο του γονέα. Τα παιδιά μαθαίνουν πράγματα που ο ενήλικος κόσμος

δεν θέλει να ξέρει και δυστυχώς ως επαγγελματίες δεν μπορούμε ακόμη να αντιμετωπίσουμε. Γι' αυτό χρειάζεται να ακούσουμε την πραγματική εμπειρία των παιδιών, μεγαλώνοντας με γονείς που έχουν ψυχικά νοσήματα.

Οι επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι το παιδικό τραύμα και η παραμέληση στην παιδική ηλικία επιδρούν τόσο πολύ στην ανάπτυξη του εγκεφάλου ώστε μπορούν μόνιμα να τροποποιήσουν την ευπάθεια ενός ατόμου στην ψυχιατρική διαταραχή (*Kozolwska & Hanney*). Ο *Perry* προειδοποιεί τους επαγγελματίες υγείας να αξιολογήσουν προσεκτικά, τότε ένα παιδί περιγράφεται από το γονέα ή από άλλους ως «ένα καλό παιδί», γιατί αυτό μπορεί να είναι μια ένδειξη για τα παιδιά που έχουν εκτεθεί για κάποιο χρονικό διάστημα στην κακομεταχείριση και στην παραμέληση. Εξηγεί ότι τα μωρά έχουν έναν μηχανισμό, «πρώιμο στάδιο συναγερμού», όπου προσπαθούν να προσελκύσουν την προσοχή ενός ατόμου που θέλει να το φροντίσει, μέσω εκφράσεων του προσώπου του, των κινήσεων του σώματος του, της αναφώνησης ή και του κλάματος. Ακόμη, δηλώνει ότι όπου υπάρχει μια απουσία μιας σωστής αντίδρασης σε αυτές τις προσπάθειες, το παιδί θα εγκαταλείψει την πρόωρη απάντηση συναγερμών, που εμφανίζεται ως "καλή" ή υποχωρητική. Επίσης, περιγράφει πώς σε μια επέρχουσα απειλή ή μια παραμέληση, το νήπιο ή το μικρό παιδί θα ενεργοποιήσει άλλες νευροφυσιολογικές και λειτουργικές απαντήσεις όπως ποικίλους διανοητικούς μηχανισμούς μέσα από τους οποίους τα παιδιά αποσυνδέονται από τον εξωτερικό κόσμο και ανταποκρίνονται στα ερεθίσματα του εσωτερικού τους κόσμου. Αυτό μπορεί να περιλάβει την απόσπαση της προσοχής, την αποφυγή, την αφηρημάδα, φαντασία και την ταχεία λιποθυμία ή την κατατονία. Ακόμα τα παιδιά αυτά μπορεί να αναφέρονται ως ναρκωμένα, μη-αντιδραστικά, σαν να ονειρεύονται ή να κοιτάζουν επίμονα μακριά με ένα λαμπερό βλέμμα.

Άλλα κακομεταχειριζόμενα παιδιά, σύμφωνα με τους *Kozolwska* και *Hanney*, αναπτύσσουν στρατηγικές που είναι πιθανό να αποσπάσουν τη γονική προσοχή, ακόμη και εάν είναι αρνητικές. Τέτοιες είναι η εξωστρεφής συμπεριφορά, (όπως η υπερδραστηριότητα) αλλά και η επιθετικότητα ή η παρορμητικότητα που αρκετά συχνά είναι διάγνωση και για άλλες παρόμοιες διαταραχές. Ο ειδικός τότε εντοπίζει την πηγή του προβλήματος στο παιδί, και δεν απαιτεί την αλλαγή στην οικογένεια συνολικά, οπότε το πρόβλημα συνήθως "λύνεται" μέσω φαρμακευτικής αγωγής. Εντούτοις, οι ίδιες συμπεριφορές μπορούν να αντιμετωπισθούν ως απάντηση τραύματος από την έκθεση στα βίαια και χαοτικά σπίτια, όπου η συχνή ανίχνευση του περιβάλλοντος και οι γρήγορες απαντήσεις στην απειλή είναι συμφέρουσες. Αυτή η άποψη "βλέπει" τις συμπεριφορές του παιδιού ως κατανοητή αντίδραση σε ένα περιβάλλον που δεν έχει ικανοποιήσει επαρκώς τις ανάγκες τους ή δεν τα έχει διδάξει την αυτοσυγκράτηση.

Το τελευταίο καιρό ωστόσο η έρευνα έχει στραφεί στο πώς ορισμένα παιδιά καταφέρνουν και υπερνικούν πολύ αποτελεσματικά τα παιδικά τραύματα και μειονεκτήματα. Ο *Gilligan* καθορίζει την ανθεκτικότητα ως την ικανότητα να παραβλέπουν ή και να ξεπερνούν τις αντιξοότητες. Αυτή η εργασία είναι ενθαρρυντική και παρέχει πολλές γνώσεις στο ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι ενήλικοι στις ζωές των παιδιών τους ώστε να υπάρξει ένα περιβάλλον έστω και υποτυπωδώς ιδανικό. Εντούτοις, ο *Perry* (2001) σημειώνει ότι πρέπει να είμαστε προσεκτικοί και να μην ελαχιστοποιήσουμε τη σοβαρότητα μερικών καταστάσεων επειδή το παιδί φαίνεται να είναι συνεργάσιμο, ή επειδή η έρευνα μας λέει ότι είναι εντάξει γιατί τελικά οι κίνδυνοι είναι πάρα πολύ υψηλοί. Αυτό είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο στις καταστάσεις της

παραμέλησης και της συναισθηματικής κατάχρησης, όπου μπορούν να περάσουν ακόμη και έτη χωρίς να αλλάξει κάτι, προτού τελικά επέμβουν οι επαγγελματίες υγείας εξ ονόματος του παιδιού.

Ο Daniel (στο Tanner & Turney) προτείνει ότι «οι τρεις εγγενείς παράγοντες που συμβάλουν πιθανότατα στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας εκτός από τα αρνητικά γεγονότα της ζωής είναι μια ασφαλής βάση, μια καλή αυτό-εκτίμηση εκ μέρους του παιδιού και μια αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας». Ως εκ τούτου, η εμπειρία της παραμέλησης από έναν γονέα με τα δικά του ζητήματα διανοητικής υγείας, είναι πλέον πιθανό να υπονομεύσει τους ίδιους τους παράγοντες που υποστηρίζουν τη συναισθηματική ευημερία και που ενεργούν ως απομόνωση από τα συναισθηματικά καταστρεπτικά αποτελέσματα της δυσμενούς εμπειρίας. Πρέπει, επομένως, να είμαστε προσεκτικοί για να μην κάνουμε κακή χρήση της ανθεκτικότητας ως δικαιολογία για την μη λήψη μέτρων και "σκληρών αποφάσεων" για την στάση των γονέων.

Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να δημιουργήσουν έναν πολιτισμό όπου οι ανάγκες των παιδιών αναγνωρίζονται και οι συζητήσεις γύρω από το τι είναι «επαρκώς καλή» φροντίδα να επικροτούνται και να ενθαρρύνονται. Δεν θα είναι ποτέ, και δεν πρέπει να είναι ποτέ, εύκολο να λάβει κανείς σοβαρές αποφάσεις που έχουν επιπτώσεις σε άλλα ανθρώπινα όντα. Ακόμα κι αν τα κίνητρα και οι πληροφορίες μας είναι σωστές, η διερεύνηση, η σκοπιμότητα και το ειλικρινές ενδιαφέρον για τους ασθενείς και τα παιδιά πρέπει πάντα να είναι μέρος της όλης θεραπευτικής διαδικασίας.

Η κύρια μέθοδος για αυτούς τους στόχους στις περισσότερες υπηρεσίες είναι μέσω της επίβλεψης. Οι μελέτες ωστόσο δείχνουν πως οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ανεπαρκή την επίβλεψη και είναι δυσαρεστημένοι από την ποιότητά της. Το περιβάλλον επίβλεψης πρέπει να είναι αρκετά ασφαλές έτσι ώστε να αναγνωρίζεται στους εργαζομένους ότι είναι πολύ επώδυνο να βλέπουν τον πόνο των παιδιών, ότι είναι φυσιολογικό να θυμώνουν μερικές φορές με τους γονείς και ότι θα αισθανθούν θλίψη, αμφιθυμία και επιθετικότητα προς τους γονείς ακόμη και προς τα παιδιά. Πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν το δίλημμα της «διπλής θέασης» και ότι, κατά περιόδους λόγω της φύσης της εργασίας τους, δοκιμάζουν διάφορα αρνητικά συναισθήματα.

Οι μελέτες δείχνουν πως οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών / ιατρικών υπηρεσιών ασχολούνται με τον καταμερισμό εργασιών, με γραφειοκρατικά θέματα και την οργάνωση του τμήματος, παρά με την αξιολόγηση των συστημάτων και στήριξη των εργαζομένων. Έτσι οι επαγγελματίες υγείας νιώθουν πως το μόνο το οποίο ενδιαφέρει τους προϊσταμένους τους είναι το αν θα γίνει η δουλειά παρά το πώς νιώθουν αυτοί και το πώς θα τους υποστηρίξουν στην εργασία τους.

Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν πως ο ρόλος των υπηρεσιών επίβλεψης πρέπει να αλλάξει και να διερευνά τις πραγματικές ανάγκες των εργαζομένων, να αναλύει μαζί τους τις στρατηγικές παρέμβασης και να τους ωθεί έτσι ώστε να είναι πιο ενεργητικοί και να παίρνουν πρωτοβουλίες νιώθοντας πως υπάρχει κάποιος ο οποίος τους στηρίζει. Μπορούν επίσης να συμμετέχουν οι προϊστάμενοι μαζί με τους υφισταμένους τους σε μια διεργασία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των επεμβάσεών τους στις οικογένειες και στα παιδιά.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Γονείς με προβλήματα ψυχικής διαταραχής

### 1.1. Οι ιδιαιτερότητες της οικογένειας με γονείς που έχουν ψυχική διαταραχή

Το να είναι κάποιος γονέας με ψυχική ασθένεια είναι μια αληθινή πρόκληση αλλά μπορεί να φέρει και πολλές ανταμοιβές. Συχνά η κοινή γνώμη πιστεύει πως τα παιδιά τα οποία έχουν γονείς ψυχικά ασθενείς κακοποιούνται ή παραμελούνται. Εξάλλου η πληροφόρηση που έχουν οι άνθρωποι για τέτοιες οικογένειες είναι από τα Μ. Μ. Ε τα οποία από καιρό σε καιρό προβάλλουν κάποιες τραγικές ειδήσεις παραμέλησης ή κακοποίησης όπου ο γονέας έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια και έτσι ο μέσος άνθρωπος πιστεύει πως ο «τρελός» γονέας έτσι συμπεριφέρεται. Ακόμη όμως και να μην αναφέρεται κάτι τέτοιο, οι άνθρωποι πιστεύουν πως όποιος γονέας κακοποιεί ή παραμελεί τα παιδιά του, πρέπει να είναι «τρελός». Η κοινή λογική αυτό προστάζει. Η αλήθεια όμως είναι, σύμφωνα με τα στοιχεία, πως οι ψυχικά ασθενείς γονείς (ευτυχώς) σπάνια κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους. Αντιθέτως, μπορούμε να πούμε πως πολλοί γονείς με ψυχικές ασθένειες μεγαλώνουν επιτυχώς τα παιδιά τους και έχουν μια επιτυχημένη ενασχόληση στην οικογενειακή ζωή, χωρίς ιδιαίτερα επεισόδια. (13)

Ακόμη και πολλοί γονείς οι οποίοι είναι ψυχικά ασθενείς μπορεί κάποιες στιγμές να σκέφτονται πως δεν είναι καλοί γονείς, μπορεί να πιάνουν τον εαυτό τους να παραμελούν τα παιδιά τους (είτε πραγματικά, είτε φανταστικά) και έτσι να σκέφτονται πως κάποιος άλλος γονέας ίσως να ήταν καλύτερος για τα ίδια. Πρέπει όμως να γνωρίζουν πως το εύρος της καταλληλότητας της γονεϊκότητας δεν είναι μικρότερο των ίδιων από ότι για τους «υγιείς» γονείς. Με την κατάλληλη υποστήριξη και βοήθεια από τους ειδικούς μπορούν και αυτοί να καταφέρουν να είναι επιτυχημένοι γονείς. (21)

Ένα μεγάλο πρόβλημα στην διερεύνηση των περιστάσεων των ψυχικά ασθενών γονέων όπως επίσης και των αναγκών των προβλημάτων τους και της βοήθειας την οποία χρειάζονται, είναι οι πηγές πληροφόρησης. Πριν λίγες δεκαετίες, οι περισσότερες και πιο αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης ήταν ενήλικα πλέον «παιδιά» γονέων με ψυχικές παθήσεις τα οποία καλούνταν να «καταθέσουν» τις εμπειρίες τους και να περιγράψουν την καθημερινή ζωή και τα προβλήματα τα οποία αντιμετώπιζαν οι γονείς τους. Ο κατάλογος αρνητικών συναισθημάτων τα οποία μας έδωσαν αυτά τα παιδιά είναι πολύ μακρύς όπως: θυμός, απομόνωση, ντροπή, φόβος, λύπη, χαοτική σκέψη, θρήνος, εγκατάλειψη, αίσθημα πως είναι αβοήθητοι, απογοήτευση, σύγχυση, προβλήματα ταυτότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση και πρόβλημα στο να εμπιστευτούν και να συσχετιστούν με άλλους. Παράλληλα όμως, μας έδωσαν αρκετά θετικά στοιχεία τα οποία μπορεί να αναπτύξει ένας γονέας με ψυχική ασθένεια όπως είναι η δύναμη,

αυτογνωσία, συμπόνια, ανεκτικότητα και κατανόηση, υγιείς συνήθειες και προτεραιότητες όπως και μια μεγάλη εκτίμηση για την ζωή. (13)

Μόλις τις τελευταίες δεκαετίες έγιναν σοβαρές έρευνες από Πανεπιστήμια αλλά ακόμη είναι γενικές και στοχευόμενες. Αφορούν βασικά γυναίκες (μόνο μία μελέτη περιλαμβάνει άντρες), οι οποίες συνήθως είναι σε μονογονεϊκή οικογένεια και επιπλέον οι έρευνες διαρκούν όσο το άτομο βρίσκεται σε έξαρση της ψυχικής του ασθένειας. (13)

Οι ψυχικά πάσχοντες γονείς έχουν τις ίδιες ανάγκες με όλους τους γονείς. Την ανάγκη για ένα ασφαλές σπίτι, για μία εργασία, για μετακινήσεις, για μια αξιόπιστη παιδική ιατρική φροντίδα και υποστήριξη για αυτούς και τα παιδιά τους, ιδιαίτερα σε ότι έχει να κάνει σε σχέση με την εκπαίδευση τους. Βέβαια, αντιμετωπίζουν καθημερινός προκλήσεις οι οποίες μεταβάλλουν τις εμπειρίες τους ως γονείς και μπορεί και να επηρεάσουν τις σχέσεις τους με τα παιδιά. Η ενέργεια που καταναλώνουν για την ασθένειά τους και οι τιάνιες προσπάθειες που κάνουν να απαλλαχτούν από αυτήν ή τουλάχιστον να μειώσουν τις επιπτώσεις της στην ζωή την δικιά τους και της οικογένειάς τους, μπορεί να εξαντλήσει τόσο τα προσωπικά όσο και τα διαπροσωπικά τους αποθέματα. Μέσα σε όλον αυτόν τον αγώνα που κάνουν πρέπει να κατανοήσουν πως η διαταραχή τους επηρεάζει τα παιδιά και να επικοινωνήσουν με αυτά προκειμένου να κατανοήσουν και τα ίδια την διαταραχή και την διαδικασία της ανάρρωσής τους. (13)

Οι εμπειρίες γονέων με ψυχικές διαταραχές είναι παρόμοιες με αυτές που βιώνουν όλοι οι γονείς. Εκπληρώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο και τον βιώνουν ως έναν ρόλο εξαιρετικά σημαντικό για τους ίδιους. Μπορεί να δίνουν έτσι, όπως πολλοί γονείς, προτεραιότητα στις ανάγκες των παιδιών τους και να αγνοούν τις δικές τους. Μπορεί, επίσης, να αντιμετωπίζουν τεράστιο stress προσπαθώντας να εκπληρώσουν όλους τους ρόλους τους μέσα στην οικογένεια. Προσπαθούν να διατηρούν το νοικοκυριό τους, να αντιμετωπίζουν τις επαγγελματικές απαιτήσεις, να χειρίζονται την συμπεριφορά και τις δυσκολίες των παιδιών και του συντρόφου τους (αν υπάρχει) και ταυτόχρονα να προσπαθούν να δαμάσουν και τον πληγωμένο ψυχισμό τους. Ο γάμος και η οικογενειακή τους ζωή, κάτω από αυτές τις συνθήκες, μπορεί να βρίσκεται σε κίνδυνο, όπως βέβαια συμβαίνει και με πολλούς γονείς οι οποίοι δεν είναι ψυχικά πάσχοντες. Όμως, οι ψυχικά πάσχοντες γονείς, πολλές φορές (άλλες μπορεί και να συμβεί το αντίθετο όπως θα εξηγήσουμε παρακάτω), ερμηνεύουν τις δυσκολίες αυτές σαν προσωπικά ελλείμματα λόγω της διαταραχής, δεν τις αποδίδουν στο «φυσιολογικό» καθημερινό stress και έτσι επιβαρύνουν τον εαυτό τους με ενοχές και επομένως με περισσότερο stress. (13)

Γενικά, οι γονείς παρουσιάζουν ορισμένα συμπτώματα στην καθημερινή τους γονεϊκή ικανότητα τα οποία σε γενικές γραμμές είναι τα εξής:

- Δυσκολία στο να ικανοποιήσουν τις συναισθηματικές αλλά όχι τις σωματικές ανάγκες των παιδιών τους π.χ. μπορεί να κρατούν το σπίτι καθαρό αλλά να μην μπορούν να εκδηλώσουν αισθήματα ζεστασιάς προς το παιδί τους
- Δυσκολία στο να μπορούν να εκτιμήσουν την αυτονομία τους παιδιού και τις ιδιαίτερες και εξατομικευμένες του ανάγκες
- Δυσκολία στο να συγκεντρωθούν, να οργανώσουν την ζωή τους, να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού ή να πάνε για ψώνια.
- Δυσκολία στο να διασφαλίσει ένα βασικό πλαίσιο φροντίδας και ασφάλειας

- Δυσκολία στο να σηκωθούν από το κρεβάτι το πρωί και να ετοιμάσουν τα παιδιά για το σχολείο.
- Δυσκολεύονται να ελέγξουν τα συναισθήματά τους και έτσι πολύ εύκολα θυμώνουν ή εκνευρίζονται με τα παιδιά
- Δυσκολεύονται πολύ να ακούσουν, να μιλήσουν και γενικότερα να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους. Επίσης, δεν μπορούν να αντέξουν ήχους τους οποίους μπορεί να δημιουργούν φυσιολογικά τα παιδιά μέσα σε ένα σπίτι π.χ. όταν τα μωρά κλαίνε ή όταν τα παιδιά παίζουν.
- Δυσκολεύονται να θέτουν λογικά όρια, να καθοδηγούν και να προβλέπουν τις ανάγκες του παιδιού
- Δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τις ικανότητες του παιδιού ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξής του
- Μπορεί να κάνουν κακό στο παιδί, είτε άμεσα αν το παιδί εμπλέκεται σε κάποια ψευδαίσθηση (π.χ. δεν είναι παιδί μου, είναι ο αντίχριστος) ή αν έχει αυτοκτονικούς ιδεασμούς στους οποίους να εμπλέκεται και το παιδί, είτε έμμεσα αν δεν μπορεί να κατανοήσει τις ανάγκες του και έτσι τις παραμελεί.
- Πολλές φορές οι γονείς μπορεί να νιώθουν ληθαργικοί και βαριεστημένοι για να ασχοληθούν με το στιδήποτε. Αυτό πολλές φορές είναι αποτέλεσμα των αντιψυχωτικών φαρμάκων.
- Νιώθουν τεράστια ντροπή και φοβούνται να συζητήσουν με άλλους θέματα γονεϊκότητας. Φοβούνται επίσης πως αν κάνουν κάτι τέτοιο θα τους πάρουν τα παιδιά τους, γι' αυτό σιωπούν και προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα μόνοι τους. (11)

Πολλά παιδιά ψυχικά ασθενών δεν έχουν «αφύσικες» δυσκολίες στην ανάπτυξη τους. Παρ' όλα αυτά πολλοί γονείς ανησυχούν για τον αντίκτυπο της ασθένειάς τους στα παιδιά και κάθε δυσκολία του παιδιού την βλέπουν μέσα από το πρίσμα της δικής τους ασθένειας. Μπορεί κάθε σημάδι «κακής» συμπεριφοράς του παιδιού να το βλέπουν σαν μία ένδειξη πως το παιδί αναπτύσσει διαταραγμένη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση ήδη από πολύ μικρή ηλικία. Αν οι γονείς είχαν παραμεληθεί ή κακοποιηθεί οι ίδιοι όταν ήταν παιδιά, πιθανόν να μην έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες για την ανάπτυξη των παιδιών τους και να μην έχουν την παραμικρή ιδέα πως μπορούν να βοηθήσουν την ανάπτυξη του παιδιού τους μέσα από το παιχνίδι. Οι γονείς λοιπόν, δεν πρέπει να λαβαίνουν εκπαίδευση μόνο σε ότι έχει να κάνει την ασθένειά τους και το πώς να συμπεριφέρονται στα παιδιά αλλά πρέπει να γνωρίζουν και τα στάδια της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού έτσι ώστε να γνωρίζουν ανά πάσα στιγμή τι είναι φυσιολογικό για το παιδί και τι να αναμένουν από αυτό. (13)

Γονείς με ψυχιατρικές αδυναμίες σε ποσοστό 50% περίπου αναφέρουν πως και τα παιδιά τους έχουν τις ίδιες διαταραχές. Αν και ένα ποσοστό από αυτό μπορεί να είναι φανταστικό, εντούτοις υπάρχουν πολλά παιδιά τα οποία έχουν συναισθηματικά ή προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία απαιτούν την συνεργασία με κάποιον ειδικό προκειμένου να αντιμετωπιστούν σωστά και έγκαιρα. Οι γονείς σε μια τέτοια περίπτωση είναι αναγκασμένοι να κανονίζουν τόσο για την δική τους θεραπεία, όσο και για των παιδιών τους. Σε μια τέτοια περίπτωση προτιμούν να νιώθουν πως τα παιδιά καλύπτονται όσο καλύτερα μπορούν σε όλους τους τομείς και αν πλέον έχουν ξεμείνει από ενέργεια ή χρήματα, προτιμούν να παραμελήσουν την δική τους θεραπεία. Αυτό συμβαίνει γιατί οι

γονείς νιώθουν οι ίδιοι υπεύθυνοι για την ασθένεια του παιδιού τους, ή θέλουν να αποδείξουν στον εαυτό τους πως για χάρη του παιδιού τους μπορούν με την δύναμη της θέλησης και μόνο να γίνουν «φυσιολογικοί». (13)

## 1.2. Βασικές κατηγορίες ψυχικών παθήσεων

Ας δούμε τώρα λίγο πιο συγκεκριμένα ποιες επιπτώσεις στον γονεϊκό ρόλο επιφέρουν ορισμένες ψυχικές παθήσεις.

### Γονείς με Σχιζοφρένεια

Κατά τον πρώτο χρόνο ζωής του παιδιού, μητέρες με σχιζοφρένεια, συγκριτικά με υγιείς μητέρες, τείνουν να επιδεικνύουν περισσότερο αρνητικό και λιγότερο θετικό συναίσθημα, ενώ ανταποκρίνονται και εμπλέκονται λιγότερο με τα παιδιά τους. Επίσης, παρέχουν λιγότερη περιβαλλοντική σταθερότητα και φροντίδα, επιδεικνύουν λιγότερο αυθορμητισμό και εκφραστικότητα και παρέχουν λίγα αισθητηριακά και κινητικά ερεθίσματα στα παιδιά. Η σοβαρότητα και η χρονιότητα της διαταραχής της μητέρας συσχετίζεται με την ποιότητα της αλληλεπίδρασης μητέρας – παιδιού και μάλιστα, μητέρες με περισσότερα θετικά συμπτώματα έχουν χειρότερη αλληλεπίδραση με τα παιδιά τους και εμφανίζουν περισσότερη εχθρικότητα. Βέβαια, αν και τα επεισόδια είναι ελάχιστα, έχουν καταγραφεί σοβαροί κίνδυνοι που σχετίζονται με την σχιζοφρένεια, όπως είναι η παραμέληση, η κακοποίηση, οι προσβολές τρόμου και η παιδοκτονία. (8)

### Γονείς με Κατάθλιψη

Η Κατάθλιψη έχει ένα τεράστιο φάσμα συμπτωμάτων το οποίο μπορεί να περιέχει πάρα πολλούς συνδυασμούς. Π.χ. η κατάθλιψη μπορεί να αντιπροσωπεύεται από θυμό, διάσπαση και ανησυχία ή από απόσυρση, θλίψη και ιδεομηρυκασμό. Επίσης, πολύ συχνά συνυπάρχει με άλλες ψυχικές διαταραχές, γεγονός που μπορεί να έχει επιπρόσθετες επιπτώσεις στα παιδιά. Μια καταθλιπτική μητέρα μπορεί να αντιμετωπίζει προβλήματα στον γονεϊκό της ρόλο συνεχώς, σε κάποιο βαθμό, παρά τον επεισοδιακό χαρακτήρα της κατάθλιψης. (8)

Μητέρες με την διάγνωση της κατάθλιψης είναι αποδιοργανωμένες, ασυνεπείς αναποτελεσματικές και λιγότερο χαρούμενες, με ένταση και λιγότερο δραστήριες στις αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά τους, σε σχέση με υγιείς μητέρες. Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί να μειώσει την ικανότητα μιας μητέρας να λαμβάνει τα μηνύματα των παιδιών της, ενώ κάνουν αρνητικές δηλώσεις για αυτά, όπως και άλλες επικριτικές και μη υποστηρικτικές δηλώσεις, όπως π.χ. ότι αισθάνονται απογοητευμένες από το παιδί. Τέλος, έχει βρεθεί ότι η ζεστασιά που απέπνεαν μητέρες με κατάθλιψη στα παιδιά τους μέσω της σωματικής επαφής, δεν ήταν συντονισμένη με τις ανάγκες των παιδιών τους. (8)

## **Εγκυμοσύνη**

Μια εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελεί μία κορυφαία πρόκληση στη ζωή ενός ατόμου με ψυχική ασθένεια. Το ποσοστό των μη προγραμματισμένων εγκυμοσύνων ανάμεσα στις γυναίκες με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι πολύ υψηλό. Γυναίκες με διάγνωση σχιζοφρένειας επίσης έχουν πολύ υψηλά ποσοστά αποβολών, θνησιγενών βρεφών, και εσκεμμένων εκτρώσεων. Η ψυχωτική άρνηση της εγκυμοσύνης, συμβαίνει σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε γυναίκες οι οποίες στο παρελθόν έχουν χάσει την κηδεμονία των παιδιών τους λόγω της ασθένειάς τους. (13)

Πολλές γυναίκες, οι οποίες δεν είναι πληροφορημένες σχετικά με την ψυχιατρική αγωγή και την εγκυμοσύνη, μπορεί να σταματήσουν να παίρνουν την φαρμακευτική τους αγωγή, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο, από φόβο μήπως προκαλέσουν κάποια ζημιά στο παιδί τους. Οι γιατροί πρέπει να το έχουν αυτό υπόψη τους και να το τονίζουν ιδιαίτερα στην έγκυο μητέρα πως πρέπει να παίρνει ότι φάρμακα της λέει ο ιατρός της και να του έχει απόλυτη εμπιστοσύνη. Πρέπει να της εξηγήσει πως πολλά φάρμακα δεν μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το βρέφος της. Σε καταστάσεις επίσης όπου τα φάρμακα δεν μπορούν να καταναλωθούν από μία έγκυο, ενώ η ψυχιατρική της κατάσταση είναι κρίσιμη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η πολύ αποτελεσματική μέθοδος της ECT. (13)

## **Κηδεμονία και εμπειρίες απώλειας**

Από την βιβλιογραφία, επίσης, φαίνεται πως οι ψυχικά πάσχοντες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να χάσουν την επιμέλεια των παιδιών τους, σε σχέση με τους υγιείς, σε ποσοστό έως και 70-80%. Γυναίκες με διάγνωση συναισθηματικής διαταραχής είναι πιο πιθανό να έχουν οι ίδιες της επιμέλεια των παιδιών τους σε σχέση με αυτές που έχουν διάγνωση ψυχωσικής διαταραχής. Ιδιαίτερα τα παιδιά γυναικών με διάγνωση σχιζοφρένειας έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να τα μεγαλώσει κάποιος άλλος παρά η ίδια τους η μητέρα. Οι μελέτες πάντως δείχνουν πως η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών αυτών θεωρεί εξαιρετικά σημαντικό το να βοηθηθούν να αναθρέψουν οι ίδιες τα παιδιά τους αν και μόνο το 21% από αυτές έχουν την κηδεμονία και μόνο το 12% έχουν την κύρια ευθύνη ανατροφής των παιδιών. (13)

Οι περιστασιακές επαφές των γονέων με τα παιδιά όταν τα ίδια μένουν με συγγενείς, σε θετούς γονείς ή σε ιδρύματα, μπορεί να είναι πολύ δύσκολες. Οι επισκέψεις μπορεί να είναι πολύ αγχώδεις τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά, ιδιαίτερα αν δεν είναι πολύ καλά προγραμματισμένες και ελεγχόμενες. Οι γονείς τότε μπορεί να βιώνουν την διαχωρισμένη αφοσίωση των παιδιών τους μια και αυτά πρέπει να είναι αφοσιωμένα τόσο στην φυσική όσο και την θετή οικογένειά τους. Μπορεί ακόμη να νιώσουν και θυμό ή ζήλια όταν ακούσουν τα παιδιά τους να αποκαλούν κάποιον άλλον «μαμά» ή «παμπά». Επίσης τα παιδιά μπορεί να εκφράσουν οργή σχετικά με τις καινούργιες συνθήκες ζωής. Είτε παράπονα για την δική τους, είτε ζήλια για τον γονιό τους (χωρίς εμένα είσαι καλύτερα). Οι επισκέψεις μπορεί να είναι πολύ επώδυνες και για τους δύο μιας και στο τέλος της κάθε επίσκεψης, βιώνουν για ακόμη μία φορά την απώλεια που έχει επέλθει. (13)

Η απώλεια της κηδεμονίας των παιδιών μπορεί να δυσκολέψει την θεραπεία των γονιών, ιδιαίτερα αν τα παιδιά βρεθούν υπό την επίβλεψη του παππού ή της γιαγιάς οι οποίοι κακοποιούσαν των ίδιο όταν ήταν μικρός, ή γενικά κάποιου συγγενικού προσώπου το οποίο οι γονείς δεν εμπιστεύονται καθόλου. Μητέρες έχουν δηλώσει πως χρειάζονται βοήθεια τόσο για να μπορέσουν να ξαναπάρουν τα παιδιά τους, όσο και για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τον πόνο τους αποχωρισμού από το παιδί τους. Δηλώνουν επίσης, πως αν τους αποστερήσουν τα δικαιώματά τους ως γονέων ο πόνος τους ποτέ δεν θα καταλαγιάσει. Το να νιώθει κάποιος αποτυχημένος ως γονέας μπορεί να είναι από τις πιο τραυματικές εμπειρίες που μπορεί να νιώσει ένας άνθρωπος. (13)

### **Θυματοποίηση και τραυματικές εμπειρίες**

Είναι αλήθεια πως μεγάλα ποσοστά γονέων οι οποίοι κακοποιούν, εκθέτουν σε κίνδυνο ή παραμελούν τα παιδιά τους, έχουν υποστεί παρόμοιες καταστάσεις και οι ίδιοι όταν ήταν παιδιά. Είναι επίσης αλήθεια, σύμφωνα με τις έρευνες, πως το ποσοστό των γυναικών με σοβαρή ψυχική διαταραχή οι οποίες έχουν κακοποιηθεί στο παρελθόν είναι πολύ υψηλό και κυμαίνεται από 53 έως ακόμη και 97%. Το να έχει όμως κάποιος κακοποιηθεί ως παιδί στο παρελθόν δεν σημαίνει υποχρεωτικά πως θα κακοποιεί και αυτός τα παιδιά του στο μέλλον. Μερικές φορές μάλιστα, μπορεί να ενεργοποιήσει τον γονιό έτσι ώστε να συμπεριφερθεί διαφορετικά ο ίδιος στο παιδί του. Άλλα φαινόμενα, τα οποία μπορούν να συνυπάρχουν με την θυματοποίηση του γονέα, και την ψυχική του διαταραχή όπως είναι η φτώχεια, η κατάχρηση ουσιών και η έλλειψη στέγης μπορούν να δυσκολέψουν κατά πολύ τις γονικές του ικανότητες και να θέσουν σε εξαιρετικό κίνδυνο τόσο τους γονείς όσο και τα παιδιά. Παρ' όλα αυτά όμως είναι εξαιρετικά δύσκολο να προβλέψουμε τις πιθανότητες κακοποίησης ή παραμέλησης στην κάθε περίπτωση. (13)

Συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με ιστορικά τραυμάτων, μπορεί να εμπλέκονται επίσης στην γονική ικανότητα του ψυχικά ασθενούς. Τα παιδιά αναπτύσσουν τρόπους για να ξεπεράσουν μία τραυματική εμπειρία προκειμένου να επιβιώσουν. Για παράδειγμα, παιδιά τα οποία έχουν βιώσει επαναλαμβανόμενες τραυματικές εμπειρίες, όπως η σεξουαλική κακοποίηση, μπορεί να καταφεύγουν σε στρατηγικής αποφυγής ή απόσυρσης προκειμένου να αντιμετωπίσουν το stress. Αυτά όμως τα «τεχνάσματα επιβίωσης» μπορεί να αμβλυνθούν σε έναν ενήλικα ο οποίος έχει πολλούς ρόλους να εκπληρώσει και να εκδηλωθούν ως σύνδρομο μετατραυματικού stress. Ως ενήλικες, τα θύματα παιδικής βίας μπορεί να δυσκολεύονται να εμπιστευτούν και να συσχετιστούν με ανθρώπους, μπορεί να αναπτύξουν μηχανισμούς αντιμετώπισης οι οποίοι μπορεί να αμβλύνουν τους σωματικούς και ψυχικούς κινδύνους, όπως είναι η κατάχρηση ουσιών και η σεξουαλική υπερδραστηριότητα. Μπορεί επίσης να έχουν προβλήματα σχετιζόμενα με την ισχύ, όπως το να νιώθουν ανίσχυροι να έχουν επεισόδια ψυχωτικής παραλυσίας και να υποφέρουν από αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, ντροπής και ενοχής. (13)

Αν και αυτές οι στρατηγικές μπορεί να τους κράτησαν ως παιδιά «ζωντανούς» τόσο σωματικά όσο και πνευματικά, εντούτοις μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητά τους ως γονέα. Για παράδειγμα οι γονείς μπορεί να μην έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να αναγνωρίσουν τις σωστές ανάγκες των παιδιών και να τις ικανοποιήσουν, αλλά ταυτόχρονα να μην είναι σε θέση ούτε να χτίσουν μια ουσιαστική σχέση με κάποιον επαγγελματία ο οποίος θα μπορέσει να τους βοηθήσει. Οποσδήποτε

χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να δημιουργήσουν ένα σταθερό και ασφαλές σπιτικό, μιας και οι ίδιοι ποτέ δεν έχουν βιώσει κάτι τέτοιο για τον εαυτό τους. Αν οι γονείς έχουν αποδυναμωθεί από τις τραυματικές τους εμπειρίες ή από το στίγμα που αυτές οι εμπειρίες ή η διάγνωση μια ψυχικής διαταραχής συνοδεύει, θα είναι για τους ίδιους πολύ δύσκολο να υποστηρίξουν τόσο τον εαυτό τους όσο και τα παιδιά τους. (13)

Τα αναπτυξιακά στάδια που θα περνάει το παιδί, καθώς μεγαλώνει ή συγκεκριμένες εμπειρίες, μπορεί να θυμίζει στον γονέα δυσάρεστες στιγμές του δικού του παρελθόντος και να φέρει στο μυαλό του σκηνές του παρελθόντος ή να συμβάλει στο γονικό άγχος ή να του φέρει κατάθλιψη. Για παράδειγμα, αν μια μητέρα έχει κακοποιηθεί στην τουαλέτα, μπορεί να δυσκολεύεται να εκπαιδεύσει το παιδί της θέματα τα οποία άπτονται της τουαλέτας, όπως το να πηγαίνει μόνο του για τις ανάγκες του ή να κάνει μπάνιο. (13)

### 1.3.Χρονιότητα, δριμύτητα και βαθμός δυσλειτουργίας

Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως ο τύπος της ψυχικής διαταραχής που αντιμετωπίζει ο γονέας δεν είναι ασφαλής δείκτης για τον βαθμό δυσλειτουργικότητας τόσο του γονέα όσο και των επιπτώσεων που θα υπάρχουν στο παιδί. Για παράδειγμα, η μελέτη του Rogosch (18) φανερώνει πως για την ίδια ασθένεια οι γονείς οι οποίοι είχαν πιο έντονα και χρόνια συμπτώματα, είχαν σαφώς περισσότερες δυσκολίες στον γονεϊκό τους ρόλο από ότι είχαν αυτοί με πιο ήπια συμπτώματα. Παρόμοια, έρευνα του 1995 (18) κατέδειξε πως αν οι γονείς έχουν μια επαναλαμβανόμενη πρώιμα εμφανιζόμενη καταθλιπτική διαταραχή, η πιθανότητα να αναπτύξουν και η απόγονοί τους κατάθλιψη είναι πολλαπλάσια από τα παιδιά γονέων οι οποίοι παρουσιάζουν φυσιολογικές σε χρονική διάρκεια περιόδους μεταξύ των κρίσεων κατάθλιψης, ειδικά όταν αυτά συνοδεύονται από ένα μη λειτουργικό και χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον. (18)

Πολλές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην δριμύτητα των συμπτωμάτων ως έναν παράγοντα για να προβλέψουμε την δυσλειτουργία. Για παράδειγμα, και άλλη μελέτη δείχνει πως μητέρες με διπολικά επεισόδια είναι πιο αρνητικές και έχουν πολύ μικρότερο συναισθηματικό δεσμό από ότι οι μητέρες με απλή κατάθλιψη. Επίσης, άλλη μία μελέτη (18) του 1995 δείχνει πως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης είναι αντιστρόφως ανάλογη της μητρικής ικανότητας για έκφραση συναισθημάτων και ανάλογη της αρνητικότητας της μητέρας. (18)

Άλλες μελέτες πάλι έχουν επικεντρωθεί στο πως η χρονιότητα επηρεάζει την γονική ικανότητα και τις επιπτώσεις στο παιδί. Για παράδειγμα, ο αριθμός των επεισοδίων όσο και η διάρκεια του τελευταίου, δεν φαίνεται να επιδρά δραστικά πάνω στην γονική ικανότητα, αλλά ο αριθμός των νοσηλειών της μητέρας φαίνεται πως είναι αντιστρόφως ανάλογος του βαθμού ευαισθησίας που θα δείξει μια μητέρα προς το σχολικής ηλικίας παιδί της. Μια άλλη μελέτη (18) έδειξε πως οι θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρας και παιδιού ήταν πολύ λιγότερες στις μητέρες οι οποίες είχαν αναρρώσει από μία κατάθλιψη διάρκειας έξι μηνών από ότι των μητέρων που η κατάθλιψη διήρκεσε γύρω στους δύο μήνες. (18)

Πάντως, είναι πολύ δύσκολο να ερευνηθεί ξεχωριστά η χρονιότητα και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μιας και πολλές φορές αυτοί οι δύο παράγοντες

επηρεάζουν ο ένας τον άλλον. Ο Brennan υποστηρίζει πως τα σοβαρά συμπτώματα μιας ψυχικής ασθένειας, διαρκούς και περισσότερο από τα ήπια. Ο Brennan πάντως, προσπάθησε να ερευνήσει την χρονιότητα και τη σοβαρότητα ξεχωριστά, αν και οι πληροφορίες για τους δύο αυτούς παράγοντες προέρχονται από διαφορετικές πηγές. Για την χρονιότητα ο δείκτης ήταν τα κέντρα ψυχικής υγείας, ενώ η σοβαρότητα ήταν η υποκειμενική θεώρηση των μητέρων. Οι έρευνες έδειξαν πως η χρονιότητα και η σοβαρότητα ξεχωριστά, επηρεάζουν παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών, ενώ τους εφήβους τους επηρεάζει βασικά ο συνδυασμός των δύο. Με άλλα λόγια, μητέρες οι οποίες έχουν χρόνια και σοβαρή κατάθλιψη, έχουν πολύ περισσότερες δυσκολίες στον γονεϊκό τους ρόλο από ότι έχουν μητέρες με απλή κατάθλιψη. Πάντως, σε μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε για το τελευταίο επεισόδιο, έδειξε πως η σφοδρότητα των συμπτωμάτων ήταν καλύτερος δείκτης πρόβλεψης της γονεϊκής δυσλειτουργίας από ότι η διάρκειά τους. (18)

Άλλες, πολύ σημαντικές μελέτες δείχνουν, πως αν και η διάγνωση (κυρίως στην σχιζοφρένεια), η σοβαρότητα και η χρονιότητα των συμπτωμάτων, είναι δείκτες οι οποίοι μπορούν να μας δώσουν κάποια στοιχεία για την λειτουργικότητα των γονέων, όλα αυτά μπορούν να αλλάξουν προς το καλύτερο αν οι γυναίκες αυτές έχουν έναν ισχυρό κοινωνικό υποστηρικτικό ιστό, θετικό σύστημα αξιών, καθώς και άλλα περιβαλλοντικά υποστηρικτικά θετικά στοιχεία. (18)

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε πως η διάγνωση, η χρονιότητα και η σοβαρότητα είναι δείκτες οι οποίοι μπορούν να μας δώσουν κάποια στοιχεία αλλά πρέπει να έχουμε υπόψη μας πως με την κατάλληλη υποστήριξη, σχεδόν όλοι οι γονείς θα μπορέσουν να κρατήσουν την κηδεμονία των παιδιών τους. Εξάλλου αυτό το οποίο θα πρέπει να μας ενδιαφέρει είναι η λειτουργικότητά τους ως γονέων, παρά η σοβαρότητα της ασθένειάς τους. (18)

#### **1.4. Επιβαρυντικοί και προστατευτικοί παράγοντες για τους γονείς**

Οι έρευνες έχουν δείξει πως πολλοί ψυχιατρικοί γονείς μπορούν να έχουν επαρκείς γονικές δεξιότητες, ίσως μάλιστα και καλύτερες από τον μέσο όρο των φυσιολογικών γονέων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι είναι ψυχικά ασθενείς. Ακόμη πολλοί ψυχικά ασθενείς γονείς, μπορεί να είναι «πολύ καλοί ασθενείς» και αυτό να οφείλεται στο ότι είναι γονείς. (18)

Σε μια έρευνα του Ackerson καταδείχτηκε ξεκάθαρα πως πολλοί ψυχικά ασθενείς γονείς περιγράφουν έναν εκπληκτικά στενό συναισθηματικό δεσμό με τα παιδιά τους και μια βαθιά ριζωμένη αγάπη μεταξύ τους, η οποία μπορεί και να υπερβαίνει τους συνηθισμένους δεσμούς μεταξύ γονέων και παιδιών. (18)

Επίσης, πολλές μελέτες συμφωνούν πως ασθενείς οι οποίοι είναι γονείς έχουν ισχυρότερα κίνητρα να συνεχίσουν την θεραπεία τους και να την ακολουθήσουν κατά γράμμα. Η αναμονή των ανταμοιβών που έχει ο ρόλο της φροντίδας ενός παιδιού τους κινητοποιεί προκειμένου να κάνουν ότι είναι δυνατόν για να μην χάσουν την κηδεμονία του παιδιού τους. Τους αρέσει επίσης πάρα πολύ, όταν αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως μητέρες και περιλαμβάνεται μέσα στο πρόγραμμα θεραπείας τους, οι ευθύνες τους ως γονείς. Κάτι τέτοιο τους δίνει έναν διαφορετικό,



**Πίνακας 1.**  
**Επιβαρυντικοί και προστατευτικοί παράγοντες για τους γονείς**

<i><b>ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ</b></i>	<i><b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ</b></i>	<i><b>ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ</b></i>
<b>Ατομικοί παράγοντες</b>		
Αντίξοες εμπειρίες (τραύμα, κακοποίηση, συχνές αλλαγές στα πρόσωπα που φροντίζουν τα παιδιά, αναπτυξιακά προβλήματα, σωματική ασθένεια, αυτοτραυματισμός, χαμηλή σχολική επίδοση, κακή ποιότητα συναισθηματικού δεσμού και σχέσεων)	<b>Παιδικές εμπειρίες</b>	Καλές εμπειρίες και σχέσεις
Ομάδα «μειονότητας», εμπειρία καταπίεσης, ρατσισμού και αρνητικών προκαταλήψεων	Εθνότητα	Κυρίαρχη ομάδα
Επίμονες προσωπικές δυσκολίες στις σχέσεις	Προσωπικότητα	Καλές κοινωνικές δεξιότητες, ικανότητα για αρμονικές σχέσεις
Γενικές ή ειδικές μαθησιακές δυσκολίες	Γνωστικές ικανότητες	Γνωστικές ικανότητες άνω του μέσου όρου και επαρκής εκπαίδευση
Συννοσηρότητα με χρήση ουσιών, αλκοόλ και διαταραχή προσωπικότητας	Άλλες ψυχικές διαταραχές	Απουσία συννοσηρότητας
Αναπηρία, χρόνια ασθένεια	Σωματική υγεία	Καλή κατάσταση υγείας
<i><b>ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ</b></i>	<i><b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ</b></i>	<i><b>ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ</b></i>
<b>Τρέχουσες συνθήκες</b>		
Απούσες, ασύμφωνες	Σχέσεις με σύντροφο	Παρούσες αρμονικές
Ασύμφωνες, διαταραγμένες, επικριτικές, απουσία ζεστασιάς και ενσυναίσθησης	Σχέσεις γονέα και παιδιού	Αρμονικές, έπαινος, ζεστασιά και ενσυναίσθηση
Παρούσα	Βία στο σπίτι	Απούσα
Απούσες, ασύμφωνες	Κοινωνικές σχέσεις	Παρούσες, υποστηρικτικές
Πολλές μετακινήσεις	Γεωγραφική κινητικότητα	Σταθερότητα και ασφάλεια
Ανεργία, συχνές αλλαγές στην δουλειά	Επαγγελματική κατάσταση	Σταθερή, ικανοποιητική
Περιορισμένοι οικονομικοί πόροι	Κοινωνικοοικονομικά αποθέματα, δυνατότητες	Οικονομική ασφάλεια
Αντίξοες συνθήκες	Συνθήκες σπιτιού	Ευρύχωρο, καλές συνθήκες
Ρατσισμός, απειλές, αποκλεισμός, στίγμα	Κοινότητα	Δίκτυα στήριξης, ομάδες, λέσχες
<b>Γεγονότα ζωής</b>		
Απώλειες, αρνητικές εμπειρίες	Γεγονότα και εμπειρίες ζωής	Θετικές εμπειρίες

αναβαθμισμένο ρόλο, ο οποίος τους δίνει μεγαλύτερο κίνητρο. Επίσης, σχιζοφρενείς γυναίκες, έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν κάποιο υποστηρικτικό κοινωνικό περίγυρο αν έχουν παιδιά παρά αν δεν είναι μητέρες. (18)

Ο παραπάνω πίνακας (πίνακας 1) είναι βέβαια ενδεικτικός και η σειρά των παραγόντων δεν έχει καμία ιδιαίτερη σημασία. Κάθε παράγοντας μπορεί να είναι άνευ σημασίας ή μπορεί να παίζει καίριο ρόλο στην γονική ικανότητα του αρρώστου. Προκειμένου να γίνει η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο επηρεάζει τον κάθε ασθενή, χρειάζεται επισταμένη και εξατομικευμένη έρευνα.

### 1.5. Συγγενικές σχέσεις και κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα

Όσον αφορά τις σχέσεις στο ευρύτερο συγγενικό πλαίσιο υπάρχουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις για κάποιον ψυχικά ασθενή ο οποίος γίνεται γονέας. Έρευνες φανερώνουν ένα ποσοστό της τάξεως του 55% γυναικών οι οποίες δηλώνουν πως υπάρχει τουλάχιστον ένα μέλος της ευρύτερης οικογένειας το οποίο την υποστηρίζει στον γονικό της ρόλο, ενώ το 61% αυτών δηλώνει πως νιώθει πλήρες και αποδεκτό μέλος της ευρύτερης οικογένειας. Παρ' όλα αυτά οι μητέρες νιώθουν ως ανήμπορες και ανίκανες όταν οι παππούδες ή άλλα μέλη της οικογένειας παίρνουν αποφάσεις για τα παιδιά τους, είτε αυτές αφορούν την εκπαίδευση είτε την υγεία τους, χωρίς να λαμβάνουν οι ίδιες υπόψη. (13)

Αν και γονείς με ψυχική διαταραχή έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν παντρευτεί κάποια στιγμή στην ζωή τους από ότι έχουν οι ψυχικά ασθενείς οι οποίοι δεν είναι γονείς, εντούτοις οι περισσότεροι από αυτούς δεν έχουν κάποιον σύντροφο στην ζωή τους την συγκεκριμένη στιγμή κατά την οποία πραγματοποιούνται οι έρευνες. Άρα λοιπόν, έχουν τεράστια πιθανότητα (οι γονείς με ψυχική διαταραχή) να χωρίσουν. Ιδιαίτερα οι γυναίκες με σχιζοφρένεια, έχουν ελάχιστες πιθανότητες να είναι παντρεμένες ή τουλάχιστον να ζουν με κάποιον σύντροφο από την στιγμή και μετά που γεννήσουν. Οι μητέρες αυτές ισχυρίζονται πως οι σύζυγοι ή σύντροφοι είναι περισσότερο μια πηγή άγχους μέσα στην οικογένεια, παρεμποδίζουν τις ίδιες στο νοικοκυριό και στην φροντίδα του μωρού και υπονομεύουν τις γονικές τους προσπάθειες και τις προσπάθειες που κάνουν να κατανικήσουν την ασθένειά της. Όπως φανερώνει μία μελέτη άλλωστε, οι πατέρες παιδεύονται πολύ περισσότερο από τις μητέρες σε τέτοιες καταστάσεις. Είναι αλήθεια πως σε μια οικογένεια όπου οι μεμονωμένοι γονείς είναι απομονωμένοι και χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον, το να προστεθεί ένας σύντροφος μπορεί να μην είναι πάντα ένα θετικό στοιχείο. (13)

Πολλές μητέρες με ψυχιατρικό πρόβλημα βασίζονται σε συγγενείς ή φίλους για βοήθεια στην ανατροφή των παιδιών τους. Επίσης, αν έχουν κάποιο καλό υποστηρικτικό περιβάλλον, μάλλον θα ζητήσουν σε μεγαλύτερο ποσοστό και βοήθεια από τις κρατικές υπηρεσίες βοήθειας. Σαν αποτέλεσμα μπορούμε να πούμε πως όσες μητέρες έχουν ένα σωστό και ισχυρό υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο και μία ικανοποιητικά υποβοηθητική υγειονομική περίθαλψη, θα χάσουν την κηδεμονία τους σε πολύ χαμηλότερο από τις μητέρες με ψυχιατρικά προβλήματα οι οποίες είναι απομονωμένες κοινωνικά. (13)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας με γονέα που έχει πρόβλημα ψυχικής υγείας

#### 2.1. Δυσκολίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση της οικογένειας

Οι γονείς με ψυχική διαταραχή εκτός από τις κοινές ανάγκες που έχουν όλες οι οικογένειες, καλούνται να αντιμετωπίσουν και κάποιες ειδικές ανάγκες. Αυτές συνδέονται κυρίως με το στίγμα της ψυχικής διαταραχής και της ευρέως διαδεδομένης άποψης ότι αυτοί οι γονείς δεν μπορούν να μεγαλώσουν τα παιδιά τους ή δεν θα τα καταφέρουν επαρκώς στον γονικό τους ρόλο. Έτσι, λοιπόν οι οικογένειες αυτές διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια και στήριξη. Ο γονέας εξαντλείται στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει τα αποτελέσματα της ασθένειας και να βρει ταυτόχρονα το κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο. Ακόμη όμως και αν το βρει οι επαγγελματίες υγείας με τους οποίους συνεργάζεται δεν ενδιαφέρονται για το πώς αυτός θα φροντίσει το παιδί του αλλά πως οι ίδιοι θα φροντίσουν αυτόν. (5)

Η κατάσταση γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη γιατί χρειάζεται να κινητοποιηθούν και να συνεργαστούν πολλές υπηρεσίες και πλαίσια, όπως είναι το σχολείο των παιδιών, οι κοινωνικές υπηρεσίες, κ.λ.π. Πολλές οικογένειες δεν γνωρίζουν καν ποιες είναι οι κατάλληλες υπηρεσίες για το πρόβλημά τους, ενώ οι περισσότερες δεν έχουν πρόσβαση στις δομές και τους φορείς. Ορισμένες φορές μάλιστα θεωρούν ότι η λήψη αποφάσεων δεν τους ανήκει, γεγονός που τους αποθαρρύνει και τους αποδυναμώνει. (5)

Ορισμένοι παράγοντες που εμποδίζουν την αποτελεσματική συνεργασία και παρέμβαση μεταξύ των φορέων και της οικογένειας είναι οι εξής:

- Οι διαφορετικές προτεραιότητες που έχουν οι υπηρεσίες ενηλίκων και παιδιών / εφήβων.
- Η απουσία δομών και διεργασιών από κοινού μεταξύ των φορέων που εμπλέκονται στην συνεργασία με την οικογένεια.
- Η ανησυχία της οικογένειας για θέματα τήρησης της εμπιστευτικότητας και του απορρήτου.
- Η έλλειψη γνώσης μιας υπηρεσίας ή ενός φορέα για το «άλλο» σύστημα και η αδυναμία αξιολόγησης των αναγκών των υπόλοιπων μελών της οικογένειας εκτός του προσδιορισμένου ασθενή.
- Η έλλειψη κατανόησης των προτεραιοτήτων που θέτει η κάθε υπηρεσία.

Τα αποτελέσματα αυτής της ανεπαρκούς συνεργασίας είναι τα εξής:

- Μη συντονισμένη αξιολόγηση και ανεπαρκής σχεδιασμός της παρέμβασης.
- Μη κοινοποίηση της αξιολόγησης και κατ' επέκταση της ελλιπούς πληροφόρησης των διαφορετικών πλαισίων.

- Περιορισμένη και μη σφαιρική οπτική των αναγκών του γονέα και του παιδιού.
- Υποτίμηση ή άγνοια των παραγόντων που συνδέονται με συνθήκες παραμέλησης / κακοποίησης ή βίας στο σπίτι.
- Περιορισμένη κατανόηση των σχέσεων εξουσίας μεταξύ των συνεργαζόμενων φορέων και της οικογένειας.
- Μη ανταλλαγή των γνώσεων και της εξειδίκευσης των συνεργαζόμενων φορέων, γεγονός που δυσχεραίνει την έγκαιρη και αποτελεσματική στήριξη των οικογενειών. (5)

Η διαδικασία αξιολόγησης για την κατανόηση των δυνατοτήτων και των αναγκών μιας οικογένειας δεν αποτελεί μια απόλυτη διεργασία. Ο κάθε παράγοντας χρειάζεται να διερευνάται σε συνάρτηση με την μοναδικότητα της οικογένειας. Για παράδειγμα, άλλη βαρύτητα έχει το πρόβλημα της κοινωνικής απομόνωσης σε μονογονεϊκές οικογένειες και άλλη σε οικογένειες όπου και οι δυο γονείς είναι παρόντες. (5)

Η επαγγελματική κατάχρηση είναι ένας υπαρκτός κίνδυνος ιδιαίτερα όταν αξιολογούνται τομείς όπως η γονική επάρκεια και ικανότητα. Πολλοί επαγγελματίες δεν πιστεύουν ότι ένας γονέας με ψυχική διαταραχή μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στην ανατροφή του παιδιού του. Αυτές τους οι απόψεις αποτελούν αποτέλεσμα της δικής τους πεποίθησης για το τι συγκρατεί μια «φυσιολογική» οικογένεια. Μια τέτοια οπτική μπορεί να οδηγήσει στην ανάδειξη και συζήτηση κριτηρίων τα οποία συνδέονται περισσότερο με την ψυχική διαταραχή και λιγότερο με την γονική επάρκεια. Από τις οικογένειες δε, οι προτάσεις των επαγγελματιών γίνονται αντιληπτές ως πρόσθετες απαιτήσεις. Και τούτο γιατί κάθε οικογένεια ζει δύσκολες περιόδους και πιθανόν να μην μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα στις υποδείξεις των φορέων. (5)

Όταν η διαταραχή είναι χρόνια, σημαντικό ρόλο παίζουν η ποιότητα λειτουργίας του γονέα σε περιόδους ύφεσης, η χρονική διάρκεια της ύφεσης, η συνεργασία του γονέα με την προτεινόμενη παρέμβαση ή θεραπεία, η έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας από την οικογένεια, η οικογενειακή και κοινοτική στήριξη και η ύπαρξη έντονων συγκρούσεων μεταξύ των ενδιαφερομένων για θέματα που αφορούν τα παιδιά. (5)

Οι προτάσεις για πιθανή απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια τις περισσότερες φορές αποτελούν αποτυχία των επαγγελματιών να συντονιστούν και να διασφαλίσουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για να παραμείνει το παιδί στην οικογένεια. Οι απόψεις των επαγγελματιών για πιθανή βλάβη των παιδιών μερικές φορές αντανakλούν το φόβο τους για την ασφάλειά του αλλά και για τη δική τους αδυναμία να συνεισφέρουν ουσιαστικά. Οι γονείς, από την άλλη πλευρά, αισθάνονται «αβοήθητοι» με την προσφερόμενη «βοήθεια», καθώς δεν υπάρχει επαρκής συντονισμός μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. (5)

Οι παράγοντες που βοηθούν έναν φορέα αφορούν:

1. Την παροχή υπηρεσιών που καλλιεργούν ή ενισχύουν την γονική ευθύνη και την εμπλοκή, και όχι απαραίτητα την συμμόρφωση στις προτεινόμενες παρεμβάσεις.
2. Την παροχή υπηρεσιών που δεν επιδιώκουν να «θεραπεύσουν» την οικογένεια σε βάρος του γονέα με την ψυχική διαταραχή.
3. Την διασφάλιση της συνέχειας σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών (ιδιαίτερα η ύπαρξη ενός κύριου προσώπου αναφοράς που ασχολείται με την

οικογένεια), δεδομένου ότι οι «χρόνιοι» ασθενείς έχουν ανάγκη από «χρόνιο» προσωπικό.

4. Την ικανότητα ανταπόκρισης στις ατομικές ανάγκες του γονέα και του παιδιού· γνωρίζουμε, για παράδειγμα, ότι οι επαγγελματίες σπάνια έχουν τον χρόνο να αναγνωρίσουν και να συζητήσουν τη διεργασία θλίψης και πένθους του γονέα που απομακρύνεται από το παιδί του, ή την ανάγκη για προετοιμασία του παιδιού ώστε να κατανοήσει για ποιο λόγο χρειάζεται να απομακρυνθεί από το σπίτι του.
5. Τις στάσεις των επαγγελματιών στην ψυχική διαταραχή.
6. Την ικανότητα χρήσης του οικογενειακού δικτύου.
7. Την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης και
8. Την αξιολόγηση της υπηρεσίας. (5)

Βέβαια, σπάνια γνωρίζουμε σε ποιο βαθμό και με ποιον τρόπο επιδρά μια παρέμβαση την οποία προτείνουμε, καθώς δεν υπάρχει πρόγραμμα μακροχρόνιας παρακολούθησης των συγκεκριμένων οικογενειών. (5)

Δυστυχώς, οι υπηρεσίες που συνεργάζονται με τους γονείς δεν συνδέουν τις ανάγκες των παιδιών με τις προτεινόμενες παρεμβάσεις. Έτσι, σε καταστάσεις κρίσης η οικογένεια ως σύνολο παραμένει ουσιαστικά αβοήθητη. Συχνά οι επαγγελματίες καλούνται να δράσουν εκ των υστέρων προκειμένου να προστατεύσουν τα παιδιά από σοβαρούς κινδύνους. (5)

Ο «κίνδυνος» είναι μία έννοια που χρησιμοποιείται κατ' εξοχής στις περιπτώσεις της γονικής ψυχικής διαταραχής. Τις περισσότερες φορές, αν όχι όλες η έννοια αυτή ταυτίζεται με αρνητικά αποτελέσματα από μη έγκαιρες παρεμβάσεις σε ομάδες παιδιών που έχουν ήδη οριστεί ως «ομάδες υψηλού κινδύνου». Κατά συνέπεια, οι προτεινόμενες παρεμβάσεις με στόχο την ευημερία του παιδιού αντικαθίστανται τις περισσότερες φορές από προσπάθειες για έλεγχο των οικογενειών. Οι αποφάσεις για την τοποθέτηση του παιδιού εκτός οικογένειας στηρίζονται σε μια αξιολόγηση της «επικινδυνότητας» του γονέα όσον αφορά την ανάπτυξη και την ψυχική υγεία του παιδιού του. Ο κίνδυνος είναι μια δυναμική κατάσταση, για τούτο και χρειάζεται συνεχή συνεργασία και αξιολόγηση της οικογένειας. Δεν μπορούμε ποτέ να είμαστε σίγουροι ότι ο κίνδυνος έχει εξαιρεθεί ούτε είμαστε σε θέση να εγγυηθούμε ότι δεν υφίσταται. Καλό είναι να έχουμε υπόψη ότι κάποιες από τις προτάσεις των επαγγελματιών μπορεί δυνητικά να αυξήσουν τον κίνδυνο για τα μέλη μιας οικογένειας. Γι' αυτό και είναι απαραίτητη μια διεπαγγελματική ομάδα στήριξης των οικογενειών, στην οποία θα ορίζεται ένα πρόσωπο αναφοράς που θα έχει το ρόλο του συντονιστή. (5)

Τα βασικά ερωτήματα τα οποία χρειάζεται να απαντηθούν αναφορικά με τις συνθήκες κινδύνου ή επικινδυνότητας συνδέονται με:

1. Το κατά πόσο ο κίνδυνος αφορά μια συγκεκριμένη ενέργεια ή μια συνθήκη. Πολύ συχνά ο τρόπος με τον οποίο συζητούν οι διάφοροι επαγγελματίες ενισχύει την σύνδεση της επικινδυνότητας με τα ατομικά χαρακτηριστικά του γονέα με ψυχική διαταραχή. Γνωρίζουμε ωστόσο ότι τα παιδιά κινδυνεύουν από αντίξοες συνθήκες ή από αρνητικές και επιβαρημένες περιστάσεις.
2. Το αν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε συγκεκριμένες συνθήκες που θέτουν τα παιδιά σε κίνδυνο, ή αν αναφερόμαστε γενικά και αόριστα στον κίνδυνο που διατρέχουν τα παιδιά.

3. Το είδος του κινδύνου στον οποίο επιλέγουμε να εστιάσουμε, καθώς και την αναγνώριση πρόθεσης ή μη. (5)

Στις περιπτώσεις της γονικής ψυχικής διαταραχής τα παιδιά κινδυνεύουν κυρίως λόγω των πρακτικών συναισθηματικής παραμέλησης. Το παιδί χρειάζεται μια αρκετά καλή γονική φροντίδα, και αυτό προσπαθούν να διασφαλίσουν οι επαγγελματίες κατά την συνεργασία του με τις οικογένειες. Από την άλλη πλευρά, η αντιμετώπιση των παιδιών ως «θυμάτων» είναι συχνά παραπλανητική καθώς θεωρεί ότι τα παιδιά δεν συμμετέχουν ενεργητικά στις σχέσεις τους με τους γύρω τους.

Ένας γονέας είναι πιθανό να δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στις ανάγκες του παιδιού του. Αυτή η δυσκολία μπορεί να είναι συνέπεια:

- Της επίδρασης της ψυχικής διαταραχής
- Των παραγόντων προσωπικότητας που προϋπήρχαν και επιδεινώθηκαν με την ψυχική διαταραχή
- Τους συνδυασμού της ψυχικής διαταραχής, της προσωπικότητας και της χρήσης ουσιών (συννοσηρότητα)
- Των αντίξοων περιβαλλοντικών παραγόντων που προκαλούν πρόσθετη επιβάρυνση στην οικογένεια.
- Των εμπειριών του γονέα ως παιδιού (5)

Η απόφαση για την αξιολόγηση της γονικής επάρκειας εμπεριέχει μία σειρά διλημάτων. Τέτοια είναι, μεταξύ άλλων, η απόφαση για το:

1. Αν το παιδί θα είναι καλύτερα μαζί με τους γονείς του ή σε άλλο πλαίσιο
2. Αν μπορούμε να βοηθήσουμε το παιδί ή τους γονείς
3. Αν η οικογένεια βοηθά περισσότερο από τους ειδικούς
4. Αν η ψυχική διαταραχή ενός γονέα είναι υπεύθυνη για τις συνθήκες επικινδυνότητας στα μέλη της ή το σύστημα παροχής υπηρεσιών
5. Αν η ίδια η οικογένεια χρειάζεται περισσότερο ψυχοθεραπεία ή πρακτικές λύσεις για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. (5)

## 2.2. Νοσηλεία του γονέα

Η εισαγωγή του γονέα στο νοσοκομείο επηρεάζει όλα τα μέλη μιας οικογένειας. Ο συντονισμός για την μείωση του τραύματος του αποχωρισμού μεταξύ του γονέα και των παιδιών αλλά και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, είναι απαραίτητος. Από την άλλη πλευρά, η εισαγωγή μπορεί να αποτελεί μια ευκαιρία για ανασκόπηση των συνθηκών στις οποίες λειτουργεί η οικογένεια και για τον επαναπροσδιορισμό των αναγκών των παιδιών και του «ασθενή ως γονέα». (5)

Τις περισσότερες φορές, η νοσηλεία συνοδεύεται από μια σειρά γεγονότα και αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες που περιγράφονται παρακάτω:

1. Κατ' αρχάς έρχεται ένας χωρισμός, ο οποίος είναι συνήθως αιφνίδιος. Τα παιδιά δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις συνθήκες και τους λόγους της ξαφνικής απουσίας σημαντικών για αυτά ανθρώπων. Η δυσκολία της κατανόησης έγκειται κυρίως στο γεγονός ότι αυτός ο χωρισμός δεν εξηγείται.

2. Ορισμένες φορές προσφέρεται στα παιδιά ένα υποκατάστατο βοήθειας το οποίο κατά κανόνα είναι ανεπαρκές, καθώς παρέχεται βιαστικά, με μια αμφιθυμική δέσμευση από τους ενδιαφερομένους.
3. Η προσωρινή ανακούφιση της μητέρας που έχει πρόβλημα ψυχικής υγείας από την ευθύνη της ανατροφής του παιδιού σταδιακά αντικαθίσταται από ενοχές ή ντροπή, καθώς η ίδια θεωρεί ότι εγκαταλείπει το παιδί της. Ταυτόχρονα βιώνει έντονη αμφιθυμία, καθώς δεν είναι σίγουρη για την ετοιμότητα και την επάρκειά της να αναλάβει γονικά καθήκοντα. Από την άλλη νιώθει θυμό για το πρόσωπο που την αντικαθιστά (το οποίο είναι συνήθως η γιαγιά από την πλευρά της μητέρας) επειδή το συγκεκριμένο άτομο είναι σε θέση να φροντίζει τα παιδιά της, ενώ η ίδια δεν είναι. Η ακύρωση ή η αποδυνάμωση της μητέρας ως επαρκούς πηγής φροντίδας προκαλεί ανισορροπία και επιφέρει πολλές αλλαγές στην λειτουργία της οικογένειας. (5)

Οι προσπάθειες σε επίπεδο παρέμβασης κατά την νοσηλεία του γονέα στοχεύουν είτε στην άμεση ανταπόκριση των αναγκών των παιδιών, είτε στην συνεργασία με την οικογένεια και το άμεσο περιβάλλον για την διασφάλιση της υποστήριξης. Απαραίτητες θεωρούνται οι ανάγκες κατανόησης από το παιδί και η διευκόλυνση για την έκφραση των φόβων και των συναισθημάτων του. Τα περισσότερα παιδιά ωστόσο παραμένουν αθέατα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Κάποιες ομάδες παιδιών εντοπίζονται κυρίως μέσω των γονέων τους, οι οποίοι βρίσκονται ήδη σε επαφή με τις υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των δικών τους προβλημάτων. Και σε αυτές τις περιπτώσεις όμως υπάρχει παντελής έλλειψη ενημέρωσης ή φροντίδας από τους ειδικούς για τα περισσότερα παιδιά. (5)

Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι επαγγελματίες που συνεργάζονται με τις οικογένειες θα πρέπει να συζητήσουν μαζί τους και να εξηγήσουν τι ακριβώς συμβαίνει, τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά. Αρκετοί γονείς αντιδρούν στην ενημέρωση των παιδιών τους και θέλουν να την αποφύγουν, είτε επειδή νομίζουν ότι τα παιδιά δεν θα καταλάβουν τι ακριβώς συμβαίνει, είτε επειδή φοβούνται ότι η συζήτηση θα τα επιβαρύνει είτε επειδή πιστεύουν ότι κατ' αυτό τον τρόπο ίσως «αρρωστήσουν» και τα ίδια. Αρκετές φορές νιώθουν ντροπή για την κατάστασή τους, που συνδέεται με τις πρακτικές στιγματισμού του ευρύτερου κοινωνικού συστήματος, όσον αφορά την ψυχική διαταραχή. Πάντως οι επαγγελματίες και το προσωπικό του νοσοκομείου χρειάζεται να επιμένουν στην ανάγκη για πληροφόρηση των παιδιών σε συνεργασία με τους γονείς. Αν αυτό δεν γίνεται, καλό είναι να ενημερώνουν τον ασθενή γονέα για τα παιδιά του και να φροντίζουν ώστε να έρχονται σε επαφή μεταξύ τους. Πριν την έξοδο του γονέα από το νοσοκομείο, χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός για την επιστροφή στο σπίτι και τις πιθανές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας. Η δυνατότητα επισκέψεων των παιδιών στο νοσοκομείο προϋποθέτει κάποια υποδομή ή οργάνωση σε εκείνο τον χώρο. (5)

Υπάρχουν κάποια – αν και λιγοστά – ερευνητικά προγράμματα τα οποία επεκτείνουν την αξιολόγηση της παρέμβασης από τους γονείς στα παιδιά. Αναφέρεται ενδεικτικά η μελέτη των Grunebaum και των συνεργατών του (1982), στην οποία αναλύονται οι δυνατότητες και οι περιορισμοί ενός πιλοτικού προγράμματος παρέμβασης με κοινή εισαγωγή του γονέα και του παιδιού στο νοσοκομείο. (5)

Πολλές αρνητικές εμπειρίες των παιδιών συνδέονται με παράγοντες που δεν έχουν παρά ελάχιστη σχέση με την ψυχική διαταραχή του γονέα. Μεταξύ αυτών είναι η έλλειψη έγκαιρης και μακροπρόθεσμης στήριξης της οικογένειας, όπως και η έλλειψη

σεβασμού της κοινότητας απέναντι σε έναν μόνο γονέα με ψυχική διαταραχή. Όλα αυτά αποτελούν σημαντικό τμήμα των εμπειριών των παιδιών από την οικογενειακή ζωή. (5)

Για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών κατά το διάστημα νοσηλείας του γονέα, οι επαγγελματίες θα πρέπει:

- Να είναι ανοιχτοί και έντιμοι στις συνεργασίες τους. Τα παιδιά συνειδητοποιούν τις αλλαγές που συμβαίνουν στην οικογένεια και ειδικά την απουσία του γονέα
- Να παρέχουν στα παιδιά εξηγήσεις που να είναι κατανοητές και χωρίς εξαντλητικές λεπτομέρειες
- Να τονίζουν στα παιδιά πως αυτά δεν ευθύνονται καθόλου για την ψυχική διαταραχή του γονέα τους.
- Να βοηθούν τα παιδιά στη διατήρηση της καθημερινής ρουτίνας, δίνοντας τους την δυνατότητα να έχουν επαφή με το γονέα μέσω τηλεφώνου, γραμμάτων κτλ.
- Να αναγνωρίζουν τις πιθανές αλλαγές στην συμπεριφορά των παιδιών και να τις συζητούν με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας καθώς και με τα πλαίσια με τα οποία συνδέονται, όπως είναι το σχολείο.

Οι βασικές αρχές συνεργασίας μεταξύ οικογένειας και ειδικών ψυχικής υγείας συνοψίζονται στα εξής:

1. Μια οικογένεια σε απομόνωση δεν μπορεί να αναθρέψει τα παιδιά της. Με αυτό εννοούμε ότι, κάθε φορά που συνεργαζόμαστε με μια οικογένεια, καλό είναι να διερευνούμε πώς αυτή συνδέεται με άλλα μέλη εκτός οικογένειας, με αποθέματα στην κοινότητα ή με σημαντικά πρόσωπα αναφοράς που τη στηρίζουν. Τα προβλήματα των παιδιών δεν λύνονται επαρκώς αν τα πλαισιώνουμε αποκλειστικά ως γονική υπόθεση.
2. Χρειάζεται να βοηθήσουμε γονείς και παιδιά να κατανοήσουν τις δυνατότητες και τους περιορισμούς που συνεπάγεται η παρουσία μια ψυχικής διαταραχής. Διερευνούμε πώς τα παιδιά κατανοούν την ψυχική διαταραχή του γονέα τους. Επικεντρωνόμαστε στο πώς οι ίδιοι οι επαγγελματίες κατανοούν τον ρόλο του γονέα που χρειάζεται να φροντίζει τα παιδιά του και ο οποίος ταυτόχρονα έχει και ο ίδιος ανάγκη από φροντίδα και βοήθεια.
3. Η διερεύνηση/ αξιολόγηση της γονικής επάρκειας πρέπει να επεκτείνεται πέρα από τους γονείς και τα παιδιά, στα διάφορα πλαίσια εντός των οποίων λειτουργεί η οικογένεια.
4. Η έννοια της επικινδυνότητας, που στηρίζεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο ασκούν οι γονείς τις πρακτικές φροντίδας έως την συγκεκριμένη στιγμή, αποτελεί ένα από τα κύρια στοιχεία στην αξιολόγηση.
5. Η προσφερόμενες υπηρεσίες χρειάζεται να είναι διαθέσιμες σε μακροπρόθεσμη βάση
6. Το επίκεντρο της παρέμβασης είναι η οικογένεια και η γονική σχέση αποτελεί την σημαντικότερη βάση για θεραπευτικές παρεμβάσεις.
7. Η οικογένειες έχουν συγχρόνως ανάγκη από θεραπεία, αποκατάσταση και υποστήριξη.
8. Οι επαγγελματίες χρειάζεται να αναγνωρίζουν το στίγμα της ψυχικής διαταραχής και να το λαμβάνουν υπόψη στη συνεργασία τους με τις οικογένειες.



### 2.3. Η επίδραση της ψυχικής νόσου στην οικογένεια

Η αναζήτηση της διεργασίας μέσω της οποίας επηρεάζονται τα παιδιά από την ψυχική διαταραχή του γονέα, έχει ερευνηθεί μέσα από διάφορους προστατευτικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες. Αρχικά αναζητήθηκαν οι παράγοντες του παιδιού, όπως είναι το φύλο και η ηλικία του. Λίγα στοιχεία πάρθηκαν από εκεί, όπως είναι το πως η πρωϊμότερη ανάπτυξη της ψυχικής ασθένειας του γονέα, επιβαρύνει τα παιδιά. Όσον αφορά τους προστατευτικούς παράγοντες, φάνηκε πως η ύπαρξη σημαντικών ατόμων, που στηρίζουν συστηματικά τους γονείς και τα παιδιά, είναι ένας αρκετά σίγουρος παράγοντας θετικής επίδρασης. Όσον αφορά τα υπόλοιπα, δηλαδή την διάγνωση, το φύλο του παιδιού τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά. Ειδικά όσον αφορά την διάγνωση, αν και υπάρχουν κάποιες μικρές χαρακτηριστικές διαφοροποιήσεις τόσο στην λειτουργικότητα όσο και στην επίπτωση στα παιδιά από ασθένεια σε ασθένεια, το ενδιαφέρον είναι πως δεν μπορεί η διάγνωση να προσφέρει από μόνη της έναν ασφαλή δείκτη δυσλειτουργίας της οικογένειας και των επιπτώσεων που έχει στα παιδιά. (5)

Έτσι, σταδιακά, το ενδιαφέρον πλέον έχει μετατοπιστεί από τα κλινικά χαρακτηριστικά της ψυχικής διαταραχής – όπως είναι η διάγνωση – στις σχέσεις των μελών μιας οικογένειας, όπως είναι για παράδειγμα η ποιότητα των συζυγικών σχέσεων και οι συζυγικές συγκρούσεις και διαφωνίες. Και αυτό γιατί η συζυγική διαφωνία, σε σύγκριση με την διάγνωση, φάνηκε να ερμηνεύει πιο ικανοποιητικά τις δυσκολίες και τις διαταραχές της συμπεριφοράς των παιδιών. Μεταξύ άλλων, μελετήθηκαν τα μοντέλα διαταραγμένης επικοινωνίας, η απουσία συστηματικής σύνδεσης του ζευγαριού με τα παιδιά και η έλλειψη συνοχής στην οικογένεια. (5)

Το μοντέλο το οποίο φαίνεται να εξηγεί καλύτερα τα περισσότερα φαινόμενα είναι «η οικογένεια σε πλαίσιο». Γρήγορα έγινε αντιληπτό πως πολλά προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή είναι προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν όλες οι οικογένειες απλά είναι μεγεθυμένα. Με άλλα λόγια, η σχέση γονέα παιδιού, η επάρκεια του γονέα να φροντίσει τα παιδιά του και η ικανότητα της οικογένειας να αναπτύξει και να συντηρήσει βοηθητικές και υποστηρικτικές σχέσεις με τον ευρύτερο περίγυρο δεν συνδέονται αναπόφευκτα με την παρουσία ψυχικής διαταραχής. Παράγοντες όπως η ανεργία, η φτώχεια και ο έντονος στιγματισμός από την ψυχική διαταραχή, παράλληλα με την απουσία κοινωνικής πολιτικής η οποία θα μπορούσε να στηρίξει τα άτομα με ψυχική διαταραχή στο γονικό τους ρόλο, επιβαρύνει καθοριστικά τους γονείς και τα παιδιά τους. Παρακάτω θα αναφέρουμε ένα οικογενειακό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Falkon και υιοθετεί ένα εννοιολογικό πλαίσιο που ορίζει ως κεντρικές περιοχές την ψυχική υγεία των ενηλίκων, τη γονεϊκότητα και τη γονική σχέση, καθώς και την ανάπτυξη και την ψυχική υγεία των παιδιών. Μεταφέρει δηλαδή το ενδιαφέρον από την ψυχική διαταραχή του ενήλικα που είναι ταυτόχρονα και γονέας, ή από το φόβο για εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά, στις σχέσεις της οικογένειας με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, το οικογενειακό μοντέλο έχει στόχο την κατανόηση των διεργασιών που ενυπάρχουν και δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο:

1. Η ψυχική διαταραχή επηρεάζει τα παιδιά.

2. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει τον γονικό ρόλο και τη σχέση γονέα – παιδιού.
3. Ο γονικός ρόλος αυτός καθ'αυτός, με τις απαιτήσεις που εμπεριέχει, συχνά επισπεύδει και επηρεάζει τη γονική ψυχική διαταραχή.
4. Η ψυχική υγεία των παιδιών και οι αναπτυξιακές τους ανάγκες επιδρούν στην ψυχική υγεία των γονέων.

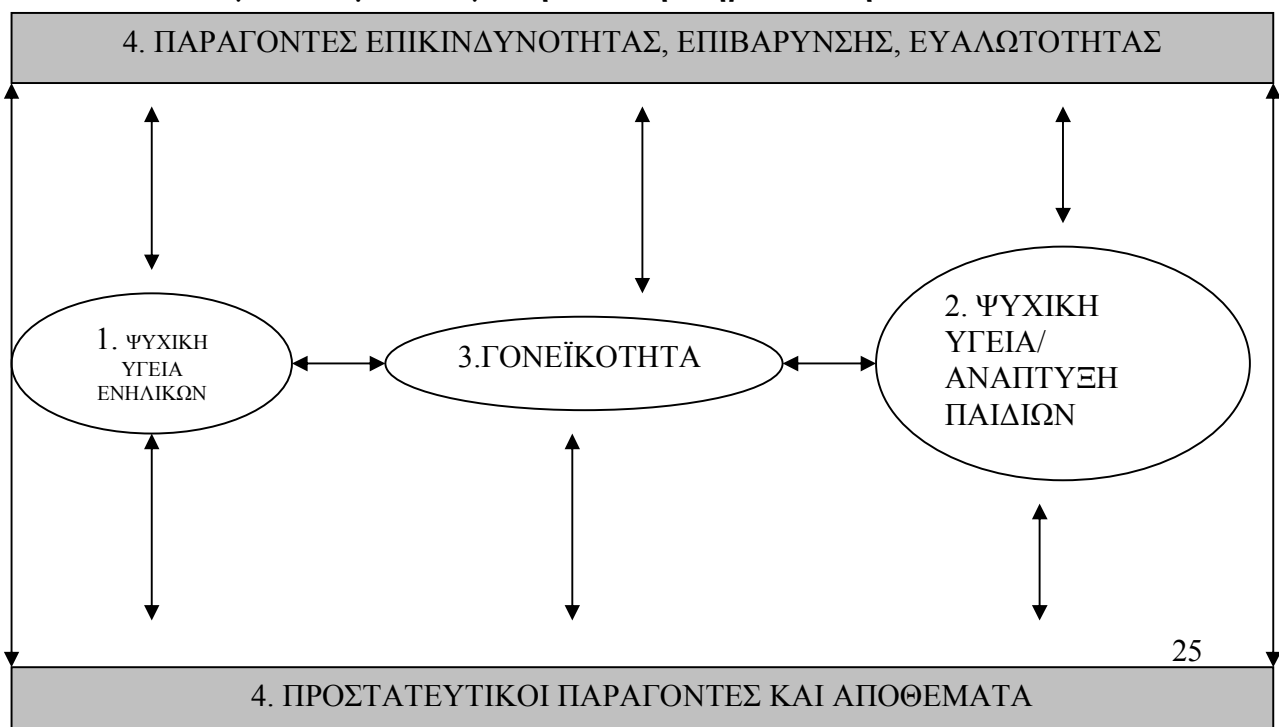
Κάθε στοιχείο που αναφέρεται στο οικογενειακό μοντέλο (σχήμα 1) συνδέεται με τα υπόλοιπα με σχέσεις αλληλεξάρτησης και αλληλοεμπλοκής. Αυτό το συστημικό μοντέλο εξετάζει βασικά τρεις διαστάσεις: α) τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει μια οικογένεια την στιγμή κατά την οποία οι υπηρεσίες υγείας συνεργάζονται μαζί της, β) τις επιδράσεις που ασκούν οι συγκεκριμένες δυσκολίες στο άμεσο και ευρύτερο πλαίσιο της οικογένειας, και γ) τη σύνδεση των συγκεκριμένων δυσκολιών με ότι βρίσκεται στο παρασκήνιο, δηλαδή με τις διεργασίες ανάπτυξης της οικογένειας ως συστήματος σε μια συνολική προοπτική της ζωής της. (5)

Επομένως, μια προσέγγιση σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή, χρειάζεται να λάβει υπόψη της:

- Τα καθήκοντα και τις ευθύνες του γονικού ρόλου και τα αποθέματα του ατόμου (οικογένεια καταγωγής, παιδικές εμπειρίες καθώς και ευαλωτότητα των ατόμων κατά την πορεία τους προς το γονικό ρόλο.)
- Τις μοναδικές εμπειρίες στη σχέση γονέα –παιδιού και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά συστήματα σχέσεων.
- Τις ανάγκες και τις ικανότητες του παιδιού ανάλογα με τη διεργασία ανάπτυξης, καθώς επίσης την ιδιοσυγκρασία και τη σωματική, ψυχική και συναισθηματική του υγεία.
- Το πλαίσιο της οικογένειας, το άμεσο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο συμμετέχουν και αλληλεπιδρούν οι οικογένειες, καθώς και την επίδραση του πλαισίου στις συγκεκριμένες αλληλεπιδράσεις.

### Σχήμα 1.

#### Οικογενειακό μοντέλο για τη σύνδεση υπηρεσιών ενηλίκων και παιδιών



Παράλληλα, η ανάπτυξη υπηρεσιών που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των γονέων με ψυχική διαταραχή και των παιδιών τους, σύμφωνα με το προαναφερθέν οικογενειακό μοντέλο, υιοθετεί τις ακόλουθες βασικές αρχές προοπτικές:

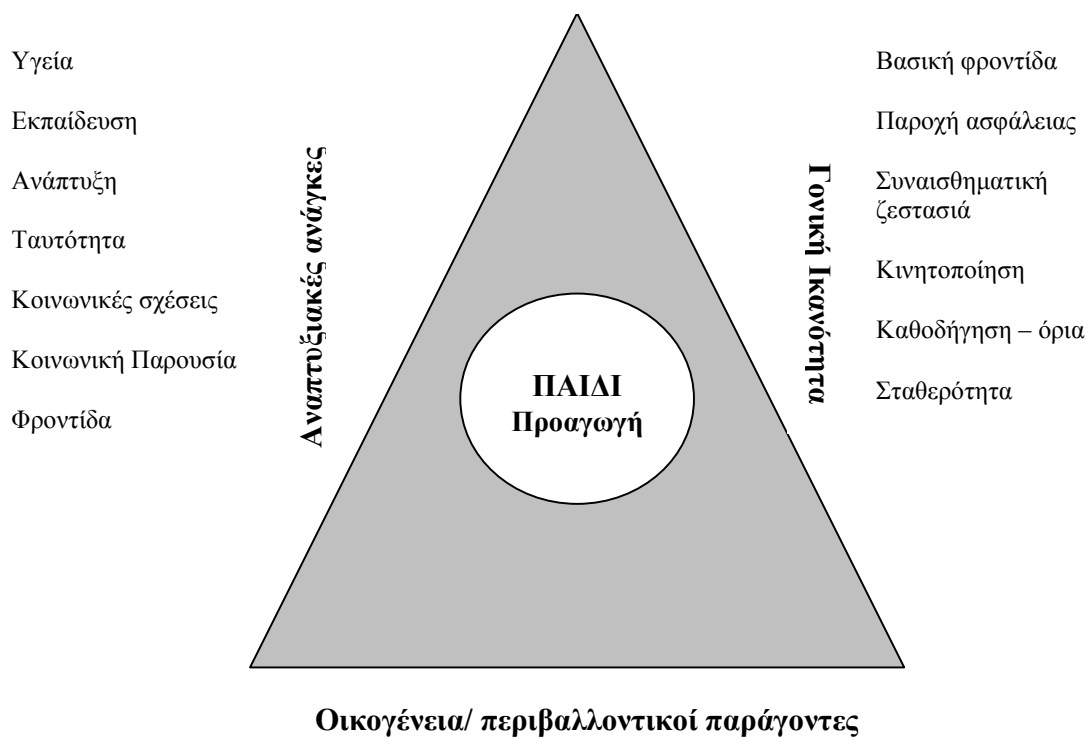
- **Μια οπτική ευημερίας του παιδιού**, όπου λαμβάνονται συνεχώς υπόψη οι ανάγκες των παιδιών (εδώ εντάσσεται και η ασφάλεια) και η επάρκεια του γονέα να ανταποκριθεί σε αυτές.
- **Μια οπτική της οικογένειας**, όπου λαμβάνονται υπόψη η υγεία και οι κοινωνικές ανάγκες όλων των μελών της οικογένειας.
- **Μια οπτική του γονέα**, η οποία αναγνωρίζει ότι οι ανάγκες των ασθενών ως γονέων καθώς και η εμπειρία της ψυχικής διαταραχής δίνει στο γονέα το δικαίωμα να προσδοκά πως οι υπηρεσίες θα ανταποκριθούν με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες των παιδιών του.
- **Μια προσέγγιση πρόληψης**, που ανταποκρίνεται άμεσα στους πιθανούς φόβους των γονέων για επιδείνωση της δικής τους κατάστασης ή για εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά τους, και διευκολύνει σχέσεις συνεργασίας και εμπιστοσύνης δίνοντας έμφαση στις δυνατότητες της οικογένειας.
- **Μια οπτική** που στηρίζεται στις ικανότητες και την εμπειρία όσων επαγγελματιών εργάζονται σε υπηρεσίες ενηλίκων και παιδιών/ εφήβων, η οποία διασφαλίζει ταυτόχρονα τη σαφήνεια στους ρόλους, στα καθήκοντα και στις υπευθυνότητες τους.
- **Μια οπτική** που αναγνωρίζει ότι οι ανάγκες των παιδιών και των γονέων τους είναι διαφορετικές· μπορεί ορισμένες φορές να βρίσκονται σε άμεση αντιπαράθεση, αλλά δεν παύουν να θεωρούνται και οι δύο έγκυρες.

Το μοντέλο που μόλις αναφέραμε (σχήμα 1.) εφαρμόστηκε πιλοτικά στην Ελλάδα στα τέλη του 2001 στα πλαίσια του προγράμματος «Δάφνη». Το πρόγραμμα αυτό το οποίο είχε στόχο να ερευνήσει και να προτείνει πλαίσια λειτουργία υπηρεσιών υγεία για την γονική ψυχική διαταραχή και την υγεία των παιδιών, χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. (5)

Άλλες χώρες, εφαρμόζουν αντίστοιχα προγράμματα, κανονικά πλέον στην πολιτική τους υγείας. Η Αγγλία, για παράδειγμα, εφαρμόζει πλέον ένα αντίστοιχο μοντέλο, το οποίο αφορά τα παιδιά και τις ανάγκες τους και σε μεγάλο βαθμό συγγενεύει με το οικογενειακό μοντέλο που αναφέραμε. (5)

Το συγκεκριμένο μοντέλο δεν εστιάζεται μόνο σε παιδιά και σε γονείς με ψυχική διαταραχή, αλλά παρέχει ένα γενικό πλαίσιο αξιολόγησης όλων των παιδιών που έρχονται σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής πολιτικής και των οικογενειών τους. Τα κοινά χαρακτηριστικά του με το οικογενειακό μοντέλο είναι η έμφαση που δίνεται στις διεργασίες ανάπτυξης των παιδιών και των οικογενειών τους, η αναγνώριση και η αξιολόγηση της γονικής σχέσης, η αλληλεπίδραση γονέων και παιδιών, και η διερεύνηση των αναγκών της οικογένειας σε σχέση με το ευρύτερο πλαίσιο αναφοράς και λειτουργίας της. (σχήμα 2.) (5)

**Σχήμα 2.**  
**Πλαίσιο για την αξιολόγηση των παιδιών σε ανάγκη και των οικογενειών τους**



Ιστορία της λειτουργίας της οικογένειας

Ευρύτερη οικογένεια

Συνθήκες κατοικίας

Εργασιακή απασχόληση

Εισόδημα

Κοινωνική απαρτίωση της οικογένειας

Αποθέματα στην κοινότητα

Είναι λοιπόν κατανοητό πως δεν θα αντιμετωπίσουν όλα τα παιδιά ψυχικά διαταραγμένων γονέων τα ίδια σοβαρά προβλήματα στην ζωή τους. Ένας συνδυασμός γενετικών παραγόντων, σχέσεων μέσα στην οικογένεια και φυσιολογικών ιδιοτήτων της προσωπικότητας του παιδιού, όμως, μπορεί να συνεργήσουν με την ψυχική διαταραχή του γονέα και να αυξήσουν τον κίνδυνο για ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, προβλήματα σωματικής υγείας, διαταραγμένη συμπεριφορά και μειωμένη κοινωνικότητα. (17)

Από τα παιδιά τα οποία μεγαλώνουν σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή, οι επιστήμονες έχουν ξεχωρίσει μερικές υπό – ομάδες. Αυτές είναι:

1. Παιδιά τα οποία φαίνονται αρκετά καλά.
2. Παιδιά τα οποία φαίνεται πως έχουν αρκετές ικανότητες και χρειάζονται μια απλή στήριξη.
3. Παιδιά τα οποία είναι ευάλωτα και χρειάζονται φροντίδα από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τέλος,
4. Παιδιά τα οποία είναι ευάλωτα και σε μεγάλο κίνδυνο παραμέλησης ή κακοποίησης και χρειάζονται φροντίδα και προστασία από τις υπηρεσίες.

Αυτές οι ομάδες όμως δεν είναι ισόβιες για τα παιδιά. Μπορεί κάποιο παιδί, κατά την διάρκεια της ανάπτυξής του, να περάσει από πολλές ή ακόμη και από όλες τις παραπάνω υπό – ομάδες. Για παράδειγμα, παιδιά κάτω των δώδεκα μηνών κινδυνεύουν περισσότερο από παραμέληση ή κακοποίηση, ενώ παιδιά τα οποία περνούν από αναπτυξιακές φάσεις, π.χ. μπαίνουν στην εφηβεία, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχικές ασθένειες. (17)

Η πρόκληση για τις υπηρεσίες υγείας είναι διπλή:

- Να ενδυναμώσουν και να στηρίξουν αυτές τις οικογένειες με το να τους προσφέρουν παράγοντες που μπορούν να προστατεύσουν την ψυχική υγεία και την λειτουργικότητα των μελών της και
- Να αναγνωρίσουν και να αξιολογήσουν τους παράγοντες κινδύνου των ψυχικά ασθενών γονέων, της οικογένειας αλλά και της ευρύτερης κοινότητας μέσα στην οποία λειτουργούν αυτά τα παιδιά, οι οποίοι δυνητικά μπορεί να έχουν δυσμενής επίδραση στην υγεία και ανάπτυξη των παιδιών.

#### **2.4. Διατήρηση της οικογένειας και υποστήριξη των μελών της στο θρήνο και τις απώλειες που βιώνει**

Οι οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή συχνά αντιμετωπίζουν επιπλέον κοινωνικά προβλήματα όπως φτώχεια, προβλήματα στέγασης, οικογενειακή δυσλειτουργία, συζυγικούς καυγάδες, διακοπή των κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, μη παρακολούθηση σχολείου από τα παιδιά και απομόνωση, ως αποτέλεσμα της ψυχικής ασθένειας του γονέα. (17)

Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν στην διάλυση της οικογένειας και την άμεση ανάγκη να αφαιρεθεί η επίβλεψη του γονέα στο παιδί του. Αυτό φέρνει τους γονείς στην τραγική θέση να πρέπει να αντέξουν κάτω από το βάρος του στίγματος μιας ψυχικής ασθένειας αλλά και της απαξίωσης της ικανότητάς τους ως γονείς. Έτσι

προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της ψυχικής τους ασθένειας μόνοι τους, από τον φόβο μήπως οι υπηρεσίες υγείας πάρουν τα παιδιά τους. Γι' αυτό και όλες οι υπηρεσίες και ο κάθε ένας επαγγελματίας υγείας ξεχωριστά πρέπει να έχουν ως πρώτο και κύριο μέλημά τους, όσο είναι δυνατόν, τα παιδιά να μεγαλώνουν με την φυσική τους οικογένεια. (17)

Ομολογουμένως, η γονεϊκότητα φέρνει επιπλέον άγχος σε όλους τους γονείς. Η ταυτόχρονη ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας, μπορεί να φέρει τόσο επιπλέον βάρη σε έναν γονέα, έτσι ώστε να τον λυγίσει και να μην μπορεί να εκπληρώσει πλήρως τον γονεϊκό του ρόλο, να αναγνωρίσει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες των παιδιών του. Αν και όμως οι επιπτώσεις μιας ψυχικής ασθένειας στον γονεϊκό ρόλο είναι αρνητικές, δεν πρέπει να θεωρούμε δεδομένη και πλήρης την ανικανότητα ενός τέτοιου γονέα. Σωστή κλινική φροντίδα, άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αντικειμενική αξιολόγηση και προσπάθεια επιτυχίας εφικτών στόχων και εύκολη πρόσβαση άμεσα στις ικανές εκείνες υπηρεσίες υγείας, μπορούν (στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων) να βοηθήσουν και μειώσουν τόσο δραστικά όπου πλέον θα είναι σαν να εξαλείφουν εντελώς, τις επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς. (17)

**Πίνακας 2.**

<b>Πως επιδρά η ψυχική διαταραχή του γονέα στα παιδιά</b>
Επηρεάζεται η σχέση γονέα παιδιού που είναι πολύ σημαντική
Το παιδί εκδηλώνει παθητική συμπεριφορά ή απάθεια.
Παρατηρούμε πιθανές αλλαγές στις συνήθειες φαγητού ή ύπνου
Εκδηλώνει προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στο σχολείο
Αλλαγή στη σχολική επίδοση
Δυσκολίες στην κοινωνική του αλληλεπίδραση
Εκδήλωση ψυχοσωματικών παραπόνων
Κοινωνική απομόνωση
Δυσκολία να αφήσει το σπίτι, καθώς μεγαλώνει
Προβλήματα στο σχολείο, δυσκολία στην λήψη αποφάσεων
Δυσκολία να διαπραγματευτεί ως έφηβος μια διακριτή ταυτότητα
Κατάθλιψη, ενοχές
Χαμηλή εικόνα για τον εαυτό του, χαμηλή αυτοεκτίμηση
Πρακτικές παραμέλησης, κυρίως συναισθηματικής και σπάνια σωματικής κακοποίησης, σε αυτές τις περιπτώσεις το παιδί πιστεύει πως δεν αξίζει τίποτα, έχει χαμηλή εικόνα για τον εαυτό του, και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, νιώθει απομόνωση καθώς πιστεύει πως αν μιλήσει, κινδυνεύει.

Τα παιδιά γονέων με ψυχικές παθήσεις μπορεί να νιώθουν απομονωμένα, να ανησυχούν για την ψυχική υγεία των γονέων τους ή να νιώθουν την ανάγκη να είναι αυτοί οι «κηδεμόνες» των γονιών τους. Ορισμένα ίσως να είναι εκτεθειμένα σε ενδοοικογενειακή βία. Το στίγμα με το οποίο περιβάλλει μια κοινότητα την ψυχική νόσο, ίσως έχει αντίκτυπο στον τρόπο ζωής και την ψυχική υγεία των παιδιών. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως πως αυτά τα παιδιά δεν είναι αβοήθητα. Ευτυχώς, ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις, υπάρχουν οι υπηρεσίες εκείνες και οι ομάδες στήριξης που μπορούν να τα βοηθήσουν και να τα στηρίξουν. Για παράδειγμα, οι «νεαροί κηδεμόνες» των γονέων

τους έχουν αυξημένη πιθανότητα να σταματήσουν το σχολείο νωρίς, υπάρχουν όμως οι δομές αυτές όμως, όπου με την κατάλληλη υποστήριξη ο νέος να μπορέσει και να ολοκληρώσει την εκπαίδευσή του και να φροντίσει τον ασθενή γονέα του. (17)

Όταν επίσης τα παιδιά αποχωρίζονται από τους γονείς τους, ακόμη και αν αυτό γίνεται για ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα, π.χ. όσο διαρκεί μια βραχεία νοσηλεία σε ένα ψυχιατρικό τμήμα, τα παιδιά και οι γονείς βιώνουν δυνατά αισθήματα λύπης και απώλειας και οι ανάγκες τους είναι διαφορετικές και ιδιαίτερες αυτή την συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αυτά τα παιδιά μπορεί να νιώθουν τόσο ψυχικό όσο και σωματικό πόνο από τον αποχωρισμό τους από τον γονέα (17). Οι ζωές κάποιων παιδιών μπορούν πραγματικά να διαταραχθούν σημαντικά κατά την διάρκεια αυτής της νοσηλείας του γονέα τους. Ιδιαίτερα παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών τα οποία θα πρέπει να μετακομίσουν σε άλλο σπίτι και να τα φροντίσει κάποιος ο οποίος γνωρίζει ελάχιστα ή καθόλου, εμφανίζουν πολλά προβλήματα ψυχικής υγείας και τα ίδια (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα κ.α.).

Ακόμη τα παιδιά, όπως άλλωστε και οι γονείς, μπορεί να νιώσουν πολύ δυνατά μια συναισθηματική απώλεια, στις περιπτώσεις όπου ο ψυχικά άρρωστος γονέας είναι σωματικά παρόν αλλά συναισθηματικά απών για το παιδί του, λόγω της ψυχικής του ασθένειας. Τα πρώτα χρόνια μετά την γέννηση, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ή να αναζωπυρωθεί, κάποια ψυχική διαταραχή και αυτό είναι πολύ επικίνδυνο, γιατί είναι γενικά παραδεκτό πως η υγιής και ασφαλής συναισθηματική σχέση η οποία δημιουργείται τα πρώτα χρόνια μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του είναι κρίσιμη για την ανάπτυξή του, ακόμη και για την ενήλικη ισορροπημένη ψυχική και συναισθηματική του κατάσταση. (17)

Σε ορισμένες καταστάσεις, επίσης, μπορεί ο γονέας ακόμη και να φυλακίζεται για εγκληματικές του ενέργειες και τότε τα αισθήματα απώλειας που νιώθει το παιδί και ο ίδιος να είναι κατά πολύ ισχυρότερα και να χρειάζεται ακόμη μεγαλύτερη στήριξη. (17)

## **2.5.Πρόσβαση σε πληροφορίες, μόρφωση και βοήθεια στις λήψεις αποφάσεων**

Η πλειοψηφία των παιδιών επιθυμούν να γνωρίζουν σχετικά με την φύση και την πρόγνωση της ασθένειας του γονέα τους, όπως επίσης και οι γονείς θα ήθελαν να έχουν γνώση σχετικά με πιθανές παρενέργειες και καταστάσεις που ίσως αντιμετωπίσουν λόγω της ασθένειάς τους. Πράγματι, η πληροφόρηση των παιδιών και όλων των μελών της οικογένειας σχετικά με την ασθένεια και των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν, τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν καλύτερα την ψυχική ασθένεια και το στίγμα που την περιβάλλει. Για παράδειγμα μπορούν να μάθουν πρόωρα σημάδια αναζωπύρωσης της ασθένειας, που μπορούν να αναζητήσουν βοήθεια σε επείγουσες καταστάσεις, στρατηγικές αντιμετώπισης και βέβαια το πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους σε περιπτώσεις όπου ο γονέας δεν είναι σε θέση να το κάνει. Επίσης, όταν προωθείται η συζήτηση σχετικά με την ψυχική ασθένεια, τα παιδιά αποκτούν σχέση εμπιστοσύνης με τους κατάλληλους ενήλικες που μπορούν να τα πληροφορήσουν και έτσι μπορούν να αποκτούν σε βάθος χρόνου, με δική τους πρωτοβουλία, τις πληροφορίες που μπορούν να αφομοιώσουν σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό τους επίπεδο.

Τα παιδιά επίσης, μπορεί να έχουν άγχος σχετικά με το πόσο κινδυνεύουν και τα ίδια να αναπτύξουν την ίδια ασθένεια με τον γονέα τους, να ανησυχούν για το μέλλον το

δικό τους και της οικογένειά τους, καθώς και ενοχές για την ασθένεια του γονέα. Όλα αυτά τα ζητήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν αν τα παιδιά έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ή βάσεις δεδομένων έτσι ώστε να μπορούν να απαντούν τις ερωτήσεις τους. Πολλές φορές, αν το επιθυμούν, μπορεί να γίνει σεβαστή και η ανωνυμία τους όταν απευθύνονται σε κάποιες υπηρεσίες για πληροφόρηση.

Πολλά παιδιά παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του άρρωστου γονέα τους, ιδιαίτερα σε μονογονεϊκές οικογένειες. Σε αυτά τα παιδιά πρέπει να αναγνωριστεί το δικαίωμα να αναμένουν σεβασμό για αυτόν τον ρόλο τους. Έτσι λοιπόν, πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να λάβουν υπόψη και τις δικές τους παρατηρήσεις όταν καταστρώνουν ένα πλάνο θεραπείας ή στήριξης το οποίο περιλαμβάνει κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Για παράδειγμα, σε καταστάσεις γονικής ψυχικής διαταραχής μερικοί γονείς ίσως να μην μπορούν να εξασφαλίσουν τα δικαιώματα του παιδιού για φροντίδα και προστασία. Σε τέτοιες περιπτώσεις, όπως και σε περιπτώσεις όπου το παιδί χρειάζεται άμεση προστασία από κακοποίηση, είναι αναγκαίο να διασφαλίζεται η επικοινωνία, ο συντονισμός και η συνεργασία τόσο μέσα και ανάμεσα σε όλες τις υπηρεσίες που εμπλέκονται με την φροντίδα των παιδιών και της οικογένειας.

Βέβαια, μία ακριβής εξακρίβωση της γονικής ικανότητας του ψυχικά ασθενή γονέα, είναι πολύ δύσκολο να συντελεστεί αλλά σε γενικές γραμμές, μπορούμε να λάβουμε υπόψη κάποιους παράγοντες όπως είναι η ποιότητα της σχέσης γονέα – παιδιού, η λειτουργικότητα που παρατηρείται μέσα στην οικογένεια όσον αφορά την συμπεριφορά τους και τις ικανότητες να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, είναι κάποιοι δείκτες που μας βοηθούν να κάνουμε μια πρώτη εκτίμηση.

## **2.6. Πρακτικές αρχές για ειδικούς και μη**

### **Δικαιώματα του παιδιού**

Κάθε παιδί έχει δικαίωμα:

- Στην προστασία, στην φροντίδα και σε κάθε υποστήριξη η οποία είναι απαραίτητη για την ευημερία του.
- Να ενημερώνεται και να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων οι οποίες αφορούν το ίδιο (σε όποιο βαθμό του επιτρέπει το αναπτυξιακό του στάδιο)
- Να διαμένει με την οικογένειά του, εκτός και αν κάτι τέτοιο θα παραβίαζε συλλήβδην άλλα δικαιώματά του
- Να διατηρεί προσωπικές σχέσεις και άμεσες επαφές και με τους δύο του γονείς, εκτός αν κάτι τέτοιο θα παραβίαζε συλλήβδην άλλα δικαιώματά του
- Μόρφωση και ενημέρωση η οποία να είναι γλωσσολογικά, πολιτισμικά, ψυχολογικά και αναπτυξιακά κατάλληλη για το ίδιο (ιδιαίτερα όταν κάτι τέτοιο θα συμβάλλει στην ψυχική, σωματική, πνευματική και κοινωνική του ανάπτυξη)
- Στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα υγείας που μπορούν να επιτευχθούν
- Ένα επίπεδο ζωής επαρκώς υψηλό προκειμένου το παιδί να μπορέσει να αναπτυχθεί σωματικά, διανοητικά, ψυχικά, ηθικά και κοινωνικά.
- Για ξεκούραση, ελεύθερο χρόνο, παιχνίδι και ψυχαγωγία



### **Γονεϊκά και οικογενειακά δικαιώματα, ευθύνες και ρόλοι**

- Οι γονείς (ή όσοι έχουν την κηδεμονία του παιδιού π.χ. μέλη της ευρύτερης οικογένειας ή άλλοι νόμιμα διορισμένοι κηδεμόνες) έχουν ικανότητες, ευθύνες, δικαιώματα και υποχρεώσεις στην διαδικασία ανατροφής και ανάπτυξης των παιδιών.
- Η γονική και οικογενειακή ψυχική υγεία και ευημερία παίζει σπουδαίο ρόλο στην ευημερία και υγεία του παιδιού
- Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και έχει μοναδικές φυσικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, γλωσσολογικές και πνευματικές κατευθύνσεις, τα δικά του υποστηρικτικά δίκτυα και την δική της οικογενειακή και κοινωνική ταυτότητα. Οι οικογένειες έχουν δικαίωμα στην φροντίδα και την στήριξη η οποία να ανταποκρίνεται στην μοναδικότητά της και στις ξεχωριστές της ανάγκες.
- Οι οικογένειες και τα μέλη τους έχουν δικαίωμα στην ιδιωτική τους ζωή και στην εχεμύθεια όταν αντιμετωπίζονται από υπηρεσίες υγείας.

### **Τι θέλουν τα περισσότερα παιδιά**

- Θέλουν τους γονείς τους γερούς ή επιθυμούν να γίνουν γρήγορα καλά
- Θέλουν να ξέρουν τι έχουν οι γονείς τους και πως θα εξελιχθεί η κατάσταση
- Θέλουν πληροφορίες για την διαταραχή και την πρόγνωση
- Θέλουν κάποιον να τους καθησυχάσει πως τα πράγματα θα πάνε καλά ή καλύτερα.
- Θέλουν την καθημερινή τους ρουτίνα και δεν τους αρέσουν οι συνεχείς αλλαγές στο περιβάλλον που μεγαλώνουν.
- Θέλουν αναγνώριση του ρόλου τους στην οικογένεια
- Θέλουν να πιστέψουν πως μπορούν και τα ίδια να βοηθήσουν με κάποιον ενεργό τρόπο.
- Θέλουν πρακτική και καθημερινή βοήθεια στο σπίτι
- Θέλουν ένα άτομο που να μπορεί να τους βοηθήσει όταν το χρειάζονται
- Θέλουν να νοιάζονται και να φροντίζουν τους γονείς τους, παράλληλα με τις άλλες τους δραστηριότητες

### **Πως ενημερώνουμε τα παιδιά**

- Η ενημέρωση των παιδιών έχει ως στόχο κυρίως να τα βοηθήσει να νιώσουν άνετα για να ρωτήσουν τι τα απασχολεί ή τα φοβίζει πραγματικά. Είναι σημαντικό να μπορούν να συζητήσουν με έναν ενήλικα για το πώς έχουν ζήσει μέχρι τώρα, τι τους ανησυχεί και τι τους διευκολύνει. Με αυτόν τον τρόπο θα διηγηθούν μια ιστορία της οικογένειας τους που ίσως να είναι διαφορετική από την προηγούμενη
- Για να μιλήσουμε με τα παιδιά, διαλέγουμε ένα χρονικό διάστημα όπου η κατάσταση στο σπίτι είναι σχετικά ήρεμη. Σε περιόδους κρίσης, όλες μας οι

προσπάθειες και οι δυνάμεις στρέφονται στο να αντιμετωπίσουμε την κρίση, γι' αυτό και δεν είναι ο κατάλληλος χρόνος.

- Επιλέγουμε προσεκτικά τι **δεν** θέλουμε να συζητήσουμε με το παιδί, για παράδειγμα κάποιου έντονους καυγάδες (στους οποίους το ίδιο δεν ήταν μπροστά) ή σκέψεις για αυτοκτονία.
- Δηλώνουμε από την αρχή ακόμη, πως και οι δύο γονείς νοιάζονται για το παιδί και έχουν ξεκάθαρα πλάνα, γνωρίζουν δηλαδή τι συμβαίνει. Για ένα μικρό παιδί ίσως να αρκεί η απλή διαβεβαίωση πως «όλα θα πάνε καλά», ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι έχουν ανάγκη από πιο μακροπρόθεσμα πλάνα. Τους απασχολεί ιδιαίτερα και το μέλλον και θυμούνται περισσότερο, κάνοντας πιο σαφείς αναφορές στο παρελθόν.
- Διαβεβαιώνουμε τα παιδιά πως σύντομα η κατάσταση θα είναι καλύτερη και πως η ψυχική διαταραχή του γονέα δεν θα «διαλύσει την οικογένεια»
- Επιμένουμε πως τα παιδιά δεν είναι ή δεν κατηγορούνται για τις αντίξοες συνθήκες στο σπίτι
- Τονίζουμε στα παιδιά τις ικανότητές τους και τα ταλέντα τους
- Ενημερώνουμε για το τι έχουν κάνει οι γονείς μέχρι στιγμής για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα (για παράδειγμα συνεργασία με ορισμένα άτομα, κοινοποίηση σε κάποιους φίλους ή συγγενείς για παροχή βοήθειας, επισκέψεις σε ειδικούς).

### **Πώς στηρίζουμε ένα παιδί που ζει με ένα γονέα με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα**

Τα βοηθάμε:

- Να αναγνωρίζουν πως οι γονείς τους υποφέρουν από μια ψυχική διαταραχή και πως δεν ευθύνονται τα ίδια γι' αυτό.
- Να διατηρήσουν ένα σταθερό οικογενειακό περιβάλλον  
Επίσης, βοηθά πολύ:
- Να τους διαβεβαιώνουμε, στις περιπτώσεις που μπορούμε, πως ο γονέας με την ψυχική διαταραχή τους αγαπά
- Να τους δίνουμε πληροφορίες σχετικά με την ψυχική διαταραχή (αιτίες, εμφάνιση, πορεία)
- Να τους δίνουμε πληροφορίες για βοηθητικούς τρόπους αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων
- Να τους διευκολύνουμε να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, για παράδειγμα λύπη, θυμό
- Να έχουν την δυνατότητα να συζητούν με φίλους τους για αυτά που τους ανησυχούν και τους στεναχωρούν καθημερινά.
- Να τους καθησυχάζουμε σχετικά με το αν κινδυνεύουν να «αρρωστήσουν» και τα ίδια.
- Να τους διευκολύνουμε σε περιπτώσεις νοσηλείας του γονέα
- Να καταλάβουν τι ακριβώς γίνεται και η μαμά ή ο μπαμπάς δεν είναι καλά
- Να τους δίνουμε τη δυνατότητα να εκτιμούν τις ενέργειες του γονέα σε ένα περιβάλλον πραγματικότητας. Όλα τα παιδιά στενοχωριούνται όταν οι γονείς τους δεν είναι καλά. Όταν καταλάβουν πως δεν φτάνει μόνο η επιθυμία τους για

- να «γιατρέψει» τους γονείς από την ψυχική διαταραχή, βρίσκουν άλλα πράγματα που βοηθούν ουσιαστικά τα ίδια και κατ' επέκταση και τους γονείς τους.
- Να ενημερώνουμε τα πλαίσια συνεργασίας όπου λειτουργεί το παιδί, όπως είναι για παράδειγμα το σχολείο. Οι εκπαιδευτικοί, βέβαια, χρειάζονται επιπλέον στήριξη για να βοηθήσουν τα παιδιά.

#### **Τι θέλουν οι γονείς για τους ίδιους**

- Καλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών, φροντίδα και στήριξη για να μπορούν και οι ίδιοι να μεγαλώνουν τα παιδιά τους
- Μεγαλύτερη κατανόηση, απουσία στιγματισμού και διακρίσεων σχετικά με την ψυχική διαταραχή
- Ομάδες γονέων για στήριξη
- Χώρους στο νοσοκομείο που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις δυνατότητες των παιδιών
- Στήριξη για να φροντίζουν τα παιδιά τους
- Συνεχή στήριξη και φροντίδα από τις υπηρεσίες σε όλη τη διάρκεια της ψυχικής διαταραχής και όχι μόνο σε περιόδους κρίσης με σταθερά άτομα από τις διάφορες υπηρεσίες

#### **Τι θέλουν οι γονείς για τα παιδιά τους**

- Ευκαιρίες και δυνατότητες για να συζητάνε τους φόβους τους, πιθανές παρανοήσεις ή αισθήματα ενοχής
- Ευκαιρίες για να συναντάνε άτομα που τα εμπιστεύονται και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες με συνομήλικά τους
- Ευκαιρίες για να τους εξηγήσουν τι ακριβώς συμβαίνει με την δική τους ψυχική διαταραχή
- Συνέχεια στη φροντίδα των παιδιών, σταθερότητα στην καθημερινή τους ρουτίνα και ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης ή όταν ένας γονέας χρειάζεται να μπει στο νοσοκομείο

#### **Μπορούμε να βοηθήσουμε τους γονείς όταν:**

- Υπάρχει δυνατότητα προσωρινής ανακούφισης σε περιόδους που δεν νιώθουν καλά.
- Τους στηρίζουμε στον ρόλο τους ως γονείς
- Τους βοηθάμε στις ευρύτερες ανάγκες που συνδέονται με πρακτικά προβλήματα στέγασης, σχολικής φοίτησης, υγείας
- Τους βοηθάμε να συζητήσουν με τα παιδιά για την ψυχική διαταραχή
- Προσπαθούμε να καταλάβουμε τι θεωρούν οι ίδιοι σημαντικό για την ανάπτυξη των παιδιών τους και για το ρόλο στην οικογένεια
- Προσπαθούμε να βοηθήσουμε τους γονείς να είναι ειλικρινείς με τα παιδιά τους, να τα ακούνε, να τα κοιτάνε, να εμπλέκουν και άλλα άτομα που εμπιστεύονται, να πληροφορούν το σχολείο

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## Ψυχική διαταραχή και αναπτυξιακή προσέγγιση των αναγκών του παιδιού

### 3.1. Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες του παιδιού

Προκειμένου να προσεγγίσουμε, να κατανοήσουμε και να αναλύσουμε τις σχέσεις αλληλεπίδρασης που δημιουργούνται ανάμεσα σε ένα παιδί ή έφηβο και τον ψυχικά ασθενή γονέα του (είτε αυτή η αλληλεπίδραση έχει θετικά είναι αρνητικά αποτελέσματα) πρέπει πρώτα να ορίσουμε την διαφορετικότητα. Τι ξεχωριστό υπάρχει στην σχέση ψυχικά ασθενή γονέα και του παιδιού του; Για να μπορέσουμε να διακρίνουμε το ξεχωριστό, πρέπει πρώτα να εξηγήσουμε τις «φυσιολογικές» σχέσεις γονέων και παιδιών. Με άλλα λόγια τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιών, αν αφαιρέσουμε την ψυχική ασθένεια από τους γονείς.

Έχει προταθεί από διάφορους ειδικούς πως η ανάπτυξη των παιδιών διέρχεται μέσα από διάφορα (αλλά συγκεκριμένα) στάδια γνωστικής, κοινωνικής, ηθικής και κοινωνικό – συναισθηματικής ανάπτυξης. Σε κάθε τέτοιο στάδιο τα παιδιά βρίσκονται αντιμέτωπα με διάφορες σοβαρές προκλήσεις. Αν δεν καταφέρουν να ξεπεράσουν με επιτυχία τις προκλήσεις αυτές, τότε διαθέτουν σοβαρό κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τρεις ιδιαίτερα περίοδοι έχουν χαρακτηριστεί από τους ειδικούς ως «ιδιαίτερα κρίσιμοι» σχετικά με την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού: (2)

- i. Η ηλικία των 18 – 24 μηνών κατά την οποία τα παιδιά αρχίζουν και κινούνται αυτόνομα και εξοικειώνονται σιγά – σιγά και με την χρήση της γλώσσας.
- ii. Η ηλικία των 5 περίπου ετών στην οποία προβαίνουν σε σημαντικές γνωστικές ανακαλύψεις και τέλος
- iii. Η εφηβεία κατά την οποία αυξάνονται οι σεξουαλικές ορμόνες, αλλάζουν δραματικά τα εξωτερικά χαρακτηριστικά και εκδηλώνονται προετοιμασίες για την ζωή του ατόμου ως ενήλικα. (2)

Η γνώση αυτών των σταδίων είναι πολύ σημαντική γιατί μας δείχνει πως σε ένα σημαντικό χρονικό διάστημα ( το οποίο μπορεί να ξεπεράσει και τα 15 χρόνια αναλόγως με την έναρξη και την διάρκεια της εφηβείας) θα παίξει πολύ σπουδαίο ρόλο στην ψυχική υγεία ενός παιδιού η συμπεριφορά του γονέα απέναντί του.

Ποιες είναι όμως οι ενδεδειγμένες συμπεριφορές ενός γονέα προς το παιδί προκειμένου να τον «βαφτίσουμε» φυσιολογικό; Το ζήτημα βεβαίως εκτός από τεράστιο είναι φιλοσοφικό και ιδίως ηθικό. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο γονέων επαγγελματιών υγείας να τους βλέπουμε να διαφωνούν ως προς την στρατηγική που θα πρέπει να αναπτύξουν για την διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. Εδώ λοιπόν θα κάνουμε μια αχνή, γενική και όσο γίνεται πιο «επιστημονική» και γενικά παραδεκτή παράθεση των συμπεριφορών από πλευράς των γονέων οι οποίες μπορεί να θεωρηθούν πως θα

διευκολύνουν την αντιμετώπιση από μέρους του παιδιού όλων των προκλήσεων που αντιμετωπίζει στις περιόδους της ανάπτυξής του.

Οι βασικές ανάγκες των παιδιών είναι αυτές της αγάπης, της στοργής και της κατανόησης. Η προστασία και η ασφάλεια επίσης είναι απαραίτητες προκειμένου αυτά τα ευαίσθητα πρόσωπα να μπορέσουν να λειτουργήσουν. Τέλος, η αναγκαιότητα της επικοινωνίας και της προσωπικής φροντίδας δεν πρέπει να παραγνωρίζονται μιας και αυτά γαλουχούν και ενδυναμώνουν μια διαπροσωπική σχέση και βοηθούν τα παιδιά στην κοινωνικοποίησή τους. (2)

Οι γονείς (εκτός βέβαια από τις περιπτώσεις των μονογενεϊκών οικογενειών) δεν πρέπει ποτέ να φιλονικούν μπροστά στα παιδιά τους. Βέβαια το ιδανικό θα ήταν να μην φιλονικούν ποτέ αλλά επειδή κάτι τέτοιο είναι φυσικά ανέφικτο, αυτό το οποίο πρέπει να προσεχτεί ιδιαίτερα είναι οι καυγάδες να μην είναι μπροστά στα παιδιά και ιδιαίτερα οι έντονοι. Ακόμη, δεν πρέπει ποτέ να λένε εσκεμμένα ψέματα στα παιδιά τους και να παραδέχονται σε αυτά τυχόν λάθη τους. Το να γίνουν φίλοι και χειραγωγοί τους στα πρώτα χρόνια της ζωής τους είναι απαραίτητο προκειμένου το παιδί να μαθαίνει σιγά – σιγά το καινούργιο πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορεί να κινείται ανάλογα την σωματική και ψυχολογική εξέλιξή του, αλλά επίσης και να μάθει να μπορεί να σχετίζεται με άλλους. Επίσης, αν υπάρχουν πολλά παιδιά μέσα σε μια οικογένεια, όλα χρειάζεται να αντιμετωπίζονται με την ίδια αγάπη και να μην γίνονται διακρίσεις ακόμη και αν αυτές εστιάζονται μόνο στις εκδηλώσεις στοργής. Τέλος, θα πρέπει να είναι σταθεροί ως προς αυτά, τόσο στις εκδηλώσεις στοργής όσο και στον έλεγχο. Όλα τα παραπάνω ικανοποιούν το πρωταρχικό αίσθημα ασφάλειας το οποίο έχουν απόλυτη ανάγκη τα παιδιά από το εξωτερικό τους περιβάλλον προκειμένου να μπορέσουν να αναπτυχθούν φυσιολογικά. (6)

Τα παιδιά, όπως και κάθε νεαρό θηλαστικό αυτό του πλανήτη, έχει απόλυτη ανάγκη το παιχνίδι προκειμένου να γίνει ένας επιτυχημένος ενήλικας. Οι γονείς πρέπει να κατανοήσουν πως το παιχνίδι δεν είναι απλά ένα μέσο προκειμένου τα παιδιά να περάσουν διασκεδαστικά τον άφθονο χρόνο τον οποίο διαθέτουν, αλλά ένα απαραίτητο εργαλείο προκειμένου να ωριμάσουν ψυχολογικά και κοινωνικά. Όσο απαραίτητη είναι η διατροφή για την σωματική ανάπτυξη ενός παιδιού, άλλο τόσο απαραίτητο είναι και το παιχνίδι για την διανοητική, ψυχική και κοινωνική του ανάπτυξη. Είναι αναγκαίο λοιπόν οι γονείς να σέβονται αλλά και να διευκολύνουν το παιχνίδι των παιδιών. Όπως μαθαίνουν όμως μέσα από το παιχνίδι, άλλο τόσο μαθαίνουν και άμεσα, μέσω των ερωτήσεων. Έτσι λοιπόν, πρέπει να αφιερώνουν χρόνο να λύνουν όλες τις απορίες των παιδιών τους. Αργότερα βέβαια, όταν ο ψυχικός κόσμος του παιδιού αρχίζει και ωριμάζει και επιθυμεί να μοιραστεί μαζί τους τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, οι γονείς χρειάζονται ακόμη περισσότερο χρόνο προκειμένου να κάνουν διάλογο μαζί τους με κατανόηση, ενδιαφέρον, υπομονή και σεβασμό. (6)

Απαραίτητο στοιχείο της ψυχικής υγείας ενός ατόμου, και κατ' επέκταση και του παιδιού, είναι και η κοινωνική του ζωή και υγεία. Έτσι λοιπόν, όταν το παιδί θα αρχίζει να σχετίζεται με άλλα άτομα, οι γονείς χρειάζεται να είναι πολύ προσεκτικοί προκειμένου να διευκολύνουν την κοινωνικοποίηση του παιδιού τους. Το να δέχονται τους φίλους του στο σπίτι σαν αγαπητούς επισκέπτες, του δείχνει πως είναι κοντά του και το στηρίζουν. Το να μην ελέγχουν και να μην τιμωρούν τα παιδιά τους μπροστά σε τρίτους επίσης είναι πολύ σημαντικό προκειμένου το παιδί να μην νιώσει απαξιωτικά αισθήματα για το ίδιο και να μην συνδέσει τις κοινωνικές επαφές με αρνητικά

συναισθήματα. Τέλος, το να προσέχουν τα προτερήματα και να μην μεγαλοποιούν τα μειονεκτήματα τους, μπορεί να χαλυβδώσει τα παιδιά με αυτοπεποίθηση και να έχουν μια εσωτερική ηρεμία και μια φυσιολογική κοινωνική συμπεριφορά. (6)

Για χάριν ευκολίας και αμεσότητας θα αναφέρουμε δέκα στοιχεία τα οποία αν εφαρμόζονται, η σχέση γονέα – παιδιού θα είναι σχεδόν ιδανική. Θα την ονομάσουμε «**Τον δεκάλογο του γονέα**». Βέβαια, δεν είναι πάντα εύκολο να εφαρμόζονται όλα αυτά στον απόλυτο βαθμό κάθε φορά. Συνολικά όμως, η συνέπεια της εφαρμογής τους, μπορεί να δείξει σε έναν γονέα τον δείκτη της σχέσης του με το παιδί:

1. **Αγάπη και φροντίδα.** Δώστε αγάπη και φροντίδα στα παιδιά σας με συνέπεια και σταθερότητα. Η αγάπη είναι ουσιώδης για την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού όσο είναι και η τροφή για την σωματική του.
2. **Χρόνος.** Δώστε στο παιδί όσο περισσότερο μπορείτε από τον χρόνο σας. Αξίζει περισσότερο να μιλάτε, να παίζεται και να διαβάζεται με τα παιδιά σας, παρά να ασχολείστε με οτιδήποτε άλλο.
3. **Εμπειρίες.** Φροντίστε το παιδί σας να έχει εμπειρίες από την πρώτη στην στιγμή της ζωής του και συνέχεια αυτές να ανανεώνονται. Οι εμπειρίες το πλουτίζουν και το βοηθούν να αναπτυχθεί φυσιολογικά.
4. **Παιχνίδι.** Να ενθαρρύνεται το παιδί σας να παίζει με κάθε δυνατό τρόπο. Το παιχνίδι είναι σημαντικό είτε το παιδί παίζει μόνο του, είτε με άλλα παιδιά. Το παιχνίδι είναι σημαντικό γιατί μέσα από αυτό το παιδί ανακαλύπτει, μιμείται, κατασκευάζει, υποκρίνεται, δημιουργεί.
5. **Ενθάρρυνση.** Να ενθαρρύνεται το παιδί περισσότερο για την προσπάθεια, παρά για την επιτυχία.
6. **Υπευθυνότητα.** Οι δεξιότητες και οι ικανότητες του παιδιού μπορούν να αναπτυχθούν με την εμπειρία και το βοηθούν να αναπτύξει περισσότερη ανεξαρτησία. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να δίνεται υπευθυνότητες στο παιδί σας.
7. **Διαφορετικότητα.** Να θυμάστε πως το κάθε παιδί είναι μοναδικό. Πρέπει επομένως η συμπεριφορά σας να είναι «κομμένη και ραμμένη» στα μέτρα του.
8. **Έλεγχος.** Ο έλεγχος, η κριτική και η επίπληξη, πρέπει να γίνεται με τρόπο ο οποίος να ταιριάζει στον χαρακτήρα και τις ιδιορρυθμίες του παιδιού.
9. **Ασφάλεια.** Ποτέ μην απειλείται το παιδί σας ότι θα πάψετε να το αγαπάτε ή ότι θα το διώξετε από το σπίτι. Μπορεί να είναι σωστό να απορρίπτετε την συμπεριφορά του πολλές φορές, αλλά ποτέ το ίδιο.
10. **Αναμονή ευγνωμοσύνης.** Μην περιμένετε από το παιδί σας να δείξει εύκολα ευγνωμοσύνη. Το παιδί δεν σας ζήτησε να το φέρετε στον κόσμο, η επιλογή ήταν δικιά σας.

Η σχέση γονέα – παιδιού, όμως, είναι μια σχέση αλληλεξάρτησης. Ποια στοιχεία του παιδιού είναι αυτά τα οποία δείχνουν στους γονείς πως όλα πάνε καλά με το παιδί τους και δεν ανησυχούν αν αυτά αναπτύσσουν ή έχουν κληρονομήσει κάποια ψυχική διαταραχή; Τα γνωρίσματα της ψυχικής υγείας του παιδιού είναι τα εξής:

- Ευθυμία, ενθουσιασμός, θάρρος
- Αγάπη, πνεύμα συνεργασίας και αλληλεγγύης
- Κοινωνικότητα, ενδιαφέρον για μάθηση
- Διάθεση για περιπέτεια, ορμή για δράση, χαρά, εργασία, παιχνίδι

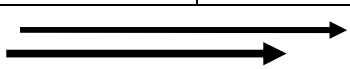
- Όρεξη για φαγητό
- Εμπιστοσύνη, αίσθημα ασφάλειας, αυτοπεποίθηση
- Προσαρμογή στη ζωή, δηλαδή ικανότητα να ζει αρμονικά με το περιβάλλον του – φυσικό και κοινωνικό – και τον εαυτό του, ενώ παράλληλα διατηρεί την προσωπική του ακεραιότητα. (6)

Βέβαια, σε παθολογικές καταστάσεις των γονέων, ακόμη και κάποιες από αυτές τις άκρως φυσιολογικές συμπεριφορές μπορεί να μεταφράζονται ως σημάδια ψυχικής ασθένειας (που στην ουσία είναι προβολές της δικής τους διαταραχής) όπως έχουμε ήδη αναφερθεί.

### 3.2. Ψυχοκοινωνική προσαρμογή των παιδιών με γονέα ψυχικά ασθενή

Όπως έχει αναφερθεί οι ανάγκες των παιδιών τα οποία ζουν σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή, είναι πολυσύνθετες και παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία (13). Υπενθυμίζουμε ότι ο τρόπος αλληλεπίδρασης της γονικής ψυχικής διαταραχής με τη διεργασία ανάπτυξης των παιδιών είναι πολυσύνθετος. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η σχέση του ζευγαριού, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της οικογένειας (εκπαίδευση και επαγγελματική κατάσταση) και οι συνθήκες της ψυχικής διαταραχής. Αν έπρεπε να χωρίσουμε σε ομάδες τα παιδιά ανάλογα με τις ανάγκες που έχουν για στήριξη τόσο από την κοινότητα όσο και από εξειδικευμένες υπηρεσίες, θα δημιουργούσαμε έναν πίνακα όπως τον παρακάτω:

**Πίνακας 3.**  
**Εύρος των αναγκών παιδιών με γονείς που αντιμετωπίζουν μια ψυχική διαταραχή (Falkov, 1998) (5)**

A. Τα παιδιά είναι «καλά»	B. Τα παιδιά είναι ανθεκτικά, αλλά έχουν ανάγκη υποστήριξης	Γ. Τα παιδιά είναι ευάλωτα και έχουν ανάγκη από υπηρεσίες	Δ. Τα παιδιά είναι ευάλωτα και έχουν ανάγκη από υπηρεσίες και προστασία	Ε. Θανατηφόρα ατυχήματα παιδιών
Αυξανόμενες ανάγκες των παιδιών Μειωμένος αριθμός παιδιών 				

Είναι βέβαια προφανές πως αυτό είναι μια σχηματική απεικόνιση που δεν καλύπτει σε κανέναν βαθμό τις μοναδικές εμπειρίες των παιδιών στις οικογένειες στις οποίες ο ένας από τους δυο γονείς αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή.

Αν αναλύσουμε λίγο τον πίνακα αυτό, θα δούμε πως η ομάδα Α αναφέρεται σε παιδιά που δεν παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και έτσι οι γενικές τους ανάγκες δεν αναγνωρίζονται καθώς δεν έχουν καμία επαφή με τις υπηρεσίες. Τα παιδιά και οι έφηβοι που στηρίζουν καθημερινά έναν γονέα με ψυχική διαταραχή, μπορεί να ανταποκρίνονται επαρκώς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν τα ίδια ανάγκη από

στήριξη (ομάδες Α και Β). Οι περισσότερες μελέτες που ασχολούνται τα τελευταία χρόνια με τα παιδιά αυτά εστιάζονται κυρίως στα παιδιά των ομάδων Γ και Δ, και επιμένουν στην αναγκαιότητα διεπαγγελματικής συνεργασίας. Ο αριθμός παιδιών της ομάδας Ε είναι ελάχιστος. (5)

Όπως είναι ήδη γνωστό, τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων, κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα και προβλήματα υγείας, εμφανίζουν ανεπαρκείς κοινωνικές σχέσεις, δυσκολεύονται στο σχολείο και αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς και διαγωγής (διάσπαση προσοχής), καθώς και συναισθηματικές διαταραχές. Η σχολική επάρκεια χρησιμοποιείται συνήθως ως σημαντικός παράγοντας για την περιγραφή της λειτουργικότητας των παιδιών. (5)

Τα είδη των εμφανιζόμενων προβλημάτων συζητούνται με βάση κυρίως την ηλικία των παιδιών. Στα παιδιά μικρότερης ηλικίας παρατηρούνται συχνά διαταραχές του ύπνου, διαταραγμένη όρεξη, εξάρτηση από ενήλικες, απώλεια ήδη κατακτημένων δεξιοτήτων, κλάμα, κοινωνική απόσυρση, προβλήματα προσοχής και μάθησης και κατάθλιψη. Στα μεγαλύτερα παιδιά παρατηρούνται δραματική πτώση της σχολικής επίδοσης, προβλήματα συγκέντρωσης, διαταραχές στον ύπνο και κοινωνική απόσυρση. Επιπλέον, τα παιδιά εκδηλώνουν φόβο για την δική τους ψυχική υγεία. Οι κυριότερες δυσκολίες των παιδιών με βάση την ηλικία τους περιγράφονται στον πίνακα 4.

**Πίνακας 4.**  
**Επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής ενός γονέα στα παιδιά/ εφήβους**

0 – 6 χρονών	6 – 12 χρονών	12 – 18 χρονών
Επίδραση στο συναισθηματικό δέσιμο, παθητική συμπεριφορά, ιδιοσυγκρασία, ενοχές, νευρολογικά προβλήματα, ύπνος, φαγητό, κατάθλιψη	Αλλαγές στη διάθεση, προβλήματα συμπεριφοράς, σχολική επίδοση, ανάγκη για θεραπεία, προβλήματα στην κοινωνική και τη συναισθηματική επάρκεια, ψυχοσωματικά προβλήματα	Κοινωνική απομόνωση, δυσκολίες κατάκτησης αυτονομίας, δυσκολίες στη σχολική φοίτηση, δυσκολίες στην επιλογή – επίλυση προβλημάτων, προβλήματα ταυτότητας, κατάθλιψη

Αυτό το αναπτυξιακό πλαίσιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό προκειμένου να κατανοηθεί η γονική επίδραση που ασκεί η γονική ψυχική διαταραχή στα παιδιά. Η ηλικία, η προηγούμενη εμπειρία του παιδιού σε δυσχερείς συνθήκες και η αναπτυξιακή του διεργασία επεξηγούν ικανοποιητικά τις έννοιες της ευαλωτότητας ή της ανθεκτικότητας του στις διάφορες αντιξοότητες. (5)

Παράγοντες προδιάθεσης του παιδιού είναι οι παράγοντες ιδιοσυγκρασίας, η γενετική «προίκα» του παιδιού, η διαμόρφωση της προσωπικότητάς του, το φύλο, η νοημοσύνη, τα φυσικά χαρακτηριστικά και η εμφάνιση, καθώς και εκ γενετής ή επίκτητες ασθένειες. Όσο για τις διαφορές μεταξύ των φύλων τα αγόρια εμφανίζουν διαταραχές διαγωγής πιο άμεσα και σε πιο σύντομο χρόνο, ενώ τα κορίτσια χρειάζεται να εκτεθούν σε αντίξοες συνθήκες για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τα παιδιά του ίδιου φύλου με τον γονέα που νοσεί κινδυνεύουν επίσης περισσότερο. Η κατάθλιψη στην



μητέρα π.χ. μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη σε ένα κορίτσι πολύ πιο συχνά από ότι σε ένα αγόρι. Όσον αφορά τους προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες, σημαντικό ρόλο παίζει η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, η απουσία προγεννητικού ελέγχου, οι κακές συνθήκες υγιεινής που μπορεί να υφίστανται μετά την γέννηση του βρέφους και τις γενικές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένεια. (5)

Χρόνιοι παράγοντες είναι η αδυναμία του γονέα να κατανοήσει, να προβλέψει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του παιδιού του, την συνεχής απογοήτευση των γονέων από το παιδί, την δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης ενός συναισθηματικού δεσμού ανάμεσα στον γονέα και το παιδί, την σωματική και λεκτική βία που μπορεί να ασκείται στο παιδί και την δυσκολία του γονέα να αναγνωρίσει θετικές εμπειρίες με το παιδί του. (5)

Άλλα εκλυτικοί παράγοντες επίσης είναι τα γεγονότα ζωής και η λειτουργία της οικογένειας. Δηλαδή κατά πόσον οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, πρωταρχικά του ανδρικού, αλλά και των αδελφών όπως και της ευρύτερης οικογένειας, είναι θετικές και υποστηρικτικές ή είναι συγκρουσιακές, εξαρτημένες και βίαιες. (5)

### Πίνακας 5.

#### Παράγοντες που βοηθούν στη διεργασία προσαρμογής των παιδιών

- Παιδιά σε μεγάλη ηλικία κατά την έναρξη της ψυχικής διαταραχής του γονέα
- Παιδιά με επαρκείς κοινωνικές ικανότητες και δυνατότητα για θετικές διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις
- Παιδιά με υψηλή νοημοσύνη
- Η ψυχική διαταραχή του γονέα εκδηλώνεται με ήπιες μορφές και ο ίδιος είναι σε θέση να λειτουργεί ικανοποιητικά όταν αισθάνεται καλά
- Τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να ζητήσουν υποστήριξη από έναν ενήλικα με τον οποίο έχουν ήδη δημιουργήσει μια ζεστή και γεμάτη εμπιστοσύνη σχέση
- Τα παιδιά τα καταφέρνουν ικανοποιητικά σε δραστηριότητες εκτός σπιτιού (π.χ. στο σχολείο ή σε διάφορες αθλητικές δραστηριότητες)

Βέβαια, όσο και να αναλύσουμε όλους τους παράγοντες, πάλι δεν θα καταφέρουμε να φτάσουμε σε έναν «τύπο» όπου θα εξηγεί με ακρίβεια και ασφάλεια την πιθανότητα βλάβης/ επικινδυνότητας. Αυτό συμβαίνει γιατί ο «κίνδυνος» είναι μια δυναμική έννοια που χρειάζεται αξιόπιστο, συνεχή και πάνω από όλα εξατομικευμένο προσδιορισμό. Πολλές φορές γίνεται το λάθος να μην υπάρχει παρέμβαση από κάποια υπηρεσία υγείας βασιζόμενη μόνο και μόνο στην εκτίμηση για τον κίνδυνο των παιδιών. Βέβαια, οι ανάγκες των παιδιών είναι διαφορετικές από αυτές των γονέων, αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να παραβλέπεται πως οι ανάγκες αυτών των δύο αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργία, και επομένως τις ανάγκες, ολόκληρης της οικογένειας. (5)

Βέβαια, οι ανάγκες των παιδιών βρίσκονται στο προσκήνιο της σύγχρονης δημόσιας συζήτησης και θεωρούνται δείκτης της προόδου και διαφωτιστικό πλαίσιο για τα παιδιά. Πολλοί όμως πέφτουν στην παγίδα να «κατασκευάζουν» τις ανάγκες των παιδιών σύμφωνα με κατασκευασμένες εικόνες της παιδικής ηλικίας που έχουν στο μυαλό τους και έτσι οι «συνταγές» που προτείνουν σχετικά με την εκπαίδευση και την

φροντίδα των παιδιών να κρίνουν μόνο επιφανειακά την ποιότητα της σχέσης του ενήλικα με το παιδί. Η αυθαίρετη επίκληση αναγκών του παιδιού δημιουργεί μια σχέση εξουσίας ανάμεσα στις αρμόδιες αρχές και υπηρεσίες και την οικογένεια με το παιδί ανήμπορο στην ουσία να εκφράσει οποιαδήποτε άποψη ή διαφωνία του. Βέβαια, προκειμένου να έχουμε έναν «μπούσουλα» για να διαπραγματευόμαστε με τα παιδιά, πρέπει να έχουμε ένα κάποιο πλαίσιο των αναγκών τους. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε πως οι δρόμοι προς την ωριμότητα, την ισορροπία και την ευτυχία είναι παραπάνω από ένας. Έτσι λοιπόν, η ανταλλαγή των αναγκών με τα δικαιώματα των παιδιών, ίσως μας προσφέρει και πάλι ένα πλαίσιο, αλλά αυτή την φορά πιο ευρύ προκειμένου να προστατέψουμε τα παιδιά αλλά και να τους αφήσουμε όσο περισσότερο χώρο ελεύθερο γίνεται να αναπτύξουν τις εξατομικευμένες τους ανάγκες. (5)

### 3.3. Αναπτυξιακή προσέγγιση και στρατηγικές αντιμετώπισης

Το τι γνωρίζει ή τι είναι σε θέση να γνωρίζει το παιδί, τις περισσότερες φορές ορίζεται από τους ενήλικους. Με άλλα λόγια, υποθέτουν, φαντάζονται κ.ο.κ. τι γνωρίζει και ποιες γνωστικές ικανότητες έχει το παιδί. Ένα ερώτημα που αναδύεται είναι λοιπόν, το τι *πραγματικά* γνωρίζει ή έχει την ικανότητα να κατανοήσει ένα παιδί; Γιατί δεν μπορούν να ισχύουν δύο αντιφατικές δηλώσεις. Δηλαδή κάτι το οποίο ακούμε πολύ συχνά σε σχέση με την γονική ψυχική διαταραχή και τα παιδιά είναι «είναι πολύ μικρό, δεν καταλαβαίνει τι συμβαίνει». Από την άλλη όμως, τα στοιχεία δείχνουν, πως η γονική ψυχική διαταραχή είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία του παιδιού. (2)

Τα κρίσιμα στάδια στην ανάπτυξη ενός παιδιού, αναφέρονται στην αναπτυξιακή ψυχολογία ως μία τακτοποιημένη, προοδευτική διαδοχή επάρκειας και ωριμότητας για τα παιδιά. Με αυτόν τον τρόπο, όμως, αν θεωρήσουμε δηλαδή την αναπτυξιακή διαδικασία μια συνολικά εγγενή διαδικασία, αφαιρούμε από την ανάπτυξη του παιδιού τον συγκρουσιακό της χαρακτήρα και το προσωπικό κόστος το οποίο (είτε το θέλουμε είτε όχι) θα πληρώσουν όλοι οι άνθρωποι για την ωρίμανση τους. Η ανάπτυξη είναι μια δυναμική διεργασία που αλληλεπιδρά με το περιβάλλον στο οποίο ζει και αναπτύσσεται το παιδί. Το να εμμένουμε ότι η αναπτυξιακή διαδικασία του παιδιού είναι γραμμική, μονοδιάστατη και άχρονη μπορεί να είναι μια τυφλή τακτική απέναντι στην καθημερινή πραγματικότητα και παραγνωρίζει τις αλλαγές στην οργάνωση της παιδικής υποκειμενικότητας και διαχείρισης της δράσης. (2)

Οι απόψεις που κυριαρχούν στην σημερινή βιβλιογραφία σχετικά με πάμπολλα προβλήματα στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, είναι επικεντρωμένες στον «συναισθηματικό δεσμό» της μητέρας με το παιδί. Η μητέρα πρέπει να είναι συνέχεια κοντά στο παιδί και πάντα διαθέσιμη, τόσο υλικά όσο και συναισθηματικά, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Αυτός ο ρόλος (ο οποίος ίσως να είναι υπερβολικός) προσδίδει πρόσθετο άγχος στην μητέρα και την γεμίζει με ενοχές αν κάτι πάει στραβά. Από την άλλη πλευρά, αν η μητέρα, κάτω από το βάρος της πίεσης της ευθύνης που της έχουν προσάψει οι επαγγελματίες υγείας θελήσει να διασφαλίσει την εξουσία της ή οποιαδήποτε προσπάθεια για ανεξαρτησία της ερμηνεύεται πως υπονομεύει την αυτοπεποίθηση των παιδιών της. (2)

Με αυτό το δεδομένο υπόψη, εύκολα κατανοούμε πως γίνεται ο «στιγματισμός» των οικογενειών με γονική ψυχική διαταραχή. Όταν μία γυναίκα με ψυχική διαταραχή (οι οποίες συνήθως καλούνται να μεγαλώσουν και μόνες τους τα παιδιά τους), θεωρούνται πως δεν μπορούν να μεγαλώσουν επαρκώς τα παιδιά τους μιας και χωρίς πατέρα, με δεδομένο την ανεπάρκειά της λόγω της ψυχικής διαταραχής και την εξάρτησή της από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έτσι λοιπόν, η μητέρα ορίζεται ως κυρίαρχο πρόσωπο στην κοινωνική τάξη και η μορφή της οικογένειας όπως την γνωρίζουμε ως φυσιολογική, ορίζεται σαν η *μόνη* λειτουργική, με αποτέλεσμα η διαφορά που προκύπτει στον τρόπο ανατροφής των παιδιών, στιγματίζεται και παθολογικοποιείται. Τα παιδιά, όμως, τα οποία είναι *απαλλαγμένα* από κοινωνικές και πολιτισμικές κατασκευασμένες εικόνες, μπορούν πιο εύκολα να συνειδητοποιήσουν τις κανονιστικές συνιστώσες των οικογενειών και την συνθετότητα των οικογενειακών σχέσεων και διαπραγματεύονται επαρκώς τα διάφορα νοήματα στις αφηγήσεις των μελών της οικογένειας. (2)

Οι μελέτες από τις διαδικασίες προσαρμογής των παιδιών σε συνθήκες διαζυγίου, χωρισμού και συζυγικών συγκρούσεων, καθώς και από πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης μας προσφέρουν ένα πλούσιο εμπειρικό και θεωρητικό πλαίσιο για να δούμε τις εμπειρίες των παιδιών σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή. (2)

Οι μηχανισμοί με τους οποίους τα παιδιά αλλά και οι ενήλικες καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν τις διάφορες δυσκολίες έχουν να κάνουν με την ανάπτυξη των προστατευτικών παραγόντων. Οι προστατευτικοί παράγοντες σχεδόν πάντα αφορούν πολυσύνθετες αλληλεπιδράσεις. Ως γενικές προστατευτικές στρατηγικές είναι οι θετική αυτοεκτίμηση, κάποιοι παράγοντες προσωπικότητας (καλή αίσθηση του χιούμορ, διαπροσωπικές σχέσεις) ο ασφαλής συναισθηματικός δεσμός με έναν από τους γονείς και η παρουσία δικτύων για προσωπική στήριξη και για στήριξη σε κοινωνικό επίπεδο. Η αυτοεκτίμηση εμφανίζεται ως ο πιο σημαντικός προστατευτικός παράγοντας που ευνοεί την ικανότητα των παιδιών για επαρκείς στρατηγικές αντιμετώπισης. Στις οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή, ο στιγματισμός και η ντροπή αποδυναμώνουν αυτή την αίσθηση της αυτοεκτίμησης, δυσκολεύοντας την αντιμετώπιση των πιθανών δυσκολιών. (5)

Η δυνατότητα των παιδιών να έχουν άτομα στα οποία μπορούν να στραφούν για συναισθηματική στήριξη και βοήθεια, και η ικανότητά τους να βρίσκουν άμεσα λύσεις στα προβλήματά τους – που συχνά συνδέεται με την υποστήριξη από ενήλικες οι οποίοι ενισχύουν την αυτονομία των παιδιών και την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους για προσωπική επικοινωνία και προσεκτική ακρόαση – αποτελούν δύο σημαντικούς δείκτες για τη διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης στα παιδιά. Ανάλογα με το χρόνο εκδήλωσης και επιρροής τους, οι στρατηγικές μπορεί να είναι άμεσες, δηλαδή να εξετάζουν το πώς αντιδρά το ίδιο το παιδί κατά τη διάρκεια της συναλλαγής του με το γονέα, και μακροπρόθεσμες, δηλαδή να αφορούν τη συνθήκη μετά το τέλος μιας κρίσιμης κατάστασης και διαχρονικά. Ανάλογα με τον τρόπο εκδήλωσής τους, οι στρατηγικές μπορεί να είναι εξωτερικές ή εσωτερικές. Η δυνατότητα του παιδιού να μιλήσει σε κάποιον ή να καταφύγει κάπου όπου νιώθει ασφάλεια, η αναζήτηση βοήθεια και η υπεύθυνη ανάληψη ευθυνών από έναν ενήλικα, η ενεργητική αναζήτηση λύσεων αφορούν ορισμένους εξωτερικούς τρόπους αντιμετώπισης από τα παιδιά. Από την άλλη, η ικανότητα των παιδιών να αποκρύπτουν τις εμπειρίες τους και να αποστασιοποιούνται από τα αρνητικά βιώματα αναγνωρίζονται ως εσωτερικές στρατηγικές που είναι βοηθητικές σε ορισμένες περιπτώσεις. (5)

Απαραίτητη πάντως κρίνεται η διεξαγωγή συστηματικών μελετών, στις οποίες θα συμμετέχουν παιδιά και έφηβοι που θα μιλήσουν για τις υποκειμενικές εμπειρίες τους από την συμβίωσή τους με ένα γονέα με ψυχική διαταραχή. Οι απόψεις των παιδιών για το τι βοηθά και τι δυσκολεύει την καθημερινή τους λειτουργία είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών στήριξης στην κοινότητα. (5)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## Ψυχική διαταραχή και γονική ικανότητα

### 4.1. Γονική σχέση και ψυχική διαταραχή

Ως γονική σχέση εννοούμε μια σειρά από πραγματικούς ή συμβολικούς αποχωρισμούς. Η σχέση αυτή προϋποθέτει ευελιξία ως προς τις δράσεις και τις αντιδράσεις των γονέων. Η γονική ψυχική διαταραχή διαμορφώνει μοντέλα σχέσεων τα οποία επηρεάζουν τόσο την καθημερινότητα όσο και την μακροπρόθεσμη ανάπτυξη της οικογένειας και του κάθε μέλους της ξεχωριστά. Αυτό σημαίνει πως τα παιδιά των ψυχικά ασθενών γονέων, αργότερα γίνονται τα ίδια ενήλικοι και γονείς και πρέπει να δώσουν νόημα στις δικές τους εμπειρίες προκειμένου να βρουν το δικό τους στίγμα ως γονείς. Η γονική σχέση αφορά τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, η υπερβολική αλληλεπίδραση ενός γονέα με το παιδί του (ποσοτικό χαρακτηριστικό) μπορεί να είναι είτε θετικής φύσεως και να εκδηλώνεται ως υπερπροστασία, είτε αρνητικής και να εκδηλώνεται σαν συνεχείς επικρίσεις και τιμωρίες προς το παιδί. Η ποιοτική διάσταση της γονικής σχέσης εξηγεί κατά ένα ποσοστό και κατά πόσο αποτελεσματικά ανταποκρίνεται ένας γονέας στις ανάγκες των παιδιών του. Όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, το να εκτιμηθεί η γονική σχέση είναι μια πολύ δύσκολη υπόθεση ιδίως όταν πρέπει να εξισορροπιστούν τόσο οι ανάγκες των παιδιών όσο και των γονέων. (5)

Οι σχέσεις των γονέων με ψυχική διαταραχή με τα παιδιά τους έχουν μελετηθεί κυρίως με βάση το μοντέλο του συναισθηματικού δεσμού. Πρόκειται για ένα εσωτερικό μοντέλο διεργασίας σχέσεων με στόχο την αναζήτηση και τη διασφάλιση εμπιστοσύνης ανάμεσα στους γονείς και στα παιδιά καθώς και στην δημιουργία μιας ασφαλούς βάσης. Η εδραίωση ενός τέτοιου συναισθηματικού δεσμού απαιτεί τη δέσμευση του γονέα (μιας και τα παιδιά έχουν προτεραιότητα στις υποχωρήσεις λόγω της αναπτυξιακής τους κατάστασης), την ενασχόλησή του με το παιδί, τη συνέχεια ως προς την ταυτότητα και την συμπεριφορά του ως γονέα, την ιεράρχηση της φροντίδας και την κατανόηση των εμπειριών και των συναισθημάτων των παιδιών. Η σύνδεση της ψυχικής διαταραχής ενός γονέα με αυτή του ψυχικού δεσμού στηρίχτηκε κατ' αρχάς σε γονείς οι οποίοι είχαν βιώσει οι ίδιοι ως παιδιά απουσία στήριξης (π.χ. παιδιά που μεγάλωσαν σε ιδρυματικά πλαίσια. Οι συγκεκριμένοι γονείς νιώθουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και επιβαρύνονται περισσότερο από την φροντίδα των παιδιών. (5)

Όταν θέλουμε να αξιολογήσουμε, τη σχέση γονέα – παιδιού, βρισκόμαστε σε μια πολύ λεπτή θέση, καθώς οι μετρήσεις δεν μπορούν να στηριχθούν ούτε σε μετρήσιμες και αντικειμενικές, ούτε σε ευρέως αποδεκτές ποσοτικές μετρήσεις. Ακόμη δεν υπάρχει ούτε το θεωρητικό, ούτε το εμπειρικό υπόβαθρο για μια τέτοιου είδους αξιολόγηση και κινδυνεύουν όλες οι υποθέσεις να πέσουν θύματα πολιτισμικών και άλλου είδους

προκαταλήψεων. Οι σχέσεις γονέα – παιδιού ορίζονται ποικιλοτρόπως και επικρατεί διαφωνία ως προς το ποιοι είναι οι κεντρικοί παράγοντες αξιολόγησης τους. Οι Donald και Jureidini (2004) υποστηρίζουν πως η κεντρική διάσταση στην γονική σχέση είναι η ικανότητα του γονέα να αναγνωρίζει και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού του, δίνοντάς του προτεραιότητα έναντι των δικών του αναγκών. Η ικανότητα των γονέων, ισχυρίζονται, αφορά όχι μόνο στο πώς ασκούν τα καθήκοντά τους αλλά και τις ψυχολογικές ιδιότητες με τις οποίες τα επενδύουν. Γι' αυτό η καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση δεν είναι αυτή η οποία βοηθάει τις δεξιότητες και τις ικανότητες του γονέα, αλλά αυτή η οποία βοηθάει τους γονείς να βλέπουν τα πράγματα από την οπτική γωνία των παιδιών τους. Σύμφωνα με αυτά τα συμπεράσματα, τα ερωτήματα τα οποία πρέπει να μας απασχολήσουν είναι τα εξής: α) πόσο καλά θα μπορούσε να ανταποκριθεί ένας γονέας σε μια πιθανή ανάγκη του παιδιού του κάτω από τις καλύτερες συνθήκες; β) πόσο «δύσκολο» θεωρεί ο γονέας το συγκεκριμένο παιδί; γ) τη φύση και το πλαίσιο των περιβαλλοντικών παραγόντων που στηρίζουν την οικογένεια. (5)

Στις περιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής του γονέα είναι σημαντική η αξιολόγηση των διαθέσιμων περιθωρίων για αλλαγή που να διευκολύνει την εξέλιξη των παιδιών, καθώς οι οικογένειες διαπραγματεύονται τις νέες τους πραγματικότητες. Οι γονείς, ιδιαίτερα, χρειάζεται να έχουν τα περιθώρια να αλλάζουν τις αντιλήψεις τις οποίες έχουν για τον εαυτό τους. Αυτό βοηθά στις περιπτώσεις όπου οι αντιλήψεις αυτές θεωρούνται παγιωμένες και κυρίαρχες. Φυσικά, προκειμένου αυτή η αλλαγή να γίνει πιο ανώδυνη, είναι απαραίτητο ένα κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο το οποίο δεν αντιμετωπίζει την ψυχική διαταραχή με προκαταλήψεις και δεν διατηρεί πρακτικές στιγματισμού. Επιπλέον, τα παιδιά εξ' ορισμού βρίσκονται σε μια διεργασία αλλαγής και ανάπτυξης. Οι γονείς οι οποίοι μπορούν και παίρνουν υπόψη τους αυτό το δεδομένο, αντιδρούν καλύτερα στις αναπτυξιακές ανάγκες των παιδιών τους. Πολλές φορές βέβαια, αν και οι γονείς μπορεί να αναζητούν την συνοχή και την συνέχεια στην ανάπτυξη των παιδιών τους, να ερμηνεύουν την φυσική τους τάση για ανεξαρτησία, ως απουσία νομιμοφροσύνης. (5)

Τι συμβαίνει στη περίπτωση εκείνη κατά την οποία οι αντιδράσεις του γονέα είναι απρόβλεπτες και απροσδόκητες για το ίδιο το παιδί; Ή τι συμβαίνει όταν οι αντιδράσεις αυτές λείπουν εντελώς καθώς ο γονέας δεν εκδηλώνει κανένα ενδιαφέρον; Σε ποιο βαθμό παθολογικές αντιδράσεις εμφανίζονται περισσότερο σε οικογένειες με ψυχική διαταραχή και πώς ερμηνεύονται; (5)

Η παρουσία της ψυχικής διαταραχής μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς παρέχουν σωματική / φυσική φροντίδα. Η απουσία ενεργητικότητας, για παράδειγμα, η αδυναμία συγκέντρωσης και οι σταδιακές αλλαγές στο σύστημα πεποιθήσεων των γονέων μπορεί να τους δημιουργούν δυσπιστία για τους γύρω τους. Έτσι δυσκολεύονται να επιτρέψουν στα παιδιά τους να συμμετάσχουν σε εκδηλώσεις εκτός της οικογένειας. (5)

Ένας άλλος τομέας ο οποίος μπορεί να επηρεαστεί από την ψυχική διαταραχή είναι η αντιμετώπιση της συμπεριφοράς των παιδιών. Η φροντίδα των παιδιών χρειάζεται συναισθηματικό έλεγχο, ενέργεια, αποφασιστικότητα και συγκέντρωση προσοχής από μέρους των γονέων. Πολλοί γονείς οι οποίοι υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή νιώθουν αμφιθυμία, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, εκδηλώνουν διαταραχές σκέψης και αντίληψης ή αισθάνονται απόγνωση από τις σχέσεις τους με τα παιδιά. (5)

Πολύ συχνά ψυχικά ασθενείς γονείς δεν ανταποκρίνονται συναισθηματικά φυσιολογικά προς τα παιδιά τους. Η υπερβολική ενασχόληση με τον εαυτό τους και η ανάγκη τους για προσωπική συναισθηματική στήριξη πιθανώς εμποδίζει τους γονείς να αποδεχτούν και να αναγνωρίσουν τα αισθήματα των άλλων. Συχνά αναζητούν συναισθηματική στήριξη στα παιδιά τους αντί να τα στηρίζουν αυτοί στις αναπτυξιακές τους ανάγκες. (5)

Συχνό φαινόμενο αποτελεί πλέον η απώλεια της εμπιστοσύνης των γονέων στις ικανότητές τους ως γονείς. Τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής ενδέχεται να συνδέονται με μια αίσθηση αποτυχίας και ενοχών ως προς το γονικό ρόλο, η οποία με τη σειρά της δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο σχημάτων και πρακτικών. (5)

Σε αυτό το σημείο μπορούμε να πούμε πως όλες οι παραπάνω πρακτικές μπορεί και να χαρακτηρίζουν «υγιείς» γονείς. Και σε αυτή την περίπτωση, όπως και κάθε άλλη όπου εξετάζουμε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή ως προς την ποσοτική και την ποιοτική διάκριση μεταξύ της ανάγκης στήριξης της οικογένειας και της επαρκούς γονικής σχέσης. Σε αυτό το σημείο θα ήταν σκόπιμο να κάνουμε μια αναφορά του τι θεωρείται σε γενικές γραμμές μια επαρκή σχέση γονέα – παιδιού. Αυτή η σχέση απαιτεί επαρκή κάλυψη των εξής πέντε τομέων:

1. **Γονική πρόβλεψη και διευκόλυνση.** Η πρόβλεψη αφορά τις ανάγκες του παιδιού και την ικανότητα του γονέα να κατανοεί και να «διαβάζει» σήματα σχετικά με τις επιθυμίες ή την πιθανή δυσαρέσκεια του παιδιού (για παράδειγμα την ανάγκη για παιχνίδι). Η πρόβλεψη από την πλευρά του γονέα συντελεί στην αποφυγή πιθανών προβλημάτων συμπεριφοράς, στον αποτελεσματικό χειρισμό τους και στην έγκαιρη προετοιμασία του παιδιού για επικείμενες αλλαγές (όπως είναι η έναρξη του σχολείου, η πιθανή αλλαγή σχολείου, η μετακόμιση, η μετακίνηση, η εισαγωγή σε νοσοκομείο).
2. **Ζεστασιά και ανταπόκριση από το γονέα.** Η συναισθηματική επένδυση του γονέα στο παιδί, η κατανόηση του πώς νιώθει και του τρόπου με τον οποίο ο γονέας ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στη χαρά ή στο άγχος του, συνοδεύεται από συχνή επιδοκιμασία, θετική αναγνώριση και περιορισμένη αρνητική/ επικριτική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί.
3. **Αυτονομία του παιδιού.** Η αναγνώριση ότι το παιδί αποτελεί ένα ξεχωριστό άτομο δίνει τη δυνατότητα για διάκριση των αναγκών του γονέα από αυτές του παιδιού, και παρέχει ευκαιρίες που επιτρέπουν στο παιδί να αποκτήσει επάρκεια και να κατακτήσει σταδιακά την ανεξαρτησία του.
4. **Συνεργασία γονέα – παιδιού και ζητήματα ελέγχου.** Εδώ εμπλέκονται θέματα ορίων και λογικής επίβλεψης, η χρήση στρατηγικών που διευκολύνουν τη συνεργασία του παιδιού με το γονέα, καθώς και η επιτυχής διαπραγμάτευση αιτημάτων από την μία ή την άλλη πλευρά.
5. **Κοινές δραστηριότητες** που αφορούν είτε το μοίρασμα συμβάντων είτε συζητήσεις και αλληλεπίδραση (εκτός από δραστηριότητες που συνδέονται με ζητήματα πειθαρχίας).

## 4.2. Ψυχική διαταραχή του γονέα και χωρισμός – διαζύγιο

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως οι πιθανότητες για χωρισμό ενός γονέα ο οποίος πάσχει από ψυχική ασθένεια είναι τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερες από τις υπόλοιπες οικογένειες. Τα ευρήματα αυτά βέβαια, ερμηνεύονται ποικιλοτρόπως και δείχνουν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο και την διάγνωση. Οι άντρες για παράδειγμα φαίνεται πως επηρεάζονται περισσότερο από την ψυχική διαταραχή της συντρόφου τους. Αρχικά είναι σε θέση να κάνουν βραχυπρόθεσμες αλλαγές, αλλά σε περιπτώσεις χρονιότητας ή μακράς νοσηλείας των γυναικών τους, τείνουν να αποσύρονται, μειώνουν σημαντικά τις προσδοκίες τους και αναζητούν άλλες διεξόδους μεταξύ των οποίων και το διαζύγιο. (10)

Η αλήθεια βέβαια είναι πως δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία προκειμένου να κάνουμε μια διεξοδική ανάλυση στην ψυχική ασθένεια και την διαδικασία του γάμου και της συζυγικής ζωής. Εξάλλου με τα πολλαπλά προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει ο θεσμός του γάμου στην εποχή μας, είναι δύσκολο να ξεχωρίζουμε τους τομείς εκείνους όπου τα φυσιολογικά προβλήματα του γάμου μια ψυχική ασθένεια τα γιγαντώνει και τα κάνει αβάσταχτα για τους συντρόφους. Ίσως η διαφορά να έγκειται στο ότι οι δύο σύζυγοι χρειάζεται να μάθουν να εκπληρώνουν πολλούς ρόλους που εξαρτώνται όχι μόνο από τον κύκλο ζωής του γάμου αλλά και από την εισβολή μιας επαναλαμβανόμενης ψυχικής διαταραχής. Υπάρχουν συστηματικά ευρήματα για συζύγους οι οποίοι, ενώ αρχικά στηρίζουν τους ασθενείς συντρόφους τους, σταδιακά αναπτύσσουν χρόνια αισθήματα άγχους, λύπης και φόβου για τυχόν απώλεια ελέγχου όσον αφορά την σχέση και την τύχη της. (10)

Τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν τους επαγγελματίες υγείας έχουν κυρίως να κάνουν με δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, πιθανές διαφωνίες στα ζητήματα ανατροφής των παιδιών, δυσκολίες στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού, συγκρούσεις ρόλων και πιθανή απουσία ανεξάρτητων ή κοινών κοινωνικών δικτύων για κάθε σύντροφο ξεχωριστά.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο τρόπος με τον οποίο το κάθε μέλος της οικογένειας κατανοεί την ψυχική διαταραχή, καθώς και το νόημα της ψυχικής διαταραχής στην αναγνώριση των σχέσεων στην οικογένεια. Η ψυχική διαταραχή επαναπροσδιορίζει τον τρόπο σύνδεσης του ζευγαριού και συντελεί σε μια εκ νέου κατανόηση της προσωπικής εμπειρίας. Η θέση της ψυχικής διαταραχής μπορεί να βιώνεται ως κάτι που συνδέεται με την οικογένεια ή ως κάτι που βρίσκεται έξω από αυτήν και από το άτομο, και το οποίο είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστεί. Ένα παράδειγμα αποτελούν οι αντιλήψεις των μελών της οικογένειας. Ορισμένα μέλη θεωρούν ότι η ψυχική διαταραχή αποτελεί μια γενική περιγραφή του προβλήματος, ενώ κάποια άλλα θεωρούν ότι υπάρχουν εναλλακτικές περιγραφές του εαυτού («η μαμά είναι τρελή», «η μαμά κάποιες φορές δεν νιώθει καλά».) Η διαφορετική κατανόηση της ψυχικής διαταραχής, όπως κατανοούμε, επιτρέπει εναλλακτικούς προσδιορισμούς του εαυτού και νέα ρεπερτόρια σκέψης, πρακτικής και συναισθημάτων. (10)

Αρκετά συχνά ένα σύζυγος δυσκολεύεται να δει τον σύντροφό του ως αυτό που είναι και τον βλέπει ως έναν ασθενή. Άλλες φορές πάλι του είναι δύσκολο να παραιτηθεί από τον ρόλο του ατόμου το οποίο φροντίζει. Εκτός αυτού, σε μια συζυγική σχέση ο σύντροφος ίσως δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στις νέες πραγματικότητες που δημιουργούνται από την εμφάνιση μιας ψυχικής ασθένειας στον σύντροφό του, ιδιαίτερα



όταν η ασθένεια εμφανίζεται μετά τον γάμο. Ίσως να χρειάζεται να επεξεργαστεί ακόμη και αισθήματα απώλειας. Η έννοια της «απώλειας» φυσικά αναφέρεται στις προσωπικές διεργασίες τις οποίες χρειάζεται να κάνει το άτομο προκειμένου να συνειδητοποιήσει και να αποδεχτεί τις μόνιμες ίσως αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή και στη σχέση του. (10)

Οι στόχοι οποιασδήποτε παρέμβασης από πλευράς κάποιου επαγγελματία υγείας στη συζυγική σχέση δεν επικεντρώνεται στην αναζήτηση κάποιων «ιδανικών» σχημάτων γάμου, μιας και δεν ξέρουμε αν αυτά υφίστανται, αλλά σε μια ελάχιστη συμβιωτική σταθερότητα και στον περιορισμό του αριθμού και της σοβαρότητας των συγκρούσεων. Μια συχνή δυσκολία την οποία αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια αυτά στις σχέσεις τους, είναι να διακρίνει ο υγιής σύντροφος πότε η απρόβλεπτη συμπεριφορά του ασθενή συντρόφου του οφείλεται στην ασθένεια και πότε στην προσωπικότητά του. (10)

Το αν θα παρέμβει κάποια υπηρεσία σε περίπτωση διαζυγίου διαμορφώνονται με βάση το αίτημα του γονέα, την ψυχολογική του κατάσταση, την αναπτυξιακή κατάσταση του παιδιού, τις σχέσεις των μελών της οικογένειας μεταξύ τους και με το ευρύτερο κοινωνικό τους πλαίσιο και τις ρυθμίσεις που επιλέγουν οι γονείς για τη γονική μέριμνα. (10)

#### **4.3. Γονική ψυχική διαταραχή, ενδοοικογενειακή βία και πρακτικές κακομεταχείρισης των παιδιών**

Αν ψάξουμε να βρούμε στην επιστημονική βιβλιογραφία περιπτώσεις κατά τις οποίες να συνδέεται φανερά η σωματική κακοποίηση των παιδιών με την περίπτωση της γονική ψυχικής διαταραχής, θα βρεθούμε μάλλον προ εκπλήξεως. Η γονική ψυχική διαταραχή δεν έχει συνδεθεί φανερά μέχρι τώρα με πρακτικές σωματικής βίας. Με άλλα λόγια το ποσοστό των ψυχικά ασθενών γονέων οι οποίοι κακοποιούν τα παιδιά τους, δεν είναι υψηλότερο από το ποσοστό υγιών γονέων οι οποίοι κακοποιούν τα παιδιά τους. Δυστυχώς, όμως, οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στην σωματική κακοποίηση των παιδιών και δεν ασχολούνται με την συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση. (5) Αρκετές φορές, οι πρακτικές συναισθηματικής παραμέλησης εμφανίζονται καθώς ο γονέας προσπαθεί να αντιμετωπίσει τους περιορισμούς και τις δυσκολίες της ψυχικής διαταραχής. Κάποιοι παράγοντες οι οποίοι θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν το αν τα παιδιά υφίστανται κάποια μορφή συναισθηματικής κακοποίησης ή παραμέλησης είναι οι εξής: (12)

- Αν οι γονείς διατυπώνουν, με επίμονο και συστηματικό τρόπο, αρνητικά σχόλια για τα παιδιά, π.χ. έκφραση απόρριψης, εχθρικές απόψεις, επικρίσεις.
- Σε ποιο βαθμό οι γονείς ανταποκρίνονται συναισθηματικά στις σχέσεις τους με τα παιδιά τους (ενθάρρυνση, έπαινοι, εκδήλωση αγάπης, παροχή κινήτρων).
- Αν οι γονείς οριοθετούν την συμπεριφορά των παιδιών τους και αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους.
- Αν ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνούν οι γονείς με τα παιδιά τους προκαλεί σύγχυση, δυσκολίες κατανόησης ή ασάφειες.
- Αν οι γονείς διατυπώνουν υπερβολικές προσδοκίες ως προς την συμπεριφορά των παιδιών τους.

Υπάρχει πλήθος μελετών στην βιβλιογραφία όπου διερευνούνται οι τρόποι με τους οποίους τα παιδιά βιώνουν και ενσωματώνουν τις θετικές και τις αρνητικές

αλληλεπιδράσεις με ενηλίκους και τις εκδηλώνουν σε διάφορες μορφές συμπεριφοράς. Έτσι λοιπόν, είναι γνωστά τα εξής στοιχεία:

- Τα παιδιά που είναι μάρτυρες συγκρούσεων και βίας στην οικογένεια, χωρίς να αποτελούν τα ίδια το στόχο της βίας και των συγκρούσεων, είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν δυσκολίες.
- Τα παιδιά που υφίστανται λεκτική και όχι σωματική βία επηρεάζονται σε μικρότερο βαθμό.
- Οι συγκρούσεις μεταξύ των συζύγων και η εκδήλωση βίας συσχετίζονται με χαμηλή αυτοεικόνα και με προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Τα μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά δείχνουν αυξημένη ευαισθησία σε συγκρούσεις εκτός οικογένειας, συμμετέχουν περισσότερο σε εξωοικογενειακές διαμάχες και αποφεύγουν να εκδηλώσουν συναισθήματα στις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.
- Πέρα από τους καυγάδες και τη βία που αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες, τα παιδιά, όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αναστατώνονται ιδιαίτερα από το «παρασκήνιο» και από τι προηγείται της επιθετικής συμπεριφοράς.
- Τα μικρά παιδιά, που δεν έχουν περιθώρια διαφυγής υποφέρουν περισσότερο από τη βία στην οικογένεια. (12)

Τα παιδιά κατανοούν πολύ καλά τι ακριβώς συμβαίνει στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Επιπλέον, είναι σε θέση να αναπτύξουν και να διατηρήσουν ιδιαίτερα αποτελεσματικούς μηχανισμούς για να ανταποκριθούν στις περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας. Αυτό το συμπέρασμα έχει εξαχθεί από την μελέτη των Mullender και συνεργατών και σαν πηγές πληροφόρησής της έχει τις ίδιες τις εμπειρίες των παιδιών. (5) Με αυτόν τον τρόπο τα θεωρεί ενεργητικούς φορείς κοινωνικής δράσης και αξιόπιστους πληροφοριοδότες των εμπειριών τους. Τα παιδιά ζητούν βοήθεια πιο συχνά από έναν γονέα, που υφίσταται πρακτικές κακοποίησης και σε φίλους ή συνομηλικούς και σε μικρότερο βαθμό ή σχεδόν καθόλου από υπηρεσίες ψυχικής υγείας και φορείς κοινωνικών υπηρεσιών. (12)

Βέβαια, στην πρακτική των υπηρεσιών υγείας κάτι τέτοιο δεν γίνεται. Δηλαδή με βάση τις δικές τους μαρτυρίες οι επαγγελματίες υγείας δεν βοηθούν ιδιαίτερα τα παιδιά μιας και δεν απευθύνονται σε αυτά για να διερευνήσουν τις εμπειρίες τους. Επιπλέον, τα παιδιά αξιοποιούν ελάχιστα τις βοηθητικές για τα ίδια στρατηγικές. Η ασφάλεια των ίδιων και του γονέα που υφίσταται την ενδοοικογενειακή βία παράλληλα με την ανάγκη των παιδιών να μιλήσουν σε κάποιον αποτελούν τις βασικές προτεραιότητες, σύμφωνα με τις μαρτυρίες τους. Σε περιπτώσεις βίαιης συμπεριφοράς και χωρισμού το παιδί χάνει τους προστατευτικούς του παράγοντες (π.χ. τον άλλο γονέα), ενώ είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί από το γονέα σε διάφορα ψυχολογικά διαπροσωπικά παιχνίδια που στρέφονται στον πρώην σύντροφό του. Επιπλέον, το παιδί μπορεί να αναγκαστεί να πάρει τον ρόλο του συντρόφου για έναν γονέα ο οποίος δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του για κάποιο χρονικό διάστημα. Έτσι βρίσκεται συχνά σε ρόλο διαιτητή. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ένας γονέας εκφράζει αρνητικές απόψεις για τον/ την πρώην σύντροφό του, το παιδί αποφεύγει να μιλήσει θετικά στον ένα για τον άλλο. Με άλλα λόγια, δυσκολεύεται να διακρίνει το πραγματικό από το φανταστικό και να αποδεχτεί ότι μια διαπροσωπική σχέση έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές όψεις. (5)

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε πως ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς χειρίζονται τη βία που τους ασκείται επιδρά σημαντικά στην ψυχική υγεία των παιδιών τους. Μια μητέρα ικανή να αντισταθεί και να προστατεύσει το παιδί και τον εαυτό της δίνει, μεταξύ άλλων, στο παιδί την δυνατότητα να κατανοήσει ότι η βία είναι κάτι που πρέπει να σταματήσει και ότι έχει το δικαίωμα να μην εκτίθεται σε αυτήν. Αντίθετα, στην περίπτωση ενός γονέα (συνήθως της μητέρας) που βιώνει τη βία για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς περιθώρια διαφυγής, το παιδί δυσκολεύεται να κατανοήσει αν έχει το δικαίωμα να αντιταχθεί στις εκδηλώσεις βίας που συμβαίνουν γύρω του.

#### **4.4. Επίπεδο λειτουργικότητας των παιδιών με ψυχικά ασθενείς**

Η γονική ψυχική διαταραχή δεν συνδέεται κατ' ανάγκη με την εμφάνιση ψυχιατρικών προβλημάτων και στα παιδιά της οικογένειας. Αποτελεί ωστόσο μια σύνθετη κατάσταση η οποία μπορεί να δράσει ανασταλτικά ή επιζήμια στην ανάπτυξη του παιδιού.

Το να επισημανθούν οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής ενός γονέα στα παιδιά του δεν είναι μια απλή υπόθεση. Χρειάζεται συστηματική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με τους γονείς και τα παιδιά τους. Πολύ συχνά οι ειδικοί δεν είναι σε θέση να ξεχωρίσουν τι βοηθά και τι είναι επιζήμιο για τα παιδιά μιας και η σύνδεσή τους με τις οικογένειες είναι βραχύχρονη και ευκαιριακή. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπου οι γονείς αναγνωρίζουν έγκαιρα τους περιορισμούς που έχουν στην σχέση με τα παιδιά τους λόγω της ψυχικής τους διαταραχής, είναι δυνατόν να τα βοηθήσουν μέσα από μια διαδικασία ενδυνάμωσης. Σε αυτή την περίπτωση ο γονέας ενθαρρύνει το παιδί να στραφεί σε άλλους ενήλικες οι οποίοι μπορούν να το βοηθήσουν. Οι γονείς είναι σε θέση να καταλάβουν πώς τα προβλήματα των παιδιών τους σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την δική τους έλλειψη κινήτρων, με τους επαναλαμβανόμενους πραγματικούς (σε περίπτωση νοσηλείας) ή συμβολικούς αποχωρισμούς, καθώς και με την παροδική έκθεση των παιδιών σε απρόβλεπτο περιβάλλον. Παρά τις δυσκολίες, είναι δυνατόν να δημιουργήσουν οι γονείς μια σχέση συναισθηματικού δεσμού που να επιτρέπει στα παιδιά τους να κινηθούν αυτόνομα και θετικά. (18)

Κατά συνέπεια, η ικανότητα του γονέα να επιτρέπει αρκετή ψυχολογική απόσταση ανάμεσα στον ίδιο και στο παιδί του αναδεικνύεται κεντρικής σημασίας. Ο παράγοντας αυτός με τη σειρά του δίνει στο παιδί τη δυνατότητα να κινηθεί προς σημαντικές και συμπληρωματικές μορφές στήριξης, όπως είναι ο άλλος γονέας, ένα συγγενικό πρόσωπο ή ένα άτομο εκτός της οικογένειας. (18)

Η έννοια της επάρκειας των παιδιών καθώς και πολλές έρευνες σχετικά με τους επιβαρυντικούς και τους προστατευτικούς παράγοντες για τα παιδιά, μας έχουν προσφέρει αρκετή γνώση σχετικά με το τι βοηθά και τι όχι στην περίπτωση κατά την οποία τα παιδιά έχουν έναν ψυχικά ασθενή γονέα. Αυτές οι μελέτες έχουν δημιουργήσει έναν μύθο. Τον μύθο των «παιδιών του Ονείρου» και των «παιδιών που δεν λυγίζουν». Αυτά τα παιδιά, τα παιδιά – ήρωες, τα βγάζουν πέρα κάτω από οποιεσδήποτε περιστάσεις και, παρά τις αντιξοότητες, επιβιώνουν και ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε όλους τους τομείς της λειτουργικότητας (κοινωνική, γνωστικό και συναισθηματικό πεδίο). (18)

Τρεις βασικοί παράγοντες επισημάνθηκαν για την δημιουργία αυτών των παιδιών – ηρώων:

- i. Μια μητέρα η οποία είναι αφοσιωμένη και προσπαθεί με χίλιους τρόπους να προφυλάξει το παιδί της από τις αντιξοότητες και τις δυσκολίες,
- ii. Σε εγγενή χαρακτηριστικά, που επιτρέπουν στο παιδί να αντέχει στις αντίξοες συνθήκες ή
- iii. Βοηθητικά αποθέματα τα οποία ανέπτυξαν παιδιά τα οποία αρχικά ήταν ευάλωτα και έτσι σταδιακά πέτυχαν την ενδυνάμωσή τους και υπερνίκησαν της δυσκολίες τους.

Βέβαια, θα είναι λάθος να θεωρήσουμε πως υπάρχουν άτρωτα παιδιά. Όλα τα παιδιά, ακόμη και αυτά τα οποία δείχνουν να τα καταφέρνουν αρκετά καλά, μπορεί σε κάποια στιγμή της ζωής τους να δυσκολευτούν να χρησιμοποιήσουν επαρκώς τις δυνατότητες που τους προσφέρουν οι σχέσεις τους. (18)

Σε μια αναδρομική μελέτη που πραγματοποίησε η Δρ. Dunn σε παιδιά τα οποία είχαν τουλάχιστον έναν γονέα με ψυχική διαταραχή (συνήθως μητέρα), συνοψίζονται τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν τα παιδιά σε οικογένειες όπου ο ένας γονέας παρουσιάζει ψυχική διαταραχή. Οι εμπειρίες συναισθηματικής παραμέλησης και κακοποίησης, η απομόνωση, η ενοχή και τα δίλημματα νομιμοφροσύνης, η δυσαρέσκεια από τις προσφερόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και από τα διαθέσιμα υποστηρικτικά δίκτυα μονοπώλησαν τις συνεντεύξεις των ενηλίκων ατόμων, που ως παιδιά είχαν μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον με γονική ψυχική διαταραχή. Τα παιδιά χρειάζεται συχνά να αναλάβουν ρόλους υπευθυνότητας και φροντίδας για τον ασθενή γονέα και πιθανώς για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Συνήθως, όταν η μητέρα εμφανίζει ψυχική διαταραχή, ο πατέρας δεν είναι διαθέσιμος και δεν προστατεύει το παιδί. Η ταυτόχρονη απομόνωση από τους συνομηλίκους, τα συναισθήματα αποξένωσης από την γειτονιά και η σύγχυση όσον αφορά την εμπειρία αναλόγων συναισθημάτων συνδέονται με την έλλειψη εξηγήσεων προς τα παιδιά για το τι συμβαίνει στην πραγματικότητα στην οικογένειά τους. Η δύσκολη συμπεριφορά του γονέα λόγω της ψυχικής διαταραχής παραμένει απροσδιόριστη και ανεξήγητη, και δημιουργεί στα παιδιά μια αίσθηση σύγχυσης ως προς την αποκωδικοποίηση της δικής τους πραγματικότητας και μια αίσθηση απομόνωσης ως προς την ίδια την οικογένεια. Αυτά συμβαίνουν παράλληλα με την ανάγκη τους να εμπιστεύονται τους γονείς τους και να έχουν το δικαίωμα να νοιάζονται και να ανησυχούν για αυτούς. (5)

Τα παιδιά, επίσης, αναφέρουν έντονα συναισθήματα ενοχής για τις συνθήκες στις οποίες μεγαλώνουν, συνθήκες που καλλιεργούν και επιτείνουν οι επαγγελματίες με τους οποίους συνεργάζονται. Ο ακατάλληλος τρόπος με τον οποίο ορισμένες υπηρεσίες χειρίζονται τα θέματα επιμέλειας του παιδιού και διασφάλισης των αναγκών του επιβαρύνει την κατάσταση. Ένα σημαντικό βοηθητικό πλαίσιο είναι τα διαθέσιμα υποστηρικτικά δίκτυα. Συνήθως πρόκειται για παππούδες, φίλους της οικογένειας, εκπαιδευτικούς ή γείτονες, που δίνουν στα παιδιά τη δυνατότητα για έλεγχο της πραγματικότητας και αποτελούν ένα διακριτό όριο μεταξύ της, συχνά χαοτικής κατάστασης στην οικογένεια και του εκτός οικογένειας περιβάλλοντος. (5)

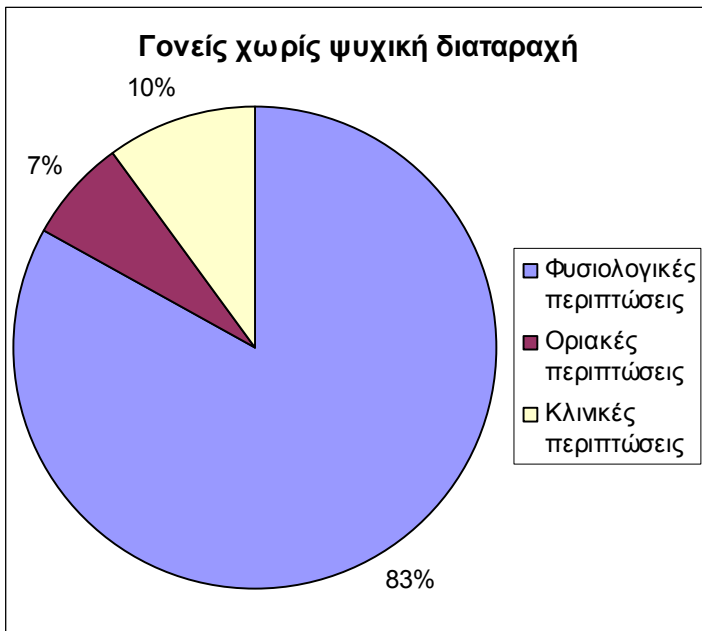
Ζώντας σε ένα περιβάλλον που τους δημιουργεί δυσκολίες, τα παιδιά επιλέγουν να αντιδράσουν με διάφορους τρόπους. Συχνά αντικαθιστούν την απουσία της πραγματικότητας, με έναν εσωτερικό φανταστικό κόσμο. Ή προσπαθούν να κατανοήσουν τι συμβαίνει και να δημιουργήσουν εκείνες τις αναπαραστάσεις που τα

συνδέουν με την ψυχική διαταραχή του γονέα. Άλλοτε πάλι υιοθετούν κάποια «απόσταση» ανάμεσα στα ίδια και στα συμπτώματα του γονέα. (5)

Τα παιδιά χρειάζονται πληροφορίες τόσο για την μορφή της ασθένειας του γονέα, την συμπτωματολογία της αλλά και την πρόγνωσή της. Οι γονείς επίσης επιθυμούν τα παιδιά να είναι ενήμερα έτσι ώστε να μην έχουν οι ίδιοι το άγχος του πως θα ενημερώνουν συνεχώς τα παιδιά τους και αν θα γίνονται πιστευτοί. Όλα τα μέλη της στενής αλλά και της ευρύτερης οικογένειας πρέπει να είναι ενήμερα πλήρως για την ασθένεια του γονέα έτσι ώστε να αντιδράσουν σωστά σε μια περίπτωση κρίσης και νοσηλείας του.

**Γραφήματα που συγκρίνουν το επίπεδο λειτουργικότητας παιδιών που μεγαλώνουν σε υγιείς οικογένειες και παιδιών που μεγαλώνουν σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή. (18)**

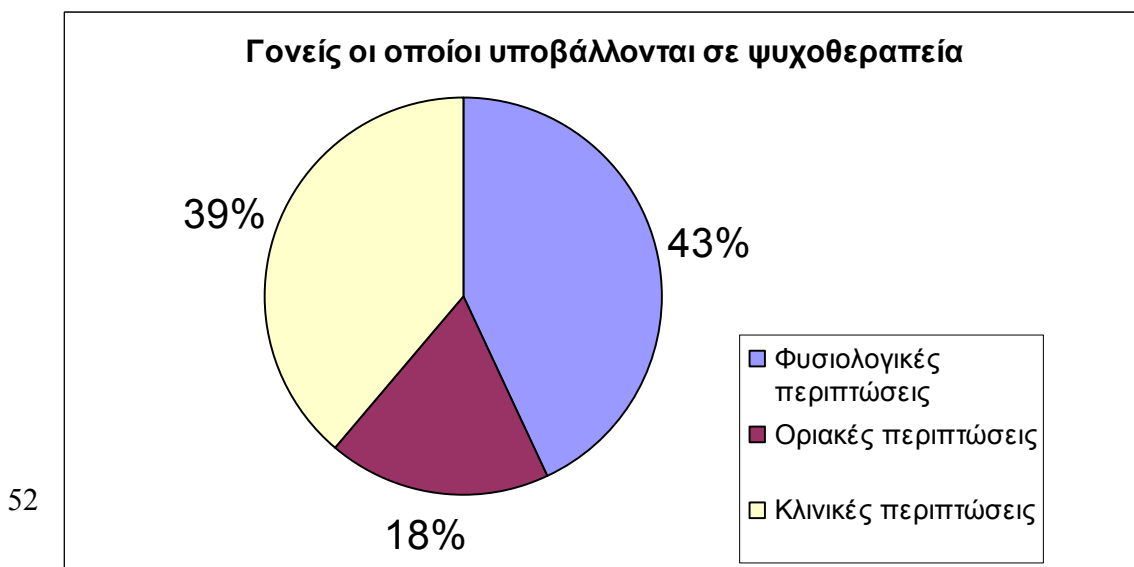
**Γράφημα 1.**



**Γράφημα 2.**



**Γράφημα 3.**



Υπάρχουν επίσης και κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά, οι οποίοι όμως δεν είναι και τόσο υποβοηθητικές. Μερικές από αυτές είναι μηχανισμοί άμυνας όπως η απομόνωση του συναισθήματος, η απώθηση, η εξωτερίκευση, η εκλογίκευση και η ορθολογικοποίηση. Χρησιμοποιώντας τους παραπάνω μηχανισμούς, τα παιδιά δυσκολεύονται να αναπτύξουν σχέσεις οικειότητας με τους γονείς τους, αλλά και να συνδεθούν με τους συντρόφους και τους φίλους τους καθώς μεγαλώνουν. Συχνά διακόπτουν τις κοινωνικές τους σχέσεις, όταν αισθανθούν ότι μπορεί να υπάρξει μεγαλύτερη προσέγγιση και οικειότητα.

Οι επιδράσεις της ψυχικής διαταραχής στο ρόλο του ενήλικα ως γονέα προσδιορίζονται με πολλούς τρόπους: οι ψυχική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει τις ικανότητες και τις αντιλήψεις των γονέων, τον έλεγχο των συναισθημάτων, τις πρακτικές ανατροφής των παιδιών (με τη μορφή της συναισθηματικής και κυρίως της σωματικής παραμέλησης), το συναισθηματικό δεσμό γονέα – παιδιού και την ίδια τη σχέση με τις συχνές συνθήκες αποχωρισμού του γονέα από το παιδί (κατά την περίοδο νοσηλείας). Για τις αντιλήψεις των γονέων, για παράδειγμα, υπάρχουν δεδομένα ότι οι γονείς με διάγνωση κατάθλιψη θεωρούν τον εαυτό τους ανεπαρκή. Αναγνωρίζουν πολλά προβλήματα στα παιδιά τους και η άποψή τους για αυτά κυμαίνονται στα άκρα, από το ότι είναι οι πηγές όλων των προβλημάτων τους, μέχρι και ότι είναι η μοναδική πηγή της χαράς τους.

Βέβαια, πέρα από την επίδραση της ψυχικής ασθένειας στην γονεϊκότητα, υπάρχουν και κοινωνικές συνέπειες. Οι συνέπειες αυτές, τις περισσότερες φορές, είναι μεταγενέστερες της ψυχικής διαταραχής και αποτελέσματά της. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως μια τέτοια κοινωνική δυσλειτουργία προϋπήρχε και η ψυχική διαταραχή αποτελεί ένα αποτέλεσμα αυτής της αφόρητης κατάστασης την οποία ζούσε ο γονέας. Τρεις είναι οι κύριες περιοχές που μελετώνται περισσότερο:

- i. Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στην καθημερινή ποιότητα ζωής της οικογένειας (οικονομικές δυσκολίες που οξύνονται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις διαζυγίου – χωρισμού, δυσκολία στη διατήρηση της επαγγελματικής κατάστασης, συγκρούσεις στο νοικοκυριό, χαμηλό βιοτικό επίπεδο),
- ii. Σταδιακή απώλεια φίλων και οικογενειακής στήριξης, και
- iii. Η δυσλειτουργία και η διακοπή των οικογενειακών σχέσεων, με τη συχνά δύσκολη καθημερινότητα μεταξύ των μελών της οικογένειας.

#### **4.5. Επίδραση της ψυχικής διαταραχής στις σχέσεις γονέων – παιδιών**

Οι εμπειρίες των παιδιών καθορίζονται από:

- 1. Τη φύση, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της διαταραχής.** Η εισβολή της διαταραχής στη γονική λειτουργικότητα και στη σχέση γονέα – παιδιού, δυναμικά παρεμποδίζει την ανταπόκριση του γονέα στις ανάγκες του παιδιού ( για παράδειγμα, ένας γονέας μπορεί να έχει παραισθήσεις αλλά να ανταποκρίνεται επαρκώς, ενώ ένας γονέας που πάσχει από άγχος και αγοραφοβία ενδέχεται να κρατά το παιδί στο σπίτι και να μην το

στέλνει στο σχολείο). Η δυνατότητα τροποποίησης των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς του γονέα, παρά την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, περιορίζει σημαντικά τις αρνητικές αλληλεπιδράσεις του με το παιδί του. Μια μητέρα με κατάθλιψη, για παράδειγμα, από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι επικρίνει διαρκώς το παιδί της, μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των επικριτικών σχολίων της. Ή ένας γονέας μπορεί να κινητοποιεί γνωστικά το παιδί του και να μεριμνά για τη σωματική του υγεία, αλλά να μην είναι σε θέση να ανταποκριθεί συναισθηματικά στις ανάγκες του. Όσον αφορά το μοντέλο της διαταραχής, μια μορφή χρόνιας ψυχικής διαταραχής, που δύσκολα υποχωρεί, επηρεάζει σημαντικά περισσότερο από ότι ένα μόνο επεισόδιο. Ο γονέας ο οποίος υποφέρει από χρόνια κατάθλιψη μέτρια σοβαρότητας επηρεάζει δυσμενέστερα το παιδί του συγκριτικά με το γονέα που έχει εκδηλώσει ένα περιορισμένης διάρκειας, οξύ ψυχωσικό επεισόδιο. Ο χρόνος εκδήλωσης και η διάρκεια της ψυχικής διαταραχής καθορίζουν επίσης τις εμπειρίες των παιδιών. Οι γονείς που ταλαιπωρούνται από την γέννηση του παιδιού τους δυσκολεύονται περισσότερο να ανταποκριθούν στις ανάγκες του. (5)

2. **Την εμπλοκή και την έκθεση του παιδιού στα συμπτώματα της γονικής ψυχικής διαταραχής.** Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω της αδυναμίας του γονέα να διακρίνει τις ανάγκες του από αυτές του παιδιού. Για παράδειγμα, η ενσωμάτωση του παιδιού στον παραληρηματικό τρόπο σκέψης του γονέα επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική υγεία του πρώτου· το ίδιο ισχύει και για την έκθεση του παιδιού στην διαταραγμένη συμπεριφορά του γονέα. (5)
3. **Εναλλαγές στον γονικό ρόλο.** Οι ευθύνες και ο ρόλος του γονέα αλλάζουν σε περίπτωση γονικής ψυχικής διαταραχής. Εν προκειμένω καλό είναι το παιδί να συζητά αυτές τις εμπειρίες του, που προκύπτουν από τις αλλαγές των γονικών πρακτικών, όταν ο γονέας αισθάνεται καλά ή, αντίθετα, όταν αρχίζει να νιώθει άσχημα. (5)
4. **Εναλλαγές σε οικογενειακές πρακτικές ρουτίνας ή λειτουργίας.** Τα παιδιά ενδέχεται να πρέπει να αναλάβουν την αποκλειστική ευθύνη για ορισμένες ρουτίνες (πρακτικές δουλειές όπως ψώνια) ή να νιώθουν συνεχώς συναισθηματική δέσμευση (στεναχώρια για τον ασθενή γονέα). Η επίδραση της νοσηλείας του γονέα και η παρουσία άλλων ατόμων στην οικογένεια παίζουν σημαντικό ρόλο. (5)
5. **Τις επιδράσεις της γονικής θεραπείας.** Αυτές αφορούν επιδράσεις από την φαρμακοθεραπεία (μείωση της ενεργητικότητας, λήθαργος, αίσθηση κόπωσης, ελλιπής εγρήγορση σε περιπτώσεις κινδύνου, μη συναισθηματική ανταπόκριση) και από την ψυχοθεραπεία στην οποία πιθανώς υποβάλλεται ο γονέας (ανάδυση δύσκολων και επίπονων εμπειριών του παρελθόντος που προσωρινά προκαλούν επιδείνωση), καθώς και ζητήματα που αναγνωρίζονται ως απουσία συμμόρφωσης στην προτεινόμενη θεραπευτική προσέγγιση. (5)

Η σχέση του γονέα με το παιδί εγγράφεται σε ένα ευρύτερο πλέγμα στην κοινότητα, και ο στιγματισμός ενός γονέα ως ανεπαρκή είναι αναποτελεσματικός. Διάφορες αναδρομικές μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά θέλουν κατά περιόδους να

φροντίζουν τους γονείς τους. Εκείνο όμως που τα δυσκολεύει ιδιαίτερα είναι η αδυναμία του να κατανοήσουν την ψυχική διαταραχή και τις επιπτώσεις της στις σχέσεις τους με τους γονείς. Γι' αυτό και οι επαγγελματίες οι οποίοι συνεργάζονται με τους γονείς και τα παιδιά χρειάζεται να εξηγούν στα παιδιά τι ακριβώς συμβαίνει με «την μαμά ή τον μπαμπά». (5)

Όπως ίσως γίνεται αντιληπτό είναι δύσκολο να προσδιορίσει κανείς το «φυσιολογικό» βαθμό εμπλοκής ενός παιδιού στο νοικοκυριό στα καθήκοντα του σπιτιού και στη φροντίδα του εαυτού του ή και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Οι έννοιες της φροντίδας, της διασφάλισης της ασφάλειας και της προστασίας στην οικογενειακή ζωή συνδέονται κατά πολύ με το ιστορικό και κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς. Τα παιδιά λοιπόν τα οποία μεγαλώνουν με έναν γονέα με ψυχική διαταραχή δεν επιβαρύνονται απαραίτητα από την φροντίδα του. Η ανησυχία τους για την υγεία των γονέων τους δεν χρειάζεται να αποτελεί αφορμή για την απομάκρυνσή τους από φόβο μήπως επιβαρυνθούν τα ίδια. Τα παιδιά επιθυμούν και μπορούν να είναι κοντά στους γονείς. Αυτό δεν τα εμποδίζει να προετοιμάζουν ταυτόχρονα την αυτονόμησή τους. Έχουν κάθε δικαίωμα να επιλέγουν να βρίσκονται κοντά στο γονέα αρκεί να έχουν κατανοήσει τι ακριβώς συμβαίνει στην οικογένεια και να μπορούν να αναζητούν βοήθεια όποτε νιώθουν πως την χρειάζονται. Εξάλλου, η φροντίδα των άλλων, όπως και του εαυτού μας, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη της προσωπικής μας ταυτότητας. (5)

Ίσως το χειρότερο που μπορεί να συμβεί σε ένα παιδί το οποίο μεγαλώνει σε μια οικογένεια με γονική διαταραχή, είναι η μειωμένη ανάπτυξη. Αυτή η καθυστέρηση στην ανάπτυξη μπορεί να συμβεί είτε στην διανοητική και συναισθηματική εξέλιξη, είτε και στην κοινωνική. Παρακάτω θα δούμε μερικούς επιβαρυντικούς παράγοντες οι οποίοι ευνοούν μια τέτοια άσχημη κατάσταση.

#### **4.6. Επιβαρυντικοί παράγοντες στην ανάπτυξη των παιδιών**

Σε μια πρόσφατη έρευνα που έγινε σχετικά με την ψυχο-παθολογία μεταξύ των παιδιών και μιας καταθλιπτικής μητέρας ο *Goodman & Gotlib (1999)*, όρισαν ένα μοντέλο το οποίο αν και επικεντρώνεται στο ρίσκο των μικρών επιπτώσεων, παρέχει ένα πρόγραμμα που ερευνά μαζί το ρίσκο και την ευπάθεια των παιδιών με γονείς με ψυχικές ασθένειες. (13)

Βασισμένοι σε ήδη υπάρχοντα αρχεία, ο *Goodman & Gotlib (1999)*, διάνοιξαν οδούς μεταξύ διάγνωσης των γονέων με κατάθλιψη και τις επιπτώσεις τους στα παιδιά οι οποίες εμπεριέχουν πολλαπλές μεθόδους. Ειδικότερα, προτείνουν ότι η γονική κατάθλιψη σχετίζεται με μηχανισμούς οι οποίοι είναι αποτέλεσμα της γονικής κατάθλιψης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να είναι τρωτό. (13)

Οι *Nicholson, Biebel, Kinden, Henry, και Stier (2001)*, δείχνουν ότι η παρουσία μιας γονικής ψυχικής ασθένειας δεν αποτελεί από μόνη της παράγοντα που επιφέρει επιπτώσεις στα παιδιά, αλλά είναι η αλληλεπίδραση της ψυχικής ασθένειας με μεταβλητές που αυξάνουν τους παράγοντες των επιπτώσεων στα παιδιά. Για παράδειγμα, γονείς με ψυχικές ασθένειες συχνά βιώνουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, που περιλαμβάνουν δυσκολίες στα συζυγικά καθήκοντα και διαζύγια, κοινωνική απομόνωση και stress λόγω οικονομικών δυσχερειών. Συνεπώς, οικογένειες οι οποίες επηρεάζονται



από τις ψυχικές ασθένειες των γονέων είναι διαφορετικού βαθμού σε κάθε μια από αυτές, αφού κάθε γονιός πάσχει από διάφορες μορφές ψυχικής ασθένειας, (βαθμός, σοβαρότητα και χρονική διάρκεια) και με αυτές προϋποθέσεις τα παιδιά θα λάβουν διαφορετική με την κάθε περίπτωση φροντίδα και υποστήριξη. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι κάποιες μεταβλητές που δεν μπορούν να αξιολογηθούν, μπορούν να λειτουργήσουν ως παράγοντες που θα επηρεάσουν επιπτώσεις στα παιδιά περιλαμβάνοντας την έκθεσή στην βία στο σπίτι ή σε γονείς με διπλή διάγνωση ψυχικής ασθένειας με εθισμό στα ναρκωτικά ή στο αλκοόλ. (18)

Οι ψυχικές ασθένειες των γονέων παρουσιάζουν ένα μεγάλο κίνδυνο για τα παιδιά. Αυτά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες και είναι πιο ευπαθή από άλλα παιδιά. Όταν μάλιστα και οι δυο γονείς πάσχουν ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος στο να νοσήσει και το παιδί. Ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα μεγάλος όταν ο γονιός έχει μια από παρακάτω ασθένειες: διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη), αγχωτικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, αλκοολισμό, εθισμό σε ναρκωτικά και κατάθλιψη. Υπάρχει μεγάλος δείκτης κληρονομικότητας από γενιά σε γενιά. Επίσης, ένα ασταθές και αφιλόξενο οικογενειακό περιβάλλον συνιστά στην εμφάνιση ψυχικής διαταραχής στα παιδιά. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να στρεσάρει τον γάμο και να επηρεάσει τις γονικές ικανότητες του ζευγαριού που με τη σειρά όπως μπορούν να βλάψουν το παιδί. (18)

Μερικοί προστατευτικοί και θετικοί παράγοντες που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο όπως ευπάθειας των παιδιών είναι:

- Γνώση της κατάστασης και της ασθένειας του γονιού χωρίς αισθήματα ενοχής
- Βοήθεια και υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον
- Ένα σταθερό και ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον
- Εφαρμογή ψυχοθεραπείας και στα παιδιά και στους γονείς
- Το αίσθημα αγάπης και φροντίδας από τον άρρωστο γονιό
- Μια φυσική, σταθερή και χαρούμενη προσωπικότητα παιδιού
- Θετικός αυτοσεβασμός
- Εσωτερική δύναμη και επαρκής ικανότητες συνεργασίας με το παιδί
- Μια δυνατή σχέση για μια υγιή εφηβεία
- Ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και θετικές διαπροσωπικές σχέσεις
- Ενδιαφέρον και επιτυχία στο σχολείο
- Υγιή ενδιαφέροντα εκτός σπιτιού για το παιδί
- Βοήθεια εκτός οικογενειακών μελών για την βελτίωση του οικογενειακού περιβάλλοντος (συζυγική ψυχοθεραπεία και παρακολούθηση μαθημάτων από τους γονείς) (22)

Ο παρακάτω πίνακας (πίνακας 6) έχει πιο αναλυτικά επιβαρυντικούς και προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών.

**Πίνακας 6.**  
**Επιβαρυντικοί και προστατευτικοί παράγοντες για τα παιδιά**

<b>ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ</b>	<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ</b>	<b>ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ</b>
<b>Ατομικοί παράγοντες</b>		
Μικρότερη	<b>Ηλικία του παιδιού</b>	Μεγαλύτερη
Αγόρι	<b>Φύλο</b>	Κορίτσι
Γενικές ή ειδικές μαθησιακές δυσκολίες	<b>Ανάπτυξη (γλώσσα και γνωστικές ικανότητες)</b>	Επαρκείς γλωσσικές και γνωστικές ικανότητες
Χρόνια σωματική ασθένεια, αναπηρία	<b>Σωματική υγεία</b>	Καλή κατάσταση υγείας
Προδιάθεση για ψυχική διαταραχή	<b>Γενετικοί</b>	Έλλειψη προδιάθεσης
«δύσκολο»	<b>Ταμπεραμέντο</b>	«εύκολο»
Διαφορά, μειονότητα	<b>Εθνότητα</b>	Κυρίαρχη ομάδα
<b>Τρέχουσες συνθήκες</b>		
Δύσκολες, ασύμφωνες	<b>Σχέσεις γονέα - παιδιού</b>	Καλές αμοιβαίες
Χαλαρή, σκληρή, απουσία ελέγχου, παραμέληση, κακοποίηση	<b>Γονικές πρακτικές</b>	Θετική συνεργασία, έλεγχος, αλληλεπιδράσεις
Συννοσηρότητα, και οι δύο γονείς ασθενείς, ένας γονέας μόνος	<b>Γονική ψυχική υγεία</b>	Καλή ψυχική υγεία του άλλου γονέα
Απούσες, αταίριαστες, καταπιεστικές	<b>Σχέσεις με αδέρφια και συνομηλίκους</b>	Καλές και υποστηρικτικές
Οικονομικές δυσκολίες	<b>Κοινωνικοοικονομική κατάσταση</b>	Οικονομική ασφάλεια
Πυκνότητα, απαράδεκτες συνθήκες υγιεινής	<b>Στέγαση και συμβίωση</b>	Καλή, ευρύχωρη
Χαμηλό ήθος, μικρή υποστήριξη, θυματοποίηση, τιμωρίες	<b>Σχολείο</b>	Καλό σχολικό ήθος, υποστήριξη
Απουσία στήριξης, αντικοινωνικές επιρροές	<b>Κοινότητα</b>	Στήριξη, παροχή δραστηριοτήτων
<b>Γεγονότα ζωής</b>		
Απώλεια, αρνητικές εμπειρίες	<b>Γεγονότα και εμπειρίες</b>	Θετικά γεγονότα, αναγνώριση επιτευγμάτων

## 4.7. Άλλοι παράγοντες

### Γενετικοί Παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει καθαρά ότι συγκεκριμένες ψυχικές ασθένειες είναι κληρονομικές. Μπορεί να υπάρξει και κάποια συγκεκριμένη μεταβίβαση της ασθένειας από τους γονείς στα παιδιά. Έτσι, παιδιά με καταθλιπτικούς γονείς είναι πιθανότερο να υιοθετήσουν και αυτά κατάθλιψη παρά κάποια άλλη διαταραχή, ενώ παιδιά με γονείς με συναισθηματικές διαταραχές θα υιοθετήσουν συναισθηματικές διαταραχές και τέλος παιδιά με γονείς που έχουν και τις δυο θα τις υιοθετήσουν και τις δυο. (13)

Ωστόσο, όσο ισχυρή και αν είναι η επικράτηση της διάγνωσης δεν αποδεικνύει την κληρονομικότητα της ψυχικής ασθένειας. Το ρίσκο για την διάγνωση μεταξύ των παιδιών μπορεί να είναι αποτέλεσμα στρεσογόνου ή διασπαστικού περιβάλλοντος δυνητικά φτιαγμένο από την ασθένεια του γονέα, του παιδιού, ή από πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες που προκύπτουν με την ψυχιατρική διάγνωση και στους ενήλικες και στα παιδιά. Γι' αυτό, στρατηγικές μελετών που μπορούν να διακρίνουν τις επιρροές μεταξύ γενετικής και περιβάλλοντος, είναι απαραίτητο να κατανοήσουν τον πρωταρχικό ρόλο αυτών των δύο παραγόντων. Πρόσφατες μελέτες άρχισαν να υιοθετούν αυτές τις δυο παραμέτρους. (13)

Οι έρευνες που έχουν γίνει πάνω σε δίδυμα και σε υιοθετημένα παιδιά αποδίδουν ένα μοναδικό ρόλο στην κληρονομικότητα και την μεταβίβαση μιας ψυχικής ασθένειας από τον γονιό στο παιδί. Οι μελέτες σε μονοζυγωτικά δίδυμα που μοιράζονται πανομοιότυπη γενετική κατασκευή δείχνουν σημαντική αύξηση για σχιζοφρένεια και αγχωτικές διαταραχές, απ' ότι τα διζυγωτικά δίδυμα που δεν μοιράζονται τίποτε παραπάνω από γενετικές ομοιότητες από τους συγγενείς εξ' αίματος. Από την άλλη πλευρά, οι έρευνες που έχουν γίνει πάνω σε υιοθετημένα παιδιά αποκαλύπτουν ότι, παιδιά με γονείς με σχιζοφρένεια και αντικοινωνική συμπεριφορά είναι πιθανό να εμφανίσουν τις ίδιες αυτές διαταραχές σε αντίθεση με παιδιά που οι γονείς τους δεν είχαν καμία τέτοιου είδους ψυχική διαταραχή. Παρ' όλα αυτά μια σημαντική μελέτη που έγινε στην Φινλανδία, έδειξε ότι ο κίνδυνος για να παρουσιάσει κάποιος σχιζοφρένεια μπορεί να είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικής προδιάθεσης και δύσκολο περιβάλλον από μεριά της οικογένειας που υιοθετεί. (13)

Χρησιμοποιώντας μια συμπληρωματική στρατηγική διερεύνησης του θέματος ο *Todd (1996)*, εξέτασε πολλές οικογένειες με ενήλικους με συναισθηματικές διαταραχές. Έτσι, ανακάλυψε ότι ο κίνδυνος διάγνωσης κάποιας συναισθηματικής διαταραχής ήταν μεγαλύτερος στους συγγενείς του πρώτου βαθμού και τους απογόνους σε σύγκριση με του δευτέρου ή και χαμηλότερου βαθμού συγγένειας. Τέλος, ανακάλυψαν ότι η διπολική διαταραχή δίνει μεγαλύτερο βαθμό κληρονομικότητας απ' ότι η μονοπολική διαταραχή.

### Βιολογικοί Παράγοντες

Υπάρχει τελευταία μια άποψη η οποία όλο και μεγαλώνει ότι παιδιά με γονείς με ψυχικές ασθένειες αποτελούν σημαντικό κίνδυνο για να τις κληρονομήσουν κατά την γέννηση τους. Βρέφη με μητέρες με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένο κίνδυνο στο να

υποστούν εμβρυϊκό ή νεογνικό θάνατο, και ακόμα μεγαλύτερο σε αρνητικές επιπτώσεις που είναι αποτέλεσμα μαιευτικής επιπλοκής. Παρ' ομοίως, βρέφη με μητέρες που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν δείξει μεγαλύτερες επιπλοκές κατά την γέννηση, χαμηλή βαθμολογία κατά Apgar, μειωμένη τονικότητα μυών και μειωμένη αυτοκαθησυχαστική ικανότητα. Ακόμα, οι ψυχιατρικές διαγνώσεις σχετίζονται με βιοχημικές δυσλειτουργίες. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν την πιθανότητα ότι μια μητρική δυσλειτουργία ή οι παρενέργειες της κατά την διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει την λειτουργία των νευροενδοκρινών αδένων στα βρέφη. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να σχετίζεται με συναισθηματικές λειτουργίες και τρόπους συμπεριφοράς κατά την διάρκεια της νηπιακής ηλικίας που μπορεί έτσι να οδηγήσει σε αύξηση, αργότερα, συναισθηματικών και τρόπων συμπεριφοράς προβλημάτων. Για παράδειγμα, μελέτες που έχουν γίνει σε εγκύους γυναίκες με κατάθλιψη έχουν βρεθεί ότι, τα επίπεδα των ορμονών που σχετίζονται με την κατάθλιψη και το stress, είναι αυξημένα σε μη φυσιολογικά επίπεδα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αναφέρεται επίσης από μια άλλη μελέτη ότι, υπήρχε μια μεγάλη διαφορά στα εμβρυϊκά επίπεδα σε μια από τις ορμόνες και συγκεκριμένα την κορτιζόλη, η οποία εξηγούνταν από τα μητρικά επίπεδα σε διάστημα 20 με 36 εβδομάδες κύησης. Γι' αυτό και τα επίπεδα της μητρικής κορτιζόλης σχετίζονται με τα εμβρυϊκά. Παρ' όλα αυτά όμως, οι *Goodman & Gotlib (1999)*, παρατήρησαν ότι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της έκθεσης στην νευροενδοκρινική δυσλειτουργία και τις επιπτώσεις είναι η επιβεβαίωση με επιπρόσθετες μελέτες, και μεταξύ άμεσων επιπτώσεων και καθυστερημένης ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας χρειάζεται περαιτέρω έρευνα. (13)

Επί προσθέτως, στις νευροενδοκρινικές ανωμαλίες, η παρουσία ψυχικής ασθένειας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αλλάξει την συμπεριφορά και την υγεία της μητέρας στην προνηπιακή φροντίδα με αποτέλεσμα την μη σωστή ανατροφή του εμβρύου και την αυξημένη σε κίνδυνο βιολογική μετάδοση. Τέλος, είναι απαραίτητο να επαναληφθεί ότι οι επιλογές των μητέρων με ψυχικές ασθένειες όσον αφορά την υγιή συμπεριφορά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύπλοκες, και μπορεί να είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τον στιγματισμό και τον φόβο της απώλειας της κηδεμονίας σε περίπτωση που υπάρχει ψυχική ασθένεια. (13)

### **Χαρακτηριστικά της ασθένειας**

Η σχέση σε συγκεκριμένες ψυχικές διαγνώσεις των γονέων προς τα παιδιά τους δεν είναι ξεκάθαρες. Πρόσφατες έρευνες δεν έδειξαν και πολλές διαφορές σε ποικίλες επιπτώσεις στα παιδιά σε σύγκριση με την διαφορική διάγνωση. Παρ' όλα αυτά, νεογέννητα από μητέρες με κατάθλιψη έδειξαν χειρότερες επιπτώσεις στην διάρκεια της κυοφορίας τους, σε αντίθεση με τα νεογέννητα με μητέρες με σχιζοφρένεια, προβάλλοντας μια θεωρία ότι τα παιδιά καταθλιπτικών μητέρων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Όμως, μια πιο πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε ότι, μητέρες με σχιζοφρένεια έδειξαν μειωμένη γονική ικανότητα σε αντίθεση με μητέρες με συναισθηματικές διαταραχές, υποδεικνύοντας ότι αυτά τα παιδιά διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο. Τα περισσότερα στοιχεία, όμως, δείχνουν ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η χρονική διάρκεια της ασθένειας και η μειωμένη προσαρμογή της λειτουργικότητας των γονέων

σχετίζονται πιο πολύ με χαμηλή επίπτωση στα παιδιά παρά κάποιες συγκεκριμένες διαγνώσεις. Άλλα χαρακτηριστικά γονικών ασθενειών που έχουν βρεθεί ως προληπτικά μέσα για επερχόμενες άσχημες επιπτώσεις είναι η πρόωρη εμφάνιση κατάθλιψης (πριν τα 30 έτη). (13)

## Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Μη γενετικοί και μη βιολογικοί παράγοντες παίζουν επίσης σπουδαίο ρόλο για την μεταβίβαση των κινδύνων από μια ψυχιατρική διάγνωση. Συγκεκριμένα, μια έρευνα έχει αναγνωρίσει κάποια σημαντικά οικογενειακά χαρακτηριστικά τα οποία συσχετίζονται με γονικές ασθένειες και επιπτώσεις στα παιδιά τους. Τα πιο σημειωτέα είναι η συμπεριφορά των γονέων μέσα στην οικογένεια, οι συζυγικές ή συντροφικές σχέσεις και η λειτουργικότητα της οικογένειας. (13)

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η συμπεριφορά των γονέων επηρεάζεται από την παρούσα ψυχική ασθένεια και ότι ασκεί μεγάλη επιρροή στις επιπτώσεις των παιδιών. Έρευνες δείχνουν ότι μητέρες με ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν μια σειρά δυσκολίας όσον αφορά στην ικανότητά τους να φροντίσουν τα παιδιά τους και ότι αυτές οι δυσκολίες μπορούν να διαφέρουν σε λειτουργικότητα ανάλογα με την διάγνωση. Μητέρες με σχιζοφρένεια και συναισθηματικές διαταραχές εμφανίζουν, και στις δυο περιπτώσεις, μειωμένη ικανότητα του προφορικού λόγου και μειωμένη ανταπόκριση των συναισθημάτων τους σε αντίθεση με τους υγιείς γονείς. Μητέρες με σχιζοφρένεια φαίνεται να εκφράζουν λιγότερο θυμό και εχθρικήτητα σε σχέση με τις φυσιολογικές και καταθλιπτικές μητέρες, αφού οι καταθλιπτικές φαίνεται να εκφράζουν μεγαλύτερη εχθρικήτητα από τις φυσιολογικές. Τέλος, οι μητέρες με κατάθλιψη εμφανίζουν χαμηλό αίσθημα ευθύνης, αυξημένη έκφραση λύπης, ευερεθιστότητα και χαμηλή εμφάνιση θετικών συναισθημάτων και σκέψεων. (13)

Αυτά τα χαρακτηριστικά των γονέων έχουν δείξει ότι σχετίζονται με το μειωμένο συναισθηματικό δέσιμο, την καθυστερημένη ανάπτυξη εκμάθησης της γλώσσας και την επικέντρωση της προσοχής. Επιπλέον έρευνες έχουν δείξει, σε μητέρες με κατάθλιψη ότι έχουν την τάση να αποφεύγουν την αντιμετώπιση και την σύγκρουση με τα παιδιά τους, παρά να προσφεύγουν προς μια διαπραγματεύση. (13)

Μητέρες με κατάθλιψη εμφανίζουν διαφορές στην διαδικασία της αντίληψης από τις υγιείς μητέρες. Γενικά, οι γονείς με κατάθλιψη υιοθετούν μια αρνητική στάση για πληροφόρηση, εμφανίζουν περισσότερο αρνητική απόδοση και συχνά νιώθουν για τον ίδιο τους τον εαυτό χαμηλή εκτίμηση ως γονείς. Μελέτες έχουν δείξει ότι παιδιά με γονείς με κατάθλιψη έχουν παρόμοια αντίληψη και υιοθετούν αρνητικές ιδέες και πως αυτά στη συνέχεια μπορεί να μείνουν αδρανή και κάτω υπό θετικές συνθήκες, αλλά μπορεί να υπάρξει και ξέσπασμα σε έκθεση μιας κατάστασης που αυξάνει αρνητικά συναισθήματα. (13)

Δυστυχώς, δεν έχει γίνει καμία διερεύνηση σε αυτό το θέμα μεταξύ γονέων με ψυχικές ασθένειες και στη σχέση με τις επιπτώσεις στα παιδιά. Όπως σημειώθηκε και παραπάνω, οι γονείς με ψυχικές ασθένειες αναγνωρίζουν ως σημαντικό και πολύτιμο τον ρόλο τους ως γονείς στη ζωή τους, και εμφανίζουν την ίδια επιθυμία με τους μη άρρωστους γονείς, να γίνουν οι καλύτεροι γονείς. (13)

Η ποιότητα της συζυγικής ή της συντροφικής σχέσης έχει αποδειχτεί ως μια δυνατή μεσολάβηση της σχέσης μεταξύ της διάγνωσης και τις επιπτώσεις στα παιδιά. Παρ' όλο που έρευνες έχουν εστιάσει σε καβγάδες μεταξύ συζύγων ως αρνητικό παράγοντα, μερικές πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι με την υποστήριξη του συντρόφου μπορεί να συντελέσει σε πιο ήπιες επιπτώσεις στα παιδιά. Οι συζυγικές διαφωνίες και τα διαζύγια είναι συχνό φαινόμενο μέσα σε οικογένειες όπου υπάρχει έστω και ένας γονιός με ψυχική διαταραχή, και εναντίως επιδρά μαζί και στον άρρωστο γονιό και το παιδί. Ακόμα, οι συζυγικοί καβγάδες προμηνύουν προβλήματα στην εφηβεία, χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και εκπαίδευσης, μειωμένες κοινωνικές δραστηριότητες και προβλήματα επικοινωνίας. Έρευνες που έγιναν προσπαθώντας να διαφοροποιήσουν τις επιδράσεις μεταξύ των διαζυγίων και της κατάθλιψης έφτασαν στο συμπέρασμα ότι το διαζύγιο είναι ισχυρότερο προμήνυμα για την εμφάνιση προβλημάτων στα παιδιά σε σχέση με την κατάθλιψη. Γι' αυτό, παρεμβάσεις σε ζευγάρια όπου ο ένας ή και οι δυο παρουσιάζουν κατάθλιψη, είναι προς όφελος των παιδιών. (13)

Ένα χαοτικό σπιτικό περιβάλλον, μια χαμηλή οικογενειακή συνοχή, αυξημένες διαφωνίες γονιού – παιδιού και μειωμένη επικοινωνία είναι η κατάσταση που επικρατεί μέσα σε οικογένειες με ένα γονιό με κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια. Αυτά τα χαρακτηριστικά της λειτουργικότητας της οικογένειας σχετίζονται με αυξημένο τον κίνδυνο της εμφάνισης συναισθηματικής διαταραχής και προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Σε μια έρευνα, η οποία σύγκρινε διάφορα επίπεδα οικογενειακών σχέσεων, ο *Dickstein (1998)* ανακάλυψε ότι η αλληλεπίδραση που υπάρχει στα επίπεδα της οικογένειας μπορεί να επηρεαστεί περισσότερο από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας, παρά από τις συζυγικές σχέσεις και την σχέση γονιού – παιδιού. Γι' αυτό, ο κίνδυνος στα παιδιά μπορεί να έχει περισσότερα επακόλουθα στα επίπεδα της οικογένειας αλληλεπίδρασης τα οποία δεν έχουν διατιμηθεί σε προηγούμενες μελέτες ανάμεσα στις σχέσεις παιδιού – γονέα. Σε αντίθεση, οι σχέσεις παιδιού – γονέα μπορεί να είναι ισχυρός παράγοντας σε γονείς με ψυχικές ασθένειες και ένας πολλά υποσχόμενος δρόμος μεσολάβησης. (13)

### **Συζυγικά ή Συντροφικά Χαρακτηριστικά**

Η παρουσία και η διαθεσιμότητα ενός συζύγου ή συντρόφου ως στήριγμα έχει δείξει ότι αυξάνει τις επιπτώσεις και στα παιδιά και στους ενήλικους σε οικογένειες τις οποίες υπάρχει έστω και ένας γονιός με ψυχική ασθένεια. Σε αντίθεση, η ψυχική ασθένεια και η εκμετάλλευση από τον /την σύζυγο ή τον /την σύντροφο μπορεί να αυξήσει μια άμεση ή όχι αρνητική σύγκρουση της ψυχικής ασθένειας στα παιδιά η οποία θα συμβάλλει με την σειρά της στην αύξηση του stress και της μειωμένης λειτουργικότητας της οικογένειας.(13) Γυναίκες με ψυχική ασθένεια αναφέρεται ότι φροντίζουν μόνες τους τα παιδιά τους και επίσης ότι κερδίζουν και την κηδεμονία των παιδιών σε σύγκριση με τους άντρες που παρουσιάζουν κάποια ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, σε γονείς με ψυχική ασθένεια είναι συχνό φαινόμενο το να ζουν χωρίς κάποια σχέση ή να πάσχουν από διαφωνίες το ζευγάρι και μαζί τους και όλη η οικογένεια. Έχει βρεθεί ότι γονέας με ψυχική ασθένεια, ο οποίος έχει λίγες σχέσεις και είναι ανύπαντρος και δεν συζεί με κάποιον, συχνά σχετίζονται για τις επιπτώσεις στα παιδιά. Όταν μέσα στις σχέσεις, τα μισά και λίγο λιγότερα ζευγάρια περιγράφουν δυσκολίες στις σχέσεις τους και το οικογενειακό stress και οι συζυγικές ταραχές μπορούν από μόνα τους αυτά να οξύνουν την συμπτωματολογία και την οικογενειακή δυσλειτουργία. Θέματα

προσαρμογής των παιδιών μπορούν να χειροτερέψουν λόγω έντονων συγκρούσεων των γονέων και το διαζύγιο. Οι *Rutter & Quinton (1984)* σε μια έρευνα η οποία θα εξερευνούσε τους παράγοντες που σχετίζονται με γονείς με ψυχικές ασθένειες και οι οποίοι επιδρούν στην ψυχοπαθολογία στο μέλλον του παιδιού. Έτσι παιδιά με γονείς με ψυχικές ασθένειες μπήκαν στην έρευνα κάτω από την ηλικία των 15ετών και παρακολουθούνταν συνεχόμενα επί τέσσερα χρόνια. (13)

### **Περιβαλλοντικοί παράγοντες που αυξάνουν το stress**

Χρόνιοι ή οξείς στρεσογόνοι παράγοντες εκτός οικογένειας μπορούν να επηρεάσουν την σύγκρουση μεταξύ της ασθένειας των γονιών στα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, το stress που σχετίζεται με την μειονότητα, το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, την διαβίωση με ένα από τους δυο γονιούς, κοινωνική απομόνωση και η φτώχεια αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθηματικής διαταραχής σε παιδιά με γονείς με ψυχικές ασθένειες. Ακόμα, σε οικογένειες όπου με έναν γονιό που πάσχει από κατάθλιψη όπου το stress είναι μειωμένο, υπάρχει αυξημένη υποστήριξη, και δεν υπάρχουν αρκετά σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, λιγότερα παιδιά εμφανίζουν προβλήματα ψυχικής διαταραχής από ότι παιδιά από όλες τις οικογένειες με έναν γονιό με ψυχική ασθένεια. (13)

### **Χαρακτηριστικά των παιδιών**

Αρχικές διερευνήσεις που έγιναν στις σχέσεις μεταξύ της ψυχικής ασθένειας των γονέων και των επιπτώσεων στα παιδιά κατέληξαν στο συμπέρασμα μιας μονόδρομης επιρροής όπως ότι η γονική ασθένεια επηρεάζει τα παιδιά. Για παράδειγμα, παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς δημιουργούν stress στους γονείς με αποτέλεσμα την όξυνση των συμπτωμάτων των γονέων και της εξαγωγής μειωμένου γονικού ενδιαφέροντος, που με τη σειρά του, αυξάνει τα προβλήματα της διαγωγής του παιδιού. (13)

Τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού όπως είναι η ιδιοσυγκρασία, η ευφυΐα, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η ικανότητα της αντίληψης έχουν δείξει ότι αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την αποφυγή των κινδύνων και την αποκατάσταση για τα παιδιά. Αυξημένη ευφυΐα και ισχυρές διαπροσωπικές ικανότητες εμφανίζονται ως προστατευτικά μέσα των παιδιών για βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Χαρακτηριστικά αντίληψης όπως είναι η θετική και αισιόδοξη σκέψη, ένα θετικό αποδοτικό στυλ και αποτελεσματική συνεργασία και η ικανότητα επίλυσης διάφορων προβλημάτων έχουν σχετιστεί με καλές επιπτώσεις ανάμεσα σε παιδιά γενικότερα και ανάμεσα σε παιδιά με μητέρες με κατάθλιψη, ειδικότερα. (13)

Επίσης, το φύλο του παιδιού εμφανίζεται ως σημαντικός και δυνητικά πολύπλοκος παράγοντας μεσολάβησης στη σχέση ψυχικής ασθένειας των γονέων και επιπτώσεων στα παιδιά. Μερικές μελέτες έδειξαν ότι τα κορίτσια είναι πιο ευπαθή από ότι τα αγόρια από ενός γονιού με κατάθλιψη, ενώ άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι τα αγόρια αρρωσταίνουν χειρότερα. Έρευνες επίσης, δείχνουν ότι και τα αγόρια και τα κορίτσια μπορεί να παρουσιάσουν αποκλίνουσες συμπεριφορές, με τα κορίτσια πιο πολύ να εμφανίσουν κατάθλιψη και τα αγόρια προβλήματα διαγωγής. Μια πρόσφατη έρευνα

έδειξε, περαιτέρω, ότι το φύλο αλληλεπιδρά με την λειτουργικότητα της οικογένειας τόσο που η μητρική κατάθλιψη προβλέπει προβλήματα διαγωγής στα κορίτσια, αλλά όχι στα αγόρια. (13)

Η σχέση της επίδρασης της ηλικίας των παιδιών και η έκθεση στην ψυχική ασθένεια δεν είναι ξεκάθαρη. Στοιχεία δείχνουν ότι επανειλημμένη έκθεση σε μια ασθένεια είναι επιβλαβές για τα παιδιά όταν αυτά είναι μικρά. Αυτό υποστηρίζεται από μια έρευνα η οποία έδειξε χειρότερα προβλήματα συμπεριφοράς ανάμεσα σε μικρά παιδιά με γονείς με ψυχικές ασθένειες. Εν τούτοις, διάφορες μελέτες έχουν αποτύχει στο να βρουν ηλικιακές και αναπτυξιακές αιτίες. (13)

Σε αυτό το σημείο θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούμε στην αλληλεπίδραση ορισμένων κατηγοριών ψυχικής διαταραχής με την ανάπτυξη των παιδιών. Βέβαια, όπως έχει αναφερθεί η διάγνωση δεν είναι κρίσιμης σημασίας για τις επιπτώσεις στα παιδιά, ωστόσο, στα παιδιά τα οποία υφίστανται τις επιπτώσεις υπάρχουν κάποιες ειδικές δυσλειτουργίες που αναπτύσσονται ανάλογα με την ψυχική ασθένεια του γονέα. Βέβαια, αυτό είναι κάτι το πολύ αδρό και γενικό και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν διαγνωστική μέθοδος παρά μόνο ως ένας δείκτης επικινδυνότητας και πρόληψης.

### **Μητέρα με διάγνωση σχιζοφρένεια**

Ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης το βρέφος υφίσταται τις συνέπειες της μειωμένης προγεννητικής φροντίδας. Ο λόγος είναι πως οι μητέρες είτε δεν θέλουν να μαθευτεί η εγκυμοσύνη τους, είτε την αρνούνται για διάφορους λόγους. Αρκετές φορές δυσκολεύονται στην έκφραση οικειότητας, ζεστασιάς ή άλλων συναισθημάτων, καθώς και στην παροχή ερεθισμάτων και ευκαιριών για κινητοποίηση προς τα παιδιά τους. Μπορεί να πιστεύουν ότι ο κόσμος είναι εχθρικός και να εκφράζουν φόβους για την ασφάλεια των παιδιών τους. Συχνά διατυπώνουν υποψίες για τον περίγυρό τους και απομονώνονται από αυτόν. Την ίδια απομόνωση επιβάλλουν και στα παιδιά τους, εμποδίζοντας τις παρέες με τους συνομηλικούς τους. Οποιαδήποτε προσπάθεια των παιδιών τους για ανεξαρτησία εκλαμβάνεται ως απειλή για τις ίδιες. (5)

Σε αυτές τις οικογένειες ο γονέας με την ψυχική διαταραχή συναντά δυσκολίες στις σχέσεις και στην επίλυση των συγκρούσεων. Ενώ δηλαδή θέλει να μιλήσει και να επικοινωνήσει με τα παιδιά του, συχνά λησμονεί τις αρχικές του προθέσεις. Μπορεί να βγαίνει εκτός θέματος και να αδυνατεί να συγκεντρωθεί λόγω δυσκολιών στη σκέψη. Συνήθως επιλέγει λάθος χρόνο ή τρόπο για να εκδηλώσει τα αισθήματά του. Κάθε προσπάθεια για ουσιαστική και διεξοδική συζήτηση με τα παιδιά του γίνεται αρκετά συχνά από αυτά ως προσπάθεια χειραγώγησής τους ή ως επιβολή τιμωρίας. (5)

### **Μητέρες με συναισθηματικές διαταραχές**

Οι μητέρες που παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές, ιδιαίτερα κατάθλιψη, εκδηλώνουν θυμό και συναισθηματική αποσύνδεση. Αρκετά συχνά νομίζουν ότι οι γύρω τους δεν τις καταλαβαίνουν. Παίζουν και ασχολούνται λιγότερο με τα παιδιά τους. Αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στην οργάνωση της καθημερινότητας, συχνά υιοθετούν ποικίλες και απρόβλεπτες πρακτικές και κατά κανόνα δυσκολεύονται στην καθοδήγηση των παιδιών τους ή στην επιβολή ορισμένων κανόνων. Η τρυφερότητα που εκδηλώνουν



προς τα παιδιά τους συχνά ξεκινά από την έντονη ανάγκη τους να βρουν ανακούφιση και παρηγοριά οι ίδιες, και λιγότερο από τη διάθεσή τους να ανταποκριθούν στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών. Επιπλέον, δεν είναι σε θέση να ασχοληθούν ιδιαίτερα με τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών τους, καθώς κουράζονται εύκολα. Διατυπώνουν λιγότερες ερωτήσεις, προσφέρουν ελάχιστα περιθώρια για πρωτοβουλίες, προτείνουν και εξηγούν σε μικρότερο βαθμό και δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε συγκεκριμένες πρωτοβουλίες των παιδιών για επικοινωνία, ιδιαίτερα όταν αυτά εκφράζονται χαμηλόφωνα. Όσον αφορά τα θέματα ελέγχου, οι συναισθηματικά διαταραγμένες μητέρες εκφράζουν επικριτικά σχόλια και αρνητικές κριτικές για την λειτουργικότητα των παιδιών τους, με συχνή διάχυση των ρόλων και των ορίων στην οικογένεια. Το παιδί αναγνωρίζεται είτε ως καταδιώκτης είτε ως σωτήρας του γονέα με την ψυχική διαταραχή. Και στις δύο περιπτώσεις, πάντως, το παιδί νιώθει την αδυναμία της γνωστικής κινητοποίησης και της συναισθηματικής στήριξης από τον γονέα. Οι γονείς συχνά του αποδίδουν ευθύνες και κατηγορίες του τύπου «θα με πεθάνεις». Τα αγόρια τα οποία υφίστανται κριτική αναπτύσσουν διαταραχές διαγωγής, ενώ τα κορίτσια στα οποία οι γονείς αναζητούν ανακούφιση, συμμετέχουν περισσότερο στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των γονέων τους. Πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι τα παιδιά των γονέων με κατάθλιψη μοιάζουν να μην ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, δεν δείχνουν ενσυναίσθηση, δυσκολεύονται να προσφέρουν βοήθεια στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και βιώνουν εύκολα ματαίωση σε στρεσογόνες και αντίξοες συνθήκες. (5)

### **Διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή της προσωπικότητας αφορά βαθιά ριζωμένα μοντέλα συμπεριφοράς που εκδηλώνονται ως άκαμπτες αντιδράσεις σε μια ποικιλία προσωπικών και κοινωνικών συνθηκών από την παιδική ή την εφηβική ηλικία έως και την ενηλικίωση. Με βάση την κλασική μελέτη των Rutter και Quinton (1984), οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η διαταραχή προσωπικότητας σε έναν γονέα – που χαρακτηρίζεται από εχθρότητα – βάζει τα παιδιά σε μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι οι υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές, καθ' όσον οι πάσχοντες δύσκολα συμμετέχουν στην προτεινόμενη συνεργασία των επαγγελματιών για στήριξη και βοήθεια. (5)

Οι γονείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο σύνολο της συμπεριφοράς τους, η οποία χαρακτηρίζεται από άγχος και κατάθλιψη, άσκηση βίας σε αντικείμενα ή άτομα, χρήση αλκοόλ και σεξουαλική συμπεριφορά χωρίς όρια. Ο γονικό τους ρόλος χαρακτηρίζεται από περιορισμένο ρεπερτόριο συναισθηματικών αντιδράσεων και πρακτικών συμπεριφοράς. Οι γονείς αυτοί δυσκολεύονται να κατανοήσουν συναισθηματικά και να εμπιστευτούν τους γύρω τους. Πολύ συχνά έχουν και οι ίδιοι εμπειρίες παραμέλησης ή κακοποίησης. (5)

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ευσυνειδησία ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι ιδιαίτερα βοηθητική για τη σχέση του γονέα με το παιδί του. Οι γονείς που εκδηλώνουν ευσυνειδησία είναι σε θέση να οργανώσουν ένα αξιόπιστο, συνεπές και διακριτικό τρόπο ζωής, που διευκολύνει τη συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους. (5)

**Πίνακας 7.**  
**Παραδείγματα ψυχικής διαταραχής και επίδρασής της στη γονική πρακτική**

<b>ΓΟΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</b>	<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</b>	<b>ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΟΝΕΑ – ΠΑΙΔΙΟΥ/ ΠΑΙΔΙΩΝ</b>
<b>Δυσθυμία</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απουσία ενέργειας, λήθαργος, κακή διάθεση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σωματική/ συναισθηματική παραμέληση</li> <li>• Κριτική και αρνητικά σχόλια</li> <li>• Απουσία επικοινωνίας/ συναισθηματικής στήριξης</li> <li>• Ασυνεπής συμπεριφορά</li> </ul>
<b>Καταθλιπτική διαταραχή</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενοχές, απόγνωση, αδυναμία για βοήθεια, αυτοκριτική, ιδέες αυτοκτονίας, κλάμα, απουσία ελπίδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αναζήτηση παρηγοριάς από το παιδί (αντιστροφή ρόλων)</li> <li>• Ασυνεπής συμπεριφορά του γονέα (υπερβολική εμπλοκή ή απουσία εμπλοκής)</li> </ul>
<b>Ψυχωτική Κατάθλιψη</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παραληρητικές ενοχές, απόγνωση και μηδενισμός, ψευδαισθήσεις, ιδέες ή σχέδια για αυτοκτονία και ανθρωποκτονία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σοβαρή παραμέληση του παιδιού</li> <li>• Εμπλοκή του παιδιού στο παραλήρημα του γονέα</li> </ul>
<b>Σχιζοφρένεια</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Θετικά συμπτώματα (παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις)</li> <li>• Αρνητικά συμπτώματα (απάθεια και απόσυρση)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ασυνέπεια στη σχέση γονέα και παιδιού</li> <li>• Υπερβολική εμπλοκή του γονέα (θετική ή εχθρική)</li> <li>• Εμπλοκή του παιδιού στο παραλήρημα του γονέα</li> <li>• Σωματική και/ ή συναισθηματική παραμέληση (δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού)</li> </ul>
<b>Διαταραχές προσωπικότητας (κυρίως οριακή)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ασταθείς σχέσεις, παρορμητικότητα, εχθρότητα, βία</li> <li>• Χρήση ουσιών και αλκοόλ</li> <li>• Απουσία ενσυναίσθησης</li> <li>• Κίνδυνος για αυτοτραυματισμό</li> </ul>	<p>Υπερεμπλοκή (σκληρή πειθαρχία, κριτική, απουσία ενσυναίσθησης, πρότυπο αντικοινωνικής συμπεριφοράς)</p> <p>Έκθεση σε καβγάδες/ βία</p> <p>Ασυνέπεια στη σχέση</p> <p>Προσδοκίες που δεν ανταποκρίνονται στην ασφάλεια του παιδιού</p> <p>Αναζήτηση παρηγοριάς από το παιδί</p> <p>Παραμέληση, εύκολη ματαίωση του γονέα από την ανάγκη του παιδιού για φροντίδα</p>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## Πρόληψη και θεραπεία

### 5.1. Οδηγίες προς μέλλουσες μητέρες με προβλήματα ψυχικής υγείας

#### Σκέψεις για την απόκτηση παιδιού

Υπάρχουν κάποια πράγματα που μπορούν να διευκολύνουν την εγκυμοσύνη και τον ρόλο του γονέα σε αυτή την πρώιμη φάση.

«Ο γιατρός μου έδωσε το κίνητρο για να κάνω αυτό το μεγάλο βήμα»

- Σιγουρευτείτε ότι έχετε βρει έναν καλό γιατρό με τον οποίο νιώθετε άνετα και μπορείτε να συζητήσετε για τις ψυχικές και τις φυσικές ανάγκες.
- Ενημερώστε τον γιατρό σας ότι θέλετε να αποκτήσετε παιδί και συζητήστε πως θα καταπολεμήσετε την ασθένεια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Συζητήστε με τον γιατρό σας για τα φάρμακα που ενδεχομένως μπορεί να παίρνετε και όποια παρενέργεια μπορεί να έχει στην εγκυμοσύνη, στην ανάπτυξη του βρέφους και την γαλουχία.

«Ήταν θετικό, που υπήρξε από την αρχή της απόφασής μου, υποστήριξη από την οικογένεια μου και τους φίλους μου και έτσι ήξερα ότι δεν ήμουν μόνη μου σε αυτό»

- Συζητήστε με τον σύντροφό σας ή το άτομο που σας υποστηρίζει για τις επιδράσεις που πρόκειται να έχει ο ερχομός αυτού του παιδιού στη ζωή σας και τις αλλαγές οι οποίες θα χρειαστεί να γίνουν.
- Αποφασίστε ποια από τα μέλη της οικογένειάς σας και τους φίλους σας πιστεύετε ότι μπορείτε να βασιστείτε πάνω τους και ότι θα βοηθήσουν σε οποιαδήποτε φάση. Μοιραστείτε τις ελπίδες, τα όνειρά, και τους φόβους σας με αυτά τα άτομα.
- Ψάξτε για τοπικές υπηρεσίες που μπορούν να σας υποστηρίξουν σε θέματα προετοιμασίας για να γίνετε γονείς, κέντρα υγείας για τα παιδιά.
- Επικοινωνήστε με τις γυναίκες οι οποίες έζησαν την ίδια ή παρόμοια εμπειρία και δείτε τι βοήθησε σε αυτές.

«Ήμουν αποφασισμένη να γίνω καλά για το παιδί μου»

- Βρείτε χρόνο για ξεκούραση και φροντίστε τον εαυτό της.

- Όσο μπορείτε να προσέχετε την υγεία σας. Τρώτε υγιεινά φαγητά και κάντε γυμναστική. Ρωτήστε τον γιατρό σας για τα πλεονεκτήματα του φολικού οξέος.
- Τα ναρκωτικά και το αλκοόλ μπορούν να βλάψουν το παιδί σας – και τώρα είναι η καλύτερη στιγμή να τα σταματήσετε.
- Να έχετε μια σταθερότητα στη ζωή της. Αν είναι δυνατό αποφεύγετε στρεσογόνες καταστάσεις της ή μετακόμιση σπιτιού.

Εάν θέλετε να γαλουχήσετε, βρείτε εάν κάποιο από τα φάρμακα, τα οποία παίρνετε, μπορούν να βλάψουν το μωρό σας και συζητήστε πιθανές αλλαγές που μπορείτε να κάνετε στο θεραπευτικό σας πρόγραμμα με τον γιατρό σας. Εάν αποφασίσετε ότι η γαλουχία δεν είναι το καλύτερο για σας και το μωρό σας, συμβουλευτείτε μια νοσηλεύτρια παιδιατρικής ή μια μαία για το πώς να φτιάξετε ένα μπουκάλι με το οποίο θα ταΐζετε το μωρό σας. (19)

## **Φαρμακευτική Αγωγή**

Εάν σχεδιάζετε να αποκτήσετε μωρό ή είστε ήδη έγκυος και παίρνετε κάποια φάρμακα, είναι σημαντικό να κοιτάξετε ξανά την φαρμακευτική σας αγωγή με ένα γιατρό ή κάποιον επαγγελματία υγείας. Μια σωστή φαρμακευτική αγωγή μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα της ασθένειάς σας, να μειώσει το stress και να αυξήσει την λειτουργικότητα, αλλά πρέπει να δείτε εάν τα φάρμακα αυτά:

1. μπορεί να έχουν επιπτώσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή στο μωρό
2. να αλληλεπιδρούν με άλλα φάρμακα (19)

## **Τώρα που είστε έγκυος**

«Πραγματικά με βοήθησε η σχεδίαση ενός πλάνου με τον σύντροφο μου και με την οικογένειά μου»

- Σκεφτείτε όλες τις προσδοκίες σας για την γέννηση και το ότι θα γίνετε γονείς. Θα σχηματίζατε ιδέες από τα δικά σας παιδικά χρόνια, από την τηλεόραση ή από περιοδικά; Αποφασίστε αν αυτά είναι ρεαλιστικά ή σωστά για σας.

- Απευθυνθείτε στις υπηρεσίες υποστήριξης, ειδικότερα αν επρόκειτο να είστε μόνη σας. Αναπτύξτε ένα πλάνο φροντίδας για το οποίο θα ξέρετε ότι το μωρό σας πρόκειται να είναι καλά σε περίπτωση που εσείς δεν είστε.
- Κάντε έναν προϋπολογισμό για έξτρα πράγματα τα οποία μπορεί να χρειαστείτε. Εάν τα λεφτά είναι πρόβλημα, απευθυνθείτε σε έναν κοινωνικό λειτουργό ή σε κάποιον οικονομικό σύμβουλο (ή ρωτήστε τον γιατρό σας για να σας στείλει σε κάποιον).
- Οργανώστε καλά τις ανάγκες του μωρού. Βρείτε τρόπο για να κάνετε το σπίτι σας ασφαλές για το μωρό.

«Φροντίζοντας το μωρό μου σημαίνει ότι πρέπει να φροντίζω και τον εαυτό μου»

- Πρέπει να περιμένετε κάποιες ορμονικές και συναισθηματικές αλλαγές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Βρείτε μέλη της οικογένειας ή φίλους οι οποίοι μπορούν να τηλεφωνήσουν ή και να ζητήσουν για βοήθεια σε περίπτωση που υπάρξει αναστάτωση, κούραση ή θυμός από την μεριά σας.
- Καθιερώστε κάποιες ώρες ξεκούρασης και μειώστε τον καθημερινό φόρτο εργασίας σας.
- Τρώτε υγιεινές τροφές και κάντε γυμναστική.

«Το τοπικό κέντρο υγείας είχε όλες τις πληροφορίες που χρειαζόμουν»

Κανονίστε αρκετές επισκέψεις με τον ψυχίατρο ο οποίος σας παρακολουθεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και συζητήστε:

- Για την συνέχιση ή την αλλαγή των φαρμάκων
- Για τον θηλασμό
- Για την εμφάνιση ανησυχητικών συμπτωμάτων της ασθένειας
- Για τον σχεδιασμό προγραμματισμένων επισκέψεων μετά την γέννηση

Να παρακολουθείτε τις επισκέψεις πριν από την γέννηση και να επισκέπτεστε το

μαιευτήριο στο οποίο πρόκειται να γεννήσετε, ώστε να εγκλιματιστείτε με το

περιβάλλον. Συζητήστε την κατάσταση σας και τις ανάγκες σας με το προσωπικό.

Ακόμα συζητήστε με τις μαίες και τους κοινοτικούς νοσηλευτές για τις ανάγκες του μωρού σας και την ψυχική και συναισθηματική του υποστήριξη. Ζητήστε για διάφορα ενημερωτικά φυλλάδια και διαβάστε όσα περισσότερα μπορείτε. Εάν έχετε σύντροφο ή κάποιον άλλο άτομο το οποίο είναι δίπλα σας ενημερώνετέ τους για ότι ρωτούν. (19)

## Αλκοόλ και ναρκωτικά

«Το καλύτερο πράγμα που έκανα για το μωρό μου ήταν να κόψω το αλκοόλ

και το κάπνισμα»

Το αλκοόλ, το κάπνισμα και τα διάφορα ναρκωτικά (συμπεριλαμβανομένου και η κακή χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων) μπορεί να επηρεάσει την ίδια σας την σωματική και ψυχική υγεία και την υγεία του αγέννητου μωρού σας ή του βρέφους. Αυτά τα φάρμακα μπορεί να σας κάνουν να νιώσετε καλά βραχυπρόθεσμα, αλλά μπορούν να βλάψουν την υγεία του μωρού σας και να παρεμποδίσουν την ικανότητα σας ως γονείς. Μερικά φάρμακα μπορούν να εισέλθουν και στο μητρικό γάλα. (19)

## Η γέννηση του παιδιού

«Στις πρώτες βδομάδες είχα ανάμικτα συναισθήματα όπως, ναρκωμένη, εξασθενημένη, φόβο στο πώς θα τα βγάλω πέρα με αυτό το καινούργιο πλέον άτομο, απίστευτη ευτυχία και δάκρυα χαράς»

Οι μητέρες καμιά φορά ανησυχούν για περιττά πράγματα επειδή δεν γνωρίζουν πώς νιώθουν οι περισσότεροι γονείς μετά την γέννηση του παιδιού τους. Έτσι, πολλές νέες μητέρες:

- Νιώθουν καταπιεσμένες και καταβεβλημένες από τα έντονα και απροσδόκητα συναισθήματά τους λόγω της γέννας και της ξαφνικής μητρότητας.
- Έρχονται σε σύγκρουση και εναλλαγές συναισθημάτων χαράς, φόβου, σύγχυσης, λύπης, ματαιότητας, απομόνωσης και αγάπης.
- Νιώθουν ανεπαρκείς, είναι ανίκανες στο να συγκεντρωθούν, ξεχνούν πράγματα και νιώθουν ότι τις κριτικάρουν.
- Χάνουν την ταυτότητα τους, την ελευθερία τους και τον προηγούμενο τρόπο ζωής τους.

Αρκετές μητέρες υποφέρουν από σωματική κούραση και έλλειψη ενέργειας. Επίσης, μερικές μητέρες νιώθουν μειωμένη άνεση λόγω πληγής του στήθους και άγχος για την έναρξη του θηλασμού.

«Η καλύτερη συμβουλή που μπορώ να δώσω σε μια νέα μητέρα είναι: μην φοβάστε να ζητήσετε βοήθεια»

Το να ζητάς για βοήθεια φαίνεται ότι υπάρχει μια ευαισθητοποίηση και δείχνει ότι θέλετε να επιτύχετε ως μητέρα. Είναι πολύ δύσκολο το να αντιμετωπίσεις

προβλήματα ή να δοκιμάσεις καινούργια πράγματα όταν δεν είσαι καλά. Η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, τους φίλους και την οικογένεια μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις της ασθένειας στην μητρική ικανότητα.

- Κανονίστε ένα ραντεβού με τον παιδίατρο σας αμέσως μόλις βγείτε από το μαιευτήριο – ζητήστε βοήθεια και οδηγίες ακόμα και για τα μικροπράγματα.
- Πηγαίνετε στις επισκέψεις σας (6 βδομάδες μετά από την γέννα) για να συζητήσετε κάποια πράγματα που σας απασχολούν με τον γιατρό σας. Κάντε μια λίστα με ερωτήσεις που θέλετε να κάνετε.
- Κανονίζετε επισκέψεις με τον ψυχίατρό σας και αναθεωρήστε μαζί την φαρμακευτική αγωγή.
- Συζητήστε κάποια θέματα με τον παιδίατρο σας. Μπορεί να σας κατανοήσει, να σας βοηθήσει ο ίδιος ή να σας στείλει σε κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας. Ακόμα, μπορούν να σας συστήσουν σε άλλες οικογένειες οι οποίες περνούν τις ίδιες καταστάσεις με τις δικές σας.
- Σημαντικά προβλήματα που έχουν σχέση με τον θηλασμό και την φροντίδα του μωρού μπορούν να βελτιωθούν μέσω υπηρεσιών που προσφέρουν τις γνώσεις αυτές σε μητέρες.
- Ο γιατρός σας ή ο κοινοτικός νοσηλεύτης μπορούν να σας δώσουν κάποιες πληροφορίες, συμβουλές και υποστήριξη. Εάν είστε με υπερβολικό stress για παραπάνω από 1-2 εβδομάδες, κανονίστε ένα ραντεβού για να διευθετήσετε το stress. (19)

«Νόμιζα ότι οι μητέρες δένονται συναισθηματικά με τα μωρά τους ενστικτωδώς»

Όλοι οι νέοι πατέρες και οι νέες μητέρες πρέπει να μάθουν τις ικανότητες για να γίνουν γονείς. Έτσι, μαθαίνουμε να αναγνωρίζουμε τι προσπαθεί να μας πει τα παιδιά μας όταν χαμογελάνε ή κλαίνε. Αυτοί που κατανοούν στο τι το παιδί τους χρειάζεται αναπτύσσουν μια αυτοπεποίθηση στην γονική τους ικανότητα. Ο αυτοσεβασμός του μωρού και η ανάπτυξη αυξάνονται μέσω της ζεστής και έμπιστης σχέσεις με τους ενήλικους.

Μερικές φορές οι γονείς βρίσκουν δύσκολο στο να αναγνωρίσουν το τι ζητάει το παιδί τους – και αυτή η κατάσταση εντείνεται ακόμα περισσότερο όταν υπάρχει και η ψυχική διαταραχή από την μεριά της μητέρας ή του πατέρα. Σε περίπτωση που το μωρό λαμβάνει ανάμικτα μηνύματα (αγάπης, φροντίδας και απόρριψης) το μωρό μπορεί να αρχίσει να φοβάται.

Τα μωρά πρέπει να ξέρουν ότι τα αγαπούν. Ακόμη θέλουν να νιώθουν ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Εάν πάλι δεν μπορείτε, προσπαθήστε να χαμογελάτε όταν είστε μαζί με το παιδί σας. Ενισχύστε το δέσιμο και την επικοινωνία μέσω του παιχνιδιού. Εάν νιώθετε ότι δεν μπορείτε να ανταποκριθείτε θετικά, ζητήστε από κάποιον άλλο να έρθει να παίξει για λίγο με το παιδί, και ζητήστε από τον επαγγελματία υγείας να σας μάθει κάποιες στρατηγικές για τα παιχνίδια. (19)

«Το μικρό γκρινιάζει χωρίς λόγο, μόνο για να με αναστατώσει»

Είναι εύκολο να πιστέψουμε ότι ένα μωρό που είναι δύσκολο να το ηρεμήσουμε “γεννήθηκε για να μας ταλαιπωρεί”. Οι ανάγκες ενός παιδιού είναι διαφορετικές από αυτές ενός ενήλικα. Το κλάμα ενός μωρού σημαίνει ότι θέλει κάτι – πεινάει ή θέλει

αλλαγή πάνας, ή μπορεί να θέλει μόνο να το κάνουμε παρέα. Δεν το κάνουν για να μας ενοχλούν. Προσπαθούν μόνο να επικοινωνήσουν και να αναπτυχθούν.

Συζητώντας με άλλος γονείς και με επαγγελματίες υγείας μπορούν να σας βοηθήσουν να καταλάβετε καλύτερα το παιδί σας και ποιες είναι οι κανονικές συμπεριφορές σε κάθε ηλικία. (19)

«Κοιτώντας πίσω θα ήθελα να αφιέρωνα περισσότερο χρόνο και να φροντίσω εμένα και το μωρό μου»

Το μωρό χρειάζεται να είστε όσο καλύτερα γίνεται και ψυχικά και σωματικά.

- Πείτε στους ανθρώπους που σας υποστηρίζουν σε ποιο τομέα χρειάζεστε βοήθεια, χωρίς να νιώθετε ενοχές.
- Σε μερικές περιστάσεις ξεφύγετε λίγο από το μωρό σας. Πάρτε μια babysitter ή μια κανονική νταντά.
- Βρείτε χρόνο για κάνετε κάποιες ψυχαγωγικές δραστηριότητες και να ξεκουραστείτε από την καθημερινή ρουτίνα – κάντε γιόγκα, βάλτε έναν φίλο σας να σας κάνει μασάζ, ή απλά καθίστε έξω στον φρέσκο αέρα.
- Να κοιμάστε όταν μπορείτε. Ένας κανονικός ρυθμός ύπνου και κάποια φυσική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει. Εάν κάτι σας απασχολεί, σημειώστε το κάπου και συζητήστε μαζί με κάποιον.
- Βεβαιωθείτε ότι τρώτε υγιεινά φαγητά και σε κανονικές ώρες. Συνεχίστε την φαρμακευτική αγωγή.
- Αποφασίστε τι πραγματικά συμβαίνει. Εστιάστε την προσοχή σας στις ανάγκες σας και στις ανάγκες του παιδιού σας. Γράφετε ημερολόγιο και κρατάτε σημειώσεις για πράγματα τα οποία έχετε να κάνετε (επίσκεψη με τον γιατρό κ.τ.λ.), και ύστερα αποφασίστε τι μπορείτε να κάνετε (ή τι θέλετε) σε αντίθεση με το τι αισθάνεστε να κάνετε.
- Σε μόνες μητέρες – ζητήστε από κάποιο μέλος της οικογένειας ή από κάποιον φίλο σας να μείνει για λίγο μαζί σας, ή ζητήστε να μείνετε εσείς σε αυτούς, ώστε να έχετε μια υποστήριξη. (19)

### **Πληροφορίες για την οικογένεια και τους φίλους σας που σας στηρίζουν**

«Είναι υπέροχο όταν οι φίλοι σου σε παίρνουν τηλέφωνο και ξέρεις ότι είναι δίπλα σου»

Όλοι οι νέοι πατέρες και οι νέες μητέρες νιώθουν φόβο και μοναξιά. Γονείς με ψυχικές ασθένειες μπορεί να χρειαστούν μεγαλύτερη υποστήριξη από την οικογένειά τους και τους φίλους τους. Συζητήστε μαζί τους για την ασθένεια τους και ρωτήστε τους αν τους πειράζει να μάθετε και άλλα. Συζητήστε για την εμφάνιση πιθανών συμπτωμάτων και ανησυχητικά σημάδια και τον τρόπο με τον οποίο μπορείτε να τους βοηθήσετε. Ο φόβος και ο στιγματισμός λόγω της ψυχικής ασθένειας μπορεί να κάνει τις οικογένειες να νιώσουν άβολα στο να μοιραστούν τις ανησυχίες τους με άλλους. (19)



## Τρόποι που να βοηθήσετε

### Πρακτική υποστήριξη

- Ρωτήστε με ποιον τρόπο μπορείτε να βοηθήσετε και προσφερθείτε να αναλάβετε μικρά καθήκοντα όπως είναι, η καθαριότητα, το μαγείρεμα ενός φαγητού ή κάνοντας τα ψώνια. Φέρετε σε πέρας όσα καθήκοντα έχετε πάρει.
- Βοηθάτε ή προσφερθείτε στο να οργανώσετε την φροντίδα του παιδιού ώστε η μητέρα να έχει λίγο χρόνο για τον εαυτό της.
- Σιγουρευτείτε ότι η μητέρα ξεκουράζεται αρκετά και τρώει κανονικά (προσφερθείτε να κάνετε την βραδινή βάρδια για το μωρό).
- Προσφερθείτε στο να την πάτε στις επισκέψεις με τις ομάδες υποστήριξης, ιδίως σε περίπτωση που υπάρχει πρόβλημα με μέσο μεταφοράς. (19)

### Συναισθηματική υποστήριξη

- Να της δίνετε συνέχεια την επιβεβαίωση ότι είναι πάρα πολύ καλή μαμά και ότι φέρνει σε πέρας μια δουλειά που είναι ιδιαίτερα απαιτητική.
- Να την κατανοείτε και να τις δίνετε να καταλάβει ότι δεν χρειάζεται να τα βγάλει πέρα μόνη της. Προσφερθείτε στο να επικοινωνήσει με άλλους σε περίπτωση που της φαίνεται δύσκολο.
- Δείξτε της ότι αξίζει και σαν άτομο και όχι μόνο ως μητέρα – αφήστε την να εκφράσει τα πραγματικά της συναισθήματα, να είστε υπομονετικός και να μην την κριτικάρετε.
- Οργανώστε μια έξοδο, η οποία θα είναι σχετικά σύντομη και δεν θα έχει stress. (19)

### Ό,τι και να κάνετε, ΜΗΝ:

- Της πείτε να τα παρατήσει (επειδή δεν μπορεί)
- Της πείτε να αγνοήσει τα συναισθήματα της και να βρει κάποιο χόμπι
- Την κριτικάρετε ή της πείτε αρνητικά πράγματα
- Την αφήσετε αβοήθητη με το μωρό για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Τα αναλάβετε όλα εσείς – γιατί αυτό θα μειώσει της αυτοπεποίθηση της ως μητέρα (19)

## Εάν είστε ο σύντροφος της μητέρας με ψυχική ασθένεια

«Τα πράγματα έγιναν καλύτερα όταν ο σύζυγός μου σταμάτησε να αγνοεί την

ασθένειά μου και με ρώτησε πώς μπορούσε να βοηθήσει»

- Ρωτήστε τον επαγγελματία υγείας του συζύγου σας πώς μπορεί να εμπλακεί στην όλη υπόθεση και τι χρειάζεται ο ίδιος (συζητήστε πρώτα με τον σύζυγο σας)
- Πηγαίνετε μαζί στον παιδίατρο ώστε να σας δοθούν και στους δυο οι πληροφορίες σχετικά με τον θηλασμό, την φροντίδα και την ανάπτυξη κ.τ.λ.

- Να ευχαριστιέστε που είστε πατέρας. Να κάνετε κάποιες δραστηριότητες μαζί με το παιδί σας τις οποίες δεν τις κάνει με την μαμά του (πηγαίνοντας μια βόλτα μαζί με το μωρό σας δίνει την ευκαιρία να περάσετε ένα χρονικό διάστημα (δέσιμο) και δίνεται στην μητέρα χρόνο για να ξεκουραστεί και να φροντίσει και λίγο τον εαυτό της)
- Μπορεί να νιώσετε αμέλεια από την πλευρά της συζύγου σας λόγω της απασχόλησης της με το μωρό, ή να νιώσετε αβοήθητη λόγω της ασθένειας της. Ψάξτε και βρείτε εάν υπάρχει και κάποιος άλλος ο οποίος έχει περάσει από την ίδια κατάσταση ώστε να μπορέσετε να μιλήσετε.
- Μην αποφεύγετε την κατάσταση περνώντας λιγότερο χρόνο στο σπίτι. Σχεδιάστε κάποιο χρόνο ξεκούρασης ως ζευγάρι.

«Πρόσεχε τον εαυτό σου – η φροντίδα του παιδιού μπορεί να αποβεί εξουθενωτική»

- Πρόσεχε τον εαυτό σου ώστε να μπορείς να υποστηρίξεις και το παιδί σου και την σύζυγο σου. Δέξου την βοήθεια άλλων, που περιλαμβάνει πρακτική υποστήριξη όπως την καθ' αυτού φροντίδα του παιδιού ή την οικονομική υποστήριξη. (19)

Διευθέτηση προγράμματος για τις ανάγκες του μωρού, στην φάση της αποχώρησης, κατά το χρονικό διάστημα στο οποίο δεν είστε καλά

Ο σχεδιασμός του προγράμματος για τις ανάγκες του μωρού όταν αρρωστήσετε ή χρειαστεί να εισαχθείτε στο νοσοκομείο είναι ζωτικά αναγκαίος διότι θα επακολουθήσει η ανησυχία σας για το τι συμβαίνει με το παιδί σας. Τα βρέφη συνήθως δεν συνεργάζονται καλά όταν υπάρχει ο αποχωρισμός από τον γονιό. Περάστε λίγο χρόνο με τον σύζυγο σας, με έναν καλό φίλο ή με κάποιους επαγγελματίες υγείας που σας γνωρίζουν καλά και θα οργανώσουν ένα πρόγραμμα με το οποίο θα είστε ευχαριστημένος.

Τα παιδιά συνεργάζονται καλύτερα με φροντίδα που τους προσφέρουν ενήλικες τους οποίους και συμπαθούν και εμπιστεύονται. Ζητήστε από κάποιο μέλος της οικογένειας ή κάποιο κοντινό φίλο να σας βοηθήσει με την καθημερινή ρουτίνα της φροντίδας του μωρού ώστε να δράσουν και ως «εναλλακτικοί γονείς» σε περίπτωση που χρειαστεί. Όσο πιο λίγο η ζωή του μωρού αναστατωθεί θα είναι πιο εύκολο όταν γυρίσετε και εσείς και το μωρό σπίτι σας.

Εάν είστε στο νοσοκομείο ή μακριά από το παιδί σας:

- Είναι απολύτως φυσιολογικό να νιώθετε ενοχές και θλίψη για το παιδί σας – μιλήστε στον γιατρό σας, στον νοσηλευτή σας ή σε κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας για τα συναισθήματά σας.
- Έχετε σε συνεχή ενημέρωση τον σύζυγο ή όποιος φροντίζει το παιδί για την πορεία της κατάστασης σας.
- Εάν δεν υπάρχουν σημεία αναστάτωσης, κανονίστε για το μωρό σας να σας επισκεφθεί ή κανονίστε να ενημερώνετε για την κατάσταση του μωρού σας. (19)

## 5.2. Θεραπευτικά προγράμματα

Η πρόληψη και παρέμβαση σε καταστάσεις γονικής ψυχικής διαταραχής, εκτός από τις εξειδικευμένες παρεμβάσεις που γίνονται στο πλαίσιο της θεραπευτικής αγωγής του γονέα, περιλαμβάνουν μία γενικότερη αντιμετώπιση με αλληλοσχετιζόμενους στόχους. Βέβαια, υπάρχουν πολλά προγράμματα και πολλές διαφορετικές οπτικές θεώρησης. Κάποιες γενικώς παραδεκτές προτάσεις όμως, είναι οι ακόλουθες:

- Παροχή ασφαλούς βάσης για το παιδί, έτσι ώστε αυτό να μπορέσει να εξερευνήσει τον εαυτό του αλλά και τις σχέσεις του με όσους δυνάμει αποτελούν συναισθηματικό δεσμό.
- Συνεχής και σταθερή ενίσχυση και ενθάρρυνση των εξερευνήσεων του παιδιού.
- Ατομική ψυχοθεραπεία του παιδιού.
- Παράλληλη συμβουλευτική – υποστηρικτική του γονέα ή του υποκατάστατού του.
- Κοινές συνεντεύξεις γονέων και παιδιού.
- Τροποποίηση των συνθηκών ζωής του παιδιού και της οικογένειας και σύνδεση της οικογένειας με υποστηρικτικά συστήματα στην κοινότητα.
- Συνεργασία και παρεμβάσεις στο σχολείο ή στο χώρο ζωής του παιδιού (θετή οικογένεια, ανάδοχος οικογένεια, ξενώνας, ίδρυμα).
- Συνεχής και σταθερή συνεργασία των ειδικών που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί. (4 α)

Ένα σωστό πρόγραμμα θέτει κάποιους στόχους και μπορεί να επηρεάσει τους ίδιους που μεσολαβούν ή να μετριάσει τις μεταβλητές, και ως εκ τούτου, μπορεί να γίνει ο ρυθμιστικός παράγοντας στη σχέση μεταξύ γονέων με ψυχικές ασθένειες και των επιπτώσεων στα παιδιά. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αύξηση του αριθμού της ανάπτυξης προγραμμάτων για τους γονείς με ψυχικές ασθένειες. Εν τούτοις, υπάρχει λίγο υλικό το οποίο είναι αξιολογήσιμο για αυτά τα προγράμματα και σεβαστό προς τις επιπτώσεις των παιδιών και των οικογενειών. (13)

Δυο προγράμματα έχουν δείξει κάποια πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα. Αυτά είναι: Α) το *Thresholds Mothers' Project* στο Σικάγο αποτελεί μια πολύ καλή υπηρεσία που περιέχει προγράμματα που αφορούν μητέρες με σοβαρά ψυχικά νοσήματα και τα μικρά τους παιδιά (σε ηλικία από 0 μέχρι 5 ετών). Οι μητέρες αυτές δέχονται θεραπευτική αντιμετώπιση για την ψυχική ασθένεια που έχουν, εκπαίδευση για τον γονικό ρόλο και υποστήριξη. Τα παιδιά και οι γονείς πηγαίνουν σε θεραπευτικό κέντρο το οποίο καταρτίζεται από ειδικούς στην παιδική ανάπτυξη, οι οποίοι δουλεύουν με τα παιδιά και «προπονούν» τις μητέρες στην σωστή ανάπτυξη του παιδιού και το κατάλληλο παιχνίδι. Μια πενταετής μελέτη αυτού του προγράμματος έδειξε ότι και οι μητέρες και τα παιδιά έδειξαν βελτίωση με τον καιρό. Ακόμα, στα παιδιά παρατηρήθηκε αύξηση στην ανάπτυξη της ευφυΐας, στην κοινωνική συμμετοχή και στις προσαρμοστικές ικανότητες. Οι μητέρες έδειξαν αυξημένη την ικανότητα της προσοχής και της συγκέντρωσης, στην διευθέτηση της κοινωνικής ζωής και δουλειάς και γονικού ρόλου. Β) σε ένα άλλο πρόγραμμα στο *Beardslee* παρέχονταν εκπαίδευση στους γονείς και τα παιδιά πληροφορίες σχετικά με την ψυχική ασθένεια των γονιών και τις

επιπτώσεις στην οικογένεια. Αποτελέσματα έδειξαν ότι οικογένειες ανέφεραν βελτιώσεις σε πολλούς τομείς όπως στην συμπεριφορά και την καλή διάθεση, με μειωμένες επιπτώσεις στα παιδιά. Αυτές οι αλλαγές συμπεριλαμβάνουν βελτίωση στην οικογενειακή σχέση / επικοινωνία γονέα – παιδιού, αυξημένη επικοινωνία μεταξύ γονέων και παιδιών για την κατάθλιψη και την υιοθέτηση καινούργιων και καλύτερων στρατηγικών σχεδίων για την οικογένεια, ανάμεσα σε άλλες. Έτσι, για τα παιδιά αναφέρθηκε ότι, έδειξαν μεγαλύτερη κατανόηση ως προς την ψυχική ασθένεια του γονιού και καλύτερη προσαρμοστική λειτουργικότητα. Εν τούτοις μερικά από τα παιδιά παρουσίασαν σημαντικά συμπτώματα ψυχικών διαταραχών κατά την διάρκεια της παρακολούθησης μετά την μεσολάβηση του προγράμματος. (13)

### 5.3. Ξενώνας «Μελία»: μια πρωτοποριακή δομή στην Ελλάδα

*Μελία είναι το όνομα μιας από τις νύμφες  
στις οποίες εμπιστεύτηκε τον Δία η μητέρα του,  
για να τον αναθρέψουν, στοργικά με μέλι και γάλα,  
στο σπήλαιο της Δίκτης στην Κρήτη*

Στην βιβλιογραφική μας έρευνα για τα παιδιά με γονείς με ψυχικές ασθένειες, αναπόφευκτα κάποια στιγμή πέσαμε στην Ε. Ψ. Υ. Π. Ε. (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου). Η Ε. Ψ. Υ. Π. Ε. ιδρύθηκε το 1991 στο πλαίσιο της προσπάθειας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Είναι μη κυβερνητική οργάνωση με τη νομική μορφή του επιστημονικού μη κερδοσκοπικού Σωματείου. Αναπτύσσει δραστηριότητες στους τομείς της λειτουργίας νέων προτύπων υπηρεσιών (μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης), της υλοποίησης προγραμμάτων και παρεμβάσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας του παιδιού και εφήβου, της διενέργειας σχετικών ερευνών και ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, των εκδόσεων και της παραγωγής εκπαιδευτικών ταινιών. Επίσης, διοργανώνει επιστημονικές ημερίδες, συμπόσια και συνέδρια.

Η Ε. Ψ. Υ. Π. Ε. παρέχει πολλές υπηρεσίες όπως ξενώνες, πρότυπες οικίες, κοινοτικά σπίτια, θεραπευτικούς ξενώνες κ.α. Μέσα σε αυτούς τους ξενώνες βρήκαμε και τον πρότυπο ξενώνα Μελία, ο οποίος απευθύνεται σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 5 – 12 ετών, των οποίων οι γονείς δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο γονεϊκό ρόλο, εξαιτίας των προβλημάτων ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν. Η υπηρεσία αυτή είναι μία από τις ελάχιστες που λειτουργούν στην Ευρώπη και φυσικά η μοναδική στην Ελλάδα. Ο ξενώνας αυτός στεγάζεται στην περιοχή Λαμπρινή, στην Αθήνα. Για εμάς ήταν μια μοναδικά ευκαιρία να γνωρίσουμε από κοντά το πως λειτουργεί μία τέτοια υπηρεσία, προκειμένου να έχουμε μια πιο ρεαλιστική άποψη της εργασίας μας. Επικοινωνήσαμε με την υπηρεσία και συμφώνησαν (με μεγάλη ευγένεια) να μας δεχτούν ένα μεσημέρι.

Ο ξενώνας μας έκανε εντύπωση από την πρώτη κιόλας στιγμή. Αν και φτάσαμε στην σωστή διεύθυνση, δυσκολευτήκαμε να το βρούμε μιας και δεν είχε κανένα διακριτικό σημάδι. Το κτήριο είναι άψογο και δεν έχει τίποτα να ζηλέψει από τις πολυτελής πολυκατοικίες που το περιτριγυρίζουν. Η είσοδος είναι πολύ διακριτική, με αρκετή βλάστηση έτσι ώστε δεν φαίνεται σχεδόν από τον δρόμο η διαφανής διακριτική

πινακίδα που μας πληροφορεί ότι έχουμε φτάσει στον ξενώνα. Καθόλου τυχαίο, καθώς τα παιδιά τα οποία διαμένουν στον ξενώνα αποτελούν ενεργό μέλος της τοπικής κοινωνίας και οι υπεύθυνοι θέλουν να αποφύγουν το στίγμα που θα τα συνόδευε αν όλοι οι περαστικοί μπορούσαν να συνδέσουν τα παιδιά με την συγκεκριμένη υπηρεσία.

Μας υποδέχτηκε ο νοσηλευτής με τον οποίο είχαμε μιλήσει στο τηλέφωνο και μας μίλησε για την λειτουργία και τους σκοπούς του ξενώνα:

Κατ' αρχάς, ο ξενώνας δεν μπορεί να φιλοξενήσει παιδιά τα οποία:

1. Έχουν οξεία ή χρόνια παιδοψυχιατρική συμπτωματολογία.
2. Έχουν μέτρια ή σοβαρή νοητική καθυστέρηση, καθώς και με αυτιστική συμπτωματολογία (βαριά διαταραχή στην επικοινωνία, βαριά στερεοτυπική και αυτοτραυματική συμπεριφορά)
3. Έχουν σοβαρά σωματικά προβλήματα (επιληψία μη ρυθμισμένη, αιμορραγική κολίτιδα, κ.α.)

Ο ξενώνας επίσης έχει τέσσερις άμεσους στόχους και έναν γενικό σκοπό. Οι στόχοι της υπηρεσίας είναι η εξής:

- Δημιουργία ενός περιβάλλοντος, όπου το παιδί θα μπορεί να ανακαλύπτει και να κατανοεί τις δικές του ανάγκες και τα δικά του συναισθήματα.
- Πρόληψη και αποτροπή της ψυχικής νόσου στα παιδιά που φιλοξενούνται.
- Επαρκής πληροφόρηση στα παιδιά για το τι σημαίνει η ψυχική διαταραχή του γονέα και η αποκατάστασή της, ανάλογα με την ηλικία τους.
- Υποστήριξη των γονέων στο γονεϊκό ρόλο τους καθώς και στην αποδοχή από αυτούς της ανάγκης για θεραπεία τους.

Ο σκοπός βέβαια της υπηρεσίας είναι ένας και μοναδικός: Η επιστροφή των παιδιών στο σπίτι και η επανασύνδεση με την οικογένειά τους ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό η αποκατάστασή τους σε σταθερό πλαίσιο φροντίδας.

Ο ξενώνας «Μελία» στελεχώνεται από Διεπιστημονική ομάδα η οποία αποτελείται από έναν υπεύθυνο παιδοψυχίατρο της ομάδας, ψυχίατρο, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, νηπιαγωγούς, άλλους ειδικούς ψυχικής υγείας και μια οικοδέσποινα.

Ο ξενώνας είναι γνωστός σε διάφορες υπηρεσίες οι οποίες του προτείνουν διάφορα περιστατικά. Πολύ σπάνια κάποιος γονείς, ή συγγενείς τους, θα έρθουν μόνοι τους και θα προτείνουν μια φιλοξενία των παιδιών στον ξενώνα. Οι υπηρεσίες οι οποίες και συνεργάζονται είναι διάφορες, ψυχιατρικά νοσοκομεία και κλινικές, γενικά νοσοκομεία, προνοιακές υπηρεσίες κ.α. Δυστυχώς, όμως, οι περισσότερες περιπτώσεις έρχονται από τις δικαστικές υπηρεσίες και την εισαγγελία. Με άλλα λόγια, τα παιδιά τα οποία φιλοξενούνται, έχουν υποστεί σοβαρού βαθμού παραμέληση ή ακόμη και κακοποίηση. Ο μέσος όρος παραμονής είναι από μερικές εβδομάδες μέχρι ένα χρόνο, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε οικογένειας. Όταν πια μια οικογένεια έρχεται σε επαφή με την υπηρεσία, δρομολογείται μια διαδικασία.

Κατ' αρχάς γίνεται μια συνάντηση της οικογένειας και του παιδιού (μαζί αν είναι δυνατόν), με τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας, προκειμένου να γίνει μια αξιολόγηση και διάγνωση των αναγκών του παιδιού, των γονέων και της οικογένειάς του σε επίπεδο ψυχικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Αν κριθεί πως δεν απαιτείται η φιλοξενία των παιδιών αλλά οι γονείς είναι όντως σοβαρά ψυχικά πάσχοντες, συντονίζεται ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης, ψυχοεκπαίδευσης και συμβουλευτικής σε αυτές τις οικογένειες. Αν τώρα κριθεί

απαραίτητο πως το παιδί πρέπει να φιλοξενηθεί στον ξενώνα, ακολουθείται μια εξατομικευμένη διαδικασία φιλοξενίας, φροντίδας και υποστήριξης των παιδιών αυτών.

Το παιδί χρειάζεται μια φυσιολογική ζωή. Το παιδί, όπως είπαμε, δεν έχει κάποιο οξύ ή χρόνιο ψυχιατρικό ή σωματικό νόσημα και έτσι δεν πρέπει να δει την φιλοξενία του στον ξενώνα σαν «νοσηλεία» σε κάποιο ίδρυμα. Αναλόγως με την ηλικία του, το παιδί επιδίδεται στις φυσιολογικές λειτουργίες. Πηγαίνει στο σχολείο, κάνει τα μαθήματά του, επιδίδεται στον αθλητισμό, εφόσον το επιθυμεί, παρακολουθεί ξένες γλώσσες ή κάποια άλλη μορφή επιπλέον ή ενισχυτικής εκπαίδευσης. Σε όλες αυτές τις δραστηριότητες βέβαια υποστηρίζεται και βοηθείται από το προσωπικό του ξενώνα. Π. χ. το πηγαίνουν στο σχολείο, το βοηθούν με τα μαθήματά του κτλ. Στον ελεύθερο χρόνο τους, προσπαθούν να απασχολούνται σε δημιουργικές δραστηριότητες και να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το προσωπικό. Διοργανώνονται διάφορες δημιουργικές δραστηριότητες και παιχνίδια έτσι ώστε να διασκεδάζουν, να κοινωνικοποιούνται και να λειτουργούν φυσιολογικά.

Οι νοσηλευτές (μιας και μιλήσαμε με νοσηλεύτη), αποτελούν τα ενήλικα άτομα αναφοράς των παιδιών. Κάθε νοσηλεύτης «χρεώνεται» δύο ή τρία παιδιά και έχει την ευθύνη να παρακολουθεί την πρόοδό του. Ο νοσηλεύτης προτρέπει το παιδί να εκφράζεται. Να εκφράζεται για όλα και για όλους. Κάνει μαζί του κάποιες μικρές «ανεπίσημες» συνεδρίες, όπου μέσα από αυτές «διαβάζει» τα συναισθήματα του παιδιού για την οικογένειά του, τους γονείς, τον ξενώνα, τα άλλα παιδιά, το προσωπικό, τα όνειρα και τα σχέδιά του και όλες αυτές τις πληροφορίες τις αξιοποιεί είτε ο ίδιος μόνος του σε κάποια ζητήματα, είτε σε συνεργασία με τους ψυχολόγους προκειμένου να διαμορφώσουν μια καλύτερη και εξατομικευμένη στρατηγική αντιμετώπισης του κάθε παιδιού.

Εκτός βέβαια από αυτές τις «μικρές συνεδρίες» πραγματοποιούνται και οι επίσημες συνεδρίες με τους ψυχολόγους. Στις συνεδρίες αυτές συμμετέχει ο ψυχολόγος ή οι ψυχολόγοι που έχουν αναλάβει κάποιο παιδί και το πρόσωπο αναφοράς του, δηλαδή ο νοσηλεύτης ο οποίος είναι υπεύθυνος για αυτό. Οι συνεδρίες αυτές έχουν σκοπό να εξακριβώσουν τις ψυχική κατάσταση του παιδιού και η χρονική τους συχνότητα εξαρτάται και αυτή από τις ανάγκες του κάθε παιδιού. Επίσης, όπου και όποτε αυτό είναι δυνατόν, πραγματοποιούνται συνεδρίες στις οποίες συμμετέχουν και οι γονείς. Ακόμη και σε αυτή την περίπτωση συμμετέχει και ένας ενήλικας (π.χ. ο νοσηλεύτης ο οποίος είναι υπεύθυνος για το παιδί) προκειμένου το ίδιο να νιώθει ασφάλεια και σιγουριά σε ένα περιβάλλον το οποίο ίσως του φέρει άγχος και ένταση. Σκοπός αυτών των συνεδριών είναι να εξακριβώσουν και να προάγουν τις σχέσεις και την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην οικογένεια, προκειμένου να επιτευχθεί ο αντικειμενικός σκοπός της υπηρεσίας, ο οποίος φυσικά είναι το παιδί να γυρίσει στην οικογένειά του.

Προκειμένου όμως να ευδοκιμήσει μια τέτοια προσπάθεια, θα πρέπει η οικογένεια να έχει ένα στέρεο υποστηρικτικό δίκτυο στο οποίο να μπορεί να στηρίζεται όταν αντιμετωπίζει δυσκολίες και προβλήματα. Αυτό προσπαθεί να το πετύχει η υπηρεσία με διασυνδεδετική παιδοψυχιατρική με όλες τις υπηρεσίες της κοινότητας, με τις οποίες συνεργάζεται η συγκεκριμένη οικογένεια και δημιουργίας υποστηρικτικού δικτύου για την οικογένεια (ψυχιατρικές υπηρεσίες ενηλίκων, παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, το σχολείο, κ.α.).

Ακόμη όμως και αν έχουν δημιουργηθεί όλες εκείνες οι προϋποθέσεις για να γυρίσει το παιδί σπίτι του, η εργασία της υπηρεσίας δεν σταματάει εκεί. Ανάλογα με την

εκτίμηση των ψυχιάτρων και των ψυχολόγων, γίνεται με συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη της αλληλεπίδρασης παιδιού – γονέων και της λειτουργικότητας της οικογένειας.

Από ότι μας ανέφερε ο νοσηλευτής ο οποίος μας έκανε την ενημέρωση, δεν υπάρχουν ποσοτικά στοιχεία (ή δεν ήταν σε θέση ο ίδιος να μας δώσει) σχετικά με την λειτουργία του ξενώνα, δηλαδή πόσες αιτήσεις είχαν, τι ποσοστό δέχονταν, πόσες είχαν ιδανική εξέλιξη, πόσες σχετικά καλή και πόσες ατυχή. Έτσι λοιπόν, θα βασιστούμε στις δικές του υποκειμενικές εμπειρίες και την αίσθησή του από την εργασία του. Μας είπε πως όλες οι περιπτώσεις των παιδιών έχουν μια πολύ καλή λειτουργικότητα. Η εντυπωσιακή βελτίωση η οποία παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά είναι στην κοινωνικότητά τους. Δεν βελτιώνεται η ευφυΐα τους και ο χαρακτήρας τους ελάχιστα μπορεί να επηρεαστεί. Αυτό το οποίο έχει κάνει του ίδιου τεράστια εντύπωση είναι η αλλαγή η οποία επιτελείται σε αυτά παιδιά στις σχέσεις τους προς τους άλλους, τόσο στους ενήλικους όσο και στους συνομηλίκους τους. Οι μόνες δυσάρεστες περιπτώσεις που μπορούσε να ανακαλέσει στην μνήμη του ήταν ορισμένες στις οποίες οι γονείς δεν είχαν καμία συναίσθηση της κατάστασής τους και όντας φοβισμένοι πως κάποιος «πήραν τα παιδιά τους» ήρθαν και πήραν τα παιδιά με το ζόρι πίσω και πλέον τον λόγο τον έχει η δικαιοσύνη.

Όσον αφορά του αν καλύπτει τις ανάγκες τις περιοχής (της Αθήνας) ο συγκεκριμένος ξενώνας η αντικειμενική του απάντηση ήταν πως τις καλύπτει μιας και σπάνια είναι ο ξενώνας γεμάτος (μπορεί να φιλοξενήσει εννιά παιδιά). Η αίσθησή του όμως είναι πως ο ξενώνας δεν μπορεί να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες μιας τόσο μεγάλης πόλης και αυτό το στηρίζει στο ότι αυτή η πρωτοποριακή και εξειδικευμένη υπηρεσία, δεν είναι ακόμη ευρέως γνωστή, τόσο στο κοινό, όσο και στις υπηρεσίες. Αν ο ξενώνας αποκτήσει τις απαραίτητες διασυνδέσεις και συνεργασίες με όλες τις υπηρεσίες από τις οποίες μπορούν να περνούν τέτοιες περιπτώσεις και αν το κοινό μάθει την ύπαρξη και τις υπηρεσίες αυτού του ξενώνα, τότε οι εννιά θέσεις φιλοξενίας θα αποδειχτούν πολύ λίγες.

Κάποια στιγμή (με την ιδιότητα των νοσηλευτών) ποιες είναι ακριβώς οι νοσηλευτικές πράξεις στις οποίες επιδίδεται ένας νοσηλευτής ο οποίος εργάζεται σε μια τέτοια υπηρεσία. Τότε αυτός μας απάντησε: «Σχεδόν δεν υπάρχουν, είναι πολύ βασικές. Κάθε νοσηλευτική πράξη την οποία μπορεί να κάνει κάποιος γονιός στο παιδί του. Για παράδειγμα, αν κάποιο παιδί χτυπήσει θα του περιποιηθούμε την πληγή.» Αυτή η απάντηση ανάδειξε ένα πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζει η νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Δεν γνωρίζει ακόμη τον εαυτό της. Πριν λίγο, ο νοσηλευτής μας είχε αναφέρει πως πραγματοποιεί κάποιες «μικρές και ανεπίσημες συνεδρίες» μόνος του οι οποίες έχουν σημαντικό ρόλο, αλλά αυτές δεν θεωρούνται νοσηλευτικές πράξεις. Επίσης, συμμετέχει στις «κανονικές» συνεδρίες, αλλά ούτε και αυτό θεωρείται νοσηλευτική πράξη. Κάθε ημέρα, ο νοσηλευτής βρίσκεται κοντά στο παιδί, το εκπαιδεύει και το στηρίζει αλλά τίποτα από όλα αυτά δεν θεωρείται νοσηλευτική πράξη.

Βλέπουμε πως οι νοσηλευτικές πράξεις συρρικνώνονται στο μυαλό των νοσηλευτών σε μερικές μόνο ενέργειες και πράξεις οι οποίες αρχίζουν και τελειώνουν στα όρια ενός γενικού νοσοκομείου τις περισσότερες φορές. Η νοσηλευτική σαν επάγγελμα ακόμη μαστίζεται από κρίσεις ταυτότητας και η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αυτής της σύγχυσης. Βέβαια, σε αυτό δεν φταίει κανείς νοσηλευτή μεμονωμένα (οφείλουμε να ομολογήσουμε σε αυτό το σημείο

πως και εμείς όταν κάναμε την ερώτηση αυτές τις νοσηλευτικές πράξεις είχαμε στο μυαλό μας και κατόπιν, αναλύοντας τις ερωτήσεις μας και τις απαντήσεις του, δημιουργήθηκε στο μυαλό μας αυτό το παράδοξο), η ευθύνη είναι της θεωρίας και της εκπαίδευσης της νοσηλευτικής η οποία (κατά την ταπεινή μας άποψη) δεν έχει βρει ακόμη το στίγμα της στον χώρο της υγείας.

Ο νοσηλευτής σε αυτή την υπηρεσία, όπως άλλωστε και σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παίζει έναν καταλυτικό ρόλο με την παρουσία του και όμως δεν βλέπει την παρουσία του, σαν μια νοσηλευτική παρέμβαση στον άρρωστο. Ίσως να την θεωρεί κάτι ανώτερο ή κάτι κατώτερο ή κάτι απλά διαφορετικό από μια νοσηλευτική ενέργεια. Άποψή μας είναι πως από την στιγμή που κάποιες πράξεις τις πραγματοποιεί αυτός και μόνο αυτός, η ενέργειες αυτές είναι νοσηλευτικές και ως τέτοιες πρέπει να αντιμετωπίζονται από όλους.

Σε αυτό το σημείο οφείλουμε να ευχαριστήσουμε όλους τους νοσηλευτές στον Ξενώνα οι οποίοι ήταν πρόθυμοι να μιλήσουν μαζί μας και να μας ενημερώσουν, ακόμη και να μας δώσουν υλικό για να μας βοηθήσουν στην εργασία μας! Κατόπιν μας ξενάγησαν στον χώρο, αφού μας γνώρισαν μερικά παιδιά τα οποία και αυτά έφευγαν εκείνη την στιγμή για να ψωνίσουν αναψυκτικά. Το περιβάλλον ήταν πολύ όμορφο και οικείο. Τα χρώματα ευχάριστα και ζεστά και τα έπιπλα ασφαλή και άνετα. Η συγκεκριμένη περιοχή στην Αθήνα είναι πολύ ήσυχη και ένα δίχρονο παιδί κοιμόταν μακάρια στο κρεβατάκι του. Όλα τα άλλα είχαν βγει έξω, εκτός από ένα το οποίο το είχε πάρει η μητέρα του με το ζόρι και τα πράγματά του ήταν ακόμη εκεί. Αφού μας έγινε και η ξενάγηση, φύγαμε, αφού πρώτα ευχαριστήσαμε όλους τους παρευρισκόμενους.

Η εμπειρία μας ήταν πράγματι καθοριστική. Μας έδειξε πως αν υπάρχει η βούληση και τα μέσα, αυτά τα παιδιά και οικογένειές τους, μπορούν να βοηθηθούν εντυπωσιακά, ακόμη και μετά από ακραία γεγονότα και σε περιπτώσεις όπου φαίνεται πως πλέον είναι πολύ αργά. Το παράδειγμα του Ξενώνα «Μελία» και η μεγάλη συμβολή του στην λειτουργικότητα αρκετών οικογενειών δεν πρέπει να εφησυχάσει τους υπευθύνους. Αντίθετα, πρέπει να δώσει κίνητρα έτσι ώστε η λειτουργία του να ενισχυθεί και να διευρυνθεί έτσι ώστε να μπορέσει να έχει έναν πιο προληπτικό ρόλο, έτσι ώστε κάποια στιγμή (αν και είναι αρκετά δύσκολο να επιτευχθεί κάτι τέτοιο) να μην φέρνουν άλλα περιστατικά οι δικαστικές αρχές, αλλά μόνο οι υπηρεσίες ψυχικής και όχι μόνο υγείας.

Ευχόμαστε ο Ξενώνας να συνεχίσει να προσφέρει της υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και να συμβάλει ακόμη πιο δυναμικά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Ευχόμαστε επίσης, ανάλογες πρωτοβουλίες να εφαρμοστούν και σε άλλα μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδος.



# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην βιβλιογραφική αυτή μας έρευνα σχετικά με τις οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή, διαπιστώσαμε πως υπάρχει ένα σχετικό κενό γνώσεων και ενεργειών σχετικά με αυτές τις οικογένειες και τα παιδιά τους. Αυτές οι οικογένειες δύσκολα ζητούν βοήθεια, λόγω της φύσης της κατάστασής τους. Οι γονείς πολλές φορές δεν έχουν ενσυναίσθηση και έτσι δεν βλέπουν κάποιον λόγο να ζητήσουν βοήθεια. Ίσως να μην γνωρίζουν που θα απευθυνθούν ή να θα βοηθηθούν. Επίσης, λόγω του κοινωνικού στίγματος, φοβούνται πως απειλείται ο ρόλος τους ως γονέας αν απευθυνθούν σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας ή ότι θα τους πάρουν το παιδί τους και έτσι δεν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό. Τα παιδιά από την άλλη αποτελούν μια πολύ ευάλωτη ομάδα η οποία δεν γνωρίζει τα δικαιώματά της ή δεν έχει την δυνατότητα να ζητήσει βοήθεια.

Αναδύεται, λοιπόν, ένα πολύ σημαντικό θέμα: *ΟΙΟΙ* οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να είναι έτοιμοι προκειμένου να μπορέσουν να αναγνωρίσουν μια κατάσταση γονικής ψυχικής διαταραχής και να βοηθήσουν. Δεν γνωρίζουμε πώς θα έρθει πρώτη φορά σε επαφή με το σύστημα υγείας μια τέτοια οικογένεια. Μπορεί στην κοινότητα, όταν το παιδί χρειάζεται να εμβολιαστεί, μπορεί σε κάποιον ιδιωτικό ιατρό όταν το παιδί κρυολογήσει, μπορεί στην κλινική ενός νοσοκομείου όταν το παιδί σπάσει το χέρι του, μπορεί σε μια ψυχιατρική υπηρεσία όταν ο γονέας αντιμετωπίσει κάποια κρίση της ασθένειάς του.

Δυστυχώς, τις γνώσεις αλλά πάνω από όλα τον τρόπο σκέψης, όπου κάποιος επαγγελματίας υγείας δεν ερευνά μόνο τον ασθενή αλλά και πως επιδρά το στενό τους περιβάλλον πάνω του, δεν το έχουν παρά μόνο λίγοι εξειδικευμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Άποψή μας είναι πως χρειάζεται όλοι όσοι υπηρετούμε στο χώρο της υγείας να έχουμε κάποιες βασικές γνώσεις σχετικά με το πώς του να αναγνωρίζουμε μια τέτοια κατάσταση έτσι ώστε να μπορεί το σύστημα υγείας όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα να αναγνωρίζει τέτοιες καταστάσεις και να προσφέρει βοήθεια. Οι Saunders και Goddard (1998) προειδοποιούν ότι υπάρχει ο κίνδυνος οποιαδήποτε διαδικασία αξιολόγησης κινδύνου να είναι επικεντρωμένη στην προστασία των γραφειοκρατών από την κριτική, παρά των ίδιων των παιδιών και των οικογενειών τους. Ακόμα κι αν ένα τέτοιο πρότυπο ήταν διαθέσιμο, είναι απίθανο να άντεχε σε βάθος χρόνου μιας και οι γνώσεις μας για τις ανάγκες των παιδιών συνεχώς αλλάζουν και μεταβάλλονται, όπως άλλωστε και το θεωρητικό υπόβαθρό πάνω στο οποίο στηρίζονται και οι επιστήμες υγείας. Βέβαια, δεν μπορεί ο κάθε ιατρός και ο κάθε νοσηλευτής να ασχοληθεί εκτεταμένα με το ζήτημα μιας και υπάρχει ο συγκεκριμένος τομέας όπου εργάζεται ο κάθε ένας και αφιερώνει όλη την γνώση και την ενέργειά τους. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, παραθέσαμε στην εργασία αυτή έναν σύντομο και περιεκτικό οδηγό των σημαντικότερων αρχών και ενεργειών τις οποίες πρέπει να γνωρίζει ένας επαγγελματίας υγείας αν θέλει και αυτός να βοηθήσει στο πολύ σοβαρό πρόβλημα της γονικής ψυχικής ασθένειας.

Οι συναισθηματικές προκλήσεις της συνεργασίας με ενήλικους γονείς που έχουν την επιθυμία να αλλάξουν, αλλά που αυτό δεν γίνεται σε ένα αρκετά γρήγορο χρονικό πλαίσιο, είναι πολύ έντονες για τους επαγγελματίες υγείας. Είναι κατανοητό το ότι

πολλές φορές προσπαθούν να μην είναι αυτοί οι οποίοι θα πάρουν τις σκληρές αποφάσεις. Όπως σημειώνει ο Killen (1996), εργαζόμαστε σε έναν ιδιαίτερα φορτισμένο συναισθηματικά τομέα, και ως επαγγελματίες πρέπει να βρούμε τις διεξόδους για να λειτουργήσουμε σωστά αλλά και να επιζήσουμε. Υπάρχει ένα εύρος συναισθημάτων που φαίνεται πως παρεμποδίζουν την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών από τους εργαζομένους τα οποία συμπεριλαμβάνουν:

- Άγχος για το αν θα υποστούν σωματικές βλάβες από εξαγριωμένους γονείς.
- Η φύση των αποφάσεων οι οποίες μπορεί να είναι πολύ σκληρές στα αποτελέσματά τους.
- Η ανάγκη της συναισθηματικής ικανοποίησης των γονέων.
- Αισθήματα ανικανότητας
- Άρνηση ευθυνών ή επίρρησή τους σε άλλους
- Αίσθηση απόλυτης προσωπικής ευθύνης για ότι μπορεί να συμβεί στην οικογένεια

Μελέτες σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι δουλεύουν στην κοινότητα έχουν επισημάνει ότι ακόμη και σε οικογένειες οι οποίες είναι κάτω από την επίβλεψη και την συνεχή προσπάθεια από επαγγελματίες υγείας, μπορούν να βρεθούν περιπτώσεις παραμέλησης και κακοποίησης σε εξέλιξη (Killen, 1996). Αυτά τα συμπεράσματα υποστηρίζονται από την έρευνα των Goddard Stanley (2002) στην Βικτόρια, που πρότεινε ότι οι εργαζόμενοι βιώνουν μια κατάσταση ομηρίας, που οδηγούνται από το ότι μικροποιούν ή δεν βλέπουν την σοβαρότητα της κατάστασης, προκειμένου να συνεχίσουν να εργάζονται μαζί τους.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## Συνήθη προβλήματα ψυχικής διαταραχής

Η έρευνα της επίπτωσης της ψυχικής διαταραχής του γονέα στα παιδιά του είναι αρκετά νεαρή στον χώρο της ψυχικής υγείας. Ο κύριος όγκος της βιβλιογραφίας αναλώνεται σε στατιστικές πιθανοτήτων ανάπτυξης και από τα παιδιά της ανάλογης διαταραχής, ανάλογα με την αιτιολογία της, προκειμένου να μπορέσει να προληφθεί μια πιθανή ασθένεια. Με άλλα λόγια η επιστημονική κοινότητα έβλεπε τα παιδιά ως εν δυνάμει ασθενείς των οποίων το μεγάλο στοίχημα ήταν να μην ασθενήσουν. Τα πράγματα όμως δεν είναι άσπρο – μαύρο. Μόνο τα τελευταία χρόνια οι επιστήμονες αποφάσισαν να σκύψουν πάνω από την οικογένεια και να δουν την καθημερινή της ζωή. Ποια προβλήματα αναπτύσσονται από την ψυχική διαταραχή ενός γονέα σε μια οικογένεια; Οι ψυχικές παθήσεις όμως είναι πολλές και με διάφορα συμπτώματα. Κάθε διαφορετική διαταραχή, κάθε διαφορετική εκδήλωση ψυχικής νοσηρότητας, επιφέρει διαφορετικά προβλήματα στην οικογένεια και τα παιδιά. Όλα αυτά πρέπει να ερευνηθούν ένα – ένα και να αναλυθούν επισταμένα. Όπως είναι λογικό, η έρευνα πάνω στο θέμα ακόμη βρίσκεται στα σπάργαλα. Έτσι λοιπόν, για λίγες (τις σπουδαιότερες) ψυχικές παθήσεις, έχουμε κάποια ικανοποιητικά στοιχεία του πως αυτές, η κάθε μία με τον δικό της μοναδικό τρόπο πολλές φορές, επιδρούν στην ψυχική, κοινωνική, ακόμη και σωματική υγεία του παιδιού. Παρακάτω θα κάνουμε μια αδρή αναφορά σε όλη σχεδόν την γκάμα των ψυχικών παθήσεων από τις οποίες αν πάσχουν οι γονείς μπορούν να επηρεαστούν τα παιδιά, ενώ θα κάνουμε μια κάπως μεγαλύτερη αναφορά στις νόσους αυτές από τις οποίες έχουμε και τα στοιχεία.

Μια πρώτη μεγάλη ομάδα ψυχικών διαταραχών είναι οι **Ψυχώσεις**. Η ψύχωση μπορεί να οριστεί ως η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τι είναι πραγματικό και τι όχι, ακόμη και όταν οι αποδείξεις περί πραγματικότητας είναι ξεκάθαρες. Με απλά λόγια, το ψυχωτικό άτομο έχει διαταραγμένη την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας. Στις ψυχώσεις ανήκουν η σχιζοφρένεια (που είναι και η πιο συχνή), η Παραληρητική Διαταραχή κ.α. (3)

Άλλη ομάδα ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει εκείνες που έχουν σχέση με το άγχος (παλαιότερα ονομάζονταν **Νευρώσεις**). Αυτές είναι οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Φοβίες, οι Ψυχαναγκαστικές – Καταναγκαστικές Διαταραχές κ.α. (3)

Οι **Συναισθηματικές Διαταραχές** αποτελούν μια ομάδα, ο οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης. Διάθεση στην ψυχιατρική ονομάζονται τα εσωτερικά συναισθήματα του ατόμου δηλαδή αυτό το οποίο το άτομο *νιώθει πραγματικά* και επηρεάζει την συμπεριφορά καθώς και την αντίληψή του προς τον κόσμο. Παραδείγματα διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η απελπισία, ο θυμός, η ευερεθιστότητα, το άγχος, ο ενθουσιασμός, η ευφορία κ.α. Από την άλλη, συναίσθημα είναι η *εξωτερική έκφραση της διάθεσης*, δηλαδή πως προσλαμβάνει ο έξω κόσμος τα αισθήματά του. Στις συναισθηματικές διαταραχές περιλαμβάνονται η μανία, η κατάθλιψη, η μανιοκατάθλιψη, η υπομανία, η κυκλοθυμία κ.α. (3)

Οι **Διαταραχές Προσωπικότητας** περιλαμβάνουν τις διάφορες καταστάσεις εκείνες όπου η προσωπικότητα του ατόμου περιλαμβάνει στοιχεία που κάνουν δύσκολη την προσαρμογή και την κοινωνική του συμπεριφορά και οδηγούν είτε σε έντονη υποκειμενική ενόχληση, είτε σε λειτουργική του έκπτωση. Τέτοιες διαταραχές είναι η παρανοειδής, η αντικοινωνική, η οριακή, η ναρκισσιστική κ.α.

Επίσης, υπάρχουν ψυχικές διαταραχές που μπορεί να σχετίζονται με βλάβη εγκεφαλικών δομών. Αυτές ονομάζονται **Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές** και παράδειγμα αποτελεί η άνοια. Η κατάχρηση του αλκοόλ και των τοξικών ουσιών προκαλεί επίσης ψυχικές διαταραχές. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί μας φέρνει προ της απόφασης να θεωρούμε παιδιά αλκοολικών γονέων ή εξαρτημένων από τοξικές ουσίες ως παιδιά γονέων με ψυχικές παθήσεις. (3)

Τέλος, υπάρχουν ψυχικές διαταραχές που είναι αποτέλεσμα μιας σωματικής ασθένειας και περιγράφονται ως **Ψυχικές Διαταραχές οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατάσταση**. (3)

Αν εξετάσουμε την επιδημιολογία των ψυχικών ασθενειών μπορούμε να καταλήξουμε σε μερικά πολύ ενδιαφέροντα (αν και ανησυχητικά) συμπεράσματα:

1. Οι ψυχικές διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία (παιδιά, ενήλικες, ηλικιωμένοι). Άρα, ακόμη και ένας άνθρωπος ο οποίος μέχρι που τεκνοποίησε ήταν υγιής, δεν σημαίνει πως αυτό θα παραμείνει. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί να εκδηλώσουν άμεσα τα συμπτώματα κάποιας ψυχικής ασθένειας και έτσι και αυτά με την σειρά τους να επηρεάσουν τους γονείς δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο επιδείνωσης της διαταραχής. (3)
2. Οι γυναίκες γενικά εμφανίζουν πιο συχνά ψυχικές παθήσεις. Αυτό είναι πολύ σημαντικό στοιχείο μιας και έχει παρατηρηθεί πως το παιδί επηρεάζεται πρωτίστως από την μητέρα του. Από αυτήν αναμένει τόσο το συναίσθημα της αγάπης όσο και την παροχή προστασίας και ασφάλειας. Ο πατέρας παίζει πιο πολύ έναν συμπληρωματικό ρόλο στην συναισθηματική του ανάπτυξη. Παραδείγματα οικογενειών με ψυχικά ασθενή πατέρα και υγιής μητέρα είχαν πολύ καλή εξέλιξη, ενώ το αντίθετο συνήθως δεν έχει τόσο καλό αντίκτυπο στα παιδιά. (3)
3. Κοινωνικοί παράγοντες που προδιαθέτουν σε εμφάνιση ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως η φτώχεια, η απομόνωση, η μετανάστευση, η ανεργία, η χηρεία, το διαζύγιο, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου. Αυτό μας δείχνει πόσο πολύπλοκο είναι το φαινόμενο και πώς η επέμβαση του συστήματος υγείας πρέπει να είναι πολυεπίπεδη και ολιστική. (3)

## **ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Η Σχιζοφρένεια ανήκει στις ψυχώσεις και ετυμολογικά σημαίνει «σχάση του μυαλού». Χαρακτηριστικό της ασθένειας είναι ότι ο ασθενής παρουσιάζει μια έντονα διαταραγμένη αντίληψη της πραγματικότητας – χάνει τα όρια του εαυτού του – και γι' αυτόν τον λόγο επηρεάζεται ο τρόπος που σκέπτεται, αισθάνεται, ομιλεί και

συμπεριφέρεται. Το φάσμα όμως των εκδηλώσεων είναι πολύ ευρύ, από την έντονη διέγερση έως την πλήρη απάθεια και από την απλή εκκεντρικότητα έως την τελείως αλλόκοτη συμπεριφορά. Συνεπώς δεν πρέπει να έχουμε μια συγκεκριμένη κλινική εικόνα στο μυαλό μας για τον σχιζοφρενή ασθενή μιας και αυτή μπορεί να είναι εντελώς διαφορετική από άρρωστο σε άρρωστο. Η πάθηση μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, από την παιδική έως την γεροντική, ωστόσο *συνήθως* εμφανίζεται στην όψιμη εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Υπολογίζεται ότι από τη διαταραχή αυτή πάσχει το 1% του γενικού πληθυσμού. (3)

### Συμπτωματολογία

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που προσβάλλει πολλές από τις ψυχικές λειτουργίες. Προσβάλλει την σκέψη, το συναίσθημα, την αντίληψη, την αίσθηση του εαυτού, τη βούληση, το λόγο και τις σχέσεις με τον εξωτερικό κόσμο. Τα συμπτώματα αυτά χωρίζονται σε θετικά και αρνητικά, χωρίς αυτό να σημαίνει κάτι για την πρόγνυσή τους, αλλά αυστηρά και μόνο αφορά την φύση των συμπτωμάτων. (3)

Συνήθως η νόσος εμφανίζεται με οξεία επεισόδια κατά τα οποία είναι πολύ έντονα τα θετικά συμπτώματα, το άτομο είναι ανήσυχο και η συμπεριφορά του διαταραγμένη. Σε αυτή την φάση το άτομο χρειάζεται οπωσδήποτε νοσηλεία και φαρμακευτική αγωγή. Στην συνέχεια η νόσο μπορεί να παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις με ικανοποιητική βελτίωση κάθε φορά ή να μεταπέσει σε χρονιότητα όπου συνυπάρχουν τα θετικά με τα αρνητικά συμπτώματα. (3)

Οι διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών που μπορεί να εμφανίζονται χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες και είναι οι εξής:

- **Διαταραχές Σκέψης.** Διαταράσσεται το περιεχόμενο της σκέψης και εμφανίζονται παραληρητικές ιδέες. Αυτές είναι αλλόκοτες, λανθασμένες και παράξενες ιδέες. Τέτοιες είναι ιδέες δίωξης ή παρανοϊκές («όλοι θέλουν το κακό μου»), ιδέες συσχέτισης δηλαδή πως όλα κινούνται γύρω από τον ίδιο («με κοιτούν παράξενα και μιλούν για εμένα»), ιδέες επίδρασης («εξωγήινοι ελέγχουν την σκέψη μου»), ιδέες μεγαλείου («είμαι ο υιός του Μεγάλου Αλεξάνδρου»). Οι Διαταραχές σκέψης ανήκουν στα θετικά συμπτώματα. (3)
- **Διαταραχές Αντίληψης.** Πρόκειται για τις λεγόμενες ψευδαισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις είναι ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές ή απτικές, χωρίς όμως να υπάρχει εξωτερικός ερεθισμός για την αίσθηση, χωρίς να υπάρχει δηλαδή ήχος, εικόνα, μυρωδιά ή αντικείμενο. Στην σχιζοφρένεια πιο κοινές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις. Το άτομο ακούει διάφορες φωνές οι οποίες του δίνουν εντολές για κάτι ή μπορεί να τον βρίζουν, να τον κοροϊδεύουν ή να τον απειλούν. Οι φωνές αυτές προκαλούν μεγάλη ένταση, δυσφορία και φόβο. Οι Ψευδαισθήσεις ανήκουν στα θετικά συμπτώματα. (3)
- **Διαταραχές Λόγου.** Ο λόγος του σχιζοφρενή μπορεί να είναι μπερδεμένος, ασυνάρτητος και ακατανόητος σαν συνέπεια της διαταραχής της ροής της σκέψης του. Όταν υπάρχει πλήρης ασυναρτησία στη σκέψη αυτή χαρακτηρίζεται ως χάλαση συνειρμών. Και οι Διαταραχές του Λόγου εμπίπτουν στην κατηγορία των θετικών συμπτωμάτων της νόσου. (3)

- **Διαταραχές Συναισθήματος.** Χαρακτηριστικό είναι πως τις περισσότερες φορές το συναίσθημα του ατόμου χαρακτηρίζεται ως αμβλύ ή επίπεδο. Δηλαδή τα συναίσθημα του ατόμου φανερώνονται πολύ φτωχά σε αντιδράσεις και φαίνεται πως τίποτα δεν μπορεί να τον επηρεάσει και να τον συγκινήσει, ούτε η χαρά ούτε η λύπη. Το αμβλύ συναίσθημα είναι αρνητικό σύμπτωμα της νόσου. (3)
- **Διαταραχή στη σχέση με τον έξω κόσμο.** Το άτομο κλείνεται στον σπίτι και στον εαυτό του, δεν θέλει επικοινωνία με κανέναν και δεν δείχνει ενδιαφέρον για τίποτα (αρνητικό σύμπτωμα). Διαταραχές εμφανίζονται επίσης και στην βούλησή του, δηλαδή στην κινητοποίηση για καθημερινή δραστηριότητα, που φυσικά οδηγεί και στην διακοπή της επαγγελματικής εργασίας. (3)
- Άλλα γενικά συμπτώματα της νόσου είναι η απώλεια όρεξης για φαγητό, η διαταραχή του ύπνου, η απώλεια της λίμπιντο, οι υποχονδριακές ιδέες και η έντονη σύγχυση. (3)

### Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση της σχιζοφρένειας

Σε μια ψυχική ασθένεια βέβαια είναι εξαιρετικά δύσκολο να προβλεφθεί ποια από τα περιστατικά θα ακολουθήσουν μια πορεία βελτίωσης και ποια μια πορεία επιδείνωσης ή χρονιότητας. Παρ' όλα αυτά έχουν εντοπιστεί ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν θετικά την πορεία της νόσου. Μερικοί από αυτούς είναι οι εξής:

- ✓ Έναρξη της νόσου όψιμα (δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση)
- ✓ Οξεία έναρξη της νόσου (δηλαδή καλύτερη πρόγνωση όταν τα συμπτώματα κάνουν την εμφάνισή τους απότομα και για μικρό χρονικό διάστημα.)
- ✓ Το γυναικείο φύλο. (δηλαδή οι γυναίκες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους άντρες).
- ✓ Η συνύπαρξη διαταραχής συναισθήματος.
- ✓ Η καλή λειτουργικότητα μεταξύ των επεισοδίων
- ✓ Η ύπαρξη εκλυτικών γεγονότων
- ✓ Όταν δεν έχει υπάρξει απόσυρση/ απομόνωση πριν από την νόσηση
- ✓ Η απουσία οικογενειακού ιστορικού σχιζοφρένειας
- ✓ Η απουσία βλαβών στον εγκέφαλο.

Όσοι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες υπάρχουν τόσο καλύτερη είναι και η πρόγνωση της νόσου. (3)

### Διάφοροι κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας

Όπως είδαμε τα συμπτώματα τα οποία μπορεί να εμφανίσει ένας σχιζοφρενείς είναι πολλών ειδών. Ανάλογα με το ποια από αυτά εμφανίζονται ή επικρατούν περισσότερο, διαχωρίζουμε και διάφορα είδη σχιζοφρένειας. Έτσι λοιπόν, τα πιο συχνά είδη είναι τα παρακάτω:

- **Κατατονικός τύπος.** Χαρακτηριστικό του είναι ο αρνητισμός, η ακινησία ή οι ιδιόρρυθμες κινήσεις και στάσεις του σώματος.

- **Αποδιοργανωμένος τύπος.** Επικρατεί μια αποδιοργάνωση τόσο του λόγου όσο και της συμπεριφοράς και το συναίσθημα είναι επίπεδο και απρόσφορο. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη και η πορεία είναι χρόνια χωρίς σημαντική υποχώρηση των συμπτωμάτων.
- **Αδιαφοροποίητος τύπος.** Σε αυτό το είδος υπάρχουν όλων των ειδών τα συμπτώματα. Παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση λόγου και συμπεριφοράς και αρνητικά συμπτώματα, χωρίς να φαίνεται πως κάποιο από αυτό προεξέχει από τα υπόλοιπα.
- **Υπολειμματικός τύπος.** Κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα με μια μικρή και παροδική παρουσία θετικών συμπτωμάτων χωρίς όμως να είναι ιδιαίτερα έντονα. (3)

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η Κατάθλιψη είναι η πιο διαδεδομένη ψυχική διαταραχή (εκδηλώνεται στο 8% του πληθυσμού στην Ελλάδα) ενώ ο WHO προβλέπει πως το 2020 θα είναι η πρώτη αιτία νοσηρότητας παγκοσμίως. Κάθε άνθρωπος μπορεί να νοσήσει από κατάθλιψη ανεξάρτητα από ηλικία, μόρφωση, κοινωνικό επίπεδο ή οικονομική κατάσταση. Πολύ σημαντικό επίσης για την μελέτη μας είναι πως η κατάθλιψη επηρεάζει κατά πολύ περισσότερο τις γυναίκες. Υπολογίζεται πως το 20 – 26 % των γυναικών θα νοσήσουν από κατάθλιψη τουλάχιστον μία φορά στην ζωή τους. (3) Ένας τεράστιος αριθμός παιδιών με άλλα λόγια έχει ζήσει με μια μητέρα η οποία κάποια τουλάχιστον στιγμή υπέφερε από κατάθλιψη.

### Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της Κατάθλιψης (όπως νωρίτερα και της Σχιζοφρένειας) είναι πάρα πολλά και πολλών ειδών. Τα συμπτώματα μπορούν επίσης να αφορούν και το νευρικό σύστημα αλλά και να παρουσιάζονται σαν σωματικά ενοχλήματα. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι πως στιγμές λύπης, στεναχώριας και απογοήτευσης βιώνουν όλοι οι άνθρωποι αρκετές φορές στην ζωή τους και αυτό είναι φυσιολογικό. Προκειμένου λοιπόν να μπορέσουμε να μιλήσουμε για Καταθλιπτική Διαταραχή πρέπει να συναισθήματα αυτά να είναι πολύ έντονα και να επιμένουν για παραπάνω από δύο εβδομάδες. Τα κυριότερα συμπτώματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής λοιπόν, είναι τα εξής:

- Έντονο συναίσθημα θλίψης, που συνοδεύεται από εύκολο κλάμα, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.
- Ανηδονία, δηλαδή έλλειψη ευχαρίστησης για οποιαδήποτε δραστηριότητα (φαγητό, σεξ, χόμπι, κοινωνικές ή οικογενειακές εκδηλώσεις)
- Άγχος με την μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή ευερεθιστότητας.
- Απομόνωση, αποφυγή κοινωνικών επαφών.
- Δυσκολία στον ύπνο, πολύ πρωινή έγερση ή και το αντίθετο, δηλαδή υπερυπνία.

- Ανορεξία με απώλεια βάρους ή και το αντίθετο, αυξημένη όρεξη με αύξηση του σωματικού βάρους
- Αίσθημα κόπωσης και απώλεια ενεργητικότητας
- Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης
- Απώλεια του ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες (εργασία, χόμπι κλπ) και δυσκολία στη διεκπεραίωσή τους.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση, δηλαδή μονότονος και βραδύς λόγος, αργές κινήσεις, απλανές βλέμμα
- Δυσκολία στην προσοχή και στην συγκέντρωση και δυσκολία στην λήψη αποφάσεων
- Αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, αυτοκατηγορίας και απώλεια αυτοπεποίθησης
- Έλλειψη ελπίδας για το μέλλον
- Σκέψεις θανάτου και σκέψεις ή απόπειρα αυτοκτονίας
- Σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, κράμπες, ναυτία, εμετοί, δυσκοιλιότητα, πόνοι στο στήθος, δύσπνοια)
- Ψυχωτικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες καταστροφής του ιδίου ή του κόσμου, ψευδαισθήσεις). (3)

### **Εκλυτικοί παράγοντες**

Η αιτιολογία της Κατάθλιψης, όπως άλλωστε και των περισσότερων ψυχικών διαταραχών είναι πολλαπλή. Μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικούς, νευροβιολογικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επίσης μπορεί να οφείλεται σε χρήση ουσιών και διάφορες σωματικές ασθένειες. Συνήθως όμως, όποια προδιάθεση και αν υπάρχει, η αφορμή βρίσκεται σε κάποιο σπουδαίο γεγονός στην ζωή του ατόμου που πυροδοτεί και την έναρξη της κατάθλιψης. Μερικά από αυτά τα γεγονότα μπορεί να είναι:

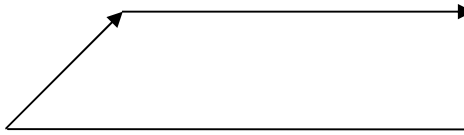
- Θάνατος αγαπημένου προσώπου
- Χηρεία, απώλεια συντρόφου
- Απώλεια εργασίας – ανεργία
- Δυσάρεστη ατμόσφαιρα ή συγκρούσεις στο χώρο εργασίας
- Διαζύγιο, αποχωρισμός ενός ατόμου
- Φτώχεια
- Προβλήματα στον γάμο
- Αλλαγή χώρου κατοικίας
- Αιφνίδιες κοινωνικές ή πολιτισμικές αλλαγές (μετανάστευση)
- Χρόνια σωματική νόσος (π.χ. καρκίνος) ή σοβαρή εγχείρηση
- Σημαντική, ξαφνική βλάβη της υγείας
- Βιώματα από εγκληματική επίθεση ή ατύχημα ή φυσική καταστροφή (σεισμός)
- Περίοδος εμμηνόπαυσης (κλιμακτήριος)
- Τοκετός. Αποτελεί μια ειδική μορφή κατάθλιψης που συνδέεται με την περίοδο της λοχείας και ονομάζεται επιλόχεια κατάθλιψη. (3)



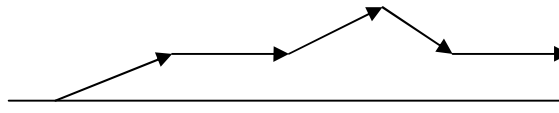
## Κλινική πορεία της κατάθλιψης

Γενικά, η κλινική πορεία της Κατάθλιψης μπορεί να συνοψιστεί σχηματικά στις εξής περιπτώσεις:

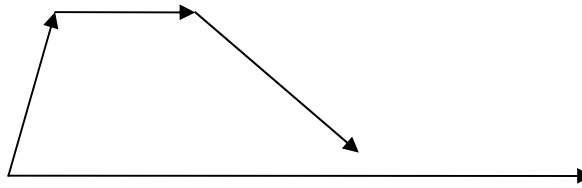
I. Μακροχρόνια, ήπια και ύπουλη έναρξη.



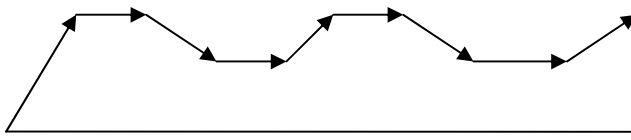
II. Μακροχρόνια, ήπια και ύπουλη έναρξη και προσθήκη έντονων συμπτωμάτων για ένα χρονικό διάστημα.



III. Ξαφνική έναρξη και πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά από ένα χρονικό διάστημα.



IV. Ξαφνική έναρξη, μερική υποχώρηση με υποτροπές



Σε κάθε περίπτωση αυτό το οποίο πρέπει να ξέρουμε ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κλινικής της πορείας είναι πως μπορεί τα συμπτώματα να εμφανιστούν αρκετά ξαφνικά ή να υπάρχουν για αρκετό καιρό (ακόμη και από την νεαρή ηλικία) και να επιτεθούν ξαφνικά. Ακόμη πως μετά από μια περίοδο έξαρσης, μπορεί πολλές φορές τα συμπτώματα να υποχωρήσουν μόνα τους (χωρίς νοσηλεία) ή και να εξαφανιστούν εντελώς. (3)

Όσον αφορά την θεραπεία, αυτή βοηθάει στο να διαρκεί ο χρόνος των συμπτωμάτων μικρότερο διάστημα και να είναι αυτά πιο ήπια, αν και πολλές φορές τα συμπτώματα δεν υποχωρούν τελείως παρά την θεραπεία. Πάντως, όσο πιο πολλά

συμπτώματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τόσο πιθανότερο είναι και να εμφανιστεί μια μελλοντική υποτροπή. (3)

## Μανιοκατάθλιψη

Η Μανιοκατάθλιψη, αλλιώς Διπολική Διαταραχή, είναι μια πολύ διαδεδομένη ψυχική ασθένεια η οποία μοιάζει αρκετά με την Κατάθλιψη αλλά έχει το χαρακτηριστικό πως είναι πιο συχνό να εμφανίσει ο ασθενής ψυχωτικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες και διαταραχές αντίληψης) και γενικότερα έχει μια πιο απαισιόδοξη πρόγνωση. Επίσης, η Διπολική Διαταραχή, εκτός από τις καταθλιπτικές φάσεις τις οποίες μπορεί να περνάει το άτομο και τα συμπτώματά του να είναι τα ίδια με αυτά του καταθλιπτικού ασθενούς, περιέχει και μανιακές περιόδους κατά τις οποίες το άτομο (και οι γύρω του) υποφέρει από τα εξής συμπτώματα: (1)

- Διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης με τη μορφή ευφορίας ή ευερεθιστότητας και απρόσφορου γέλιου. Συχνά, όμως, κατά την διάρκεια της ευφορίας εμφανίζεται παροδική κατάθλιψη, δηλαδή η διάθεση εναλλάσσεται και είναι ασταθής.
- Εύκολη διάσπαση της προσοχής
- Πίεση λόγου, δηλαδή ο λόγος είναι γρήγορος και κάτω από την πίεση των σκέψεων που παράγονται συνεχώς, μεταπηδά από το ένα θέμα στο άλλο (ιδεοφυγή).
- Ιδέες διογκωμένης αυτοεκτίμησης (ιδέες μεγαλείου)
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, χωρίς ο ασθενής να αισθάνεται κούραση.
- Αυξημένη δραστηριότητα – υπερκινητικότητα. Ο ασθενής εμπλέκεται σε πολλές καταστάσεις (εργασιακές, κοινωνικές, σεξουαλικές). Ασχολείται με πολλά σχέδια, θέλει να τα κάνει όλα, αλλά τελικά δεν καταφέρνει να τελειώσει κανένα. Αυτό φανερώνει έλλειψη κριτικής ικανότητας.
- Συχνά, μάλιστα η συμπεριφορά του γίνεται επικίνδυνη και κοινωνικά ανεπίτρεπτη. Ο ασθενής μπορεί να ξοδεύει άσκοπα λεφτά, να οδηγεί επικίνδυνα και να έχει αχαρακτήριστη σεξουαλική συμπεριφορά. Μπορεί να έχει έντονη διαχυτικότητα και να προκαλεί με το ντύσιμο και την συμπεριφορά του. Τέλος, είναι πιθανές πράξεις βίας, τόσο στην οικογένειά του, όσο και στον εαυτό του (αυτοκτονία).
- Η όρεξή του είναι φυσιολογική αλλά παρατηρείται απώλεια βάρους λόγω της υπερκινητικότητας.
- Μπορεί να υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες και διαταραχές αντίληψης). (1)

# **ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια μεγάλη αστάθεια σε διάφορους τομείς της ζωής τους ασθενούς, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συναισθηματική διάθεση αλλά και η εικόνα του εαυτού του. Επίσης έχει έντονη παρορμητικότητα. (3)

Η διαταραχή εμφανίζεται νωρίς στην ενήλικη ζωή και τα συμπτώματα τα οποία υπάρχουν είναι τα εξής:

- Ξέφρενες προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη (δηλαδή το άτομο αντιδρά με φόβο, πανικό, θυμό ή οργή όταν νιώσει ότι ο άλλος το αφήνει μόνιμα ή προσωρινά).
- Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις που χαρακτηρίζονται από τις ακραίες περιπτώσεις της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης του άλλου.
- Διατάραξη της ταυτότητας, δηλαδή έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού.
- Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί (ξόδεμα χρημάτων, σεξ, κατάχρηση ουσιών, απρόσεκτη οδήγηση).
- Επανειλημμένη αυτοκτονική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έντονη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος, που συνήθως διαρκεί για λίγες ώρες).
- Χρόνιο αίσθημα κενού.
- Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνά ξεσπάσματα θυμού, συνεχής θυμός.)
- Παροδικός, σχετιζόμενος με το στρες, παρανοϊκός ιδεασμός.

Η διαταραχή αυτή είναι κατά πολύ συχνότερη στις γυναίκες. (3)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### Νομικό πλαίσιο για τη γονική προστασία στην Ελλάδα

Δυστυχώς, στην χώρα μας, το νομικό πλαίσιο αντιμετώπισης της γονικής προστασίας, είναι ελάχιστο, αν όχι ανύπαρκτο. Ας δούμε νοερά την πορεία ενός τέτοιου περιστατικού:

Αρχικά, το θέμα αρχικά επιλαμβάνεται (δυστυχώς) από τις αστυνομικές και στην συνέχεια από τις δικαστικές αρχές. Το θέμα συνήθως έρχεται στην επιφάνεια με την μορφή ποινικού αδικήματος από την πλευρά των γονέων. Τα πιο συχνά αδικήματα είναι «σωματική βλάβη ανηλίκου», «έκθεση ανηλίκου σε κίνδυνο», «αιμομιξία» και πολλά άλλα. Οι αρχές λοιπόν, ενημερώνονται για το πρόβλημα πολύ καθυστερημένα. (4 β)

Τότε είναι που το κράτος δεν έχει άλλη επιλογή από το να απομακρύνει το παιδί από το περιβάλλον του. Η απομάκρυνση του παιδιού γίνεται με βάση τη διαδικασία των άρθρων 1532 και 1533 του αστικού κώδικα, τα οποία ορίζουν ότι αν ο πατέρας και η μητέρα παραβαίνουν ή δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στα καθήκοντα που επιβάλλει το λειτούργημά τους για την επιμέλεια του προσώπου του τέκνου, το δικαστήριο μπορεί, εφόσον το ζητήσει ο εισαγγελέας, να επιβάλει οποιοδήποτε πρόσφορο μέτρο. Συγκεκριμένα, τα μέτρα αφορούν την αφαίρεση της άσκησης της γονικής μέριμνας ολικά από το γονέα και την ανάθεση αποκλειστικά σε κάποιο άλλο άτομο ή φορέα. Με τον ίδιο τρόπο, όταν ο προτεινόμενος φορέας ή άτομο δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στα γονικά του καθήκοντα, το δικαστήριο έχει την αρμοδιότητα να αναθέσει την πραγματική φροντίδα του παιδιού και την επιμέλειά του ολικά σε τρίτο. Το δικαστήριο φυσικά έχει κρίνει πως άλλα μέτρα κρίνονται ανεπαρκή για να αποτρέψουν τον πιθανό κίνδυνο ως προς τη σωματική ακεραιότητα, την πνευματική ή την ψυχική υγεία του παιδιού. Το δικαστήριο αναθέτει την πραγματική φροντίδα του τέκνου σε κατάλληλη οικογένεια, κατά προτίμηση συγγενική. Αν αυτό δεν είναι δυνατόν, η ανάθεση γίνεται σε κατάλληλο ίδρυμα, ενώ συγχρόνως ορίζεται η έκταση της γονικής μέριμνας που παραχωρείται καθώς και οι όροι άσκησης της. (4 β)

Κατά κανόνα, δηλαδή, προτείνεται η ιδιαίτερα σκληρή λύση της απομάκρυνσης του ανηλίκου από το οικογενειακό του περιβάλλον, χωρίς δυστυχώς να προβλέπεται κάποια διαδικασία στήριξης του περιβάλλοντος αυτού. Οι γονείς που δεν ανταποκρίνονται στο ρόλο της επαρκώς και παρουσιάζουν ψυχική διαταραχή αφήνονται κυριολεκτικά στην τύχη τους. Δεν ασχολείται κανείς μαζί τους, παρά μόνο με την «προστασία» του παιδιού. Κανείς όμως δεν λαβαίνει υπόψη πως η προστασία του παιδιού νοείται και η συναισθηματική και ψυχική του προστασία και πως χωρίς τον γονέα του υγιή, αυτή η «προστασία» του κινδυνεύει άμεσα. (4 β)

Σε περίπτωση επίσης όπου ένα παιδί ή έφηβος, λόγω προβλημάτων στο οικογενειακό διαταραγμένο του οικογενειακό περιβάλλον βρεθεί ως δράστης ποινικού αδικήματος, αντιμετωπίζεται μόνο ως παραβάτης, δηλαδή ως υποκείμενο τέλεσης αδικήματος και όχι ως θύμα. Άρα λοιπόν, έγκειται στην ευαισθησία του επιμελητή ανηλίκων να δει το πρόβλημα του παιδιού και να δράσει αναλόγως. (4 β)

Με αυτή την μικρή ανασκόπηση, βλέπουμε πως δεν υπάρχει το κατάλληλο νομικό πλαίσιο προκειμένου να αντιμετωπίζονται τέτοιες καταστάσεις. Σε αυτό το αποτέλεσμα έχουμε φτάσει λόγω πολλών παραγόντων. Ένας από αυτούς είναι η ελλείψεις σε δομές και υπηρεσίες υγείας (ιδιαίτερα στην επαρχία) που θα μπορούσαν να βοηθήσουν. Ο πιο βασικό όμως παράγοντας είναι η απροθυμία συνεργασίας ανάμεσα στις δικαστικές και υγειονομικές υπηρεσίες αυτές της χώρας. Οι υπεύθυνοι αναλώνονται σε αλληλοκατηγορίες (εσείς φταίτε για την κατάσταση) και δεν θέλουν να συνεργαστούν γιατί ξέρουν πως θα τεθεί θέμα ποιος έχει την μεγαλύτερη εξουσία και όπως γνωστό οι ιατροί και οι δικηγόροι – δικαστικοί στο σύνολό τους είναι τόσο υπερήφανοι ώστε να δεχτούν υποδείξεις ή εντολές από αλλήλους.

Το θέμα πρέπει να αναδειχτεί με έντονο τρόπο, προκειμένου να φιλοτιμηθούν όλες οι υπηρεσίες να συνεργαστούν για να φτάσουμε σε ένα νομικό πλαίσιο έτσι ώστε να μπορεί το πρόβλημα αυτό να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά και σε βάθος χρόνου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Carlson, Neil. *Physiology of Behavior*. Allyn and Bacon 1998.
2. Κάκουρος, Κ. – Μανιαδάκη, Κ. *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα 2005.
3. Μάνου, Ν. *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. United Studio Press. 1997
4. Μπίμπου – Νάκου, Ι. (επιμέλεια) *Πλαίσια στήριξης της οικογένειας στην πράξη. Το παράδειγμα της γονικής διαταραχής*. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 2005. α) Β. Χαντζαρά *Η Ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του παιδιού και η γονική σχέση*. β) Χρυσογιάννη, Ε *Δυνατότητες και περιορισμοί του νομικού πλαισίου σε ζητήματα αξιολόγησης της γονικής επάρκειας και της παιδικής προστασίας*.
5. Μπίμπου – Νάκου, Ι. «Κι εγώ μπορώ να είμαι καλή μαμά!» *ψυχική υγεία γονέων και παιδιών*. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 2005.
6. Ραγιά, Α. *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Παπανικολάου Α. Β. Ε. Ε. Αθήνα 2005.
7. Σακελλαροπούλου, Π. *Σχέσεις Μητέρας – παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 2001.
8. Σαββόγλου, Δ. *Η επίδραση της ψυχοπαθολογίας στον γονεϊκό ρόλο*. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης προγράμματος «Ψυχαργός – Β' Φάση» Αθήνα 2006.
9. Σαββόγλου, Δ. *Οι επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας των γονέων στα παιδιά*. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης προγράμματος «Ψυχαργός – Β' Φάση» Αθήνα 2006.
10. Βασιλοπούλου, Κ. *Ο ρόλος του γονιού μέσα από το πρίσμα της ψυχικής ασθένειας*. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης προγράμματος «Ψυχαργός – Β' Φάση» Αθήνα 2006.

## Διαδίκτυο

11. Hegarty, M. Supporting children affected by parental dual diagnosis. *Auseinetter*, 25, 21-27, 2005. [www.auseineter.com](http://www.auseineter.com)
12. Cousins, C. When is it serious enough? The protection of children of parents with a mental health problem, tough decisions and avoiding a “martyred” child. *AeJAMH*, Vol 3, Issue 2, 2004. [www.auseineter.com/journal/vol3iss2/cousins.pdf](http://www.auseineter.com/journal/vol3iss2/cousins.pdf)
13. Nicholson, J – Biebel, K – Hinden, B – Henry, A – Stier, L. Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families. Center of Mental Health Service Research, Department of Psychiatry, University Of Massachusetts Medical School. 2001. [www.mentalhealth.org](http://www.mentalhealth.org)
14. Tidy, S. The Blue Polar Bear. NSW Department of Community Services of Australian Government. 2005. [www.community.nsw.gov.au](http://www.community.nsw.gov.au)
15. Australian infant, child, adolescent and family mental health association ltd. Family Talk. Motiv Design. Australia 2004. [www.copmi.net.au](http://www.copmi.net.au)

16. Fudge, E – Mason, P. Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *AeJAMH*, Vol 3, Issue 2, 2004. [www.auseinet.com/journal/vol3iss2/fudgemason.pdf](http://www.auseinet.com/journal/vol3iss2/fudgemason.pdf).
17. Australian infant, child, adolescent and family mental health association ltd. Principles and Actions for Services and People Working with Children of Parents with a Mental Illness. Common health of Australia. Australia 2004. [www.copmi.net.au](http://www.copmi.net.au)
18. Maybery, D – Reupert, A – Patric, K - Goodyear, M – Crase, L. Vichealth Research Report On children at risk in families affected by parental mental illness. Vichealth. 2005. [www.vichealth.vic.gov.au](http://www.vichealth.vic.gov.au).
19. Australian infant, child, adolescent and family mental health association ltd. The Best For Me And My Baby. Motiv Design. Australia 2004. [www.copmi.net.au](http://www.copmi.net.au)
20. Maybery, D – Reupert, A – Goodyear, M. Evaluation of a model of best practice for families who have a parent with mental illness. (2006)
21. Rethink. Parents with mental illness. [www.enotalone.com](http://www.enotalone.com)
22. “Children of parents with mental illness” [www.familymanagement.com](http://www.familymanagement.com). Articles: 52, 39,
23. Bender, E. Children Of Depressed Parents Have More Health Problems. *Psychiatric News*. Volume 41. Number 11, page 18. 2006. [pn.psychiatryonline.org/index.dtl](http://pn.psychiatryonline.org/index.dtl).