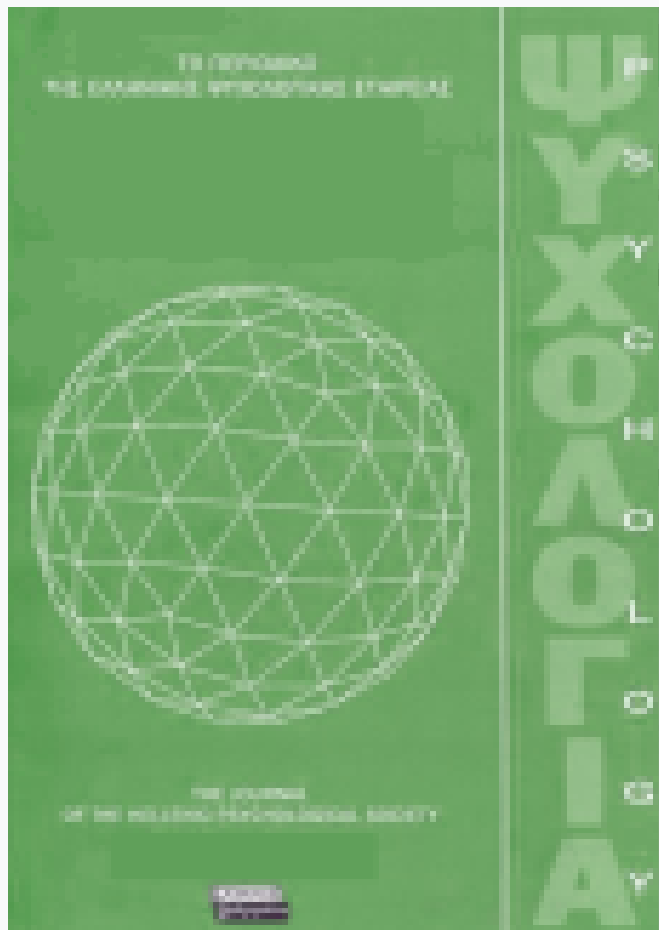


## Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 11, No 2 (2004)



### Cases of neglect /abuse in families with parental mental disorder

*Ιωάννα Μπίμπου-Νάκου, Αριάδνη Στογιαννίδου*

doi: [10.12681/psy\\_hps.24001](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24001)

Copyright © 2020, Ιωάννα Μπίμπου-Νάκου, Αριάδνη Στογιαννίδου



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

#### To cite this article:

Μπίμπου-Νάκου Ι., & Στογιαννίδου Α. (2020). Cases of neglect /abuse in families with parental mental disorder. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 11(2), 162–183.  
[https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.24001](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24001)

## Εμπειρίες παραμέλησης/κακοποίησης σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή

ΙΩΑΝΝΑ ΜΠΙΜΠΟΥ-ΝΑΚΟΥ

ΑΡΙΑΔΝΗ ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΟΥ

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη αφορά τις προσπάθειες κατανόησης των παραγόντων που συντελούν στη μεγαλύτερη έκθεση των παιδιών σε πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης, και ειδικότερα του παράγοντα της γονικής ψυχικής διαταραχής. Τα ερευνητικά δεδομένα συχνά συνδέουν την ψυχική διαταραχή του γονιού με τις πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών τους, αν και υπάρχουν αντιφατικές μαρτυρίες (Duncan & Heder, 2000. Dunn, 1993). Η παρούσα μελέτη αποτελεί τμήμα του προγράμματος «Γονική ψυχική διαταραχή και ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών», το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας «ΔΑΦΝΗ». Στόχοι της μελέτης ήταν: α) η διερεύνηση της εμφάνισης παραμέλησης/κακοποίησης σε οικογένειες με ψυχική διαταραχή και η σύνδεση με ατομικούς-κοινωνικούς παράγοντες, όπως το είδος της ψυχικής διαταραχής, το πλαίσιο οικογενειακής στήριξης, η οικιακή βία, και β) η σύνδεση μεταξύ γονικής ψυχικής διαταραχής και ψυχικής υγείας παιδιών. Η μελέτη αφορά 25 οικογένειες στις οποίες είτε η μητέρα (84%) είτε ο πατέρας (16%) νοσεί με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: α) μελέτη αρχείου, με λεπτομερειακή ανάλυση των φακέλων σε σχέση με δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της οικογένειας, β) ημιδομημένες συνεντεύξεις με τους ασθενείς γονείς των οικογενειών, με στόχο την κατανόηση οπτικών και εμπειριών τους, και γ) το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών - ΕΔΔ (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) του Goodman (1994), το οποίο συμπληρώθηκε από γονείς (για 33 παιδιά) και εκπαιδευτικούς (για 20 παιδιά). Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη θέση του οικογενειακού μοντέλου (Falkov, 1998) για τα συσσωρευτικά αποτελέσματα των αντίξων οικογενειακών συνθηκών στη δυνατότητα της οικογένειας να διασφαλίσει την ομαλή ανάπτυξη και την ψυχική υγεία των παιδιών. Επιπλέον, διαφαίνεται η απαίτηση για πολλά επίπεδα υπηρεσιών και δραστηριοποίησης για τη στήριξη της οικογένειας σε περιπτώσεις παραμέλησης/κακοποίησης.

Λέξεις-κλειδιά: Παραμέληση/κακοποίηση, Γονική ψυχική διαταραχή, Οικογενειακό μοντέλο προσέγγισης.

### Εισαγωγή

Το πρόβλημα της παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών προκαλεί σημαντικό κοινωνικό ενδιαφέρον και ανησυχία και χρησιμοποιείται για να προταθούν θεσμικά μέτρα προς την κατεύθυνση της προστασίας του παιδιού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,

1999) θεωρεί τη βία ως πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Η σημαντική αύξηση του ποσοστού των παιδιών που υφίστανται βία απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή στο συγκεκριμένο πρόβλημα αλλά και βελτιώσεις ως προς την αναγνώριση και τον εντοπισμό τους από την πλευρά των επαγγελματιών. Στην Αμερική και στην Ευρώπη, με βάση τις εθνικές επιδημιολογικές μελέτες, αναφέρεται

τετραπλασιασμός των περιπτώσεων σωματικής και συναισθηματικής παραμέλησης παιδιών. Η παραμέληση/κακοποίηση των παιδιών προκαλεί σημαντικά προβλήματα στα ίδια και στο περιβάλλον τους, που συνδέονται με εξίσου σοβαρές συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνέπειες (Ackerson, 2003. Anthony & Cohler, 1987. Bethea, 1999. Dunn, 1993). Οι συνέπειες αυτές αρκετά συχνά διατηρούνται και μέχρι την ενήλικη ζωή (Cicchetti & Toth, 1995). Για να αναπτύξουμε προγράμματα παρέμβασης χρειάζεται να κατανοήσουμε τους παράγοντες που συντελούν στη μεγαλύτερη έκθεση των παιδιών σε πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης (Bethea, 1999). Η γονική ψυχική διαταραχή αποτελεί έναν τέτοιο παράγοντα, για τον οποίο, ωστόσο, υπάρχουν αντιφατικές μαρτυρίες: Τα ερευνητικά δεδομένα συχνά συνδέουν την ψυχική διαταραχή του γονιού με τις πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών τους (Duncan & Reder, 2000. Dunn, 1993), παρ' όλο που είναι δύσκολο να απομονωθεί η ψυχική υγεία/ασθένεια από τους αλληλοσυνδεδεμένους ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες, όπως θα δούμε στη συνέχεια.

### Η γονική σχέση σε πλαίσιο

Για να κατανοήσουμε την επίδραση της γονικής ψυχικής διαταραχής στη γονικότητα, χρειάζεται οπωσδήποτε να την εντάξουμε στο πλαίσιο της διαθέσιμης στήριξης της οικογένειας και των ευρύτερων κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει (Bibou-Nakou, 2004). Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές μελέτες που καταδεικνύουν πως οι οικογένειες δε στηρίζονται επαρκώς ως προς τις ανάγκες τους από τις διάφορες κοινοτικές υπηρεσίες (Falkon, 1996, 1998. Grunbaum & Gammeltoft, 1993). Από την άλλη πλευρά, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που απευθύνονται σε ενήλικες φαίνεται να παραμελούν τη γονική ευθύνη και τις υπευθυνότητες αυτού του ρόλου, καθώς συνεργάζονται με τους γονείς ως ενήλικες ασθενείς μόνο, στο σύστημα των ψυχιατρικών υπηρεσιών (Hawes &

Cottrell, 1999. Hetherington, Cooper, Smith, & Wilford, 1997). Με αυτό εννοούμε πως τις περισσότερες φορές η επαγγελματική φροντίδα που δίνεται στους γονείς με ψυχική διαταραχή απευθύνεται στις προσωπικές τους ανάγκες ως ασθενείς και όχι στις ανάγκες στήριξης τους ως γονείς με ευθύνη για τη φροντίδα των παιδιών τους. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το στιγματισμό που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή (Jones, 2002), συντελεί ώστε οι γονείς με ψυχική διαταραχή να αντιμετωπίζονται σε απομόνωση από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως στους φακέλους των ατόμων που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας τις περισσότερες φορές βρίσκουμε στοιχεία για την οικογένεια καταγωγής και ελάχιστες ή καθόλου πληροφορίες για το πώς ο ενήλικας τα βγάζει πέρα με τη δική του οικογένεια (Jones, 2002). Αυτό ίσως στηρίζεται στην υπόθεση πως οι γονείς με προβλήματα υγείας δομούνται ουσιαστικά ως αποδέκτες φροντίδας και στήριξης και πως οι δυσκολίες τους συνδέονται κυρίως με την ταυτότητά τους ως παιδιά με τους δικούς τους γονείς.

Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αρχίζουν να ασχολούνται με τα ζητήματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών μόνο όταν εμπλέκονται οι κοινωνικές υπηρεσίες, κυρίως με βάση την έννοια της γονικής ευθύνης. Με άλλα λόγια, για να ασχοληθεί η υπηρεσία με τον εξυπηρετούμενο ως γονιό και όχι μόνο ως ασθενή χρειάζεται ίσως να αναγνωριστεί κανείς ως «αποτυχημένος» γονιός ή να θεωρηθεί πως τα παιδιά του βρίσκονται «σε κίνδυνο» ή «σε ανάγκη».

Στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης «τα παιδιά σε ανάγκη» αποτελούν μια διοικητική κατηγορία που συνδέεται με τις δυνατότητες μιας οικογένειας να έχει πρόσβαση σε κάποια υπηρεσία (Howarth, 2001. Raske, 1997). Ωστόσο, πολλοί γονείς θεωρούν πως αυτή ακριβώς η αναγκαιότητα για τη συναίνεση από την πλευρά τους ώστε να προσδιοριστούν τα παιδιά ως «παιδιά σε ανάγκη» αποτελεί και το σημαντικότερο εμπόδιο για τους ίδιους ως προς την πρόσβασή τους σε

υποστηρικτικές υπηρεσίες (Gopfert, Webster, & Seeman, 1996. Hetherington et al., 1997).

Τα τελευταία χρόνια οι παραπάνω αντιλήψεις άρχισαν να διαφοροποιούνται με τη σταδιακή υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης των οικογενειών, που αφορά το σύνολο των μελών μιας οικογένειας σε πλαίσιο και όχι σε απομόνωση. Η διαφοροποίηση αυτή αποτυπώνεται σε ερευνητικά και υποστηρικτικά προγράμματα που αφορούν τα παιδιά και τους γονείς με σοβαρά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα (DAPHNE, 2001. Falkov, 1998. Rubovits, 1996).

**Σύνδεση γονικής υγείας και ανατροφής των παιδιών.** Αν κοιτάξει κανείς προσεκτικά τη βιβλιογραφία, θα διαπιστώσει πως οι γονείς με συγκεκριμένες δυσκολίες σωματικής ή ψυχικής υγείας είναι σχεδόν «αόρατοι». Οι περισσότερες μελέτες αφορούν συνήθως τα παιδιά με αναπηρία και τις σχέσεις τους με τους γονείς που τα φροντίζουν (Eisør, 1993. Olsen & Clarke, 2003). Ή επικεντρώνονται στην αξιολόγηση αναγκών και σε προγράμματα παρέμβασης για γονείς μεγάλους σε ηλικία που τους φροντίζουν τα ενήλικα παιδιά τους. Η απουσία αυτή φαίνεται να στηρίζεται, εν μέρει, από μια άρρητη υπόθεση πως οι γονείς με προβλήματα υγείας κυρίως δέχονται οι ίδιοι φροντίδα από τους γύρω τους, χωρίς να είναι σε θέση να παρέχουν φροντίδα στα παιδιά τους (Kleinman, 1988).

Όσες μελέτες ασχολούνται με χρόνια προβλήματα υγείας των γονιών, από την άλλη πλευρά, επικεντρώνονται ιδιαίτερα είτε σε ανεπάρκειες των ασθενών γονιών ως προς το ρόλο τους είτε στα αρνητικά αποτελέσματα της συχνά ανεπαρκούς φροντίδας που παρέχουν στα παιδιά τους (Lefley, 1996). Πρόκειται δηλαδή για μελέτες που ως κεντρική διάσταση θεωρούν τη γονική μειονεξία, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται μια βιβλιογραφία που αδυνατεί να καταλάβει τη σημασία των οικονομικών και κοινωνικών δομών για τη διευκόλυνση της γονικότητας. Οι συγκεκριμένες οικογένειες απομονώνονται ακόμη περισσότερο στην παράδοση της «κλινικής» παρέμβασης, με συνέπεια η παθολογία να είναι η κύρια οπτική που υιοθετούν οι ερευνητές όταν διερε-

νούν τη σχέση της γονικότητας και της υγείας/ασθένειας. Μια τέτοια οπτική είναι συνεπής με την πολιτική που υποστηρίζει πως η αποτελεσματική γονικότητα αφορά κατεξοχήν τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά των γονιών ως ατόμων. Η προσκόλληση σε ατομικές ικανότητες, ωστόσο, θεωρείται ασυνεπής με τις προσεγγίσεις του κοινωνικού μοντέλου στην αναπηρία (Howarth, 2001. Kleinman, 1988). Οι δραματικές αλλαγές που σημειώθηκαν στο οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο όπου διαμορφώνονται οι οικογένειες επηρεάζουν σημαντικά τους τρόπους με τους οποίους οι γονείς καταφέρνουν να μεγαλώσουν τα παιδιά τους (Gorrell-Barnes, 1998. Olsen, 1996). Οι αλλαγές αυτές αφορούν την ίδια τη φύση της αγοράς εργασίας, τη συρρίκνωση παραδοσιακών επαγγελμάτων, τις συνθήκες υπογεννητικότητας, τις εμπειρίες χωρισμού και διαζυγίων, την πόλωση μεταξύ πλούτου και αποθεμάτων, την αύξηση των παιδιών που ζουν σε συνθήκες φτώχειας (Jones, 2002. Joseph, Shashank, Lewin, & Abrams, 1999). Γνωρίζουμε πως υπάρχει στενή σχέση της φτώχειας με την αναπηρία, όπως και της φτώχειας με το μόνο γονιό (Beardslee, 2002). Κατά συνέπεια κατανοούμε πως η σχέση των γονιών με το παιδί τους στις περιπτώσεις που ο ένας γονιός παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα υγείας απαιτεί τη συστηματική διερεύνηση κεντρικών ζητημάτων στις οικογένειες αυτές, οι οποίες συχνά περιθωριοποιούνται.

**Μητρότητα και ψυχική υγεία γονιού - παιδιού.** Η μελέτη για τη γονικότητα και την ψυχική υγεία/ασθένεια τις περισσότερες φορές περιορίζεται κυρίως στη μητρότητα. Η επικέντρωση στις μητέρες χρειάζεται να συζητηθεί λίγο. Η μητέρα θεωρείται ακόμη ως η κύρια παρουσία παροχής φροντίδας και στήριξης για την ανατροφή των παιδιών (Altschuler, 1997. Chase, 1998. Donald & Jureidini, 2004) και οι ανάγκες της ψυχικής τους υγείας υπεραντιπροσωπεύονται συστηματικά στον κλινικό πληθυσμό συγκριτικά με τους άνδρες ασθενείς και πατέρες (Lefley, 1996).

Από την άλλη πλευρά, η μητρότητα εμφανίζεται σήμερα ως μια εύκολη υπόθεση (βλέπε μελέτες για το ρόλο της οικογένειας και την ιστο-

ρία της μητρότητας: Donzelot, 1979. Hollway & Featherstone, 1997). Τις περισσότερες φορές παρουσιάζεται σαν να μη συνδέεται με τίποτα, ούτε με μια ικανοποιητική εργασία ούτε με παράγοντες οικονομικής σταθερότητας, και πολύ λιγότερο, βέβαια, με συναισθήματα αμφιθυμίας των μητέρων προς τα παιδιά. Η πρόσφατη εξιδανίκευση της μητρότητας αρνείται στις γυναίκες την ευκαιρία να συμπλυνθούν με τα ανάμεικτα συναισθήματα της μητρότητας.

Η απελπισία που νιώθουμε (επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινό) στις περιπτώσεις παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών με τις οποίες ερχόμαστε σε επαφή αφορά, κατά την άποψή μας, την απελπισία πως δεν μπορέσαμε να κρατήσουμε σε ασφάλεια το πιο λατρευτό κομμάτι του εαυτού μας. Η παραμικρή επίθεση στην παιδική αθωότητα φαίνεται ως επίθεση από «έξω», από κάτι κακό που δεν είναι δυνατόν να βρίσκεται στις σχέσεις μεταξύ του γονιού και του παιδιού. Ωστόσο, η πραγματικότητα είναι τελείως διαφορετική, καθώς γονείς περιορισμένοι και φτωχοί νοητικά και συναισθηματικά και με απουσία πραγματικού υποστηρικτικού συστήματος μπορεί να προκαλέσουν κακό στα παιδιά τους. Στις περιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής, ένας γονιός με παραληρητικές ιδέες μπορεί να εντάξει το παιδί του σε αυτές και να εκφραστεί με έντονη επιθετικότητα εκτός ελέγχου. Ή, ακόμη, ένας γονιός που βιώνει ανυπόφορο στρες και άγχος λόγω μοναξιάς ή απουσίας ουσιαστικής βοήθειας για τα παιδιά του μπορεί να τα κακομεταχειρίζεται. Όταν αυτό γίνεται από τους ανθρώπους εκείνους που έχουν τους σοβαρότερους λόγους να διασφαλίσουν την ασφάλεια των παιδιών τους, δεν είναι διόλου παράξενο που οι αναπαραστάσεις της μητρότητας επικαλούνται το «κακό» εκτός των σχέσεων γονιού και παιδιού ως εξήγηση. Όσα άτομα δοξάζουν τυφλά τη μητρότητα, δύσκολα αποδέχονται πως υπάρχουν μητέρες που μπορεί να κακοποιούν κάποιες φορές τα παιδιά τους. Κατά συνέπεια, σύμφωνα με τη Featherstone (1997), η αποδοχή της μητρικής αμφιθυμίας θα βοηθούσε σημαντικά την έρευνα για την κακοποίηση των παιδιών.

### Γονική ψυχική διαταραχή και κακοποίηση/παραμέληση παιδιών

Η ψυχική διαταραχή είναι συχνή στο γενικό πληθυσμό και κατά συνέπεια πολλά παιδιά μεγαλώνουν ή θα μεγαλώσουν με ένα γονιό που υποφέρει από μια ψυχική ασθένεια (Falkon, 1998. Gorfert et al., 1996). Οι περισσότεροι γονείς ζουν στην κοινότητα και στηρίζονται από τις οικογένειές τους κυρίως. Τα περισσότερα παιδιά ζουν με γονείς που παρουσιάζουν ήπιες ή παροδικές δυσκολίες. Ένα μικρό ποσοστό, ωστόσο, μεγαλώνει με γονείς που υποφέρουν από μακρόχρονες και επίμονες διαταραχές (Joseph, Shanshank, Lewin, & Abrams, 1999. Lefley, 1996. Morsch, Finnsønn, & Brinchman, 2001). Αναφέρεται ενδεικτικά ότι, σύμφωνα με στοιχεία της τελευταίας πενταετίας, το 25% των νέων γυναικών με ψυχική διαταραχή μεγαλώνει ένα παιδί κάτω των 5 χρόνων. Το 1/4 των ενηλίκων με σχιζοφρένεια ζει σε νοικοκυριά με παιδιά μικρότερα των 16 χρόνων, ενώ το 60% των γυναικών με χρόνια σοβαρή ψυχική διαταραχή έχει παιδιά μικρότερα επίσης των 16 χρόνων (Oates, 1997). Πέρα από τη γονική ψυχική διαταραχή, οι οικογένειες αντιμετωπίζουν και άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (π.χ., χωρισμό-διαζύγιο) σε διπλάσιο ποσοστό συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Poole, 1996. Silverman, 1989). Επίσης, στις περιπτώσεις γονικής ψυχικής διαταραχής οι διαφωνίες και οι συγκρούσεις μεταξύ των συζύγων είναι πιο συχνές, όπως και η έκθεση του παιδιού σε επιθετική συμπεριφορά στο οικογενειακό περιβάλλον, με συχνά αρνητικές συνέπειες για το ίδιο (Duncan & Reder, 2000. Schuff & Asen, 1996).

Το πρόβλημα της γονικής ψυχικής διαταραχής και η στήριξη των οικογενειών για την ανταπόκρισή τους στις ανάγκες των ίδιων και των παιδιών τους άρχισαν να αναγνωρίζονται σταδιακά σε όλη την Ευρώπη (Hetherington et al., 1997). Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν υιοθετηθεί αξιόλογες αλλαγές στο επίπεδο των πρακτικών και της πολιτικής για την ψυχική υγεία καθώς και της κοινωνικής πολιτικής για τα παιδιά με γονείς που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική

διαταραχή (Gopfert et al., 1996. Mowbray, Oyserman, Zemencuk, & Ross, 1995). Οι επαγγελματίες και οι ερευνητές δείχνουν ουσιαστικό ενδιαφέρον για τη σχέση μεταξύ της γονικής ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών καθώς και πιθανών πρακτικών παραμέλησης/κακοποίησης (Osofsky, 2003).

Οι περισσότερες σχετικές μελέτες επικεντρώθηκαν στο αν οι γονείς που εμπλέκονται σε πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών διαφέρουν ως προς την ψυχική τους υγεία απ' όσους δεν εμπλέκονται σε τέτοιες πρακτικές (Walsh, MacMillan, & Jamieson, 2002). Από τις πρώιμες θέσεις των ερευνητών που αποδίδουν τις πρακτικές παραμέλησης σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας των γονιών (όπως είναι, για παράδειγμα, η παρορμητικότητα), περάσαμε στις νεότερες προσεγγίσεις που αναζητούν μεθοδικά τα δυνητικά αίτια της κακομεταχείρισης των παιδιών σε παράγοντες πλαισίου της γονικής σχέσης (Agathonos-Georgoulou, 1998. Wolfe, 1985). Ας έχουμε υπόψη μας πως ιστορικά οι προσεγγίσεις για τις οικογενειακές και την ψυχική διαταραχή τροφοδοτήθηκαν από ιδεολογικές και πολιτικές πρακτικές και λιγότερο από την επιθυμία των ερευνητών και των κλινικών να κατανοήσουν την οπτική των συγκεκριμένων οικογενειών (Jones, 2002).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα συγκροτημένο σώμα μελετών που φαίνεται να καταδεικνύουν τη συστηματική σχέση μεταξύ των διαταραχών διάθεσης, όπως είναι η κατάθλιψη (Beardslee, 2002. Radke-Yarrow, Zahn-Waxler, Richardson, Susman, & Martinez, 1994. Taylor, Norman, Murphy, Jellinek, Quinn, Poitras, & Goshko, 1991), το άγχος (Whipple & Webster-Stratton, 1991), ή των διαταραχών προσωπικότητας ή σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων σε έναν από τους δύο γονείς με πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών.

Η βιβλιογραφία για την κακοποίηση παιδιών ασχολείται κυρίως με τέσσερα σημαντικά θέματα: τη θέση της ως κοινωνικού προβλήματος, γιατί συμβαίνει, πώς θα έπρεπε να αντιμετωπίζεται και πώς το χειριζόμαστε.

Το γιατί συμβαίνει η παραμέληση/κακοποίηση

συζητείται κυρίως με βάση τις μελέτες του Bowlby (1982) για το συναισθηματικό δεσμό και τις απόψεις του Kempe και των συνεργατών του (1962) για την απουσία ενσυναίσθησης κατά τη μητρική φροντίδα, λόγω του ότι και οι ίδιες οι μητέρες δεν είχαν επαρκείς μητρικές εμπειρίες με την οικογένεια καταγωγής τους. Στις απόψεις αυτές ασκήθηκε κριτική κυρίως από το κίνημα της κριτικής κοινωνικής ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας (Mason & Falloon, 2001). Η κριτική αυτή συζήτησε τις βασικές αυτές θεωρήσεις και τη λειτουργία τους (και κυρίως του συναισθηματικού δεσμού) στο ιστορικό πλαίσιο εμφάνισής τους και μετακινήθηκε δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις οικονομικές και κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες μέσα στις οποίες συγκροτούνται και ζουν οι οικογένειες (Jones, 2002. Olsen & Clarke, 2003).

Η σχέση της γονικής ψυχικής διαταραχής με τις πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης στα παιδιά συζητείται κυρίως με βάση άμεσες ή έμμεσες συνδέσεις μεταξύ τους. Είναι πολύ πιθανόν δηλαδή ένας γονιός με ψυχική διαταραχή να ανταποκρίνεται με δυσκολία στις ανάγκες του παιδιού του αναπτυξιακά και συναισθηματικά (Finkelhor, 1984). Ή ο γονιός υιοθετεί ανεπαρκείς πρακτικές, καθώς ήδη το παιδί παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς ή συναισθήματος ως αρνητική αντίδραση στη γονική διάθεση και συμπεριφορά (Hall & Farek, 1988). Γνωρίζουμε, ακόμη, πως τα παιδιά που ζουν με γονείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή έχουν προδιάθεση για την εμφάνιση προβλημάτων (Beardslee, 2002), καθώς, επίσης, πως η γονική ψυχική διαταραχή συσχετίζεται με αυξημένο ενδοοικογενειακό στρες, που αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για μια επαρκή γονική σχέση.

Οι άμεσοι κίνδυνοι για σωματική βλάβη των παιδιών αφορούν κυρίως το θάνατο των παιδιών καθώς και την κακομεταχείρισή τους (Taylor et al., 1991). Προφανώς η υψηλή συχνότητα κακοποίησης των παιδιών συνδέεται με τα υπάρχοντα επίπεδα διαθέσιμων υποστηρικτικών συστημάτων. Οι επιδράσεις από την κακομεταχείριση δεν περιορίζονται σε άμεσες και παρούσες συνέπειες για τα παιδιά, αλλά εκτείνονται και στις

μελλοντικές ιστορίες των συγκεκριμένων παιδιών ως ενηλίκων (Schuff & Asen, 1996. Stanley & Penhale, 1999). Πολλοί ερευνητές και κλινικοί επιμένουν στη διάκριση της παραμέλησης από διάφορα είδη κακοποίησης ή την αλληλοκάλυψή τους, που αποτελεί και τη συχνότερη περίπτωση στις ιστορίες των παιδιών και των οικογενειών τους (Browne & Finkelhor, 1986. Briere & Runtz, 1990. Mullen et al., 1993). Όλοι, όμως, συμφωνούν πως το αναπτυξιακό πλαίσιο βοηθά ιδιαίτερα στην αξιολόγηση των συνεπειών, καθώς τα παιδιά κατανοούν, βιώνουν και εκφράζουν διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις στο τραύμα της κακοποίησης (Agathopoulos-Georgoroulou, 1997). Σε μικρότερη ηλικία τα παιδιά αντιδρούν με άγχος και σύγχυση, ενώ λίγο αργότερα εκδηλώνουν ενοχές και ντροπή. Στη σχολική ηλικία τα παιδιά εκφράζουν έντονα το συναίσθημα της κοινωνικής δικαιοσύνης, ενώ στην εφηβεία βιώνουν πένθος και την αίσθηση της απώλειας της σχέσης τους με ένα γονιό.

Το 1/3-1/4 των παιδιών που έχουν βιώσει πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης δεν αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής (Lynskey & Fergusson, 1997). Ως προστατευτικοί παράγοντες συνήθως αναγνωρίζονται η αυτοεκτίμηση και η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας που αναπτύσσει ένα παιδί, η παρουσία καλού κλίματος στην οικογένεια, η ύπαρξη φίλων ή σημαντικών προσώπων, καθώς και οι εμπειρίες που δίνουν τη δυνατότητα στο παιδί να αποδείξει πως αξίζει, όπως η συμμετοχή του σε αθλητικές ή κοινωνικές δραστηριότητες, ή η σχολική του επιτυχία. Στα υπόλοιπα 2/3 ή 3/4 των παιδιών που εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής καθώς μεγαλώνουν αυτές συνήθως εκφράζονται με αρνητική αντίληψη για τον εαυτό και ενοχές, με φτωχή εικόνα για τη συγκρότηση ταυτότητας και σύγχυση ορίων, με συναισθηματικές διαταραχές, με δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις ως προς το τι είναι οικειότητα καθώς και αμφιθυμία, με αποφευκτική συμπεριφορά, όπως η αυτοκαταστροφικότητα ή ο έντονος παρορμητισμός (Briere & Runtz, 1990).

Παρ' όλο που οι περισσότεροι γονείς με ψυ-

χική διαταραχή μεγαλώνουν επαρκώς τα παιδιά τους και είναι σε θέση να τα φροντίσουν (Oates, 1997. Burns et al., 1996), υπάρχουν ενδιαφέρουσες και αξιόλογες μελέτες για συστηματική συσχέτιση της σοβαρής ψυχικής διαταραχής στους γονείς με πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης (Falkov, 1998. Glaser & Prior, 1997). Από την άλλη πλευρά, σε ερευνητικά προγράμματα συχνά η ψυχική υγεία/ασθένεια των γονιών αποτέλεσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της πιθανότητας εμφάνισης πρακτικών παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών (Browne & Herbert, 1997. Agathopoulos-Georgoroulou, 1997), ιδιαίτερα στους γονείς με προβλήματα αλκοολισμού.

Τα δεδομένα για την παρουσία παραμέλησης/κακοποίησης προέρχονται από διάφορες πηγές, μεταξύ των οποίων οι κυριότερες είναι: α) διάφορα εθνικά συστήματα και υπηρεσίες για κοινωνική πολιτική που αφορούν την παιδική προστασία (Gibbons, Congroy, & Bell, 1995), β) ο συστηματικός έλεγχος σε ορισμένα κράτη στις περιπτώσεις παιδοκτονίας, και γ) οι εθνικές επιδημιολογικές μελέτες που εξετάζουν αναδρομικά στοιχεία παραμέλησης/κακοποίησης και γονικής ψυχικής διαταραχής. Όσον αφορά την πρώτη πηγή, δεν έχουν αναπτύξει όλες οι χώρες συστήματα και υπηρεσίες ευέλικτης κοινωνικής πολιτικής (Hetherington, Cooper, Smith, & Wilford, 1997). Και όσες όμως έχουν αναπτύξει δε διασφαλίζουν πάντα έγκυρα δεδομένα. Ενδεικτικά παραπέμπουμε σε μια πρόσφατη μελέτη που έδειξε πως πάνω από το 90% των ατόμων που αναφέρουν ιστορικό παραμέλησης/κακοποίησης δεν έρχεται σε επαφή με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής και προστασίας των παιδιών (MacMillan et al., 1997).

Αναφορικά με τη δεύτερη πηγή, από τις ελάχιστες συστηματικές μελέτες για περιπτώσεις θανάτου των παιδιών βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γονιών δεν αφορά γονείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή (Falkov, 1996. Duncan & Reder, 2000). Αυτό που είναι ενδιαφέρον στις συγκεκριμένες περιπτώσεις είναι η «παράλυση», κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, των ίδιων των επαγγελματιών, όπως σημειώνουν οι Reder

και Duncan (2000). Ενώ δηλαδή υπάρχουν αρκετές προειδοποιήσεις πως τα παιδιά χρειάζεται να απομακρυνθούν από το γονιό, οι επαγγελματίες αφοσιώνονται στο αν μπορούν να δομήσουν μια διάγνωση που να καλύπτει την κλινική εικόνα του γονιού. Με αυτό τον τρόπο παραγνωρίζουν την ανάγκη του παιδιού για ασφάλεια, παρ' όλο που βλέπουν πως το ίδιο κινδυνεύει σοβαρά.

Όσον αφορά την τρίτη πηγή, θα αναφερθούμε σε δύο σχετικά πρόσφατες μελέτες. Η μελέτη των Egami, Ford, Greenfield και Crum (1996) έγινε στο πλαίσιο του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία (National Mental Health Institute) στις ΗΠΑ και απευθύνθηκε σε κοινοτικό δείγμα 9.841 ενηλίκων, για να διερευνήσει ζητήματα ψυχικής υγείας/ασθένειας. Μεταξύ των ερωτημάτων διερευνήθηκαν και η παρουσία γονικής ψυχικής διαταραχής στις οικογένειες των συμμετεχόντων καθώς και η υιοθέτηση πρακτικών παραμέλησης/κακοποίησης σε κάποια φάση της ζωής τους. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως το 1.5% του συνολικού δείγματος ανέφερε περιστατικά παραμέλησης και πρακτικών κακοποίησης προς τα παιδιά τους. Από το παραπάνω ποσοστό το 58.5% των συμμετεχόντων ανέφερε πως ο ένας τουλάχιστον από τους γονείς τους υπέφερε από κάποια ψυχική διαταραχή. Σε μια ακόλουθη μελέτη, που αποτελεί και τη μεγαλύτερη, απ' όσο γνωρίζουμε, αντιπροσωπευτική έρευνα σε κοινοτικό δείγμα, 9.953 άτομα κλήθηκαν να απαντήσουν επίσης αναδρομικά αν υπέστησαν οι ίδιοι πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης ως παιδιά και αν οι γονείς τους είχαν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα (Walsh et al., 2002). Αναφέρθηκε ποσοστό 25.1% σωματικής κακοποίησης και 8.0% σεξουαλικής κακοποίησης. Το 19.0% των συμμετεχόντων που ανέφεραν πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης δήλωσε πως υπήρχε γονική ψυχική διαταραχή. Ενώ βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ γονικής ψυχικής διαταραχής και πρακτικών κακομεταχείρισης των παιδιών, ποσοστό 52.5% των περιπτώσεων που αναγνώρισαν την παρουσία ψυχικής διαταραχής σε έναν

από τους δύο γονείς τους δεν ανέφερε ιστορικό παραμέλησης/κακοποίησης. Καθώς και οι δύο μελέτες είναι συγχρονικές, δεν μπορούμε να συζητήσουμε για την ύπαρξη αιτιακής συσχέτισης μεταξύ της γονικής ψυχικής διαταραχής και της παραμέλησης/κακοποίησης των παιδιών. Επίσης, η αναδρομική ανάκληση πληροφοριών καθώς και η άντλησή τους μέσω αυτοαναφοράς εγείρουν εξίσου σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα (Straus et al., 1998).

Καταλήγουμε, λοιπόν, πως η σχέση της ψυχικής διαταραχής σε έναν ή και στους δύο γονείς και της κακομεταχείρισης των παιδιών παρατηρείται μεν αλλά συνοδεύεται από μεθοδολογικές επιφυλάξεις. Οι περισσότερες από τις αναφερόμενες μελέτες στηρίζονται σε κλινικά δείγματα στα οποία συνυπάρχουν και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, οι οποίοι πιθανότατα συμβάλλουν ή, έστω, συνδέονται με πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης. Ακόμη, τα δεδομένα για την καταγραφή της παιδικής κακομεταχείρισης που προέρχονται από πηγές όπως είναι η αστυνομία, οι νοσηλείες των παιδιών καθώς και οι πίνακες παιδικής προστασίας εμπεριέχουν πολλές μεροληψίες ως προς το δείγμα και την επιλογή τους, που περιορίζουν σημαντικά την εξωτερική εγκυρότητα των δεδομένων (Walsh et al., 2002. Widom, 1988).

### Στόχοι της παρούσας μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποτελεί τμήμα του προγράμματος «Γονική ψυχική διαταραχή και ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών»<sup>1</sup>, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας «ΔΑΦΝΗ» για την καταπολέμηση της βίας σε παιδιά, νεαρά άτομα και γυναίκες. Οι κύριες δράσεις του προγράμματος ολοκληρώθηκαν το Δεκέμβριο του 2001 (Αντωνιάδου, Λαζαρίδης, Μπίμπου, & Στογιαννίδου, 2001).

Οι στόχοι της συνολικής δράσης αφορούσαν:

1. Συντονίστρια του προγράμματος ήταν η Ι. Μπίμπου (ΠΤΔΕ, ΑΠΘ) και συμμετείχαν το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής



α) Την ανάλυση των πλαισίων αναφοράς και των συστημάτων που ήδη λειτουργούν και συνεργάζονται άμεσα ή έμμεσα με οικογένειες στις οποίες ένας ή και οι δύο γονείς παρουσιάζουν σοβαρές ψυχικές δυσκολίες, για το συντονισμό της παροχής υπηρεσιών και την ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών στις οικογένειες.

β) Την κατανόηση των τρόπων με τους οποίους η γονική ψυχική διαταραχή/υγεία αλληλεπιδρά με την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών.

γ) Την αύξηση της συνειδητοποίησης σχετικά με τις δυνατότητες και τους περιορισμούς της γονικής ψυχιατρικής ασθένειας, αλλά και την καλύτερη κατανόηση όσων εμπλέκονται με τις οικογένειες (υπηρεσίες πρωτοβάθμιας πρόληψης, όπως είναι τα σχολεία, ψυχιατρικές υπηρεσίες ενηλίκων, παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και πρόνοιας).

δ) Την προώθηση αποτελεσματικής συνεργασίας των φορέων που ασχολούνται με τη διευκόλυνση των οικογενειών με σοβαρές ψυχιατρικές δυσκολίες.

Η εκπλήρωση των προαναφερθέντων στόχων στηρίχθηκε στο συστηματικό προσδιορισμό των ασθενών που είναι γονείς και των παιδιών των οποίων οι γονείς έχουν ψυχιατρικά προβλήματα, στην αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας, στην έγκαιρη στήριξη της οικογένειας για περιορισμό δυσλειτουργικών σχέσεων, καθώς και στην έγκαιρη επικοινωνία των επαγγελματιών που συνεργάζονται με τις οικογένειες για τη δημιουργία μιας σταθερής δομής αναφοράς.

Το θεωρητικό πλαίσιο της προσέγγισής μας στηρίζεται στον κοινωνικό κονστράκτιβισμό και στη συστημική θεωρία (Gergen, 2001. Gorrell-Barnes, 1998). Τα προβλήματα και οι διευκολύνσεις των οικογενειών περιγράφονται στο πλαίσιο μιας σειράς από αλληλοκαλυπτόμενα κοινω-

νικά συστήματα, όπως είναι το νοικοκυριό, η εκτεταμένη λειτουργία της οικογένειας καθώς και οι διάφοροι θεσμοί που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τα μέλη της, για παράδειγμα, οι γιατροί, οι υπηρεσίες υγείας ή το σχολείο. Οι περιγραφές της οικογενειακής ζωής αφορούν τα διαφορετικά επίπεδα και λειτουργούν με διαφορετικούς τρόπους στις αφηγήσεις των μελών. Η παρέμβασή μας υιοθέτησε το οικογενειακό μοντέλο, με έμφαση στη σύνδεση υπηρεσιών ενηλίκων και παιδιών (Falkov, 1998). Το συγκεκριμένο μοντέλο στοχεύει να διευκολύνει την κατανόηση των διεργασιών που ενυπάρχουν και επηρεάζουν τη διάδραση μεταξύ υγείας του γονέα και υγείας του παιδιού. Μια ανάλογη προσέγγιση χρειάζεται να λάβει υπόψη τα καθήκοντα και τις ευθύνες του γονικού ρόλου και τα προσωπικά αποθέματα του ατόμου, τις μοναδικές εμπειρίες στη σχέση γονέα και παιδιού, καθώς και υποστηρικτικά συστήματα σχέσεων, τις ανάγκες του παιδιού ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο και την ικανότητά του, όπως, επίσης, την ιδιοσυγκρασία, τη σωματική, ψυχική και συναισθηματική υγεία, το πλαίσιο της οικογένειας, του άμεσου και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο συμμετέχουν και αλληλεπιδρούν οι οικογένειες, καθώς και την επίδραση του πλαισίου στις συγκεκριμένες αλληλεπιδράσεις (Falkov, 1996).

Στο πλαίσιο των παραπάνω οι στόχοι της παρούσας μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

α) *Εμφάνιση κακοποίησης/παραμέλησης σε οικογένειες με γονείς που παρουσιάζουν ψυχική διαταραχή και σύνδεση με ατομικούς-κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι το είδος της ψυχικής διαταραχής, το πλαίσιο οικογενειακής στήριξης, η οικιακή βία και οι μορφές τυπικής στήριξης.*

Σημαντικό είναι να τονίσουμε μαζί με τον Sheppard (1994) πως η γονική ψυχική διαταραχή αποτελεί έναν από τους παράγοντες επικιν-

δυνότητας για τη γονική σχέση, χωρίς να θεωρείται ότι η ψυχική διαταραχή ενός γονιού αποτελεί δείκτη παρουσίας ανεπαρκών γονικών σχέσεων. Στη μελέτη μας επικεντρωθήκαμε στο οικογενειακό περιβάλλον, σε άτυπες μορφές κοινωνικής στήριξης καθώς και σε δημογραφικούς και δομικούς παράγοντες του ευρύτερου περιβάλλοντος σε σχέση με την ψυχική υγεία των παιδιών και πιθανές πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης.

*β) Σύνδεση μεταξύ γονικής ψυχικής διαταραχής και ψυχικής υγείας παιδιών.*

Υπάρχει συστηματική βιβλιογραφία που καταδεικνύει πως τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γονιών σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών (Dunn, 1993. Gorfert et al., 1996. Lefley, 1996).

Η κατάσταση της ψυχικής υγείας της μητέρας έχει μελετηθεί ιδιαίτερα. Σχετικές έρευνες δείχνουν υψηλή σύνδεση μεταξύ ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών των γονέων και αντίστοιχων εκδηλώσεων στα παιδιά (Fergusson & Horwood, 1987), ή, τουλάχιστον, προδιάθεσης για την εμφάνιση προβλημάτων (Beardslee, 2002).

## Μέθοδος

### Δείγμα

Η παρούσα μελέτη αφορά 25 οικογένειες

του ευρύτερου πολεοδομικού συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης, με τις οποίες αναπτύχθηκε συνεργασία κατά τη διάρκεια του προγράμματος που προαναφέρθηκε. Οι οικογένειες είχαν από ένα έως τέσσερα παιδιά, συνολικά 29 αγόρια (72.5%) και 11 κορίτσια (27.5%), με εύρος ηλικιών από 4 έως 16 έτη (*M.O.* = 10.7, *T.A.* = 3.5). Όσον αφορά τη δομή της οικογένειας, σε 11 οικογένειες (44%) οι γονείς είναι παντρεμένοι, σε 11 (44%) οι γονείς έχουν χωρίσει και σε 3 (12%) οι μητέρες ζουν με παιδιά που έχουν αποκτήσει εκτός γάμου.

Επίσης, στις 21 περιπτώσεις (84%) νοσεί η μητέρα και σε 4 ο πατέρας (16%) με σοβαρή ψυχική διαταραχή (Πίνακας 1), ενώ υπάρχει ιστορικό νοσηλείας για 18 (72%) ασθενείς.

### Εργαλεία αξιολόγησης

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν:

α) *Μελέτη αρχείου*, με λεπτομερειακή ανάλυση των φακέλων σε σχέση με δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της οικογένειας.

β) *Ημιδομημένες συνεντεύξεις* με τους ασθενείς γονείς των οικογενειών, με στόχο την κατανόηση οπτικών και εμπειριών τους. Μας ενδιέφερε να ακούσουμε τις οικογένειες, με ποιον τρόπο συζητούν για τις οικείες σχέσεις τους και τα πράγματα που πηγαίνουν «λάθος» σε αυτές τις σχέσεις, όπως και με ποιους τρόπους τα «λάθος

**Πίνακας 1**  
**Διάγνωση\* γονέα με ψυχική διαταραχή**

Διαγνωστική κατηγορία	N	%
Σχιζοφρένεια	5	20
Ψύχωση	9	36
Διπολική ψύχωση	2	8
Ψυχωσική κατάθλιψη	3	12
Κατάθλιψη	6	24
Σύνολο	25	100

\* Οι όροι διαγνωστικής εκτίμησης προέρχονται από τους φακέλους των ασθενών.

πράγματα» συνδέονται με το παρελθόν και το παρόν της οικογένειας. Δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στα συστήματα λόγου που αφορούν τη λειτουργία της οικογένειας και τη σχέση της με το κοινωνικό πλαίσιο αναφοράς (περισσότερες πληροφορίες για τη μεθοδολογία δίνονται σε άλλες δημοσιεύσεις, βλέπε Μπίμπου-Νάκου & Στογιαννίδου, 2002, και Daphne Report, 2001). Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται αποσπάσματα των συνεντεύξεων που υπαινίσσονται τους εξαιρετικά λεπτούς και συχνά καλυπμένους τρόπους με τους οποίους αναδύονται οι ανησυχίες των γονιών<sup>2</sup>.

γ) Το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών - ΕΔΔ (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) του Goodman (1994), το οποίο βασίζεται στο ερωτηματολόγιο του Rutter (1967) και στοχεύει στην αξιολόγηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά που φοιτούν στο σχολείο. Το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε θετικές ιδιότητες και δυνατότητες των παιδιών -πέρα από τις δυσκολίες- δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μεγαλύτερη αποδοχή απ' όσους το συμπληρώνουν (Goodman, 1997). Η χρήση του έχει δοκιμασθεί σε διεθνείς επιδημιολογικές, αναπτυξιακές, κλινικές και εκπαιδευτικές έρευνες, καθώς και σε ελληνικές (Μπίμπου-Νάκου, Κιοσέογλου, & Στογιαννίδου, 2000). Αξιολογείται με διαφορετικές τιμές όταν συμπληρώνεται από γονείς, εκπαιδευτικούς καθώς και από τα ίδια τα παιδιά. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τις αξιολογήσεις των παιδιών με βάση την εκτίμηση των γονιών με ψυχική διαταραχή (23 περιπτώσεις) και των εκπαιδευτικών (14 περιπτώσεις).

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται καταρχήν αναλυτικά για τις οικογένειες που συμμετείχαν, κα-

θώς στόχος μας είναι η λεπτομερής και συνδυαστική θεώρηση των κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών ανά περίπτωση (Πίνακας 2). Έχοντας υπόψη μας την κυριαρχία αναφορών κλινικών περιπτώσεων σε περιπτώσεις γονικής ψυχικής διαταραχής, θεωρούμε πως μια τέτοια παρουσίαση είναι έγκυρη (Gopfert et al., 1996).

### Σύνδεση οικογένειας με υπηρεσίες

Η έναρξη της ψυχικής διαταραχής στις περισσότερες περιπτώσεις προηγούνταν του γονικού ρόλου της μητέρας. Στις περισσότερες από τις οικογένειες που συνεργάστηκαν με το πρόγραμμα το αίτημα για βοήθεια διατυπώθηκε αποκλειστικά με επίκεντρο τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γονιών. Σε τέσσερις περιπτώσεις το αίτημα ξεκίνησε με αφορμή κάποια δυσκολία του παιδιού στο σχολείο. Ως προς τη χρήση των τυπικών δομών στήριξης, οι ασθενείς απευθύνονταν σε υπηρεσίες ενηλίκων και σε ελάχιστες περιπτώσεις υπήρχε συστηματική διερεύνηση και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών.

Στις περιπτώσεις που είχε διακοπεί η συνεργασία με τις υπηρεσίες υποδοχής του αιτήματος -και αυτές ήταν δύο- οι οικογένειες ανέφεραν ως εμπόδιο για τη χρήση των εμπλεκόμενων υπηρεσιών την αδυναμία των φορέων να ανταποκριθούν στις πραγματικές ανάγκες της οικογένειας, που στη μία περίπτωση ήταν τα πολλαπλά οικονομικά προβλήματα της οικογένειας και στην άλλη η αξιολογική στάση -σύμφωνα με την άποψη της μητέρας- που υιοθετούσαν οι επαγγελματίες ως προς τη γονική της επάρκεια.

*Έχω βαρεθεί να με κατηγορούν πως δεν είμαι σωστή. Κι εγώ ξέρω πώς να είμαι καλή μαμά. Ξέρω να φροντίζω τα παιδιά, η δουλειά είναι που μου λείπει. Όσο για το κέντρο που μου λέτε συνέχεια, τόσες φορές πήγα και δε με βοήθησαν. Το*

2. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τις οικογένειες που μας βοήθησαν να κατανοήσουμε τις εμπειρίες τους και να καταγράψουμε τις ανάγκες τους.

**Πίνακας 2**  
**Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία οικογενειών, κλινικά χαρακτηριστικά γονιών με ψυχική διαταραχή και εκτίμηση δυνατοτήτων και δυσκολιών των παιδιών (βαθμολογία ΕΔΔ) από γονείς και εκπαιδευτικούς**

A/A	Δομή οικογένειας	Γονιός με διαταραχή	Ηλικία	Διάγνωση	Ηλικία κατά τη διάγνωση	Νοσηλεία	Εργασία γονιού	Ιστορικό κακοποίησης	Επιμέλεια παιδιών	Φύλο παιδιών	Ηλικία παιδιών	ΕΔΔ	ΕΔΔ
1	Χωρισμός	Μητέρα	41	Κατάθλιψη	25	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ, από πρώην άνδρα	ΟΧΙ, σε ίδρυμα	Α	14	14	-
2	Χωρισμός	Μητέρα	43	Σχιζοφρένεια	20	ΝΑΙ	Προστατευμένο εργαστήριο	ΝΑΙ, από πατέρα	ΟΧΙ, σε ανάδοχη οικογένεια	Α	11	24	-
3	Μόνη	Μητέρα	56	Κατάθλιψη	42	ΟΧΙ	Εκπαίδευση	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Κ	14	28	13
4	Χωρισμός	Πατέρας	55	Ψύχωση	39	ΝΑΙ	Ιδιωτική δουλειά	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Κ	11	17	11
5	Γάμος	Μητέρα	39	Ψυχωσική κατάθλιψη	33	ΟΧΙ	Οικιακά	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	15	-	-
6	Χωρισμός	Μητέρα	33	Ψύχωση	17	ΝΑΙ	Περιστασιακή	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	16	5	7
7	Γάμος	Πατέρας	55	Ψύχωση	42	ΟΧΙ	Δημόσιος υπάλληλος	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	5	8	21
8	Χωρισμός	Μητέρα	35	Ψύχωση	18	ΝΑΙ	Προστατευμένο εργαστήριο	ΝΑΙ, από πρώην άνδρα	ΝΑΙ	Α	15	16	13
9	Γάμος	Μητέρα	38	Ψύχωση	31	ΝΑΙ	Οικιακά	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	14	8	3
10	Χωρισμός	Μητέρα	31	Σχιζοφρένεια	25	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ, από πατέρα	ΟΧΙ, με πατέρα σε νέα οικογένεια	Α	10	5	10
11	Χωρισμός	Μητέρα	34	Διπολική Ψύχωση	24	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ, από πρώην άνδρα	ΝΑΙ	Α	16	15	12
12	Χωρισμός	Μητέρα	50	Σχιζοφρένεια	33	ΝΑΙ	Προστατευμένο εργαστήριο	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	16	-	-
13	Χωρισμός	Μητέρα	35	Ψύχωση	27	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ, από πρώην άνδρα	ΝΑΙ	Α	16	26	-
14	Χωρισμός	Μητέρα	32	Σχιζοφρένεια	24	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Κ	10	28	-

**Πίνακας 2**  
**Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία οικογενειών, κλινικά χαρακτηριστικά γονιών με ψυχική διαταραχή και εκτίμηση δυνατοτήτων και δυσκολιών των παιδιών (βαθμολογία ΕΔΔ) από γονείς και εκπαιδευτικούς**

A/A	Δομή οικογένειας	Γονείς με διαταραχή	Ηλικία	Διάγνωση	Ηλικία κατά τη διάγνωση	Νοσηλεία	Εργασία γονιού	Ιστορικό κακοποίησης	Επιμέλεια παιδιών	Φύλο παιδιών	Ηλικία γονιού	ΕΔΔ
<b>Πίνακας 2 (συνέχεια)</b>												
15	Μόνη	Μητέρα	32	Κατάθλιψη	23	ΟΧΙ	Περιστασιακή	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Κ	8	18
16	Χωρισμός	Μητέρα	33	Ψύχωση	26	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ, από πρώην άνδρα	ΟΧΙ, με πατέρα σε νέα οικογένεια	Α	12	-
17	Γάμος	Μητέρα	46	Κατάθλιψη	35	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	14	22
18	Γάμος	Μητέρα	34	Ψυχωσική κατάθλιψη	30	ΝΑΙ	Περιστασιακή	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Κ	13	9
19	Γάμος	Μητέρα	32	Ψύχωση	19	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ, από πατέρα	ΝΑΙ	Α	9	27
20	Γάμος	Μητέρα	38	Κατάθλιψη	34	ΟΧΙ	Δημόσιος υπάλληλος	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	11	9
21	Γάμος	Μητέρα	34	Ψυχωσική κατάθλιψη	25	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Κ	7	-
22	Γάμος	Μητέρα	34	Κατάθλιψη	27	ΟΧΙ	Δημόσιος υπάλληλος	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	11	8
23	Γάμος	Μητέρα	40	Διπολική ψύχωση	35	ΝΑΙ	Δημόσιος υπάλληλος	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	10	15
24	Γάμος	Πατέρας	45	Ψύχωση	38	ΝΑΙ	Ιδιωτική δουλειά	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Α	7	28
25	Γάμος	Πατέρας	39	Σχιζοφρένεια	33	ΝΑΙ	Περιστασιακή	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Κ	11	31
										Α	8	-

πρόβλημά μου είναι η δουλειά, κι αν ήθελαν να με βοηθήσουν, θα μου 'βρισκαν μία. Έχω κουραστεί να ασχολούνται συνέχεια, να με στήνουν στον τοίχο και να πυροβολούν.

### Οικιακή βία στις οικογένειες και γονική ικανότητα

Σημαντικός είναι, όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 2, ο αριθμός ενηλίκων με ψυχική διαταραχή που ως παιδιά είχαν εμπειρίες από πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης. Η παρουσία οικιακής βίας σε 9 από τις 25 περιπτώσεις (36%) αφορούσε είτε την οικογένεια καταγωγής (ο πατέρας σε τέσσερις περιπτώσεις) είτε τη συζυγική σχέση (ο σύζυγος, ο σύντροφος της γυναίκας σε πέντε οικογένειες).

Από τις οικογένειες που συμμετείχαν σε τέσσερις περιπτώσεις η επιμέλεια του παιδιού ή των παιδιών αφαιρέθηκε από τη μητέρα και ανατέθηκε είτε στον πατέρα (δύο περιπτώσεις) είτε σε κάποιο ίδρυμα (μία περίπτωση) είτε σε ανάδοχη οικογένεια (μία περίπτωση). Σε δύο από τις περιπτώσεις υπήρξε συστηματική σωματική κακοποίηση του παιδιού, από το γονιό στη μία περίπτωση και από το σύντροφο του γονιού στην άλλη.

Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι οι τέσσερις οι

κογένειες από τις οποίες αφαιρέθηκε η επιμέλεια του παιδιού -εκτός από το ιστορικό οικιακής βίας είτε από τον πατέρα (δύο περιπτώσεις) είτε από το σύζυγο (δύο περιπτώσεις)- δεν είχαν στήριξη από την οικογένεια. Αντίθετα, στις υπόλοιπες πέντε περιπτώσεις, στις οποίες δεν τέθηκε θέμα επιμέλειας του παιδιού, υπήρχε σημαντική στήριξη από την οικογένεια καταγωγής (φροντίδα του παιδιού από μητρική γιαγιά και παππού σε τρεις περιπτώσεις) και από τη συζυγική σχέση (διατήρηση του γάμου με υποστηρικτικό σύντροφο σε δύο περιπτώσεις).

Πολλές από τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη μας ανατρέφουν τα παιδιά μόνες τους (επτά περιπτώσεις, 28%). Σε τέσσερις περιπτώσεις στηρίζονται από τους δικούς τους γονείς, ενώ έντεκα γονείς διατηρούν το γάμο τους.

### Αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των παιδιών

Σύμφωνα με τις βαθμολογίες στο ΕΔΔ, οι γονείς με ψυχική διαταραχή αναγνωρίζουν σε μεγάλο ποσοστό την ύπαρξη δυσκολιών στα παιδιά τους (Πίνακας 3). Μόνο 9 παιδιά, από τα 33 τα οποία εκτιμήθηκαν συνολικά, σύμφωνα με την εκτίμηση των γονιών τους δεν αντιμετώπιζαν δυσκολίες ως προς την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Όσον αφορά τις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών, το συνολικό ποσοστό αναγνώρισης προ-

Πίνακας 3

Διαφοροποίηση γονέων (N παιδιών = 33) και εκπαιδευτικών (N παιδιών = 20) ως προς τις βαθμολογίες στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (ΕΔΔ)

% φυσιολογικής συμπεριφοράς*		% οριακής συμπεριφοράς*		% παθολογίας*	
Γονείς	Εκπαιδευτικοί	Γονείς	Εκπαιδευτικοί	Γονείς	Εκπαιδευτικοί
32.1	42.1	21.4	31.6	46.4	26.3

\* Σημείωση: Όρια βαθμολογιών.

	Γονείς	Εκπαιδευτικοί
Φυσιολογική συμπεριφορά	0-13	0-11
Οριακή	14-16	12-15
Παθολογική	17-40	16-40

βλημάτων στα παιδιά είναι χαμηλότερο συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό των γονιών. Όμως, η στατιστική σύγκριση των βαθμολογιών για κάθε ζευγάρι γονιού ( $M.O. = 16.10$ ) - εκπαιδευτικού ( $M.O. = 15.05$ ) (*paired samples t* = 0.68,  $p > 0.5$ ) δε δίνει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πέραν της στατιστικής σύγκρισης των διαφορών, η παρατήρηση των βαθμολογιών για κάθε περίπτωση (Πίνακας 2) δείχνει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ο γονέας με ψυχική διαταραχή αναγνωρίζει μεν περισσότερες δυσκολίες στο/στα παιδί/ιά του συγκριτικά με τον/την εκπαιδευτικό, αλλά οι εκτιμήσεις των δύο ομάδων τείνουν να τοποθετούν τα παιδιά σε παρόμοια επίπεδα παρουσίας ή απουσίας παθολογίας.

### Συζήτηση

Στη μελέτη μας διερευνήσαμε 21 οικογένειες που συνεργάζονταν με υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων για την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής σε ένα γονιό, και 4 οικογένειες στις οποίες η συνεργασία έγινε με υπηρεσίες παιδιών και εφήβων, με αίτημα τις δυσκολίες του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο. Οι στόχοι της μελέτης αφορούσαν την εμφάνιση παραμέλησης/κακοποίησης σε οικογένειες με ψυχική διαταραχή και τη σύνδεση μεταξύ της γονικής ψυχικής διαταραχής και της ψυχικής υγείας των παιδιών, σύμφωνα με την εκτίμηση γονιών και εκπαιδευτικών. Από τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύεται πως οι οικογένειες προέρχονταν από στερημένα κοινωνικά πλαίσια, με χαμηλό μορφωτικό και εργασιακό επίπεδο, ένα εύρημα που συμφωνεί με τις αντίστοιχες μελέτες (Gorfert et al., 1996. Reder, McClure, & Jolley, 2000). Τα δεδομένα μας στηρίχθηκαν σε συνεντεύξεις με τους γονείς και σε εκτίμηση της ψυχικής υγείας των παιδιών με βάση ένα εργαλείο ανίχνευσης των δυνατοτήτων και των δυσκολιών τους. Αρχικά θα αναφερθούμε σε ορισμένες γενικές παρατηρήσεις και στη συνέχεια θα συζητήσουμε τα συγκεκριμένα δεδομένα.

Σε όλες τις συνεντεύξεις με τις οικογένειες

ήταν ιδιαίτερα έντονα η εμπειρία του στίγματος και το συναίσθημα ντροπής για τις οικογένειες. Τα συναίσθημα αυτά αποτέλεσαν σημαντικά εμπόδια, σύμφωνα με τις συμμετέχουσες οικογένειες, για τη δυνατότητα συνομιλίας των γονιών με την ευρύτερη κοινότητα. Στις περισσότερες οικογένειες η παρουσία της ψυχικής διαταραχής βιώνονταν ως προσωπική εμπειρία, καθώς φάνηκε να επηρεάζεται καθοριστικά από τις κοινωνικές, «εξωτερικές» σχέσεις και αντιλήψεις. Αυτό δε σημαίνει πως δεν υπάρχουν συνέπειες προσωπικά στους γονείς από την πίσή τους να καλύψουν ή να διαπραγματευτούν την ταυτότητα της ψυχικής διαταραχής εντός και εκτός οικογένειας:

*Παντρεύτηκα για να γλιτώσω, αλλά από την αρχή φάνηκαν τα προβλήματα. Με φώναζε τρελή, «είσαι του ψυχιατρείου» μου έλεγε. Πού να φανταστώ. Τέσσερα χρόνια γάμου για αρρώστια μιας ζωής, πολύ κακιά αρρώστια αυτή.*

Όσον αφορά τις 25 οικογένειες, εκτός από τις περιπτώσεις που το παιδί χρειάστηκε να απομακρυνθεί από την επιμέλεια του γονιού, δεν υπήρχε καμία συνεργασία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και ενηλίκων. Επιπλέον, ενώ όλοι οι γονείς αλλά και η ευρύτερη οικογένεια (κυρίως μητρική γιαγιά και παππούς) ανησυχούσαν για την ψυχική υγεία των παιδιών (εγγονών), δεν υπήρχε η δυνατότητα να συζητήσουν τις ανησυχίες τους με τους επαγγελματίες με τους οποίους συνεργάζονταν.

Οι πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης, με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, αφορούν όχι τόσο ατομική ανεπάρκεια ενός γονιού αλλά κυρίως πρακτικές μη βοηθητικές σε ένα πλαίσιο σχέσεων που δεν έχουν τη δυνατότητα να παράγουν εναλλακτικές μορφές σύνδεσης και στήριξης. Η απουσία αυτής της δυνατότητας συνδέεται σημαντικά με τα τυπικά και άτυπα πλαίσια στήριξης καθώς και με τις αναπαραστάσεις μιας κοινωνίας σχετικά με την ψυχική υγεία/ασθένεια. Αν, λοιπόν, για παράδειγμα, μια μητέρα αρνείται πως το παιδί της κακοποιείται ή δεν αποδέχεται την ευθύνη για το ότι δεν μπόρεσε να το προστατεύσει, ως μη βιαστούμε να ερμηνεύσουμε τη στάση της ως άρνηση να δεχθεί

την υπευθυνότητα. Μπορεί ίσως να νιώθει τέτοιες ενοχές που δεν της επιτρέπουν να το συζητήσει εύκολα. Και οι γονείς που δείχνουν να μη νοιάζονται ή δεν αναγνωρίζουν τα ψυχιατρικά τους προβλήματα μπορεί να αποδεχτούν πως αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Αρνούνται, ωστόσο, να τις συζητήσουν στο πλαίσιο των κυρίαρχων κατανοήσεων των ψυχιατρικών διαγνώσεων. Η επιφύλαξη μας για εύκολες ερμηνείες δε σημαίνει πως δε δηλώνουμε με σαφήνεια τις αρνητικές συνέπειες της παραμέλησης/κακοποίησης και πως δε θεωρούμε πως η ευθύνη ανήκει στους γονείς.

Από την άλλη πλευρά, γνωρίζουμε ότι, αν δεν υπάρχει μαρτυρία για κακοποίηση/παραμέληση, οι οικογένειες δε θα έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες βοηθητικές για τις ίδιες και τα παιδιά τους. Κατανοούμε, λοιπόν, πως κατά την ανάπτυξη μιας συνεργασίας με τις οικογένειες αυτές, ενώ είναι εξίσου σημαντικό να μην παθολογικοποιούμε τα παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, χρειάζεται να παρεμβαίνουμε προληπτικά όταν υπάρχουν προβλεπτικοί παράγοντες για πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης στην οικογένεια. Και στη μελέτη μας επιβεβαιώθηκε η διαπίστωση πως οι επαγγελματίες σε υπηρεσίες ενηλίκων σπάνια ή ελάχιστα συζητούν με τους γονείς/ασθενείς για τα παιδιά τους και το τι γίνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου που ο γονιός δε νιώθει καλά (Bibou-Nakou & Lazarides, 2001. Falkov, 1998). Επιπλέον, η απουσία επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και της οικογένειας αφορούσε τις περισσότερες φορές τα όρια των επαγγελματιών και των φορέων ή τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπιζόνταν εννοιολογικά τα προβλήματα των συγκεκριμένων οικογενειών από τις διάφορες υπηρεσίες.

Πάνω από ένας στους τρεις γονείς με ψυχική διαταραχή βρέθηκε πως είχε εμπειρίες παραμέλησης/κακοποίησης είτε ως παιδί από τους γονείς του είτε ως ενήλικας από τη συζυγική του σχέση. Από σχετικές μελέτες βρέθηκε ότι οι εμπειρίες αυτές συσχετίζονται με τη σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής και τη διεργασία

ανάρρωσης του ατόμου (Muller, Goebel-Fabbri, Diamond, & Dinklage, 2000. Ososky, 2003).

Η αξιολόγηση της γονικής ικανότητας αποτελεί ένα σημαντικό τόπο που επικαλούνται οι διάφοροι επαγγελματίες και το κοινό καθώς συζητούν ζητήματα προστασίας και επιμέλειας των παιδιών. Οι γονείς που συμμετείχαν στη μελέτη μας ανέφεραν πόσο επιβαρυντική θεώρησαν την απώλεια ενός παιδιού είτε λόγω «γονικής ανεπάρκειας» είτε λόγω της επιθυμίας της οικογένειας να μεγαλώσει το παιδί με τον «υγιή» γονιό. Οι ανάγκες των γονιών και των παιδιών τους βρέθηκε κάποιες φορές να αλληλοκαλύπτονται, άλλες φορές να συμπληρώνονται και άλλες να συγκρούονται. Σε σχέση με το γονικό τους ρόλο, επίσης, υπήρχαν μοναδικές ιστορίες για την περιγραφή του από τις συμμετέχουσες οικογένειες. Αν θέλαμε να δώσουμε έμφαση στη συστηματικότητα των ρεπερτορίων που χρησιμοποιούσαν στις ιστορίες τους, θα λέγαμε πως ορισμένες μητέρες ανέφεραν έντονα μητρικά συναισθήματα, ενώ κάποιες άλλες ανέφεραν πως η μητρότητα δεν είναι ένστικτο ούτε κεντρική ιδιότητα για την ταυτότητά τους. Αυτό, όμως, δε σήμαινε πως δε θεωρούσαν τη μητρότητα κάτι πολύτιμο ή δεν της απέδιδαν αξία.

Ακολουθούν δύο περιπτώσεις που δηλώνουν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της γονικής ικανότητας και τις πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης στα παιδιά.

**Πρώτη περίπτωση:** Μητέρα με κατάθλιψη δυσκολευόταν να ξυπνήσει το πρωί για να ετοιμάσει το αγόρι της για το σχολείο (Β' δημοτικού). Το αγόρι ξυπνούσε μόνο του, αλλά η μητέρα του διαμαρτυρόταν πως έκανε φασαρία και δεν την άφηνε να κοιμηθεί. Συχνά του φώναζε να πέσει να κοιμηθεί και πως δε χρειάζεται να πηγαίνει σχολείο. Στην ίδια οικογένεια, εκτός από τη μητέρα, ζούσε και ο αδερφός της, που επίσης είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Χρειάστηκε να νοσηλευτεί επανειλημμένα στο παρελθόν με διάγνωση σχιζοφρένειας, αλλά τα τελευταία χρόνια ζούσε στην κοινότητα χωρίς έντονα συμπτώματα της διαταραχής. Ο θείος του αγοριού ήταν αυτός που επισκεπτόταν το σχολείο, βοηθούσε το παιδί στα



μαθήματά του και φρόντιζε να φοιτά συστηματικά. Η παρουσία δηλαδή ψυχικής διαταραχής ή η ύπαρξη ψυχιατρικής διάγνωσης βλέπουμε πως δεν επιδρά αρνητικά στο παιδί στην περίπτωση του θείου. Η μητέρα, από την άλλη πλευρά, δυσκολευόταν να κατανοήσει τις ψυχολογικές και αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού της. Αυτή η δυσκολία αφορά τη γονική ικανότητα και δε συνδέεται τόσο με τους αντίξοους περιβαλλοντικούς παράγοντες ή με παράγοντες που αφορούσαν το ίδιο το παιδί και τα χαρακτηριστικά του. Η απουσία δυνατότητας από την πλευρά της μητέρας να δει τις εμπειρίες από την πλευρά του παιδιού και τι είναι αυτό που το βοηθά και του δημιουργεί σιγουριά και ασφάλεια προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό τη γονική ικανότητα.

**Δεύτερη περίπτωση:** Μητέρα τριών παιδιών ζούσε τα τελευταία πέντε χρόνια με ένα σύντροφο και τα δύο από τα τρία της παιδιά. Το μεγαλύτερο παιδί είχε απομακρυνθεί σε ίδρυμα μετά το διαζύγιο της ίδιας. Ο σύντροφός της κακοποιούσε συστηματικά τα δύο παιδιά και η δασκάλα του ενός από τα δύο έκανε την καταγγελία στις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής μετά από συνεννόηση με το σύλλογο διδασκόντων. Μετά από τη συνεργασία των φορέων καταγράφηκε πως το μεγαλύτερο από τα δύο παιδιά δε φοιτούσε στο σχολείο, σύμφωνα με την επιθυμία και την απόφαση της μητέρας – «τον ήθελα στο σπίτι να με βοηθά, ήταν το αγαπημένο μου παιδί, δε μου έφερνε καμία αντίρρηση». Το δεύτερο παιδί χτυπήθηκε κατ' επανάληψη σοβαρά στο σώμα με ένα λοστό. Η μητέρα μετά την παρέμβαση των υπηρεσιών επέλεξε να βλέπει το σύντροφό της, από τον οποίο αντλούσε σημαντική στήριξη η ίδια και οικειότητα, και όχι να τον απομακρύνει, σύμφωνα με την απαίτηση των εμπλεκόμενων φορέων. Από τη συνεργασία μας με τη μητέρα η ίδια είπε πως δυσκολεύεται πολύ να απομακρυνθεί από το σύντροφό της, καθώς θεωρούσε τη σχέση αυτή πολύ σημαντική. Ήταν μπροστά στις περιπτώσεις κακοποίησης των παιδιών («έμπαινα ορισμένες φορές στη μέση»), αλλά δεν μπορούσε να κάνει και πολλά πράγματα. «Η αλήθεια είναι πως έκαναν πολλή φασαρία

και μας ενοχλούσαν, γι' αυτό και τους έδερνε. Τώρα όμως έχει μετανιώσει, μου το είπε». Η ίδια η μητέρα είχε επιβαρνημένο ιστορικό σωματικής κακοποίησης από τον πρώην άνδρα της, που «μεθούσε και με χτυπούσε».

Οι προαναφερθείσες ιστορίες δεν είναι κατ' ανάγκη αντιπροσωπευτικές. Ως ένα βαθμό, ωστόσο, οι γονείς με τις περιγραφές τους δηλώνουν πως η απουσία εναλλακτικών πηγών στήριξης δε βοηθά καθόλου τις προσπάθειές τους να μην εμπλακούν σε πρακτικές παραμέλησης/κακοποίησης.

Ως προς την άτυπη στήριξη, θεωρούμε σημαντικό ότι στις περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής στις μητέρες η οικογένεια καταγωγής της έπαιζε τον κύριο ρόλο στήριξης της ίδιας της μητέρας και ανάληψης της φροντίδας για το μεγαλύτερο των παιδιών της μετά το χωρισμό-διαζύγιο από τον άνδρα της. Συχνά, ωστόσο, η στήριξη αυτή δεν κάλυπτε τις ανάγκες της ασθενούς μητέρας. Ενδεικτικά είναι τα σχόλια σε μια περίπτωση που η μητέρα αναφέρεται στη δική της μητέρα:

*Έρχεται κάθε μέρα, ελέγχει τα ντουλάπια και το σπίτι, μου γεμίζει ό,τι είναι άδειο, αλλά δεν κάθεται να μιλήσει μαζί μου. Εγώ αυτό θέλω, δεν έχω ανάγκη από φαγητό και καθαριότητα.*

*Και η αδελφή μου, βγαίνουν κάθε βδομάδα με τον άνδρα της. Ποτέ δε σκέφτονται να πουν να με πάρουν ένα τηλέφωνο. Κι εγώ θα μπορούσα να πληρώσω για το φαγητό μου [...]. Και με λέει τεμπέλα, να πάω να δουλέψω και να πάψω να αράζω. Θυμώνει μαζί μου που κάθομαι.*

Από την άλλη πλευρά, θα θέλαμε να σημειώσουμε πως η ευθύνη ανατροφής αφορούσε κυρίως άτομα μεγάλης ηλικίας, που επιβαρύνονταν σημαντικά από το συγκεκριμένο ρόλο (Bibou, Dikaiou, & Bairaktaris, 1997). Τα αδέλφια των ασθενών κατείχαν έναν πιο απόμακρο ρόλο στη φροντίδα του ασθενή και της οικογένειάς του. Επιπλέον, υπήρχαν περιπτώσεις μέσα από τις ιστορίες των ασθενών γονιών που η συμβολή της οικογένειας καταγωγής συχνά θεωρούνταν ως μέρος του προβλήματος. Σε αρκετές περιπτώσεις οι γονείς-ασθενείς θεωρούσαν πως τα

μέλη της οικογένειας εμπλέκονται άμεσα στην έναρξη των δυσκολιών τους (αρνητικό οικογενειακό κλίμα, πρακτικές κακοποίησης στους ίδιους ως παιδιά).

Με βάση τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των δυσκολιών των παιδιών, θα θέλαμε να επισημάνουμε τις υψηλές βαθμολογήσεις από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς ως φορείς πληροφόρησης συγκριτικά με αντίστοιχες μελέτες σε γενικό πληθυσμό (Μπίμπου και συν., 2000. Μπίμπου, Κιοσέογλου, & Στογιαννίδου, 2001). Στην παρούσα μελέτη οι μέτριες και σοβαρές δυσκολίες των παιδιών σύμφωνα με την αξιολόγηση των γονιών και των εκπαιδευτικών έφθασαν το 67.8% και 57.9%, σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες μελέτες σε γενικό πληθυσμό, στις οποίες τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται από 18.8% έως 19.3% για τους γονείς και από 17.3 έως 19.2% για τους εκπαιδευτικούς. Η υψηλή συχνότητα με την οποία αναγνωρίζουν οι γονείς του παρόντος δείγματος σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες στα παιδιά τους μπορεί να συνδέεται με την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στους ίδιους και, πιθανώς, να αντανakλά προσωπικές εκτιμήσεις και όχι αντικειμενικά μετρήσιμες δυσκολίες (Μπίμπου και συν., 2000. Verhulst & Van Der Ende, 1991). Ωστόσο, η συνδυαστική θεώρηση των βαθμολογιών γονιών και εκπαιδευτικών παραπέμπει σε σοβαρά προβλήματα ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, καθώς οι δυσκολίες αναγνωρίζονται και στα δύο πλαίσια, της οικογένειας και του σχολείου.

Υπενθυμίζεται ότι από τις οικογένειες που συνεργάστηκαν με το πρόγραμμα σε ελάχιστες περιπτώσεις υπήρχε συστηματική διερεύνηση και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών από τις συνεργαζόμενες υπηρεσίες, ακόμη και για τις τέσσερις περιπτώσεις στις οποίες το αίτημα ξεκίνησε με αφορμή κάποια δυσκολία του παιδιού στο σχολείο. Θεωρούμε ότι αυτό υποδηλώνει ένα σαφές δείγμα παραμέλησης των αναγκών των παιδιών από τις τυπικές δομές στήριξης των οικογενειών.

### Προτάσεις για πρακτικές παρέμβασης

Το οικογενειακό μοντέλο που υιοθετήσαμε (Falkov, 1998) στηρίζεται, όπως ήδη αναφέραμε, σε μια οικολογική προσέγγιση αξιολόγησης, που δίνει έμφαση στα συσσωρευτικά αποτελέσματα των αντίξων οικογενειακών συνθηκών και στην πιθανότητα αρνητικής επίδρασης στην ανάπτυξη των παιδιών. Από την αρχή χρειάζεται να συμφωνήσουμε πως απαιτούνται πολλά επίπεδα υπηρεσιών και δραστηριοποίηση ενδιαφερομένων για τη στήριξη της οικογένειας σε περιπτώσεις παραμέλησης/κακοποίησης. Κι ακόμη, πως το καλύτερο που έχουμε να κάνουμε είναι να επικεντρωνόμαστε κυρίως στις ανάγκες της οικογένειας και λιγότερο στην παραπομπή των παιδιών.

Υπάρχουν πολλές και αντικρουόμενες απόψεις για το τι αντιπροσωπεύει η κακοποίηση/παραμέληση των παιδιών μεταξύ των επαγγελματιών και του κοινού και ακόμη πιο έντονες συγκρούσεις για το πώς και ποιος προστατεύει καλύτερα ή περισσότερο τα παιδιά, όπως και για το αν τα παιδιά ενεργούν ως κοινωνικοί δράστες για να αντιμετωπίσουν αντίστοιχες πρακτικές. Η κακοποίηση/παραμέληση των παιδιών συζητείται σε διαφορετικά πλαίσια επαγγελματικών και μη συστημάτων λόγου (discourses), όπως είναι η οικογένεια, το θεραπευτικό πλαίσιο, το σχολικό σύστημα, το νομικό πλαίσιο, η παιδική προστασία. Η δόμηση της παραμέλησης/κακοποίησης σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια μας βοηθά να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο κάθε φορά συζητείται και η λειτουργία του λόγου των ειδικών και του κοινού. Ας σκεφτούμε για λίγο τη σωματική τιμωρία στα παιδιά που σε μεγάλο βαθμό αποτελεί συνάρτηση των κρίσεων μας, του τι επιτρέπεται, τι είναι ηθικό, τι σημαίνει η ανθρώπινη συμπεριφορά, ποιες είναι οι προσωπικές μας εμπειρίες κ.λπ. Η κριτική υιοθέτηση της κοινωνικής δόμησης όπου η παραμέληση/κακοποίηση παράγεται κοινωνικά και προσδιορίζεται ιστορικά δεν υιοθετείται για να επικαλεστούμε ή να στηρίξουμε τον πολιτισμικό σχετικισμό, αλλά για να ευαισθητοποιηθούμε σε καλύτερες πρακτικές εκπαίδευσης και παρέμβασης.

Μια οικογένεια που οργανώνεται σε σχέση με μια μακροχρόνια ψυχική διαταραχή του γονιού αλληλεπιδρά μεταξύ άλλων παραγόντων ως προς την ανάπτυξη των παιδιών και των μελών της. Οι αλλαγές που υιοθετούνται πολύ συχνά διαστρεβλώνονται ή αποδεικνύονται άκαμπτες σε σχέση με κάποιες άλλες ανάγκες της οικογένειας. Η ψυχική διαταραχή δημιουργεί μοντέλα αλληλεπιδράσεων που μακροπρόθεσμα διαμορφώνουν την ανάπτυξη και την εξέλιξη της ίδιας της οικογένειας, ενώ ταυτόχρονα ενσωματώνονται στις καθημερινές της αλληλεπιδράσεις (Gorrell-Barnes, 1998). Η ψυχική διαταραχή δημιουργεί δυσκολίες στο παιδί κυρίως αν ο σύζυγος/σύντροφος δεν είναι προετοιμασμένος να δράσει ως εναλλακτική σχέση ασφάλειας γι' αυτό (Beardslee, 2002; Barlow et al., 2003). Η καθημερινή πραγματικότητα που βάζουν οι απαιτήσεις ενός γονιού μπορεί να συγκρούεται με τις προτεραιότητες επιβίωσης ενός γονιού με ψυχική διαταραχή. Τα παιδιά συχνά μετακινούνται σε πολύ διαφορετικά συστήματα προτεραιότητων. Η βία αποτελεί μέρος των οικογενειακών σχέσεων. Τα νοήματα μιας συμπεριφοράς μπορούν να αλλάξουν στα όρια όχι μόνο της οικογένειας αλλά και των ευρύτερων κοινωνικών συστημάτων.

Όταν συνεργαζόμαστε με ένα γονιό που υποφέρει από μια ψυχική διαταραχή, είναι σημαντικό να δουλεύουμε κυρίως με όσα λειτουργούν προστατευτικά στην οικογένεια. Για ό,τι αναγνωρίζεται ως αρνητικό καλό είναι να αναζητήσουμε πρακτικούς τρόπους να βοηθήσουμε την οικογένεια. Και φυσικά, οι γονείς χρειάζονται βοήθεια για να συνδεθούν με άλλα κοινωνικά συστήματα στα οποία συμμετέχει το παιδί τους, και ιδιαίτερα με το σχολείο.

### Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1999). Θεσμικό πλαίσιο για την πρόληψη, έγκαιρη επισήμανση και αντιμετώπιση της κακοποίησης, παραμέλησης. *Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση*, 8-17.
- Ackerson, B. J. (2003). Parents with serious and persistent mental illness: Issues in assessment and services. *Social Work*, 48(2), 187-194.
- Agathonos-Georgopoulou, H. (1997). Child maltreatment in Greece. A review of Research. *Child Abuse Review*, 257-271.
- Agathonos-Georgopoulou, H. (1998). Future outlook for child protection policies in Europe. *Child Abuse and Neglect*, 22(4), 239-247.
- Altschuler, J. (1997). *Working with chronic illness*. London: Sage.
- Anthony, E. J., & Cohler, B. J. (Eds.) (1987). *The invulnerable child*. New York: The Guilford Press.
- Αντωνιάδου, Μ., Λαζαρίδης, Β., Μπίμπου, Ι., & Στογιαννίδου, Α. (2001, Νοέμβριος). *Κριτική αποτίμηση του προγράμματος και δυνατότητες συνέχειας*. Παρουσίαση στην ημερίδα «Γονική Ψυχική Διαταραχή και Ψυχική Υγεία Παιδιών», Θεσσαλονίκη.
- Barlow, J., Brown, S., Callaghan, H., Tucker, J., Brocklehurst, G., Davis, H., & Burns, C. (2003). Working in partnership: The development of a Home Visiting Service for Vulnerable Families. *Child Abuse Review*, 12, 172-189.
- Beardslee, W. (2002). *Out of the darkened room. When a parent is depressed. Protecting the children and strengthening the family*. New York: Little, Brown, & Company.
- Bethea, L. (1999). Primary prevention of child abuse. *American Family Physician*, 15(6), 1577-1585.
- Bibou, Ι., Dikaiou, Μ., & Bairaktaris, C. (1997). Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 104-108.
- Bibou-Nakou, Ι. (2004). Parental mental illness and children's well being. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 309-312.
- Bibou-Nakou, Ι., & Lazarides, V. (2001, July). *On being a mentally ill parent: Emerging images of experience between professional and*

- parental accounts. VII European Congress of Psychology, Barbican Center, London.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2<sup>nd</sup> ed.). *Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14, 357-364.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact on child sexual abuse. A review of the research. *Psychological Bulletin*, 29, 66-77.
- Browne, K., & Herbert (1997). Preventing family violence. Chichester: J. Wiley & Sons.
- Burns, E. C., O' Driscoll, M., & Wasson, G. (1996). The health and development of children whose mothers are on methadone maintenance. *Child Abuse Review*, 5, 113-122.
- Chase, N. D. (1998). *Burdened Children*. London: Sage.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- DAPHNE Report (2001). *A Comparative analysis and training for practitioners involved with parental mental illness: Mapping the types of violence in the family members*. Project No: 2000/DAP/241/WC.
- Donald, T., & Juraidini, J. (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*, 13, 5-17.
- Donzelot, J. (1979). *The policing of families*. London: Hutchinson.
- Duncan, S., & Reder, P. (2000). Children's experience of major psychiatric disorders in their parents. An overview. In P. Reder, M. Mclure, & A. Jolley (Eds.), *Family Matters*. London: Routledge.
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychiatric mother. A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), 177-189.
- Egami, Y., Ford, D. E., Greenfield, S. F., & Crum, R. M. (1996). Psychiatric profile and socio-demographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 921-928.
- Eiser, C. (1993). *Growing up with a chronic disease: The impact on children and their families*. London: Jessica Kingsley.
- Falkov, A. (1996). *Study of Working Together «Part 8» Reports. Fatal child abuse and parental psychiatric disorder: An analysis of 100 Area Child Protection Committee Case Reviews conducted under the terms of Part 8 of Working Together under the Children Act 1989*. London: Department of Health.
- Falkov, A. (Ed.) (1998). *Crossing Bridges. Training resources for working with mentally ill parents and their children*. London: Department of Health.
- Featherstone, B. (1997). «I wouldn't do your job!»: Women, social work and child abuse. In W. Hollway & B. Featherstone (Eds.), *Mothering and Ambivalence*. London: Routledge.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1987). The trait and method components of ratings of conduct disorder - Part I. Maternal and teacher evaluations of conduct disorder in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 249-260.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Gergen, K. J. (2001). *Social construction in context*. London: Sage.
- Gibbons, J., Conroy, S., & Bell, C. (1995). *Operating the Child Protection System*. London: HMSO.
- Glaser, D., & Prior, V. (1997). Is the term child protection applicable to emotional abuse? *Child Abuse Review*, 6, 315-329.
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strengths: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1483-1494.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note.

- Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Gopfert, M., Webster, J., & Seeman, M. V. (Eds.) (1996). *Parental Psychiatric Disorder. Distressed parents and their families*. London: Cambridge University Press.
- Gorrell-Barnes, G. (1998). *Family Therapy in Changing Times*. London: Macmillan Press.
- Grunbaum, L. & Gammeltoft, M. (1993). Young children of schizophrenic mothers: Difficulties of intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 16-27.
- Hall, L. A., & Farek, A. (1988). Maternal stresses and depressive symptoms: Correlates of behavior problems in young children. *Nursing Research*, 37(3), 156-161.
- Hawes, V. & Cottrell, D. (1999). Disruption of children's lives by maternal psychiatric admission. *Psychiatric Bulletin*, 23, 153-156.
- Hetherington, R., Cooper, A., Smith, P., & Wilford, G. (1997). *Protecting Children. messages from Europe*. Dorset: Russell House Publishing.
- Hollway, W., & Featherstone, B. (Eds.) (1997). *Mothering and Ambivalence*. London: Routledge.
- Howarth, J., (Ed.) (2001). *The child's world. Assessing children in need*. Department of Health. NSPCC & the University of Sheffield. London: Jessika Kingsley Publishers Ltd.
- Jones, D. (2002). *Myth, madness and families. The impact of mental illness on families*. London: Palgrave.
- Joseph, G., Shanshank, J., Lewin, A., & Abrams, M. (1999). Characteristics and perceived needs of mothers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50(10), 1357-1359.
- Kempe, C. H., Silverman, F., Steele, B. F., Droegemueller, N., & Silver, H. K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 105-112.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narrative: suffering, healing and the human condition*. London: Basic Books.
- Lefley, H. P. (1996). *Family Caregiving in Mental Illness*. London: Sage.
- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1177-1190.
- MacMillan, H. L., Flemming, S. E., Tronce, N., Boyle, M., Wong, M., Beardslee, W., & Offord, R. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association*, 278(2), 131-185.
- Mason, J., & Falloon, J. (2001). Some Sidney children define abuse: implications for agency in childhood. In L. Alanen & B. Mayall (Eds.), *Conceptualizing child-adult relations* (pp. 99-113). London: Routledge.
- Morsch, W. T., Finnsonn, J. T., & Brinchman, B. (2001, September). *National Challenges and Strategies*. Paper presented at Oslo European Conference «Parents with mental illness, effects on children and preventive intervention».
- Mowrbay, C., Oyserman, D., Zemencuk, J., & Ross, S. (1995). Motherhood for women with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(1), 21-38.
- Μπίμπου, Ι., Κιοσέογλου, Γ., & Στογιαννίδου, Α. (2001). Δυνατότητες και Δυσκολίες παιδιών σχολικής ηλικίας στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο. *Ψυχολογία*, 8(4), 506-526.
- Μπίμπου, Ι., Στογιαννίδου, Α., & Κιοσέογλου, Γ. (2000). Σχέση μεταξύ της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας της οικογένειας, της ψυχικής υγείας των μητέρων και της εκτίμησης δυνατοτήτων και δυσκολιών στα παιδιά σχολικής ηλικίας από γονείς και εκπαιδευτικούς. *Παιδί και Έφηβος*, 2(1), 48-69.
- Μπίμπου-Νάκου, Ι., Κιοσέογλου, Γ., & Στογιαννίδου, Α. (2000). Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών στο Σχολικό Πληθυσμό. Στο Α. Ρούσσου (Επιμ.), *Θέματα Ψυχομετρίας στην κλινική πράξη και έρευνα* (σ. 208-220). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Μπίμπου-Νάκου, Ι., & Στογιαννίδου, Α. (2002). Σύνδεση γονικής ψυχικής διαταραχής και ψυχοκοινωνικής υγείας παιδιών: Εμπειρίες από την εφαρμογή ενός οικογενειακού μοντέλου προσέγγισης. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καϊλα, & Φ. Καλαβάσης (Επιμ.), *Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία* (Β' Τόμος, σ. 164-185). Αθήνα: Ατραπός.
- Mullen, D., Martin, J., Anderson, J., Romans, S., & Herbison, G. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- Muller, R. T., Goebel-Fabbri, A., Diamond, T., & Dinklage, D. (2000). Social support and the relationship between family and community violence exposure and psychopathology among high risk adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 24, 449-464.
- Oates, J. (1997). Patients as parents: the risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 170 (suppl. 32), 22-27.
- Olsen, R. (1996). Young carers: Challenging the facts and politics of research into children and caring. *Disability and Society*, 11(1), 41-54.
- Olsen, R., & Clarke, H. (2003). *Parenting and disability. Disabled parents' experiences of raising children*. London: Policy Press.
- Osofsky, J. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170.
- Poole, J. (1996). General Adult psychiatrists and their patients' children. In M. Gopfert, J. Webster, & M. V. Seeman (Eds.), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed parents and their families* (pp. 3-17). London: Cambridge University Press.
- Radke-Yarrow, M., Zahn-Waxler, C., Richardson, D. T., Susman, A., & Martinez, P. (1994). Caring behaviour in children of clinically depressed and well mothers. *Child Development*, 65, 1405-1414.
- Raske, M. (1997). *Training child welfare workers for service to families with maternal mental illness*. Urbana: University of Illinois, Children and Family Research Center.
- Reder, P., & Duncan, S. (2000). Child abuse and parental mental health. In P. Reder, M. McClure, & A. Jolley (Eds.), *Family Matters. Interfaces between Child and Adult Mental Health* (pp. 166-179). London: Routledge.
- Reder, P., McClure, M., Jolley, A. (Eds.) (2000). *Family Matters. Interfaces between Child and Adult Mental Health*. London: Routledge.
- Rubovits, P. C. (1996). Project CHILD: An intervention programme for psychotic mothers and their young children. In M. Gopfert, J. Webster, & M. V. Seeman (Eds.), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (pp. 161-169). London: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Schuff, H., & Asen, E. (1996). The disturbed parent and the disturbed family. In M. Gopfert, J. Webster, & M. V. Seeman (Eds.), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed parents and their families* (pp. 135-152). London: Cambridge University Press.
- Sheppard, M. (1994). Maternal depression, childcare and the social work role. *British Journal of Social Work*, 24, 33-51.
- Silverman, M. (1989). Children of psychiatrically ill parents: A prevention perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1257-1265.
- Stanley, N., & Penhale, B. (1999). The mental health problems of mothers experiencing the child protection system: Identifying needs and appropriate responses. *Child Abuse Review*, 8, 34-45.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict

- Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 22(4), 249-270.
- Taylor, C. G., Norman, D. K., Murphy, J. M., Jellinek, M., Quinn, D., Poitras, F., & Goshko, M. (1991). Diagnosed intellectual and emotional impairment among parents who seriously mistreat their children: Prevalence, type and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect*, 15(4), 389-401.
- Verhulst, F. C., & Van Der Ende, J. (1991). Four-year follow-up of teacher-reported problem behaviours. *Psychological Medicine*, 21, 965-977.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 26, 11-22.
- Whipple, E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse and Neglect*, 15(3), 279-291.
- Widom, C. (1988). Sampling biases and implications for child abuse research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(2), 260-270.
- Wolfe, D. (1985). Child-abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97(3), 462-482.

## Cases of neglect /abuse in families with parental mental disorder

IOANNA BIBOU-NAKOU, ARIADNI STOGIANNIDOU  
Aristotle University of Thessaloniki, Greece

### ABSTRACT

The present study represents an effort to understand factors which contribute to greater exposure of children in practices of abuse/neglect, and, more specifically, the factor of parental mental disorder. A connection among mental disorder of the parent and abuse/neglect of the offspring is often reported, although research findings have been inconsistent (Duncan & Reder, 2000. Dunn, 1993). The present study consists part of the program «Parental mental disorder and psychosocial health of children», financed by the DAPHNE Initiative of the European Commission. Aims of the study were the investigation of: a) abuse/neglect incidence in families with parental mental disorder and its relation to individual and social variables, such as diagnostic classification of the disorder, family support framework, domestic violence, and b) the relationship between parental mental disorder and children's mental health. Twenty five families participated in the study, with either the mother (84%) or the father (16%) presenting a serious mental disorder. Data collection was based upon: a) *archival study*, through detailed analysis of records regarding structural and functional characteristics of the families, b) *semistructured interviews* with the mentally ill parent targeted at understanding their views and experiences, and c) Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ (Goodman, 1994), which was completed by parents (for 33 children) and teachers (for 20 children). Findings confirm the position of the family model (Falkov, 1998) for the cumulative results of adverse familial conditions upon the family's capacity to ensure normal development and mental health of children. Furthermore, findings emphasize the need for multi-level provision of services and active involvement of service providers in supporting families in incidences of child abuse/neglect.

**Key words:** Neglect/abuse, Parental mental disorder, Family model approach.