



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΠΥΡΙΔΩΝ Κ. ΡΟΥΣΣΙΝΟΣ

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ, ΤΟ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2024

**ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ, ΤΟ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΠΥΡΙΔΩΝ Κ. ΡΟΥΣΣΙΝΟΣ

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ, ΤΟ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2024

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Παπασταθόπουλος Ευστάθιος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Επιβλέπων
2. Ανδριοπούλου Πανωραία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
3. Χατζηνικολάου Κορνηλία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστημών Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Παπασταθόπουλος Ευστάθιος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Επιβλέπων
2. Ανδριοπούλου Πανωραία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
3. Χατζηνικολάου Κορνηλία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστημών Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
4. Γκαντώνα Γεωργία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
5. Παπαδόπουλος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
6. Χρυσόχου Ελισάβετ, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
7. Τσούρτου Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Φιλοσοφίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Η έγκρισις διδακτορικής διατριβής υπό της Σχολής των Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλοί την αποδοχή των γνωμών του συγγραφέως (Ν. 5343/32, άρθρο 202/2).

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα της παρούσας διατριβής, Παπασταθόπουλο Ευστάθιο, αρχικά για την αποδοχή της πρότασης και την εμπιστοσύνη που επέδειξε στο πρόσωπό μου, για την προθυμία και τη διαθεσιμότητα να βοηθήσει σε δύσκολες στιγμές, αλλά και το θετικό πνεύμα και τη στάση της αισιοδοξίας σε όλα τα στάδια της έρευνας. Θεωρώ τον εαυτό μου τυχερό όχι μόνο για την κάλυψη των αντικειμένων της εποπτείας από τον επιβλέποντα, αλλά και για την ιδιαίτερη φροντίδα της εποπτικής σχέσης. Επίσης, καταθέτω την ευγνωμοσύνη μου στις κυρίες Ανδριοπούλου και Χατζηνικολάου για την εμπιστοσύνη τους να συμμετάσχουν στην τριμελή επιτροπή.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου τον ψυχίατρο Νεκτάριο Δρακωνάκη ο οποίος πίστεψε στο όραμά μου και παρέπεμψε με πολύ θετική ενέργεια την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς και την ψυχίατρο Έρση Τσοπανάκη για την παραπομπή μίας συμμετέχουσας. Οφείλω επίσης ευχαριστίες στις ψυχολόγους Βασιλούλη Σπυριδούλα, Γιαννακοπούλου Δήμητρα και Ανδρεοπούλου Αγγελική για την προθυμία τους και ιδίως τη ζεστασιά κατά την αρχική αναζήτηση των συμμετεχόντων.

Νιώθω ιδιαίτερη τιμή και ευγνωμοσύνη για όλους τους νέους που συμμετείχαν στην έρευνα για τη διάθεση του χρόνου και την κατάθεση πολύ προσωπικών βιωμάτων. Οι περισσότεροι προσήλθαν με τη σκέψη ότι η συμμετοχή τους ενδέχεται να βοηθήσει άλλα παιδιά με παρόμοια βιώματα, παρά τη συναισθηματική δυσκολία που επισύρει μία τέτοια απόφαση, κι αυτό ήταν για μένα μία πολύ συγκινητική πράξη προσφοράς.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τα μέλη της οικογένειάς μου αλλά και των στενών μου φίλων για το σεβασμό και την υπομονή που επιστράτευαν για να διαχειριστούν τις πολλές ώρες απουσίας όλα αυτά τα χρόνια, χωρίς τη στήριξη των οποίων δεν θα ήταν εφικτή η περάτωση της παρούσας διατριβής.

Αφιερώνεται...

Στη Δήμητρα και την Αλεξάνδρα

Σε όλα τα μικρά και μεγάλα παιδιά με ψυχικά πάσχοντες γονείς

Σε όλους τους ψυχικά ταλαιπωρημένους γονείς

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	11
1.1 Ο εντοπισμός και η εκτίμηση του αριθμού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων	11
1.2 Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά	13
1.3 Η ψυχοπαθολογία στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων.....	22
1.4 Οι ανάγκες των παιδιών, των γονέων και των οικογενειών με γονική ψυχική νόσο	29
1.5 Οι προστατευτικοί παράγοντες στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων.....	39
1.6 Ο πατέρας ως ψυχικά πάσχων γονιός	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	51
ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ	51
2.1 Μετασυνθέσεις ποιοτικών μελετών	51
2.2 Ποιοτικές μελέτες για τα ενήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων	55
2.3 Ποιοτικές μελέτες για τα ανήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	75
ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	82
ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	91

ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ, ΑΝΤΙΞΟΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ	91
5.1 Ψυχικό τραύμα και αποσύνδεση.....	91
5.2 Η επίδραση των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή.....	95
5.3 Συναισθηματικός δεσμός	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	107
Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΗΣ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗΣ	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	119
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	119
7.1 Συμπεράσματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση	119
7.2 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	123
Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ.....	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	125
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	125
8.1 Οντολογία και επιστημολογία	125
8.2 Αφήγηση.....	126
8.3 Αφήγηση και τραύμα.....	130
8.4 Αφηγηματική διερεύνηση	132
8.5 Αφηγηματική ανάλυση.....	133
8.6 Δείγμα.....	134
8.7 Συλλογή δεδομένων.....	142
8.8 Επεξεργασία των δεδομένων	147
8.9 Αναστοχαστικότητα	150
8.10 Ηθική και δεοντολογία	152

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	155
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	155
9.1 Η ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ	156
9.1.1 'Μου βάζανε λόγια..': Οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας	156
9.1.2 'Ο ένας προσέχει τον άλλονε..': Η πρόσληψη των οικογενειακών αξιών	161
9.1.3 'Κάποιοι είναι αδιάγνωστοι..': Διαγενεακές επιρροές	163
9.1.4 Οικογενειακές αντιξοότητες	166
9.1.5 'Πολύ ατίθασο πνεύμα..': Η πρόσληψη των γονέων	171
9.2 ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	176
9.2.1 'Δεν είχαμε πολύ.. το πατέρα γιός..': Η πρόσληψη της σχέσης με τον πάσχοντα γονιό	176
9.2.2 'Σαν το σκύλο με τη γάτα..': Η πρόσληψη της σχέσης των γονιών	181
9.2.3 'Ήταν το πρότυπό μου..': Η πρόσληψη της σχέσης των αδελφών	185
9.2.4 'Την έχει κάνει λίγο άνωθ.., άνωθ..': Η πρόσληψη της σχέσης με τον υγιή γονιό	188
9.2.5 'Σα μαμά..': Η πρόσληψη των σχέσεων με το ευρύτερο περιβάλλον	192
9.3 ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΟΥ	198
9.3.1 'Για μένα ήταν φυσιολογικό..': Οι γνώσεις για την ψυχιατρική διάγνωση του γονιού	198
9.3.2 'Δεν καταλαβαίνεις πότε είναι εκείνη..': Το βίωμα της κλινικής εικόνας του γονιού	200
9.3.3 Πρόσληψη της πορείας των ψυχιατρικών εκδηλώσεων του γονιού	204
9.3.4 'Το αναγκαίο κακό..': Το βίωμα των νοσηλειών του γονιού	208
9.3.5 'Ό,τι χειρότερο έχω δει στη ζωή μου..': Απόπειρες αυτοκτονίας- αυτοκτονικός ιδεασμός γονιού	212
9.3.6 Η πρόσληψη της στάσης των μελών της οικογένειας στο πρόβλημα του γονιού	214
9.4 Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ	219
9.4.1 'Με τα πράγματα.. και φορτωμένη..': Το παιδί στο ρόλο του φροντιστή	219
9.4.2 'Λέω θα περάσει κι αυτή η μέρα..': Ο συναισθηματικός αντίκτυπος	224
9.4.3 'Πέτρινα χρόνια..': Αντίξοες αναμνήσεις	228
9.4.4 'Με λέγανε μολυσμένη..': Στίγμα	231
9.4.5 'Δίπλα ο ένας στον άλλο..': Πηγές στήριξης	234
9.5 Η ΝΟΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	238
9.5.1 'Να 'μαι το καλό παιδί..': Η εικόνα του εαυτού μεγαλώνοντας	238
9.5.2 'Μπορεί να έγινε κάτι άσχημο..': Αιτιοπροσδιορισμοί για τη γονική ψυχική νόσο	243

9.5.3 Ένα ακόμα παράσημο..': Μαθήματα ζωής.....	247
9.5.4 Τα καταφέραμε, τα καταφέραμε..': Θετικά επιτεύγματα.....	251
9.5.5 'Να' χεις άγκυρες στη ζωή σου..': Συμβουλές για αντίστοιχες περιπτώσεις	253
9.6 Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΗ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ.....	258
9.6.1 'Σα να 'χα δύο ζωές..': Επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου σήμερα	258
9.6.2 Έχω ένα παιδί χωρίς να ήθελα..': Ο νέος ενήλικας σε ρόλο φροντιστή.....	262
9.6.3 'Με πονάει κάθε φορά που τον βλέπω..': Συναισθηματικός αντίκτυπος στην αναδυόμενη ενηλικίωση.....	264
9.6.4 'Απλά.. είμαι μαζί του..': Συντροφικές σχέσεις στην αναδυόμενη ενηλικίωση	267
9.6.5 'Είναι λίγο πρηχτικός..': Σχέση με τον πάσχοντα γονιό σήμερα	271
9.6.6 'Θέλω ηρεμία..': Ο εαυτός στο μέλλον.....	274
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.....	279
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	279
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.....	349
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	349
ΕΠΙΛΟΓΟΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ.....	354
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	357
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	398

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αρθρωθεί και να κατανοηθεί η εμπειρία του να μεγαλώνει κανείς με γονείς με διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων και να διερευνηθούν οι τρόποι που τα ίδια τα παιδιά ερμηνεύουν ενεργητικά και αναστοχάζονται αυτήν την εμπειρία σε συνάρτηση με το οικογενειακό τους πλαίσιο. Επίσης, σκοπός είναι να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις υπό το πρίσμα του αναπτυξιακού ψυχικού τραύματος για τα παιδιά με ψυχικά πάσχοντα γονιό, συμπεριλαμβανομένου του τραύματος του δεσμού, και τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει σε διάφορους τομείς στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Για τη βέλτιστη εξυπηρέτηση του σκοπού της έρευνας επελέγη η αφηγηματική προσέγγιση. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 17 συμμετέχοντες (10 γυναίκες και 7 άνδρες) στην αναδυόμενη ενηλικίωση, με γονιό με διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων. Η παραγωγή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ημιδομημένης συνέντευξης. Ακολούθησε η κατά λέξη μετεγγραφή του ηχογραφημένου υλικού σε γραπτό λόγο. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της αφηγηματικής θεματικής ανάλυσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προέκυψαν έξι μείζονα θέματα. Το πρώτο θέμα αφορά το πώς κατανοούν του οικογενειακού πλαισίου, στο οποίο υπάγονται οι ενότητες σχετικά με τα οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας, την πρόσληψη των οικογενειακών αξιών, τις διαγενεακές επιρροές, τις οικογενειακές αντιξοότητες και την πρόσληψη των γονέων. Το δεύτερο θέμα αφορά τη δυναμική των οικογενειακών σχέσεων. Το θέμα αυτό περιλαμβάνει τους τρόπους νοηματοδότησης της σχέσης με τον πάσχοντα και τον υγιή γονιό, της σχέσης μεταξύ των αδελφών, και των σχέσεων με το ευρύτερο περιβάλλον. Το τρίτο θέμα αφορά το βίωμα των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού. Το θέμα αυτό απαρτίζεται από τις γνώσεις για την ψυχιατρική διάγνωση του γονιού, το βίωμα της κλινικής εικόνας του γονιού, την πρόσληψη της πορείας των ψυχιατρικών εκδηλώσεων του γονιού, τις απόπειρες αυτοκτονίας και την πρόσληψη της στάσης των μελών της οικογένειας για το πρόβλημα του γονιού. Το τέταρτο θέμα αφορά τον αντίκτυπο της γονικής ψύχωσης στο παιδί, που περιλαμβάνει τις ενότητες: το παιδί στο ρόλο του φροντιστή, το συναισθηματικό αντίκτυπο, τις αντίξοες αναμνήσεις, το στίγμα, και τις πηγές στήριξης. Το πέμπτο θέμα αναφέρεται στη νοηματοδότηση της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου, με κύριες ενότητες την εικόνα του εαυτού μεγαλώνοντας, τους

αιτιοπροσδιορισμούς για τη γονική ψυχική νόσο, τα μαθήματα ζωής, τα θετικά επιτεύγματα και τις συμβουλές για αντίστοιχες περιπτώσεις. Το έκτο θέμα αφορά τη διαμόρφωση της ταυτότητας στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Στο θέμα αυτό περιλαμβάνονται οι ενότητες για τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου σήμερα, το νέο ενήλικα σε ρόλο φροντιστή, το συναισθηματικό αντίκτυπο στην αναδυόμενη ενηλικίωση, τις συντροφικές σχέσεις, τη σχέση με τον πάσχοντα γονιό σήμερα, και τον εαυτό στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: Παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων, αναδυόμενη ενηλικίωση, ψύχωση, αναπτυξιακό ψυχικό τραύμα, αφηγηματική θεματική ανάλυση, ψυχικά πάσχων γονιός

ABSTRACT

The main aim of this study is to articulate and understand the experience of growing up with parents diagnosed on the spectrum of psychosis, and to explore the ways in which children themselves actively interpret and reflect on this experience in relation to their family context. It also aims to increase knowledge about the developmental trauma experienced by children with a parent with a mental illness, including attachment trauma, and the impact this can have on different areas of emerging adulthood. A narrative approach was chosen to best serve the purpose of the research. The research sample consists of 10 female and 7 male participants in emerging adulthood who have a parent diagnosed with psychosis. Data were collected through semi-structured interviews. The recorded material was then transcribed verbatim into written form. The data was processed using the method of narrative thematic analysis. According to the results, six main themes emerged. The first theme concerns perceptions of the family context, which includes subthemes on family communication patterns, family values, intergenerational influences, family adversity and perceptions of parents. The second theme relates to the dynamics of family relationships. This theme includes perceptions of the relationship with the affected and healthy parent, of the sibling relationship and of the relationship with the wider environment. The third theme concerns the experience of the parent's psychiatric difficulties. This theme is made up of knowledge of the parent's psychiatric diagnosis, experience of the parent's clinical picture, perception of the course of the parent's psychiatric manifestations, suicide attempts and perception of family members' attitudes towards the parent's problem. The fourth theme relates to the impact of parental psychosis on the child and includes sections on the child as a caregiver, emotional impact, negative memories, stigma and sources of support. The fifth theme relates to making sense of the experience of parental mental illness, including subthemes on self-image as an adolescent, attributions for parental mental illness, life lessons, positive achievements and advice for similar cases. The sixth theme is identity formation in emerging adulthood. This theme includes sections on the impact of parental mental illness today, the emerging adult in the role of caregiver, the emotional impact on

emerging adulthood, partner relationships, the relationship with the affected parent today, and the future self.

Keywords: Children of mentally ill parents, emerging adulthood, psychosis, developmental trauma, narrative thematic analysis, mentally ill parent

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος κρίθηκε σημαντική για μια σειρά λόγων. Κατ' αρχήν, είναι ελάχιστη η έρευνα στο ελληνικό συγκείμενο και διεθνώς γύρω από το ευρύτερο ζήτημα της επίδρασης της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά και τις οικογένειές τους, καθώς και των τρόπων που τα ίδια τα παιδιά νοσηματοδοτούν και διαχειρίζονται την εμπειρία της γονικής ψύχωσης ειδικότερα. Η παρούσα έρευνα επελέγη για να κατανοήσουμε καλύτερα τους λόγους που τα συγκεκριμένα παιδιά αποτελούν μια 'αόρατη' ομάδα πληθυσμού, επιτρέποντας έτσι τη διαμόρφωση συγκεκριμένων προτάσεων τόσο στον τομέα της πρόληψης όσο και της αντιμετώπισης σε διάφορα επίπεδα (π.χ. ατομικό, οικογενειακό) και σε διάφορα πλαίσια (π.χ. σχολικό, κλινικό, κοινοτικό, κρατικό).

Επίσης, η επιλογή του θέματος έγινε με την προσδοκία ότι θα εμπλουτιστεί η βιβλιογραφία που αφορά τη διερεύνηση των απόψεων των ίδιων των παιδιών. Η πλειοψηφία των δημοσιεύσεων για τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων αφορά κυρίως ποσοτικές έρευνες, ή απόψεις των ειδικών και των γονιών για τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά. Αντίθετα, οι ποιοτικές μελέτες που αφορούν στη διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων των ίδιων των παιδιών είναι λίγες. Παρά το γεγονός ότι η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων των ποιοτικών μελετών είναι περιορισμένη, εντούτοις είναι πολύ σημαντικές διότι παρέχουν πολλές πληροφορίες εις βάθος για τους τρόπους που τα ίδια τα υποκείμενα κατανοούν και βιώνουν τα υπό μελέτη φαινόμενα. Μέσω της διερεύνησης των αφηγήσεών τους, ειδικά, τα παιδιά έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν 'φωνή' ερευνητικά, ως συμμετέχοντες και όχι μόνο ως ερευνητικά αντικείμενα.

Ένας άλλος λόγος που επελέγη η παρούσα μελέτη είναι η διαπίστωση ότι στην βιβλιογραφία δεν τονίζεται η τραυματική διάσταση των βιωμάτων των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων. Στις δημοσιευμένες μετααναλύσεις και μετασυνθέσεις (Brummelhuis και συν., 2020; Dam & Hall, 2016; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Yamamoto & Keogh, 2018) διαπιστώθηκε ότι σε καμία σχεδόν έρευνα δεν μελετήθηκε άμεσα η εμπειρία του ψυχικού τραύματος στα παιδιά, παρά το ότι σε αρκετές δημοσιεύσεις τα βιώματα που καταγράφονται έχουν μια σαφή τραυματική διάσταση (βλέπε Murphy και συν., 2011; Trondsen, 2012). Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί μερικές φορές η λέξη τραύμα, μέσα στην οικογένεια, παραπέμπει

αυτόματα σε ένα είδος μομφής προς τους γονείς, ή μπορεί να φαίνεται ότι σχετίζεται μονομερώς, περισσότερο με το ζήτημα της διερεύνησης των παραγόντων κινδύνου και για αυτό οι ερευνητές να το αποφεύγουν. Φαίνεται ότι υπάρχει ένας γενικότερος δισταγμός στους ερευνητές να διεξάγουν έρευνες που αφορούν πολύπλοκες θεματικές (π.χ. πένθος, κακοποίηση, κ.λπ.), κι ο δισταγμός αυτός να σχετίζεται με θέματα δεοντολογίας ή εξειδίκευσης και εξοικείωσης (Leeson, 2014). Η Herman (1992), μία από τους πρωτοπόρους για την μελέτη του ψυχικού τραύματος, είχε παρατηρήσει ότι υπάρχει μια τάση να μην αναγνωρίζεται το τραύμα ως φαινόμενο στις έρευνες. Υποστηρίζει ότι η γενικότερη μελέτη του ψυχικού τραύματος έχει ένα περίεργο ιστορικό το οποίο ονομάζει ‘επεισοδιακή αμνησία’, δηλαδή παρατηρούνται περίοδοι ενεργής διερεύνησης γύρω από το ψυχικό τραύμα οι οποίες εναλλάσσονται με λήθη. Η ανάδειξη των τραυματικών βιωμάτων των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων μπορεί να προάγει εμπειρίες που ήταν ως τώρα ‘ξεχασμένες’ ή μη ‘αναγνωρισμένες, δεδομένης της διεργασίας της απώθησης από τη σφαίρα του συνειδητού σύμφωνα με την επιστημολογία του ψυχικού τραύματος (Van der Kolk, 2014). Μια άλλη διάσταση είναι ότι τα παιδιά με χρόνια τραυματικά βιώματα αποκτούν μια ευπάθεια και μια τάση να ανατραυματίζονται ψυχικά μεγαλώνοντας σε συνθήκες που δεν σχετίζονται απαραίτητα με τη νόσο των γονιών τους. Όταν υπάρχει μια αντίξοχη εμπειρία ζωής στην παιδική ηλικία (αλλά και αργότερα) είναι πολύ πιθανό να υπάρχουν κι άλλες με αποτέλεσμα να κατασκευάζεται ήδη μια βιογραφία με πολλαπλά ψυχικά τραύματα (Benjet και συν., 2010; Greif- Green και συν., 2010; Kessler και συν., 2010). Η τραυματική οπτική με άλλα λόγια μπορεί να δώσει νόημα σε μεταγενέστερες αντίξοχες εμπειρίες. Η εξήγηση των εμπειριών αυτών μπορεί σχετιστεί και με την κατάσταση της ψυχικής αποσύνδεσης, μια διάσταση της οποίας είναι η τάση του ατόμου να επαναλαμβάνει κάποιες συμπεριφορές από την πλευρά του θύματος, θεωρώντας ότι οι θύτες είναι οι υγιείς και ότι οι τραυματικές εμπειρίες οφείλονται στο ίδιο (Dell & O’Neil, 2008). Μέσω μίας αντίστοιχης μελέτης, θα μπορούσε, επίσης, να διαφωτιστεί το ζήτημα της διαγενεακής μεταβίβασης των ψυχικών τραυμάτων σε μια οικογένεια και να δημιουργηθεί ένα σημείο εκκίνησης για την καλλιέργεια τρόπων περιορισμού της μετάδοσης αυτής της τοξικότητας από γενιά σε γενιά (Goodman, 2013). Είναι σημαντική και η μελέτη της έννοιας του Δεσμού σε σχέση με την επίδραση της γονικής ψυχικής νόσου και το τραύμα γιατί αξιολογώντας τις ανάγκες των παιδιών

με τραυματικό ιστορικό, μπορούμε να δούμε καλύτερα την διαδικασία κατά την οποία το παιδί μαθαίνει να αγαπάει το πρόσωπο (δηλαδή το γονιό) που είναι ένα από τους πρωταγωνιστές στην τραυματική του εμπειρία. Συχνά για τα παιδιά είναι δύσκολος ο εντοπισμός του τραυματικού δεσμού, κι αυτό ενισχύεται από την άποψη ότι συχνά δεν είναι εμπρόθετη η κακοποίηση ή η παραμέληση (Dubowitz & Bennett, 2007).

Από την άποψη της ψυχικής διαταραχής του γονέα επελέγη το φάσμα των ψυχώσεων δεδομένης της βαρύτητας των συγκεκριμένων διαγνώσεων για όλα τα μέλη του οικογενειακού συστήματος, αλλά και γιατί δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να μελετούν ταυτόχρονα την ψύχωση του γονέα, το ψυχικό τραύμα, και τις υποκειμενικές εμπειρίες των παιδιών. Επίσης, οι ψυχώσεις, και ειδικά η σχιζοφρένεια, έχουν πολύ μεγάλη συνάφεια με το ψυχικό τραύμα (Sheffield και συν., 2013; Shevlin και συν., 2007), που σημαίνει ότι το παιδί έρχεται σε επαφή όχι μόνο με την ψυχική νόσο και τις τραυματικές επιπτώσεις της στην οικογένεια και στον δεσμό, αλλά και με τα παρελθόντα ψυχικά τραύματα του γονιού που αποτέλεσαν ένα γόνιμο έδαφος για την ανάπτυξή της. Η επιλογή της ψύχωσης στην παρούσα έρευνα σχετίζεται και με τις πιο άμεσες επιπτώσεις της στο παιδί. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα παιδιά γονέων με ψύχωση είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχικά προβλήματα από όλο το φάσμα των διαγνώσεων (Dean, 2010). Η πιο επικίνδυνη διασύνδεση με την ψυχική νόσο του γονιού προκύπτει όταν ο γονιός έχει έντονες παραληρητικές ιδέες ή ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις στα πλαίσια της διάγνωσής του και έχει εντάξει το παιδί στο περιεχόμενό τους. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε φόβο όλη την οικογένεια αλλά και τον ίδιο τον πάσχοντα. Είναι πολύ πιθανό ο γονιός να μην πλησιάζει το παιδί εξαιτίας αυτού του φόβου, οπότε επέρχεται και η παραμέληση, ή ακόμα χειρότερα να κάνει πράξη αυτό που φοβάται (Friedman και συν., 2005).

Το φάσμα των ψυχώσεων περιλαμβάνει μια σειρά διαγνώσεων οι οποίες διαφέρουν ανάλογα με το σύστημα κατάταξης των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με το DSM-5 είναι η Σχιζοφρένεια, η Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, η Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή, η Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, η Παραληρητική Διαταραχή, η Ψυχωτική Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες ή γενική ιατρική κατάσταση, και η Ψυχωτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (APA, 2013). Σύμφωνα με το ICD-10, που αποτελεί το

σύστημα κατάταξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ., 1992) είναι η Σχιζοφρένεια, η Σχιζότυπη Διαταραχή, η Χρονίζουσες Παραληρητικές Διαταραχές, οι Οξείες και Παροδικές Ψυχωσικές Διαταραχές, η Επακτή Παραληρητική Διαταραχή, οι Σχιζοσυναισθηματικές Διαταραχές. Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας επελέγη η εμπειρία της γονικής ψύχωσης πλην των περιπτώσεων κατά τις οποίες η ψύχωση οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση, σε χρήση ουσιών ή σε άλλου τύπου οργανικότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ψυχωτική κατάσταση προκύπτει δευτερογενώς εξαιτίας κάποιας σωματικής δυσλειτουργίας (π.χ. ορμονική διαταραχή) ή λήψη κάποιας ουσίας (π.χ. ψυχοτρόπες ουσίες), όπου αν αντιμετωπιστούν επαρκώς τότε η ψυχωτική κατάσταση θα υποχωρήσει (Μάνος, 1997). Συνήθως όταν συμβαίνει δευτερογενώς δεν προηγείται απαραίτητως η ανάλογη ιστορία ζωής ενώ οι συνθήκες που οδηγούν στην πρωτογενή εμφάνιση της ψύχωσης είναι διαφορετικές.

Η επιλογή της περιόδου της αναδυόμενης ενηλικίωσης έγινε με γνώμονα το κενό στη βιβλιογραφία που αφορά στη συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδο, αλλά και της σημαντικότητάς της στην ανθρώπινη ανάπτυξη και των επιπτώσεων που επισύρει αργότερα, όταν οι νέοι θα εισέλθουν στην ενήλικη φάση της ζωής. Η αναδυόμενη ενηλικίωση αποτελεί ένα από τα πιο κρίσιμα χρονικά διαστήματα στη ζωή, στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες, διότι τότε λαμβάνονται πολύ σημαντικές αποφάσεις που αφορούν την αυτονόμηση, τις σπουδές, τη σύναψη συντροφικών σχέσεων, τη διαμόρφωση της ταυτότητας, την καριέρα και τη δημιουργία οικογένειας (Hochberg & Konner, 2020; Raiu, 2019; Wood και συν., 2018). Τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων ως εκ τούτου θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου καθώς πρέπει να διαχειριστούν τις επιπτώσεις της νόσου του πάσχοντος γονιού και ταυτόχρονα τις απαιτήσεις της αναδυόμενης ενηλικίωσης.

Για την επιλογή του θέματος ιδιαίτερη βαρύτητα είχε και το συγκεκριμένο χωροχρονικό πλαίσιο δεδομένου ότι η συνθήκη της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας και της πανδημίας συνδέεται με την αύξηση πολλών ψυχιατρικών καταστάσεων ενώ ταυτόχρονα αποτελεί ένα εύφορο έδαφος για τραυματικά βιώματα που ενδέχεται να σχετίζονται με την απότομη αλλαγή του επιπέδου διαβίωσης, τις δυσκολίες στις οικογενειακές σχέσεις, κ.λπ.. (Γιωτάκος και συν., 2013; Ευθυμίου και συν., 2013; Kessler και συν., 2021; Racine και συν., 2021). Ειδικά η πανδημία συνέβαλε στην εμπειρία επιπρόσθετων δυσκολιών στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων, με

ιδιαίτερη αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας και απομόνωσης αυτών των οικογενειών (Zhou και συν., 2021).

Τέλος, ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο επελέγη το συγκεκριμένο θέμα είναι η επαγγελματική εμπειρία του ερευνητή σε ψυχιατρικό πλαίσιο με την ιδιότητα του ψυχολόγου, κατά την οποία υπήρξε χρόνια συνεργασία τόσο με τους ψυχικά πάσχοντες γονείς, όσο και με τα παιδιά τους. Από την συνεργασία αυτή – κατά κύριο λόγο σε γραφείο οικογενειακής θεραπείας των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου και δευτερευόντως στην κλινική οξέων περιστατικών - αναδύθηκαν πολλά συναισθήματα και σκέψεις τόσο για την κατάσταση των γονιών όσο κι εκείνη των παιδιών, κυρίως για τη μοναξιά και την ευαλωτότητα που βίωναν ο καθένας από τη δική του πλευρά. Σε πολλές όμως περιπτώσεις η μοναξιά από την πλευρά των παιδιών φαινόταν στον ερευνητή πιο επιβαρυντική, είτε γιατί δεν υπήρχε θεσμικά οργανωμένη μέριμνα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τα παιδιά όταν νοσούσαν ψυχιατρικά οι γονείς, είτε γιατί το οικογενειακό πλαίσιο ήταν ανεπαρκές για την κάλυψη των αναγκών τους.

Η παρούσα εργασία είναι δομημένη στα εξής μέρη: το θεωρητικό που αφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, το ερευνητικό, τη συζήτηση, τη βιβλιογραφία και το παράρτημα. Το πρώτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους για τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά και την οικογένεια αφορά στον εντοπισμό και την εκτίμηση του αριθμού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων, τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου και την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά, τις ανάγκες των παιδιών, των γονέων και των οικογενειών με γονική ψυχική νόσο, τους προστατευτικούς παράγοντες στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων. Το δεύτερο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους περιλαμβάνει τις μετασυνθέσεις των ποιοτικών μελετών και τις ποιοτικές μελέτες για τα ενήλικα και ανήλικα τέκνα. Στη συνέχεια ακολουθούν τα κεφάλαια που αφορούν στα παιδιά στο ρόλο του φροντιστή, την περίοδο της αναδυόμενης ενηλικίωσης, το στίγμα για την ψυχική νόσο, το τραύμα, τις αντιξοότητες και το συναισθηματικό δεσμό.

Ακολούθως, στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας αναπτύσσονται οι διαστάσεις της οντολογίας και της επιστημολογίας της έρευνας, η σημασία και η λόγοι επιλογής της αφηγηματικής προσέγγισης και περιγράφεται η μέθοδος της αφηγηματικής ανάλυσης. Ακολουθούν οι ενότητες για το δείγμα, τη συλλογή και την επεξεργασία των δεδομένων, τη

σημασία της αναστοχαστικότητας και τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας. Το κεφάλαιο των αποτελεσμάτων αποτελείται από έξι θεματικές ενότητες που προέκυψαν από την ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων. Η πρώτη θεματική ενότητα περιλαμβάνει την πρόσληψη του οικογενειακού πλαισίου. Στην ενότητα αυτή παρατίθενται και περιγράφονται οι κατηγορίες για τα οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας, την πρόσληψη για τις οικογενειακές αξίες, τις διαγενεακές επιρροές, τις οικογενειακές αντιξοότητες και τους γονείς. Η δεύτερη θεματική ενότητα αφορά στη δυναμική των οικογενειακών σχέσεων, ήτοι τη σχέση των νέων με τον υγιή και τον πάσχοντα γονιό, τη σχέση των γονιών μεταξύ τους, τη σχέση μεταξύ των αδελφών, και των σχέσεων με το ευρύτερο περιβάλλον. Η τρίτη θεματική ενότητα αναφέρεται στο βίωμα των ψυχικών δυσκολιών του γονιού. Στην ενότητα αυτή περιγράφονται οι γνώσεις και οι εμπειρίες των παιδιών για την ψυχιατρική διάγνωση, την κλινική εικόνα, τις νοσηλείες και τις απόπειρες αυτοκτονίας του γονιού και οι τρόποι νοηματοδότησης της στάσης των μελών της οικογένειας στο πρόβλημα του γονιού. Η τέταρτη θεματική ενότητα αφορά στον αντίκτυπο της γονικής ψυχικής νόσου στο παιδί. Στην ενότητα αυτή υπάγονται οι κατηγορίες σχετικά με το ρόλο του φροντιστή, το συναισθηματικό αντίκτυπο, τις αντίξοες αναμνήσεις, το στίγμα και τις πηγές στήριξης. Η πέμπτη θεματική κατηγορία περιλαμβάνει τη νοηματοδότηση της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι ενότητες για την εικόνα του εαυτού κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, τους αιτιοπροσδιορισμούς για τη γονική ψυχική νόσο, τα μαθήματα ζωής, τα θετικά επιτεύγματα και των γνώσεων που έχουν συσσωρεύσει και θεωρούν ότι θα ήταν σημαντικές για ανάλογες περιπτώσεις. Η τελευταία θεματική ενότητα αναφέρεται στη διαμόρφωση της ταυτότητας στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Εδώ περιλαμβάνονται οι επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στο σήμερα, ο ρόλος του φροντιστή που οι νέοι ανήλικες αναγκάζονται να υιοθετήσουν, ο συναισθηματικός αντίκτυπος των παραπάνω στην αναδυόμενη ενηλικίωση, η σχέση με τον πάσχοντα γονιό στο παρόν, και οι προσδοκίες που έχουν για τον εαυτό τους στο μέλλον. Στο κεφάλαιο της συζήτησης επιχειρείται η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η συζήτησή τους με την αντίστοιχη βιβλιογραφία.

Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

1.1 Ο εντοπισμός και η εκτίμηση του αριθμού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων

Ο εντοπισμός των παιδιών που έχουν γονείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές δεν είναι εύκολος, όχι μόνο γιατί προϋποθέτει την συνεργασία των υπηρεσιών με τις κατάλληλες καταγραφές επίσημων στοιχείων, αλλά και γιατί το στίγμα για την ψυχική νόσο και ο φόβος της έκθεσης των οικογενειών προάγει την αποκρυπτικότητα (Maybery και συν., 2009; Schlüter-Müller, 2020), ή από φόβο μήπως χάσουν οι γονείς την κηδεμονία των παιδιών τους, καθώς και από το γεγονός ότι πολλοί ενήλικες που πάσχουν ψυχικά δεν χρησιμοποιούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Bassani και συν., 2008). Το ζήτημα του εντοπισμού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων είναι τόσο σημαντικό ώστε κάποια κράτη επέλεξαν να θεσπίσουν νομικά πλαίσια για υποχρεωτικές πρακτικές εντοπισμού σε διάφορες υπηρεσίες. Όμως τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα, για παράδειγμα στη Νορβηγία μετά το πέρας 3 ετών από την θέσπιση του νόμου για τον εντοπισμό των παιδιών η πρακτική δεν έχει ενταχθεί πλήρως στις πρωτοβουλίες των εργαζομένων (Lauritzen και συν., 2014, 2018).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι στην Ελλάδα μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν δημοσιεύσεις επίσημης εκτίμησης του πληθυσμού αυτού, ενώ διεθνώς έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες στις βόρειες χώρες της Ευρώπης (Δανία, Σουηδία, Νορβηγία), τη Γερμανία, την Αυστραλία, τον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Στον Καναδά, βάσει των στοιχείων από την εθνική βάση δεδομένων του 2002, διαπιστώθηκε ότι 1 στα 10 παιδιά ηλικίας έως 12 ετών είχαν έναν γονιό με ψυχική διαταραχή, ενώ λαμβάνοντας υπόψη τα παιδιά που ζούσαν με έναν ενήλικα γενικώς στο σπίτι με ψυχική διαταραχή τότε η αναλογία αυτή έφτανε στο 1 στα 6 παιδιά (Bassani και συν., 2009). Σε πραγματικούς αριθμούς η αναλογία αυτή αντιστοιχούσε περίπου σε μισό εκατομμύριο παιδιά κάτω των 12. Οι γονείς της πλειοψηφίας

των παιδιών αυτών δεν είχαν λάβει ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή τον τελευταίο χρόνο και ένα σημαντικό μέρος αυτών έκαναν χρήση ουσιών κατά την παρουσία των παιδιών. Επίσης, 1 στα 5 από τα παιδιά αυτά ζούσαν σε μονογονεϊκές οικογένειες στις οποίες ο κύριος φροντιστής ήταν ο ψυχικά πάσχων. Σε μία άλλη έρευνα που αφορούσε πάνω από 70.000 παιδιά ηλικίας 0-21 που γεννήθηκαν στο διάστημα 1993 μέχρι 2013 στη Δανία, βρέθηκε ότι το 25,3% είχαν τουλάχιστον τον ένα γονιό με σωματική ή ψυχική νόσο ή και τα δύο (Jørgensen και συν., 2015). Οι Maybery και συν. (2009) στη μελέτη τους για τα παιδιά ψυχικά πασχόντων στην Αυστραλία βρήκαν ότι 23,3% όλων των παιδιών από τον γενικό πληθυσμό ζούσαν σε οικογένειες με ψυχική νόσο. Σε μεταγενέστερη έρευνα στην ίδια χώρα, από τους Johnson και συν. (2018) η αναλογία των παιδιών ηλικίας 4-17 ετών που είχαν έστω έναν γονιό με ψυχική διαταραχή, έφτανε το 1 στα 3 παιδιά. Στη Γερμανία το αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών έφτανε το 22% του γενικού πληθυσμού, το οποίο σε πραγματικούς αριθμούς εκτιμάται ότι έφτανε τα τρία εκατομμύρια (Mattejat, 2013; Schlüter-Müller, 2020).

Εκτός από τις άμεσες εκτιμήσεις του αριθμού των παιδιών με ψυχικά πάσχοντες γονείς υπάρχουν και δημοσιεύσεις που αφορούν την εκτίμηση του αριθμού των ενηλίκων με ψυχική νόσο που είναι γονείς ανήλικων ή ενήλικων τέκνων. Οι Östman & Hansson (2001) σε έρευνα στη Σουηδία που αποτελούσε συνέχεια παλαιότερων εκτιμήσεων (των ετών 1986, 1991, 1997) διαπίστωσαν ότι το 28% των ασθενών σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ενηλίκων είχαν παιδιά, η πλειοψηφία δε αποτελούνταν από γυναίκες. Το ποσοστό κηδεμονίας των παιδιών μειωνόταν προϊόντος του χρόνου, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές στην αναλογία ασθενών που ήταν γονείς σε σχέση με την συνθήκη εκούσιας ή ακούσιας νοσηλείας. Οι Stallard και συν. (2004) στη μελέτη τους που πραγματοποιήθηκε στη Βρετανία βρήκαν ότι το 15% των ενηλίκων που είναι γονείς και χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν παιδιά μέχρι 18 ετών. Στην δημοσίευση των Maybery και συν. (2009) που προαναφέρθηκε βρέθηκε ότι για την πολιτεία της Βικτώριας στην Αυστραλία το 20,4% των συνολικών χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είχαν μικρά παιδιά, ενώ το 14,4% όλων των οικογενειών είχαν τουλάχιστον ένα γονέα με ψυχική διαταραχή. Οι Stambaugh και συν. (2017) χρησιμοποίησαν δεδομένα από την εθνική έρευνα για τη χρήση ουσιών και την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες για τα έτη 2008-2014 και βρήκαν ότι 2,7 εκατομμύρια ενήλικες με σοβαρή ψυχική νόσο ήταν γονείς, ενώ το σύνολο των γονέων με οποιαδήποτε ψυχική νόσο

έφτανε τα 12,8 εκατομμύρια άτομα. Σε πρόσφατη μεταανάλυση για την εκτίμηση του αριθμού των ψυχικά πασχόντων γονιών με χρήση δεδομένων από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες ενηλίκων τα δεδομένα κυμαίνονται από 12,2% έως 45%, στις ενδονοσοκομειακές δομές το ανώτερο ποσοστό έφτανε το 38,5% και στις εξωτερικές υπηρεσίες το 51%, οι γονείς δε με ψύχωση ήταν συχνότεροι στις πρώτες και οι γονείς με κατάθλιψη στις δεύτερες (Maybery & Reupert, 2018).

Στην Ελλάδα στα πλαίσια του προγράμματος Δάφνη [Daphne Project, 2000/EU funding] ένας από τους στόχους ήταν η διερεύνηση του κατά πόσο τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων εντοπίζονται στο σχολικό πλαίσιο, με ποιο τρόπο τα σχολεία έχουν διαμορφώσει την αναζήτηση των παιδιών και πως κατανοούν οι εκπαιδευτικοί τον ρόλο των ειδικών που συμμετέχουν στην φροντίδα των παιδιών, κ.λπ.. Όπως ήταν αναμενόμενο οι εκπαιδευτικοί απάντησαν ότι δεν ήταν εύκολο να εντοπίσουν τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων, αλλά ακόμη κι όταν μπορούσαν να το κάνουν δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μέσα και η σωστή διασυνδετική προκειμένου τα παιδιά να παραπεμφθούν στις κατάλληλες υπηρεσίες (Bibou – Nakou, 2004a).

1.2 Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά

Η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου έχει συνδεθεί με ψυχολογικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές εκφάνσεις στα παιδιά. Σε έρευνα στην Αυστραλία που αφορούσε όλα τα παιδιά ηλικίας 5 ετών που γεννήθηκαν το 2009, εκείνα που είχαν γονείς με ψυχική διαταραχή εκδήλωναν περισσότερη επιθετικότητα, αγχώδεις και φοβικές συμπεριφορές. Τα παιδιά και με τους δύο γονείς με ψυχική νόσο είχαν τριπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάτι από τα παραπάνω (Dean και συν., 2018). Στις περιπτώσεις της συννοσηρότητας του γονιού συνήθως οι επιπτώσεις στα παιδιά και στην οικογένεια ήταν δυσμενέστερες. Τα παιδιά έχουν χαμηλότερη επάρκεια εαυτού σε σχέση με τα παιδιά ψυχικά πασχόντων χωρίς συννοσηρότητα, καθώς και περισσότερες αρνητικές πεποιθήσεις (van Santvoort και συν., 2014). Οι Manjula & Raguram (2009) μελετώντας την εικόνα του εαυτού σε νέους ενήλικες γονέων με σχιζοφρένεια κατέληξαν σε στοιχεία της προσωπικότητας όπως η ελλιπής αποφασιστικότητα, η παρορμητικότητα, η τάση για άγχος, αλλά και η διαρκή ανησυχία ότι δεν τους εμπιστεύεται η οικογένειά τους, όπως και

την εμπλοκή σε συχνές οικογενειακές συγκρούσεις. Οι Jayakrishnan και συν. (2015) βρήκαν ότι το ένα τρίτο των παιδιών γονέων με ψυχικές παθήσεις είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ οι Imgran και συν. (2009) εντόπισαν και δυσκολίες στην λειτουργικότητα, με τα μικρά παιδιά να είναι πιο αποσυρμένα με δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συνομήλικους. Σύμφωνα με τους Van der Werf και συν. (2019) τα παιδιά που έχουν γονείς με ψυχικά νοσήματα είναι πιο επιβαρυνμένα σε σχέση με τα παιδιά με γονείς με σωματικά νοσήματα, ίσως λόγω του στίγματος και της ελλιπούς κατανόησης της ψυχικής ασθένειας στην κοινότητα. Η ψυχική νόσος του γονιού επιβαρύνει την προσαρμοστικότητα των παιδιών κυρίως στον κοινωνικό τομέα, οδηγώντας και σε συμπεριφορικά προβλήματα, τα οποία μπορούν να διατηρηθούν μεγάλα χρονικά διαστήματα. Η ψυχική νόσος επίσης επιβαρύνει τη λειτουργικότητα του γονιού κι αυτό με τη σειρά του τη λειτουργικότητα του παιδιού (Chen, 2014). Τα παιδιά μπορεί να έχουν επίσης κι ένα διαρκές άγχος και φόβο για την συνέπεια της λήψης φαρμακευτικής αγωγής από το γονιό αλλά και τον φόβο απόπειρας αυτοκτονίας (Spiegelhoff & Ahia, 2011). Συχνά οι γονείς ανησυχούν ότι τα παιδιά τους έχουν δυσκολία στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, ότι επιδίδονται σε παραβατικές συμπεριφορές, σε ξεσπάσματα θυμού, ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές κ.λπ. (Stallard και συν., 2004). Τα παιδιά που είναι νέοι φροντιστές έχουν ιδιαίτερα προβλήματα στην κοινωνικοποίηση λόγω περιορισμένης πρόσβασης σε υποστηρικτικά δίκτυα, λόγω έλλειψης χρόνου ή της κόπωσης που προκύπτει από την ανάληψη ευθυνών στο σπίτι τα οποία με τη σειρά τους συμβάλλουν στην αίσθηση της μοναξιάς. Συναισθηματικά, βιώνουν θυμό, εξάντληση, στρες, θλίψη, και δυσκολία στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (Mechling, 2011).

Στην μελέτη της, η O'Connell (2008), βρήκε, ωστόσο, ότι τα ενήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων που ήταν μεγαλύτερης ηλικίας είχαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, λιγότερα μελαγχολικά συναισθήματα και καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους μικρότερους. Αυτό κατά την ερευνήτρια μπορεί να οφείλεται στο ότι ενδέχεται να είχαν περισσότερο χρόνο να αξιοποιήσουν ευκαιρίες για να διεργαστούν τα προβλήματά τους μέσω της ψυχοθεραπείας ή μέσω της εξάσκησης στις σχέσεις με πρόσωπα του κοντινού περιβάλλοντος. Η ιδιοσυγκρασία του ίδιου του παιδιού μπορεί να επηρεάσει την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού κι αυτό με τη σειρά του να επιφέρει αντιξοότητες στην καθημερινότητα του σπιτιού (Manning & Gregoire, 2008). Τα χαρακτηριστικά του παιδιού μπορούν να επηρεάσουν το στυλ γονικότητας της

μητέρας, ιδίως πριν την εμφάνιση της ψυχικής νόσου (Oyserman και συν., 2002). Ως προς την διάσταση του φύλου των παιδιών, στην έρευνα των Dean και συν. (2018) φαίνεται ότι οι ψυχικές και συμπεριφορικές δυσκολίες επηρεάζουν περισσότερο τα κορίτσια. Ως προς την σειρά γέννησης του παιδιού σε αρκετές μελέτες φαίνεται ότι οι πρωτότοκοι επιβαρύνονται περισσότερο λόγω των ευθυνών που αναλαμβάνουν στο σπίτι, σε μία όμως έρευνα βρέθηκε ότι ήταν λιγότερο επιβαρυνμένοι, ίσως γιατί όταν ήταν μικροί η έναρξη της ψυχικής νόσου του γονιού να μην είχε γίνει ακόμη, ή να έτυχαν περισσότερης προσοχής από το οικογενειακό περιβάλλον, ή να είχαν προλάβει περισσότερο χρόνο τους γονείς τους μαζί πριν το διαζύγιο (O'Connell, 2008).

Όταν τα παιδιά είναι πολύ μικρά στην ηλικία και οι γονείς έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια είναι πιθανόν ακόμη και από την ηλικία των 8 μηνών να αναπτύξουν συμπεριφορικά προβλήματα, δυσκολίες με την νευρογνωστική λειτουργικότητα, είναι πιο αποφευκτικά, έχουν δυσκολίες στην διαχείριση της διυποκειμενικότητας, την αμοιβαιότητα ή τη δυσκολία να κατανοήσουν το πλαίσιο επειδή ο πάσχων γονιός παρέχει πολλά αντιφατικά ερεθίσματα και παρερμηνείες της πραγματικότητας που προκαλούν σύγχυση στο παιδί (Gamma και συν., 2014). Έχουν βρεθεί πολλά γνωστικά ελλείμματα στα παιδιά μητέρων με ψυχιατρική διάγνωση, με επιπτώσεις στο δείκτη νοημοσύνης, στη συγκέντρωση και προσοχή, καθυστέρηση στο περπάτημα, χαμηλές γλωσσικές δεξιότητες, κοινωνική ανεπάρκεια, κ.λπ. (Manning & Gregoire, 2008). Αν ο πατέρας ή η μητέρα πάσχουν από ψυχική διαταραχή τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για πρόωρη γέννηση, χαμηλό βάρος ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη, αυτισμό ή ΔΕΠΥ (McCoy και συν., 2014).

Σχετικά με την αλληλεπίδραση των παιδιών με τους γονείς, και ειδικά την επαφή που μπορεί να έχουν φαίνεται ότι η συχνότητα της επαφής δεν μειώνεται απαραίτητα από την εκδήλωση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων του γονιού, παρά το ότι τα συμπτώματα αυτά μπορεί να προσβάλουν την επάρκεια στη γονική λειτουργία (Jones και συν., 2008). Συχνά τα παιδιά νιώθουν την απώλεια της στενής επαφής με τον πάσχοντα, ή ότι ο γονιός έχει αντιφατικές απαιτήσεις από τα ίδια, είναι πολύ παρεμβατικός, τα παιδιά μέμφονται διαρκώς τον εαυτό τους, και έχουν σύγχυση για την ψυχιατρική συμπεριφορά του γονιού (Cooklin, 2008). Είναι πολύ συνηθισμένο για τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων να εκτεθούν σε έλλειψη ζεστασιάς, μειωμένης προσοχής και αυτοαπορρόφησης του γονιού (Manning & Gregoire, 2008). Ενίοτε οι

γονείς δεν λαμβάνουν τη θεραπεία και υποστήριξη που χρειάζονται, ιδίως εκείνοι με διπλή διάγνωση από τον φόβο της απώλειας των γονικών δικαιωμάτων και της απομάκρυνσης της σχέσης με το παιδί, γεγονός που έχει δυσμενείς συνέπειες στη σχέση με τα παιδιά (Spiegelhoff & Ahia, 2011). Το στυλ γονικότητας συνδέεται με αρκετές ψυχολογικές δυσκολίες στο παιδί, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της σύνδεσης του μεγάλου βαθμού επιτρεπτικότητας του γονιού με καταστάσεις άγχους και θλίψης διότι θεωρούν ότι δεν υπάρχει δομή και πειθαρχία στην οικογένεια (Oyserman και συν., 2002). Σε έρευνες που στηρίζονται στην άποψη των γονιών, θεωρείται ότι τα παιδιά έχουν επηρεαστεί από την ασθένειά τους, κυρίως μέσα από την διακοπή της ροής της καθημερινότητας και της ασυνέπειας της φροντίδας των γονιών στα παιδιά, και πιστεύουν ότι τα παιδιά δεν έχουν κατανοήσει πλήρως το μέγεθος και την ποιότητα της ασθένειας (Stallard και συν., 2004). Σε σχέση με την υποχρεωτική απομάκρυνση των παιδιών από τους πάσχοντες γονείς από τις υπηρεσίες, τα παιδιά γονιών με σχιζοφρένεια βρίσκονται στον μεγαλύτερο κίνδυνο, και αυτό αφορά περισσότερο τη συνθήκη της μητρικής νόσου ιδίως για τον πρώτο χρόνο της ζωής (Ranning και συν., 2015). Η μητρική ψυχική νόσος σχετίζεται με λιγότερο θετική γονικότητα και οικογενειακές σχέσεις, και περισσότερες οικογενειακές συγκρούσεις (Slominski, 2010).

Πολύ συχνά οι ψυχιατρικές θεραπείες απαιτούν πολύ χρόνο, ειδικά στην περίπτωση των νοσηλειών σε ψυχιατρική κλινική γεγονός που συμβάλλει στην απομάκρυνση μεταξύ γονιού και παιδιού (Spiegelhoff & Ahia, 2011). Οι περίοδοι της νοσηλείας του πάσχοντος γονιού λόγω ψυχιατρικής υποτροπής έχουν προφανώς ψυχολογικές συνέπειες στα παιδιά και κυρίως προκαλούν αναστάτωση, ανασφάλεια και μοναξιά γιατί διακόπτεται η ροή της καθημερινότητας, όμως παράλληλα πολλά παιδιά νιώθουν ανακούφιση διότι οι ειδικοί αναλαμβάνουν την φροντίδα του ασθενή, κι έτσι μένει περισσότερος χώρος σε εκείνα για ξεκούραση ή να λάβουν φροντίδα από άλλα πρόσωπα (O'Connell, 2008). Ως προς την διάσταση του φύλου του γονιού, στην έρευνα των Dean και συν. (2018) δεν φάνηκε ότι η παθολογία της μητέρας επηρεάζει τα ψυχολογικά συμπτώματα και την συμπεριφορά του παιδιού περισσότερο από την ψυχολογία του πατέρα. Όταν ο πάσχων γονιός ήταν ο πατέρας η πλειοψηφία των παιδιών δεν ζούσε μαζί του ενώ δεν ίσχυε το ίδιο αν ο πάσχων γονιός ήταν η μητέρα (Reedtz και συν., 2019).

Ένα άλλο ζήτημα αφορά την επίδραση της γονικής ψυχικής νόσου στο συναισθηματικό δεσμό των παιδιών στην ενήλικη φάση της ζωής (εκτενέστερη ανάλυση θα ακολουθήσει σε επόμενο κεφάλαιο). Στην μελέτη της O'Connell (2008), τα ενήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων που είχαν παντρευτεί βρέθηκε ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες να προέρχονται από πατρικές οικογένειες με πιο ασφαλή δεσμό, εμπειρία υψηλότερης οικογενειακής συνοχής και δεξιότητες επαρκέστερης οικογενειακής προσαρμοστικότητας. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για εκείνους που είχαν παιδιά σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν. Αρκετά παιδιά με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου σχετίζονται με μητέρες που δυσκολεύονται να είναι συνεπείς στη διαμόρφωση ασφαλούς συναισθηματικού δεσμού, ειδικά αν έχουν διάγνωση σχιζοφρένειας. Σε την έρευνα των Manning & Gregoire (2008) βρέθηκε, επίσης, ότι μόνο 1 στα 9 παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων, με ηλικιακό μέσο όρο τα 22 έτη, είχε συνάψει κάποιο δεσμό κατά την ενηλικίωσή του.

Αναφορικά με την πρόσληψη για την ποιότητα ζωής, σε μία μελέτη 134 οικογενειών (με τη συμμετοχή γονιών και παιδιών) οι ψυχικά πάσχοντες γονείς θεώρησαν ότι τα παιδιά τους έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με την άποψη που είχαν οι υγιείς γονείς για τα παιδιά τους, αλλά και σε σχέση με την άποψη των ίδιων των παιδιών για τον εαυτό τους. Τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής σχετίστηκαν ισχυρά με την ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη, καθώς και τη χαμηλή σωματική και ψυχολογική ευζωία (Radicke και συν., 2021). Η γονική ψυχική νόσος επίσης έχει συνδεθεί και με δυσκολίες στον υγιή γονιό. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί στατιστική συσχέτιση της παρουσίας ψυχικής ασθένειας του ενός με την ψυχική ασθένεια του άλλου γονιού (Dean και συν., 2018). Όσον αφορά στη σχέση των συζύγων ή συντρόφων στις οικογένειες με ψυχική νόσο, εντοπίζονται πολύ συχνά συζυγικές συγκρούσεις στην οικογένεια, δεδομένου ότι οι σχέσεις δοκιμάζονται με τον ερχομό ενός παιδιού αλλά και με την ψυχιατρική διάγνωση με αρνητικά αποτελέσματα στο παιδί (Manning & Gregoire, 2008). Μία πολύ συνηθισμένη συνθήκη στις οικογένειες με ψυχική νόσο αποτελεί και ο χωρισμός των γονιών. Σε κάποιες έρευνες δε τα παιδιά ψυχικά πασχόντων έχουν την εμπειρία του διαζυγίου των γονιών τους σε ποσοστά που ξεπερνούν το 26% (Homlog και συν., 2015). Αξίζει να σημειωθεί ότι από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες στις έρευνες προέρχονται από περιβάλλοντα με διασπασμένη την οικογενειακή ενότητα σε ποσοστό που

αγγίζει το 50%, όπως στην μελέτη των Reedt και συν., (2019). Τα παιδιά αντιλαμβάνονται τον χωρισμό ως αποτέλεσμα των ψυχιατρικών προβλημάτων του γονιού. Μία σημαντική επιπτώση αυτού είναι η οικονομική ένδεια, ιδιαίτερα αν ο πατέρας δεν συμβάλλει στις υποχρεώσεις των παιδιών, αλλά και η ψυχική αποξένωση με τον πατέρα που έχει φύγει από το σπίτι (Manjula & Raguram, 2009).

Οι γνώσεις των παιδιών για την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού ποικίλουν. Σε μία έρευνα φάνηκε ότι τα παιδιά που ζουν σε μονογονεϊκά νοικοκυριά, με μοναδικό φροντιστή τον πάσχοντα γονέα, γνωρίζουν περισσότερα για την ψυχιατρική κατάστασή του σε σχέση με τα παιδιά που ζουν και με τους δύο γονείς, καθώς επίσης έχουν και περισσότερη πληροφόρηση σε σχέση με τα μικρότερα αδέρφια. Στη συνθήκη που νοσούσε ο πατέρας κι όχι η μητέρα είχαν μικρότερη πληροφόρηση για την κατάστασή του (Reedt και συν., 2019).

Σε μία πρόσφατη γερμανική μελέτη (Clemens και συν., 2020) για τους παράγοντες κινδύνου και την μακρόχρονη επίδρασή τους στη ζωή των παιδιών στην ενήλικη ζωή βρέθηκαν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής, σωματικής, σεξουαλικής κακοποίησης και παραμέλησης. Τα παιδιά συσχετίζαν υψηλά τις εμπειρίες αυτές με τη συνθήκη της γονικής ψυχικής νόσου. Επίσης, η παιδική κακομεταχείριση διαμεσολαβούσε τη σχέση ανάμεσα στην γονική ψυχική νόσο και τη γενικότερη υγεία, την ικανοποίηση από τη ζωή και το εισόδημα (Clemens και συν., 2020). Στην μελέτη των Kohl και συν. (2011) βρέθηκε ότι οι οικογένειες με πολύ χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο που έχουν παραπεμφθεί σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας για ανεπαρκή διαχείριση ή κακομεταχείριση των παιδιών είχαν την τάση να το επαναλαμβάνουν. Αυτή η συνθήκη ήταν πιο ισχυρή αν η γονική διάγνωση αφορούσε τη σχιζοφρένεια και τις διαταραχές προσωπικότητας. Η παιδική κακοποίηση και η παραμέληση στην οικογένεια επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού με αποτέλεσμα την εκδήλωση συναισθηματικών, γνωστικών και κοινωνικών προβλημάτων (Dube και συν., 2001). Η κακοποίηση προς το παιδί από τον πάσχοντα γονιό μπορεί να σχετίζεται με το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών, ιδίως όταν συμπεριλαμβάνουν το παιδί, με τη χρόνια ελλειμματική λειτουργικότητα του γονιού, την κοινωνική αποστέρηση, αλλά και το ιστορικό προσωπικής κακοποίησης του γονιού (Manning & Gregoire, 2008). Η πλειοψηφία των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων έχουν γίνει μάρτυρες βίας (VanDeMark και συν., 2005). Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των Αρβανίτη και συν.

(2012), αναφέρεται ότι οι παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με τον αυξημένο κίνδυνο για παιδική κακοποίηση από μητέρες με σχιζοφρένεια έχουν να κάνουν με το κατά πόσο είναι ενεργός η ψυχοπαθολογία, το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν, το ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στην παιδική της ηλικία, το επικίνδυνο οικογενειακό περιβάλλον και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τους συγγραφείς, η ποιότητα της γονικής φροντίδας που μπορούν να παράσχουν οι μητέρες αυτές δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη εκ των προτέρων.

Σε πολλές μελέτες φαίνεται ότι τα παιδιά έχουν παρατήσει τις σπουδές λόγω του όγκου των υποχρεώσεων στο σπίτι ή των αντιξοοτήτων (Manjula & Raguram, 2009). Στην έρευνα των Mowbray και συν. (2006) το ένα τρίτο των παιδιών δεν είχε τελειώσει το σχολείο. Όταν τα παιδιά έχουν αναλάβει το ρόλο του φροντιστή του γονιού και της οικογένειας οι ακαδημαϊκές δυσκολίες αυξάνουν (Mechling, 2011).

Η εμπειρία του σχολείου, ωστόσο, για μία μεγάλη μερίδα παιδιών ήταν καταφύγιο, ένα ασφαλές πλαίσιο με μία ατμόσφαιρα 'φυσιολογικότητας' σε σχέση με το σπίτι. Είχαν υιοθετήσει το προφίλ του ήσυχου παιδιού για να μην στοχοποιούνται λόγω του στίγματος. Μεγάλη δε σημασία είχε για τα παιδιά η στήριξη από άλλους ενήλικες κατά την διάρκεια της φοίτησής τους (Leahy, 2015). Οι ακαδημαϊκές επιδόσεις κάποιας μερίδας παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων, παρά τα προβλήματα που αναφέρονται συχνά, μπορεί να είναι υψηλές σε μία προσπάθεια να έχουν μία καλύτερη τύχη ή να βελτιώσουν την εικόνα της οικογένειάς τους λόγω του στίγματος, ή προκειμένου να λείπουν από το σπίτι λόγω των αντιξοοτήτων και ταυτόχρονα να είναι κοντά (O'Connell, 2008). Οι νέοι ενήλικες που σπουδάζουν σε επαγγελματικές σχολές είναι πιο επιβαρυνμένοι σε σχέση με τους φοιτητές στο πανεπιστήμιο, ίσως γιατί μπορεί να μην έχουν τις κατάλληλες πηγές για την αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων λόγω χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Van der Werf και συν., 2019).

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου αποτελεί το φαινόμενο της υψηλότερης θνησιμότητας στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων. Σε μία σχετική μελέτη στην Ταϊβάν που αφορούσε όλες τις γυναίκες που γέννησαν τα έτη μεταξύ 1999 και 2001, παρατηρήθηκε συνολικά μεγαλύτερος κίνδυνος στις μητέρες με διαταραχές διάθεσης, σε γονείς με σχιζοφρένεια υπήρχε διπλάσιος κίνδυνος παιδικού θανάτου, και ο θάνατος είχε μεγαλύτερη πιθανότητα να συμβεί μέσα στην

οικογένεια από πρόκληση ενηλίκου ή από ελλιπή φροντίδα (Liu και συν., 2010). Σε μία αντίστοιχη, διαχρονική μελέτη (Chen και συν., 2010) όπου τα παιδιά που έλαβαν μέρος παρακολουθήθηκαν για μια περίοδο 5 ετών, βρέθηκε υψηλός αριθμός θανάτων σε παιδιά ψυχικά πασχόντων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τα παιδιά πασχόντων γονέων είχαν 2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν κατά την διάρκεια της προσχολικής ηλικίας, ειδικά όταν νοσούσε η μητέρα, ενώ η πρόκληση του θανάτου αφορούσε ανθρωποκτονία και ατυχήματα. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την θνησιμότητα σύμφωνα με τους συγγραφείς είναι οι επιπλοκές του τοκετού, το χαμηλό βάρος γέννησης, το αποστερημένο περιβάλλον, τα γνωστικά ελλείμματα του γονιού, κ.α. Σε μία έρευνα στη Μεγάλη Βρετανία (Flynn και συν., 2013) βρέθηκε ότι το 40% των θυτών είχε καταγεγραμμένη ψυχική διαταραχή, κυρίως συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας, κι όχι διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων. Εντούτοις, η αναλογία των θυτών με ψύχωση παρέμενε υψηλή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Στην έρευνα αυτή σημειώνεται ότι ενδέχεται να υπερτονίζεται η διάσταση της ψυχικής νόσου των γονιών ως προς την παιδική θνησιμότητα και ως εκ τούτου να στοχοποιούνται οι οικογένειες αυτές (Flynn και συν., 2013).

Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες με ψυχική νόσο έρχονται συχνά αντιμέτωπα με την οικονομική ένδεια λόγω της ανεπάρκειας και ελλιπούς λειτουργικότητας του πάσχοντος γονιού, του διαζυγίου του γονικού ζεύγους καθώς και άλλων συνθηκών με αποτέλεσμα να έχουν μακροχρόνια εξάρτηση στήριξης από την κοινωνική πρόνοια (Manning & Gregoire, 2008; Homlog και συν., 2015). Συχνά δεν μπορούν να καλυφθούν οι πρακτικές ανάγκες της οικογένειας και οι πάσχοντες γονείς δυσκολεύονται πολύ να διατηρήσουν μία σταθερή εργασία είτε λόγω των συμπτωμάτων είτε λόγω των μακρόχρονων θεραπειών (Spiegelhoff & Ahia, 2011).

Η παγκόσμια συνθήκη της πανδημίας επιδείνωσε σε μεγάλο βαθμό την ήδη επιβαρυνμένη καθημερινότητα των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων. Σε μία έρευνα με συμμετέχοντες οικογένειες με εμπειρία γονικής ψυχικής νόσου από την επαρχία της Γιουχάν της Κίνας, διαπιστώθηκε μια έντονη ανησυχία από την πανδημία αυτή καθαυτή, η οποία αφορούσε τη σωματική και ψυχική υγεία των μελών όλης της οικογένειας κι όχι μόνο του γονιού. Η δε ανησυχία των παιδιών για την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού συνήθως αφορούσε στην

επιδείνωση των συμπτωμάτων. Επίσης τα παιδιά σε αυτές τις οικογένειες βίωναν υψηλά ποσοστά κοινωνικής απομόνωσης, σωματικής και συναισθηματικής βίας (Zhou και συν., 2021).

Σύμφωνα με τους Lombardo & Motta (2008) τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων έχουν υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς ψυχικού τραύματος σε σχέση με τα παιδιά που έχουν υγιείς γονείς, και το δευτερογενές τραύμα σχετίζεται θετικά με διαστάσεις όπως τη συχνότητα του τραύματος του γονιού, τη σοβαρότητα του τραύματος και την κατάθλιψη. Το δευτερογενές ψυχικό τραύμα σύμφωνα με τους συγγραφείς προκαλείται στα άτομα που έχουν πολύ στενή επαφή με εκείνον που έχει βιώσει στη πραγματικότητα το τραυματικό γεγονός. Τα ενήλικα τέκνα πολύ συχνά έχουν την αίσθηση του πένθους που προκύπτει από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου κι αυτό το πένθος συνεχίζεται στα χρόνια και χαρακτηρίζεται ανεπίλυτο (Marsh & Dickens, 1997). Αυτό ισχύει ειδικά για τα παιδιά που έχουν γονείς με σχιζοφρένεια οι απώλειες των οποίων είναι πολυεπίπεδες τόσο σχετικά με τον ίδιο το γονιό όσο και τις πλευρές του εαυτού τους που δεν καλύφθηκαν συναισθηματικά (Mueser & Gingerich, 2006). Οι απώλειες αυτές έχουν περιγραφεί ως πένθος δίχως τέλος από τα ίδια τα παιδιά, ένα πένθος για το γονιό που έχασαν πριν νοσήσει αλλά και για την απώλεια ελπίδας ότι δεν θα ξαναγίνει όπως πριν (Wasow, 2000). Σε μία έρευνα που σχετικά με τις πνευματικές αναζητήσεις των νέων ενηλίκων σε σχέση με την προσωπική απώλεια εξαιτίας της γονικής ψυχικής νόσου (Maunu & Stein, 2010), βρέθηκε ότι η προσωπική απώλεια διαχωριζόταν σε απώλεια κοινωνικών ρόλων, απώλεια της προηγούμενης σχέσης, απώλεια της αίσθησης του εαυτού, απώλεια της φυσιολογικής ρουτίνας της καθημερινότητας αλλά και απώλεια της αίσθησης του μέλλοντος. Τα άτομα που ανέφεραν πιο μεγάλη αίσθηση της απώλειας ένιωθαν ότι ήταν πνευματικά έρμαια των καταστάσεων ή τελούσαν υπό σύγχυση. Εκείνοι που βίωναν λιγότερη συνολική απώλεια λόγω της γονικής ψυχικής νόσου εξέφρασαν ικανοποίηση με αυτό που ονόμαζαν ως πνευματικό ταξίδι. Η ψυχολογική απώλεια και το πένθος που βιώνεται από τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων μπορεί να επιδεινωθεί από την κυκλική φύση της ψυχικής διαταραχής. Η μη επικύρωση ή η μη αναγνώριση των απωλειών των παιδιών μπορεί να επιδεινώσει κατά πολύ την κατάστασή τους (Mordoch & Hall 2002).

1.3 Η ψυχοπαθολογία στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων

Η διασύνδεση της ψυχοπαθολογίας των γονέων με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά αποτελεί ίσως έναν από τους πιο σοβαρούς παράγοντες κινδύνου σχετικά με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, και το πιο συχνό αντικείμενο στις αντίστοιχες δημοσιευμένες μελέτες. Σύμφωνα με έρευνες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε 22 κράτη η ψυχική διαταραχή του γονιού (οποιασδήποτε φύσεως) σχετίστηκε με πολύ αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας ψυχικής διαταραχής στο παιδί (McLaughlin και συν., 2012). Το εύρος του βαθμού μετάδοσης της γονικής ψυχοπαθολογίας στα παιδιά ποικίλει, φτάνοντας στο εντυπωσιακό ποσοστό του 77% (Hosman και συν., 2009). Τα υψηλότερα ποσοστά προβλημάτων στα συγκεκριμένα παιδιά φαίνονται και από την χρήση εξωτερικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, όπως στην μελέτη των Boenisch-Alert και συν. (2013) που έγινε στη Γερμανία και διαπίστωσαν την ύπαρξη περισσότερων ψυχολογικών και συμπεριφορικών προβλημάτων και την συνακόλουθη χρήση θεραπευτικών υπηρεσιών σε υψηλότερο ποσοστό στα παιδιά που είχαν γονείς με ψυχιατρικά προβλήματα σε σύγκριση με αυτά χωρίς. Από την οπτική των γονέων με ψυχιατρικά προβλήματα που συνεργάζονται με δομές ψυχικής υγείας έχει βρεθεί παρομοίως ότι περίπου το ένα τρίτο εξ' αυτών παρατηρούν ψυχιατρικά συμπτώματα στα παιδιά τους, το ποσοστό αυτό δε αυξάνει κατά πολύ αν ληφθούν υπόψη και υποκλινικά συμπτώματα. Το ενδιαφέρον εδώ είναι ότι οι συγγραφείς θεωρούν πως τα ποσοστά αυτά μπορεί να είναι πολύ μεγαλύτερα δεδομένης της γονικής συστολής να αναφέρουν τα προβλήματα των παιδιών τους (Wiegand-Grefe και συν., 2012). Υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος για ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών στα παιδιά όταν είναι υψηλότερη η σοβαρότητα της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού. Η σοβαρότητα της ψυχικής νόσου του γονιού μπορεί να περιορίζει την καθημερινή λειτουργικότητά του η οποία με τη σειρά της προκαλεί αντιξοότητες που επηρεάζουν την ψυχιατρική κατάσταση του παιδιού (Johnson και συν., 2018).

Οι van Santvoort και συν. (2015) σε μία συστηματική ανασκόπηση για την επίδραση των διαφόρων γονικών ψυχικών διαταραχών στις ψυχιατρικές διαγνώσεις των παιδιών κατέληξαν σε 4 μοτίβα συσχετίσεων της ψυχοπαθολογίας γονιών και παιδιών. Σύμφωνα με το πρώτο, ορισμένοι παράγοντες που δεν είναι ειδικοί, όπως είναι οι διαστάσεις της χρονιότητας και της σοβαρότητας της ψυχικής νόσου, έχουν μεγαλύτερη επίδραση στα παιδιά παρά μία

συγκεκριμένη διάγνωση. Το δεύτερο μοτίβο αναφέρεται στο ότι οι διαφορετικές ψυχιατρικές διαγνώσεις των γονέων μπορούν να οδηγήσουν σε παρόμοια προβλήματα στα παιδιά. Το τρίτο μοτίβο αφορά ακριβώς το αντίθετο, δηλαδή οι ίδιες γονικές ψυχιατρικές διαγνώσεις να οδηγήσουν σε πολλά διαφορετικά ψυχιατρικά αποτελέσματα στα παιδιά. Το τέταρτο μοτίβο αφορά την περίπτωση που η ψυχιατρική διαταραχή του γονιού επιφέρει ένα εύρος συγκεκριμένων προβλημάτων στο παιδί ή το παιδί να αναπτύσσει ακριβώς την ίδια διαταραχή με το γονιό (van Santvoort και συν., 2015).

Σε σχέση με τα διαγενεακά μοντέλα μεταβίβασης της ψυχοπαθολογίας από τους γονείς στα παιδιά δεν υπάρχει μέχρι στιγμής ένα ενιαίο εξηγητικό πλαίσιο που να καθιστά ξεκάθαρες τις διαδρομές επίδρασης (Stolper και συν., 2021). Διάφορα εννοιολογικά πλαίσια έχουν διαφορετικούς στόχους, όπως για παράδειγμα σε κάποια από αυτά υπάρχει μία οικολογική οπτική της οικογένειας και της κοινότητας στη οποία ζει, ενώ άλλα μπορεί να εστιάζονται σε συγκεκριμένες διαταραχές και τους τρόπους που αυτές οι διαταραχές παρεισφρύουν στις οικογένειες και στις σχέσεις συγκεκριμένων δυάδων (Reupert και συν., 2015). Οι Christiansen και συν. (2019) πρότειναν ένα μοντέλο διαγενεακής μεταβίβασης που αποτελείται από 3 βασικές διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει τους παράγοντες που αφορούν στην επικινδυνότητα και τους προστατευτικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα ό,τι αφορά τη γονική ψυχική νόσο, δηλαδή το είδος της ψυχιατρικής διαταραχής, η χρονιότητα, η συνύπαρξη άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων, οι δεξιότητες του γονιού, κ.λπ.. Η δεύτερη διάσταση αφορά τους μηχανισμούς μεταβίβασης, όπως οι γενετικοί, η αλληλεπίδραση του γονιού με το παιδί (π.χ. την εχθρότητα του γονιού, την απόρριψη, την κακοποίηση, κ.λπ.), η κοινωνική ή επαγγελματική υποστήριξη. Η τρίτη διάσταση αφορά την ευαλωτότητα και την ανθεκτικότητα (π.χ. η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, η ηλικία και το φύλο, κ.λπ.. Ανάλογες προσπάθειες πραγματοποιήθηκαν παλιότερα από τους Goodman & Gotlib (1999) που προσπάθησαν να συντάξουν μία απαρτιωτική πρόταση για την αναπτυξιακή κατανόηση των ψυχιατρικών κινδύνων των παιδιών με μητέρες με κατάθλιψη, λαμβανομένων υπόψη των βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι συγγραφείς προτείνουν 4 μηχανισμούς μεταβίβασης: την κληρονομικότητα της κατάθλιψης, τους ιδιοσυγκρασιακούς νευρορυθμιστικούς μηχανισμούς, την έκθεση του παιδιού στις αρνητικές σκέψεις, συναίσθημα και συμπεριφορά της μητέρας, και

τις στρεσογόνες εμπειρίες του παιδιού από το περιβάλλον. Οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την εμπλοκή του πατέρα, την χρονική περίοδο της εκδήλωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της μητέρας, κ.λπ.. Επίσης, οι Hosman και συν. (2009) διαμόρφωσαν ένα αναπτυξιακό θεωρητικό μοντέλο βασισμένο σε επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες, τις κλινικές πρακτικές και πρακτικές πρόληψης αλλά και την προσωπική εμπειρία των συγγραφέων από την επαφή με παιδιά και τις οικογένειες. Στο μοντέλο αυτό λαμβάνονται υπόψη ως μηχανισμοί επίδρασης: η ψυχοπαθολογία των γονέων και των δύο φύλων με διάφορες διαγνώσεις, οι προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες επικινδυνότητας που αφορούν το γονιό και την εκάστοτε ψυχιατρική νόσο, το οικογενειακό πλαίσιο του παιδιού, τα στοιχεία του υγιούς γονιού, τα χαρακτηριστικά του παιδιού, το κοινωνικό δίκτυο της οικογένειας, και άλλα. Ενδιαφέρον, επίσης, έχει το μοντέλο διαγενεακής μεταβίβασης του Falkon (2012) με κύριο προσανατολισμό την πλαισίωση της ανταπόκρισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την διασυνδετική και στόχο την διευκόλυνση της αξιολόγησης των διαδικασιών που προάγουν την πρόληψη μεταβίβασης της ψυχοπαθολογίας. Σε γενικές γραμμές, η μελέτη των μοντέλων διαγενεακής μεταβίβασης της ψυχοπαθολογίας από τους γονείς στα παιδιά είναι σημαντική διότι προσδιορίζονται πιθανοί στόχοι παρέμβασης τόσο σε ατομικό επίπεδο (π.χ. τα παιδιά), οικογενειακό, κοινοτικό, κ.λπ. (Stolper και συν., 2021).

Οι Armock & Weitzman (2014) χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων συνέδεσαν την γονική ψυχολογική δυσφορία (χωρίς αναφορά σε συγκεκριμένες διαγνώσεις) με προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών και βρήκαν ότι η συσχέτιση είναι πολύ υψηλή, ιδίως για τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά, η δε συνθήκη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας αφορούσε σε όλες τις ηλικίες.

Τα ψυχιατρικά προβλήματα του γονιού μπορούν να ξεκινούν πριν τη γέννηση του πρώτου παιδιού ενώ είναι συχνή η συνθήκη η ψυχιατρική νοσηλεία του γονιού να συμβαίνει αμέσως μετά τον τοκετό. Οι πρώιμες ψυχιατρικές νοσηλείες και η γονική απουσία που συνεπάγονται μπορούν από μόνες τους ως συνθήκη να οδηγήσουν σε δυσκολίες ψυχικής υγείας του παιδιού και σε γενικότερη ευαλωτότητα (Boenisch-Alert και συν., 2013). Σύμφωνα με τους Aktar και συν. (2019) ο κίνδυνος για τα παιδιά είναι μεγαλύτερος όταν η μητέρα διαγιγνώσκεται με ψυχική διαταραχή στην εγκυμοσύνη και τα πρώτα χρόνια της ανατροφής του παιδιού διότι

προσβάλλεται η ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, αλλά και η ασφάλεια του συναισθηματικού δεσμού που με την σειρά της επιφέρει μία σειρά προβλημάτων (όπως θα δούμε σε επόμενο αντίστοιχο κεφάλαιο). Αλλά και οι απαιτήσεις της νέας γονικότητας μπορεί να επιδεινώνουν τα συμπτώματα της διαταραχής (Falkon, 2012).

Τα παιδιά γονέων ειδικά με σχιζοφρένεια φαίνεται ότι βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο, πέρα από την περίπτωση των ψυχωτικών διαταραχών αλλά και άλλων μεμονωμένων διαταραχών στον άξονα Ι, για υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ των διαγνώσεων του άξονα Ι, ή συννοσηρότητα μεταξύ των διαγνώσεων του άξονα ΙΙ, ή συνδυαστικά μεταξύ των αξόνων αυτών, παράδειγμα δε τέτοιων συνδυασμών συννοσηρότητας μπορεί να είναι η κατάθλιψη και η αντικοινωνική ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Schubert & McNeil, 2003). Οι άξονες Ι και ΙΙ αναφέρονται στο πολυαξονικό σύστημα κατάταξης των ψυχικών διαταραχών κατά DSM. Στην πρώτη περίπτωση περιλαμβάνονται όλες οι κλινικές ψυχικές διαταραχές, και στη δεύτερη οι διαταραχές της προσωπικότητας, (APA, 2013). Υπενθυμίζεται δε ότι σε μελέτη που διεξήχθη στο Ισραήλ (Hans και συν., 2004) για τις ψυχιατρικές διαγνώσεις στα παιδιά με γονείς με σχιζοφρένεια το φύλο ήταν ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων με 11,2% περισσότερη πιθανότητα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Επίσης είχαν υψηλή συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ, διαταραχή διαγωγής, συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας. Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση για την σχιζοφρένεια υποστηρίχτηκε ότι η κληρονομικότητα μπορεί να φτάνει και το 75% (Leverton και συν., 2003).

Οι Leijdesdorff και συν. (2017) στη δική τους συστηματική αφηγηματική ανασκόπηση εντόπισαν έρευνες που υποστηρίζουν ότι τα παιδιά γονέων με σχιζοφρένεια είναι σε υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου, κι από όλες τις διαγνώσεις η μεγαλύτερη πιθανότητα είναι η σχιζοφρένεια, με επικράτηση από 15-40%, αλλά και άλλες διαταραχές όπως η διπολική, η μείζων κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, κ.λπ.. Οι Sanchez-Gistau και συν. (2015) σε μία έρευνα για τα παιδιά γονέων με σχιζοφρένεια βρήκαν ομοίως υψηλότερα ποσοστά για κάθε ψυχιατρική διαταραχή, πιο υψηλή συννοσηρότητα, και υψηλότερο ποσοστό ατόμων που απευθύνονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τα παιδιά γονέων με διπολική διαταραχή και την ομάδα ελέγχου, γεγονός που παραπέμπει στη

σκέψη ότι η γονική σχιζοφρένεια είναι πιο επιβαρυντική σε σχέση με άλλες γονικές διαγνώσεις. Επίσης τα παιδιά σχιζοφρενών γονέων βρέθηκαν με πολύ υψηλά ποσοστά ΔΕΠΥ. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι κάποιοι υποστηρίζουν πως η διάγνωση αυτή είναι προγνωστικός παράγοντας για ψυχικές διαταραχές αργότερα στη ζωή, ή ότι έχει κοινή προέλευση σε νευροβιολογικό επίπεδο με την σχιζοφρένεια (Sanchez-Gistau και συν., 2015). Οι Johnson και συν. (2018) βρήκαν ομοίως υψηλά ποσοστά άγχους στα παιδιά γονιών με σχιζοφρένεια.

Η γονική ψυχική νόσος μπορεί να σχετιστεί και με την αυτοκτονική συμπεριφορά στο παιδί. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός του παιδιού μπορεί να εμφανιστεί και σε συνθήκες μικρότερης βαρύτητας σε σχέση με την σχιζοφρένεια και την διπολική διαταραχή στο γονιό, όπως είναι η διαταραχή πανικού, η κατάθλιψη και η χρήση ουσιών, η δε διαταραχή πανικού έχει βρεθεί ότι σχετίζεται υψηλά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό στο παιδί και τις απόπειρες αυτοκτονίας (Oladeji & Gureje, 2011).

Οι Leverton και συν. (2003) σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις επιπτώσεις της γονικής ψυχιατρικής διάγνωσης στην ψυχοπαθολογία των παιδιών κατέληξαν στην διαπίστωση ότι στην περίπτωση που ο γονιός έχει διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, η οποία θεωρείται οικογενειακή διαταραχή, υπάρχει πιθανότητα να αναπτυχθεί η ίδια διαταραχή στο παιδί ακόμη κι αν τα συμπτώματα του γονιού έχουν υποχωρήσει, παρατηρούνται δε περισσότερες οικογενειακές συγκρούσεις και χαμηλότερη επίδοση του παιδιού στο σχολείο ακόμη κι αν δεν έχει πάσχει το ίδιο από ΔΕΠΥ. Σύμφωνα με τους Leijdesdorff και συν. (2017) τα παιδιά γονέων με αγχώδεις διαταραχές έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν αγχώδη διαταραχή, η δε γονική διαταραχή πανικού είναι προγνωστικός δείκτης για πολλές διαταραχές από το συγκεκριμένο φάσμα (διαταραχή πανικού, φοβίες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κ.λπ.). Επίσης, η γονική σωματοποίηση που προέρχεται από αγχώδεις καταστάσεις στο γονιό σε κάποιες περιπτώσεις σχετίζεται με λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα στα παιδιά εξαιτίας του άγχους των γονιών να παρακολουθούν στενά την υγεία των παιδιών (Wiegand-Grefe και συν., 2012). Οι Johnson και συν. (2018) υποστηρίζουν πως στην περίπτωση παιδιών με γονιό με συννοσηρότητα αγχωδών διαταραχών και διαταραχών διάθεσης και με συνυπάρχουσα προσβολή της λειτουργικότητας τότε έχουμε πολύ υψηλή επικράτηση άγχους στα παιδιά. Στην περίπτωση που οι γονείς πάσχουν από διπολική διαταραχή τα παιδιά έχουν αυξημένο κίνδυνο για διαταραχές διάθεσης, αλλά και

δυσκολίες στις ακαδημαϊκές επιδόσεις ή προβλήματα συμπεριφοράς, και πολύ υψηλά ποσοστά άγχους (Johnson και συν., 2018; Leverton και συν., 2003). Τα παιδιά γονέων με οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη γενικότερης ψυχοπαθολογίας, όπως οριακή διαταραχή, καταθλιπτική διαταραχή και συμπεριφορικά ή συναισθηματικά προβλήματα (Boucher και συν., 2017; Stepp και συν., 2011). Τα παιδιά γονέων με κατάθλιψη έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, συμπεριφορικά προβλήματα, διαπροσωπικές δυσκολίες. Η πατρική κατάθλιψη συνδέεται με διαταραχή διαγωγής στα παιδιά, ενώ η μητρική με χρήση ουσιών, περισσότερες συζυγικές δυσκολίες και διαζύγιο. Στην περίπτωση της επιλόχειου κατάθλιψης παρατηρούνται προβλήματα στο συναισθηματικό δεσμό, καθώς και γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα στα παιδιά (Leverton και συν., 2003). Οι Klein και συν. (2005) στην έρευνά τους που αφορούσε και παιδιά στην αναδυόμενη ενηλικίωση βρήκαν πάρα πολύ υψηλή συσχέτιση της διάγνωσης μείζονος κατάθλιψης στους γονείς και τα παιδιά, ειδικά της μητρικής. Όσο πιο πρώιμη είναι η γονική διάγνωση ή όσο πιο επαναλαμβανόμενη στην πορεία των χρόνων τόσο μεγαλύτερη και η επίδραση στην ψυχοπαθολογία του παιδιού. Κάποιες μητέρες με διαταραχές διατροφής ενδέχεται να μην σιτίζουν τα παιδιά τους επαρκώς, στη βιβλιογραφία δε προτείνονται διάφορες διαδρομές μετάδοσης, γενετικές και εμπειρικές, όπως όταν ο γονιός μπορεί να λειτουργεί ως υπόδειγμα για το παιδί (Leverton και συν., 2003). Σε έρευνα των Bould και συν. (2015) που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία βρέθηκε ότι η γονική ψυχική νόσος είναι παράγοντας κινδύνου για διάγνωση διατροφικών διαταραχών στα παιδιά με ηλικίες από 12 έως 24 έτη. Οι Arikian και συν. (2007) υποστηρίζουν πως η μητρική κατάθλιψη συνδέεται με μακρόχρονες δυσκολίες στην διατροφή του παιδιού, είτε αυτό πάσχει από ψυχική διαταραχή είτε όχι. Η μητρική επίδραση αντανakλά μια γενικότερη ευαλωτότητα για αρνητικό συναίσθημα στο παιδί κι αυτό με τη σειρά του επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού.

Έχει παρατηρηθεί ερευνητικά η υψηλή συσχέτιση της γονικής ψυχοπαθολογίας με την ψυχοπαθολογία των παιδιών που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση και το συναίσθημα προς τους γονείς τους (Walker & McKinney, 2015). Πιο συγκεκριμένα, τα θετικά συναισθήματα προς του γονείς είχαν αρνητική συσχέτιση με την προσλαμβανόμενη από τα παιδιά ψυχοπαθολογία των γονέων, ίσως επειδή οι γονείς-ειδικά σε φάση ψυχιατρικών υποτροπών-

εκδηλώνουν κάποιες συμπεριφορές που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα παιδιά όπως είναι η παραμέληση των αναγκών τους, ή ο υπερβολικός έλεγχος. Ένα ενδιαφέρον εύρημα σε στην έρευνα των Walker & McKinney (2015) είναι ότι το φύλο του παιδιού (ειδικά στα αγόρια) εν μέρει μεσολαβεί ανάμεσα στη ψυχοπαθολογία των γονιών και των ατόμων που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση, το δε θετικό συναίσθημα προς τις μητέρες σχετίστηκε περισσότερο με υψηλότερη ψυχοπαθολογία στα αγόρια ενώ για τους πατέρες με χαμηλότερη (Walker & McKinney, 2015). Στα πλαίσια της σχέσης των ψυχιατρικά πασχόντων γονέων με τα παιδιά τους φαίνεται ότι υπάρχει και ισχυρή συσχέτιση της άσκησης τιμωρητικών στρατηγικών με την ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά, και ειδικά της διαταραχής διαγωγής. Αυτό μπορεί να ισχύει και για τις σωματικές τιμωρίες αλλά και για τις μη σωματικές που στο γενικό πληθυσμό θεωρούνται ελαφρύτερες, στην πραγματικότητα όμως δεν είναι (Vostanis και συν., 2006). Στη συνθήκη που οι γονείς έχουν χωρίσει και τα παιδιά μεγαλώνουν σε μονογονεϊκή οικογένεια τότε αυξάνει ο κίνδυνος ανάπτυξης ψυχοπαθολογία στα παιδιά, λόγω των δυσκολιών του διαζυγίου, της οικονομικής ένδειας ή το ότι τα παιδιά αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή (Johnson και συν., 2018). Σε σχέση με το μέγεθος της αποτελεσματικής γονικότητας, σε μία έρευνα βρέθηκε ότι η ψυχιατρική κατάσταση του γονιού σχετίζεται με την ανεπαρκή γονική λειτουργία και την ανεπαρκή κοινωνική προσαρμογή και ψυχοπαθολογία των παιδιών στην μετεφηβεία και την αναδυόμενη ενηλικίωση. Οι νέοι θεωρούν ότι λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη από την μητέρα που νοσεί σε σχέση με τον πατέρα που μπορεί να νοσεί ή όχι (McKinney & Milone, 2012).

Σε αρκετές μελέτες έχουν διερευνηθεί τα εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα των παιδιών των ψυχικά πασχόντων γονέων. Τέτοιο παράδειγμα συναντάμε στην μελέτη των Plass-Christl και συν. (2017) που βρήκαν ότι τα εσωτερικευμένα προβλήματα στα παιδιά σχετίστηκαν περισσότερο με την πρόσληψη της χαμηλής επάρκειας του εαυτού συνολικά, καθώς και της κοινωνικής επάρκειας. Επίσης τα εσωτερικευμένα προβλήματα σχετίστηκαν και με περισσότερα ψυχιατρικά γονικά προβλήματα, και παρατηρούνταν περισσότερο στα κορίτσια. Από την άλλη πλευρά παρατηρήθηκε υψηλότερη ψυχοπαθολογία στα αγόρια με περισσότερα εξωτερικευμένα προβλήματα στις ηλικίες 10 έως 15 ετών. Οι Hill και συν. (2011) βρήκαν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στα παιδιά γονέων με εξάρτηση από ουσίες

και αλκοόλ για ανάπτυξη εσωτερικευμένων διαταραχών όπως είναι η μείζων κατάθλιψη. Οι Sell και συν. (2021) διερευνώντας τη διασύνδεση της οικογενειακής λειτουργικότητας και της κοινωνικής υποστήριξης βρήκαν ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση κατά την άποψη των πασχόντων γονέων, των συντρόφων τους και των ίδιων των παιδιών. Η κοινωνική υποστήριξη συνδέθηκε με λιγότερα προβλήματα στα παιδιά, και διαμεσολαβούσε τη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή λειτουργικότητα και την ψυχοπαθολογία στα παιδιά.

1.4 Οι ανάγκες των παιδιών, των γονέων και των οικογενειών με γονική ψυχική νόσο

Η προσπάθεια εντοπισμού των αναγκών των παιδιών και των αναγκών για την λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων με το πρόγραμμα της ευρωπαϊκής ένωσης CAMILLE (Tabak και συν., 2016) κατέληξε εκτός των άλλων σε δύο εκφρασμένες ανάγκες από τα παιδιά. Η μία αφορούσε την ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη, να υπάρχει κάποιος που να μπορεί να τους βοηθήσει να διαχειριστούν εσωτερικές δυσκολίες όπως το στρες ή εξωτερικές όπως η σχέση με τον πάσχοντα γονιό. Η δεύτερη αφορούσε την αίσθηση της ασφάλειας, δηλαδή να υπάρχει ένα πρόσωπο κλειδί που θα διαχειρίζεται τις ψυχιατρικές ανάγκες του γονιού.

Σύμφωνα με τους Reupert & Maybery (2007) και Cooklin (2008) οι ανάγκες των παιδιών αφορούν διαστάσεις όπως η ασφάλεια του συναισθηματικού δεσμού, η διαχείριση των δυσπροσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης των δυσκολιών, η αντιμετώπιση των ενδοοικογενειακών αντιξοοτήτων στις περιόδους υποτροπής του γονιού, το να ξέρουν ποιες συμπεριφορές των γονιών είναι αποδεκτές και ποιες όχι και την αναγνώριση των προσπαθειών τους όταν αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή.

Σχετικά με τις ανάγκες των παιδιών για βοήθεια από τις υπηρεσίες, σύμφωνα με τους Tabak και συν., (2016), θεωρείται πολύ σημαντική η ενημέρωσή τους για θέματα που σχετίζονται με την γονική ψυχική νόσο, τα συμπτώματα, την προέλευση και τις αιτίες και την μελλοντική πρόγνωση. Πιο συγκεκριμένα, με βάση την ποιοτική θεματική ανάλυση

συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας που έκαναν οι Riebschleger και συν. (2017), η ενημέρωση που χρειάζονται τα παιδιά αφορά συγκεκριμένες διαστάσεις. Η πρώτη σχετίζεται με την ακριβή πληροφόρηση για συγκεκριμένες διαγνώσεις, τα κριτήρια που συστήνουν την κάθε διαταραχή ξεχωριστά, την κυκλικότητα της ψυχικής νόσου και ότι είναι μία συνθήκη που δεν αφορά μόνο την συγκεκριμένη οικογένεια αλλά ότι υπάρχουν πολλοί με παρόμοιες εμπειρίες. Η δεύτερη αφορά την ενημέρωση που σχετίζεται με την καταπολέμηση του στίγματος για την ψυχική νόσο, π.χ. ότι οι ψυχικά πάσχοντες έχουν θετικά αποθέματα και μπορούν να εργάζονται, να λαμβάνουν αποφάσεις, κ.λπ.. Η τρίτη αφορά την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, π.χ. μέσω της ενημέρωσης κατανοούν ότι η γνώση είναι δύναμη, με διεκδίκηση κοινωνικής υποστήριξης ή καλύτερη γνώση του εαυτού (και αφού γνωρίζουν περισσότερα και είναι σε θέση να διεκδικήσουν γίνονται πιο ανθεκτικοί) και η τέταρτη την ενίσχυση δεξιοτήτων για αναζήτηση βοήθειας όταν χρειάζεται (Riebschleger και συν., 2017). Οι ανάγκες των παιδιών σχετικά με την λειτουργία των υπηρεσιών ώστε να είναι αποδοτικές απαιτούν την συνεργασία πολλών ειδικοτήτων αλλά και δομών προκειμένου να μπορούν να παρέμβουν πολυδιάστατα. Παράδειγμα τέτοιας παρέμβασης αποτελεί η συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια, όπου ο δάσκαλος μπορεί να αποτελέσει ένα πρόσωπο αναφοράς και εμπιστοσύνης για τα παιδιά όταν βιώνουν αντίξοες συνθήκες (Tabak και συν., 2016). Σε αυτό συνηγορούν και οι Röllki και συν. (2005) υποστηρίζοντας ότι δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες που να καλύπτουν τις ανάγκες των παιδιών, καθώς και ότι χρειάζεται η συμμετοχή ειδικοτήτων όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί που να συνεργάζονται με την οικογένεια μακροπρόθεσμα. Οι συγγραφείς αυτοί τονίζουν ότι οι ανάγκες των παιδιών επιβάλλουν να αξιολογείται η κατάσταση όλων των μελών της οικογένειας όταν νοσεί ο γονιός και να υπάρχει επαρκής διασύνδεση των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών με τις υπηρεσίες ενηλίκων.

Σε μία ποιοτική έρευνα για τις ανάγκες των παιδιών με βάση τις απόψεις των ίδιων των παιδιών, του υγιούς γονιού και επαγγελματιών (Zeighami και συν., 2018) οι ανάγκες των παιδιών διαχωρίζονται ανάλογα με τις φάσεις της ψυχικής νόσου του γονιού. Στην φάση πριν την ασθένεια χρειάζονται έναν άνθρωπο εμπιστοσύνης και με κατανόηση. Στην φάση της ασθένειας εκφράζουν την ανάγκη για ενσυναίσθηση και πρακτική στήριξη για θέματα όπως η μεταφορά του ασθενή από το σπίτι στο νοσοκομείο ή ανάγκες όταν μένει ο γονιός στο

νοσοκομείο, όπως η εξασφάλιση ότι δεν θα παραμείνουν μόνοι τους στο σπίτι. Στη φάση μετά το εξιτήριο έχουν ανάγκη από σωστή καθοδήγηση, ενημέρωση και πληροφόρηση για νομικά θέματα (Zeighami και συν., 2018).

Οι γονείς εντοπίζουν κυρίως ανάγκες των παιδιών που σχετίζονται με ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα, θέματα συγκέντρωσης και προσοχής ή καλής διαγωγής, και ενίοτε χρήση αλκοόλ και ουσιών, ειδικά αν τα παιδιά βρίσκονταν στην εφηβεία (Mowbray και συν., 2004). Σύμφωνα με την άποψη των γονιών, οι ανάγκες των παιδιών που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου περιλαμβάνουν τα προβλήματα των παιδιών στο σχολείο και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όταν ο πάσχων τελεί υπό ψυχιατρική υποτροπή ή λείπει λόγω εισαγωγής στο νοσοκομείο (Boursnell, 2014).

Οι Reupert & Maybery (2015) θεωρούν ότι οι ανάγκες των ψυχικά πασχόντων γονέων είναι σχεδόν ίδιες με τις ανάγκες όλων των γονιών από το γενικό πληθυσμό, με το επιπρόσθετο βάρος την ανάγκη αντιμετώπισης των ψυχιατρικών προβλημάτων. Κατά την θεραπεία η κάλυψη των ψυχιατρικών αναγκών πρέπει κατά τη γνώμη τους να γίνεται παράλληλα με την κάλυψη των γονικών αναγκών. Υποστηρίζουν ότι η μέριμνα για την κάλυψη των γονικών αναγκών δεν πρέπει να υποτιμάται σε σχέση με την κάλυψη των ψυχιατρικών αναγκών γιατί αυτό έχει επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια. Σε μία ποιοτική μελέτη 6 ψυχικά πασχόντων για την εμπειρία της γονικότητας προέκυψε η αίσθηση ότι βιώνουν πολλές απώλειες που αφορούν στην μητρότητα, χάνεται δε η αίσθηση ότι οι μητέρες είναι υπόλογες για τα παιδιά τους (Barrow και συν., 2014). Οι γονείς σε αρκετές έρευνες σε μεγάλο ποσοστό δεν κινητοποιούνταν προς αναζήτηση βοήθειας για τις ανάγκες των παιδιών τους παρά το γεγονός ότι θεωρούσαν ότι αυτό μπορεί να ήταν σημαντικό, οι δε δυσκολίες που ανέφεραν σχετίζονταν με πεποιθήσεις μομφής προς τον εαυτό ως προς το ότι δεν θα έπρεπε να έφταναν στο σημείο να ζητούν βοήθεια, ότι δεν ήξεραν σε ποια υπηρεσία να απευθυνθούν ή βίωναν έντονο φόβο για την γνώμη των άλλων (Cowling, 2004). Σε αυτό συνηγορούν τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης των Thomas & Kalucy (2003) σύμφωνα με τα οποία μία από τις πιο βασικές δυσκολίες των γονιών είναι η έλλειψη κινητοποίησης και η περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών. Η ανεπαρκής κινητοποίηση σε αυτή την περίπτωση μπορεί να οφείλεται στην ίδια την ψυχική νόσο ή να είναι αποτέλεσμα της ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής. Στην ποιοτική μελέτη των Marston και συν. (2018) οι

γονείς αναγνωρίζουν την απόσυρση από την οικογενειακή αλληλεπίδραση, ενίοτε δε γίνονται πιο επιτρεπτικοί επειδή δεν έχουν το σθένος να ασκήσουν την κατάλληλη πειθαρχία. Νιώθουν ότι κάνουν υπερπροσπάθεια να ανταποκριθούν στο ρόλο τους αλλά χρειάζονται ένα διάλειμμα για να ασχοληθούν με τις ψυχιατρικές τους ανάγκες (Marston και συν., 2018). Η πλειοψηφία των γονιών δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις του σπιτιού, είχαν μικρή αλληλεπίδραση με τα παιδιά τους και ένιωθαν ότι δεν είχαν την κατάλληλη ενέργεια για τις ανάγκες της οικογένειας (Thomas & Kalucy, 2003). Τα προβλήματα εκτελεστικής λειτουργικότητας αφορούσαν κυρίως τον προγραμματισμό, την έναρξη μίας δραστηριότητας και την προσήλωση στους στόχους που είχαν τεθεί (Thomas & Kalucy, 2003). Συχνά αναδύονταν στους γονείς συναισθήματα ενοχής, λύπης και κατωτερότητας (Marston και συν., 2018). Σε μία ποιοτική μελέτη οι ψυχικά πάσχοντες γονείς βίωναν την γονικότητά τους δύσκολα, θεωρούσαν ότι ήταν ένα έργο στο οποίο δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν, δεν είχαν αυτοπεποίθηση κι αυτό τους οδηγούσε σε αβεβαιότητα και αμφιβολίες για τον εαυτό. Άλλες φορές είχαν ευερεθιστότητα και μικρή ανοχή (Loudon, 2021). Οι γονείς έχαναν την αυτοπεποίθηση για την επάρκεια της γονικής λειτουργικότητας γιατί έβλεπαν ότι υπήρχε μεγάλη απόσταση από την προσδοκία που είχαν από τον εαυτό τους για το γονικό τους ρόλο και από το τελικό αποτέλεσμα. Δεν εμπιστεύονται τον εαυτό τους και αναγνωρίζουν την ανάγκη να έχουν καλύτερη προσαρμοστικότητα (Marston και συν., 2018).

Οι ανάγκες των γονέων από τις υπηρεσίες αφορούν συνήθως την κάλυψη πρακτικών θεμάτων όπως οι οικιακές εργασίες, θέματα που άπτονται του εργασιακού περιβάλλοντος, τη διασφάλιση της φροντίδας των παιδιών, την οικονομική στήριξη, και τη διατήρηση της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας (Nicholson και συν., 2001). Κάποιοι γονείς θεωρούσαν ότι η νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική δεν τους βοήθησε καθόλου κι ότι δεν υπήρχε η κατάλληλη προετοιμασία ώστε μετά το εξιτήριο να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες με τα παιδιά τους (Thomas & Kalucy, 2003). Σύμφωνα με την άποψη των ίδιων των γονιών οι υπηρεσίες δεν ενδιαφέρονται για την γονική τους ιδιότητα παρά μόνο για την ψυχιατρική, οι ίδιοι δεν είναι πρόθυμοι να εμπιστευτούν τις υπηρεσίες λόγω του φόβου της απομάκρυνσης των παιδιών και πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες ασχολούνται μαζί τους συνήθως όταν τους θεωρούν επικίνδυνους για τα παιδιά (Boursnell, 2014). Από την άλλη πλευρά οι γονείς θεωρούν σημαντική τη

λειτουργία προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και εκπαιδευτικά προγράμματα που να αφορούν στις γονικές λειτουργίες (Thomas & Kalucy, 2003). Επίσης, οι ανάγκες των πασχόντων δεν καλύπτονταν από τις υπηρεσίες και δομές φιλοξενίας για τους ίδιους αλλά ούτε και τις διαδικασίες αναδοχής τις οποίες θεωρούν ότι είναι επικίνδυνες για τα παιδιά λόγω των υψηλών πιθανοτήτων για σωματική και σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών. Οι ανάγκες των γονιών είναι να παραμένουν τα παιδιά τους κοντά τους με την κατάλληλη στήριξη (Barrow και συν., 2014).

Ενίοτε η δυνατότητα αναζήτησης νοημάτων στα πλαίσια μίας ευρύτερης πνευματικότητας ή θρησκευτικότητας αποτελεί μία σημαντική ανάγκη των γονέων (Sell και συν., 2021). Επίσης, έχουν ανάγκη για ενδοσκόπηση αλλά και επιστράτευση στρατηγικών για να διαχειριστούν τον αποχωρισμό με τα παιδιά στις περιπτώσεις απομάκρυνσης από τις υπηρεσίες, όπως ο διαλογισμός, η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης και άλλα (Barrow και συν., 2014).

Σε κάποιες έρευνες οι γονείς κατανοούσαν τον αντίκτυπο της ψυχικής νόσου στα άλλα μέλη, όπως για παράδειγμα την ανάληψη ευθυνών από τους άλλους και συγκεκριμένα τον/την υγιή σύζυγο και των παιδιών που γονεοποιούνται, δηλαδή όταν αντιστρέφονται οι ρόλοι και τα παιδιά αναλαμβάνουν τις υποχρεώσεις του γονιού (Marston και συν., 2018). Άλλες φορές δεν αναγνώριζαν τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους στα παιδιά άμεσα ή έμμεσα. Για παράδειγμα, η άμεση συμπεριφορά μη αναγνώρισης αφορούσε περιπτώσεις που απευθύνονταν στα παιδιά υπό το κράτος συμπτωμάτων και έμμεσα εκθέτοντας τα παιδιά σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας, κατάχρησης ουσιών και παραμέλησης (Loudon, 2021). Παρόλα αυτά όμως οι ψυχικά πάσχοντες γονείς θεωρούν ότι η συνοχή της οικογένειας και η επικέντρωση στο γονικό τους ρόλο τους βοηθάει στην ανάνηψη από την περιπέτεια της υγείας τους (Marston και συν., 2018).

Οι Perren και συν. (2003) υποστηρίζουν ότι κατά την μετάβαση στην γονικότητα έχει ιδιαίτερη σημασία η διάσταση της συζυγικής σχέσης σε συνδυασμό με τη γονική ψυχοπαθολογία. Τα συζυγικά προβλήματα λειτουργούν με διπλό τρόπο, δηλαδή αποτελούν ταυτόχρονα αιτία και αποτέλεσμα της ψυχικής διαταραχής του ενός από τους δύο. Οι Perren και συν. (2003) θεωρούν ότι για την ομαλή μετάβαση στην γονικότητα σε άτομα με ψυχική διαταραχή πρέπει να υπάρχει αυτό που ονομάζουν τριαδική ικανότητα, δηλαδή την ευχέρεια

να ενσωματώσουν ένα τρίτο πρόσωπο στη ζωή τους, ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά. Άλλες μεταβλητές για την τριαδική ικανότητα αποτελούν το επίπεδο της γονικής συνεργασίας, η ποιότητα του διαλόγου, η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα. Όλες αυτές οι διαστάσεις ενίοτε είναι ελλειμματικές στην περίπτωση της ψυχικής νόσου.

Σε μια ελληνική σχετική δημοσίευση (Savvidou και συν., 2003), μελετήθηκαν οι αφηγήσεις 20 μητέρων με μείζονες ψυχιατρικές δυσκολίες που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρική κλινική και είχαν παιδιά ηλικίας 3,5 έως 18 ετών γύρω από το θέμα της μητρότητας και της ψυχικής νόσου και του τρόπου κατά τον οποίο η δυάδα μητέρας παιδιού αλληλοεπιδρούσε με την οικογένεια και το κοινωνικό της πλαίσιο. Τα αποτελέσματα συνάδουν με τα παραπάνω ευρήματα. Αντιμετώπιζαν πολύ μεγάλες δυσκολίες με το σύντροφό τους και το ευρύτερο οικογενειακό πλαίσιο. Ένωσαν ότι ήταν θύματα των κοινωνικών στάσεων και καταπίεσης ακόμη και πριν την εγκυμοσύνη και ότι η καταπίεση αυτή επηρεάζει όχι μόνο τις μητέρες τις ίδιες αλλά και όλα τα μέλη της οικογένειας –ως εκ τούτου και τα παιδιά- σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής, όπως για παράδειγμα την κοινωνική απομόνωση στο σχολείο και στη γειτονιά και την επικριτική θέση του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος. Θεωρούσαν ότι τα συμπτώματα και η φαρμακευτική αγωγή επηρέαζαν πολύ αρνητικά τη σχέση τους με το παιδί, τη δυνατότητα να ασκήσουν όπως θα ήθελαν το γονικό τους ρόλο καθώς και να ανταποκριθούν στις ανάγκες του σπιτιού. Τα παιδιά τους είχαν την εικόνα ενός γονιού που δεν ήταν ποτέ παρών για να καλύψει τις ανάγκες τους, που ήταν ευερέθιστος, που δεν είχε καθόλου ενέργεια για δραστηριότητες, και που συχνά έκοβε τα φάρμακα για να μην έχει τις παρενέργειες με αποτέλεσμα να έρχονται σε επαφή διαρκώς με τα ψυχιατρικά του συμπτώματα σε οξεία φάση (Savvidou και συν., 2003).

Όσον αφορά τις ανάγκες των οικογενειών με γονική ψυχική νόσο όπως είναι ευνόητο αυξάνεται η πολυπλοκότητα καθώς εμπλέκονται περισσότερα άτομα και υπηρεσίες. Ο Rolland (1999) υποστηρίζει ότι η καλύτερη κατανόηση των οικογενειών με γονική νόσο προϋποθέτει να επιστρατεύεται μία συστημική οπτική, όπως η αξιολόγηση του εκάστοτε ευρύτερου πλαισίου, του κύκλου ζωής των ατόμων, του ζεύγους και της οικογένειας ως σύνολο, των οικογενειακών πεποιθήσεων και της διαγενεακής κληρονομιάς για την κατασκευή νοημάτων, τους τρόπους σχετίζεσθαι και τα επαναλαμβανόμενα πρότυπα αλληλεπίδρασης.

Συνήθως, τα μέλη της οικογένειας είναι τα πρώτα πρόσωπα που εντοπίζουν τα πρώιμα σημεία της ψυχικής νόσου του πάσχοντος τα οποία ο ίδιος δεν τα αναγνωρίζει εύκολα ή δεν τα αποδέχεται. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να αφορούν μία σταδιακή απόσυρση, ευερεθιστότητα, φόβο χωρίς το ανάλογο ερέθισμα, δυσκολίες στον ύπνο ή ανεπάρκεια στην φροντίδα του εαυτού και της οικογένειας (Teschinsky, 2000). Σε οικογένειες με γονική ψυχική νόσο είναι περίπλοκη η διαχείριση των δυσκολιών στην καθημερινότητα με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις και αλλαγές στους ρόλους, με διαρκή την αναζήτηση σταθερότητας λόγω της μεγάλης αβεβαιότητας (Loudon, 2021). Το οικογενειακό κλίμα συμβάλλει ιδιαίτερα στην λειτουργικότητα των παιδιών που ζουν σε οικογένειες με γονική ψυχική νόσο με διαστάσεις όπως η επιθετικότητα, κοινωνική απομόνωση και οι συγκρούσεις (Wiegand-Grefe και συν., 2019).

Η επιβάρυνση της οικογένειας έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως αντικειμενική και υποκειμενική. Η αντικειμενική επιβάρυνση μπορεί να αφορά τις ορατές επιδράσεις της ψυχικής νόσου στην οικογένεια, όπως η έκδηλη συμπεριφορά του πάσχοντος, οι οικονομικές επιπτώσεις, οι δυσκολίες στην καθημερινή διαβίωση και άλλα. Η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά κυρίως τις εσωτερικές διαδικασίες και επιπτώσεις στα μέλη της οικογένειας, όπως είναι ο συναισθηματικός αντίκτυπος (Teschinsky, 2000). Στην μελέτη των Sarouna και συν. (2015) για την κατανόηση των συνεπειών στους φροντιστές που επιβαρύνονται με τον ρόλο της μέριμνας μέλους της οικογένειας με μείζονα ψυχική διαταραχή βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν γυναίκες (μητέρες) οι οποίες είχαν και την μεγαλύτερη επιβάρυνση. Η υψηλότερη οικογενειακή επιβάρυνση σχετίστηκε περισσότερο με το φύλο, την σχέση με τον πάσχοντα και τις οικονομικές απαιτήσεις που προκύπτουν από την κατάσταση. Μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες των φροντιστών ήταν η ανησυχία για το μέλλον για τον πάσχοντα, αλλά και η προσωπική εξάντληση (Sarouna και συν., 2015).

Το εκφραζόμενο συναίσθημα αποτελεί μία κατασκευή για την εκτίμηση του οικογενειακού περιβάλλοντος βάσει 5 διαστάσεων: την επικριτικότητα, την εχθρότητα, τη συναισθηματική υπερεμπλοκή, τη ζεστασιά και τις θετικές παρατηρήσεις (Koutra και συν., 2014). Σε μία μεταανάλυση για τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στο εκφραζόμενο συναίσθημα στην οικογένεια εντοπίστηκε πολύ υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στη γονική ψυχική

νόσο και την επικριτικότητα. Αυτό θεωρείται ένα στυλ αλληλεπίδρασης στις οικογένειες με ψυχική νόσο, το οποίο μπορεί να λειτουργήσει και ως μηχανισμός διαγενεακής μετάδοσης της ψυχοπαθολογίας λόγω των επιπτώσεων που έχει στα παιδιά (Fahrer και συν., 2022). Σε μία ελληνική μελέτη για το εκφραζόμενο συναίσθημα σε οικογένειες με μέλη με σχιζοφρένεια που κατοικούν στην Αθήνα και τον Έβρο, φάνηκε ότι πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν υψηλά σκορ εκφραζόμενου συναισθήματος προς τους ασθενείς, αν και η πλειοψηφία εξέφρασε επίσης κάποια ζεστασιά (Abraam και συν., 2022). Οι συγγενείς με υψηλότερη έκφραση ζεστασιάς είχαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής υπερεμπλοκής και χαμηλότερα στον τομέα των δυσπροσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης. Οι συγγενείς που εξέφρασαν χαμηλότερη ζεστασιά επιδίδονταν σε περισσότερη επικριτικότητα (Abraam και συν., 2022). Η οικογενειακή συνοχή, η εκφραστικότητα και ο βαθμός της σύγκρουσης στο οικογενειακό περιβάλλον σε συνδυασμό με την αλληλεπίδραση των γονιών με τα παιδιά στις οικογένειες με γονική ψυχική νόσο είναι σημαντικοί παράγοντες για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας και των ατόμων ξεχωριστά (Gatsou και συν., 2015; Van Loon και συν., 2014). Στην συστηματική ανασκόπηση των Reupert & Maybery (2015) φαίνεται ότι δεν είναι σπάνια η περίπτωση της διάσπασης της οικογένειας λόγω της γονικής ψυχικής νόσου, καθώς επίσης και το ψυχικό τραύμα και η ενδοοικογενειακή βία ως επίπτωση των δυσκολιών στις σχέσεις στην οικογένεια. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι αποτέλεσμα αλλά ταυτόχρονα και κίνδυνος περαιτέρω επιδείνωσης της ψυχικής νόσου του γονιού.

Τα συναισθήματα που βιώνει όλη η οικογένεια όταν το πάσχον μέλος διαγιγνώσκεται με σοβαρή ψυχική νόσο περιλαμβάνουν το θυμό, την ντροπή, την ενοχή, την εχθρότητα, την λύπη και τον πανικό (Gatsou και συν., 2015; Teschinsky, 2000). Σε μία σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση (Wahl και συν., 2017) ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι εκδηλώνεται αμοιβαία ανησυχία ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά η οποία γίνεται ένας ανατροφοδοτούμενος φαύλος κύκλος στην οικογένεια. Σε αυτόν το φαύλο κύκλο τα άγχη που βιώνουν τα παιδιά λόγω της ψυχικής νόσου του γονιού θέτουν τους γονείς σε καθεστώς εγρήγορσης και αυτό με τη σειρά του ενισχύει το άγχος των παιδιών. Τα μέλη της οικογένειας με ψυχική νόσο ενδέχεται να βιώνουν τραυματικά την εμπειρία αυτή, ειδικά όταν νιώθουν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα που αντιμετωπίζουν ξεπερνούν την ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν (Sanders & Szymanski, 2012).

Ο τρόπος κατά τον οποίο η οικογένεια χειρίζεται τα συναισθήματα και τις σχέσεις μεταξύ των μελών διαμορφώνει την επικοινωνία για τα θέματα ψυχικής υγείας του πάσχοντος αλλά ταυτόχρονα συμβάλλει στο να δομούνται κοινά νοήματα. Φαίνεται ότι υπάρχει μία σταδιακή μετακίνηση της συναισθηματικής κατάστασης των οικογενειακών μελών στις διάφορες φάσεις της ψυχικής κατάστασης του πάσχοντος. Για παράδειγμα, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να βιώνουν διαφορετικά συναισθήματα στη φάση της προνοσηρής κατάστασης, διαφορετικά στη φάση της διάγνωσης, ή κατά τη συνειδητοποίηση της μονιμότητας και της αποδοχής της γονικής ψυχικής νόσου, κι όλα αυτά σε σχέση με την συναισθηματική επικοινωνία με τον πάσχοντα. Οι παλιές εμπειρίες με τον πάσχοντα επηρεάζουν τις προσδοκίες για το μέλλον (Gammage & Nolte, 2020). Κάποιες οικογένειες βιώνουν έντονα οικογενειακή θλίψη και απώλεια. Οι Mizock και συν. (2021) σε σχετική ανασκόπηση παραθέτουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι τα οικογενειακά μέλη βιώνουν την ψυχική νόσο χειρότερα σε σχέση με άλλα νοσήματα όπως είναι ο καρκίνος ή οι καρδιακές παθήσεις, και ένα μεγάλο ποσοστό θα προτιμούσε να είχε πεθάνει ο πάσχων. Τα συναισθήματα πένθους και απελπισίας επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα στην οικογένεια όπως για παράδειγμα την άρνηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Το οικογενειακό πένθος μπορεί να εκδηλώνεται με πολλούς τρόπους καθώς επισύρει μία σειρά απωλειών όπως τα όνειρα και οι ελπίδες για το μέλλον, απώλεια της συντροφικότητας, της οικονομικής ασφάλειας, της ρουτίνας και της σταθερότητας. Το οικογενειακό πένθος μπορεί να συμβάλει και στην επιδείνωση των συμπτωμάτων του πάσχοντος (Mizock και συν., 2021). Επίσης, οι οικογένειες με ψυχική νόσο είναι σε πολύ αυξημένο κίνδυνο για οικονομική ένδεια και φτώχεια, δεδομένης της ελλειμματικής λειτουργικότητας των πασχόντων γονέων, η οποία υποβάλλει τα παιδιά σε αντίξοες συνθήκες διαβίωσης, με ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών τους ως προς την σωματική και ψυχική υγεία και την εκπαίδευση (Sell και συν., 2021).

Σύμφωνα με την γνώμη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην έρευνα των Gatsou και συν. (2015), διαπιστώθηκε ότι υπήρχε πολύ έντονη η έλλειψη κατανόησης της γονικής ψυχικής νόσου στις οικογένειες, αποτελούσε θέμα προς αποφυγή συζήτησης και δεν υπήρχε επικοινωνία γύρω από τους φόβους, τις συνέπειες και τους τρόπους διαχείρισης στο οικογενειακό περιβάλλον. Σε αρκετές περιπτώσεις δε τα παιδιά γνώριζαν περισσότερα από όσα νόμιζαν οι γονείς (Gatsou και συν., 2015). Σε μία αφηγηματική συστηματική ανάλυση για την οικογενειακή

κατανόηση της ψυχικής νόσου του πάσχοντος (Gammage & Nolte, 2020) αναδύθηκε το θέμα της διαμόρφωσης των νοημάτων για την ψυχική νόσο. Το νόημα των συγγενών δομείται σε σχέση με την ανάληψη φροντίδας. Με το πέρασμα του χρόνου τα νοήματα μέσα στην οικογένεια εξελίσσονται και συνυφαίνονται με την προσπάθεια των μελών να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του πάσχοντος. Σε ποιοτική μελέτη για την εμπειρία οικογενειών για τη ψυχική νόσο (Mizock και συν., 2021) προέκυψε η μη αναγνώριση, δηλαδή τα οικογενειακά μέλη έχουν την τάση να αρνούνται τα ψυχιατρικά συμπτώματα του γονιού, με αποτέλεσμα να αναδύεται το αίσθημα της απόρριψης. Ενίοτε παρατηρούνται δυσκολίες ως προς τις προσδοκίες των οικογενειακών μελών, όπως για παράδειγμα κάποιες φορές είναι πάρα πολύ μεγάλες, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν πιστεύουν την σοβαρότητα της κατάστασης ή πολύ μικρές που σημαίνει ότι έχουν παραιτηθεί από την ελπίδα ότι ο πάσχων έχει δυνατότητες βελτίωσης (Mizock και συν., 2021). Η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου από τα οικογενειακά μέλη συμβάλλει και στη διαμόρφωση της ταυτότητας. Κατανοούν περισσότερα πράγματα για τον εαυτό τους με γνώμονα την εμπειρία της συμβίωσης. Η διαμόρφωση της ταυτότητας ως συγγενή ψυχικά πάσχοντος μπορεί να σχετίζεται με την διαχείριση εσωτερικών συγκρούσεων και την αντιμετώπιση προκλήσεων (Gammage & Nolte, 2020).

Σύμφωνα με την εκτίμηση των υπηρεσιών θεωρείται απαραίτητο κατά τα χρονικά διαστήματα νοσηλείας του πάσχοντος γονιού να υπάρχει η δυνατότητα ορθού εντοπισμού της οικογενειακής σύνθεσης, ώστε στην πορεία να είναι εφικτή η αξιολόγηση του οικογενειακού πλαισίου του ασθενή και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις. Υπάρχει η ανάγκη για την αντιμετώπιση του αποχωρισμού γονιού και παιδιών, με την δημιουργία κατάλληλων πλαισίων υποδοχής οικογενειών στις κλινικές για να πραγματοποιούνται οικογενειακές συναντήσεις, θεραπείες και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Foster και συν., 2018). Σε επίπεδο υπηρεσιών και κοινωνίας συνήθως οι υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των αναγκών των οικογενειών αυτών λειτουργούν χωρίς επαρκή σύνδεση, στελεχώνονται δε από προσωπικό με ανεπαρκείς δεξιότητες σε θέματα γονικής ψυχικής νόσου, και παράλληλα υπάρχουν πολλά κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά εμπόδια που δεν δίνουν την ευκαιρία σε αυτές τις οικογένειες να κατακτήσουν μια επαρκή ποιότητα ζωής (Reupert & Maybery, 2007).

1.5 Οι προστατευτικοί παράγοντες στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων

Εκτός από όλες τις αρνητικές επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, εντούτοις υπάρχουν πολλά παιδιά που καταφέρνουν να περατώσουν τις σπουδές, να έχουν σχετική ψυχική ισορροπία στη ζωή, να έχουν επιτυχίες και να κατακτούν στόχους (Ferguson, 2011). Στις μελέτες για τις επιπτώσεις των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας στις οποίες η γονική ψυχική νόσος είναι ένα από τα βασικά τραυματικά βιώματα, επιπροσθέτως της κακοποίησης, της παραμέλησης και άλλων (οι οποίες θα εξεταστούν σε επόμενο κεφάλαιο) φαίνεται ότι υπάρχει θετική προσαρμογή, με επαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις, καλή υγεία ακόμη και 30 χρόνια αργότερα (Collishaw και συν., 2007). Αντιστοίχως, υπάρχουν ψυχικά πάσχοντες γονείς που συμβάλλουν θετικά στην ανάπτυξη των παιδιών παρά το γεγονός ότι η σοβαρή ψυχική νόσος αποτελεί μία αντίξοχη συνθήκη με πολλές επιπτώσεις στην λειτουργικότητά τους (White, 2014). Η διερεύνηση των προστατευτικών παραγόντων στην περίπτωση της γονικής ψυχικής νόσου έχει ιδιαίτερη σημασία διότι συμβάλλει σε μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα των βιωμάτων των μελών της οικογένειας και από την άλλη μπορεί να αποτελέσει μία από τις βάσεις για την θέσπιση στόχων και σύστασης κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης.

Στις δημοσιεύσεις για τους προστατευτικούς παράγοντες της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου πιο συχνά συναντάμε την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας η οποία αποτελεί μία συνθήκη που λειτουργεί προστατευτικά σε πολλά επίπεδα. Σύμφωνα με τον Rutter (2007) η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας παραπέμπει σε μία διαδικασία κατά την οποία κάποιοι άνθρωποι έχουν την δυνατότητα να ξεπερνούν μείζονες αντιξοότητες και να έχουν θετική έκβαση, ή να προβάλλουν αντίσταση στους κινδύνους και δεν πρέπει να εξισώνεται με τις έννοιες της κοινωνικής επάρκειας, ή της θετικής ψυχικής υγείας. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η ανθεκτικότητα στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων δεν μπορεί να εξηγηθεί από μονοδιάστατα μοντέλα καθώς υπεισέρχονται πολλοί παράγοντες στην διαμόρφωσή της (White, 2014). Ο Rutter (2007) υποστηρίζει ότι η ανθεκτικότητα πρέπει να έχει μία αναπτυξιακή οπτική διότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το σύνολο των εμπειριών του ατόμου μετά την έκθεση στον κίνδυνο, δεν σχετίζεται μόνο με τους τρόπους αντίδρασης την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, καθώς και ότι είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που δεν είναι αποκλειστικά ψυχολογικοί.

Στην βιβλιογραφία, πέρα από τον τρόπο που ορίζεται η ψυχική ανθεκτικότητα υπάρχει μία κοινή συναίνεση σε σχέση με 3 σημαντικούς παράγοντες που τελούν υπό αμοιβαία αλληλεπίδραση. Ο πρώτος είναι τα προσωπικά χαρακτηριστικά των παιδιών, με ποιότητες όπως τα θετικά συναισθήματα, η εμπειρία του ασφαλούς συναισθηματικού δεσμού, η καλή σωματική υγεία, η επαρκής διανοητική λειτουργία, η ικανότητα συναισθηματικής αυτορρύθμισης και άλλα. Ο δεύτερος αφορά τα χαρακτηριστικά του γονιού και του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως είναι οι θετικές σκέψεις, η αίσθηση επάρκειας του εαυτού, η γονική ευαισθησία, η επάρκεια της γονικής λειτουργίας, η ποιότητα της οικογενειακής αλληλεπίδρασης, και η φύση της ψυχικής νόσου του γονιού. Ο τρίτος αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα η κοινωνική υποστήριξη και η οικονομική επάρκεια (Orbke & Smith 2013; Ramchandani & Stein 2003; Seifer 2003; Tedeschi & Kilmer 2005).

Αν και υπάρχει μεγάλη συνάφεια ανάμεσα στις έννοιες της ανθεκτικότητας και της μετατραυματικής ανάπτυξης, δεν είναι ταυτόσημες. Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην δυνατότητα να επανέλθει το άτομο στο σημείο που βρισκόταν πριν την αντιξοότητα, ενώ η μετατραυματική ανάπτυξη υπονοεί την δυνατότητα του ατόμου να αλλάξει σημαντικούς τομείς στη ζωή μετά από το τραύμα, όπως είναι ο τρόπος που βλέπει τον εαυτό του, τη ζωή, τη θέσπιση προτεραιοτήτων, τους στόχους για το μέλλον ή τις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή (Joseph, 2012; Shiri και συν., 2010; Tedeschi και συν., 1998). Οι Zoellner & Maercker (2006) διακρίνουν τα θεωρητικά μοντέλα για την μετατραυματική ανάπτυξη σε δύο αδρές κατηγορίες, μία που την προσεγγίζει ως αποτέλεσμα των ψυχοτραυματικών βιωμάτων και μία που την θεωρεί ως στρατηγική αντιμετώπισης των αντιξοοτήτων. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας δεν έχουν εντοπιστεί πολλές δημοσιεύσεις που να αφορούν στην ψυχική ανθεκτικότητα και την μετατραυματική ανάπτυξη των οικογενειών ή μεμονωμένων ατόμων με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, όμως πολλά από τα στοιχεία που την απαρτίζουν περιγράφονται στις προσλήψεις των μελών της οικογένειας και των ειδικών όπως θα δούμε ευθύς αμέσως.

Υπάρχουν σταθεροί και μη σταθεροί προστατευτικοί παράγοντες στα παιδιά ψυχικά πασχόντων, δηλαδή είναι εκείνοι που δεν αλλάζουν και εκείνοι που επιδέχονται αλλαγών. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται διαστάσεις όπως είναι το φύλο και η ηλικία των παιδιών. Σε

κάποιες έρευνες τα αγόρια είναι πιο ανθεκτικά και σε κάποιες άλλες είναι τα κορίτσια, χρησιμοποιούν δε διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών. Για παράδειγμα, υποστηρίζεται ότι αρκετές φορές τα αγόρια επιδίδονται περισσότερο σε δραστηριότητες εκτός σπιτιού, όπως ο αθλητισμός (Ferguson, 2011). Επίσης τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά συνήθως είναι πιο ανθεκτικά ίσως επειδή έχουν πιο πολύ χρόνο να συνδεθούν με το γονιό δεδομένου ότι με την ψυχική νόσο προσβάλλεται η ασφάλεια του συναισθηματικού δεσμού, ή διαμορφώνουν πληρέστερα νοήματα καθώς μεγαλώνουν και έχουν περισσότερες ευκαιρίες να αναζητήσουν στήριξη έξω από την οικογένεια (Ferguson, 2011). Μη σταθεροί παράγοντες αποτελούν διαστάσεις όπως η οικογενειακή συνοχή, η σχέση με άλλους ενήλικες, οι προσαρμοστικές στρατηγικές και άλλα (Fudge & Mason, 2004).

Μία σημαντική ενισχυτική διάσταση της ανθεκτικότητας στα παιδιά σε ατομικό επίπεδο είναι η επαρκής γνωστική ικανότητα η οποία είναι απαραίτητη προϋπόθεση ώστε να είναι σε θέση να επεξεργάζονται τις αντίξοες εμπειρίες και να τις χρησιμοποιούν ως μαθήματα ζωής (Orbke & Smith, 2013). Έχει βρεθεί επίσης ότι οι μαθησιακές δυσκολίες συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο και η απουσία αυτών με μικρότερο (Foster και συν., 2012). Η ανθεκτικότητα στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων ενισχύεται όταν έχουν επαφή με τις θετικές πλευρές του εαυτού όπως για παράδειγμα αν τους αρέσει ο εαυτός τους ή όχι, αν νιώθουν ότι μπορούν να κατακτούν τους στόχους τους, ή αν νιώθουν ότι έχουν κάποια προτερήματα και χαρίσματα ή ηθική (Herbert και συν., 2012). Ο ασφαλής συναισθηματικός δεσμός είναι μία σημαντική συνθήκη για την εξασφάλιση της ανθεκτικότητας στα παιδιά ψυχικά πασχόντων. Αν δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα τότε είναι ιδιαίτερα σημαντικό τα παιδιά να αναζητήσουν την σύνδεση σε άλλα πρόσωπα, ίσως και εκτός οικογένειας, όπως είναι οι δάσκαλοι, πρόσωπα από την ευρύτερη οικογένεια κι έτσι να ενισχυθεί ο δεσμός και ακολούθως η ανθεκτικότητα (Gilligan, 2000). Επίσης η διάσταση της ατομικής ιδιοσυγκρασίας των παιδιών είναι πολύ σημαντική, όπως αν εκλαμβάνεται ως εύκολη, καλόβολη ή δύσκολη, διότι επηρεάζει τον τρόπο του σχετίζεσθαι και την περαιτέρω αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Foster και συν., 2012; Orbke & Smith, 2013). Στις έρευνες για την ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων έχει τονιστεί ότι είναι σημαντική η διεργασία διατήρησης ενός στοιχειώδους ελέγχου. Μέσω του ελέγχου όταν είναι σε μικρή ηλικία τα παιδιά καταφέρνουν να δημιουργούν ένα

αντίβαρο στην οικογενειακή αστάθεια και έλλειψη προβλεψιμότητας, και ο έλεγχος αυτός μπορεί να διατηρηθεί και στην ενήλικη ζωή. Ο έλεγχος βέβαια έχει την θετική οπτική γιατί ενισχύει την ανεξαρτησία, αλλά από την άλλη πλευρά έχει και μία αρνητική χροιά διότι δεν επιτρέπει την αναζήτηση βοήθειας όταν χρειάζεται (Foster, 2010). Όπως έχει προαναφερθεί, πολύ συχνά τα μέλη της οικογένειας με ψυχική νόσο χρησιμοποιούν την αποφυγή ως στρατηγική αντιμετώπισης των αντιξοοτήτων στο σπίτι, κάτι που συμβάλλει στην δυσπροσαρμοστικότητα των παιδιών. Υπάρχουν όμως φορές που η αποφευκτικότητα αυτή ειδικά από την πλευρά των παιδιών είναι βοηθητική και ενισχύει την ατομική και οικογενειακή ανθεκτικότητα αν πρόκειται να αποφευχθούν οικογενειακές εκδραματίσεις, να ενισχυθεί η ασφάλεια, με επιστράτευση δραστηριοτήτων εντός και εκτός σπιτιού (Greeff και συν., 2006).

Ένα άλλο στοιχείο ανθεκτικότητας των ενηλίκων τέκνων είναι η προσπάθεια να συντηρήσουν μία ισόρροπη σχέση με τον πάσχοντα γονιό και να θέτουν όρια στην συμπεριφορά του αλλά και στην δική τους προσφορά και φροντίδα (Foster, 2010). Επίσης, το σχολείο μπορεί να αποτελεί ένα πλαίσιο που να ενισχύει την ανθεκτικότητα και να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας στην ζωή των παιδιών με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, καθώς επίσης και τα χόμπι, η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες, ή η μερική απασχόληση (Gilligan, 2000). Η κοινωνική υποστήριξη στα παιδιά βρέθηκε ότι έχει θετική συσχέτιση με την ανθεκτικότητα (Herbert και συν., 2012). Σε μία έρευνα για την ανθεκτικότητα των παιδιών με γονείς με διπολική διαταραχή υποστηρίχθηκε από τα ίδια τα παιδιά ότι ενίοτε αξιοποιούσαν τη θετική ατμόσφαιρα στο σπίτι όταν ο γονιός ήταν σε φάση μανίας διότι είχε πολλή ενέργεια και επιδίδονταν σε πολλές δραστηριότητες, ενώ σε φάση κατάθλιψης δεν μπορούσαν να κάνουν τίποτα (Power και συν., 2016). Οι Drost και συν. (2016) υποστηρίζουν ότι τόσο τα ενήλικα όσο και τα ανήλικα παιδιά με ψυχικά πάσχοντες γονείς για να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες αν επιστρατεύουν την δημιουργικότητα, το θάρρος για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, την υποστήριξη από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, την ενημέρωση, και την αυτονομία. Σε μία παλαιότερη δημοσίευση (Kinsella και συν., 1996) για την ποιοτική διερεύνηση των στοιχείων που συνέβαλαν στην ανθεκτικότητα των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων βρέθηκε ότι είχαν την αίσθηση της αυτονομίας και της υπευθυνότητας αφού είχαν αναλάβει πολλές ευθύνες στο

σπίτι κι αυτή η συνθήκη τους βοήθησε να αναπτυχθεί η ικανότητα αναζήτησης θετικών αποθεμάτων, διεκδικητικότητας και επίτευξης στόχων.

Στον πληθυσμό των εφήβων με ψυχικά πάσχοντες γονείς η πλειοψηφία είχε πολλά προβλήματα ψυχολογικά ή συμπεριφορικά, όμως σε μία έρευνα βρέθηκε ότι 1 στους 5 είχε καλή ψυχική υγεία. Σε αυτό συνέβαλαν η προσωπική αίσθηση ότι είναι επαρκής ο εαυτός, η δέσμευση στην σωματική άσκηση, η δυνατότητα να εκφράζονται με θετικά συναισθήματα, αλλά και η έμπιστη σύνδεση με τον υγιή γονιό (Collishaw και συν., 2016). Οι έφηβοι με ψυχικά πάσχοντες γονείς όταν χρησιμοποιούσαν λιγότερο παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης είχαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Οι πιο ενεργητικές στρατηγικές στην διαχείριση των προβλημάτων συνδέθηκαν περισσότερο με λιγότερο άγχος, κατάθλιψη και σωματικά ενοχλήματα (Van Loon και συν., 2015). Σύμφωνα με τους Orbke & Smith (2013) η ανθεκτικότητα στους εφήβους ψυχικά πασχόντων γονέων είναι σε άμεση συνάρτηση με το μέγεθος της αλληλεπίδρασης τους με το περιβάλλον. Όσο περισσότερο μιλούσαν για τις ανησυχίες τους και αποκάλυπταν πληροφορίες για τον εαυτό τους στους γονείς τόσο λιγότερα εσωτερικευμένα προβλήματα ανέφεραν. Όσο περισσότερα γνώριζαν οι γονείς για την ζωή τους τόσο ενισχυόταν η υγιής γονικότητα, η εγγύτητα στη σχέση και η γονική παρακολούθηση (Van Loon και συν., 2015). Όσο μεγαλώνουν έχουν περισσότερες δυνατότητες να συμβάλουν πιο ενεργά στην διαμόρφωση του περιβάλλοντος καθώς αναπτύσσονται διάφορες διαστάσεις όπως η ευρύτερη πρόσληψη του περιβάλλοντος, η αναστοχαστικότητα, η λήψη αποφάσεων, και η αύξηση δραστηριοτήτων έξω από το σπίτι (Orbke & Smith, 2013). Οι παράγοντες έξω από το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να παίζουν πιο κυρίαρχο ρόλο στη ζωή των εφήβων, καθώς όλο και περισσότερο εμπλέκονται σε παρέες με συνομήλικους και σε δραστηριότητες στην κοινότητα. Η ζεστασιά των γονέων σε συνδυασμό με την σχετική αυστηρότητα και οριοθέτηση μπορούν να βοηθήσουν στις αντιξοότητες, αυτό που προέχει όμως είναι η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που διευκολύνουν την διαμόρφωση στενών υποστηρικτικών σχέσεων με τους άλλους που δεν είναι αυτοκαταστροφικές (Fergus & Zimmerman, 2005).

Σχετικά με την οικογενειακή ψυχική ανθεκτικότητα η Walsh (2006) υποστήριξε την συμβολή τριών βασικών στοιχείων. Το πρώτο είναι τα συστήματα πεποιθήσεων τα οποία είναι πυρηνικά για την λειτουργία της οικογένειας και διαμορφώνουν τα κατάλληλα νοήματα για την

επαρκή αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων. Τα συστήματα πεποιθήσεων που είναι σημαντικά για την οικογενειακή ανθεκτικότητα οργανώνονται σε τρεις κατηγορίες (Walsh, 2006): πρώτον, την διαμόρφωση νοημάτων σχετικά με τις αντιξοότητες, τη θετική ματιά (π.χ. μία αισιόδοξη προκατάληψη ότι τα πράγματα θα πάνε καλά), την μετεξέλιξη και πνευματικότητα (π.χ. την προσωπική ανάπτυξη μέσα από την κρίση, αναθεώρηση προτεραιοτήτων, θρησκευτικότητα, κ.λπ.). Το δεύτερο αφορά τα οργανωτικά μοτίβα της οικογένειας, με διαστάσεις όπως είναι η προσαρμοστικότητα και η ευελιξία, ο βαθμός επάρκειας της σύνδεσης των μελών και τα θετικά αποθέματα της οικογένειας σε οικονομικό ή κοινωνικό επίπεδο. Το τρίτο αφορά τις επικοινωνιακές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα πόσο ανοιχτή και ξεκάθαρη είναι η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια (Walsh, 2006). Η οικογενειακή ανθεκτικότητα διαμορφώνεται με την αμοιβαία εξάρτηση των μελών με θετικό τρόπο και την ικανότητα να συνεργάζονται, την κοινή ενεργητική στάση στην αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων και όχι παθητικότητα, όπως και το να θεωρούν ότι οι αλλαγές μπορούν να έχουν και θετικά αποτελέσματα, όχι μόνο κίνδυνο (Greeff και συν., 2006). Τόσο τα παιδιά όσο και οι γονείς στις έρευνες για την οικογενειακή ανθεκτικότητα στην περίπτωση της γονικής ψυχικής νόσου θεωρούν ότι η κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας ως σύνολο είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, δίνει σε αυτήν την ευκαιρία να συνδεθεί με κοινωνικά δίκτυα όπως είναι τα μέλη από την ευρύτερη οικογένεια, την κοινότητα ή τις υπηρεσίες και προάγει την οικογενειακή συνοχή (Greeff και συν., 2006; Power και συν., 2016).

Οι προστατευτικοί παράγοντες για όλη την οικογένεια είναι οι λιγότερες συγκρούσεις, ο έλεγχος του χρόνιου οικογενειακού στρες, η ανοιχτή επικοινωνία, η επαρκής οικογενειακή λειτουργικότητα. Υψηλό ρίσκο ενέχουν οι παράγοντες της φτώχειας, της ανεπαρκούς εκπαίδευσης, η έλλειψη της υποστήριξης και η ανεργία (Foster και συν., 2012). Σύμφωνα με τους Zeighami και συν. (2014) οι προστατευτικοί παράγοντες που προκύπτουν από την γονική ψυχική νόσο είναι η ανεξαρτησία, η ενσυναίσθηση, η σκέψη για τις ανάγκες των άλλων και ο σεβασμός. Σε μία μελέτη για την ανθεκτικότητα οικογενειών με μέλος με ψυχική διαταραχή (Power και συν., 2016), βρέθηκαν 3 χαρακτηριστικά οικογενειακών πηγών. Τα προβλέψιμα θετικά οικογενειακά γεγονότα και τελετουργικά ήταν παράγοντες που ενίσχυαν την οικογενειακή ανθεκτικότητα, όπως για παράδειγμα τα κυριακάτικα γεύματα, οι γιορτές ή οι διακοπές, διότι με

αυτόν τον τρόπο ενισχυόταν η οικογενειακή συνοχή και η αίσθηση της ταυτότητας και της σύνδεσης. Το χιούμορ, επίσης, διότι σε αρκετές περιπτώσεις με αυτόν τον τρόπο υπήρχε απελευθέρωση της έντασης στο σπίτι, και τα μέλη της οικογένειας είχαν την ευκαιρία να συνδεθούν καλύτερα ακόμη και σε περιόδους δύσκολες, και η διαμόρφωση νοήματος γιατί συνήθως μέσα στις οικογένειες δεν συζητούσαν τι συνέβαινε και δεν μπορούσαν να κατανοήσουν από που προέρχεται η συμπεριφορά του γονιού (Power και συν., 2016). Σε κάποιες δημοσιεύσεις οι προστατευτικοί παράγοντες που αφορούν τους γονείς περιλαμβάνουν και τη συνθήκη της διάγνωσης καθ'αυτής, σύμφωνα με την οποία η σχιζοφρένεια έχει υψηλότερο κίνδυνο έναντι των άλλων διαγνώσεων. Με άλλα λόγια οι ψυχιατρικές διαγνώσεις με καλύτερη πρόγνωση από τη σχιζοφρένεια αποτελούν προστατευτικό παράγοντα (Foster και συν., 2012). Η ανθεκτικότητα έχει σημασία όχι μόνο από την πλευρά των παιδιών που βιώνουν τη γονική ψυχική νόσο ή των οικογενειών συνολικά αλλά και πως την βιώνουν οι ίδιοι οι πάσχοντες σε ατομικό επίπεδο, οι οποίοι με την σειρά τους επηρεάζουν τους άλλους. Για παράδειγμα, ένας ψυχικά πάσχων γονιός με υψηλή ανθεκτικότητα επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το παιδί από έναν γονιό χωρίς υψηλή ανθεκτικότητα. Οι Edward και συν. (2009) σε μία ποιοτική μελέτη για την ανθεκτικότητα ανθρώπων που έχουν βιώσει οι ίδιοι ψυχική διαταραχή κατέληξε σε 6 διαστάσεις που διαμορφώνουν την ανθεκτικότητα σε ατομικό επίπεδο: η διαπίστωση ότι δεν είναι οι μόνοι που βιώνουν μία τέτοια δυσκολία, η διαδικασία της αποδοχής της κατάστασης χωρίς την οποία δεν μπορεί να επέλθει αλλαγή, η πληροφόρηση και η γνώση, οι πνευματικές αναζητήσεις, η αναζήτηση της ισορροπίας και η διαμόρφωση νοήματος στη ζωή.

1.6 Ο πατέρας ως ψυχικά πάσχων γονιός

Ο βαθμός του σχετίζεται των πατέρων με τα παιδιά τους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς. Η ιδιότητα της πατρότητας επηρεάζει και τον ίδιο τον πατέρα σε πολλά επίπεδα με θετικό τρόπο και στις υπόλοιπες πλευρές της ζωής του (Nicholson και συν., 1999). Η πλειοψηφία των ερευνών είναι επικεντρωμένη στις μητέρες,

κι αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια, ιδίως τα πιο παραδοσιακά, οι γυναίκες αναλαμβάνουν την βασική φροντίδα των παιδιών και κατά συνέπεια έχουν μεγαλύτερη επίδραση σε διάφορες διαστάσεις όπως η κοινωνικοποίηση και η πρώιμη ανάπτυξη του παιδιού. Η συμβολή του πατέρα όμως έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια και είναι πολύ περισσότερο συμμετοχικός (Ramchandani & Psychogiou, 2009).

Το ενδιαφέρον για τους πατέρες έχει αυξηθεί για δύο λόγους. Ο ένας είναι ότι έχει διευρυνθεί η πρόσληψη για το ρόλο του πατέρα σε όλες τις εκφάνσεις της ανάπτυξης του παιδιού, ήτοι της γνωστικής, της κοινωνικής και της συναισθηματικής, και ο άλλος είναι οι εξελίξεις και οι αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια στον θεσμό της οικογένειας και την οικογενειακή δομή ως απόρροια ευρύτερων αλλαγών πολιτισμικά, κοινωνικά και οικονομικά (Finzi-Dottan και συν., 2016). Η συμβολή του πατέρα θεωρείται πολύ σημαντική ακόμη και σε πολύ πρώιμα στάδια διαμόρφωσης της νέας οικογένειας, ειδικά στις περιπτώσεις που η μητέρα μπορεί να αντιμετωπίζει προβλήματα (Marrs και συν., 2014).

Σε κάποιες μελέτες φαίνεται ότι οι άνδρες με ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι πιο πιθανό να είναι πατέρες σε σχέση με αυτούς χωρίς ψυχική διαταραχή και μπορούν να φτάσουν ποσοστά που αγγίζουν το 75%. Η συνθήκη αυτή σύμφωνα με τους συγγραφείς μπορεί να οφείλεται στο ότι η αξία της γονικότητας είναι πολύ υψηλή σε κάποιες κοινωνίες και πολλοί επιλέγουν να γίνουν γονείς ανεξάρτητα από την ψυχική διαταραχή, ή ότι κάποιοι άνθρωποι έγιναν γονείς πριν την εμφάνιση της νόσου (Nicholson και συν.: 2002; Reupert & Maybery, 2009). Δεν έχει δοθεί η ανάλογη προσοχή ως τώρα για την ψυχολογία και το ρόλο του πατέρα με σοβαρή ψυχική διαταραχή και ειδικά στις έρευνες που εστιάζουν στον ρόλο του πατέρα στην ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων ή στην σύνδεση της ψυχοπαθολογίας του πατέρα και της ψυχοπαθολογίας των παιδιών του. Ομοίως δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφία που να εκτιμά με αξιόπιστο τρόπο τον αριθμό ψυχικά πασχόντων πατέρων που φροντίζουν παιδιά (Nicholson και συν., 1999). Οι ίδιοι συγγραφείς σε μία έρευνα για τα χαρακτηριστικά των πατέρων με σοβαρή ψυχική διαταραχή βρήκαν ότι ήταν λιγότερο πιθανό να διαγνωστούν με ψυχωτική διαταραχή σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν την ιδιότητα του πατέρα. Όσο πιο πρώιμη είναι η εμφάνιση της διαταραχής στην ζωή του πατέρα τόσο μεγαλύτερες δυσκολίες παρατηρούνται

στον πατρικό του ρόλο και συγκριτικά με τις ψυχικά πάσχουσες μητέρες εμπλέκονται λιγότερο με τα παιδιά τους (Nicholson και συν., 1999).

Οι έρευνες για την εμπειρία των ίδιων των πατέρων που πάσχουν ψυχικά είναι πάρα πολύ λίγες. Οι περισσότερες δημοσιεύσεις αφορούν την επίδραση κυρίως της πατρικής κατάθλιψης στα παιδιά. Σε μία σχετική ανασκόπηση (Price-Robertson, 2015) οι ψυχικά πάσχοντες άνδρες που είναι πατέρες ένιωθαν ότι είναι αποτυχημένοι και ανεπαρκείς γιατί δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις κοινωνικές προσδοκίες για την πατρότητα, παρά το γεγονός ότι αναγνώριζαν την αμέριστη αγάπη και αφοσίωση στα παιδιά τους. Οι πατέρες δυσκολεύονται πολύ να μοιραστούν το ότι έχουν ψυχιατρικές δυσκολίες. Τα ψυχολογικά προβλήματα των ανδρών που είναι πατέρες μπορεί να εκληφθούν ως σημάδια αδυναμίας που υποβαθμίζουν την αρρενωπότητά τους (Price- Robertson, 2015).

Οι Finzi-Dottan και συν., (2016) θεωρούν ότι στις ποιοτικές μελέτες για τις προσλήψεις των πατέρων με ψύχωση αναδύονται ουσιαστικά δύο μοτίβα για την πατρότητα. Ένα θετικό και ένα αρνητικό. Το αρνητικό περιλαμβάνει την ιδέα ότι η πατρική ψύχωση αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την σχέση του πατέρα με το παιδί. Περιλαμβάνει, επίσης, το φόβο των πατέρων ότι τα παιδιά τους θα κληρονομήσουν την ψυχική τους νόσο, ότι τα ψυχιατρικά φάρμακα επηρεάζουν τη σχέση με τα παιδιά τους και ότι η ελλειμματική τους μνήμη δεν βοηθά στη σωστή πατρική φροντίδα. Στο αρνητικό μοτίβο περιλαμβάνεται και η μεγάλη ανησυχία ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες θα απομακρύνουν τα παιδιά από την οικογένεια και για αυτό δεν αναζητούν συχνά επαγγελματική βοήθεια. Στο θετικό μοτίβο οι πατέρες κάνουν λόγο για την υπερηφάνεια και την αίσθηση ότι έχουν καταφέρει σημαντικά πράγματα με την ιδιότητα του πατέρα, ότι μέσω της πατρότητας αποκτά νόημα η ζωή τους κι ότι οι άλλοι αναγνωρίζουν ότι τα παιδιά τους τους υποστηρίζουν κατά την θεραπεία των ψυχωσικών συμπτωμάτων (Finzi-Dottan και συν., 2016).

Στην έρευνα των Reupert & Maybery (2009) με πατέρες με σχιζοφρένεια και συναισθηματικές διαταραχές, αυτοί από τη μία βίωναν δύσκολα συναισθήματα λόγω των κοινωνικών προσδοκιών αλλά και τον προσδοκιών που έθεταν οι ίδιοι στον εαυτό τους, δηλαδή να είναι πάντα παραγωγικοί και δυνατοί ενώ ταυτόχρονα πάσχουν ψυχικά, με αποτέλεσμα να απομονώνονται από όλους και να μην μοιράζονται τα προβλήματα της νόσου με κανέναν. Θεωρούσαν επίσης ότι η ιδιότητα του πατέρα ήταν πολύ κεντρική ως προς τον τρόπο που

βλέπουν οι ίδιοι τον εαυτό τους, ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν υπήρχε πολύ τακτική επαφή με τα παιδιά.

Οι Evenson και συν. (2008) πραγματοποίησαν μια έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο με πατέρες που έχουν διαγνωστεί με ψύχωση και διαπίστωσαν ότι ενίοτε είχαν την αίσθηση υπερηφάνειας για τα παιδιά τους αλλά και ότι έχουν επιτύχει έναν σημαντικό στόχο στη ζωή, πέρα από τα προβλήματα της καθημερινότητας. Η πατρότητα εδώ, όπως και στην έρευνα των Reupert & Maybery (2009) θεωρείται πολύ σημαντική για την ταυτότητα αυτών των ανδρών. Οι δυσκολίες που ανέφεραν αφορούσαν κυρίως ότι η εμπειρία της ψυχωτικής διαταραχής έθετε εμπόδια στην άσκηση του πατρικού τους ρόλου, είτε γιατί τα αντιψυχωσικά φάρμακα μείωναν την ενέργειά τους, είτε γιατί οι νοσηλείες αποτελούσαν μία πολύ δύσκολη συνθήκη κατά την διάρκεια της οποίας δεν επιθυμούσαν τις επισκέψεις των παιδιών για να μην τα επιβαρύνουν (Evenson και συν., 2008).

Οι Finzi-Dottan και συν. (2016) μελέτησαν το ρόλο 69 ψυχικά πασχόντων πατέρων και μιας ισάριθμης ομάδας ελέγχου. Ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι οι ψυχικά πάσχοντες πατέρες εκδήλωναν περισσότερο γονικό ενδιαφέρον και ζεστασιά και θεωρούσαν ότι το γονικό τους έργο δεν ήταν τόσο δύσκολο σε σχέση με τους πατέρες που δεν έπασχαν από μείζονα ψυχική διαταραχή. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το εύρημα αυτό δεν προκαλεί έκπληξη κι ότι είναι γνωστό ότι οι ψυχικά πάσχοντες πατέρες διατηρούν ισχυρό δεσμό με τα παιδιά τους, παρά το γεγονός ότι κάποιες φορές έχουν λιγότερη αλληλεπίδραση. Η ζεστασιά και η εμπλοκή των ψυχικά πασχόντων πατέρων μπορεί να σχετίζεται σύμφωνα με τους συγγραφείς και με παράγοντες όπως η οικογενειακή υποστήριξη που έλαβαν οι ίδιοι, ή η θετική πρόσληψη για τον εαυτό. Αρνητικοί παράγοντες στην άσκηση της γονικότητας ήταν ο αγχώδης χαρακτήρας της πατρικής φροντίδας και το βίωμα του κοινωνικού στίγματος για την ψυχική νόσο (Finzi-Dottan και συν., 2016).

Σε σχέση με τον αντίκτυπο της πατρικής ψυχικής νόσου στα παιδιά οι Sweeny & MacBeth (2016) υποστήριξαν ότι καταστάσεις όπως η πατρική κατάθλιψη μπορούν να επιδράσουν αρνητικά σε διάφορους τομείς, μέσω της αρνητικής εκφραστικότητας, της ευερεθιστότητας ή της εχθρικής συμπεριφοράς, της ανεπαρκούς εμπλοκής του πατέρα με τα παιδιά, και των συχνότερων συγκρούσεων με την μητέρα των παιδιών. Σε ανασκόπηση των Fletcher και συν.

(2012) παρατίθενται στοιχεία από έρευνες που δείχνουν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας στα παιδιά πατέρων με σχιζοφρένεια, με τα παιδιά μικρότερης ηλικίας να έχουν 10 φορές υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από ανθρωποκτονία, ενώ τα παιδιά που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση έχουν 2 φορές υψηλότερο κίνδυνο να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας συγκριτικά με τα παιδιά που έχουν πατέρα χωρίς ψυχική διαταραχή. Η χρήση ουσιών του πατέρα έχει σχετιστεί με ψυχολογικά προβλήματα στα παιδιά, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς και σωματικές ασθένειες.

Οι Ramchandani & Psychogiou (2009) πραγματοποίησαν βιβλιογραφική ανασκόπηση και κατέληξαν εκτός των άλλων σε δύο θεματικές κατηγορίες που ενδιαφέρουν την παρούσα εργασία. Η μία αφορά την επίδραση των πατρικών ψυχικών διαταραχών και η άλλη τους μηχανισμούς μετάδοσης της ψυχικής νόσου από τον πατέρα στα παιδιά. Οι έφηβοι που έχουν καταθλιπτικούς πατέρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (π.χ. κατάθλιψη και αυτοκτονική συμπεριφορά). Οι αγχώδεις διαταραχές των πατέρων ενδέχεται να συμβάλουν στην αυξημένη πιθανότητα των παιδιών για κοινωνική φοβία, ενώ η χρήση ουσιών και αλκοόλ θέτει σε κίνδυνο για διαταραχή διαγωγής στα παιδιά, χρήσης ουσιών, διαταραχές διάθεσης και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με την ανασκόπηση αυτή οι έρευνες στους πατέρες με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια είναι πολύ περιορισμένες, εντούτοις οι έφηβοι με γονείς με αυτές τις διαγνώσεις είναι δέκα φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν την ίδια νόσο (Ramchandani & Psychogiou, 2009). Σε σχέση με την δεύτερη θεματική κατηγορία, δηλαδή τους μηχανισμούς μετάδοσης της πατρικής ψυχικής διαταραχής έχουν εντοπιστεί τόσο γενετικοί, όσο και περιβαλλοντικοί. Παράδειγμα περιβαλλοντικών παραγόντων αποτελεί η περίπτωση της ψυχικής διαταραχής του πατέρα που επηρεάζει την απόδοσή του στη δουλειά, που μπορεί να οδηγήσει σε ανεργία και οικονομικές δυσκολίες, ή να επηρεαστεί η ικανότητα του πατέρα για γονική φροντίδα (Ramchandani & Psychogiou, 2009).

Στην ποιοτική μελέτη της Ronkainen (2017) που προσπαθεί να απαντήσει στο ερώτημα πως τα παιδιά των πατέρων με ψυχιατρικά προβλήματα βιώνουν τον πατέρα τους, αναδύθηκαν κι εδώ δύο αντίθετα μοτίβα. Από τη μία τα παιδιά έχουν την πρόσληψη ενός πατέρα που είναι πολύ δραστήριος, που έχει επιθυμία να σχετίζεται με τα παιδιά του, είναι άξιος εμπιστοσύνης κι έχει οργανωτικές ικανότητες. Από την άλλη πλευρά τον βιώνουν ως αποσυρμένο που

δυσκολεύεται να αναλάβει τις υποχρεώσεις του, ότι μπορεί να εξαφανίζεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα, να επιδίδεται σε κατάχρηση αλκοόλ και να διαπράττει απόπειρες αυτοκτονίας ή να χρησιμοποιεί το παιδί ως θεραπευτή για τα προβλήματά του.

Στο ερώτημα της Ronkainen (2017) πως βίωσαν τα παιδιά το συσχετιστικό στίγμα από την συνθήκη της πατρικής ψυχικής νόσου η πλειοψηφία των παιδιών απάντησε ότι αποτελούσε ένα θέμα που έπρεπε να το κρατούν μυστικό για να μην αμαυρώσουν την εικόνα της οικογένειας προς τα έξω. Η ψυχική νόσος του πατέρα τους προκαλούσε ψυχικό πόνο γιατί ενίοτε είχαν το αίσθημα της ευθύνης για την κατάστασή του, ή λόγω της προσπάθειας που κατέβαλαν για να φαίνονται ότι είναι όλα καλά. Μία σημαντική διάσταση που ανέκυψε σε αυτή την κατηγορία ήταν η αποδοχή της κατάστασης της πατρικής ψυχικής νόσου, μία διεργασία που απαιτεί πολύ χρόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

2.1 Μετασυνθέσεις ποιοτικών μελετών

Κατά την ανασκόπηση των δημοσιεύσεων μετααναλύσεων και μετασυνθέσεων που αφορούν τις προσωπικές μαρτυρίες των ενηλίκων τέκνων ψυχικά πασχόντων γονέων προέκυψε ότι συχνά συμπεριλαμβάνονται ταυτόχρονα διάφορες διαστάσεις, κυρίως ως προς την ηλικία (πχ συμπεριλαμβάνονται ανήλικοι και ενήλικοι συμμετέχοντες) και τα πρόσωπα (πχ εκτός από τις μαρτυρίες των παιδιών συμπεριλαμβάνονται κι άλλα πρόσωπα όπως οι γονείς). Τέτοια παραδείγματα βλέπουμε στην μετασύνθεση των Dam & Hall (2016) που περιλαμβάνει 20 έρευνες που αφορούν παιδιά 5-26 ετών (ανήλικα και ενήλικα), ή των Gladstone και συν., (2011) με ανήλικα ή ενήλικα τέκνα ή και μαρτυρίες άλλων προσώπων, όπως οι γονείς. Σε ορισμένες δε περιπτώσεις οι μετααναλύσεις αφορούν ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες (Brummelhuis και συν., 2022). Επίσης, μια άλλη παρατήρηση είναι ο αριθμός των μελετών που συμπεριλαμβάνονται στις συγκεκριμένες αναλύσεις. Το εύρος αυτό κυμαίνεται από 7 έως 20 υπό ανάλυση δημοσιεύσεις. Η ποικιλία αυτή μπορεί να σχετίζεται με τα κριτήρια υπαγωγής της κάθε δημοσίευσης στην εκάστοτε μετασύνθεση ή και στον χρόνο της ανάλυσης, ιδιαίτερα αν ληφθεί υπόψη ότι παλαιότερα δεν υπήρχαν πολλές δημοσιευμένες ποιοτικές έρευνες με την συγκεκριμένη θεματική. Τέλος, παρατηρείται μία ευρύτητα ως προς τις διαγνώσεις υπαγωγής, όπου στην πλειοψηφία των μετασυνθέσεων οι συγγραφείς χαρακτηρίζουν την διάγνωση του γονιού ως 'σοβαρή ψυχική νόσο' συμπεριλαμβανομένων των διαγνώσεων από το φάσμα των ψυχώσεων, και των διαταραχών διάθεσης (κυρίως διπολική διαταραχή και μείζονα κατάθλιψη) και ενίοτε σοβαρές αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας.

Στην μετασύνθεση των Kallquist & Salzmann-Erikson (2019) βασισμένη σε 14 επιστημονικά άρθρα προέκυψαν τέσσερα μείζονα θέματα (δηλαδή κατηγορίες που αναδόθηκαν από τη σύνθεση των επιμέρους κατηγοριών των ποιοτικών μελετών): Πρώτον, το να μεγαλώνει κανείς σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον. Στο θέμα αυτό περιλαμβάνονται πέντε

διαστάσεις, ήτοι η εμπειρία των παιδιών της διαφορετικότητας του πάσχοντος γονιού, η ασθένεια του γονιού και οι επιπτώσεις στον γονικό του ρόλο (τραυματικές αναμνήσεις, κακοποιητικές συμπεριφορές του γονιού, ψευδαισθήσεις και παρανοϊκά συμπτώματα, φυσική και ψυχική απουσία του γονιού από το σπίτι κ.λπ.), η εμπειρία της αντιστροφής των ρόλων και η ανάληψη των ευθυνών (φροντίδα του γονιού, των μικρότερων αδελφών, του σπιτιού, κ.λπ.), η αποκρυπτικότητα γύρω από τα θέματα της γονικής ψυχικής νόσου (είτε από ντροπή και φόβο, είτε ως προστασία για την υπόληψη της οικογένειας), και η δυσκολία να κατανοήσουν την κατάσταση του γονιού. Δεύτερον, τα συναισθήματα και οι σκέψεις των παιδιών. Η θεματική αυτή αφορά τον φόβο, την ενοχή, την ανασφάλεια και την ντροπή, κυρίως γύρω από θέματα που αφορούν στα συμπτώματα του γονιού και την λειτουργία του σπιτιού, καθώς και το αίσθημα της αποξένωσης από την ίδια την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο. Η τρίτη θεματική αφορούσε την ανάγκη των παιδιών για υποστήριξη είτε από συγκεκριμένα πρόσωπα πέραν του πάσχοντος γονιού, όπως είναι ο υγιής γονιός, οι παππούδες, δάσκαλοι και φίλοι τους οποίους ενίοτε έβλεπαν ως πρόσωπα διάσωσης, είτε από υπηρεσίες υγείας και συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες. Η τέταρτη θεματική αφορούσε τις μακρόχρονες επιπτώσεις της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου στην ενήλικη ζωή, με τρεις διαστάσεις: τη σχέση με τον πάσχοντα γονιό, τη σχέση με τους άλλους ανθρώπους (έλλειψη εμπιστοσύνης και οικειότητας στις συντροφικές σχέσεις, κ.λπ.), και διαστάσεις που άπτονταν της προσωπικής ανάπτυξης, όπως προσωπικά ψυχολογικά προβλήματα ως ενήλικες, φόβος ότι θα νοσήσουν και οι ίδιοι κ.λπ. (Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019).

Στην μετασύνθεση των Dam & Hall (2016) που αφορά δημοσιεύσεις για το χρονικό διάστημα από το 2000 έως το 2013 προέκυψαν παρόμοια με τα ως άνω θέματα όπως η ανησυχία των παιδιών σχετικά με την ανάγκη να είναι υπεύθυνοι φροντιστές κυρίως στις δύσκολες περιόδους του γονιού, να φροντίζουν για την εξασφάλιση της ανάλαφρης οικογενειακής ατμόσφαιρας, να έχουν την ψυχιατρική μέριμνα του γονιού και να καλύπτουν τις πρακτικές ανάγκες του σπιτιού. Σε αυτή τη θεματική δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα αισθήματα αγάπης και αφοσίωσης προς τον πάσχοντα γονιό, αλλά και ιδιαίτερης ανησυχίας όταν νοσηλεύεται, ενώ ταυτόχρονα εκφράζουν αυτομομφές κυρίως διότι θεωρούν ότι δεν βοηθούν επαρκώς τον γονιό ή ότι φταίνε οι ίδιοι για την ασθένεια. Και σε αυτή τη μετασύνθεση προέκυψε η ανάγκη για

μυστικότητα της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού η οποία όμως έχει αρνητικές επιπτώσεις στους ίδιους καθώς εντείνεται η μοναξιά και η δαπάνη ψυχικής ενέργειας κατά την διαδικασία της απόκρυψης, η δε μυστικότητα τροφοδοτείται και από το προσλαμβανόμενο στίγμα για την ψυχική νόσο. Μία σημαντική θεματική που αναδύθηκε επίσης ήταν οι προσπάθειες των παιδιών να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες. Τονίζουν την σημασία της επαρκούς ενημέρωσης για θέματα ψυχικής υγείας γιατί αυτό θα τους βοηθήσουν να νοηματοδοτήσουν πληρέστερα την συμπεριφορά του γονιού, την σημασία του να βρίσκουν ένα ρυθμό στην καθημερινότητα μέσα κι έξω από το σπίτι, τη στήριξη από σημαντικά πρόσωπα, την ανάγκη απόδρασης όταν θεωρούν ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν και να επικεντρωθούν στις προσωπικές τους ανάγκες. Η τελευταία θεματική αφορούσε τις ευχές και τις επιθυμίες των παιδιών, δηλαδή να είναι ο γονιός καλύτερα στο μέλλον, να υπάρχουν εναλλακτικές στήριξης του γονιού πέραν από τους ίδιους, να αναγνωριστεί η προσπάθεια που έχουν κάνει τόσα χρόνια, να ενεργοποιηθούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, και να υπάρχει ευρύτερη κοινωνική κατανόηση για θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος (Dam & Hall, 2016).

Σε παλαιότερη μετασύνθεση των Murphy και συν. (2011) συμπεριελήφθησαν 7 μελέτες (όπως προαναφέρθηκε δεν υπήρχαν πολλές δημοσιεύσεις ως τότε) στις οποίες αναδύθηκαν 4 μείζονες θεματικές. Η πρώτη αφορούσε τις οικογενειακές σχέσεις: το συναισθηματικό σύνδεσμο με τον πάσχοντα γονιό, τη γονική απουσία και τη διαδικασία της γονεοποίησης εις βάρος της προσωπικής ζωής του παιδιού. Η δεύτερη αφορούσε τις εξωτερικές οικογενειακές σχέσεις, κυρίως με την απομόνωση και έλλειψη υποστήριξης για την λειτουργία του σπιτιού και τις ανάγκες του γονιού, αλλά και τη δυσκολία να καλλιεργήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με άτομα έξω από την οικογένεια. Η τρίτη κατηγορία αφορούσε τις συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών όπως θλίψη, ανησυχία, ανάγκη για απόδραση, απομόνωση των επίμονων συναισθημάτων. Αναδύθηκαν αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, όπως ότι ακόμη κι αν έχουν κατακτήσει υψηλά επιτεύγματα πάντα θα υπάρχει μία πληγή μέσα τους που δεν πρόκειται να κλείσει ποτέ, ή ότι τα κάνουν όλα λάθος (Murphy και συν., 2011).

Οι Gladstone και συν. (2011) επιχείρησαν μία ανασκόπηση που αφορούσε το χρονικό διάστημα από το 1997 έως το 2010. Σε αυτή αναδύθηκαν τρία μεγάλα θέματα: ο αντίκτυπος στην καθημερινή ζωή, η αντιμετώπιση των καθημερινών εμπειριών, και η κατανόηση της

ψυχικής νόσου. Στην πρώτη θεματική οι συγγραφείς ενέταξαν τις οικογενειακές σχέσεις, την επιθυμία να διατηρηθεί η οικογένεια ενωμένη και τον φόβο αποχωρισμού λόγω της ασθένειας του γονιού. Επίσης, σε αυτή την κατηγορία υπάγονταν και οι διακυμάνσεις στη σχέση με το γονιό, οι καλές και κακές μέρες, με γνώμονα τα έκδηλα συμπτώματα του γονιού και την εγγύτητα στην αλληλεπίδραση, καθώς και οι δραστηριότητες φροντίδας από την πλευρά των παιδιών και το βίωμα των δύσκολων συναισθημάτων. Η σχέση με τους συνομηλίκους και η ζωή στο σχολείο, τις σπουδές και την κοινότητα αποτελούσε ξεχωριστή υποκατηγορία, τονίζοντας πόσο σημαντική ήταν για τα παιδιά η συσχέτιση με φίλους ακόμη και αν δεν τους μιλούσαν για τα προβλήματά τους. Ενίοτε το σχολείο ήταν καταφύγιο, κάποιες φορές όμως ήταν πηγή άγχους από τον φόβο της αποκάλυψης του οικογενειακού μυστικού. Η δεύτερη θεματική κατηγορία αφορούσε τις στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων στο σπίτι, την εξισορρόπηση των αναγκών του γονιού με τις προσωπικές τους ανάγκες, τις προσπάθειες σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο. Η τρίτη κατηγορία αφορούσε στην κατανόηση της ψυχικής νόσου, κυρίως σε θέματα ενημέρωσης για τις ψυχικές ασθένειες, της ικανότητας να αναγνωρίζουν τα σημάδια της ασθένειας και την απόδοση των αιτιών της ασθένειας του γονιού (Gladstone και συν., 2011).

Συμπερασματικά, αν επιχειρούσαμε μία συμπεριληπτική σύνθεση από την ανασκόπηση των δημοσιευμένων μετασυνθέσεων θα μπορούσαμε να οργανώσουμε τις θεματικές κατηγορίες ως εξής: 1. Οικογενειακές σχέσεις: σχέση με τον πάσχοντα γονιό, με τον υγιή γονιό και τα αδέρφια. 2. Το συναισθηματικό βίωμα των παιδιών από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. 3. Το παιδί στο ρόλο του φροντιστή. 4. Η ταυτότητα του παιδιού μεγαλώνοντας στην οικογένεια με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. 5. Τα θετικά αποθέματα του παιδιού παρά τις αντιξοότητες. 6. Οι σχέσεις των παιδιών με την ευρύτερη οικογένεια, το σχολείο και την κοινότητα. 7. Το βίωμα του στίγματος για την ψυχική νόσο. 8. Τα όνειρα των παιδιών για το μέλλον. 9. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων. 10. Η ανάγκη ενημέρωσης και κατανόησης θεμάτων ψυχικής υγείας γενικότερα και της ψυχικής κατάστασης του γονιού ειδικότερα. 11. Η ανάγκη στήριξης από κατάλληλα πρόσωπα και υπηρεσίες. 12. Το βίωμα της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού. 13. Η αποκρυπτικότητα. 14. Η έλλειψη εμπιστοσύνης στις συντροφικές σχέσεις. 15. Η αποξένωση και μοναξιά. 16. Η εξέλιξη της σχέσης με τον πάσχοντα γονιό μετά την φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης. 17. Τα προσωπικά ψυχολογικά και

ψυχιατρικά προβλήματα των παιδιών μεγαλώνοντας (Brummelhuis και συν., 2022; Dam & Hall, 2016; Gladstone και συν., 2011; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Murphy και συν., 2011).

2.2 Ποιοτικές μελέτες για τα ενήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων

Από την ανασκόπηση των δημοσιευμένων ποιοτικών μελετών για τις εμπειρίες των ενηλίκων τέκνων ψυχικά πασχόντων γονέων προέκυψαν κάποιες γενικές παρατηρήσεις, όπως για παράδειγμα ότι η πλειοψηφία των δειγμάτων αφορά γυναίκες. Όσον αφορά τους πάσχοντες γονείς, η πλειοψηφία αφορούσε τις μητέρες των συμμετεχόντων, σε αρκετές δε περιπτώσεις εκπροσωπούσαν αποκλειστικά τον πάσχοντα γονιό. Οι διαγνώσεις των γονιών, όπως είδαμε και στην ανασκόπηση των μετασυνθέσεων, αφορούσαν κυρίως μείζονες ψυχικές διαταραχές, ήτοι διαγνώσεις από το φάσμα των ψυχώσεων, διπολική διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη, και σπάνια αποκλειστικά από το φάσμα των ψυχώσεων. Στις περισσότερες δημοσιεύσεις δεν διασταυρώνονταν ερευνητικά η γονική διάγνωση αλλά στηρίζονταν στις αναφορές των συμμετεχόντων. Μία άλλη γενική παρατήρηση που αφορά την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων, είναι ότι το συνολικό ηλικιακό εύρος ήταν 18-78 ετών, ελάχιστες δε έρευνες είχαν αποκλειστικό στόχο συμμετέχοντες στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Κάποιες έρευνες περιλάμβαναν ανήλικους και ενήλικους συμμετέχοντες, ενώ κάποιες άλλες περιλάμβαναν τις αφηγήσεις όχι μόνο των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων αλλά και των γονέων, των συντρόφων ή των ειδικών ψυχικής υγείας. Επίσης, σε σχέση με την μεθοδολογία οι περισσότερες μελέτες πραγματοποιήθηκαν μέσω συνεντεύξεων και εν συνεχεία οι μεταγραφές αναλύθηκαν με τις μεθόδους της θεματικής, ερμηνευτικής φαινομενολογικής και αφηγηματικής ανάλυσης ή της ανάλυσης περιεχομένου.

Στο παρόν κεφάλαιο ανασκοπείται η πλειοψηφία των δημοσιεύσεων, δεδομένου ότι ο αριθμός τους είναι ιδιαίτερα περιορισμένος. Η παλαιότερη επιλεγείσα δημοσίευση αφορά την μελέτη της Dunn (1993) που περιγράφει την εμπειρία εννέα συμμετεχόντων των οποίων η μητέρα έπασχε από ψύχωση. Στην μελέτη αυτή αναδύθηκαν πέντε κύρια θέματα. Σχεδόν όλοι

οι συμμετέχοντες του δείγματος βίωσαν κακοποίηση και παραμέληση από την μητέρα τους, η οποία κυμαινόταν από απόσυρση μέχρι παρατεταμένη σωματική κακοποίηση και σε μία περίπτωση σεξουαλική. Η σωματική κακοποίηση είχε σποραδικό χαρακτήρα ή ήταν διαρκής. Επίσης, τα παιδιά ένιωθαν απομόνωση και μοναξιά από τους οικείους τους και από πρόσωπα του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος και βίωναν σύγχυση από τα ψυχωσικά συμπτώματα της μητέρας. Η ενοχή ήταν μία πολύ κοινή κατάσταση διότι πολλές φορές ένιωθαν ότι ευθύνονταν οι ίδιοι για την μητρική νόσο (π.χ. ότι η γέννησή τους ήταν παράγοντας επίστευσης) ή γιατί δαπανούσαν χρόνο για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών κι όχι αποκλειστικά για τον πάσχοντα γονιό, αλλά εντούτοις παρέμεναν αφοσιωμένοι στην φροντίδα του. Τέλος, σε αυτή την έρευνα προέκυψε ότι η επαφής των παιδιών με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες είχε συνήθως αρνητικό χαρακτήρα, ενώ η ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων, κυρίως των παππούδων, των οικογενειακών φίλων και των δασκάλων, ήταν πολύ σημαντική (Dunn, 1993).

Στην ποιοτική μελέτη των Caton και συν. (1998) που αφορούσε τους παράγοντες κινδύνου των αστέγων στη πόλη της Νέας Υόρκης, βρέθηκε ότι στις περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες μεγάλωσαν με άπορους πάσχοντες γονείς με σχιζοφρένεια είχαν σοβαρά προβλήματα με τη συμβίωση με τον πάσχοντα γονιό, ένιωθαν τρόμο λόγω των ψυχωσικών παραγωγικών συμπτωμάτων, ήταν θύματα βίας και δεν είχαν την ευκαιρία να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό. Συνήθως η σχέση με τον πάσχοντα γονιό ήταν ανεπαρκής διότι πολύ λίγοι είχαν την ευκαιρία να ζήσουν μαζί του, αλλά κι όσοι συμβίωναν βίωναν πολύ μεγάλη αστάθεια. Ένα σημαντικό εύρημα για την παρούσα έρευνα ήταν η προσαρμογή των παιδιών στην ενηλικίωση: κάποιοι κατάφεραν να έχουν έναν τουλάχιστον φίλο ή σύντροφο να μοιράζονται τις δυσκολίες της ζωής τους, αλλά είχαν και δυσκολίες με εμπειρίες βίας στις συντροφικές σχέσεις, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες, χρήση αλκοόλ, και μείζονες ψυχιατρικές διαγνώσεις (Caton και συν., 1998).

Μία από τις σημαντικότερες ποιοτικές μελέτες για την εμπειρία των ενηλίκων τέκνων των ψυχικά πασχόντων με ποιοτική μέθοδο έρευνας εκτίθεται στην σειρά των 4 δημοσιεύσεων των Murphy, Peters, Wilkes, & Jackson (2015a; 2015b; 2016; 2018a). Στην έρευνα συμμετείχαν 13 ενήλικες (10 γυναίκες και 3 άνδρες) που μεγάλωσαν με κάποιο γονιό με διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων και διαταραχή διάθεσης. Τέσσερα συνολικά μείζονα θέματα

αναδύθηκαν κατά την ανάλυση. Το πρώτο θέμα (με βάση τον χρόνο δημοσίευσης) έχει τίτλο 'ζώντας με φόβο και καχυποψία'. Οι συμμετέχοντες αναδρομικά αφηγούνται τον φόβο που έζησαν στην παιδική τους ηλικία, κυρίως λόγω των ψυχιατρικών συμπτωμάτων του γονιού, τα θέματα ασφάλειας του γονιού λόγω ενδεχόμενων αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ή απειλών ετεροκαταστροφής που αφορούσε και τους ίδιους ως πρόσωπα και της αίσθησης της μη προβλεψιμότητας (Murphy και συν. 2015a).

Το δεύτερο θέμα αφορούσε την πρόσληψη του στίγματος από την πλευρά των παιδιών. Αυτό περιλάμβανε τη συνειδητοποίηση της διαφορετικότητας του γονιού, η συμπεριφορά του οποίου δεν ανταποκρινόταν στις κοινωνικές προσδοκίες για την συμπεριφορά ενός ενήλικα. Οι ίδιοι εντόπιζαν από πολύ μικρή ηλικία αυτή τη διαφορετικότητα ακόμη και μέσω μικρών διαφορών όπως από τον τρόπο που μιλούσε, έτρωγε, ή στεκόταν κοινωνικά έξω από την οικογένεια. Ήταν πολύ σημαντικό το εύρημα ότι η συνειδητοποίηση αυτή εντάθηκε στην περίοδο της εφηβείας, αν και το στίγμα διέτρεχε όλες τις ηλικιακές φάσεις. Επίσης, το στίγμα αφορούσε και την ανάγκη των παιδιών να κρατούν μυστική τη γονική ψυχική νόσο από τον φόβο της ντροπής και της γελοιοποίησης από τον κοινωνικό περίγυρο, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η μοναξιά αλλά και η αίσθηση της διαφορετικότητας (Murphy και συν. 2015b).

Το τρίτο θέμα στην έρευνα αφορούσε την αίσθηση της απώλειας του εαυτού. Τα παιδιά έβλεπαν τον εαυτό τους, το 'εγώ ή εμένα' σε αντιδιαστολή με το 'εμείς', την οικογένεια ή την κοινότητα, εις βάρος της πρώτης διάστασης. Η ανάπτυξη του εαυτού βασιζόταν στην αίσθηση της ευθύνης για την ασφάλεια και ισορροπία του γονιού και των μικρότερων αδελφών, την υποτίμηση της προσωπικής αξίας, ότι οι ίδιοι ως άτομα δεν υπήρχαν, με μια διαρκή επαγρύπνηση για τις ανάγκες του σπιτιού. Κατά την περίοδο της εφηβείας η δυσκολία ήταν ακόμη μεγαλύτερη διότι ένιωθαν ότι πρέπει να καταβάλουν επιπλέον προσπάθειες να αντέξουν την κατάσταση της οικογένειας, αμφισβητούσαν την ταυτότητά τους και καλλιεργούσαν δύο πρόσωπα, ένα έξω από το σπίτι που ήταν ευχάριστο και φυσιολογικό κι ένα όταν επέστρεφαν (Murphy & Wilkes 2016). Το τέταρτο θέμα αφορούσε την διαδικασία της απανθρωποποίησης του γονιού, δηλαδή τα παιδιά σε αυτή την έρευνα τον έβλεπαν σα να είχε σμικρυνθεί, σα να έχει μικρότερη αξία στην κοινωνία, δεν μπορούσαν να διακρίνουν το γονιό ως πρόσωπο από τα

ψυχιατρικά του συμπτώματα, και όταν προέβαιναν σε συγκρίσεις του γονιού με την κοινωνική νόρμα τον θεωρούσαν ολοκληρωτικά ελλειμματικό (Murphy και συν. 2018a).

Σε ανάλογη μελέτη της Foster (2010) ανέκυψαν 4 θεματικές κατηγορίες: η πρώτη έχει τον τίτλο 'όντας αβέβαιοι' και αναφέρεται στο βίωμα μίας σειράς αβεβαιοτήτων στην παιδική ηλικία και ενήλικη ζωή. Για παράδειγμα δεν ήξεραν τι θα συμβεί από τη μία μέρα στην επόμενη. Ήξεραν ότι κάτι δεν πάει καλά με το γονιό αλλά δεν γνώριζαν ότι το πρόβλημα ήταν ψυχιατρικό. Σε άλλες περιπτώσεις δεν ήξεραν που τελείωνε η προσωπικότητα του γονιού και που άρχιζε η αρρώστια. Μεγαλώνοντας είχαν την αβεβαιότητα του κατά πόσο θα κληρονομήσουν την ασθένεια. Η δεύτερη θεματική κατηγορία έχει τίτλο 'παλεύοντας για σύνδεση' και περιλαμβάνει τη δυσκολία εγγύτητας και εμπιστοσύνης στις στενές σχέσεις, την αμφιβολία για το αν είναι ταιριαστοί σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια, ή τη δυσκολία να συνδεθούν συναισθηματικά με τους πάσχοντες γονείς τους. Η τρίτη έχει τίτλο 'όντας υπεύθυνοι' και αναφέρεται στην ανάληψη παραπάνω ευθυνών σε όλη την πορεία της ζωής. Η τελευταία κατηγορία 'αναζητώντας την ισορροπία' αφορούσε την περίοδο της παιδικής ηλικίας μέσω της χρήσης στρατηγικών αποσυμπίεσης ή αποφυγής των συγκρούσεων, αλλά και στην ενήλικη ζωή μέσω της επανάκτησης του ελέγχου του εαυτού, της λειτουργικότητας της σχέσης με τον πάσχοντα γονιό, την αναζήτηση θεραπείας, και της δυνατότητας νέων επιλογών.

Η Kadish (2015) σε ανάλυση των αφηγήσεων 5 γυναικών που μεγάλωσαν με μητέρες με ψύχωση προσδιόρισε θέματα ψυχικής ανθεκτικότητας και επιβίωσης (π.χ. ευφυία, αυτοφροντίδα, ενεργητική στάση), τραυματικές αναμνήσεις των ψυχωσικών επεισοδίων, δυσκολίες στο δεσμό μητέρας και κόρης, τη σημασία του πατέρα (ο υγιής γονιός στην έρευνα), τις σχέσεις με τους άλλους, το στίγμα και την επίδραση της μητρικής ψύχωσης στην γυναικεία ταυτότητα. Σε ανάλογα αποτέλεσμα κατέληξαν και οι Knutsson-Medin και συν. (2007) τονίζοντας επιπροσθέτως την σημασία της εμπειρίας των ενηλίκων τέκνων με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Στις περιπτώσεις θετικού βιώματος είχαν την αίσθηση της ανακούφισης όταν κάποιος άλλος έχει την ευθύνη για τον γονιό, ειδικά κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Στις περιπτώσεις αρνητικού βιώματος, δεν τύγχαναν καμίας επίσημης πληροφόρησης για την κατάσταση του γονιού από τους ειδικούς, ακόμη κι αν επρόκειτο για σοβαρές καταστάσεις όπως η απόπειρα αυτοκτονίας (Knutsson-Medin και συν., 2007).

Στην έρευνα των Duncan & Browning (2009) σκιαγραφούνται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια οι δυσκολίες των ενηλίκων τέκνων στις διεργασίες του σχετίζεσθαι δεδομένου ότι δεν κατάφεραν να διαμορφώσουν έναν ασφαλή συναισθηματικό δεσμό κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Ο ανασφαλής τύπος δεσμού τους ακολούθησε στην ενήλικη ζωή με αποτέλεσμα κάποιοι να μην έχουν καταφέρει να συνάψουν καμία σχέση που να έχει διάρκεια, ή έβρισκαν συντρόφους που έμοιαζαν με τον πάσχοντα γονιό, άλλοι βιώνουν χάος και σύγχυση στον τομέα των σχέσεων, κι άλλοι πιστεύουν ότι έχει επηρεαστεί η ικανότητά τους να διατηρούν σχέσεις γιατί δεν ξέρουν κατά πόσο αυτά που νιώθουν είναι φυσιολογικά, αφού η προσωπική τους εμπειρία από την πατρική οικογένεια βρίθει ασταθειών και απρόβλεπτων καταστάσεων στις σχέσεις.

Η Blake – Holmes (2019) κατά τη διερεύνηση της εμπειρίας της γονικής ψυχικής διαταραχής από 20 άτομα στο Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ άλλων διαστάσεων, διαπίστωσε την σημαντικότητα της δημιουργίας και της διατήρησης των ορίων, είτε αυτά είναι ψυχολογικά όρια είτε φυσικά. Η ψυχολογική οριοθέτηση αφορούσε κυρίως την προσπάθειά τους να μάθουν περισσότερα για την ψυχική νόσο και να αναθεωρήσουν τον δικό τους ρόλο στην αναδυόμενη ενηλικίωση, τη συνεργασία με ειδικό ψυχικής υγείας ή την επιλογή να ασχοληθούν οι ίδιοι με φροντιστικά επαγγέλματα. Τα φυσικά όρια αφορούσαν τη διασφάλιση του προσωπικού ψυχολογικού χώρου μένοντας μακριά από τους γονείς αλλά ταυτόχρονα διατηρώντας τη σχέση και την υποστήριξη προς τον πάσχοντα.

Δεν υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις που να επικεντρώνονται στην αναπτυξιακή διάσταση της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου και της σύγκρισης των διαφόρων ηλικιακών φάσεων. Οι Metz & Jungbauer (2021) πραγματοποίησαν βιογραφικές συνεντεύξεις με 18 συμμετέχοντες και προσδιόρισαν 3 βασικά θέματα: τις εμπειρίες των παιδιών στην παιδική ηλικία, την ανάπτυξη στην εφηβεία και τα προσωπικά και οικογενειακά θέματα στην ενήλικη ζωή. Ως παιδιά έρχονταν αντιμέτωποι με την ανασφάλεια και την σύγχυση διότι δεν μπορούσαν να εξηγήσουν τη συμπεριφορά του γονιού, η οποία πολύ συχνά ήταν μη ελέγξιμη, ζούσαν διαρκώς σε επαγρύπνηση, εμπλέκονταν σε πρακτικές γονεοποίησης, βίωναν πολύ δύσκολα συναισθήματα, γονικές συγκρούσεις, απόπειρες αυτοκτονίας του γονιού και κακοποίηση.

Αναλογιζόμενοι από την πλευρά του ενηλίκου την εμπειρία τους ως παιδιά θεωρούν ότι δεν είχαν συνειδητοποιήσει σε πλήρη έκταση αυτά που συνέβαιναν πραγματικά.

Αυτή η συνειδητοποίηση άρχισε να αυξάνεται μπαίνοντας στην εφηβεία. Όλοι οι συμμετέχοντες του συγκεκριμένου δείγματος ανέφεραν συναισθηματικά προβλήματα στην εφηβεία σε σχέση με την γονική ψυχική νόσο. Άρχισε να εντείνεται ο φόβος προϋούσης της ηλικίας ότι θα νοσήσουν και οι ίδιοι, παρατηρούσαν έντονη αμφιθυμία μεταξύ της ευθύνης για το γονιό και της προσωπικής ανάγκης για αυτονόμηση, επιδεινωνόταν η απόδοσή τους στο σχολείο ή τις σπουδές. Επίσης, στην εφηβεία για κάποιους από αυτούς ξεκίνησαν τα προσωπικά ψυχιατρικά προβλήματα, οι αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές, αλλά και δυσκολίες στον καθορισμό και την ανάπτυξη της ταυτότητας (συχνά ένιωθαν σαν χαμένοι, ότι δεν ήξεραν τι ήθελαν, κι ότι δεν αξίζουν). Η σημασία της παρέας με συνομήλικους ήταν πιο σημαντική σε σχέση με την παιδική ηλικία, αποζητούσαν τις κοινές δραστηριότητες έξω από το σπίτι, αλλά δεν μοιράζονταν το πρόβλημα της γονικής ψυχικής νόσου. Επίσης, ήθελαν να πειραματιστούν με τις συντροφικές σχέσεις αλλά ταυτόχρονα φοβόνταν την εγγύτητα (Metz & Jungbauer, 2021).

Τα προβλήματα – σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα- είναι μακρόχρονα, επηρεάζοντας την ενηλικίωση των παιδιών. Βίωσαν αυτή την μετάβαση πολύ δύσκολα, καθώς προέκυπταν νέα προβλήματα και ως προς την διάσταση της γονικής ψυχικής νόσου, όσο και ως προς την διαμόρφωση της δικής τους ζωής. Η αμφιθυμία που βίωσαν στην εφηβεία συνεχιζόταν, ενίοτε είχαν την αίσθηση ότι δεν είχαν το δικαίωμα να ζήσουν την δική τους ζωή. Ως νέοι ενήλικες άρχισαν να βιώνουν επιπλέον θυμό γιατί διαπίστωναν όλο και περισσότερο ότι δεν είχαν καλυφθεί οι ανάγκες τους ως παιδιά. Ως προς τις οικογενειακές σχέσεις οι συμμετέχοντες εντόπιζαν θετικά συναισθήματα όπως ευγνωμοσύνη και αγάπη αλλά και δυσκολίες. Καθώς οι συμμετέχοντες μεγαλώνουν, χάνουν τον πάσχοντα γονιό και ταυτόχρονα χάνουν την ευκαιρία να επιλύσουν τα προβλήματα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, ενώ αρκετοί επέλεξαν ως ενήλικες να μην έχουν καθόλου επαφή στα πλαίσια της απελευθέρωσης και ψυχικής αυτονόμησης. Συνέχιζε η δυσκολία τους να μιλήσουν για την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου δημόσια, αλλά η ανάγκη να το πράξουν ήταν πολύ μεγαλύτερη. Ως ενήλικες συνειδητοποιούν πιο βαθιά την προσωπική εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου και θεωρούν ότι η ταυτότητά τους έχει επηρεαστεί αρνητικά, με ψυχιατρικά προβλήματα και προβλήματα

στις κοινωνικές σχέσεις, κυρίως έντονη καχυποψία και δυσκολία διατήρησης της εγγύτητας (Metz & Jungbauer, 2021).

Όταν τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων γονέων διαβιούν σε πολύ μικρές κοινότητες, τότε παρατηρούνται ιδιαιτερότητες στην βιωμένη εμπειρία τους. Οι Dam και συν. (2018), με δεδομένο ότι δεν έχουν γίνει πολλές μελέτες σε άτομα που μεγαλώνουν σε μικρά περιβάλλοντα, επιχείρησαν να πραγματοποιήσουν μία ποιοτική έρευνα σε 11 συμμετέχοντες που ζουν σε ένα σύμπλεγμα μικρών νησιών του Βόρειου Ατλαντικού. Προέκυψαν 3 θέματα που αφορούσαν: τις διαγενεακές σχέσεις (υποστήριξη από τους παππούδες, αγάπη και αφοσίωση προς τον γονιό, συναισθηματική επιβάρυνση), τα εμπόδια στην κατανόηση της γονικής ψυχικής νόσου (γονική απουσία και νοσηλείες, ελλειμματική σχέση με τις υπηρεσίες, κ.λπ.) και το ότι 'όλοι γνωρίζουν όλους'. Παρά το ότι η κοινωνική δυσκολία λόγω της διαφορετικότητας και του στίγματος αφορά σχεδόν τους συμμετέχοντες από όλες τις έρευνες, σε αυτή την περίπτωση η εμπειρία ήταν επιπροσθέτως επιβαρυντική. Τα παιδιά βίωναν ένα πολύ ισχυρό ταμπού για την ψυχική νόσο στην οικογένεια, το σχολείο και την κοινότητα, κι αυτό είχε πολυεπίπεδες επιπτώσεις. Στην θεματική 'όλοι γνωρίζουν όλους' προέκυψαν διαστάσεις που είναι κατά κάποιο τρόπο αντιφατικές μεταξύ τους, όπως για παράδειγμα ότι οι στενές σχέσεις -όταν υπήρχαν- έδιναν στα παιδιά τη δυνατότητα να καλλιεργούν την εμπιστοσύνη, να νιώθουν λιγότερο ντροπαλά και ισότιμα, ενώ ταυτόχρονα το βίωμα της έλλειψης των στενών σχέσεων ενίσχυε την αίσθηση ότι τους αγνοούσαν ή τους περιγελούσαν. Το αίσθημα της διαφορετικότητας ήταν ακόμη πιο ισχυρό σε μικρές κοινωνίες σαν αυτές (Dam και συν., 2017).

Τρία χρόνια μετά από αυτή την δημοσίευση πραγματοποιήθηκε μία εκ νέου ανάλυση των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων της ίδιας έρευνας (Dam & Hall, 2020) σύμφωνα με τα οποία προέκυψαν τέσσερις νέες κατηγορίες. Πρώτον, το 'να γίνομαι ανοιχτός και θαρραλέος': εδώ περιλαμβάνεται η επιθυμία των συμμετεχόντων να κατανοήσουν την κατάσταση του γονιού, να αποδεχτούν τι έχει συμβεί, να νοσηματοδοτήσουν την εμπειρία της ψυχικής νόσου, να έχουν θάρρος να μιλούν για θέματα ψυχικής υγείας δημόσια. Δεύτερον, το 'αποζητώντας και δίνοντας βοήθεια': η δέσμευση των συμμετεχόντων να παρέχουν βοήθεια σε άλλους αλλά και η αναγνώριση της δικής τους ανάγκης για αποδοχή βοήθειας. Τρίτον, το αίσθημα αβεβαιότητας και διαφορετικότητας: το αίσθημα αυτό σχετίζεται με την ιδέα ότι δεν είναι

αρκετοί, ότι δεν είναι φυσιολογικοί σε σχέση με τους άλλους που δεν έχουν την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. Τέταρτον, το 'όντας ψυχικά ανθεκτικοί και ευαίσθητοι': η ανάγκη να θέτουν όρια και να τηρούν αποστάσεις ασφαλείας όταν οι εμπειρίες είναι πολύ επιβαρυντικές.

Οι Petrowski & Stein (2016) σε μία ποιοτική μελέτη των εμπειριών 10 γυναικών στην αναδυόμενη ενηλικίωση με μητέρες με σοβαρή ψυχική διαταραχή, εκτός των άλλων κατηγοριών που ανέκυψαν (παρόμοιες με όσα προαναφέρθηκαν από τις προηγούμενες παραθέσεις δημοσιεύσεων), αναφέρονται και στην έννοια της βιωμένης υποχρέωσης (felt obligation) προς τον πάσχοντα γονιό, μία έννοια που αναφέρεται στην διαπραγματεύσιμη δέσμευση ως προς την φροντίδα του παιδιού προς το γονιό. Στις γυναίκες που είχαν θετική σχέση με την μητέρα τους, η λέξη υποχρέωση δεν άρεσε διότι θεωρούσαν ότι έχουν πραγματική επιθυμία να φροντίσουν τον πάσχοντα γονιό, και επιθυμούν περισσότερη επαφή. Στις γυναίκες που είχαν αρνητική σχέση με την μητέρα τους, από την άλλη πλευρά, η βιωμένη υποχρέωση ήταν μία κατάσταση που ήθελαν να αποφύγουν, δεδομένου ότι επιθυμούσαν περισσότερη απόσταση για την αποφυγή των συγκρούσεων, (Petrowski & Stein, 2016).

Οι ενήλικοι συμμετέχοντες στις δημοσιευμένες μελέτες για την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου σε αρκετές περιπτώσεις είναι ήδη γονείς, γεγονός που εγείρει ανησυχίες που αφορούν στην διασφάλιση της συναισθηματικής ισορροπίας των παιδιών τους, κυρίως από τον φόβο ανάπτυξης παρόμοιας διαταραχής με του γονιού, που τους καθιστά σε καθεστώς διαρκούς επαγρύπνησης (Murphy και συν., 2018b). Εκφράζουν έντονα την αμφιβολία για την επάρκεια της γονικής λειτουργικότητάς τους, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ίδιοι δεν είχαν ανάλογο σημείο αναφοράς από τους δικούς τους γονείς (δηλαδή, ένα σταθερό πλαίσιο γονικότητας), έπρεπε λοιπόν να ξεκινήσουν χωρίς εφόδια στην άσκηση αυτού του ρόλου. Έχουν μεγάλη αγωνία μην χάσουν την συναισθηματική σύνδεση με τα παιδιά τους και πολύ συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους όταν τα παιδιά επιδίδονται σε εκδραματίσεις, ακόμη και αν αυτές δεν είχαν άμεση σχέση με την δική τους συμπεριφορά (Murphy και συν., 2018b; Patrick και συν., 2019). Εκφράζουν την επιθυμία να είναι διαφορετικοί από τους δικούς τους γονείς και να διατηρούν μία ανοιχτή επικοινωνία σε αντιδιαστολή με την προσωπική τους εμπειρία, σύμφωνα με την οποία στην οικογένειά τους υπήρχε μεγάλη αποκρυπτικότητα. Επίσης, επιθυμούν να

καλλιεργήσουν στα παιδιά τους την ανεξαρτησία, την αυτονομία και τον προσωπικό ψυχολογικό χώρο και να μην λειτουργούν ελεγκτικά (Patrick και συν., 2019).

Ένα πολύ σημαντικό εύρημα είναι ότι ο ρόλος του γονιού τους έδωσε την δυνατότητα να αρχίσουν να βλέπουν διαφορετικά τον εαυτό τους, ως κάποιον που έχει την δυνατότητα να μαθαίνει νέες δεξιότητες και να δημιουργεί τις συνθήκες για νέες εμπειρίες αυτοπροστασίας και προαγωγής της προσωπικότητας, να συνδέονται καλύτερα και να εμπιστεύονται περισσότερο τους ανθρώπους. Επίσης, μέσα από τη γονικότητα έμαθαν να διατηρούν σταθερά περιβάλλοντα διαβίωσης, σε αντίθεση με την προσωπική τους εμπειρία που περιλάμβανε διαρκείς απρόβλεπτες καταστάσεις στην καθημερινότητα (Patrick και συν., 2019).

Αξίζει να επισημανθεί ότι καθώς τα ενήλικα τέκνα μεγαλώνουν, ταυτόχρονα μεγαλώνουν και οι πάσχοντες γονείς τους, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται επιπλέον και από τις απαιτήσεις που έχουν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας. Οι McCann και συν. (2015) σε μία έρευνα ενηλίκων που φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους με ψυχιατρικά προβλήματα βρήκαν ότι ένιωθαν συναισθηματική και σωματική απομόνωση, πένθος για την απώλεια του ανθρώπου τους ή της ελπίδας ότι κάποτε θα γίνει καλά, αλλά και το βίωμα των αντιξοοτήτων στον τρόπο ζωής της καθημερινότητας (επιβάρυνση στην εργασία, τον ελεύθερο χρόνο, τις σχέσεις κ.α.). Ταυτόχρονα βέβαια ανέπτυσαν ψυχική ανθεκτικότητα ως φροντιστές, η φροντίδα τους έδινε νόημα στη ζωή, καλλιεργούσαν την ενσυναίσθηση και αναζητούσαν ενεργά τη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη (McCann και συν., 2015).

Όπως προαναφέρθηκε στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου υπάρχουν και μελέτες που συμπεριλαμβάνουν συμμετέχοντες πολλών ηλικιών. Στις δημοσιεύσεις των Fjone και συν. (2009), και Rölkki και συν. (2004) για παράδειγμα, υπήρχαν ανήλικοι και ενήλικοι συμμετέχοντες. Στην πρώτη μελέτη των πρώτων προέκυψαν οι διαστάσεις της διαφορετικότητας του γονιού από πολύ μικρή ηλικία, τα επιβαρυντικά συναισθήματα της ντροπής, ενοχής, του φόβου και του στίγματος. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι η διαδικασία της συνειδητοποίησης του προβλήματος του γονιού ήταν ένα είδος σταδιακής αφύπνισης έτσι όπως το βίωσαν τα ίδια τα παιδιά, η οποία ακολουθεί πέντε στάδια: στην αρχή το παιδί μπορεί να θεωρεί τη συμπεριφορά του γονιού δεδομένη και δεν τη συγκρίνει με τίποτα, εν συνεχεία τα παιδί αρχίζει δειλά να αναρωτιέται τι συμβαίνει παρατηρώντας την

συμπεριφορά άλλων οικογενειών και γονιών που θεωρούν φυσιολογικούς, αποκρυσταλλώνονται οι διαφορές όταν τα παιδιά αρχίζουν επισταμένες συγκρίσεις με τις ομάδες ομοτίμων, τα παιδιά αναρωτιούνται αν αυτά που τους απασχολούν είναι σημαντικά θέματα για να μιλήσουν στους άλλους, και εν τέλει είναι έτοιμα να λεκτικοποιήσουν τις ανησυχίες τους για την αίσθηση των διαφορών και των αποκλίσεων με τους άλλους. Η τελευταία κατηγορία στην ανάλυση αυτή αφορά την προθυμία των παιδιών να είναι σαν όλους τους άλλους, καθώς και η διαχείριση της εξωτερικής τους εικόνας, μέσω της αναζήτησης της ισότητας με τα άλλα παιδιά, αποφεύγοντας την έκθεση (Fjone και συν., 2009).

Στην δεύτερη δημοσίευση (Pölkki και συν., 2004) προσδιορίστηκαν πέντε κατηγορίες: Πρώτον, οι εμπειρίες των παιδιών για τις ψυχιατρικές δυσκολίες του γονιού, με κυριότερο πρόβλημα την μαρτυρία της αλλαγής του γονιού σε περιόδους υποτροπής που γινόταν τρομαχτικός και απρόβλεπτος, ή το ότι τα παιδιά δεν ήταν προετοιμασμένα για τις αλλαγές του γονιού. Δεύτερον, η ανάληψη των ευθυνών από την πλευρά των παιδιών σχετικά με την μέριμνα των οικογενειακών μελών και των οικιακών εργασιών. Τρίτον, οι στρεσογόνες αντιδράσεις των παιδιών, κυρίως ντροπή, αποκρυπτικότητα, ζήλεια προς τις 'υγιείς' οικογένειες, και θυμός. Τέταρτον, η ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών και οι στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η επικέντρωση στη σημασία της μάθησης και της εσωτερικής ανάπτυξης, οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες, και η αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας. Πέμπτον, ο ρόλος της βοήθειας των ειδικών ψυχικής υγείας. Τα παιδιά θεωρούν σημαντική την αρωγή των ειδικών για τη διαχείριση των συναισθημάτων, την ενημέρωση για θέματα ψυχικής υγείας, αλλά ταυτόχρονα τονίζουν την έλλειψη κατάλληλων πλαισίων φροντίδας (Pölkki και συν., 2004).

Μία άλλη περίπτωση συμπερίληψης πολλαπλών διαστάσεων στις δημοσιευμένες μελέτες για την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου αφορά στη διάγνωση του γονιού. Για παράδειγμα στη δημοσίευση των McGormac και συν. (2016) αναλύθηκαν οι αφηγήσεις 6 γυναικών εκ των οποίων μόνο μία έπασχε από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, και οι άλλες αφορούσαν καταστάσεις όπως εξάρτηση από αλκοόλ και κατάθλιψη. Το προεξάρχον θέμα που αναδύθηκε από την ανάλυση είχε τίτλο 'ένα διασπασμένο ταξίδι ανάπτυξης στην ενήλικη ζωή', το οποίο αποτελούνταν από 6 θέματα. Τα παιδιά ένιωθαν ότι δεν νοιάζεται κανείς για τις αντιξοότητες που αντιμετώπιζαν, ότι οι ανάγκες τους είχαν παραγκωνιστεί ενόψει των αναγκών

του πάσχοντος γονιού, είχαν αναπτύξει μία έντονη διχοτομική σκέψη, ότι οι άλλες οικογένειες είναι σωστές και η δική τους λάθος. Είχαν αισθήματα ανεπάρκειας και φόβου, και βίωναν την καθημερινότητα ως ένα διαρκή αγώνα επιβίωσης. Επίσης, ένιωθαν προδομένοι γιατί κανείς δεν μπορούσε να τους φροντίσει, και για να επιβιώσουν ψυχικά γίνονταν οι ίδιοι φροντιστές, ή υποδύονταν το ρόλο του καλού παιδιού. Ταυτόχρονα, αυτή η εμπειρία θεωρούν ότι τους βοήθησε να καλλιεργήσουν ενσυναίσθηση, να κατανοούν πληρέστερα την ψυχική νόσο, να μην είναι επικριτικοί, να έχουν καλύτερη αναστοχαστικότητα γύρω από τον εαυτό. Είχαν όραμα για επιτυχίες και υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους μεγαλώνοντας αλλά αυτό ενίοτε γινόταν μέσον καταπίεσης του εαυτού, ειδικά όταν απαιτούσαν υπερβολικά πράγματα από τον εαυτό τους (McGormac και συν., 2016).

Σε άλλες περιπτώσεις η μελέτη της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου αποτελεί μέρος ευρύτερων ερευνών για το οικογενειακό στρες, όπως βλέπουμε στην δημοσίευση των Valdez και συν. (2013). Στην έρευνα αυτή προέκυψαν 9 θέματα τα οποία επιγραμματικά περιλάμβαναν: τις προηγούμενες εμπειρίες από στρεσογόνες εμπειρίες στην οικογένεια, τις στρεσογόνες εμπειρίες αυτές καθαυτές (ψυχική και σωματική ασθένεια, διαταραγμένη λειτουργικότητα στο γονιό, συζυγική απιστία, χωρισμός, κάθε είδος κακοποίησης, κ.λπ.) οι οποίες προσβάλλουν το αίσθημα ασφάλειας και αξιοπρέπειας των παιδιών, οι τρόποι μετριασμού του οικογενειακού στρες στα παιδιά (π.χ. με την θετική παρουσία ενός ενήλικα), οι συγκεκριμένες αντιδράσεις των παιδιών στον στρεσογόνο παράγοντα (σοκ, δυσφορία, αμφιθυμία, ντροπή, κ.λπ.), η αναδιοργάνωση της οικογένειας γύρω από τον στρεσογόνο παράγοντα (π.χ. η γονεοποίηση του παιδιού), οι συγκεκριμένες δυσκολίες των παιδιών καθώς μπαίνουν στην αναδυόμενη ενηλικίωση (π.χ. ακαδημαϊκές, διαπροσωπικές και συναισθηματικές δυσκολίες), η αξιοποίηση των θετικών πηγών (π.χ. ψυχοθεραπεία, επικέντρωση στις σπουδές, πνευματικές πηγές), η εξέλιξη και ο αναπροσδιορισμός της οικογένειας και η απαρτίωση και η επούλωση (Valdez και συν., 2013).

Ένα άλλο παράδειγμα μελέτης που περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις αποτελεί η δημοσίευση των Rose και συν. (2002), στην οποία διερευνήθηκαν οι αφηγήσεις 29 συμμετεχόντων για την εμπειρία μείζονος ψυχικής διαταραχής του οικογενειακού μέλους, οι οποίοι ήταν σύζυγοι, αδέρφια και ενήλικα τέκνα. Από την ανάλυση αναδύθηκαν 3 κεντρικά

θέματα, κοινά και για τις 3 κατηγορίες συμμετεχόντων, στις οποίες οι συγγραφείς έδωσαν τον τίτλο: “αντιμετωπίζοντας την ασάφεια”, ‘αναζητώντας τον έλεγχο της ψυχικής νόσου’, και ‘υιοθετώντας μία στάση δυνατοτήτων και πραγματικοτήτων’. Στο πρώτο θέμα οι συγγραφείς περιέλαβαν την διαρκή επαγρύπνηση και απώλεια της εμπιστοσύνης, την αβεβαιότητα, την άγνοια για τα ψυχιατρικά συμπτώματα καθώς και το θυμό για τα ανεπαρκή συστήματα υγείας. Στο δεύτερο θέμα συμπεριλήφθηκε η ενεργοποίηση των στρατηγικών διαχείρισης του πένθους και των απωλειών για την προστασία του εαυτού από τον ψυχικό πόνο, καθώς και η αμφισβήτηση της ευθύνης για την διαχείριση της ψυχιατρικής κατάστασης του οικογενειακού μέλους (π.χ. για την διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής). Στο τρίτο θέμα οι συγγραφείς συμπεριέλαβαν το ότι κάποιες οικογένειες διατήρησαν έναν βαθμό ελπίδας για το μέλλον κι ότι αυτό τους βοήθησε να ισορροπήσουν μεταξύ των δυσκολιών και της δυνατότητας για ανάνηψη. Παράγοντες που βοήθησαν στην διατήρηση της ελπίδας ήταν τα θετικά αποθέματα και οι πηγές του ψυχικά πάσχοντα, οι θετικές αντιδράσεις σε νέα φαρμακευτική αγωγή, η λήψη αποφάσεων σε σχέση με την ευθύνη στην οικογένεια, η αναθεώρηση των οικογενειακών σχέσεων και η αναζήτηση ισορροπίας μεταξύ της σταθερότητας και της ανάπτυξης (Rose και συν., 2002).

Σε ένα παρόμοιο κλίμα, η έρευνα των Oskouie και συν. (2011) αφορά τις απόψεις των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων αλλά και άλλων μελών της οικογένειας, καθώς επίσης και ειδικών ψυχικής υγείας (νοσηλεύτες, κλινικοί ψυχολόγοι, σύμβουλοι). Οι διαστάσεις που αναδύθηκαν αφορούσαν τη δυσκολία στην επικοινωνία λόγω της απομόνωσης και του στιγματισμού, τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών (κυρίως ως προς το άγχος, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την απελπισία, κ.λπ.), τις δυσκολίες των παιδιών στην εκπαίδευση λόγω έλλειψης χρόνου, πόρων ή συγκέντρωσης από τα προβλήματα του γονιού στο σπίτι, η οικονομική δυσπραγία και η γονεοποίηση των παιδιών (Oskouie και συν., 2011).

Σε μία παλαιότερη δημοσίευση οι Kinsella & Anderson (1996) ανέλυσαν τις αφηγήσεις 20 ατόμων που μεγάλωσαν με γονιό ή αδελφό με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και μείζονα κατάθλιψη, η πλειοψηφία δε των ψυχικά πασχόντων είχε λάβει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Προέκυψαν 3 μείζονες κατηγορίες. Η πρώτη αφορούσε τις δεξιότητες αντιμετώπισης, και τη διάκριση μεταξύ θετικών και αρνητικών στρατηγικών. Παραδείγματα τέτοιων δεξιοτήτων είναι η εποικοδομητική απόδραση (για προσωρινή ανακούφιση από τα προβλήματα), η αναζήτηση

υποστήριξης, η αντικειμενοποίηση της ασθένειας (διαφοροποίηση της ασθένειας και των συμπτωμάτων από τον γονιό ως πρόσωπο), επαρκής ενημέρωση για θέματα ψυχικής υγείας, πνευματικές αναζητήσεις και θρησκευτική πίστη και έλεγχος των δύσκολων συναισθηματικών αντιδράσεων. Η δεύτερη κατηγορία αφορούσε τις ανάγκες, τονίζοντας τη σημασία της πληροφόρησης, της συμμετοχής σε ομάδες υποστήριξης, της προσοχής και του σεβασμού στα συναισθήματά τους από τους άλλους, και στη συμπερίληψη στη θεραπευτική διαδικασία του πάσχοντος. Η τρίτη κατηγορία περιλάμβανε τις δυνάμεις, με στοιχεία όπως η διεκδικητικότητα, η ανάπτυξη υπευθυνοτήτων, η ικανότητα καθορισμού στόχων και επιτευγμάτων, η ψυχική ανθεκτικότητα και η προοπτική στη ζωή (Kinsella & Anderson, 1996).

2.3 Ποιοτικές μελέτες για τα ανήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για δημοσιεύσεις που αφορούν στην ανάλυση των εμπειριών των ανηλίκων τέκνων ψυχικά πασχόντων γονέων προκύπτει ότι ο όγκος τους είναι πολύ μικρός. Η πλειοψηφία από αυτές τις έρευνες συμπεριλαμβάνει στον όρο μείζων ή σοβαρή ψυχική διαταραχή διαγνώσεις από το φάσμα των ψυχώσεων, διπολική διαταραχή και μείζονα κατάθλιψη. Έχουν εξαιρεθεί από την ανασκόπηση οι έρευνες που δεν συμπεριλαμβάνουν την προϋπόθεση της διάγνωσης από το φάσμα των ψυχώσεων. Ελάχιστες από τις δημοσιεύσεις αυτές είχαν αποκλειστικό στόχο την ανάλυση αφηγήσεων παιδιών γονέων με σχιζοφρένεια μόνο. Σε σχέση με τις επιλεχθείσες ηλικίες των συμμετεχόντων 5 δημοσιεύσεις αφορούν αποκλειστικά άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία και προεφηβεία, ήτοι από 11 έως 18 ετών (Bee και συν., 2013; Trondsen 2012; Hindle, 1998; Grant & και συν., 2008; Valiakalayil και συν., 2004). Σε μία δημοσίευση περιλαμβάνονται ταυτόχρονα συμμετέχοντες στην παιδική και εφηβική ηλικία και διαχωρίζονται οι αναλύσεις τους στα αποτελέσματα (Fudge & Mason, 2004). Έξι δημοσιεύσεις περιλαμβάνουν συμμετέχοντες από όλες τις ηλικίες χωρίς να διαχωρίζεται η ανάλυσή τους (Maybery και συν., 2005; Mordoch, 2010; Mordoch & Hall, 2008; Östman, 2008; Riebschleger, 2004; Somers, 2007).

Στην πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα των Mordoch & Hall (2008), που χρησιμοποίησαν συμπληρωματικές μεθόδους συλλογής δεδομένων πέραν των ημιδομημένων συνεντεύξεων, όπως παρατήρηση πριν και μετά την κάθε συνέντευξη και ζωγραφιές των παιδιών ηλικίας 6 έως 16 ετών, προέκυψαν τρεις θεματικές κατηγορίες: 'βρίσκοντας τον ρυθμό', 'διατηρώντας το πλαίσιο' και 'συναισθηματικά ρεύματα'. Σε σχέση με την πρώτη κατηγορία τα παιδιά επιδίδονται σε δύο διεργασίες, την παρακολούθηση και την προσαρμογή. Η παρακολούθηση απαιτούσε διαρκή επαγρύπνηση για τον εντοπισμό διαφορών από τη φυσιολογική ροή της καθημερινότητας που ενδέχεται να είναι ενδεικτικές για πιθανή υποτροπή του γονιού. Στις περιπτώσεις που υπήρχε στενή σχέση με τον υγιή γονιό η παρακολούθηση αυτή διεκπεραιωνόταν συνεργατικά με καλύτερα αποτελέσματα, και ταυτόχρονα τα παιδιά μπορούσαν να ερμηνεύσουν επαρκέστερα τη συμπεριφορά του πάσχοντος γονιού. Η διαρκής αυτή εποπτεία γινόταν ένα πολύ δύσκολο έργο όταν οι γονείς ήταν χωρισμένοι και τα παιδιά διέμεναν με τον πάσχοντα γονιό. Η διεργασία προσαρμογής υπονοεί τις αλλαγές στις οποίες επιδίδονται τα παιδιά προκειμένου να μειώσουν τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου, κι όταν δεν κατάφερναν να έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα άλλαζαν προσανατολισμό με εναλλακτικές. Ενίοτε κρύβονταν για να μην βρεθούν στο δρόμο του γονιού από φόβο, ή τον πίεζαν για δραστηριότητες που θα τον βοηθούσαν να ανανήψει. Τα παιδιά που ήξεραν τη διάγνωση του γονιού είχαν καλύτερες εναλλακτικές. Οι προσαρμογές ήταν άμεσες (παρηγοριά στο γονιό, ανάλαφρη οικογενειακή ατμόσφαιρα με χιούμορ, κατάκτηση του ελέγχου, και άλλα) ή έμμεσες (φροντίζουν να έχουν πάντα το σπίτι καθαρό, να προστατεύουν τα μικρότερα αδέρφια ή να μειώνουν τα ερεθίσματα που καθιστούν το γονιό ευερέθιστο) (Mordoch & Hall, 2008).

Η δεύτερη θεματική κατηγορία περιλαμβάνει την προσπάθεια των παιδιών να διατηρήσουν τη σύνδεση με τον πάσχοντα γονιό ταυτόχρονα όμως να οριοθετηθούν και να ενισχύσουν την αίσθηση του εαυτού. Οι στρατηγικές που χρησιμοποίησαν αφορούν: τις μικρές αποδράσεις (να μην σκέφτονται την κατάσταση, να κλείνονται στο δωμάτιό τους ή να βγαίνουν βόλτα με φίλους), να μπορούν να ζουν αυτά που ζουν τα παιδιά στην ηλικία τους (π.χ. να γιορτάζουν τα γενέθλιά τους), να μοιράζονται επιλεκτικά τα προβλήματά τους, να επιλέγουν να είναι μόνοι. Κάποια παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας στα πλαίσια αυτών των αποστασιοποιήσεων

ενίστε επιδίδονταν σε επικίνδυνες δραστηριότητες όπως η χρήση ουσιών και τα προβλήματα με το νόμο. Επιδίδονταν σε κοινωνικές συγκρίσεις (του εαυτού και της οικογένειας), ή συγκρίσεις του παρόντος με το παρελθόν (αν είναι καλύτερα ή χειρότερα σε σχέση με πριν), ή με βάση αλλαγές, π.χ. αλλαγή τόπου κατοικίας, σχολείου, κ.λπ.. Οι οικογενειακές τελετουργίες ενίστε ήταν καλές αναμνήσεις (γιατί συνέβαλαν στην οικογενειακή σταθερότητα) και ενίστε όχι (ειδικά όταν ο γονιός νοσηλευόταν). Οι συγκρίσεις επίσης αφορούσαν και την βελτίωση ή επιδείνωση της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού (Mordoch & Hall, 2008).

Η τρίτη κατηγορία (‘τα συναισθηματικά ρεύματα’) αφορούσε μία μεγάλη γκάμα συναισθημάτων λόγω της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού, όπως ο θυμός, φόβος, η αγάπη, η ματαιότητα και η απελπισία. Τα παιδιά θεωρούσαν ότι όταν υπήρχε συναισθηματική μεταβολή στο γονιό άλλαζε και όλη η οικογενειακή ατμόσφαιρα. Βίωναν δύσκολα συναισθήματα στις περιόδους των ψυχιατρικών υποτροπών του γονιού και πολύ συχνά αντιλαμβάνονται εσωτερικές συναισθηματικές αντιφάσεις ταυτόχρονης αγάπης και θυμού προς τον γονιό. Τα μικρότερα παιδιά είχαν την ελπίδα ότι ο γονιός θα γίνει καλά παρά τις αντιξοότητες (Mordoch & Hall, 2008).

Η πρόσληψη των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού αποτελούσε ένα κοινό θέμα σε όλες τις έρευνες, αν και συχνά οι συμμετέχοντες διαχώριζαν ανάμεσα σε ‘καλές και κακές μέρες’. Στις κακές μέρες αντιλαμβάνονταν το γονιό πιο αποσυρμένο, να μην μιλάει σε κανέναν, να έχει περίεργο βλέμμα και να είναι ευερέθιστος. Συχνά μπέρδευαν τα ψυχιατρικά συμπτώματα με την άσκηση της γονικής λειτουργίας στην καθημερινότητα με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διακρίνουν πότε η συμπεριφορά του είναι επηρεασμένη από την ψυχιατρική κατάσταση και πότε όχι. Τα περισσότερα παιδιά δεν γνώριζαν την διάγνωση του γονιού και για αυτό στις αφηγήσεις περιέγραφαν συμπεριφορικά τα ψυχιατρικά του συμπτώματα, όπως για παράδειγμα ότι παίρνει πολλά φάρμακα, ότι δεν έχει λογικό ειρμό στην σκέψη του, ότι έχει παράξενες συμπεριφορές που δεν βγάζουν νόημα, κ.λπ.. Επίσης, πολλά παιδιά ένιωθαν δυσκολία κατά τις νοσηλείες του γονιού και ενίστε νόμιζαν ότι έπασχε από κάποιο σωματικό πρόβλημα και θα πεθάνει (Maybery και συν., 2005; Riebschleger, 2004).

Η Mordoch (2010) περιγράφει την ως άνω πρόσληψη των παιδιών ως ‘καλειδοσκοπική γονική συμπεριφορά’ με την έννοια ότι η αλλαγή στη στάση του γονιού ήταν τόσο απότομη που

δεν τους επέτρεπε να προβλέπουν τι πρόκειται να συμβεί, ειδικά σε θέματα σωματικής υγείας και κοινωνικής συμπεριφοράς. Έβλεπαν το γονιό σε περιόδους υποτροπών να επιδίδεται σε κατάχρηση αλκοόλ με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται μία ήδη επιβαρυμένη κατάσταση στο σπίτι, κι ο γονιός να αρχίζει να ουρλιάζει χωρίς εμφανή λόγο. Όλη αυτή η εμπειρία τους έθετε σε πολύ μεγάλη ανασφάλεια με αποτέλεσμα να μην κοιμούνται από τον φόβο των αυτό- ή ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών του γονιού μέσα στο σπίτι.

Όλες αυτές οι εμπειρίες είχαν επιβαρυντικές επιπτώσεις στην ψυχική ισορροπία των ίδιων των παιδιών. Η Somers(2007) περιγράφει τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων ως ‘αόρατα’ με την έννοια ότι μέχρι πολύ πρόσφατα δεν αναγράφονταν τα στοιχεία τους στο κλινικό ιστορικό του πάσχοντος γονιού, σε κάποιες δε περιπτώσεις δεν αναγραφόταν καν αν είχε παιδιά ή όχι. Στην έρευνά της η Somers διαπίστωσε ότι τα περισσότερα παιδιά είχαν προβλήματα στο σχολείο, με περισσότερες απουσίες, περισσότερα συμπεριφορικά προβλήματα και περισσότερες κλινικές καταστάσεις.

Σε μία μελέτη (Östman, 2008) τα ανήλικα τέκνα των ψυχικά πασχόντων γονέων θεωρούσαν ότι η δυνατότητα για συζήτηση ήταν ένα πολύ σημαντικό θέμα που θα τους βοηθήσει γιατί έχει μεγάλη σημασία να έχουν κάποιον να τους ακούει, υπό την προϋπόθεση ότι είναι άνθρωπος εμπιστοσύνης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν είχαν την δυνατότητα να συζητούν τα προβλήματά τους και γι’ αυτό είχαν πολύ θετική στάση στις συνεντεύξεις. Ο υγιής γονιός θεωρούσαν ότι αποτελούσε την ιδανική ευκαιρία για συζήτηση, τα θέματα δε που επέλεγαν αφορούσαν στον πάσχοντα γονιό, τον εαυτό τους και τις καθημερινές δραστηριότητες (Östman, 2008).

Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας στην έρευνα των Fudge & Mason (2004) βάσει της προσωπικής τους εμπειρίας από τις νοσηλείες του γονιού – μία συνθήκη που τους προξενεί ιδιαίτερο φόβο- θεώρησαν ότι είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ιδιωτικότητα στις κλινικές ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αξιοπρεπών συναντήσεων ως οικογένεια κατά το επισκεπτήριο και να μην φοβούνται τους άλλους ασθενείς. Επίσης πρότειναν να υπάρχει ένα σχέδιο δράσης όταν λείπει ο γονιός στο νοσοκομείο, όπως για παράδειγμα να είναι σε ετοιμότητα ενήλικες από το εγγύς περιβάλλον της οικογένειας, να έχουν πρόσβαση επικοινωνίας, να δουν ποιος μπορεί να βοηθήσει στην λειτουργία του σπιτιού σε θέματα που δεν μπορούν να καλύψουν οι ίδιοι λόγω

του νεαρού της ηλικίας τους. Θεωρούν ότι θα ήταν πολύ βοηθητική η οικονομική ενίσχυση της οικογένειας, να τα βοηθούν να συμμετέχουν σε καθημερινές υγιείς δραστηριότητες και να τυγχάνουν επαρκούς υποστήριξης στο σχολικό περιβάλλον.

Από την ανασκόπηση που αφορά αποκλειστικά εφήβους με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου υπάρχουν πολλές ομοιότητες αλλά και αρκετές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις εμπειρίες των μικρότερων παιδιών. Έχουν ενδιαφέρον, για παράδειγμα, οι τρόποι απόδοσης των αιτιών της ψυχικής νόσου. Σύμφωνα με τους Valiakalayil και συν. (2004), ενίοτε θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε κάποια συμπεριφορά ή συμβάν του παρελθόντος όπως μία ενδεχόμενη χρήση ουσιών, ένα ατύχημα στον εγκέφαλο που προκάλεσε βλάβες, ή η ανεπαρκής διαχείριση διάχυτου και χρόνιου στρες. Κάποιοι έφηβοι μπορεί να θεωρούν ότι η συμπεριφορά και τα συμπτώματα του γονιού δεν είναι το αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας αλλά άλλων καταστάσεων όπως η τεμπελιά ή η έλλειψη ενδιαφέροντος, οπότε είναι εκούσια και συνειδητή επιλογή του γονιού, γεγονός που επισύρει συγκρούσεις στη σχέση τους. Επίσης, μία άλλη υπόθεση των εφήβων είναι ότι η ψυχική νόσος είναι αποτέλεσμα χημικής ανισορροπίας στον εγκέφαλο ή ένας νευρικός κλονισμός.

Στην μελέτη της Trondsen (2012), με 16 εφήβους ηλικίας 15-18 ετών, ανέκυψαν δύο μείζονα θέματα για την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου: 'οι προκλήσεις στην καθημερινή ζωή' και οι 'στρατηγικές για την διαχείριση των προκλήσεων'. Οι συμμετέχοντες αναλαμβάνουν επιπρόσθετες ευθύνες στο σπίτι από ό,τι είχαν στην παιδική ηλικία και σε μερικές περιπτώσεις θεωρούν τον εαυτό τους ως έναν επιπλέον ενήλικα στο σπίτι. Η κατάσταση αυτή ενέχει μία εσωτερική αντίφαση διότι από τη μία μεριά χαίρονται που είναι χρήσιμοι, όχι μόνο για την κατάσταση του γονιού αλλά και για το γεγονός ότι μεγαλώνουν, και από την άλλη ότι επιβαρύνονται ψυχικά πολύ περισσότερο. Επίσης, ως έφηβοι είχαν την δυνατότητα να μετακινούνται εκτός σπιτιού πολύ πιο συχνά από ό,τι παλιότερα, ειδικά όταν υπήρχαν εντάσεις ή ψυχιατρικές υποτροπές. Κάποιοι από τους εφήβους είχαν φύγει μόνιμα από το σπίτι και αντιμετώπιζαν μεγάλα προβλήματα διαβίωσης ή για το ξεκίνημα των σπουδών.

Σχετικά με το βίωμα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων του γονιού, οι έφηβοι αντιλαμβάνονται τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως και στις προηγούμενες έρευνες αλλά λόγω της ιδιαίτερης ηλικιακής συνθήκης, όταν ο γονιός εκδηλώνει

τα θετικά συμπτώματα αποφεύγουν ενεργά τις δημόσιες εμφανίσεις μαζί του από το φόβο και τη ντροπή για παράξενες συμπεριφορές. Όταν εκδηλώνει τα αρνητικά, οι έφηβοι μένουν χωρίς εποπτεία και μπορεί να επιδίδονται σε δραστηριότητες που ενέχουν επικινδυνότητα λόγω του μεγαλύτερου βαθμού ελευθερίας (Valiakalayil και συν., 2004). Τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη σκέψη και διαταραχές στην πρόσληψη. Τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν συναισθηματική αμβλύτητα, ανηδονία, αβουλησία, και ελλιπή κοινωνικότητα, και είναι δυσκολότερο να αντιμετωπιστούν φαρμακευτικά (Correll & Schooler, 2020) .

Σε μία μελέτη περίπτωσης (Hindle, 1998) παρουσιάζεται η ιστορία του δεκαπεντάχρονου Kenny μέσα από υλικό που είχε συλλεχθεί στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας του. Η εμπειρία με την ψυχικά πάσχουσα μητέρα του συνέβαλε στην έλλειψη αυτοπεποίθησης, την κοινωνική απομόνωση, βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση για τη συμπεριφορά της μητέρας του και των άλλων για σημάδια ευερεθιστότητας δεδομένου ότι όταν ήταν μικρότερος η μητέρα του ασκούσε σωματική βία. Επίσης έκανε προσπάθειες να ταιριάζει στους κύκλους συνομηλίκων, τους μιμούνταν εις βάρος των πραγματικών αναγκών του εαυτού. Έκρυβε τα συναισθήματά του σε βαθμό που θεωρούσε ότι αν επέτρεπε στον εαυτό του να επικοινωνήσει τα αληθινά του συναισθήματα φοβόταν ότι θα ανοίξει το κουτί της Πανδώρας, θα πλημμυριστεί και θα χάσει τον έλεγχο. Ο Kenny είχε δυσκολία να ενισχύσει την αυτονομία του στην εφηβεία από τον φόβο ότι αυτό θα έρθει σε αντίθεση με τις ανάγκες της μητέρας του.

Μια πολύ σημαντική διάσταση που προέκυψε επίσης στην πλειοψηφία των ερευνών αφορά το πώς οι έφηβοι έμαθαν για την γονική ψυχική νόσο και το τι θα έπρεπε να γίνει ώστε να εμπλουτιστούν οι γνώσεις τους. Κάποιοι έφηβοι έμαθαν για τη διάγνωση του γονιού εντελώς τυχαία, ή από τα μέσα ενημέρωσης, ή μπορεί να είχαν ακούσει κάποιον οικείο να μιλάει κρυφά για το θέμα αυτό. Ένιωθαν ότι είναι οι μόνοι έφηβοι στον κόσμο που είχαν αυτή την εμπειρία και τους ανακούφιζε ιδιαίτερα η γνώση ότι υπάρχουν κι άλλοι έφηβοι με παρόμοιες εμπειρίες (Mordoch, 2010). Ακόμη και στις περιπτώσεις που ο γονιός είχε χρόνιο ψυχιατρικό πρόβλημα, μπορεί να μην ήξερε ούτε και ο ίδιος επιστημονικές λεπτομέρειες για τη διάγνωση που είχε λάβει, κανείς ειδικός δεν εξήγησε στα παιδιά, ενώ η συνηθέστερη ενημέρωση δε προερχόταν από τον υγιή γονιό αλλά από άλλες πηγές όπως από τη χρήση του διαδικτύου (Somers, 2007).

Παρά τις δυσκολίες τα παιδιά διακρίνουν θετικές πλευρές στη σχέση με τον πάσχοντα γονιό, όπως για παράδειγμα η ψυχική νόσος θεωρούν κάποιοι έφηβοι ότι τους έχει φέρει πιο κοντά με τον συγκεκριμένο γονιό, ότι έχουν ωριμάσει πληρέστερα κι έχουν μία καλύτερη αίσθηση του εαυτού, μεγαλύτερη ανοχή στα προβλήματα, αλλά και ενσυναίσθηση, ειδικά για ανθρώπους με αναπηρίες πάσης φύσεως (Valiakalayil και συν., 2004). Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις αξιολογούνται καλύτερα και οι σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, κυρίως με τον υγιή γονιό και τα αδέρφια, ή μέλη της ευρύτερης οικογένειας (Hindle, 1998). Οι έφηβοι αξιολογούν πολύ θετικές τις καλές μέρες με τον γονιό, δηλαδή όταν δεν βρισκόταν σε υποτροπή και είχε καλύτερη επικοινωνία με όλα τα μέλη της οικογένειας, τους βοηθούσε σε διάφορες δραστηριότητες και μπορούσε να ανταποκριθεί στις στοιχειώδεις απαιτήσεις του σπιτιού (Riebschleger, 2004). Στην έρευνα των Fudge & Mason (2004) οι έφηβοι αναφέρουν ότι παρόλα τα προβλήματα υπάρχουν άνθρωποι στην οικογένεια που τους νοιάζονται, ότι τουλάχιστον δεν βαριούνται στην καθημερινότητα με όλες αυτές τις εναλλαγές κι ότι ο πάσχων γονιός έχει συμβάλει κι αυτός θετικά να καταφέρουν να επιβιώσουν μέχρι σήμερα.

Ως επίλογο στον παρόν κεφάλαιο, παραθέτουμε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Yamamoto & Keogh, 2018) 8 δημοσιευμένων εργασιών που αφορούσαν τις εμπειρίες γονικής ψυχικής νόσου παιδιών ηλικίας 5 έως 18 ετών, κατά την οποία αναδύθηκαν 4 μεγάλα θέματα. Πρώτον, η κατανόηση των παιδιών για την γονική ψυχική νόσο. Η κατανόηση αυτή ήταν συνάρτηση διαφόρων παραγόντων όπως το εκάστοτε αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, πως έχει χειριστεί η οικογένεια τη γνώση της διάγνωσης προς το παιδί, καθώς και ο βαθμός της επιθυμίας του παιδιού να μάθει για τη νόσο του πάσχοντος γονιού του. Για παράδειγμα τα μικρά παιδιά κατανοούσαν μόνο αυτό που έβλεπαν δια γυμνού οφθαλμού, δηλαδή έκδηλες συμπεριφορές που τις σύγκριναν με εκείνες άλλων ανθρώπων. Τα παιδιά επίσης ένιωθαν δύσκολα συναισθήματα κατά τη διεργασία της κατανόησης στο πέρασμα των χρόνων. Δεύτερον, η σχέση του παιδιού με τους γονείς. Στις περιπτώσεις διαζυγίου η σχέση αυτή αποδυναμωνόταν, και ενίοτε εξέφραζαν την επιθυμία να ζήσουν μόνο με τον υγιή γονιό. Επιδίδονταν σε αντιστροφή των ρόλων, και τους είναι σαφής η αγάπη και η συμπόνια προς τον πάσχοντα γονιό. Τρίτον, Στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα μικρότερα παιδιά είχαν πιο περιορισμένες επιλογές για να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες. Δεν είχαν την ευχέρεια να

επιστρατεύσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στο σπίτι. Τέταρτον: κοινωνικές συνδέσεις. Όλα τα παιδιά θεωρούσαν ότι είναι πολύ σημαντικό να έχουν ανθρώπους στη ζωή τους που να μπορούν να εμπιστευτούν (Yamamoto & Keogh, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Στην πλειοψηφία των ερευνών για την εμπειρία των παιδιών της γονικής ψυχικής νόσου διαπιστώνεται ότι πολύ συχνά τα παιδιά αναλαμβάνουν ευθύνες στις οικογένειες λόγω των απαιτήσεων στην καθημερινότητα που δεν μπορούν να καλυφθούν από τους γονείς. Οι Aldridge & Becker (2003) προσδιόρισαν ως νέους φροντιστές τα παιδιά εκείνα που είναι μέχρι 18 ετών, που παρέχουν φροντίδα σε κάποιο μέλος της οικογένειας λόγω χρόνιας προβληματικής κατάστασης (όπως θέματα σωματικής ή ψυχικής υγείας, κ.λπ.). Ενίοτε η φροντίδα που παρέχουν τα παιδιά απευθύνεται σε όλη την οικογένεια και συνήθως αντιστοιχεί σε υποχρεώσεις των ενηλίκων.

Η διαδικασία της γονεοποίησης αναφέρεται σε μία κατάσταση κατά την οποία το παιδί νιώθει την υποχρέωση να αναλάβει γονικό ρόλο και ευθύνες που δεν αντιστοιχούν στην ηλικία του. Η γονεοποίηση μπορεί να συμβεί για διάφορους λόγους, όπως το ότι ο γονιός δεν έχει την δυνατότητα να καλύψει μόνος του τις ανάγκες του αλλά ούτε και να ανταποκριθεί σε βασικές διαστάσεις της γονικής λειτουργίας (Byng-Hall, 2002; Early & Cushway, 2002). Σύμφωνα με τον Cooklin (2008) ο ορισμός των παιδιών ως φροντιστές δεν είναι πάντα εύκολος διότι πολύ συχνά τα ίδια τα παιδιά δεν αναγνωρίζουν ότι έχουν υιοθετήσει τέτοιο ρόλο για διάφορους λόγους, όπως το ότι με αυτή την παραδοχή θεωρούν ότι προδίδουν τον γονιό ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του γονικού του ρόλου. Ενίοτε βέβαια αυτό ακριβώς μπορεί να συμβαίνει και από την πλευρά των ίδιων των γονιών.

Ο ρόλος του φροντιστή, αν και έχει πολλές ομοιότητες, διαφέρει σημαντικά από το ρόλο του γονεοποιημένου παιδιού. Στην πρώτη περίπτωση, τα παιδιά αναλαμβάνουν τον ρόλο αυτό διότι οι συνθήκες στην οικογένεια είναι αντίξοες και κρίσιμες για την πρακτική και ψυχική επιβίωση, ενώ στην δεύτερη περίπτωση η διαδικασία αφορά περισσότερο μία ναρκισσιστικού τύπου επιβολή από τον γονιό στο παιδί (Charles και συν., 2009).

Μία σημαντική έννοια που συνδέεται με την ανάληψη ευθυνών, την αντιστροφή των ρόλων και την γονεοποίηση σε όλες τις φάσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης είναι το αίσθημα της υποχρέωσης (felt obligation) των παιδιών να φροντίζουν τους πάσχοντες γονείς τους. Σύμφωνα

με τους Abraham & Stein (2010) η αίσθηση της υποχρέωσης προσδιορίζεται από το βαθμό κατά τον οποίο τα παιδιά αναλαμβάνουν ευθύνες προς το γονιό και αποτελεί προϊόν μίας διαρκούς εσωτερικής διαπραγμάτευσης μεταξύ των αναγκών αυτονόμησης από την πατρική οικογένεια και δέσμευσης σε αυτήν. Στα πλαίσια αυτής της διαπραγμάτευσης τα τέκνα ενίοτε πολώνονται, δηλαδή κάποιες φορές εγκαταλείπουν τη δέσμευση για βοήθεια προς το γονιό εις όφελος της αυτονόμησης ή το αντίστροφο. Σε άλλες περιπτώσεις επιτυγχάνουν να εξισορροπούν μεταξύ αυτών των δύο πόλων, εξυπηρετώντας την επιθυμία τους για βοήθεια και αυτονόμηση ταυτόχρονα.

Οι Abraham & Stein (2010) πραγματοποίησαν μια μελέτη στην οποία έγινε σύγκριση των αυτοαναφορών (μέσω ερωτηματολογίων) 93 νέων ενηλίκων που είχαν γονείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές, για τα ψυχολογικά τους προβλήματα, την ψυχική ευεξία, τη διαπροσωπική απομόνωση, και το αίσθημα υποχρέωσης σε οικογένειες με μητρική ψυχική νόσο, με πατρική νόσο και χωρίς καθόλου νόσο. Διαπιστώθηκε υψηλότερο αίσθημα υποχρέωσης προς την μητέρα παρά τον πατέρα και στις περιπτώσεις των παιδιών με εμπειρία της μητρικής ψυχικής νόσου βρέθηκαν περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα, μοναξιά και χαμηλή συνολική ευζωία (Abraham & Stein, 2010).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στον βαθμό κατά τον οποίο τα παιδιά θα αναλάβουν ευθύνες για την κάλυψη αναγκών του γονιού και της οικογένειας, είναι το φύλο του παιδιού (δεδομένου ότι η φροντίδα αποτελεί μία συνθήκη που συναντάται πιο συχνά στα κορίτσια), το φύλο του πάσχοντος γονιού (πιο συχνά αφορά τις μητέρες πάσχουσες), η διάσταση της άθικτης σχέσης ή τα μονογονεϊκά νοικοκυριά, το καθεστώς εργασίας, η συνύπαρξη σωματικών νοσημάτων, ή η υγεία των υπολοίπων μελών της οικογένειας (Aldridge, 2006).

Οι Aldridge & Becker (2003) παραθέτουν την έρευνα των Dearden and Becker (1998) σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των νέων φροντιστών στη Μ. Βρετανία (ελλείπει αντίστοιχων δεδομένων στον ελληνικό χώρο), όπου βρέθηκε ότι ο μέσος όρος της ηλικίας είναι τα 12 έτη, το 14% ανήκει σε μειονοτικές ομάδες, τουλάχιστον οι μισοί ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες, πάνω από τους μισούς είναι κορίτσια, η πλειοψηφία φροντίζει ένα γονιό με σωματικά προβλήματα, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 29% φροντίζει ένα γονιό με ψυχολογικά προβλήματα. Σε αντίστοιχη μελέτη (Seligowski, 2008) με δεδομένα από συνεντεύξεις 47 παιδιών

ηλικίας 8-16 ετών, το 82% φρόντιζε την πάσχουσα μητέρα και τακτοποιούσε τις οικιακές εργασίες σε ποσοστό από 60-80%. Η πλειοψηφία των παιδιών θεωρούσαν ότι λάμβαναν την εκτίμηση που έπρεπε για τις ευθύνες αυτές (Seligowski, 2008).

Στην έρευνα των Aldridge & Becker (2003) για τους νέους φροντιστές στην Μεγάλη Βρετανία βρέθηκε ότι τουλάχιστον οι μισοί γονείς θεωρούν πως έχουν καλή σχέση με τα παιδιά τους κι ότι διαθέτουν την επάρκεια να λειτουργήσουν προστατευτικά στα παιδιά τους ακόμη κι αν δέχονται την βοήθειά τους στην καθημερινότητα. Η προστατευτική αυτή στάση των γονιών έχει ως αποτέλεσμα πολλές φορές τα παιδιά να μην αντιλαμβάνονται πλήρως την σημασία του ρόλου του φροντιστή. Οι γονείς μέσα από την προστατευτικότητά τους ουσιαστικά δεν επιτρέπουν στα παιδιά να γονεοποιηθούν κι όταν βελτιώνεται η ψυχική τους υγεία τότε αποκαθίστανται πολλές από τις γονικές λειτουργίες.

Σύμφωνα με τον Jurkovic (1997) η γονεοποίηση απαρτίζεται από πολλές παραμέτρους τις οποίες έχει διαχωρίσει σε εκείνες που αφορούν το γονεοποιημένο ρόλο καθαυτόν, και σε εκείνες που αναφέρονται σε διαστάσεις που σχετίζονται με το αναπτυξιακό, το ψυχολογικό, το κοινωνικό και ηθικό πλαίσιο. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνεται το κατά πόσο είναι ανοιχτός και ξεκάθαρος ο γονεοποιημένος ρόλος του παιδιού στην οικογένεια. Στις περιπτώσεις που δεν είναι ξεκάθαρος ο ρόλος αυτός, τα παιδιά προσφέρουν μία έμμεση γονεοποιημένη φροντίδα, όπως για παράδειγμα τη διαταρακτική συμπεριφορά που αποσπά τους γονείς από τα προσωπικά τους προβλήματα και ως εκ τούτου τα παιδιά δεν αναγνωρίζονται ως γονεοποιημένα. Στην κατηγορία αυτή επίσης περιλαμβάνονται διαστάσεις όπως ο συγκεκριμένος τύπος ή η έκταση και η διάρκεια της παροχής φροντίδας. Παρατηρούνται επίσης διαφορετικού τύπου επιπτώσεις στο παιδί και την οικογένεια όταν το παιδί διεκπεραιώνει τις οικιακές εργασίες ή όταν παρέχει συναισθηματική υποστήριξη, για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ή κατά τη διάρκεια όλης της παιδικής ηλικίας. Στη δεύτερη κατηγορία θεωρείται πολύ σημαντικό το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού κατά την διάρκεια του οποίου επιδίδεται σε γονεοποιημένο ρόλο. Για παράδειγμα, τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά διαθέτουν λιγότερα ψυχικά αποθέματα για να ανταπεξέλθουν στις ευθύνες, ή δεν έχουν καταφέρει να διαμορφώσουν ασφαλή συναισθηματικό δεσμό λόγω των οικογενειακών απαιτήσεων. Άλλες παράμετροι στη δεύτερη αυτή κατηγορία είναι τα όρια μέσα στην οικογένεια (π.χ. η μικρότερη

οριοθέτηση προάγει τη γονεοποίηση), ή το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο. Σε κάποια κοινωνικά πλαίσια προάγονται οι ευθύνες των παιδιών στην οικογένεια γιατί αυτό θεωρείται ότι αποτελεί έναν τρόπο να μαθαίνουν τη ζωή και να εκπαιδεύονται (Jurkovic, 1997).

Οι τύποι των ευθυνών που αναλαμβάνουν τα παιδιά εξαρτώνται από διάφορες παραμέτρους όπως είναι το είδος της γονικής νόσου (διαφορετικές ανάγκες μπορεί να έχει ο γονιός στην φάση μανίας και διαφορετικές στην κατάθλιψη ή τη σχιζοφρένεια) και η διαθεσιμότητα άλλων υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων από το εγγύς ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ή τη συμβολή των υπηρεσιών (Aldridge, 2006). Σύμφωνα με τους Boszomenyi-Nagi & Krasner (1986) η γονεοποίηση μπορεί να διακρίνεται ανάμεσα σε ηθική και μη ηθική. Στην ηθική γονεοποίηση υπάρχει μία εποικοδομητική διάσταση, κυρίως στο ότι τα παιδιά νιώθουν ικανοποίηση που έχουν συμβάλλει θετικά στα προβλήματα της οικογένειάς τους και περισσότερη αξία και κατακτούν την εμπιστοσύνη από την πλευρά των γονιών. Στην μη ηθική γονεοποίηση έχουν περισσότερο την αίσθηση ότι αναγκάζονται εμμέσως ή άμεσα να εκτελέσουν έργα για να καλύψουν τις ανάγκες των γονιών τους, και αποδεικνύουν με αυτό τον τρόπο ότι είναι αφοσιωμένοι, κι αποκτούν ένα νόημα ύπαρξης που τους εγκλωβίζει. Παρόμοια οπτική έχει κι ο Byng-Hall (2002) που θεωρεί ότι η γονεοποίηση έχει μία διπλή όψη. Από τη μία υποστηρίζεται ότι δίνονται ευκαιρίες ώστε το παιδί να εξασκήσει σημαντικές δεξιότητες, και να κατακτήσει την αίσθηση της αυτοεπάρκειας και της υπαγωγής στο εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο, κι από την άλλη μπορεί να είναι μία μορφή αποστέρησης.

Ο Jurkovic (1997) διέκρινε τέσσερις τύπους γονεοποίησης: Α. Η καταστροφική γονεοποίηση όταν τα παιδιά αναλαμβάνουν ευθύνες, που είναι πρακτικές και συναισθηματικές, μακρόχρονες και μη αντίστοιχες προς το αναπτυξιακό τους στάδιο. Β. Η προσαρμοστική γονεοποίηση, σύμφωνα με την οποία τα παιδιά δεν βιώνουν τον εγκλωβισμό στη θέση του ατόμου που πρέπει να φροντίζει, ενώ η οικογένεια και η κοινωνία αναγνωρίζουν τις προσπάθειές τους και τους υποστηρίζουν. Γ. Η υγιής γονεοποίηση, σύμφωνα με την οποία τα παιδιά εμπλέκονται σε μέτριου βαθμού φροντίδα που αντιστοιχεί στο εκάστοτε αναπτυξιακό στάδιο και οι προσπάθειές τους αναγνωρίζονται και διακρίνονται από αμοιβαιότητα. Δ. Η 'παιδοποίηση', σύμφωνα με την οποία τα παιδιά εμπλέκονται σε δραστηριότητες φροντίδας,

δεν έχουν όμως τα κατάλληλα ερεθίσματα να αυτονομηθούν και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του κάθε αναπτυξιακού σταδίου για τον εαυτό τους (Jurkovic, 1997).

Τα παιδιά που έχουν γονείς με ψυχιατρικές διαταραχές επιβαρύνονται με ευθύνες πέραν αυτών που αρμόζουν στην ηλικία τους όταν ο γονιός δώσει το σήμα άμεσα ή έμμεσα για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, ειδικά όταν βιώνει υποτροπή και η νόσος βρίσκεται σε οξεία φάση (Fitzerald και συν., 2008). Τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων γονέων παρέχουν στους γονείς βοήθεια που συμπεριλαμβάνει και δύσκολες καταστάσεις όπως οι νοσηλευτικές εργασίες στο γονιό, η διαρκής επίβλεψη για την πρόληψη της αυτοκαταστροφικότητας, ή απλά με το 'να είναι εκεί', παρέχοντας συντροφιά και απόσπαση της προσοχής από τα προβλήματα (Aldridge, 2006).

Οι επιπτώσεις της γονεοποίησης μπορεί να είναι πολλές και αφορούν τόσο τα ίδια τα παιδιά όσο και όλη την οικογένεια. Ο Jurkovic (1997) θεωρεί ότι πρόκειται για απώλεια όλης της παιδικής ηλικίας. Δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος δυσλειτουργίας όπου τα παιδιά έχουν αισθήματα εγκατάλειψης και μοναξιάς, και πολύ συχνά έχουν θυμό προς τον γονιό και προς την κατάσταση που συνήθως δεν τον εκφράζουν, αλλά όταν το κάνουν τότε δημιουργούνται συγκρούσεις στη σχέση με το γονιό, ο γονιός επιβαρύνεται επιπροσθέτως των δικών του προβλημάτων και το παιδιά γονεοποιούνται ακόμη περισσότερο. Όταν ο γονιός δεν θεραπεύεται τότε εγείρεται στα παιδιά ενοχή που δεν καταφέρνουν να τον βοηθήσουν να ανανήψει. Οι Jankowski και συν., (2013) σε μία έρευνα για την διασύνδεση της διαδικασίας της γονεοποίησης και των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας βρήκαν ότι τα γονεοποιημένα παιδιά που αισθάνονται αδικημένα ή είναι πιο συγχωνευμένα με τους γονείς και δεν έχουν αυτονομηθεί, επιβαρύνονται ψυχικά. Οι δύο συνθήκες διαμεσολαβούνται από την προσλαμβανόμενη αδικία των παιδιών και της διαφοροποίησης του εαυτού. Σύμφωνα με τους Telzer & Fuligni (2009) οι επιπτώσεις από τη γονεοποίηση είναι περισσότερο αρνητικές όταν τα παιδιά παρέχουν συναισθηματική φροντίδα σε αντιδιαστολή με τις εκτελεστικές εργασίες όπως οι οικιακές και τα παιδιά μπορεί να βιώνουν άγχος, κατάθλιψη, ντροπή, φτάνοντας μέχρι και τις απόπειρες αυτοκτονίας.

Ειδικά το στρες που βιώνουν τα παιδιά μπορεί να προέρχεται από τον όγκο των ευθυνών στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν λόγω του νεαρού της ηλικίας τους. Παρατηρείται

δυσκολία να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις διότι στερούνται κοινωνικών δεξιοτήτων που δεν μπόρεσαν να μάθουν από τους πάσχοντες γονείς ή οι υποχρεώσεις του σπιτιού δεν επιτρέπουν την άνεση χρόνου για δραστηριότητες εκτός σπιτιού. Σχετικά με τις επιπτώσεις στην προσωπικότητα, επηρεάζονται οι διαστάσεις του ασφαλούς συναισθηματικού δεσμού, της αυτοεκτίμησης και της διεργασίας αυτονόμησης και ατομικότητας. Η γονεοποίηση επηρεάζει και άλλα πρόσωπα της οικογένειας όπως τα αδέλφια διότι αν ο πάσχων γονιός ασχολείται περισσότερο με το γονεοποιημένο παιδί δεν υπάρχει περιθώριο για την δική τους σχέση, ή και το αντίστροφο (Jurkovic, 1997).

Σε μία μελέτη με εφήβους που είχαν γονείς με ψυχιατρικά προβλήματα βρέθηκε πολύ υψηλή συσχέτιση, άμεση και έμμεση, μεταξύ των επιπτώσεων της γονεοποίησης και της ανάπτυξης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων. Στις μακροχρόνιες αναλύσεις διαπιστώθηκε υψηλότερη συσχέτιση της γονεοποίησης των εφήβων με τα εσωτερικευμένα προβλήματα, κυρίως άγχος και κατάθλιψη, ειδικά στις περιπτώσεις που οι γονείς εκδηλώνουν στο παρόν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (Van Loon και συν., 2015). Οι Hooper και συν. (2007a, 2007b) θεωρούν ότι η γονεοποίηση αποτελεί μία ψυχοτραυματική συνθήκη για το παιδί, γιατί εκτός των άλλων τα παιδιά εν τέλει βιώνουν συναισθηματική παραμέληση αφού ζουν σε ένα περιβάλλον που δεν καλύπτονται οι προσωπικές τους ανάγκες, ενώ ταυτόχρονα εκτίθενται σε αντίξοες και στρεσογόνες συνθήκες. Οι συγγραφείς αυτοί σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε φοιτητές βρήκαν μάλιστα ότι η γονεοποίηση συνδέεται υψηλά με την μετατραυματική ανάπτυξη.

Οι επιπτώσεις για τον ρόλο του φροντιστή των παιδιών όταν δεν έχουν την κατάλληλη υποστήριξη είναι παρόμοιες με εκείνες των γονεοποιημένων παιδιών: δηλαδή πολύ συχνά βιώνουν την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, στερούνται κοινωνικών δικτύων, παρουσιάζουν προβλήματα με την ακαδημαϊκή επίτευξη, βιώνουν το κοινωνικό στίγμα και ως εκ τούτου τηρούν στάση αποκρυπτικότητας, εκφράζουν τον φόβο ότι η οικογένεια μπορεί να διασπαστεί από την παρέμβαση των κοινωνικών υπηρεσιών και εκδηλώνουν δυσκολίες μετάβασης μεταξύ των διαφόρων αναπτυξιακών σταδίων (Aldridge & Becker, 2003).

Σε μία ποιοτική μελέτη (Van Parys και συν., 2014) για τις προσωπικές εμπειρίες νέων ενηλίκων (ηλικίας 18-29 ετών) με ψυχικά πάσχοντες γονείς σχετικά με την κατανόηση της

διαδικασίας της γονεοποίησης αναδύθηκαν 3 μείζονες θεματικές κατηγορίες. Η πρώτη αφορούσε την αίσθηση ότι δεν είχαν χώρο για τα προσωπικά τους θέματα. Ως παιδιά επειδή ήταν πολύ δύσκολο να διαχειριστούν τις κρίσεις του γονιού δεν είχαν επαφή με τα δικά τους συναισθήματα, απέφευγαν να μιλούν στην οικογένεια και είχαν την εντύπωση ότι δεν επιτρέπονται οι πολλές ερωτήσεις. Επίσης είχαν το αίσθημα της ευθύνης για την οικογενειακή ευζωία, υποστήριζαν συναισθηματικά το γονιό, κι όλο αυτό τους προκαλούσε την αίσθηση του εγκλωβισμού. Ταυτόχρονα δεν έβρισκαν ανταπόκριση από άτομα έξω από την οικογένεια με αποτέλεσμα την απομόνωση. Η δεύτερη κατηγορία αφορούσε την αναστοχαστική διεργασία των παιδιών μεγαλώνοντας, όπου άρχιζαν να συνειδητοποιούν σταδιακά την γονική νόσο, διαπίστωναν ότι είχαν ανάγκη να διαφοροποιηθούν από το γονιό, και ενίοτε ένιωθαν πιο δυνατοί από όλη αυτή τη διαδικασία. Μεγαλώνοντας άρχιζαν να ψάχνουν περισσότερες κοινωνικές συνδέσεις. Η τρίτη κατηγορία αφορούσε τις συνεχείς εσωτερικές διεργασίες των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τις οποίες προσπαθούσαν να πάρουν απόσταση και να αναθεωρήσουν τη θέση τους στην οικογένεια. Επίσης, προσπαθούσαν να βρουν τη δύναμη να εκφραστούν προς τους γονείς, κυρίως ως προς το συναίσθημα του θυμού που είχε συσσωρευτεί από χρόνια (Van Parys, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Οι Stier & Hinshaw (2007) και Hinshaw (2005) παραθέτουν την άποψη του Goffman [1963] που υποστηρίζει ότι το στίγμα αφορά ένα στοιχείο ή εσωτερικό 'σημάδι' ντροπής που σχετίζεται με μία αποκλίνουσα ομάδα, την κοινωνική κρίση προς την ομάδα αυτή, καθώς και τη διαδικασία εσωτερίκευσης από την ομάδα που κρίνεται και στηλιτεύεται.

Στη βιβλιογραφία συναντάμε διάφορες προσεγγίσεις και προσδιορισμούς για το στίγμα, όπως την έννοια του δημόσιου στίγματος που στρέφεται από την ευρύτερη κοινότητα προς μία συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων, τον αυτοστιγματισμό που αφορά την εσωτερίκευση της στιγματιστικής άποψης της ευρύτερης κοινότητας για τον εαυτό του, το δομικό στίγμα που αφορά θεσμικές πολιτικές και διαδικασίες, το συσχετιστικό στίγμα ή το στίγμα εγγύτητας που προέρχεται από την εγγύς επαφή με στιγματισμένο άτομο, το διπλό ή πολλαπλό στίγμα (Corrigan & Watson, 2002; Sheehan και συν., 2016:51). Άλλες διακρίσεις αφορούν στο πρωτογενές και το δευτερογενές στίγμα, αν αφορά άμεσα τον εαυτό, ή έμμεσα, μέσω της επαφής με στιγματισμένο άτομο (Koschade & Lynd-Stevenson, 2011), το ρητό (το συνειδητό) και άρρητο ή υπονοούμενο στίγμα (υποσυνείδητο, διαισθητικό) (Stier & Hinshaw, 2007), το οικογενειακό στίγμα που αναφέρεται σε στενούς συγγενείς ψυχικά πασχόντων (Corrigan & Miller, 2004; Park & Park, 2014), το κοινοτικό στίγμα (Murphy και συν., 2015), ή το βιωμένο στίγμα, που αναφέρεται στον τρόπο που βιώνεται από το άτομο ως υποκειμενική εμπειρία (Lebel, 2008). Οι προσδιορισμοί αυτοί για το στίγμα στην περίπτωση της γονικής ψυχικής νόσου δεν είναι αλληλοαποκλειόμενοι, αλλά αποτελούν διάφορες πλευρές της στιγματιστικής εμπειρίας.

Οι Phelan και συν. (2008) υποστήριξαν ότι το στίγμα έχει 3 διαστάσεις. Η πρώτη αφορά τη διαδικασία αποφυγής. Αν για παράδειγμα το στίγμα σχετίζεται με μία ασθένεια (ψυχική ή σωματική) υπάρχει η τάση αποφυγής της, όπως θα αποφεύγουμε αυτό που φοβόμαστε. Η δεύτερη διάσταση αφορά στον έλεγχο για την διατήρηση της εξουσίας στη στιγματισμένη ομάδα. Για παράδειγμα, θεωρείται από κάποιους ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν είναι αυτόνομοι και λειτουργικοί και για αυτό απαιτείται έλεγχος. Η τρίτη διάσταση αφορά στην προσπάθεια

διατήρησης του κοινωνικού κομφορμισμού και το να μην υπάρχουν αποκλίσεις (Phelan και συν., 2008). Ο Hinshaw (2005) σε μία παρόμοια προσπάθεια προσδιορισμού των διαστάσεων του στιγματισμού αναφέρει επιπλέον και τη διάσταση της χρονιότητας (οι άνθρωποι που φέρουν χαρακτηριστικά που διαρκούν στο χρόνο στιγματίζονται περισσότερο) και τη διάσταση της αποκρυπτικότητας (όταν μία στιγματιστική συνθήκη δεν αναγνωρίζεται δια γυμνού οφθαλμού, όπως η ψυχική νόσος).

Οι Overton & Sondra (2008) υποστήριξαν ότι υπάρχουν 3 συστάδες θεωριών για το στίγμα. Η πρώτη συστάδα αφορά στη θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας που αντικατοπτρίζει τις απόψεις του Goffman [1963] η οποία αναφέρεται στις κοινωνικές κατασκευές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να κρίνουν την διαφορετικότητα. Η δεύτερη αφορά στη θεωρία για τον αυτοστιγματισμό, που αναφέρεται στην διαδικασία εσωτερίκευσης πεποιθήσεων και στάσεων που προκύπτουν από το γενικότερο στίγμα, και η τρίτη περιλαμβάνει τη θεωρία για το δομικό στίγμα. Σύμφωνα με τους Corrigan & Watson (2002) και Stier & Hinshaw (2007) το δομικό στίγμα εμπεριέχει τρία στοιχεία: τα στερεότυπα, την προκατάληψη και την συμπεριφορά διάκρισης. Τα στερεότυπα αποτελούν πεποιθήσεις για μία ομάδα ανθρώπων που ίσως ενέχουν ένα μέρος αλήθειας, όμως αποτελούν γενικεύσεις που χαρακτηρίζονται από ακαμψία. Έχουν κοινωνικό χαρακτήρα γιατί αποτελούν προϊόν συμφωνίας στις κοινωνικές ομάδες και θεωρούνται αποτελεσματικά επειδή παράγονται πολύ γρήγορα εντυπώσεις. Η προκατάληψη είναι μία γενική στάση προς μία ομάδα με αξιολογικό χαρακτήρα και προέρχεται όχι μόνο από τα στερεότυπα αλλά και από άλλες πηγές (π.χ. το συναίσθημα). Η διάκριση είναι μία συμπεριφορά αντίδρασης, περιλαμβάνει τη διαφορετική συμπεριφορά προς μία ομάδα με περιορισμούς δικαιωμάτων και ευκαιριών (π.χ. επιθετικότητα, αποφυγή).

Συνοπτικά, τα πιο κοινά στερεότυπα για την ψυχική νόσο αφορούν τις διαστάσεις της επικινδυνότητας (ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι βίαιοι και απρόβλεπτοι), της ανικανότητας (ότι στερούνται δεξιοτήτων σε όλους τους τομείς) και της μονιμότητας (ότι δεν έχουν την δυνατότητα να αλλάξουν). Όσον αφορά στις συμπεριφορές διάκρισης που υφίστανται οι στιγματισμένες ομάδες με ψυχική νόσο από το κοινωνικό σύνολο, εντοπίζονται κυρίως η αποφυγή και η απόσυρση σε όλα τα πλαίσια (π.χ. στο σχολείο, στην εργασία, και άλλα), η επιβολή και η αυταρχικότητα (όπως η αναγκαστική νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική σε

περίπτωση υποτροπής) και η διαπροσωπική διάκριση με συμπεριφορές που είναι λιγότερο ορατές (όπως ένα απαξιωτικό βλέμμα), (Sheehan και συν., 2016).

Οι έρευνες για το στίγμα της ψυχικής νόσου μπορεί να αφορούν στο γενικό πληθυσμό, στην καθημερινότητα των ανθρώπων (π.χ. χρήση στιγματιστικής γλώσσας), ή σε πιο συγκεκριμένες ομάδες όπως είναι οι ειδικοί ψυχικής υγείας, οι οικογένειες ψυχικά πασχόντων, τα παιδιά και οι έφηβοι (Stier & Hinshaw, 2007). Στην συγκεκριμένη ενότητα δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στο οικογενειακό στίγμα (ή στις μορφές του στίγματος που προκύπτει από την στενή επαφή με τον ψυχικά πάσχοντα όπως είναι το συσχετιστικό) λόγω της εμπειρίας των ενηλίκων τέκνων που έχουν μεγαλώσει με ψυχικά πάσχοντες γονείς.

Τα στερεότυπα που σχετίζονται με το οικογενειακό στίγμα αφορούν διάφορες διαστάσεις μία εκ των οποίων είναι η αίσθηση ότι τους κατηγορούν για την εκδήλωση ή την υποτροπή της ψυχικής νόσου του στενού συγγενή, γεγονός που προκαλεί στα μέλη της οικογένειας ντροπή, ότι η οικογένεια είναι ασυνήθιστη και επικίνδυνη, αλλά και η ιδέα της 'μόλυνσης' εξαιτίας της στενής επαφής (Larson & Corrigan, 2008; Park & Park, 2014). Οι Farina (2000) and Mehta and Farina (1988) υποστηρίζουν ότι το δημόσιο στίγμα επηρεάζει το στίγμα στις οικογένειες για δύο λόγους. Ο ένας είναι ότι οι άνθρωποι όταν εμφανίζονται δημοσίως μαζί, όπως είναι τα μέλη μίας συγκεκριμένης οικογένειας, θεωρούνται από τους άλλους ότι έχουν κοινά στοιχεία μεταξύ τους και μοιάζουν ως προς κάποιες διαστάσεις (π.χ. αφού νοσεί ο ένας θα νοσούν και οι υπόλοιποι) και ο δεύτερος είναι ότι η συσχέτιση ενός ανθρώπου με έναν ψυχικά πάσχοντα που είναι περιθωριοποιημένος συνεπάγεται ότι δεν θα αξίζει ούτε ο ίδιος.

Οι επιπτώσεις του οικογενειακού στίγματος στα μέλη μίας οικογένειας είναι πολυδιάστατες. Μία διάσταση αποτελεί εκείνη της ιδιότητας του μάρτυρα. Τα μέλη μίας οικογένειας με συγγενή με ψυχική νόσο γίνονται μάρτυρες συμπεριφορών διάκρισης προς τον άνθρωπο αυτό από το κοινωνικό σύνολο και η συνθήκη αυτή αποτελεί μία αντίξοχη εμπειρία. Μία άλλη διάσταση αφορά τις συμπεριφορές διάκρισης του κοινωνικού συνόλου έναντι των ιδίων των οικογενειακών μελών μόνο και μόνο επειδή φέρουν την ιδιότητα του συγγενή. Επίσης, παρατηρούνται επιπτώσεις στα μέλη μίας οικογένειας με ψυχική νόσο από την πλευρά των στρατηγικών που αναγκάζονται να επιστρατεύσουν για την αντιμετώπιση της κατάστασης σε

ατομικό ή οικογενειακό επίπεδο, όπως της αποκρυπτικότητας ή των συγκρούσεων (Gonzales-Torres και συν., 2006).

Η Karnieli-Miller (2014) υποστήριξε ότι δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος βάσει του οποίου οι οικογένειες βιώνουν το οικογενειακό στίγμα, κι ότι συμβάλλουν πολλοί παράγοντες σε αυτό, όπως είναι οι προσωπικές εμπειρίες των οικογενειακών μελών, οι αξίες, και ο βαθμός δέσμευσης στην οικογένεια. Μία από τις πιο συχνές συναισθηματικές επιπτώσεις της ψυχικής νόσου στην οικογένεια είναι η ντροπή που βιώνουν τα μέλη της, τόσο για την αίσθηση της διαφορετικότητας και τις παράξενες συμπεριφορές του πάσχοντος, όσο και για την ιδέα ότι οι άλλοι ενδέχεται να θεωρούν ότι νοσούν και οι ίδιοι (Murphy 2015; Reupert και συν., 2020; Yin και συν., 2019). Επίσης η πλειοψηφία των οικογενειακών μελών νιώθει ότι είναι κοινωνικά απομονωμένοι και κλεισμένοι στον εαυτό τους γιατί οι στιγματιστικές συμπεριφορές δεν τους επιτρέπουν να επικοινωνήσουν τα συναισθήματά τους με ασφάλεια (Campbell & Patrick 2023; Reupert και συν., 2020). Βιώνουν ενοχή ότι έχουν συμβάλει στην εκδήλωση της ψυχικής νόσου του οικογενειακού μέλους, άγχος για την κατάσταση του ανθρώπου τους στο παρόν αλλά και της πορείας του στο μέλλον, και μία διαρκή ανησυχία για την κάλυψη των αναγκών της καθημερινότητας (Park & Park, 2014; Yin και συν., 2019). Η στενοχώρια και η απελπισία αποτελούν μία συνήθη κατάσταση ιδίως όταν είναι παρόντες σε συμπεριφορές διάκρισης προς τον ψυχικά πάσχοντα, όπως και συχνά ο θυμός (Gonzales-Torres και συν., 2006). Ενίοτε βιώνουν ότι τελούν υπό συναισθηματική σύγχυση και έχουν την αίσθηση ότι είναι σαν 'χαμένοι' (Murphy και συν., 2016), νιώθουν ότι παραμένουν συναισθηματικά ακάλυπτοι (Dobener και συν., 2022) και στις περιπτώσεις που έχουν αναλάβει το ρόλο του φροντιστή αυτό επιβαρύνει την υποκειμενική πρόσληψη του οικογενειακού στίγματος (Muralidharan και συν., 2014). Επίσης έχουν την πρόσληψη ότι έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Campbell & Patrick, 2023) καθώς και φόβο ότι θα νοσήσουν και οι ίδιοι (Dobener και συν., 2022). Σε μία συγκριτική μελέτη για το βίωμα του στίγματος των οικογενειακών μελών στη συνθήκη του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου του πάσχοντος σε σύγκριση με την πρόδρομη φάση της ψύχωσης, βρέθηκε μεγαλύτερη επιβάρυνση στην πρώτη περίπτωση, ίσως λόγω της δυσκολίας που προκύπτει από την διαχείριση των έκδηλων συμπτωμάτων (Wong, 2009).

Οι συμπεριφορές διάκρισης που υφίστανται τα μέλη μίας οικογένειας στην οποία υπάρχει άτομο με ψυχική νόσο αφορούν σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας. Οι συγγενείς υφίστανται διακρίσεις στο σύστημα υγείας, διότι έχουν την αίσθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας (σωματικής και ψυχικής) τους αγνοούν, τους απαξιώνουν, δεν λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις ανησυχίες τους, τους κατηγορούν για ανεπαρκείς ή λανθασμένους χειρισμούς στην φροντίδα του πάσχοντος και δεν τους συμπεριλαμβάνουν στον θεραπευτικό σχεδιασμό (Dobener και συν., 2022; van der Sanden και συν., 2014; Yin και συν., 2019). Προβλήματα αντιμετωπίζουν ομοίως και στο εκπαιδευτικό σύστημα διότι θεωρούν ότι δεν υπάρχει μέριμνα εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας, οι διδάσκοντες αγνοούν την κατάστασή τους (με την ιδιότητα του μέλους μίας οικογένειας με ψυχική νόσο) και οι απαιτήσεις τους είναι άκαμπτες (Dobener και συν., 2022), καθώς επίσης πολύ συχνά γίνονται θύματα εκφοβισμού στο σχολικό περιβάλλον (Reupert και συν., 2020). Οι συμπεριφορές διάκρισης βιώνονται από τα μέλη οικογενειών με ψυχική νόσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο μέσω της απόρριψης από τους άλλους, τις κατηγορίες και το χλευασμό (van der Sanden και συν., 2014, 2015).

Σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης η πλειοψηφία των μελών της οικογένειας του ψυχικά πάσχοντος προέβαιναν σε απόκρυψη της ασθένειας προκειμένου να προφυλάξουν τον ασθενή και τον εαυτό τους από το στίγμα της ψυχικής νόσου (Dobener και συν., 2022; Murphy 2015; Yin και συν., 2019). Οι Reupert και συν. (2020) αναφέρουν ότι κάποιες φορές προσπαθούν να μιμηθούν την συμπεριφορά των άλλων που θεωρούν ότι είναι φυσιολογικοί λόγω των μεγάλων αμφιβολιών που τρέφουν για τον εαυτό τους. Η Ketokivi (2015) σε μία αντίστοιχη έρευνα ανέφερε ότι μία συμμετέχουσα λόγω της απόκρυψης ένιωθε να είχε δύο εαυτούς, έναν 'φυσιολογικό' όταν έβγαινε έξω κι έναν που αφορούσε το οικογενειακό ιστορικό της 'τρέλας'. Τα άτομα προσπαθούν να αποφύγουν κοινωνικές καταστάσεις από τον φόβο μην εκτεθούν ή μην αναγκαστούν να αποκαλύψουν λεπτομέρειες για τη νόσο του πάσχοντος μέλους ή ακόμη για να μην αντιμετωπίσουν συμπεριφορές διάκρισης ως στενοί συγγενείς (Gonzales-Torres και συν., 2006; Reupert και συν., 2020). Η αποφυγή συχνά στρέφεται και προς τον ψυχικά πάσχοντα ειδικά σε περιόδους υποτροπής (Campbell & Patrick, 2023; Reupert και συν., 2020). Ενίοτε προβαίνουν στην επιλεκτική αποκάλυψη της ψυχικής νόσου του πάσχοντος μέλους

προκειμένου να έχουν την ευκαιρία να λάβουν βοήθεια και υποστήριξη (Yin και συν., 2019). Επίσης, κάποιοι νιώθουν την ανάγκη να κινητοποιηθούν κοινωνικά για να αλλάξουν τις στάσεις του εγγύς κοινωνικού περιβάλλοντος για τα θέματα ψυχικής υγείας, ή προσπαθούν να εκλογικεύσουν την συμπεριφορά των άλλων, καθώς και να επηρεάσουν τον πάσχοντα να επιδεικνύει ευπρεπή συμπεριφορά προς τα έξω (Dobener και συν., 2022; Murphy 2015; Yin και συν., 2019). Οι Campbell & Patrick (2023) υποστήριξαν ότι όταν τα παιδιά στις οικογένειες με ψυχική νόσο ενεργοποιούν προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του οικογενειακού στίγματος, τόσο ισχυρότερη είναι η αίσθηση ενός συνεκτικού εαυτού και αντιστοίχως είναι λιγότερη η επίδραση του οικογενειακού στίγματος. Οι van der Sanden και συν. (2016) στην έρευνά τους για το οικογενειακό στίγμα βρήκαν ότι τα μέλη της οικογένειας συνήθως επιστρατεύουν επικοδομητικές στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, παρά τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν.

Σε μία ποιοτική μελέτη (Flood-Grady & Kellas, 2019) για τη διερεύνηση των ιστοριών που έχουν ακούσει 24 ενήλικες για την ψυχική νόσο στην οικογένειά τους, αναδύθηκαν δύο θεματικές κατηγορίες. Η πρώτη αφορούσε τις ιστορίες βάσει των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον εφιστούσε την προσοχή για τις αντιξοότητες που μπορεί να επιφέρει η ψυχική νόσος στα μέλη της οικογένειας, ιστορίες με ψυχιατρικά συμπτώματα που προκαλούν φόβο, που προσδιόριζαν την ψυχική νόσο ως ασυνήθιστη συμπεριφορά, δικαιωνίζοντας έτσι το στίγμα. Επίσης, οι ιστορίες που άκουγαν ως παιδιά αφορούσαν τις προσπάθειες των μελών για να αντιμετωπίσουν την ψυχική νόσο, αλλά και για τις αποδόσεις των αιτίων της ψυχικής νόσου, που αφορούσαν κυρίως τα τραυματικά γεγονότα τα οποία ως εξωτερικά αίτια θεωρούνταν ότι ήταν μία βοηθητική οπτική. Η δεύτερη θεματική κατηγορία αφορούσε κυρίως τις ιστορίες αναγνώρισης των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου, καθώς και καλύτερης κατανόησης. Οι διεργασίες αναγνώρισης και κατανόησης που προέκυπταν από τις οικογενειακές ιστορίες λειτουργούσαν προστατευτικά ενάντια στο στίγμα για την ψυχική νόσο (Flood-Grady & Kellas, 2019).

Οι έρευνες που αφορούν στο στίγμα για την ψυχική νόσο στον ελληνικό πληθυσμό και τις στάσεις ως προς τις μείζονες ψυχικές διαταραχές δεν είναι πολλές. Σε μία σχετικά πρόσφατη δημοσιευμένη συστηματική ανασκόπηση μελετών που έχουν γίνει στην Ελλάδα (Tzounara και

συν., 2016) βρέθηκαν 18 δημοσιεύσεις που αξιολογούσαν το στίγμα σε διάφορους πληθυσμούς. Το στίγμα για την ψυχική νόσο βρέθηκε να είναι μέτριο προς υψηλό σε διαστάσεις όπως η συμπεριφορά διάκρισης και περιορισμού, η κοινωνική απόσταση και η αυταρχικότητα. Παρά το γεγονός ότι δηλωνόταν συμπάθεια για τους ψυχικά πάσχοντες αυτό δεν έφτανε ώστε να μετατραπεί σε πιο θετική συμπεριφορά. Υψηλά ποσοστά στίγματος βρέθηκαν και στους επαγγελματίες υγείας και τους αστυνομικούς, γεγονός που οι συγγραφείς θεωρούν ότι είναι ανησυχητικό διότι έρχονται συχνά σε επαφή με ψυχικά πάσχοντα άτομα και κατέχουν θέσεις κλειδιά στο να τους βοηθήσουν και, επομένως, η στάση τους μπορεί να επιδεινώσει την προσβασιμότητα των ψυχικά πασχόντων στις υπηρεσίες (Tzounara και συν., 2016).

Οι Economidou και συν. (2009) σε μία έρευνα για το στίγμα της ψυχικής νόσου στο γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα κατέληξαν σε 3 διαστάσεις, ήτοι τις πηγές πληροφόρησης για θέματα ψυχικής νόσου, τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις για θέματα που αφορούν στη σχιζοφρένεια και τις στάσεις σε σχέση με την κοινωνική απόσταση. Η πιο κοινή πηγή πληροφόρησης για τη σχιζοφρένεια αποτελεί η τηλεόραση, η οποία συμβάλλει στην στιγματισμό της σχιζοφρένειας αφού παρουσιάζει τους πάσχοντες ως βίαιους, επικίνδυνους και μη προβλέψιμους. Οι Έλληνες βρέθηκε να μην είναι επαρκώς ενημερωμένοι για την σχιζοφρένεια, είχαν παραποιημένες πεποιθήσεις (π.χ. ότι οι ψυχικά πάσχοντες έχουν χαμηλή ευφυΐα, σχάση προσωπικότητας) κι ότι οφείλεται κυρίως σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι συμμετέχοντες, ωστόσο, δήλωσαν στην πλειοψηφία τους ότι θα συνέχιζαν την κοινωνική επαφή αν ένας φίλος λάμβανε την διάγνωση της σχιζοφρένειας ή δεν θα ένιωθαν ντροπή αν γινόταν αυτό σε μέλος της οικογένειας. Οι συγγραφείς υποθέτουν ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με την ελληνική κουλτούρα που επιτάσσει να είμαστε πιστοί στην οικογένεια και στους φίλους. Σε μία άλλη έρευνα (Economidou, 2012) για τις πεποιθήσεις και τις στάσεις των φοιτητών ιατρικής για τη σχιζοφρένεια, βρήκαν ότι αυτοί θεωρούν τους ασθενείς ως απρόβλεπτους, που περιπλανιούνται στους δρόμους της πόλης, ανίκανους να λαμβάνουν αποφάσεις από μόνοι τους, όμως δεν θεωρούν ότι είναι επικίνδυνοι όπως στην προηγούμενη έρευνα που αφορά στο γενικό πληθυσμό. Επίσης, σε σχέση με την εγγύτητα ή την κοινωνική απόσταση δεν θα επέλεγαν να παντρευτούν άνθρωπο με διάγνωση σχιζοφρένειας ούτε θα τον επέλεγαν ως συγγάτοικο.

Οι Madianos και συν. (2012) στα πλαίσια της στάθμισης μιας κλίμακας για το στίγμα στον ελληνικό πληθυσμό προσδιόρισαν τέσσερις παράγοντες: τις στερεοτυπικές πεποιθήσεις για τους ψυχικά πάσχοντες (π.χ. επικίνδυνοι, διαφορετικοί), τη θετική ματιά (ότι έχουν δυνατότητες για ανάνηψη, μπορούν να μάθουν νέες δεξιότητες), τις πεποιθήσεις για τις στρατηγικές των ψυχικά πασχόντων για να ανταπεξέλθουν επαρκώς στην ασθένεια, και το πως ο κόσμος θεωρεί ότι σκέφτονται και νιώθουν οι ψυχικά πάσχοντες. Σε δύο έρευνες για τις στάσεις των Ελλήνων και των Ελληνοκυπρίων που ζουν στην Μεγάλη Βρετανία βρέθηκε ότι θεωρούν πως πρέπει να υπάρχει ισχυρός έλεγχος των ψυχικά πασχόντων, έχουν πιο αυταρχικές προσλήψεις και προτιμούν τον κοινωνικό περιορισμό των ασθενών, εκφράζουν ανησυχίες για την ασφάλειά τους, παρά το ότι εκδηλώνουν αισθήματα συμπάθειας (Papadopoulos & Leavey, 2002; Tzounara & Papadopoulos, 2014).

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στα Ιωάννινα (Mouzas και συν., 2008) σε πληθυσμό αγροτικών και αστικών περιοχών για το στίγμα της ψυχικής νόσου οι συγγραφείς αναφέρουν ότι υπήρχε ιδιαίτερα αρνητική στάση ενάντια στην κοινωνική απομόνωση και την κοινωνική διάκριση και υποθέτουν ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της περιοχής (όπως είναι η απομόνωση λόγω της μορφολογίας και η δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων συνολικά, που καθιστούν τα άτομα πιο ανεκτικά στην ψυχική νόσο). Οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα διαταραγμένων οικογενειακών σχέσεων γεγονός που αποδίδεται από τους συγγραφείς στην υψηλή σημασία που έχει για τον πληθυσμό αυτό η οικογένεια. Επίσης, ο τόπος κατοικίας μπορεί να είναι πιο σημαντικός παράγοντας στην αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών από ό,τι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Mouzas και συν., 2008).

Σε έρευνα για την στάση 479 επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το στίγμα στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου (από την οποία εξαιρέθηκαν εκείνοι που εργάζονταν στην ψυχιατρική κλινική λόγω της εξοικείωσης και εκπαίδευσης σε σχετικά θέματα), φάνηκε ότι η πρόοδος σε σχέση με το στίγμα είναι αργή. Υπάρχει ένας βαθμός θετικών στάσεων προς τους ψυχικά πάσχοντες, αλλά φαίνεται ότι η εξοικείωση και η αλληλεπίδραση με ψυχικά πάσχοντες δεν εγγυώνται από μόνα τους την διαμόρφωση μιας θετικής γνώμης. Επίσης, παρατηρείται μία πατερναλιστική στάση αλλά ταυτόχρονα και μία στάση συμπάθειας προς τους ψυχικά

πάσχοντες. Τέλος η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτέλεσαν τους κυριότερους παράγοντες που επηρέασαν τις στάσεις των επαγγελματιών (Porfyri και συν., 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ, ΑΝΤΙΞΟΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ

5.1 Ψυχικό τραύμα και αποσύνδεση

Το ψυχικό τραύμα είναι αποτέλεσμα βιωμάτων τα οποία έχουν θεωρηθεί από το άτομο ως απειλητικά σε βαθμό που δεν είναι σε θέση να προστατέψει τον εαυτό του ή να τον προστατέψει κάποιο άλλο πρόσωπο, καθώς επίσης δεν υπάρχει η δυνατότητα διαφυγής ή επιστράτευσης στρατηγικών βάσει της πρότερης εμπειρίας, η εγγραφή δε αυτών των βιωμάτων στον ψυχισμό γίνεται με έναν τέτοιο τρόπο που δεν απαλείφεται εύκολα (Βεντουράτου, 2009). Στην εμπειρία του ψυχικού τραύματος δεν υπάρχει η αίσθηση του ελέγχου, της ασφαλούς σύνδεσης και του συνεκτικού νοήματος (Herman, 1992). Το ψυχικό τραύμα μπορεί να επηρεάσει θεμελιωδώς τη λειτουργία του εγκεφάλου και να συμβάλει στην αλλαγή σημαντικών διαστάσεων όπως η αντιληπτική ικανότητα (Van der Kolk, 2014).

Αν και η ενδελεχής εξέταση των διαγνώσεων από το φάσμα του τραύματος δεν εμπίπτει στις προθέσεις της παρούσας εργασίας, εντούτοις αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 2013) τα κριτήρια για την διαταραχή μετατραυματικού στρες εκτός των άλλων περιλαμβάνουν την έκθεση σε πραγματικό κίνδυνο ή απειλή για κίνδυνο, σοβαρή βλάβη, σεξουαλική βία από άμεση εμπειρία, μαρτυρία, το να μάθει ότι αυτά συμβαίνουν σε ένα κοντινό οικογενειακό πρόσωπο ή φίλο, ή η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε λεπτομέρειες αντίξων γεγονότων. Επίσης, παρεισφρητικές αναμνήσεις, και αποσυνδεδετικές αντιδράσεις, ψυχολογική δυσφορία σε σχέση με πυροδοτητές που σχετίζονται με το τραύμα, εναλλαγές στα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις και έντονες αποφυγές (American Psychiatric Association, 2013).

Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται πολλές διακρίσεις για το ψυχικό τραύμα οι οποίες έχουν άμεση συσχέτιση με τις τραυματικές εμπειρίες των παιδιών με ψυχικά πάσχοντες γονείς (Misrachi, 2012). Μια σημαντική τέτοια διάκριση είναι το παθητικό και ενεργητικό τραύμα. Το

παθητικό τραύμα αναφέρεται σε βιώματα στα οποία δεν υπάρχει πρόθεση πρόκλησης βλάβης, που σχετίζονται περισσότερο με παραμέληση σημαντικών αναγκών των άλλων ειδικά όταν υπάρχει συνθήκη εξάρτησης, όπως τα παιδιά από τους γονείς. Το ενεργητικό τραύμα αφορά εμπρόθετες επιζήμιες πράξεις στις διαπροσωπικές σχέσεις με σκοπό τον έλεγχο και την κυριαρχία (Briere & Scott, 2006; Follette & Ruzek, 2006). Ο δευτερογενής ψυχικός τραυματισμός προκύπτει όταν ένα άτομο γίνεται μάρτυρας των βασάνων και των αντιξοοτήτων ανθρώπων σε πλαίσια στενών σχέσεων, με υψηλή ενσυναίσθηση και ταυτίσεις, αυτός ο όρος δε αρχικά εφαρμόστηκε σε θεραπευτές αργότερα όμως είχε και εφαρμογή σε άλλες ομάδες (Steed & Downing, 1998). Ο Kira (2001) σε μία ενδιαφέρουσα ταξινόμηση διέκρινε το τραύμα δεσμού (π.χ. σε περιπτώσεις εγκατάλειψης, θανάτου γονιού, διαζυγίου γονέων), το τραύμα ταυτότητας (διάσπαση της ταυτότητας από σεξουαλική κακοποίηση), το τραύμα αποσύνδεσης (σε απότομες αλλαγές όπως στην μετανάστευση), τραύμα αυτοπραγμάτωσης (αποτυχία επίτευξης στόχων που είναι σημαντικοί για την επιβίωση).

Μία άλλη προσέγγιση στις διακρίσεις του τραύματος είναι αυτή της Terr (1991) που έχει διαχωρίσει τα τραύματα σε τύπου I και τύπου II. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν μεμονωμένα τραυματικά βιώματα, που συμβαίνουν ξαφνικά και απροειδοποίητα που με το πέρασμα του χρόνου και την κατάλληλη υποστήριξη το άτομο μπορεί να τα ξεπεράσει. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα τραύματα που συμβαίνουν σε διαπροσωπικά πλαίσια, κυρίως σχέσεων με εγγύτητα, που είναι μακρόχρονα, στα οποία συμβάλλουν πολλοί διαπροσωπικοί παράγοντες (Scott-Storey, 2011). Το τραύμα τύπου II ως εννοιολογική σύλληψη είναι πολύ κοντά στο σύνθετο ή το αναπτυξιακό τραύμα, σύμφωνα με το οποίο το άτομο βιώνει αθροιστικά στρεσογόνα γεγονότα για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ή υποβάλλεται σε έκθεση σε δύσκολα συναισθήματα, με συνθήκες ενδοοικογενειακής βίας, καθώς βεβαίως και συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση (Sar, 2011; Van der Kolk, 2005, 2014). Οι Heller & LaPierre (2012) υποστηρίζουν ότι στο αναπτυξιακό τραύμα προσβάλλεται η δυνατότητα για σύνδεση, ο συντονισμός με τις ανάγκες μας, η δυνατότητα για εμπιστοσύνη, η αυτονομία και η ικανότητα για αγάπη και σεξουαλικότητα. Σύμφωνα με τον Walker (2013) το αναπτυξιακό τραύμα απαρτίζεται κυρίως από τις συναισθηματικές παρεισφρήσεις, την τοξική ντροπή, την εγκατάλειψη του ίδιου του εαυτού, τον εσωτερικό αρνητικό φαύλο κύκλο και το κοινωνικό

άγχος. Ειδικά οι συναισθηματικές παρεισφρήσεις είναι από τα πιο αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά του τραύματος. Εμφανίζονται ξαφνικά με υπερβολικό φόβο, ντροπή, αποξένωση, θυμό ή θλίψη, καθώς και με συμπεριφορές πάλης ή φυγής. Η τοξική ντροπή είναι μία συναισθηματική κατάσταση κατά την οποία πυροδοτούνται τραυματικά βιώματα από την παιδική ηλικία, κυρίως λόγω γονικής παραμέλησης ή εγκατάλειψης (Walker, 2013). Το αναπτυξιακό τραύμα όσο πιο νωρίς έχει ξεκινήσει τόσο χειρότερες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις (Read και συν., 2005), επιδρά δε αρνητικά ακόμη και σε νευροβιολογικό επίπεδο αφού έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου (Ford, 2005). Οι επιπτώσεις από το αναπτυξιακό τραύμα και τον επαναλαμβανόμενο τραυματισμό μπορεί να αφορούν όλη την διάρκεια της ζωής (Schmid και συν., 2013). Όπως είναι ευνόητο τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων ανήκουν στην δεύτερη κατηγορία δεδομένου ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες αφορούν πολλούς τομείς της ζωής για μακρά χρονικά διαστήματα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία έκρηξη επιστημονικού ενδιαφέροντος για το ψυχικό τραύμα και την αντιμετώπισή του, έχουν προταθεί δε αρκετές θεωρίες όπως η ψυχαναλυτική, η νευροβιολογική, η γνωστική συμπεριφορική, η αφηγηματική, και άλλες (Courtois, 2010). Μία σημαντική για την παρούσα εργασία υπόθεση σχετικά με την λειτουργία του ψυχικού τραύματος αποτελεί η πρόταση της Shapiro (2001), η οποία ανέπτυξε το μοντέλο προσαρμοστικής επεξεργασίας των πληροφοριών (AIP). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο φαίνεται ότι υπάρχει ένα νευρολογικό ισοζύγιο σε ένα σύστημα που επιτρέπει την επεξεργασία και την αφομοίωση πληροφοριών, όπως συμβαίνει και στο σώμα μας που κινητοποιείται προς επούλωση μετά από ένα τραύμα. Όταν βιώνεται μία σοβαρή ψυχοτραυματική εμπειρία το ισοζύγιο διαταράσσεται, επέρχεται ανισορροπία, και οι πληροφορίες που σχετίζονται μ' αυτήν, δεν μπορούν να αφομοιωθούν με αποτέλεσμα να πυροδοτούνται κάθε φορά που υπάρχει ένα σχετικό με την εμπειρία ερέθισμα (Βεντουράτου, 2009; Shapiro, 2001). Το μοντέλο προσαρμοστικής επεξεργασίας πληροφοριών είναι σημαντικό διότι έχει αποτελέσει την βάση για την διαμόρφωση της ψυχοτραυματοθεραπευτικής μεθόδου EMDR. Η μέθοδος αυτή είναι μία από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες των τραυματικών βιωμάτων παγκοσμίως και αυτό στηρίζεται σε πολλά ερευνητικά δεδομένα, ίσως τα περισσότερα από κάθε άλλη μέθοδο (Βεντουράτου, 2009).

Η κατάσταση της ψυχικής αποσύνδεσης διαγνωστικά μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα της διαταραχής μετατραυματικού στρες ή άλλων διαταραχών από το συγκεκριμένο φάσμα, ή μία αυτοτελή διαγνωστική κατηγορία. Οι αποσυνδεδετικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια σε διαστάσεις που αφορούν στη συνείδηση, τη μνήμη, ταυτότητα, συναίσθημα, πρόσληψη, συμπεριφορά και άλλα. Τα συμπτώματα της αποσύνδεσης βιώνονται ως παρεισφρήσεις στο συνειδητό και την ανικανότητα ανάκτησης πληροφοριών από τις προσωπικές εμπειρίες, που σε άλλες περιπτώσεις η πρόσβαση είναι άμεση (American Psychiatric Association, 2013). Σύμφωνα με τον Putnam (1994) η αποσύνδεση είναι μία κατάσταση που αλλάζει την προσβασιμότητα στη μνήμη, το γνωστικό επίπεδο, τη συμπεριφορά και την αίσθηση του εαυτού. Υπάρχει αιτιώδης σχέση αποσύνδεσης και τραυματικών βιωμάτων. Τα προβλήματα σχετίζονται με τη συναισθηματική ρύθμιση, με αλλαγές στην ταυτότητα, δυσκολίες στη μνήμη, αναβίωση τραυματικών βιωμάτων και συμπεριφορικές διαταραχές (Carlson και συν., 2009; Hornstein & Putnam, 1992; Putnam, 1997). Σύμφωνα με τον Liotti (2009) υπάρχει στενή συνάφεια μεταξύ της αποσύνδεσης και του αποδιοργανωμένου τύπου δεσμού διότι και στις δύο περιπτώσεις υπάρχουν οργανωτικές αστοχίες του ψυχισμού σχετικά με την λειτουργία της συνείδησης, της μνήμης και της ταυτότητας. Υπάρχει σύνδεση του αποδιοργανωμένου τύπου δεσμού του παιδιού με το τραυματικό παρελθόν του γονιού και το ιστορικό ανεπαρκών τύπου δεσμού, διότι όταν ο γονιός εκδηλώνει παρεισφρήσεις εξαιτίας των τραυμάτων του τότε η συμπεριφορά γίνεται εκφοβιστική για το παιδί (λόγω των ξαφνικών και σφοδρών αντιδράσεων που δεν μπορεί να εξηγήσει το παιδί), οπότε δημιουργείται το παράδοξο ο γονιός να είναι η πηγή του εκφοβισμού και ταυτόχρονα η πηγή της φροντίδας (Liotti, 2009). Η αποσύνδεση στα μικρά παιδιά περιλαμβάνει καταστάσεις όπως μία πολύπλοκη τάση να ξεχνούν, εναλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση και τη συμπεριφορά, να ακούν φωνές, να αναφέρονται για τον εαυτό τους στο τρίτο πρόσωπο, να υπερεμπλέκονται με φανταστικούς φίλους που το παιδί έχει την αίσθηση ότι είναι αληθινοί, να βιώνουν ξαφνικές παλινδρομήσεις, και άλλα (Silberg & Dallam, 2009). Όπως είναι ευνόητο όλη αυτή η συμπτωματολογία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από το φόβο της σύγχυσης με τα ψυχιατρικά συμπτώματα του γονιού και τις υποθέσεις για την μετάδοση της γονικής ψυχικής νόσου στο παιδί.

5.2 Η επίδραση των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή

Σε πολλές έρευνες για την επίδραση των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή συμπεριλαμβάνεται άμεσα η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, αλλά και έμμεσα μέσω των βιωμάτων της συναισθηματικής ή σωματικής παραμέλησης, ενίοτε δε και της κακοποίησης, δεδομένου ότι συχνά οι γονείς που πάσχουν ψυχικά δεν έχουν επαρκή έλεγχο του εαυτού στις φάσεις της ψυχιατρικής υποτροπής ή στερούνται στοιχειωδών δεξιοτήτων γονικής λειτουργικότητας (Greif- Green και συν., 2010; Korkeila και συν., 2010; Varese και συν., 2012). Οι συνηθέστερες αντιξοότητες που διερευνώνται αφορούν στην παθολογία της οικογένειας, όπως η γονική ψυχική νόσος και η γονική χρήση ουσιών ή η ενδοοικογενειακή βία, οι περιπτώσεις σωματικής, σεξουαλικής κακοποίησης και παραμέλησης, οι απώλειες προσώπων όπως ο θάνατος του γονιού ή το διαζύγιο, ή άλλες δυσκολίες όπως τα σωματικά νοσήματα, οι οικονομικές αντιξοότητες, κ.λπ. (Benjet και συν., 2010; Kessler και συν., 1997, 2010).

Στις δημοσιευμένες μελέτες της παρούσας ανασκόπησης ο αριθμός των βιωμένων αντιξοοτήτων ποικίλει. Οι Kessler και συν. (1997) σε μία έρευνα σταθμό με τη χρήση ενός μεγάλου αντιπροσωπευτικού δείγματος του αμερικανικού πληθυσμού στην οποία εξετάστηκαν 26 αντιξοότητες βρέθηκε ότι τουλάχιστον τα τρία τέταρτα είχαν βιώσει σημαντικές αντιξοότητες, και πάνω από τους μισούς είχαν την εμπειρία πολλών άλλων. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Lu και συν. (2008) όσοι συμμετέχοντες έχουν εκτεθεί σε έναν τύπο αντιξοότητας ήταν πάρα πολύ πιθανό να έχει εκτεθεί τουλάχιστον σε άλλους 2 ή 3, κάτι που επιβεβαιώθηκε και στην μελέτη των Benjet και συν. (2010). Σε άλλη μελέτη πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες απάντησαν ότι είχαν βιώσει τουλάχιστον μία αντιξοότητα, με πιο κοινές την ενδοοικογενειακή βία, τη γονική ψυχική νόσο και τις οικονομικές δυσκολίες. Πάνω από μία αντιξοότητα είχε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που ανέφεραν παραμέληση στην παιδική ηλικία. Όσοι ανέφεραν γονική ψυχική νόσο ήταν πολύ πιθανό να αναφέρουν κι άλλες αντιξοότητες, με μέσο όρο τις 4 (Greif- Green και συν., 2010). Το βίωμα των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας, συμπεριλαμβανομένης της γονικής ψυχικής νόσου έχει συνδεθεί ερευνητικά με πολλές καταστάσεις στο παρόν, μία εκ των οποίων είναι η εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας. Ειδικά στη συνθήκη των πολλαπλών αντιξοοτήτων η διασύνδεση είναι ακόμη πιο ισχυρή (Kessler και συν., 2010) κι αυτό μπορεί να αφορά διάφορες νοσολογικές οντότητες όπως συμβαίνει στην περίπτωση της κατάθλιψης

(Chapman και συν., 2004). Υποστηρίζεται δε ότι το ζήτημα του αριθμού των βιωμένων αντιξοοτήτων στην πραγματικότητα είναι ακόμη μεγαλύτερο, αλλά δεν αναφέρονται στο μέγεθός τους λόγω της ντροπής, της δυσκολίας διαχείρισης κατά την αφήγηση ή της δυσκολίας να τα ανακαλέσουν στη μνήμη (Kessler και συν., 1997).

Σε αρκετές μελέτες διερευνήθηκε η αθροιστική συνέπεια διαφόρων αντιξοοτήτων και διαπιστώθηκε ότι είναι πολύ πιθανή η επαναθυματοποίηση στην ενήλικη ζωή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, απόπειρες αυτοκτονίας (Lu και συν., 2008). Όσο πιο συχνή είναι η έκθεση σε αντιξοότητες τόσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (Hovens και συν., 2010). Όταν το άτομο εκτίθεται σε παραπάνω από μία αντιξοότητες τότε η επίδραση λειτουργεί αθροιστικά και μπορεί η συνθήκη αυτή να σχετιστεί με την εμφάνιση πολλαπλών ψυχικών διαταραχών στα πλαίσια της συννοσηρότητας (Kessler και συν., 1997). Οι αντίξοες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας δρουν αθροιστικά και στην ανάπτυξη του εγκεφάλου μέσα από την επαναλαμβανόμενη και χρόνια αντίδραση στο στρες, και τις επιδράσεις της αδρεναλίνης που απελευθερώνουν κατεχολαμίνες και κορτικοστεροειδή στην ανάπτυξη των νευρώνων και των νευρωνικών δικτύων (Dube και συν., 2003). Υπάρχουν και δημοσιεύσεις που προσεγγίζουν το ζήτημα της αθροιστικής επίδρασης των αντιξοοτήτων πιο συγκρατημένα. Για παράδειγμα, οι Benjet και συν., (2010) υποστηρίζουν ότι η επίδραση των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας στην ψυχοπαθολογία της ενήλικης ζωής μπορεί να δρουν αθροιστικά αλλά η επίδραση αυτή φτάνει ως ένα όριο και μετά είναι πολύ λιγότερη (ceiling effect). Αντιστοίχως, οι McLaughlin και συν. (2010b) θεωρούν ότι οι αντιξοότητες λειτουργούν μη προσθετικά, ίσως επειδή αναπτύσσεται ένα είδος ανθεκτικότητας.

Σε μία επιδημιολογική μελέτη με στοιχεία που συλλέχθηκαν σε διάστημα 45 ετών στη Μεγάλη Βρετανία για όλα σχεδόν τα άτομα που γεννήθηκαν το έτος 1958 βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας με την ψυχοπαθολογία στην εφηβεία, την αναδυόμενη ενηλικίωση και την μέση ηλικία (Clark και συν., 2010). Οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας αποτελούν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την επιμονή της ψυχικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή, ακόμη κι αν συμπεριληφθούν άτομα της τρίτης ηλικίας, κυρίως για διαταραχές διάθεσης και χρήσης ουσιών (McLaughlin και συν., 2010a). Σε μία αμερικανική μελέτη τεσσάρων γενεών που γεννήθηκαν μεταξύ του 1900 και 1978 βρέθηκε υψηλότερος κίνδυνος για

κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών και άλλα, που ήταν ανάλογος των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας (Dube και συν., 2003). Στην έρευνα των Stafford και συν. (2015), οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας συνδέθηκαν με την ψυχική υγεία των ατόμων 50 χρόνια αργότερα.

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις στο παρόν ως αποτέλεσμα (και) των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας ποικίλουν. Τα παιδικά ψυχικά τραύματα σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο για αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή ή συνδυασμό των δύο (Hovens και συν., 2010). Έχει βρεθεί διασύνδεση των αντιξοοτήτων ειδικά με μείζονα κατάθλιψη, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις διαπροσωπικής απώλειας (Slavich και συν., 2011). Σε μία μελέτη στην Ελβετία (Angst και συν., 2011) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, μέσω της διενέργειας 4 συνεντεύξεων στο ηλικιακό διάστημα μεταξύ των 27 και 40 ετών, βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος για διαταραχές διάθεσης, κυρίως ως προς το ζήτημα της χρονιότητας αλλά και της επιμονής αυτών των διαγνώσεων.

Επίσης, σε μία μεταανάλυση δημοσιευμένων ερευνών από το 1980 μέχρι το 2011 (Varese και συν., 2012) βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση των αντιξοοτήτων με τον κίνδυνο για ψύχωση. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αν είχαν απομονωθεί οι αντιξοότητες ως παράγοντας κινδύνου και παρέμεναν οι άλλοι, τότε θα επερχόταν μείωση του πληθυσμού με ψύχωση κατά το ένα τρίτο. Η σύνδεση αυτή βρέθηκε ότι ήταν ανεξάρτητη του τύπου της έκθεσης, δηλαδή σε ποια αντιξοότητα εκτέθηκε το άτομο. Σε μία παρόμοια ανασκόπηση τονίστηκε ότι η διασύνδεση αυτή είναι πολύ επίμονη στο πέρασμα του χρόνου (Peh και συν., 2019). Έχουν συστηθεί πολλές θεωρητικές προτάσεις για τις παιδικές αντιξοότητες και την ψύχωση σε βιολογικό ή γενετικό επίπεδο (Peh και συν., 2019), αλλά πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι η σύνδεση πρέπει να προσεγγίζεται απαρτιωτικά, δηλαδή να λαμβάνονται υπόψη ταυτόχρονα και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Sideli και συν., 2020). Θεωρείται πολύ σημαντική η συμβολή των παραγόντων που διαμεσολαβούν τις παιδικές αντιξοότητες και την ψύχωση, όπως για παράδειγμα τα μετατραυματικά συμπτώματα, οι καταστάσεις ψυχικής αποσύνδεσης ή διάσχισης, το είδος του δεσμού με τον κύριο φροντιστή, οι δυσκολίες στην ρύθμιση των συναισθημάτων, ή οι παραποιημένες προσλήψεις για τον εαυτό (Williams και συν., 2018).

Οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας έχουν συνδεθεί ψυχοπαθολογικά και με διαταραχές προσωπικότητας όπως βλέπουμε στην περίπτωση της εμφάνισης μεταιχμιακών συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της μητρικής απόσυρσης 20 χρόνια αργότερα (Lyons- Ruth, 2012) ή των σχιζότυπων συμπτωμάτων που έχουν συνδεθεί κυρίως με τη συναισθηματική και λεκτική κακοποίηση (Berenbaum και συν., 2008). Επίσης έχει βρεθεί σύνδεση με την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση (Wu και συν., 2010). Σε πολλές έρευνες έχουν συνδεθεί τα ψυχικά τραύματα με τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, κυρίως αυτοτραυματισμούς οι οποίοι έχουν συσχετιστεί κυρίως με την σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, ειδικά από οικογενειακό μέλος (Lang & Sharma-Patel, 2011) και απόπειρες αυτοκτονίας οι οποίες έχουν συσχετιστεί με τη γονική ψυχική νόσο, την κακοποίηση, ή απώλεια του κύριου φροντιστή (Dieserud και συν., 2002; Dieserud & Forsen, 2002; Johnson και συν., 2002).

Πέρα από τις επιπτώσεις στην ψυχοπαθολογία, υπάρχουν και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των αντιξοοτήτων (Wu και συν., 2010) -μεταξύ των οποίων και η γονική ψυχική νόσος- σε τομείς όπως είναι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τα συναισθήματα, οι σχέσεις και το εργασιακό καθεστώς. Η εμπειρία τραυματικών βιωμάτων στην παιδική ηλικία σχετίζεται και με την διαμόρφωση χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή όπως τα επίπεδα νευρωτισμού, ήτοι ένταση, νευρικότητα, ευερεθιστότητα, ανασφάλεια και συναισθηματικότητα, αλλά ταυτόχρονα και μία ανοιχτή στάση προς τη ζωή, περιέργεια, και δημιουργικότητα. Ενίοτε η δεύτερη συνθήκη, ενώ είναι θετική εκ πρώτης όψεως μπορεί να συμβάλει στην επαναθυματοποίηση λόγω της αισιοδοξίας που μειώνει την επαγρύπνηση (Allen & Lauterbach, 2007). Ο νευρωτισμός μελετήθηκε, επίσης, σε μία έρευνα στην οποία αναζητήθηκε η σύνδεση των αντίξων εμπειριών της παιδικής ηλικίας με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα σε άτομα προχωρημένης ηλικίας (περίπου 80 ετών). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε βιώματα αντιξοοτήτων στην παιδική ηλικία τα οποία σχετίστηκαν με ένα εύρος αρνητικών συναισθημάτων στο παρόν, την ανεπάρκεια υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων και την μοναξιά, όπως και με λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες και επίπεδα γνωστικής λειτουργικότητας σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς εμπειρία αντιξοοτήτων στην παιδική ηλικία (Wilson και συν., 2006). Η παιδική κακομεταχείριση και παραμέληση συσχετίστηκε με ψυχολογικές δυσκολίες όπως ο θυμός, το άγχος, οι κρίσεις πανικού, η σωματική δυσφορία, στις

γυναίκες με χρόνια πυελικό άλγος, γαστρεντερική δυσφορία, αποφευκτικές συμπεριφορές, κοινωνική περιθωριοποίηση (Briere & Jordan, 2009). Οι αντιξοότητες, επιπλέον, συνέβαλαν στην αρνητική πρόσληψη του εαυτού στο παρόν, ως κατώτερο, αισθανόμενο ντροπή, με χαμηλή αυτοπεποίθηση, με φόβο της έκθεσης, αυτομομφές για τις κακοποιητικές συμπεριφορές των άλλων και θυματοποίηση (Harvey και συν., 2012), καθώς επίσης και χαμηλή κοινωνική κατανόηση σε διάφορους τομείς, χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη, περιορισμένη κατανόηση των αιτιών των συναισθημάτων και ειδικότερα της λύπης και του θυμού (Luke & Banerjee, 2012). Σύμφωνα με τους Korkeila και συν. (2004) οι αντιξοότητες επηρεάζουν αρνητικά την αισιοδοξία, ενώ οι καλές σχέσεις των γονιών με τα παιδιά τους συνδέονται με αυξημένη αισιοδοξία, δηλαδή οι αντιξοότητες και οι φτωχές οικογενειακές σχέσεις οδηγούν σε λιγότερο αισιόδοξες προσδοκίες (Korkeila και συν., 2004). Οι αντίξοες εμπειρίες σε πρώιμη ηλικία συμβάλλουν στο να θεωρείται από τα άτομα ότι τα βιώματα δεν υπόκεινται στον έλεγχό τους, διαμορφώνοντας έτσι μία ευαλωτότητα που προδιαθέτει την εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες (McLaughlin και συν., 2010b).

Οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας σχετίζονται υψηλά και με την εμπειρία αντίστοιχων γεγονότων ζωής στην ενηλικίωση, κυρίως σε διαπροσωπικά θέματα (π.χ. περιπτώσεις βίας, αποχωρισμοί, κ.λπ.). Επίσης σχετίζονται υψηλά και με τον αριθμό των αντίξων γεγονότων στην ενήλικη ζωή, αλλά και με την υποκειμενική αίσθηση της βαρύτητας αυτών των γεγονότων (Korkeila και συν., 2010). Σε έρευνες εντοπίστηκαν αρνητικές επιδράσεις στις στενές σχέσεις και τα κοινωνικά δίκτυα στη μέση ηλικία (Stansfeld και συν., 2011), με περισσότερες πιθανότητες να χαλάσει η σχέση τους με τον σύντροφο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Colman και συν., 2004). Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός παιδιών λόγω των αντιξοοτήτων-κυρίως σε χώρες του εξωτερικού απομακρύνεται από την οικογένεια και τοποθετείται σε πλαίσια ανάδοχης φροντίδας με αποτέλεσμα επιπρόσθετων τραυμάτων και επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή όπως η χρήση ουσιών, τα προβλήματα με το νόμο, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, κ.λπ. (Frederick & Goddard, 2007).

Οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες μπορούν να επηρεάζουν και τη λειτουργία των διαφόρων συστημάτων του οργανισμού όπως του ανοσοποιητικού. Έτσι, τα παιδιά που εκτέθηκαν σε πρώιμη γονική αποστέρηση ή σωματική κακοποίηση είχαν αυξημένα επίπεδα

αντισωμάτων για τον ιό του απλού έρπητα τύπου Ι, με αυξημένες πιθανότητες για εκδήλωση αυτοάνοσου νοσήματος στην ενήλικη ζωή, καθώς και αναπνευστικές και καρδιαγγειακές παθήσεις (Forrest & Riley, 2004; Taylor και συν., 2011; Waldinger και συν., 2006), αύξηση νοσηλειών λόγω προβλημάτων στο θυρεοειδή και ρευματικές ασθένειες, φαίνεται δε ότι το νευρικό, το ενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα είναι αλληλένδετα ως προς τις επιπτώσεις των αντιξοοτήτων (Dube και συν., 2009).

Σχετικά με το είδος των αντιξοοτήτων σε κάποιες έρευνες, δεν βρέθηκε αντιστοίχιση συγκεκριμένων αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας με συγκεκριμένες επιπτώσεις στο παρόν (Kessler και συν., 1997). Εντούτοις, κάποιες δημοσιεύσεις επιχειρούν παρατηρήσεις όπως το ότι οι γονικές ψυχικές διαταραχές διπλασιάζουν τον κίνδυνο για την εμπειρία τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία, ειδικά στις περιπτώσεις αντικοινωνικής διαταραχής (Korkeila και συν., 2010), ή ότι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία ξεχωρίζει ως παράγοντας κινδύνου καθώς αυξάνει πάρα πολύ την πιθανότητα ψυχοπαθολογίας σε όλες τις ηλικιακές περιόδους (Benjet και συν., 2010). Οι Zlotnick και συν. (2008) υποστήριξαν ότι ειδικά η εμπειρία του διαζυγίου μπορεί να έχει πολύ αρνητικό αντίκτυπο και σχετίζεται με κατάθλιψη στην διάρκεια της ζωής, ιδίως στη συνθήκη έντονων συγκρούσεων μεταξύ των γονέων. Επίσης, η οικογενειακή δυσλειτουργία και το διαζύγιο των γονέων μπορεί να έχει ένα ευρύ φάσμα επιπτώσεων και κυρίως της ψυχοπαθολογίας στο παρόν (Kessler και συν., 2010; McLaughlin και συν., 2010a, 2010b). Η ψυχολογική κακοποίηση προβλέπει σημαντικά τις διάφορες μορφές επιθετικότητας, και τις δυσκολίες στη διαπροσωπική λειτουργικότητα, καθώς και τη ρύθμιση των συναισθημάτων (Allen & Lauterbach, 2007).

5.3 Συναισθηματικός δεσμός

Η ανάπτυξη της θεωρίας του δεσμού από τον Bowlby είχε σκοπό την μελέτη των κινήτρων και προσπαθειών κατάκτησης της ασφάλειας σε μακροχρόνιες και θεμελιώδεις σχέσεις. Ο δεσμός έχει εξελικτική σημασία, συμβάλλει στην επιβίωση και στη διαιώνιση του είδους, ενώ κατά τον αποχωρισμό με τον κύριο φροντιστή ενεργοποιείται το σύστημα του

δεσμού με στόχο την επανασύνδεση, η οποία αν δεν επιτευχθεί δημιουργούνται αντιδράσεις (Howe, 2011; Καφέτσιος, 2005). Ο Bowlby υποστήριξε πως με το πέρασμα του χρόνου διαμορφώνονται και παγιώνονται εσωτερικά διεργασιακά μοντέλα τα οποία εμπεριέχουν προσδοκίες για τη διαθεσιμότητα των άλλων και την αξία του εαυτού να δεχτεί φροντίδα (Mikulincer & Shaver, 2009). Η Ainsworth και οι συνεργάτες της προσπαθώντας να τεκμηριώσουν εμπειρικά τις απόψεις του Bowlby μέσω πειραμάτων και παρατήρησης κατέληξαν σε 3 τύπους δεσμού μητέρας βρέφους, τον ασφαλή, τον αγχώδη αποφευκτικό και τον αγχώδη αμφιθυμικό (Brown και συν., 2016), ενώ η Main και οι συνεργάτες προσέθεσαν αργότερα και έναν τέταρτο τύπο, τον αποδιοργανωμένο, με αντιφατικές συμπεριφορές δεσμού χωρίς συνεπή στρατηγική (Mikulincer, & Shaver, 2007). Η Crittenden (2008) θεωρεί ότι αυτός ο τύπος δεσμού εντέλει δεν είναι και τόσο αποδιοργανωμένος, αλλά αντανακλά μία κατά κάποιο τρόπο οργανωμένη στρατηγική σε συγκεκριμένα χαοτικά πλαίσια. Η γονική ευαισθησία συντείνει στην διαμόρφωση ασφαλούς δεσμού, ενώ η έλλειψη γονικής ευαισθησίας στον ανασφαλή (Wan & Green, 2009).

Σύμφωνα με τον Bowlby (1997) ο τύπος ή η ποιότητα του δεσμού συνεχίζει να εξελίσσεται στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία με γνώμονα την εξέλιξη των οικογενειακών σχέσεων, υπάρχει όμως ένας βαθμός αντίστασης στην αλλαγή στο πέρασμα του χρόνου. Υπάρχουν και κάποιες έρευνες που υποστηρίζουν ότι ο τύπος δεσμού παραμένει σταθερός για μεγάλα χρονικά διαστήματα, π.χ. από την εγκυμοσύνη μέχρι και την ενηλικίωση των παιδιών (Sroufe και συν., 2005) κι ότι έχει διαχρονικότητα (Jungbauer και συν., 2019). Σε μακροχρόνιες μελέτες για τη διαμόρφωση του τύπου συναισθηματικού δεσμού σε νέους ενήλικες που έχουν βιώσει αρνητικά ή στρεσογόνα γεγονότα ζωής βρέθηκε ότι τα γεγονότα αυτά επηρεάζουν ακόμη κι αν υπάρχει ανθεκτικότητα και τονίζεται ότι υπάρχει η δυνατότητα αλλαγής του τύπου δεσμού αναλόγως των εμπειριών (Weinfield και συν., 2000). Παράδειγμα στρεσογόνων γεγονότων ζωής αποτελεί η γονική ψυχική νόσος και η χρήση ουσιών, καθώς επίσης η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση, το διαζύγιο των γονέων και η φτώχεια (τα οποία συνυπάρχουν στην περίπτωση της γονικής ψυχικής νόσου), (Weinfield και συν., 2000). Οι τύποι δεσμού φαίνεται, επίσης, ότι μεταδίδονται διαγενεακά (Brown και συν., 2016).

Σε γενικές γραμμές, ως προς την κατανόηση της ενήλικης λειτουργικότητας σχετικά με τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, διαπιστώνεται ερευνητικά ότι ο ανασφαλής τύπος δεσμού συνδέεται με εμπειρίες γονικής απόρριψης, ελλιπούς ζεστασιάς και γονικής ευαισθησίας, εμπειρίες αντίξων βιωμάτων και με λιγότερη ανοχή στο στρες (Hinnen, και συν., 2009; Leon & Jacobitz, 2003). Σε κάποιες μελέτες υποστηρίζεται ότι ο αγχώδης τύπος δεσμού εντοπίζεται πιο συχνά σε διαζευγμένους (Stansfeld και συν., 2008). Οι δυσλειτουργικές σχέσεις στην дуάδα γονιών παιδιών αλλά και ευρύτερα στην οικογένεια και η ανάπτυξη ανασφαλούς τύπου δεσμού συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας όπως είναι η πιθανότητα για ανάπτυξη της κατάθλιψης (Lima και συν., 2010; Stansfeld και συν., 2008,). Οι Bifulco και συν. (2002a, 2002b) συσχέτισαν τον ανασφαλή τύπο δεσμού με την κλινική κατάθλιψη, ειδικά στις περιπτώσεις που προεξήρχαν τα εχθρικά συναισθήματα προς τον πάσχοντα γονιό, τα οποία ενίσχυαν κατά κάποιο τρόπο το θυμό, το αίσθημα αβοηθητότητας και ενοχών στις ενήλικες σχέσεις, καθώς και με την αρνητική αξιολόγηση για τον εαυτό και την φτωχή υποστήριξη από τους άλλους. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε συσχέτιση του ανασφαλούς τύπου δεσμού με την εμφάνιση γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και κοινωνικής φοβίας, η σχέση δε της παραμέλησης ή της κακοποίησης στην παιδική ηλικία και του τύπου δεσμού ήταν πάρα πολύ υψηλή (Bifulco και συν., 2006). Σε μία διαχρονική μελέτη διάρκειας 30 ετών βρέθηκε ισχυρή στατιστική συσχέτιση μεταξύ της αποτελεσματικότητας της πρώιμης μητρότητας και της ωριμότητας των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών στα ενήλικα παιδιά, ωστόσο, η σχέση μεταξύ πολλαπλών παιδικών τραυμάτων και μειωμένης έκβασης ήταν ακόμη ισχυρότερη (Massie & Szajnborg, 2002).

Κατά την ανασκόπηση των δημοσιευμένων μελετών προκύπτει ότι δεν υπάρχουν πολλές που να διερευνούν αποκλειστικά τον συναισθηματικό δεσμό των παιδιών με ψυχικά πάσχοντες γονείς. Εντούτοις, πολλά από τα θέματα που αφορούν στο δεσμό συμπεριλαμβάνονται στις ποσοτικές αλλά και στις ποιοτικές μελέτες για την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου από την πλευρά των παιδιών, όπως για παράδειγμα η πρόσληψη της αλληλεπίδρασης γονιού παιδιού, η γονική ευαισθησία και η σταθερότητα της φροντίδας (Foster, 2010; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Knutsson-Medin και συν., 2007; Murphy και συν. 2018a). Οι Duncan & Browning (2009) που διερεύνησαν τον δεσμό στα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων βρήκαν ότι υπάρχει δυσκολία στην σύναψη στενών σχέσεων και καλλιέργειας της εμπιστοσύνης, με αμφιθυμικά

συναισθήματα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν αναμνήσεις με έλλειψη εγγύτητας και αγάπης ως παιδιά με τον πάσχοντα γονιό, γεγονός που επηρέασε τον τύπο δεσμού τους ως ενήλικες. Σε διαδικτυακή έρευνα με 296 ενήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων στη Γερμανία (Jungbauer και συν., 2019) για τα βιώματα που σχετίζονται με θέματα δεσμού βρέθηκε χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα οικειότητας και εμπιστοσύνης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και πολύ υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους. Το 39% των ατόμων είχε αγχώδη αποφευκτικό τύπο δεσμού το οποίο επιδειωνόταν όταν δεν υπήρχε εναλλακτική φιγούρα δεσμού. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων στην ενήλικη ζωή δυσκολεύονται να συνάπτουν στενές σχέσεις και να δείχνουν εμπιστοσύνη, είναι καχύποπτοι ενώ επιθυμούν την εγγύτητα. Στην έρευνα αυτή προγνωστικοί παράγοντες για τον τύπο δεσμού αποτέλεσαν οι διαστάσεις της ασφάλειας στην παιδική ηλικία, τα οικογενειακά ελλείμματα και οι εμπειρίες στίγματος (Jungbauer και συν., 2019). Οι Gelkopf & Jabotaro (2012) μελέτησαν 60 μητέρες με σοβαρή ψυχική νόσο ως προς το γονικό στυλ, τη γονική ικανότητα, τα κοινωνικά δίκτυα και τον τύπο δεσμού με τα παιδιά τους και βρήκαν ότι τα κοινωνικά δίκτυα συμβάλλουν στη δημιουργία προσαρμοστικών συμπεριφορών γονικής μέριμνας, ειδικά για τις μητέρες που πάσχουν από σχιζοφρένεια, διότι συνήθως είναι πιο απομονωμένες. Επίσης στις περιπτώσεις που οι πάσχοντες γονείς είχαν χαμηλή γονική ικανοποίηση τότε ήταν πιο πιθανό να ασκούν ένα πολύ επιτρεπτικό ή εχθρικό στυλ γονικής μέριμνας. Όπως και σε άλλες έρευνες βρήκαν, επίσης, ότι ο πιο ασφαλής τύπος δεσμού του γονιού συνεπαγόταν μεγαλύτερη γονική ικανότητα (Gelkopf & Jabotaro, 2012). Σύμφωνα με τους Wan & Green (2009) οι μητέρες με ψυχωτική διαταραχή έχουν δυσκολία στην αμοιβαία αλληλεπίδραση με το βρέφος, αποσύρονται εύκολα και δεν επικεντρώνονται επαρκώς, με αποτέλεσμα τον ανασφαλή τύπο δεσμού στα παιδιά και την περαιτέρω ελλειμματική κοινωνική δεξιότητα και εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων μεγαλώνοντας (Wan & Green, 2009). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στο συναισθηματικό δεσμό και τη σύνδεση των μητέρων με κατάθλιψη με τα παιδιά τους, όπως για παράδειγμα μειωμένη γονική ανταπόκριση, λιγότερη ζεστασιά και στοργή, ανεπαρκή αλληλεπίδραση, μειωμένη συναισθηματική διαθεσιμότητα, αυξημένες διακυμάνσεις στην γονική ευαισθησία (Kim και συν., 2012; Kluczniok και συν., 2016; van Doorn και συν., 2016). Τα παιδιά εκδήλωναν περισσότερα εξωτερικευμένα προβλήματα όταν ο γονιός

ασκούσε υψηλότερο έλεγχο (van Doorn και συν., 2016), ενώ η επίδραση συνεχιζόταν ακόμη κι όταν τα συμπτώματα του γονιού τελούσαν υπό ύφεση (Klucznioκ και συν., 2016). Ανεξαρτήτως της γονικής διάγνωσης, όταν ο γονιός είχε δυσκολία στην ρύθμιση των συναισθημάτων υπήρχαν επιπτώσεις σχετικές με τον συναισθηματικό δεσμό και στους γονείς και στα παιδιά δεδομένης της ανεπαρκούς συναισθηματικής διαθεσιμότητας, ή τη χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών για την μείωση της έντασης που αποτελούν στοιχεία ανεπαρκούς γονικής μέριμνας (Kim και συν., 2012). Οι μητέρες που έχουν ιστορικό κακοποίησης και σεξουαλικής βίας (όπως έχουν πολλές μητέρες με ψύχωση) έχει βρεθεί ότι έχουν υψηλότερο άγχος, μικρότερη γονική ευαισθησία, φτωχότερες σχέσεις γονιού παιδιού, ενώ στην περίπτωση που υπάρχει σεξουαλική βία στο παρόν ο αντίκτυπος είναι ακόμη μεγαλύτερος (Pereira και συν., 2012; Reid-Cunningham, 2009).

Η θεωρία του δεσμού πέρα από τις εφαρμογές στην προσωπικότητα, στην ψυχοπαθολογία, την λειτουργικότητα, κ.λπ., αξιοποιήθηκε και σε θέματα που άπτονται των ενήλικων συναισθηματικών σχέσεων. Πρωτοπόροι σε αυτό τον τομέα ήταν οι Hazan & Shaver (1987) που πρότειναν 3 τύπους δεσμού αντίστοιχους με εκείνους για τη βρεφική ηλικία, (δηλαδή τον ασφαλή, αγχώδη και αμφιθυμικό), και οι οποίοι συνέταξαν ένα πρωτόλειο ερωτηματολόγιο προσπαθώντας να κατατάξουν τους ενήλικες ανάλογα με τις εμπειρίες τους σε έναν από τους τρεις τύπους Δεσμού. Ομοίως, οι George και συν. (1985), οι οποίοι χρησιμοποίησαν τη συνέντευξη δεσμού ενηλίκων (AAI), σύμφωνα με την οποία αξιολογούνται οι αναμνήσεις από την παιδική ηλικία και σχετίζεται περισσότερο με την αναπτυξιακή ψυχολογία και έχει μια ψυχοδυναμική προσέγγιση. Οι Bartholomew & Horowitz, (1991) θεώρησαν ακριβέστερη την περιγραφή του ενήλικου δεσμού μέσω δύο διαστάσεων (θετική ή αρνητική εικόνα για τον εαυτό και θετική ή αρνητική εικόνα για την διαθεσιμότητα των άλλων) και τεσσάρων τύπων: ο ασφαλής (θετική εικόνα εαυτού και άλλων), ο προκατειλημμένος (αρνητική εικόνα εαυτού, και θετική εικόνα των άλλων), ο απορριπτικός αποφευκτικός (θετική εικόνα του εαυτού και αρνητική των άλλων) και ο φοβικός (αρνητική εικόνα του εαυτού και των άλλων). Επίσης, αναγνώρισαν την δυνατότητα να υπάρχουν κάποιες διαβαθμίσεις στους τύπους δεσμού, όπως ότι δεν είναι όλοι οι ασφαλείς τύποι δεσμού εξίσου ασφαλείς, καθώς και ότι

μπορεί να υπάρχουν συνδυασμοί με στοιχεία από διάφορους τύπους δεσμού (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Στη μελέτη της θεωρίας του Δεσμού έχουν εντοπιστεί διαφορές για τα παιδιά και τους ενήλικες όπως για παράδειγμα, η διάσταση της σεξουαλικότητας, η αμφίδρομη παροχή φροντίδας, η δυνατότητα στους ενήλικες για σύνδεση με περισσότερες φιγούρες δεσμού, η αξιοποίηση εναλλακτικών πηγών, το ότι μετακινείται κατά κάποιο τρόπο το επίκεντρο της προσοχής από την σωματική εγγύτητα και ασφάλεια στην ψυχολογική και άλλα (Fraley & Shaver, 2000; Mikulincer & Shaver, 2009; Τσαγκαράκης, 2007). Ο δεσμός ενηλίκων ερευνητικά (και θεραπευτικά) έχει αξιοποιηθεί ως προς την επιλογή των συντρόφων, όπως για παράδειγμα η ιδέα της επίδρασης του τύπου δεσμού, της επιβεβαίωσης των προσδοκιών για τις σχέσεις, της διαμόρφωσης της ασφάλειας στη σχέση, κ.λπ. (Chappell & Davis, 1998; Mikulincer & Erev, 1991; Pietromonaco & Carnelley, 1994).

Επίσης, η θεωρία του δεσμού αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο πλαίσιο για τη διερεύνηση των συγκρούσεων, τόσο γιατί αποτελεί αναπόφευκτο μέρος της επικοινωνίας των ζευγαριών αλλά και γιατί τα άτομα εγκλωβίζονται σε μοτίβα συσχέτισης σε αρνητικούς φαύλους κύκλους με δυσκολία επίλυσης προβλημάτων που είναι απειλητικά για τον δεσμό (Johnson, 2013). Όμως οι συγκρούσεις μπορούν και να προάγουν τον δεσμό του ζευγαριού καθώς ανακαλύπτονται νέες πληροφορίες (ως προς τα συναισθήματα, αποδοχή και εγγύτητα) και διατηρείται ο διάλογος ανοιχτός (Domingue & Mollen, 2009; Johnson, 2013). Ο δεσμός του ζευγαριού βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το ευρύτερο σύστημα της οικογένειας και τις άλλες дуάδες και την ικανότητα της οικογένειας να παρέχει ασφαλή βάση στα μέλη (Byng-Hall, 1995). Επίσης, ο δεσμός του ζευγαριού έχει άμεση σχέση με την σεξουαλικότητα, για παράδειγμα άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού συνάπτουν λιγότερο μακροχρόνιες σχέσεις, με περισσότερες εμπειρίες ευκαιριακής σεξουαλικής δραστηριότητας, η πρόσδεση θεωρείται ότι αποτελεί πιο αξιόπιστη βάση από την σεξουαλική επιθυμία του ζευγαριού, άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού είναι πιο επιρρεπή στις απιστίες (Bogaert & Sadava, 2002; Butzer & Campbell, 2008; Johnson, 2013). Η διάσταση της συντροφικής ικανοποίησης τέλος σχετίζεται ισχυρά με το συναισθηματικό δεσμό, έχει δε διαπιστωθεί αρνητική συσχέτιση με τον ανασφαλή τύπο δεσμού κι έχει συνδεθεί επίσης

με την ικανότητα των συντρόφων να παράσχουν ανακούφιση και παρηγοριά (Kachadourian και συν., 2004; Marchand, 2004; Sumer & Cozzarelli, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΗΣ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗΣ

Η περίοδος της αναδυόμενης ενηλικίωσης θεωρείται ένα χρονικό διάστημα στην ανάπτυξη του ανθρώπου με ευρείες και μεγάλες αλλαγές σε πολλά επίπεδα, όπως το κοινωνικό, το συναισθηματικό, το γνωστικό, της ανάπτυξης της προσωπικότητας, αλλά και σε νευροβιολογικό επίπεδο (Wood και συν., 2018). Στην αναδυόμενη ενηλικίωση οι νέοι μαθαίνουν νέες δεξιότητες στις κοινωνικές σχέσεις, την οικειότητα, τη σεξουαλικότητα, την πολιτική αφύπνιση, την πρόσληψη του εαυτού και η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του αναδυόμενου ενήλικα με το περιβάλλον (Hochberg & Konner, 2020). Ουσιαστικά είναι μία περίοδος αναβολής των δεσμεύσεων στις οποίες επιδίδονται οι άνθρωποι που βρίσκονται στην ενήλικη φάση ζωής και έτσι υπάρχει το περιθώριο για αναζητήσεις και πειραματισμούς (Bynner, 2005). Σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς αποτελεί το πιο περίπλοκο στάδιο στον κύκλο της ζωής, ενώ οι μεταβάσεις που συμβαίνουν σε αυτό το διάστημα έχουν ρέοντα χαρακτήρα με την έννοια ότι είναι αναστρέψιμες αν οι συνθήκες το επιβάλλουν (Raiu, 2019).

Τα διακριτά στοιχεία της αναδυόμενης ενηλικίωσης σύμφωνα με τον Arnett (2015) για τους νέους στις δυτικές κοινωνίες είναι η διερεύνηση της ταυτότητας (η οποία δύσκολα περατώνεται με το τέλος της εφηβείας), η μεγάλη αστάθεια σε όλους τους τομείς της ζωής (τόπος κατοικίας, επιλογές σπουδών, σχέσεις, κ.λπ.), η εστίαση στον εαυτό, η αίσθηση των αναδυομένων ενήλικων ότι βρίσκονται κάπου στο ανάμεσα, δηλαδή ούτε στην εφηβεία αλλά ούτε και στην ενήλικη ζωή, και τέλος η αισιόδοξη οπτική για το μέλλον και η εκμετάλλευση των ευκαιριών. Σύμφωνα με τους Young και συν. (2011) υπάρχουν 3 πλευρές της μετάβασης στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Η μία είναι τα διαδεχόμενα γεγονότα ζωής (περάτωση σπουδών, αυτόνομη στέγαση, κ.λπ.), η δεύτερη είναι τα τελετουργικά κατά το πέρασμα στην ενηλικίωση, και η τρίτη είναι η ψυχοκοινωνική ωριμότητα, δηλαδή η επικέντρωση σε εσωτερικές διαστάσεις (π.χ. δέσμευσης σε στόχους).

Οι Shulman και συν. (2005) προσδιόρισαν εμπειρικά 3 τύπους μοτίβων της διεργασίας κατά την ανάδυση στην ενηλικίωση. Ο πρώτος τύπος αφορά τους ικανούς και αυθεντικούς αναδυόμενους ενήλικες που με κάποιο τρόπο καταφέρνουν να έχουν κατακτήσει μία σχετική ισορροπία διότι διαθέτουν μία ικανότητα οργάνωσης του εαυτού και έχουν ταυτόχρονα υψηλή συνειδητότητα όλων των διεργασιών και αλλαγών που διέρχονται, με αποτέλεσμα να ανταποκρίνονται καλύτερα στα αναπτυξιακά έργα. Ο δεύτερος τύπος αφορά τα άτομα που δεν είναι επαρκώς απαρτιωμένα, έχουν μεγαλύτερη σύγχυση και είναι αμυντικοί και όλο αυτό αντικατοπτρίζεται στη λειτουργικότητά τους. Ο τρίτος τύπος, είναι αυτός που τα άτομα υποδύονται ότι είναι επαρκή, έχουν πολλά ερωτήματα για το τι θέλουν να κάνουν και κατά πόσο οι αποφάσεις τους αντικατοπτρίζουν τον εσωτερικό τους κόσμο.

Η χρονική διάρκεια της αναδυόμενης ενηλικίωσης σε αρκετές, κυρίως παλαιότερες, δημοσιεύσεις αφορούσε τις ηλικίες 18 έως 25 ετών. Ο Raiu (2019) τονίζοντας την συσχέτιση του χρονικού εύρους της αναδυόμενης ενηλικίωσης με το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο υποστηρίζει ότι ο όρος 'νέοι' διαφέρει σε διάφορες κοινωνίες, και αναφέρει ότι τα Ηνωμένα Έθνη ορίζουν τους νέους στο ηλικιακό εύρος 18-24, ενώ σε κάποιες κοινωνίες στην Αφρική οι νέοι ορίζονται στο ηλικιακό εύρος 14-35. Οι Wood και συν. (2018) θεωρούν ότι ξεκινά με το πέρας της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, στα 17 με 18 έτη, και καταλήγει στα μέσα μέχρι τέλη της δεκαετίας των 20 όπου οι αναδυόμενοι ενήλικες έχουν κατακτήσει ορόσημα και έχουν δεσμευτεί σε υποχρεώσεις ενηλίκων. Σύμφωνα με τον Arnett (2015) το πιο ιδανικό διάστημα είναι 18-29 ετών, διότι μέχρι τα μέσα της δεκαετίας των 20 πλέον είναι δύσκολο να έχουν κατακτηθεί αυτοί οι στόχοι.

Η φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης ουσιαστικά κατέλαβε χώρο με βάση ευρύτερες μακροκοινωνικές αλλαγές που συνέβησαν τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως στα ανεπτυγμένα κράτη. Ο Smith (2011) προσδιόρισε ότι οι αλλαγές αυτές αφορούσαν την έκρηξη προσφοράς δυνατοτήτων στην ανώτερη εκπαίδευση (σε αντιδιαστολή με το παρελθόν που οι νέοι αναζητούσαν εργασία αμέσως μετά το λύκειο), οι περίοδοι αστάθειας στην παγκόσμια οικονομία που επέβαλαν την θωράκιση με περισσότερα προσόντα, η επιθυμία των νέων να αποκτήσουν εμπειρίες πριν προβούν σε μόνιμες δεσμεύσεις και η εισαγωγή της αντισύλληψης που διαχώρισε την τεκνοποίηση από την σεξουαλική ευχαρίστηση, ώστε να μην είναι

απαραίτητη η συνθήκη του γάμου για την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριοποίησης. Ο Arnett (2015) σε ένα παρόμοιο κλίμα όρισε ότι οι αλλαγές βασίστηκαν σε 4 επαναστάσεις: την τεχνολογική (που απαιτεί επιπρόσθετες δεξιότητες και εκπαιδεύσεις, άρα και χρόνο), τη σεξουαλική, το γυναικείο κίνημα (με την προώθηση των γυναικών στην ανώτατη εκπαίδευση και την επαγγελματική καριέρα), και το κίνημα των νέων που εξήρε τη νεότητα και όχι τις δεσμεύσεις όπως ο γάμος.

Οι Wood και συν. (2018) υποστήριξαν ότι στην πορεία της αναδυόμενης ενηλικίωσης υπάρχουν επιρροές τριών επιπέδων, το μακροεπίπεδο, το μέσο και το μικροεπίπεδο. Στο πρώτο υπάγονται οι μακροκοινωνικές προσδοκίες που επιβάλλονται με άμεσο ή έμμεσο τρόπο στους νέους σε σχέση με τις υποχρεώσεις και τα επιτεύγματα, αλλά και η επίδραση των απρόσμενων κοινωνικών και πολιτικών συνθηκών. Στο δεύτερο επίπεδο περιλαμβάνεται η ποιότητα της σχέσης γονιών και παιδιών, η ασφάλεια στον τύπο συναισθηματικού δεσμού και πως αυτή αξιοποιείται στην αναδυόμενη ενηλικίωση σε άλλες σχέσεις, καθώς και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας. Στο τρίτο επίπεδο περιλαμβάνονται διαστάσεις όπως η γνωστική ανάπτυξη του αναδυόμενου ενήλικα (π.χ. διεργασίες λήψης αποφάσεων), η διαμόρφωση της προσωπικής ηθικής και των αξιών, οι προσωπικές επιθυμίες και άλλα.

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρατηρείται μία διχογνωμία για το αν η περίοδος της αναδυόμενης ενηλικίωσης αποτελεί στάδιο της ανάπτυξης ή όχι. Για παράδειγμα, ο Arnett (2015) θεωρεί ότι είναι πιο χρήσιμη η οπτική ενός ξεχωριστού σταδίου, το οποίο έχει διακριτά χαρακτηριστικά, αλλά υπάρχουν πολλές διαδρομές τις οποίες διέρχονται οι νέοι, που έχουν προσωπικό χαρακτήρα σε σχέση με τους τομείς της ζωής όπως είναι οι σπουδές, η επαγγελματική αποκατάσταση, οι επιλογές στον τρόπο του σχετίζεσθαι κ.λπ.. Από την άλλη μεριά οι Kloep & Hendry (2011) υποστηρίζουν ότι η αναδυόμενη ενηλικίωση δεν είναι ένα στάδιο ζωής. Στην ουσία υποστηρίζουν ότι δεν πρέπει να υπάρχει η οπτική των σταδίων γενικότερα, αλλά είναι πιο χρήσιμο να εξετάζουμε τους υποκείμενους μηχανισμούς και τις διεργασίες που επισυμβαίνουν στις μεταβατικές περιόδους. Από τη στιγμή που γεννιόμαστε βρισκόμαστε σε μία διαρκή αλλαγή τόσο εσωτερικά (π.χ. κίνητρα) όσο και από τις πιέσεις που δεχόμαστε από ένα περιβάλλον που είναι διαρκώς σε μεταβολή. Η ζωή μας δεν 'προβιβάζεται' από στάδιο σε στάδιο αλλά είναι ένα συνονθύλευμα από πορείες προς τα εμπρός και

παλινδρομήσεις. Κατά συνέπεια είναι πιο χρήσιμο να μιλάμε για μικρο-μεταβάσεις. Παρόμοια, οι Young και συν. (2011) δεν θεωρούν ότι η μετάβαση στην αναδυόμενη ενηλικίωση αποτελεί ένα ανώτερο στάδιο, αλλά όλες οι χρονικές περίοδοι της ανάπτυξης, π.χ. η παιδική ηλικία και η εφηβεία, είναι στοχοκατευθυνόμενες δράσεις των ατόμων σε συγκεκριμένα χωροχρονικά πολιτισμικά πλαίσια. Οι Hendry & Kloep (2010) υποστηρίζουν ότι οι απόψεις του Arnett για την κανονικότητα της αναδυόμενης ενηλικίωσης ως στάδιο δεν ισχύει για όλους, αλλά για νέους ενήλικες στην ανώτερη εκπαίδευση, κυρίως από την μεσαία τάξη, ενώ για άλλους ο δρόμος προς την ενηλικίωση ποικίλει πολύ περισσότερο και δεν πρέπει αυτοί να θεωρηθούν ότι είναι αποκλίνοντες.

Μία από τις πιο σημαντικές διαστάσεις που εξετάζονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση είναι η διαμόρφωση της ταυτότητας των νέων. Η Konstam (2015) υποστηρίζει ότι η ταυτότητα είναι το πρώτο έργο κατά την πρώιμη περίοδο της μετάβασης στην ενηλικίωση. Συνήθως δεν υπάρχει επαρκής καθοδήγηση από τους γονείς για να βοηθήσουν τους νέους να απαντήσουν ερωτήματα 'ποιος είμαι' ή 'προς τα που πρέπει να πάω'. Επίσης, η διαμόρφωση της ταυτότητας γίνεται προβληματική εξαιτίας της πληθώρας των ερεθισμάτων και των επιλογών. Οι αμέτρητες διαθέσιμες επιλογές δυσκολεύουν τους νέους γιατί δεν είναι σίγουροι τι να διαλέξουν, γεγονός που προσβάλλει την συνοχή της ταυτότητας (Konstam, 2015). Η διαμόρφωση της ταυτότητας απαρτιώνεται με βάση την ψυχολογική διάσταση (ή την ταυτότητα του εγώ μέσω της αίσθησης χωροχρονικής συνέχειας και των συνακόλουθών της), την προσωπική διάσταση (ένα ρεπερτόριο συμπεριφορών και χαρακτήρα που διαφοροποιεί τα άτομα) και την κοινωνική διάσταση (οι αναγνωρισμένοι ρόλοι στην κοινότητα). Αυτές οι 3 διαστάσεις ενώνονται κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου αλλά κυρίως στην αναδυόμενη ενηλικίωση και όταν σταθεροποιούνται τότε επέρχεται η αίσθηση της ταυτότητας του εγώ (Wood και συν., 2018).

Σε κάποιες έρευνες έχει δοθεί προσοχή στους τύπους της ταυτότητας, ενώ σε άλλες έχει δοθεί περισσότερη σημασία στην διεργασία κατά την οποία δομείται η ταυτότητα στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Σημαντικό παράδειγμα της πρώτης περίπτωσης αποτελούν οι Kroger & Marcia (2011) οι οποίοι προσδιόρισαν δύο διαστάσεις της ταυτότητας: την εξερεύνηση και την δέσμευση, από τον συνδυασμό των οποίων αναδύονται 4 τύποι ταυτότητας: η διάχυση (χωρίς εξερεύνηση και χωρίς δεσμεύσεις), ο αποκλεισμός (δεσμεύσεις χωρίς εξερεύνηση), η αναστολή

(εξερεύνηση χωρίς δεσμεύσεις) και το επίτευγμα (δεσμεύσεις μετά από μία περίοδο εξερεύνησης). Η Konstam (2015) παραθέτει τις απόψεις της Josselson [1996] με 4 τύπους διαμόρφωσης ταυτότητας που θεωρεί ότι ταιριάζουν κατάλληλα στην περίπτωση των νέων στην αναδυόμενη ενηλικίωση: οι φύλακες (είναι αυτοί με τον υψηλότερο βαθμό υποταγής στην εξουσία), οι ιχνηλάτες (τους αρέσει να εξερευνούν αλλά σύμφωνα με τις αξίες που έχουν ήδη), οι αναζητητές (εξερευνούν, δεν ξέρουν ποιοι είναι αλλά προσπαθούν να το βρουν) και οι παρασυρμένοι (αυτοί αργούν περισσότερο στην δόμηση της ταυτότητάς τους, σα να παίζουν ένα έργο με το σενάριο ενός άλλου). Παράδειγμα της δεύτερης περίπτωσης αποτελεί η ιδέα ότι στην αρχή οι άνθρωποι εξερευνούν εις βάθος την ταυτότητα και επιδίδονται σε μία αρχική δέσμευση, στην συνέχεια αξιολογούν την δέσμευση και στο τέλος ταυτίζονται με αυτή την δέσμευση αν την επιλέξουν (Luyckx και συν., 2011).

Η αφηγηματική ταυτότητα αποτελεί μία ιστορία για τον εαυτό που βρίσκεται υπό συνεχή διαμόρφωση και βοηθάει στην ανάδυση νοημάτων γύρω από τη βιωμένη εμπειρία του ατόμου και την αίσθηση της συνέχειας, αφού συνδέει το παρελθόν ενός ατόμου με το παρόν και το μέλλον (Lapsley & Hardy, 2017). Η αφηγηματική ταυτότητα των ανθρώπων ενισχύεται μέσω της διαθεσιμότητας κυρίως των γονιών για συζητήσεις, με αλληλεπιδραστικό τρόπο και ανταπόκριση, βάσει της οποίας δημιουργούνται αναμνήσεις με αφηγήσεις για τον εαυτό, τις οποίες το παιδί τις αναπαράγει μεγαλώνοντας σε άλλα πλαίσια. Πολλοί νέοι, βέβαια, δεν έχουν αυτή την τύχη, ειδικά στη συνθήκη της γονικής ψυχικής νόσου και οι αφηγήσεις για τον εαυτό δεν είναι συνεκτικές (Pasupathi & Hoyt, 2009).

Οι Lapsley & Hardy (2017) θεωρούν ότι ο σκοπός στη ζωή και η ηθική αποτελούν δύο πολύ σημαντικές διαστάσεις για τη διαμόρφωση της ταυτότητας των αναδυόμενων ενηλίκων. Ο σκοπός συμβάλλει στη σταθερότητα της ταυτότητας και στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας δεδομένου ότι σχετίζεται με πολλές θετικές καταστάσεις (π.χ. ελπίδα, αισιοδοξία) και μπορεί να αφορά όλους τους τομείς. Κάποιες φορές ο σκοπός ενδέχεται να είναι ευγενής και κάποιες όχι. Η ηθική είναι από τα πιο διακριτά στοιχεία στην ταυτότητα και βάσει αυτής αξιολογούμε συνειδητά ή ασυνείδητα τους άλλους. Ο Smith (2011) σε μία έρευνα για την ηθική των νέων στην αναδυόμενη ενηλικίωση ως σημαντικό μέρος της ταυτότητας κατέληξε σε 5 διαπιστώσεις σύμφωνα με τις απόψεις των ίδιων των νέων. Η πρώτη αφορά στον ηθικό

ατομισμό, σύμφωνα με τον οποίο η ηθική αποτελεί μία προσωπική επιλογή για το τι είναι ηθικά σωστό και λάθος. Η δεύτερη είναι ο ηθικός σχετικισμός, με την έννοια ότι δεν υπάρχει αντικειμενικά σωστό ή λάθος, ότι η ηθική εξαρτάται ισχυρά από τα εκάστοτε πολιτισμικά και χρονικά πλαίσια και έχει υποκειμενικό χαρακτήρα. Η τρίτη διαπίστωση αφορά τις ηθικές πηγές. Οι περισσότεροι δεν μπορούσαν να σκεφτούν από που πηγάζει η ηθική των ανθρώπων, οι δε υποθέσεις κάποιων αφορούσαν την κοινωνική συναίνεση, με βάση αν κάτι βελτιώνει την λειτουργικότητα των ανθρώπων σε κάποιο τομέα ή όχι. Η τέταρτη διαπίστωση είναι οι ηθικοί συμβιβασμοί. Ένα μεγάλο ποσοστό νέων στην αναδυόμενη ενηλικίωση θεωρούν ότι επιτρέπεται να σπάσει κανείς τους ηθικούς κανόνες προκειμένου να γλιτώσει μία κατάσταση, ή ότι πολλές φορές οι άνθρωποι κάνουν λάθη, ειδικά σε θέματα που αφορούν στην θρησκεία και το σεξ. Η τελευταία διαπίστωση αφορά τα ηθικά διλήμματα των νέων. Τα πιο συχνά περιεχόμενα διλημμάτων αφορούσαν τις προσωπικές σχέσεις, τη χρήση ουσιών, τις εκτρώσεις και άλλα (Smith, 2011).

Οι αναδυόμενοι ενήλικες κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου σαρωτικών αλλαγών και ασταθειών σχεδόν σε όλους τους τομείς βιώνουν και αλλαγές στον τομέα των σχέσεων. Για παράδειγμα, η σχέση με τους γονείς γίνεται σταδιακά όλο και πιο ισότιμη, ως σχέση μεταξύ ενηλίκων, με λιγότερη εξουσία από την πλευρά των γονέων (Young και συν., 2011). Οι αναδυόμενοι ενήλικες έχουν την τάση να συναναστρέφονται λιγότερο τα μέλη της πατρικής οικογένειας σε τακτική βάση και να αυξάνουν τις επαφές με τους φίλους ή τους ερωτικούς συντρόφους (Carlson, 2014). Στις οικογένειες των αναδυόμενων ενηλίκων συνήθως υπάρχουν δύο αντίρροπες δυνάμεις, από τη μία γίνεται προσπάθεια να διατηρηθεί η οικογενειακή συνοχή και από την άλλη προτρέπονται προς την ανεξαρτησία και την αυτονομία. Πολλοί γονείς δυσκολεύονται να συμβάλουν στην προαγωγή της αυτονομίας των παιδιών τους και η δυσκολία αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η σχέση με τα παιδιά τους στην περίοδο της εφηβείας (Scabini και συν., 2007). Στην περίπτωση που οι νέοι έχουν βιώσει την εμπειρία του διαζυγίου των γονιών, οι σχέσεις μπορεί να αλλάζουν, όπως για παράδειγμα μπορεί να απομακρύνονται από τον πατέρα με επιπτώσεις στον συναισθηματικό δεσμό, την οικονομική υποστήριξη κ.λπ. (Shimkowski και συν., 2017).

Εκτός από τις αλλαγές στις σχέσεις με τους γονείς στις οικογένειες των νέων, παρατηρούνται και αλλαγές στον τομέα των ρομαντικών σχέσεων. Οι Kramer Holmes και συν. (2017) προσδιόρισαν 4 είδη ρομαντικών σχέσεων που συνάπτουν οι νέοι σήμερα. Το πρώτο είναι τα παραδοσιακά ραντεβού που αποτελούν μία συνθήκη αξιολόγησης για το αν αξίζει να προχωρήσουν τα άτομα σε σχέση (dating). Το δεύτερο είδος σχέσεων είναι όταν περνούν χρόνο μαζί, δεν θεωρούνται ότι είναι ζευγάρι, και δεν έχουν δεσμεύσεις μεταξύ τους που είναι χαρακτηριστικές μίας τυπικής ρομαντικής σχέσης (hanging out). Το τρίτο είναι τα διαδικτυακά ραντεβού (online dating), χωρίς τη συνθήκη της δια ζώσης γνωριμίας και επαφής. Στις αποκλειστικές σχέσεις μέσω του διαδικτύου ενίοτε οι νέοι διατηρούν την ίδια στάση όπως και με τις δια ζώσες σχέσεις και άλλοτε επιδίδονται σε πολλαπλές γνωριμίες χωρίς δεσμεύσεις. Το τέταρτο είδος σχέσεων αφορά τις άτυπες σεξουαλικές σχέσεις, με πολύ μικρή συναισθηματική επένδυση για την αποφυγή συναισθηματικών κραδασμών (hooking up). Το τελευταίο είδος σύμφωνα με τους Fons και συν. (2005) είναι ουσιαστικά μία ασαφής έννοια ακόμη και μεταξύ των ίδιων των νέων, δεδομένου ότι οι ορισμοί που του αποδίδουν διαφέρουν ποικιλοτρόπως. Για παράδειγμα, άλλοι θεωρούν ότι αφορά μία κοινή έξοδο για διασκέδαση, άλλοι προκαταρκτικές σεξουαλικές συμπεριφορές, άλλοι τις μη δεσμευτικές ευκαιριακές σεξουαλικές επαφές (Smith, 2011).

Επίσης, μία άλλη σημαντική διάσταση των ρομαντικών σχέσεων σε αυτή την ηλικιακή φάση είναι ο τρόπος κατά τον οποίο οι νέοι βιώνουν τον χωρισμό. Πολλοί νέοι υποφέρουν από την διάσπαση της σχέσης ειδικά αν πίστευαν ότι η σχέση αυτή ήταν σοβαρή και τηρούσε της προϋποθέσεις για μεγαλύτερη δέσμευση. Οι σχέσεις αυτές ξεκινούν με μία εξιδανίκευση και στη συνέχεια διαπιστώνεται ότι ο σύντροφος δεν είναι αυτός που νόμιζαν. Οι χωρισμοί αυτοί διαφέρουν από τους χωρισμούς στην φάση της εφηβείας, διότι οι νέοι ενήλικες έχουν σεξουαλικές εμπειρίες ή συζούν με το σύντροφο, με αποτέλεσμα το τραύμα να είναι μεγαλύτερο (Smith, 2011).

Σχετικά με τις σεξουαλικές σχέσεις, ο Arnett (2015) στην έρευνά του για την αναδυόμενη ενηλικίωση στις Ηνωμένες Πολιτείες βρήκε ότι 4 στους 5 νέους μεταξύ 18 και 23 ετών έχουν σεξουαλική εμπειρία, ότι δεν χρησιμοποιούν συχνά μεθόδους αντισύλληψης (από τον φόβο ορμονικών επιπτώσεων στα κορίτσια και την μείωση της απόλαυσης στα αγόρια), ότι η χρήση

της πορνογραφίας στα αγόρια ξεπερνάει το 90% κι ότι ένα μεγάλο ποσοστό νέων γνωρίζονται μέσα από πλατφόρμες γνωριμιών. Οι Halpern & Kaestle (2014) υποστήριξαν ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης συμβάλλουν στη διαμόρφωση της σεξουαλικής ταυτότητας, κυρίως ως πηγή πληροφόρησης για την ανάπτυξη σεξουαλικών σεναρίων, τα οποία ενίοτε είναι αντιφατικά και τα παιδιά επηρεάζονται από πολύ νωρίς.

Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας επηρέασε την ζωή των αναδιδόμενων ενηλίκων σε όλους τους τομείς. Η χρήση του διαδικτύου με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχει αλλάξει τον τρόπο που βλέπουν τον εαυτό τους και τους άλλους, και έχουν επαναπροσδιορίσει την έννοια της φιλίας. Οι νέοι της συγκεκριμένης ηλικιακής φάσης συνιστούν την πλειοψηφία των χρηστών παγκοσμίως. Οι νέοι θεωρούν ότι οι διαδικτυακές κοινότητες είναι εξίσου αληθινές με τις διαζώσης κοινότητες, εκθέτουν πολύ προσωπικές πληροφορίες και ενισχύουν την εικονική αναπαράσταση του εαυτού (Konstam, 2015). Σε έρευνες βρέθηκε ότι η παρατεταμένη χρήση του διαδικτύου επιφέρει επιπτώσεις σε θέματα ψυχοπαθολογίας, γενική ψυχολογική δυσφορία, προβλήματα στην ακαδημαϊκή επίδοση, υψηλότερη εχθρότητα, ενώ έχει διασυνδεθεί η κατάχρηση με το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον. Από την άλλη μεριά, η χαμηλή παρορμητικότητα, η θετική σχέση με τους γονείς και η οικογενειακή συνοχή, ή η υψηλότερη αίσθηση του ελέγχου, σχετίστηκαν με μειωμένη χρήση του διαδικτύου (Adams και συν., 2019; Anderson και συν., 2017).

Ο τομέας της εκπαίδευσης και των σπουδών έχει αλλάξει πολύ για τους νέους στην αναδιδόμενη ενηλικίωση τις τελευταίες δεκαετίες λόγω της πληθώρας ευκαιριών που δεν υπήρχαν παλαιότερα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ακόμη ανισότητες (Furlong, 2009). Οι νέοι αξιολογούν υψηλά την ανώτατη και επαγγελματική εκπαίδευση διότι θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο θα έχουν περισσότερα εφόδια και επιλογές για το μέλλον. Όμως, παρά τις προόδους που έχουν επέλθει στην εκπαίδευση, οι νέοι έρχονται αντιμέτωποι με εκπαιδευτικά συστήματα τα οποία δεν ανταποκρίνονται γρήγορα στις ευρύτερες κοινωνικές αλλαγές (Wyn, 2009). Ο Arnett (2015) αναφέρει ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες ένας άλλος στόχος στην επιλογή των σπουδών είναι η ευκαιρία των νέων να ζήσουν τη φοιτητική ζωή (κυρίως για την διασκέδαση ή νέες περιπέτειες) και ότι αποτελεί μέρος της αναζήτησης της ταυτότητας. Οι Furlong & Cartmel (2009) υποστηρίζουν ότι ενώ τα παλιότερα χρόνια η ανώτερη εκπαίδευση

αφορούσε μόνο μία προνομιούχο ομάδα ανθρώπων, σήμερα συντηρείται η ταξικότητα στην εκπαίδευση μέσω της ιεραρχίας των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (τουλάχιστον στην Μεγάλη Βρετανία) ή μέσω της επιλογής συγκεκριμένων αντικειμένων (π.χ. η επιλογή σπουδών στην ιατρική). Πέραν, όμως, από το θέμα της ταξικότητας, οι νέοι έρχονται αντιμέτωποι και με άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τις σπουδές. Για παράδειγμα, σε μία σχετική έρευνα (Carlson 2014) βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό αναδυόμενων ενηλίκων είχε πρόβλημα με τις σπουδές, υπό την έννοια της δυσκολίας στην ανταπόκριση των εκπαιδευτικών απαιτήσεων. Επίσης, υπήρχε σύγχυση για το ποια επιστήμη να επιλέξουν κι αυτό δεν αφορούσε μόνο το διάστημα πριν την έναρξη της φοίτησης αλλά και ενδιάμεσα, όταν διαπίστωναν ότι εν τέλει δεν τους ενδιαφέρει ο τομέας που έχουν επιλέξει (Carlson 2014).

Σε σχέση με τη διάσταση της εργασίας, η μετάβαση από το σχολείο στην εργασία είναι η πιο συχνά μελετημένη από όλες τις μεταβάσεις των νέων (Pollock, 2008). Το ενδιαφέρον των νέων για το επάγγελμα που θα επιλέξουν καθώς και τα ερωτήματα που θέτουν στον εαυτό τους (π.χ. 'τι μου ταιριάζει', σε τι είμαι καλός') ουσιαστικά αποτελεί μέρος της ευρύτερης διερεύνησης της ταυτότητας και απαντώντας σε αυτά απαντούν κατά κάποιο τρόπο και σε άλλα ερωτήματα για τον εαυτό (Arnett, 2015). Οι ανησυχίες των νέων για το επάγγελμα και την καριέρα τους οδηγεί σε ένα σταυροδρόμι μεταξύ διαφόρων επιλογών, όπως το να παρατήσουν το πανεπιστήμιο και να αναζητήσουν εργασία, καθώς δυσκολεύονται να ισορροπήσουν τις οικονομικές ανάγκες με τις ακαδημαϊκές απαιτήσεις (Carlson, 2014). Η ομαλή μετάβαση των νέων που είναι φοιτητές στην επαγγελματική καριέρα προϋποθέτει την επαρκή κοινωνική υποστήριξη από τα κατάλληλα δίκτυα (Murphy και συν., 2010). Δηλώνουν πρόθυμοι να εργαστούν σε άλλα πεδία πέρα από αυτά που έχουν προετοιμαστεί, νιώθουν ανασφάλεια που δεν τους επιτρέπει να είναι πλήρως ανεξάρτητοι από την οικογένεια, ενώ τείνουν να εργάζονται από πολύ νωρίς αυτοί που είναι από μη προνομιούχες τάξεις (Raiu, 2019). Παρά το γεγονός ότι οι άνδρες στην αναδυόμενη ενηλικίωση θεωρούν ότι το επάγγελμα είναι από τους πιο κεντρικούς τομείς στην ζωή και για αυτό παρατείνουν πολύ πιο εύκολα την δημιουργία οικογένειας σε σχέση με τις γυναίκες (Chao & Gardner, 2017), όλο και περισσότερες γυναίκες αναζητούν υψηλές επαγγελματικές σταδιοδρομίες επιπροσθέτως της επιθυμίας για δημιουργία οικογένειας και όλο και περισσότεροι άνδρες επιθυμούν να εμπλακούν στην ανατροφή των

παιδιών και γι' αυτό αναζητούν εργασίες που να τους δίνουν αυτή την δυνατότητα (Arnett, 2015).

Όσον αφορά τα συναισθήματα που διαμορφώνονται στους νέους κατά την διάρκεια της αναδυόμενης ενηλικίωσης παρατηρούνται θετικά και αρνητικά. Είναι πολύ εύκολο ένας νέος σε αυτή την φάση να βιώνει έντονο φόβο λόγω των νέων επικείμενων απαιτήσεων της ζωής, αλλά και θυμό και εντάσεις ιδίως προς τους γονείς οι οποίοι εξακολουθούν να ασκούν τον έλεγχο στις αποφάσεις του. Ενίοτε οι συγκρούσεις μπορεί να είναι τόσο έντονες που αναχαιτίζεται η πορεία της μετάβασης ή μπορούν να προκαλέσουν στον νέο λειτουργικές δυσκολίες σε σχέση με την κοινωνική προσαρμογή, τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και προβλήματα με το νόμο (Young και συν., 2011). Οι Riggs & Han (2009) υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στο άγχος και την κατάθλιψη στους νέους στην αναδυόμενη ενηλικίωση σχετίζονται με τις προσλαμβανόμενες τραυματικές εμπειρίες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, τον ανασφαλή συναισθηματικό δεσμό και το φόβο της εγκατάλειψης. Οι πρώιμες εμπειρίες μητρικής απόσυρσης στη βρεφική ηλικία έχουν σχετιστεί με συμπτώματα οριακής διαταραχής και αυτοκτονικότητα 20 χρόνια μετά, δηλαδή, την περίοδο της αναδυόμενης ενηλικίωσης (Lyons-Ruth, 2013).

Οι νέοι που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου επιβαρύνονται επιπροσθέτως των έργων που καλούνται να φέρουν εις πέρας σε αυτή την ηλικιακή φάση. Σε μία σχετική έρευνα με 110 συμμετέχοντες για την οπτική των νέων ενηλίκων σχετικά με τις επιπτώσεις της μητρικής ψυχικής νόσου, η σχέση με την μητέρα θεωρήθηκε ότι είναι απαιτητική και ανέφεραν ότι σκόπευαν να φροντίσουν τις μητέρες τους σε μικρότερο βαθμό στο μέλλον σε σχέση με αυτούς της ομάδας ελέγχου. Οι ερευνητές θεωρούν ότι η πρόθεση αυτή προέκυψε διότι ο ρόλος του φοιτητή σε αυτή την ηλικία είναι πιο ισχυρός από τον ρόλο του φροντιστή κι ότι επιθυμούν να διεκδικήσουν για την ζωή τους περισσότερες εμπειρίες (Abraham & Stein, 2012). Επίσης, σε μία ποιοτική μελέτη για την προσλαμβανόμενη υποστήριξη και την αίσθηση του ανήκειν σε νέους στην αναδυόμενη ενηλικίωση με ψυχικά πάσχοντες γονείς, οι νέοι θεωρούσαν ότι η έλλειψη υποστήριξης από τους γονείς τους καθώς εισέρχονται στην φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης μπορεί να είναι καταστροφική, πολλές φορές δε δεν γνώριζαν πως θα έπρεπε να είναι η γονική υποστήριξη διότι δεν την είχαν βιώσει ποτέ. Οι υποχρεώσεις και οι ευθύνες που είχαν αναλάβει τα προηγούμενα χρόνια δεν τους

επέτρεπαν να ασχοληθούν με τον εαυτό τους και τώρα επιθυμούσαν να αξιοποιήσουν τον προσωπικό τους ζωτικό χώρο. Οι ίδιοι οι νέοι θεωρούσαν ότι τα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα κυρίως από αδελφία, μέλη της ευρύτερης οικογένειας και φίλους, σε αυτή την ηλικιακή φάση αποτελούν προστατευτικό παράγοντα απέναντι στις αντιξοότητες που βίωναν αθροιστικά όλα τα χρόνια. Η στήριξη δε από τους συντρόφους στις ρομαντικές σχέσεις αποτελούν για τους νέους μία ιδιαίτερη πηγή στήριξης (Villatte και συν., 2022).

Σύμφωνα με την Tanner (2015) οι αγχώδεις διαταραχές αφορούν 1 στους 5 νέους, επηρεάζουν τη σκέψη των νέων (σύγχυση, δυσκολία συγκέντρωσης), τα συναισθήματα (ανεξέλεγκτος θυμός, έντονος φόβος), τη συμπεριφορά (έτερο- και αυτοκαταστροφή) και τη σωματική κατάσταση (ιδρώνουν, θέματα με τον ύπνο, κούραση, κ.λπ.). Η χρήση ουσιών και αλκοόλ είναι μία συνήθης πρακτική των αναδυόμενων ενηλίκων, περίπου 1 στους 5 νέους κάνουν χρήση αλκοόλ αρκετές φορές την εβδομάδα (η πλειοψηφία των οποίων σε μεγάλες ποσότητες) και χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών (Smith, 2011). Ενώ οι αγχώδεις διαταραχές και η χρήση ουσιών μειώνονται με το πέρασμα στην αναδυόμενη ενηλικίωση, η κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή αυξάνουν. Σχεδόν ένας στους δέκα αναδυόμενους ενήλικες έχει διαταραχή διάθεσης, μπλοκάρεται η λειτουργικότητά του και έχει εσωτερικευμένες διαταραχές οι οποίες δεν είναι ορατές στους άλλους (Tanner, 2015).

Σύμφωνα με τους Padilla-Walker & Nelson (2017), η περίοδος της αναδυόμενης ενηλικίωσης ερευνητικά αφορά αρνητικές και θετικές πλευρές οι οποίες δεν είναι αλληλοαποκλειόμενες. Παραθέτουν την έννοια της άνθησης (flourishing) στην αναδυόμενη ενηλικίωση, σύμφωνα με την οποία οι νέοι έχουν την αίσθηση ότι μπορούν να καταφέρουν τους στόχους τους π.χ. στο ακαδημαϊκό πλαίσιο, διαθέτουν αυτοπεποίθηση κι ότι αξίζουν, έχουν την δυνατότητα να συνάπτουν ικανοποιητικές σχέσεις με ανθρώπους, επιθυμούν να φροντίζουν τους άλλους. Οι συγγραφείς αυτοί θεωρούν ότι η άνθηση αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι των αρνητικών εμπειριών στην αναδυόμενη ενηλικίωση και αποτελείται από 3 διαστάσεις, τη συναισθηματική, την ψυχολογική και την κοινωνική.

Οι παράγοντες που λειτουργούν προστατευτικά και συμβάλλουν στην θετική ανάπτυξη των αναδυόμενων ενηλίκων σχετίζονται με την υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την καλύτερη ρύθμιση των συναισθημάτων, την καλύτερη προσαρμογή στο ακαδημαϊκό

περιβάλλον, τις καλές σχέσεις με τους γονείς και τους συνομήλικους, την ικανοποίηση από τη ζωή και άλλα (Hawkins και συν., 2009; O'Connor και συν., 2011). Ιδιαίτερη σημασία έχει η εμπειρία της αίσθησης της ζεστασιάς στην πατρική οικογένεια η οποία έχει συνδεθεί ερευνητικά με την ποιότητα στις φιλίες στην αναδυόμενη ενηλικίωση (Alegre & Benson, 2019), καθώς και οι ρεαλιστικές και επαρκώς μελετημένες προσδοκίες για το μέλλον και η ευρύτερη προσαρμοστικότητα (Murphy και συν., 2010). Η ψυχική ανθεκτικότητα δε είναι πιο υψηλή ανάμεσα σε νέους με αισιόδοξο προσανατολισμό στο μέλλον, την παρουσία σχέσεων φροντίδας με θετικά υποδείγματα ενηλίκων και ευκαιρίες για επιτυχία. Τα ατομικά χαρακτηριστικά που προάγουν την ανθεκτικότητα στην αναδυόμενη ενηλικίωση είναι τα κίνητρα και οι σκοποί, τα σχέδια για το μέλλον, η υποστήριξη από τους ενήλικες και η κατάλληλη καθοδήγηση (Wood και συν., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

7.1 Συμπεράσματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση

Συμπερασματικά, οι δημοσιευμένες μελέτες, για την εμπειρία των τέκνων που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση και που έχουν μεγαλώσει με γονείς με διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων, είναι πολύ λίγες. Οι δημοσιεύσεις δε που αφορούν στη συγκεκριμένη θεματική στον ελληνικό χώρο είναι ελάχιστες αν όχι ανύπαρκτες. Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί με ποιοτικές μεθόδους που μελετούν τις απόψεις των ίδιων των παιδιών είναι ακόμη πιο λίγες.

Παρατηρείται ότι υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία στην εμπειρία των παιδιών που έχουν μεγαλώσει με γονείς με διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων με άλλες ψυχικές ή σωματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, ο καρκίνος, κ.λπ., υπάρχουν όμως ειδοποιούσες διαφορές σε σχέση με τα τραυματικά βιώματα από την εμπειρία των ψυχωσικών συμπτωμάτων του γονιού, την δυσλειτουργία της οικογένειας, το στίγμα για την ψυχική νόσο, την επαφή με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, και ούτω κάθε εξής.

Επίσης, εντοπίζονται ομοιότητες και διαφορές σχετικά με την ηλικιακή φάση των παιδιών των ψυχικά πασχόντων γονέων. Από την ανασκόπηση προέκυψε ότι η αναδυόμενη ενηλικίωση αποτελεί μία ιδιάζουσα χρονική περίοδο κατά την οποία τα άτομα πρέπει να φέρουν εις πέρας σημαντικά αναπτυξιακά έργα, όμως η διεργασία αυτή δυσχεραίνεται λόγω της ψυχικής ή πρακτικής επιβάρυνσης που προκύπτει από τη νόσο του γονιού. Διαπιστώνεται ότι οι έρευνες που μελετούν τις απόψεις συμμετεχόντων που να είναι αποκλειστικά στην αναδυόμενη ενηλικίωση είναι πολύ λίγες. Η πλειοψηφία των δημοσιεύσεων υπάγονται στην κατηγορία των ενήλικης ζωής, ενώ λιγότερες εντάσσονται στην κατηγορία της εφηβείας.

Τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων φαίνεται ότι είναι μια αόρατη ομάδα του πληθυσμού από την πλευρά της εκτίμησης των αναγκών, της σύστασης οργανωμένων

προγραμμάτων παρέμβασης, αλλά και της διερεύνησης των προσωπικών τους απόψεων. Διεθνώς, συνήθως δεν υπάρχουν συντονισμένες προσπάθειες σε θεσμικό επίπεδο με επίκεντρο την κάλυψη των αναγκών των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων. Αλλά και στις χώρες που έχουν διαμορφωθεί νομικά πλαίσια και ανάλογες υπηρεσίες και συστάσεις, έχει παρατηρηθεί ότι φθίνουν με το πέρασμα του χρόνου, είτε λόγω ανεπαρκών χρηματοδοτήσεων, είτε ελλιπούς συμμόρφωσης των ειδικών.

Ενώ στην πλειοψηφία των δημοσιεύσεων -ιδίως εκείνων με ποιοτική μεθοδολογία- περιγράφονται ιδιαίτερα τραυματικά βιώματα στα παιδιά με ψυχικά πάσχοντες γονείς, εντούτοις δεν ορίζονται ως ψυχικό αναπτυξιακό τραύμα, γεγονός που προκαλεί έκπληξη αν αναλογιστεί κανείς το μέγεθος των συνεπειών σε όλη την διάρκεια της ζωής. Όπως προαναφέρθηκε, τα αναπτυξιακά τραύματα είναι μακρόχρονα, συμβαίνουν σε διαπροσωπικά πλαίσια, περιλαμβάνουν πολλά στρεσογόνα γεγονότα αθροιστικά και η διαχείρισή τους είναι ιδιαίτερα απαιτητική, όπως ακριβώς περιγράφεται η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου από τα παιδιά. Αντιθέτως τα μεμονωμένα τραύματα αποτελούν καταστάσεις που με την κατάλληλη υποστήριξη το άτομο έχει τη δυνατότητα να τα ξεπεράσει. Η προσέγγιση αυτή, δηλαδή ότι οι εμπειρίες των παιδιών δεν ορίζονται ως χρόνια αναπτυξιακά ψυχικά τραύματα έχει διάφορες επιπτώσεις, μία εκ των οποίων αφορά την οπτική των προτεινόμενων παρεμβάσεων. Συνήθως οι προτεινόμενες παρεμβάσεις αφορούν διαστάσεις όπως η κάλυψη των καθημερινών αναγκών, η ασφάλεια, ή η ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων (π.χ. ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, αναζήτηση υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων, και άλλων). Οι παρεμβάσεις αυτές σε κάθε περίπτωση είναι πολύ σημαντικές, όμως, όπως φαίνεται από την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, δεν επαρκούν εις ό,τι αφορά την εν τω βάθει επεξεργασία των τραυματικών βιωμάτων. Τέτοιου είδους επεξεργασίες προσφέρονται από σύγχρονες ψυχοτραυματοθεραπευτικές προσεγγίσεις (όπως για παράδειγμα σε σχετικά πρόσφατες προτάσεις από τον χώρο της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης, ή το EMDR). Αν δεν υπάρξει επαρκής διαχείριση και επεξεργασία των τραυματικών βιωμάτων, οι επιπτώσεις θα συνεχίσουν να εκδηλώνονται ακόμη και σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

Η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου αναφέρεται στην πλειοψηφία των μελετών που διερευνούν την επίδραση των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή. Οι

αντιξοότητες επιδρούν κατά συστάδες και αθροιστικά σε όλους τους τομείς της ζωής. Είναι πολύ σημαντική η διαπίστωση ότι όταν έχει εντοπιστεί μία αντιξοότητα τότε κατά πάσα πιθανότητα θα υπάρχουν κι άλλες. Αυτό σημαίνει ότι στην περίπτωση των παιδιών που έχουν γονείς με ψυχική νόσο θα πρέπει να αναζητούμε και το πιθανό βίωμα επιπρόσθετων αντιξοοτήτων, είτε ερευνητικά είτε θεραπευτικά. Για παράδειγμα, είναι πολύ πιθανό να έχουν βιώσει παραμέληση, πρακτική ή συναισθηματική και κακοποίηση. Επίσης, η εμπειρία του στίγματος για την ψυχική νόσο του γονιού αποτελεί μία σημαντική επιβάρυνση με δυσμενείς επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Παραδείγματα τέτοιων επιπτώσεων είναι η αρνητική εικόνα του εαυτού, η κοινωνική εσωστρέφεια και η απομόνωση και η δυσκολία στην αναζήτηση υποστηρικτικών δικτύων.

Από την ανασκόπηση των δημοσιευμένων μελετών για τη διαμόρφωση του συναισθηματικού δεσμού προέκυψε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής (μεταξύ των οποίων και η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου) επηρεάζουν τον τύπο δεσμού, ακόμη και αν είχε επιτευχθεί κάποια σχετική σταθερότητα πριν την εμφάνισή τους. Ο ανασφαλής τύπος δεσμού συνδέεται με εμπειρίες γονικής απόρριψης, ελλιπούς ζεστασιάς, αντίξοα βιώματα κ.α., τα περισσότερα εκ των οποίων έχουν βιωθεί από τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων. Επίσης, η δυσλειτουργία στη δυάδα γονιού παιδιού και η ανάπτυξη ανασφαλούς τύπου δεσμού μπορεί να συμβάλει στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στο παιδί, κυρίως κατάθλιψη. Δεν υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις που να αφορούν αποκλειστικά τη μελέτη του συναισθηματικού δεσμού στα παιδιά γονέων με ψυχική νόσο. Εντούτοις, πολλές επιμέρους διαστάσεις συμπεριλαμβάνονται σε ποσοτικές και ποιοτικές έρευνες για την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου (π.χ. η πρόσληψη της αλληλεπίδρασης γονιού παιδιού, η σταθερότητα της φροντίδας, κ.λπ.). Η διαμόρφωση του τύπου δεσμού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων τέλος επηρεάζει την επιλογή των συντρόφων στην ενήλικη ζωή και έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι έχουν δυσκολίες στη διατήρηση στενών σχέσεων.

Η πλειοψηφία των εμπειριών των παιδιών στις έρευνες αφορούσε τις μητέρες με ψυχική νόσο, ενώ οι έρευνες για τις εμπειρίες των παιδιών που έχουν πατέρα με ψυχική νόσο είναι πάρα πολύ λίγες. Έχει δε υποστηριχτεί ότι τα μείζονα ψυχικά νοσήματα αφορούν και τα δύο φύλα με εξίσου αντίξοες επιπτώσεις. Αντιστοίχως, από την πλευρά των συμμετεχόντων η

πλειοψηφία αφορούσε τις γυναίκες ενώ είναι σαφές ότι η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου επίσης αφορά και στα δύο φύλα. Η διάσταση του φύλου είναι σημαντική διότι παρά τις ομοιότητες της υποκειμενικής πρόσληψης των βιωμάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών υπάρχουν και διαφορές οι οποίες πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη κατά την σύσταση των παρεμβάσεων. Παράδειγμα τέτοιων διαφορών μπορεί να είναι η συναισθηματική διαχείριση των δυσκολιών, όπως το ότι τα αγόρια είναι πιο εσωστρεφή σε σύγκριση με τα κορίτσια, ή ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών αφορούν περισσότερο δραστηριότητες εκτός σπιτιού σε σχέση με τα κορίτσια.

Τα αποτελέσματα των ερευνών δεν είναι εύκολα συγκρίσιμα, τόσο γιατί έχουν διεξαχθεί σε πολύ διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, με διαφορετικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όσο και γιατί υπάρχουν πολλές μεθοδολογικές διαφορές. Παράδειγμα τέτοιων διαφορών αποτελούν οι υπαχθείσες διαγνώσεις. Σπανίως αναφέρονται οι γονείς αποκλειστικά με τη διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων, αλλά κυρίως με τον γενικότερο όρο 'σοβαρή ψυχική νόσος' στον οποίο συμπεριλαμβάνονται οι ψυχώσεις αλλά και η διπολική διαταραχή και ενίοτε η μείζων καταθλιπτική διαταραχή.

Από την παρούσα ανασκόπηση επίσης προέκυψε ότι οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας δεν υστερούν ως προς την επιστημονική τους υπόσταση, είναι πολύ εμπλουτιστικές από πλευράς περιεχομένου και μπορούν να αξιοποιηθούν αυτές καθαυτές ή σε συνδυασμό με τις ποσοτικές μεθόδους κατά την διερεύνηση των θεμάτων που άπτονται της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου από τα παιδιά στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Οι έρευνες που είναι βασισμένες σε ποιοτικές μεθόδους μπορεί να αφορούν μικρά δείγματα συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα δεν μπορούν εύκολα να γενικευτούν ή να συγκριθούν με αποτελέσματα άλλων ερευνών και σε πολλά σημεία εξαρτώνται από την οπτική και τις προσωπικές προσλήψεις του ερευνητή. Εντούτοις, δίνουν τη δυνατότητα για διερεύνηση που εστιάζει στη λεπτομέρεια και εις βάθος, τονίζουν τα προσωπικά νοήματα των συμμετεχόντων, προάγουν την αναστοχαστική διεργασία των ατόμων και παρέχουν το πλαίσιο για την (συν)κατασκευή της βιογραφικής τους τροχιάς.

7.2 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τα προαναφερθέντα συμπεράσματα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου από των παιδιών που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση αποτελεί ένα πεδίο ελάχιστα μελετημένο. Συνοπτικά, τα κενά στην υφιστάμενη βιβλιογραφία εντοπίζονται στον περιορισμένο βαθμό μελέτης της υποκειμενικής πρόσληψης της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου και τη διερεύνηση των προσωπικών μαρτυριών και αφηγήσεων, τη χρήση των κατάλληλων ποιοτικών μεθόδων έρευνας, την αποκλειστική διερεύνηση της εμπειρίας των παιδιών με γονείς με τη συγκεκριμένη διάγνωση (από το φάσμα των ψυχώσεων), στη συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδο (αναδυόμενη ενηλικίωση), τη συμπερίληψη ψυχικά πασχόντων γονέων και των δύο φύλων, τη συμπερίληψη συμμετεχόντων και των δύο φύλων και την επικέντρωση στο βίωμα του αναπτυξιακού ψυχικού τραύματος.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αρθρωθεί και να κατανοηθεί η εμπειρία του να μεγαλώνει κανείς με γονείς με διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων και να διερευνηθούν οι τρόποι που τα ίδια τα παιδιά ερμηνεύουν ενεργητικά και αναστοχάζονται αυτήν την εμπειρία σε συνάρτηση με το οικογενειακό και το προσωπικό τους πλαίσιο ζωής. Επίσης, σκοπός είναι να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις υπό το πρίσμα του αναπτυξιακού (σύνθετου) ψυχικού τραύματος για τα παιδιά με ψυχικά πάσχοντα γονιό, συμπεριλαμβανομένου του τραύματος του δεσμού, και τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει σε διάφορους τομείς κατά την αναδυόμενη ενηλικίωση.

Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τα παραπάνω, τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία η παρούσα έρευνα αποπειράται να απαντήσει είναι τα ακόλουθα:

1. Ποια είναι η εμπειρία του να έχει κανείς γονέα με διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων;

2. Ποιες είναι οι ταυτότητες που τα παιδιά κατασκευάζουν δια του λόγου, αναστοχαζόμενα σχετικά με τις συνθήκες της ζωής τους;
3. Ποιες είναι οι πηγές στήριξης και οι στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιήσει τα παιδιά για να ανταπεξέλθει σε αυτές τις αντιξοότητες;
4. Πώς νοηματοδοτούν και διαπραγματεύονται τις επιπτώσεις που έχει η ψυχική νόσος του γονέα στην λειτουργία της οικογένειας;
5. Πώς διαφαίνονται οι διαστάσεις συναισθηματικού δεσμού και του ψυχικού τραύματος στις αφηγήσεις των παιδιών;
6. Ποιες είναι οι απόψεις των παιδιών για την βελτίωση των σχέσεων και των τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών στο οικογενειακό τους πλαίσιο στο μέλλον;

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.1 Οντολογία και επιστημολογία

Οι οντολογικές και επιστημολογικές παραδοχές της παρούσας έρευνας εκκινούν από τις αρχές του κοινωνικού κονστρουξιονισμού, βάσει του οποίου δεν υπάρχει μία αντικειμενική αλήθεια, αλλά η πραγματικότητα κατασκευάζεται και ερμηνεύεται από τους ίδιους τους ανθρώπους. Δεν υπάρχει η 'ουσία' των πραγμάτων ως οπτική, όπως στην παραδοσιακή φαινομενολογία, που περιμένει να ανακαλυφθεί, αλλά αντιθέτως το νόημα διαμορφώνεται μέσω της αλληλεπίδρασης στις ανθρώπινες σχέσεις, άρα δεν είναι μια εγγενής οντότητα αλλά παράγωγο της συγκεκριμένης ομάδας ανθρώπων και της ιστορίας της (Patton, 2015). Εφόσον, δεν υπάρχει μία αντικειμενική πραγματικότητα, ως ερευνητές μελετάμε τις πραγματικότητες που δομούνται από συγκεκριμένα κοινωνικά σύνολα σε μικρό ή μεγάλο επίπεδο (π.χ. οικογένεια, κοινότητα, κ.λπ.) και το πως αυτές επηρεάζουν τη ζωή των ανθρώπων. Οι άνθρωποι, επομένως, είναι ενεργοί συμμετέχοντες και παραγωγοί νοημάτων σε πολιτισμικά πλαίσια που διέπονται το καθένα από κάποια συγκεκριμένη γλώσσα, ρόλους και κανόνες (Holloway & Freshwater, 2007). Ο ρόλος του ερευνητή κατά συνέπεια είναι να αναζητήσει την υποκειμενικότητα των συμμετεχόντων, τον τρόπο σύμφωνα με τον οποίο αποδίδουν νόημα στις εμπειρίες τους, αλλά ταυτόχρονα και τη δική του υποκειμενικότητα στο ερευνητικό πλαίσιο (Rubin & Rubin, 2005). Με άλλα λόγια ο ερευνητής, όπως θα δούμε και στη συνέχεια, συμμετέχει στην κατασκευή της πραγματικότητας κι όχι στην ανακάλυψή της (Patton, 2015).

Ο Gergen (2009) συνοψίζει αρκετά από τα παραπάνω σε 5 παραδοχές για τον κοινωνικό κονστρουξιονισμό:

1. για να κατανοήσουμε τον κόσμο δεν προϋποτίθεται γνώση για αυτό που 'βρίσκεται εκεί έξω',

2. οι διάφορες κοινωνικές κατασκευές αποκτούν τη σημασία που έχουν ανάλογα με την κοινωνική τους χρηστικότητα,
3. οι άνθρωποι καθορίζουν το μέλλον τους μέσα από διεργασίες περιγραφών και εξηγήσεων,
4. η αναστοχαστικότητα είναι καθοριστικής σημασίας
5. η κατανόηση του κόσμου βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τη γλωσσική επικοινωνία.

Η γλώσσα αποτελεί ένα σημαντικό μέσο για την κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας και όχι ένα μέσο απλής περιγραφής ή αναζήτησης της αλήθειας. Η γλώσσα παράγει και αναπαράγει σχέσεις εξουσίας, καθώς οι περιγραφές και οι εξηγήσεις που κόσμου καθορίζουν το είδος των κοινωνικών πρακτικών που θεωρούνται δυνατές, επιθυμητές ή απευκταίες. Από αυτή την άποψη, το να μεταβάλλεις τις γλωσσικές περιγραφές της πραγματικότητας σημαίνει το να αποκλίσεις ορισμένες πράξεις και να προσκαλέσεις άλλες (Gergen, 2009· Rossiter, 2000). Επομένως, τα ψυχολογικά φαινόμενα, ο εαυτός και η ταυτότητα συγκροτούνται και νοηματοδοτούνται από κοινωνικές διαδικασίες και πρακτικές που είναι πολιτισμικά και ιστορικά και τοποθετημένες (Elliott, 2005· Gergen, 2009).

8.2 Αφήγηση

Η αφήγηση θεωρείται ένας πανανθρώπινος τρόπος έκφρασης, θεμελιώδης για την ίδια την επιβίωση σύμφωνα με τον Sarbin (1986), που ξεκινά από πολύ μικρή ηλικία και χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα με ποικίλους τρόπους (Smith, 2000). Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι υπάρχουν πολλοί ορισμοί που προσπαθούν να προσδιορίζουν την έννοια της αφήγησης. Η Riessman (2008) θεωρεί ότι η αφήγηση είναι η εξιστόρηση συγκεκριμένων γεγονότων που επιλέγονται από τον αφηγητή, τα οποία συνδέονται με τρόπο που τον βοηθά να συνθέτει ένα νόημα προκειμένου να επακολουθήσει μία δράση σε ένα συγκεκριμένο χωροχρονικό πλαίσιο με συγκεκριμένους ακροατές. Παρόμοια και η Elliott (2005) προσθέτει ότι στον ορισμό της αφήγησης πρέπει να περιλαμβάνονται τουλάχιστον 3 ουσιαστικά

χαρακτηριστικά: η χρονολογική ακολουθία των γεγονότων, το νόημα που παράγεται και το συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τον Bruner (1991, 2002) τα βασικά στοιχεία της αφήγησης είναι η διάσταση του χρόνου, η ιδιαιτερότητα (δηλαδή, κάθε αφήγηση έχει μοναδικά στοιχεία γιατί σχετίζεται με το σύστημα πεποιθήσεων του συγκεκριμένου ατόμου, με συγκεκριμένες εμπειρίες και σκοπούς), η ερμηνευτική συνθετικότητα (αφηγητή και ακροατή), και το αφηγηματικό άθροισμα (η σύνθεση του συνόλου των ιστοριών σε ένα όλο). Ο Bruner (1986) υποστηρίζει ότι μέσω των αφηγήσεων οργανώνονται μέρη ή διάσπαρτα κομμάτια της εμπειρίας μας σε ένα ενιαίο όλο, που εκτός από τα νοήματα, συνδέονται και συναισθήματα και άλλες πτυχές της εμπειρίας. Κεντρικό σημείο κάθε αφήγησης είναι η πλοκή, διότι προσδίδει την δομή που είναι απαραίτητη για τη σύνθεση των νοημάτων. Η πλοκή δημιουργείται τόσο από τον αφηγητή που αφηγείται την ιστορία όσο και από τον ακροατή ως απόκριση στην ιστορία που ακούει. Τα στοιχεία της πλοκής είναι η χρονικότητα, δηλαδή η ιστορία έχει αρχή μέση και τέλος, η αιτιότητα (αναζήτηση αιτιωδών σχέσεων στα μέρη μίας ιστορίας), και το ανθρώπινο ενδιαφέρον (χωρίς αυτό δεν έχουμε επαρκή αφήγηση αλλά ούτε και ακρόαση), (Holloway, Freshwater, 2007). Κεντρικά σημεία στην δομή της πλοκής είναι οι ανθρώπινες δυσκολίες και οι επιχειρούμενες λύσεις (Sarbin, 1986). Ο ίδιος συγγραφέας υποστηρίζει ότι αν παρουσιάσουμε σε ένα άτομο κάποιες εικόνες θα προσπαθήσει να τις συνδέσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο με τη χρήση της πλοκής και παραθέτει διάφορες προσπάθειες ταξινόμησης των πλοκών στη βιβλιογραφία όπως είναι η κωμωδία, τραγωδία, σάτιρα, και το ρομάντζο (για τον White, 1973) ή τις πλοκές σταθερότητας, προόδου και παλινδρόμησης (για τον Gergen, 1983 στον Sarbin, 1986).

Ένα σημαντικό στοιχείο των αφηγήσεων είναι η συνοχή, με άλλα λόγια δεν πρόκειται για μία απλή σύνθεση πλευρών της ιστορίας, όπως ήδη προαναφέρθηκε. Οι Baerger & McAdams (1999) θεωρούν ότι μία ιστορία μπορεί να έχει συνοχή όταν είναι προσδιορισμένο το συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς, δηλαδή το χρονικό πλαίσιο, το ευρύτερο κοινωνικό ή το προσωπικό, όταν υπάρχει μία δομή μεταξύ των αναφερόμενων γεγονότων και όταν υπάρχει μία συγκεκριμένη οπτική και αξιολόγηση στην αφήγηση ώστε να γίνεται αντιληπτή η πρόθεση της επικοινωνίας με συγκεκριμένο σκοπό.

Ο όρος αφήγηση ενίοτε χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο ιστορία, εντούτοις κάποιοι συγγραφείς τονίζουν ότι υπάρχουν διαφορές. Ο Frank (1995) διακρίνει την αφήγηση από την ιστορία και θεωρεί ότι η ιστορία αφορά συγκεκριμένες περιγραφές γεγονότων ενώ η αφήγηση αναφέρεται σε γενικότερες δομές που περιλαμβάνουν ένα σύνολο ιστοριών. Η Riessman (2008), παρόμοια, θεωρεί ότι η αφήγηση δεν είναι ίδια με την ιστορία διότι η ιστορία είναι μία μορφή της αφήγησης. Ο Polkinghorne (1988) υποστήριξε τη διάκριση μεταξύ του όρου αφήγηση και του όρου αφηγήσεις, όπου στην πρώτη περίπτωση που χρησιμοποιεί τον ενικό αριθμό υπονοεί τον τρόπο και την διαδικασία να λέει κανείς ιστορίες, ενώ στη δεύτερη περίπτωση υπονοεί τις μοναδικές ιστορίες που αφηγούνται οι άνθρωποι, οι οποίες έχουν ένα ιδιαίτερο κάθε φορά περιεχόμενο και πλοκή. Ο ίδιος συγγραφέας δεν θεωρεί τον όρο ιστορία χρήσιμο διότι μοιάζει σαν να μην ενέχει την αλήθεια του αφηγητή και ταιριάζει περισσότερο με το παραμύθι (Polkinghorne, 1995). Ο Bruner (1986) από την άλλη πλευρά υποστηρίζει ότι δεν μας ενδιαφέρει αν η ιστορία μοιάζει ή δεν μοιάζει αληθινή, γιατί σε κάθε περίπτωση είναι μία εκδοχή της πραγματικότητας του αφηγητή και μέσα από τις ιστορίες δομείται και αναδομείται η ταυτότητα. Ο Sarbin (1986) θεωρεί ότι η αφήγηση είναι συνώνυμη με την ιστορία. Στην παρούσα έρευνα οι όροι αφήγηση και ιστορία χρησιμοποιούνται εναλλάξιμα.

Μία άλλη διάκριση για την αφήγηση περιλαμβάνει αυτή που έχει ειπωθεί (σε έναν ακροατή), την εσωτερική αφήγηση (εκείνη που λέμε στον εαυτό μας, που οργανώνει τις εμπειρίες μας και μας ωθεί σε πράξεις) και τη βιωμένη αφήγηση (μοιάζει με τη βιωμένη εμπειρία, ζούμε τη ζωή σε αφηγηματική μορφή), οι τρεις δε αυτοί τύποι αλληλοκαλύπτονται (Häninnen, 2004). Ο Richardson (1990) έχει διακρίνει την αφήγηση σε καθημερινή ιστορία, αυτοβιογραφική, βιογραφική, πολιτισμική και συλλογική. Η Elliott (2005) έχει διακρίνει τις αφηγήσεις πρώτης τάξης, δηλαδή τις αφηγήσεις που λένε οι άνθρωποι για τον εαυτό τους αυθόρμητα στην καθημερινότητα και τις αφηγήσεις δεύτερης τάξης που αφορούν τις προσεγγίσεις των ερευνητών μέσω της μελέτης των εμπειριών και του κοινωνικού κόσμου των ανθρώπων.

Οι προσπάθειες ορισμού της αφήγησης και του προσδιορισμού των αφηγηματικών τύπων ενέχουν ισχυρισμούς για τις λειτουργίες που η πρώτη επιτελεί. Ως προς τις λειτουργίες που επιτελούνται από τις αφηγήσεις, η Riessman (2008) αναφέρει ότι χρησιμοποιούνται για

ψυχαγωγικούς σκοπούς, για να κινητοποιήσουν τους άλλους προς δράση, για να εκφραστούν διαφωνίες, να πείσουν τους ακροατές για διάφορα θέματα, για να εμπλέξουν τον ακροατή στη ζωή του αφηγητή, για να δομήσουν τις εμπειρίες και να νοηματοδοτήσουν το παρελθόν. Οι Holloway & Freshwater (2007: 21) εντόπισαν στη βιβλιογραφική τους ανασκόπηση τις εξής λειτουργίες της αφήγησης: *«δίνουν νόημα στην εμπειρία και τα συναισθήματα, βοηθούν τον αφηγητή να ερμηνεύει γεγονότα, εκφράζουν, ενισχύουν και επιβεβαιώνουν την ταυτότητα του αφηγητή, οργανώνουν την εμπειρία, δράσεις και σκέψεις, παράγουν αλλαγή στη σκέψη μέσα από τη διεργασία να κάνουν κάτι ρητό, και επιφέρουν προσαρμογή σε εναλλαγή των συνθηκών, επιβεβαιώνουν την υπαγωγή σε ομάδες και την ομαδική συνείδηση, αποδίδουν ευθύνες, μομφές ή επαίνους σε άλλα άτομα, επιτρέπουν στα άτομα να έχουν τον έλεγχο της δικής τους ιστορίας».*

Ο P. Ricoeur, ένας από τους πιο επιφανείς φιλοσόφους του αφηγηματικού νου, θεωρεί ότι δεν πρέπει να θεωρούμε την ταυτότητα ως μία συνθήκη εντελώς ρέουσα, αλλά ούτε και εντελώς άκαμπτη, κι ότι έχουμε την ανάγκη να κατανοούμε τον εαυτό μας με σταθερά χαρακτηριστικά και ταυτόχρονα με επιθυμία εξέλιξης, αλλαγής και προόδου (Ricoeur, 1985· 1988). Ο Bruner (1991: 84) αναφέρει για τον αφηγηματικό εαυτό: *«ο εαυτός δεν είναι κάτι που περιμένει να ανακαλυφθεί, δομείται και αναδομείται, είναι εξελισσόμενος σε σχέση με το πλαίσιο. Ο εαυτός είναι μία αφηγηματική τέχνη, μία εσωτερική και εξωτερική δραστηριότητα, ένας τρόπος να θεμελιώσουμε τη μοναδικότητά μας. Λέγοντας στους άλλους για τον εαυτό μας είναι πιο πολύπλοκο από το να σκαρφιστούμε μία ιστορία που θα την πούμε στον άλλο και τον εαυτό μας. Εξαρτάται από το τι νομίζουμε ότι νομίζουν ότι θα έπρεπε να ήμασταν».* Οι άνθρωποι είναι ενεργοί στη διαμόρφωση των αφηγήσεων για τον εαυτό και όχι έρμαια των πλαισίων, όμως από την άλλη πλευρά υπάρχουν θεσμικές καθορισμένες αφηγήσεις που δεν μας επιτρέπουν να επιλέξουμε εντελώς ελεύθερα τις ιστορίες που θέλουμε για τον εαυτό μας (Smith & Sparkes, 2008).

8.3 Αφήγηση και τραύμα

Η σύνδεση της αφήγησης και των τραυματικών βιωμάτων έχει ιδιαίτερη σημασία στην παρούσα έρευνα δεδομένης της αναζήτησης των εμπειριών των συμμετεχόντων που χαρακτηρίζονται από πολλές αντιξοότητες καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης. Η Riessman (2008) υποστηρίζει ότι δεν είναι εύκολο να περιγράψει κανείς δύσκολες ιστορίες από τη ζωή του γιατί αυτό προϋποθέτει τη δημιουργία μίας χρονικής και λογικής ακολουθίας. Η Crossley (2000) τονίζει ότι στα τραυματικά γεγονότα προσβάλλεται η δυνατότητα να έχουμε συνοχή στην ιστορία μας και επέρχεται ένας αποπροσανατολισμός. Έκανε λόγο για την οντολογική κακοποίηση (ontological assault) στην εμπειρία των ψυχικών τραυμάτων με την έννοια ότι διασπάται η συνέχεια της θεώρησης του εαυτού και του κόσμου σε συνάρτηση με το χρόνο, το χώρο και τη γλώσσα. Το ψυχικό τραύμα όπως προαναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος εκτός άλλων διαστάσεων περιλαμβάνει αποκοπές στη μνήμη καθώς και στην συνέχεια της αίσθησης του χρόνου ως προς το παρελθόν, παρόν και μέλλον (Brison, 1999).

Ο Pierre Janet διαχώρισε την τραυματική μνήμη από την αφηγηματική μνήμη. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει η παρείσφρηση της μνήμης και των τραυματικών βιωμάτων στις αφηγήσεις και αυτά περιγράφονται ως να συμβαίνουν στο παρόν, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η ανάκληση των γεγονότων γίνεται στο κατάλληλο χρονικό πλαίσιο, δηλαδή τα γεγονότα που έλαβαν χώρα στο παρελθόν. Κατά την έρευνα και τη θεραπεία το άτομο μετακινείται από την τραυματική μνήμη στην αφηγηματική. Η αφήγηση των τραυματικών βιωμάτων εξαρτάται από τη σημασία που έχουν για τους αφηγητές αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο βιώθηκαν και στο οποίο εξιστορούνται (Schmid, 2004). Ο Frank (1995) υποστηρίζει ότι η εμπειρία τραυματικών βιωμάτων οδηγεί σε αφηγήσεις που ενέχουν το χάος ακριβώς γιατί διασπάται η συνοχή με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ακουστούν επαρκώς από τον ακροατή αλλά και από τον ίδιο τον αφηγητή. Οι χαώδεις αφηγήσεις επιφέρουν υψηλό άγχος, φαίνονται απειλητικές και δεν είναι εύκολο να διατυπωθούν λεκτικά. Για αυτό το λόγο χρειάζεται μια στοιχειώδης απόσταση ώστε να μπορέσει το άτομο να στοχαστεί τις εμπειρίες της ζωής του. Ο Frank (1995: 98) θεωρεί ότι η χαώδης αφήγηση στην ουσία είναι μία «αντι- αφήγηση, χωρίς ακολουθία, χωρίς τη δυνατότητα για αναστοχασμό» κι ότι «οι ιστορίες αυτές δεν μπορούν να εξιστορηθούν παρά μόνο να βιωθούν». Το ενδιαφέρον για την παρούσα έρευνα εντούτοις είναι η άποψή του ότι

όταν υπάρχει σκοπός κατά την αφήγηση των τραυματικών βιωμάτων τότε υποχωρεί το χάος από την αφήγηση.

Μία άλλη διάσταση στην αφήγηση των τραυματικών αφηγήσεων είναι η έκφραση του συναισθήματος. Τα συναισθήματα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με το νόημα των αφηγήσεων σε τέτοιο βαθμό που καθίσταται δύσκολη η διάκριση σκέψεων και συναισθημάτων, διότι αποτελούν και τα δύο μέρη της ανθρώπινης εμπειρίας (Kleres, 2010). Μία επιπλέον δυσκολία κατά την αφήγηση τραυματικών εμπειριών στο ερευνητικό πλαίσιο είναι η παρατήρηση της Herman (1992) ότι πολλές φορές οι άνθρωποι έχουν την τάση να ξεχαστεί το τραύμα, δηλαδή να το απωθήσουν και ταυτόχρονα να το θυμούνται, κυρίως μέσω των παρεισφρήσεων σε νοητικό, συναισθηματικό ή σωματικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μία ένταση και δυσκολία στην κατανόηση. Ενίοτε, οι ανεπάρκειες στις δομικές πλευρές (αποδιοργάνωση και διάσπαση της αφήγησης, σύγχυση στη χρονική ακολουθία, κ.λπ.) και τις πλευρές του περιεχομένου (αξιολογήσεις για το γεγονός και τους άλλους, κ.λπ.) των τραυματικών αφηγήσεων σχετίζονται με την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες (Jaeger & Lindblom, 2014).

Εκτός, όμως, από τις δυσκολίες που ανακύπτουν κατά την αφήγηση τραυματικών εμπειριών αξίζει να αναφερθεί ότι η αφήγηση μπορεί να αποτελεί και μία ευκαιρία, ειδικά αν ληφθούν υπόψη οι ορισμοί και οι λειτουργίες που αναφέρθηκαν νωρίτερα. Για παράδειγμα, μέσα από την αφήγηση το άτομο καταφέρνει να βάλει σε τάξη τις ήδη διασπασμένες εμπειρίες λόγω του τραύματος τόσο ως προς το χρόνο όσο και ως προς τη λογική ακολουθία, όσο και ως προς την αναζήτηση νοημάτων και τις συνδέσεις με άλλους ανθρώπους. Ενισχύεται η συνοχή και δίνεται η δυνατότητα οι αφηγήσεις αυτές να συνδεθούν με άλλες αφηγήσεις που είναι πολύ πυρηνικές για την ανθρώπινη ύπαρξη (Riessman, 2008). Επίσης, όταν το άτομο αφηγείται την τραυματική ιστορία του γίνεται το υποκείμενο του δικού του λόγου, δεδομένου ότι στις τραυματικές εμπειρίες πολύ συχνά γίνεται το αντικείμενο, διότι υπερισχύει ο λόγος κάποιου άλλου, όπως για παράδειγμα του θύτη σε περιπτώσεις βίας, έτσι, έχει ισχυρότερη την αίσθηση του ελέγχου. Αν και η αφήγηση του τραύματος δεν σημαίνει αυτόματα θεραπεία, εντούτοις, μπορεί να είναι πολύ βοηθητική (Brison, 1999). Αυτό όπως είναι ευνόητο έχει εξαιρετική σημασία και στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

8.4 Αφηγηματική διερεύνηση

Το μεγάλο ενδιαφέρον των ερευνητών για τις αφηγήσεις των ανθρώπων έχει οδηγήσει σε αυτό που ονομάστηκε αφηγηματική στροφή, η οποία είναι αποτέλεσμα της κριτικής των θετικιστικών προσεγγίσεων και των αρχών του ρεαλισμού στην επιστημονική έρευνα (Riessman, 2008). Θεωρήθηκε ότι οι ιστορίες των ανθρώπων μπορούν να σταθούν από μόνες τους ως ερευνητικά δεδομένα και να προσδώσουν μία επαρκή περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας (Patton, 2015). Η αφηγηματική διερεύνηση είναι πολύ εγγύς στον κοινωνικό κονστρουξιονισμό λόγω του ενδιαφέροντος να αναζητήσει την διαμόρφωση των ατομικών εμπειριών μέσα σε ένα πλαίσιο ευρύτερων πολιτισμικών και κοινωνικών δομών (Crossley, 2003). Οι Smith & Sparkes (2008) υποστηρίζουν μεταξύ άλλων ότι επειδή ακριβώς οι αφηγήσεις δομούνται εντός κοινωνικών σχέσεων και πλαισίων αποτελούν εντέλει μία μορφή κοινωνικής δράσης και ένα σχεσιακό και κοινωνικοπολιτικό φαινόμενο, στο πλαίσιο του οποίου παράγεται το νόημα.

Με την αφηγηματική έρευνα καθίσταται πιο πιθανή η δυνατότητα να ακουστεί η φωνή, τα συναισθήματα και οι νοηματοδοτήσεις των ίδιων ανθρώπων (Elliott, 2005), γεγονός που συνάδει με τον βασικό σκοπό της παρούσας έρευνας. Η αφηγηματική διερεύνηση, λοιπόν, είναι μία συστηματική επιστημονική προσέγγιση με κύριο στόχο την κατανόηση των υποκειμενικών βιωμάτων μέσω της εξέτασης των ιστοριών που αφηγούνται τα άτομα προκειμένου να ανακαλέσουν αυτές τις εμπειρίες (Stringer, 1999). Στην αφηγηματική μελέτη δίνεται μεγάλη προσοχή στη λεπτομέρεια, για ποιους λόγους ο αφηγητής εξιστορεί την συγκεκριμένη ιστορία και πως αυτή επηρεάζει τον ακροατή (Riessman, 2008).

Στην παρούσα έρευνα ελήφθησαν σοβαρά υπόψη τα ερωτήματα που πρέπει να απαντώνται στην αφηγηματική διερεύνηση σύμφωνα με την Riessman (2008), δηλαδή πως ορίζουμε τις αφηγήσεις τις οποίες εξετάζουμε και σε ποιο βαθμό εξετάζουμε στοιχεία στην αφήγηση όπως είναι η γλώσσα, το τοπικό και ευρύτερο πλαίσιο της παραγωγής της αφήγησης, ποια είναι η μονάδα ανάλυσης και ποιες είναι οι οντολογικές και επιστημολογικές παραδοχές που πλαισιώνουν την έρευνα. Επίσης, λήφθηκαν υπόψη τα βασικά στοιχεία - οδηγίες που πρότεινε ο Patton (2015) σχετικά με την κονστρουξιονιστική μεθοδολογία, όπως η αναζήτηση πολλαπλών οπτικών και η κατανόηση της κατασκευής των πολλαπλών πραγματικοτήτων, της κατασκευής των διαφορές εντός και μεταξύ των ατόμων και των ομάδων, η ευαισθησία στην

κρίσιμη σημασία του πλαισίου ζωής και έρευνας για την κατανόηση των κοινωνικών κατασκευών της πραγματικότητας, των τρόπων που αυτές αλλάζουν στο χρόνο, η εστίαση στην επίδραση της γλώσσας και των σχέσεων εξουσίας στη διαμόρφωση της πραγματικότητας, των προσλήψεων του ερευνητή για την πραγματικότητα και το πως η σχέση του με τον εκάστοτε συμμετέχοντα επηρεάζει την παραγωγή δεδομένων.

8.5 Αφηγηματική ανάλυση

Δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για τον ακριβή προσδιορισμό της αφηγηματικής ανάλυσης, ούτε συγκεκριμένες οδηγίες κοινά αποδεκτές μεταξύ των ερευνητών (Roberts, 2002). Η Riessman (2008) υποστηρίζει ότι η αφηγηματική ανάλυση είναι ένα σύνολο μεθόδων που χρησιμοποιούν οι ερευνητές για την ερμηνεία κειμένων που μπορεί να είναι σε μορφή ιστορίας κι ότι αποτελεί μόνο ένα μέρος από το ευρύτερο πεδίο της αφηγηματικής διερεύνησης. Με την αφηγηματική ανάλυση εξετάζουμε την λεπτομέρεια, το συγκεκριμένο, την ακολουθία των δράσεων, των δρώντων υποκειμένων, στο πως και γιατί των γεγονότων, τον σκοπό και το πλαίσιο (Riessman, 2008). Στην βιβλιογραφία έχουν προταθεί διάφοροι τύποι αφηγηματικής ανάλυσης. Ο Mishler (1995) βασισμένος στις λειτουργίες της γλώσσας αναφέρθηκε σε τρεις τύπους αφηγηματικής ανάλυσης, το νοηματικό (όπου το αναφερόμενο νόημα ή περιεχόμενο είναι εξέχουσας σημασίας για την ανάλυση), τον αλληλεπιδραστικό (αφορά στον τρόπο διαμόρφωσης μίας ιστορίας στο συγκεκριμένο πλαίσιο στο οποίο παράγεται), και το δομικό. Ο δομικός τύπος αφηγηματικής ανάλυσης που αποδίδεται στους Labov & Waletzky (1967 στην Elliott, 2005) αναφέρεται στο πως λέγεται η ιστορία η οποία αποτελείται από πέντε διαφορετικά στοιχεία: την περίληψη του θέματος, την δράση, την αξιολόγηση, το πως τελείωσε και το επιμύθιο. Η Elliott (2005) αναφέρει ότι υπάρχουν δύο είδη πιο ολιστικής αξιολόγησης των αφηγήσεων, η μία αφορά το ύφος και η δεύτερη την πλοκή στοιχεία των οποίων παρατέθηκαν νωρίτερα. Οι Lieblich et al., (1998) υποστήριξαν ότι υπάρχουν τέσσερις διαστάσεις στις ιστορίες: το περιεχόμενο (τι συνέβη και γιατί), η φόρμα (δομή της πλοκής, το είδος, μεταφορές,

πολυπλοκότητα), η ολιστική ανάλυση (που μελετά την αφήγηση ως σύνολο) και η κατηγορική ανάλυση. Από τον συνδυασμό αυτών των διαστάσεων προτείνουν οι ερευνητές ότι προκύπτουν συγκεκριμένες περιπτώσεις ανάλυσης.

Η Riessman (2008) προσδιόρισε τέσσερις βασικούς τύπους αφηγηματικής ανάλυσης, τη θεματική, τη δομική, τη διαλογική και την οπτική. Στην παρούσα έρευνα επιλέχτηκε η θεματική αφηγηματική ανάλυση ως κύρια μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων, βασισμένη κυρίως στις ερευνητικές απόψεις της Riessman, διότι θεωρήθηκε ότι η μέθοδος αυτή θα εξυπηρετήσει πληρέστερα το σκοπό της έρευνας. Η Riessman (2008) θεωρεί ότι αν και όλοι οι τύποι αφηγηματικής έρευνας δίνουν σημασία στο περιεχόμενο των ιστοριών η θεματική αφηγηματική ανάλυση το εξετάζει κατ' αποκλειστικότητα. Εδώ ο κύριος στόχος της ανάλυσης είναι κυρίως αυτά που έχουν ειπωθεί και λιγότερο ο τρόπος με τον οποίο έχουν ειπωθεί όπως στην δομική ανάλυση. Ο ερευνητής στην αφηγηματική θεματική ανάλυση προσπαθεί να διατηρήσει την ιστορία του αφηγητή όσο περισσότερο γίνεται άθικτη θεωρητικοποιώντας από την κάθε περίπτωση κι όχι τόσο από τις επιμέρους κατηγορίες μεταξύ των περιπτώσεων. Ο Τσιώλης (2017) αναφέρει ότι η θεματική ανάλυση αποτελεί μία ενεργητική διαδικασία κατά την οποία ο ερευνητής πρέπει να αναπτύξει τα δημιουργικά του στοιχεία καθώς αλληλεπιδρά με τα δεδομένα τα οποία *‘περισσότερο τα παράγει παρά τα ανακαλύπτει’*, υπό την έννοια ότι η διαδικασία επιλογής, ανάλυσης και νοηματοδότησης βασίζονται σε πολλαπλές διαδικασίες επιλογής και νοηματοδότησης.

8.6 Δείγμα

Επιλογή δείγματος. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη, με την αρχική πρόθεση επιλογής περιπτώσεων που θα μπορούσαν να προσφέρουν κατά το δυνατόν όσο πιο πλούσιες πληροφορίες για το αντικείμενο της έρευνας (Patton, 2015). Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων:

1. Να έχουν την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου στην οικογένεια με ελάχιστο χρονικό διάστημα δύο ετών.
2. Ο γονιός να έχει λάβει διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων, ήτοι: σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, παραληρητική διαταραχή, και ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Αποκλείστηκαν οι περιπτώσεις της βραχείας ψυχωτικής διαταραχής (λόγω της διάρκειας του χρόνου) και της ψυχωτικής διαταραχής οφειλόμενης σε ουσίες ή σε γενική ιατρική κατάσταση (λόγω της συνθήκης δευτερογενούς εκδήλωσης της νόσου).
3. Να βρίσκονται στο ηλικιακό φάσμα της αναδυόμενης ενηλικίωσης.
4. Να υπάρχουν συμμετέχοντες και των δύο φύλων.
5. Να υπάρχουν συμμετέχοντες με εμπειρία πατρικής και μητρικής ψυχικής νόσου.
6. Να διαθέτουν την ελάχιστη βασική συναισθηματική και διανοητική ικανότητα να συναινέσουν για τη συμμετοχή τους στην έρευνα και να καταθέσουν τις εμπειρίες τους χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό τους.
7. Να ζουν στην Ελληνική επικράτεια (προκειμένου να διερευνηθούν οι εμπειρίες στο συγκεκριμένο πλαίσιο), ανεξαρτήτως υπηκοότητας, πεποιθήσεων, σεξουαλικού προσανατολισμού, μορφωτικού επιπέδου, οικονομικής κατάστασης, και να μιλούν την ελληνική γλώσσα.

Η επιλογή του δείγματος αφορούσε συμμετέχοντες που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση, δηλαδή άτομα που βρίσκονται σε μια μεταβατική χρονική περίοδο της ζωής, από την εφηβεία προς την ενηλικίωση. Την περίοδο αυτή συνήθως τα πρόσωπα αυτονομούνται, λαμβάνουν αποφάσεις για τη ζωή τους και έχουν ευκαιρίες να παίρνουν αναστοχαστικά απόσταση από αυτά που έχουν βιώσει στο οικογενειακό τους πλαίσιο. Οι Walker & McKinney (2015), υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι συχνά βιώνουν την αναπτυξιακή φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης, καθώς μεταβαίνουν από τον εφηβικό τρόπο ζωής σε μια σταδιακή ανεξαρτητοποίηση και ταυτόχρονα βιώνουν μια αλλαγή στα δυναμικά της σχέσης τους με τους γονείς. Σε αυτή τη διεργασία, η γονική λειτουργικότητα παίζει σημαντικό ρόλο για την επιτυχή μετάβαση στην ενηλικίωση κι αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την παρούσα έρευνα δεδομένων

των δυσκολιών που μπορεί να έχει ένας γονιός με μείζονα ψυχική διαταραχή. Επίσης, η εμφάνιση των κυριότερων ψυχιατρικών διαταραχών συμβαίνει σε αυτήν την περίοδο, περισσότερο από κάθε άλλη (Kessler et al, 2007). Η επιλογή του συγκεκριμένου ηλικιακού εύρους βασίστηκε στις απόψεις του Arnett (2015) που αφορούν το χρονικό διάστημα μεταξύ του 18^{ου} και 29^{ου} έτους της ζωής. Στη βιβλιογραφία γενικότερα παρατηρείται μία σχετική αστάθεια ως προς τον ακριβή προσδιορισμό του ηλικιακού εύρους της αναδυόμενης ενηλικίωσης, αρκετοί δε συγγραφείς αναφέρονται στο διάστημα 18-25 ετών. Εντούτοις, στις ανεπτυγμένες χώρες παρατηρείται μία ολοένα αυξανόμενη τάση στο ηλικιακό εύρος της αναδυόμενης ενηλικίωσης μέχρι τα άτομα να κατασταλάξουν σε σταθερές όπως η εργασία, η οικογενειακή κατάσταση, κ.λπ., και γι' αυτό το μικρότερο από τα δύο διαστήματα μπορεί να είναι λίγο συντηρητική επιλογή (Arnett, 2015). Η επιλογή αυτή στην παρούσα έρευνα- όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή- σχετιζόταν επίσης με τη σχετική έλλειψη βιβλιογραφίας για τις εμπειρίες της γονικής ψυχικής νόσου ατόμων στην αναδυόμενη ενηλικίωση, ειδικά αν λάβει κανείς υπόψη του ότι ειδικά αυτή την περίοδο γίνονται πιο έντονες αναζητήσεις της προσωπικής ταυτότητας, παρατηρούνται αστάθειες σε τομείς όπως η εργασία, η συντροφικότητα και η μόνιμη κατοικία, υπάρχει μία αίσθηση ότι τα άτομα βρίσκονται κάπου στο 'ανάμεσα', δηλαδή ούτε στην εφηβεία αλλά ούτε και στην ενηλικίωση (Arnett, 2015; Lloyd, 2005; Padilla- Walker & Nelson, 2017).

Αναζήτηση συμμετεχόντων. Η αναζήτηση των συμμετεχόντων αρχικά πραγματοποιήθηκε με βάση την κινητοποίηση του ερευνητή στα πλαίσια εργασίας του, σε ασθενείς με διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων που είχαν την ιδιότητα του γονιού παιδιών στην αναδυόμενη ενηλικίωση και σε θεράποντες ιατρούς που γνώριζαν την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών τους – που θεωρήθηκαν πρόσωπα σε καίρια θέση (gatekeepers) για γόνιμες παραπομπές (Holloway & Freshwater, 2007). Στην πρώτη περίπτωση η αναζήτηση έγινε σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και σε κλινικές οξέων περιστατικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και στη δεύτερη στο πλαίσιο των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου και σε πλαίσια προσωπικών γνωριμιών. Η κινητοποίηση στα πλαίσια αυτά είχε σκοπό να διευκολύνει τη διαδικασία διασφάλισης της επίσημης διάγνωσης του γονιού μέσω της μελέτης των ιατρικών φακέλων και με προφορική επικοινωνία με τους θεράποντες. Επίσης,

επιχειρήθηκε η εφαρμογή της τεχνικής της χιονοστιβάδας (Τσιώλης, 2014). Ζητήθηκε από τους πρώτους συμμετέχοντες να προτείνουν γνωστούς με παρόμοια εμπειρία. Σε τρεις περιπτώσεις προτάθηκαν τα αδέλφια τους αλλά στο δείγμα εντάχθηκαν δύο διότι ο τρίτος υποψήφιος αρνήθηκε τη συμμετοχή (απόσταση λόγω σπουδών). Ένας από τους συμμετέχοντες προέκυψε από την αναζήτηση περιπτώσεων γνωστών των θεραπευομένων στο ιδιωτικό γραφείο του ερευνητή. Η εμπειρία της διαδικασίας αναζήτησης συμμετεχόντων ήταν θετική, χωρίς ιδιαίτερα προσκόμματα. Η αναζήτηση προέκυψε πολύ παραγωγική, σε βαθμό που δυσκόλεψε τον ερευνητή στην τελική επιλογή των ατόμων. Κατά την αρχική αναζήτηση παρέχονταν από τον ερευνητή ή τους θεράποντες ιατρούς μία στοιχειώδης ενημέρωση στους υποψήφιους συμμετέχοντες για το σκοπό της έρευνας και τη σημασία της δικής τους συμμετοχής, και αν η στάση ήταν θετική ακολουθούσε εκτενέστερη ενημέρωση. Η τελική επιλογή των συμμετεχόντων αφορούσε τις δύο τελευταίες περιπτώσεις, δηλαδή τις παραπομπές από θεράποντες ιατρούς και γνωστούς με άτομα με εμπειρία γονικής ψυχικής νόσου, διότι κρίθηκε ότι η διαδικασία θα ήταν πιο εύρυθμη λειτουργικά αλλά και προς αποφυγή συγχύσεων που μπορεί να προέκυπταν από την διπλή ιδιότητα του ερευνητή και εργαζομένου σε ψυχιατρικό πλαίσιο.

Από την διαδικασία αναζήτησης συμμετεχόντων προέκυψαν συνολικά 28 υποψήφιοι συμμετέχοντες, εκ των οποίων πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με τους 17. Από τους αρχικούς 28 υποψήφιους συμμετέχοντες οι 7 ανέβαλαν τη συμμετοχή τους εκτάκτως λόγω υποχρεώσεων στις σπουδές που δεν είχαν υπολογίσει από πριν, και ένας λόγω προβλήματος υγείας. Κατά την έναρξη της πιλοτικής φάσης της έρευνας διαπιστώθηκε ότι κάθε συνέντευξη καταλάμβανε μεγάλη διάρκεια και καλύπτονταν πολλά θέματα. Ως εκ τούτου αξιοποιήθηκαν σε επίπεδο συνέντευξης οι 17 διότι θεωρήθηκε από την επεξεργασία του υλικού ότι μπορούσαν να καλυφθούν τα ερευνητικά ερωτήματα (Rubin & Rubin, 2005).

Περιγραφή συμμετεχόντων. Το δείγμα [πίνακας 1: 'Στοιχεία συμμετεχόντων'] αποτελείται από επτά αγόρια και δέκα κορίτσια με ηλικιακό εύρος 18-29 έτη, και μέσο όρο ηλικίας τα 24,2 έτη. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης 7 συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι λυκείου, 6 φοιτούσαν σε κάποια πανεπιστημιακή σχολή, 1 φοιτούσε σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, 2 ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ και μία συμμετέχουσα ήταν απόφοιτος ιδιωτικής σχολής. Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελεύθεροι. Ως προς την

οικογένεια καταγωγής, οι γονείς 7 συμμετεχόντων είχαν πάρει διαζύγιο και σε μία περίπτωση δεν ήταν σαφές -παρότι δήλωσε ότι οι γονείς του έχουν χωρίσει, αυτό δεν κατέστη δυνατό να επιβεβαιωθεί από τον ερευνητή. Σε μία περίπτωση ενώ οι γονείς είχαν χωρίσει με διαζύγιο η πάσχουσα μητέρα επέστρεψε μετά από πέντε χρόνια στο σπίτι της οικογένειας για λόγους κάλυψης πρακτικών αναγκών. Ένας συμμετέχων ανέφερε ότι οι γονείς του ζουν ως χωρισμένοι στο ίδιο σπίτι -χωρίς να έχουν προβεί σε διαδικασίες διαζυγίου- και η μητέρα συγκατοικεί με τον πατέρα και τον σύντροφό της. Οι γονείς ενός άλλου συμμετέχοντα ζουν χωριστά χωρίς να έχουν προβεί σε διαδικασίες διαζυγίου. Σε τρεις περιπτώσεις είχε φύγει από τη ζωή ο πατέρας που ήταν ο υγιής γονιός και κατά τη διάρκεια της ανάλυσης ο ερευνητής ενημερώθηκε ότι απεβίωσε επιπλέον ο πατέρας δύο συμμετεχόντων που ήταν αδέλφια. Δεκατρείς από τους 17 συμμετέχοντες έχουν αδέλφια. Στο δείγμα υπάρχουν 2 αγόρια και 2 κορίτσια μοναχοπαίδια. Έξι συμμετέχοντες έχουν έναν αδελφό, 3 εκ των οποίων είναι ιδίου φύλου. Πέντε συμμετέχοντες έχουν επιπλέον 2 αδέλφια και των δύο φύλων, εκτός από μία περίπτωση που έχει 2 αδέλφια του άλλου φύλου. Δύο συμμετέχοντες έχουν επιπλέον 3 αδέλφια, στη μία περίπτωση ιδίου φύλου.

Τη χρονική στιγμή της συνέντευξης 9 συμμετέχοντες ζούσαν στο πατρικό σπίτι της οικογένειας, 1 ζούσε στο εξωτερικό για σπουδές, 1 συγκατοικούσε με τον αδελφό του, 1 ζούσε σε δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικού νοσοκομείου, μία συμμετέχουσα συγκατοικούσε με τον σύντροφό της, και 4 διατηρούσαν δικό τους σπίτι. Έντεκα συμμετέχοντες εργάζονταν την περίοδο της έρευνας, 3 από αυτούς σε ευκαιριακές εργασίες και 8 σε εργασίες με πιο μόνιμο χαρακτήρα.

Σχετικά με την ψυχιατρική κατάσταση των συμμετεχόντων 2 είχαν λάβει διάγνωση μείζονος ψυχικής διαταραχής, (σχιζοφρένεια και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή), που ήταν ίδια διάγνωση με εκείνη της πάσχουσας μητέρας τους, 1 είχε λάβει διάγνωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, σε μία συμμετέχουσα είχε προταθεί η διάγνωση της κατάθλιψης από τον ειδικό ψυχικής υγείας του πάσχοντος πατέρα της, και οι υπόλοιποι 4 είχαν αυτοπροσδιοριστεί ως προς την ψυχική τους κατάσταση βασιζόμενοι στην άμεση πρόσληψη του εαυτού αλλά και στις γνώσεις που είχαν από την χρόνια φροντίδα των πασχόντων γονιών. Μία συμμετέχουσα από αυτούς είχε εμφανή στοιχεία αγχωδών εκδηλώσεων και κατάθλιψης

κατά τη διάρκεια της μακροσκελούς συνέντευξης, αλλά η διαπίστωση αυτή αφορά κυρίως την πρόσληψη του ερευνητή βασισμένη στην κλινική του πείρα και στην αναφορά της συμμετέχουσας για την γνώμη των οικείων της.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

α/α	Ψευδώνυμο	Ηλικία	Εκπαίδευση	Διαζύγιο γονέων	Αδέλφια	Ψυχιατρική κατάσταση παιδιού
1	Θανάσης	19	2ΒΘ*		3 Α**	-
2	Μάριος	26	3ΒΘ		1 Α, 1Κ	-
3	Χρήστος	29	2ΒΘ		-	-
4	Πέτρος	26	3ΒΘ		1 Α, 1Κ	Ιδεοψυχαναγκαστική διατ.
5	Γιώργος	20	2ΒΘ	✓	-	Αγχώδης διατ.
6	Σωτήρης	25	2ΒΘ	✓	1Κ	-
7	Βαγγέλης	29	2ΒΘ	✓	1 Α, 1Κ	Σχιζοφρένεια
8	Μίνα	22	3ΒΘ		1 Α, 1Κ	Αγχώδης διατ., κατάθλιψη
9	Δήμητρα	18	2ΒΘ	✓	2Α	-
10	Αννέτα	24	3ΒΘ		1Κ	-
11	Τζένη	24	3ΒΘ		1Α	-
12	Αλεξάνδρα	26	3ΒΘ		1Κ	Αγχώδης διατ.
13	Κάτια	29	2ΒΘ		-	Σχιζοσυναισθηματική διατ.
14	Νεφέλη	29	Φοίτηση ιδιωτική σχολή		1Κ	Κατάθλιψη
15	Κατερίνα	23	3ΒΘ	✓	1Α	-
16	Αφροδίτη	23	3ΒΘ	✓	2 Α, 1Κ	-
17	Παναγιώτα	22	3ΒΘ	✓	-	Κατάθλιψη
*2ΒΘ, 3ΒΘ: δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια εκπαίδευση						
**Α: αγόρι, Κ: κορίτσι						

Σε σχέση με τα στοιχεία των πασχόντων γονέων των συμμετεχόντων [πίνακας 2: 'Στοιχεία ψυχικά πασχόντων γονέων'] 4 συμμετέχοντες είχαν την εμπειρία της πατρικής ψυχικής νόσου που έχουν λάβει διάγνωση από ειδικό ψυχικής υγείας και 13 είχαν την εμπειρία της μητρικής ψυχικής νόσου. Οι διαγνώσεις των γονέων διασταυρώθηκαν από τον ερευνητή μέσω προφορικής επικοινωνίας με τους θεράποντες ιατρούς. Σε δύο περιπτώσεις οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι πάσχει και ο υγιής γονιός με μείζονα ψυχική διαταραχή, αλλά δεν είχε αναζητήσει μέχρι τώρα βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας. Η πρόσληψη αυτή βασιζόταν στο προσωπικό βίωμα με τον υγιή γονιό αλλά και στις γνώσεις που είχαν από την εμπειρία τους με τον πάσχων γονιό.

Οι διαγνώσεις που είχαν λάβει οι πάσχοντες γονείς κι έχουν ληφθεί υπόψη στην παρούσα έρευνα αφορούσαν στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα της συνεργασίας με τους συμμετέχοντες, δεδομένου ότι στην πλειοψηφία τους είχαν ιστορικό διαφορετικών διαγνώσεων κυρίως από το φάσμα των ψυχώσεων και σε δύο περιπτώσεις από το φάσμα των διαταραχών διάθεσης. Οχτώ συμμετέχοντες είχαν έναν γονιό με σχιζοφρένεια (από τον έλεγχο των διαγνώσεων προέκυψε ότι σε 6 περιπτώσεις πρόκειται για σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου), οι γονείς 6 συμμετεχόντων είχαν σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και 3 είχαν παραληρητική διαταραχή.

Οι μητέρες 8 συμμετεχόντων είχαν σχιζοφρένεια, και 5 συμμετεχόντων είχαν σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Οι πατέρες 2 συμμετεχόντων είχαν παραληρητική διαταραχή, ο πατέρας 1 συμμετέχοντα είχε σχιζοφρένεια, και 1 είχε σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Από τα αγόρια του δείγματος ένας συμμετέχοντας έχει το ίδιο φύλο με τον πάσχοντα γονιό, και από τα κορίτσια 7 συμμετέχοντες.

Οι πάσχοντες γονείς 12 συμμετεχόντων έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική, οι μισοί εκ των οποίων έχουν ιστορικό πολλαπλών νοσηλειών. Έντεκα συμμετέχοντες (οι έξι με διάγνωση σχιζοφρένεια) έχουν την εμπειρία απόπειρας αυτοκτονίας και έντονου αυτοκτονικού ιδεασμού των γονιών, 3 εκ των οποίων νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική κλινική για αυτό το λόγο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

α/α	Ψευδώνυμο	Πάσχων γονιός	Διάγνωση γονιού	Νοσηλεία	Αυτοκτονική Συμπ.
1	Θανάσης	Π*, Μ	Σχιζοφρένεια		✓
2	Μάριος	Μ	Σχιζοφρένεια		
3	Χρήστος	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ.	✓	
4	Πέτρος	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	
5	Γιώργος	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	✓
6	Σωτήρης	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
7	Βαγγέλης	Μ, Π	Σχιζοφρένεια	✓	✓
8	Μίνα	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	
9	Δήμητρα	Π	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	✓
10	Αννέτα	Π	Παραληρητική διατ.		✓
11	Τζένη	Μ	Παραληρητική διατ.	✓	✓
12	Αλεξάνδρα	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
13	Κάτια	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ.	✓	
14	Νεφέλη	Π	Παραληρητική διατ.		✓
15	Κατερίνα	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
16	Αφροδίτη	Μ	Σχιζοφρένεια		
17	Παναγιώτα	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
*Π: πατέρας, Μ: μητέρα					

8.7 Συλλογή δεδομένων

Διαδικασία. Η παραγωγή δεδομένων έγινε με τη χρήση της ημιδομημένης συνέντευξης και συνοδευτικά την τήρηση αρχείου με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ερευνητή σε όλα τα στάδια της συλλογής και ανάλυσης και το υλικό που προέκυψε από την προφορική επικοινωνία με τους θεράποντες ιατρούς. Η συνολική συλλογή δεδομένων ξεκίνησε το Νοέμβριο του 2017 και τελείωσε τον Ιούνιο του 2019. Εξασφαλίστηκε άδεια από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας από το πανεπιστήμιο Ιωαννίνων [Αριθμ. Πρωτ.: 13259, βλέπε παράρτημα: 'Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων']. Ελήφθη η προφορική συναίνεση συνεργασίας των θεραπόντων ιατρών που παρέπεμψαν τα περιστατικά. Μετά την αρχική επαφή με τους υποψήφιους συμμετέχοντες από τον ερευνητή και τους θεράποντες ιατρούς κατά την οποία υπήρξε μία στοιχειώδης ενημέρωση, ακολούθησε τηλεφωνική επαφή με όλους τους συμμετέχοντες από τον ερευνητή για την παροχή εκτενέστερης προφορικής ενημέρωσης, την επιβεβαίωση της επιθυμίας εκούσιας συμμετοχής στην έρευνα και την διευθέτηση της συνάντησης.

Στις συναντήσεις εκ του σύνεγγυς εξασφαλίστηκαν οι κανόνες δεοντολογίας της έρευνας βάσει των οποίων επαναλήφθηκε η ενημέρωση για την έρευνα προφορικά αλλά και γραπτά με τη χορήγηση ειδικού εντύπου [παράρτημα: 'Ενημερωτικό φυλλάδιο συμμετοχής στην έρευνα']. Η ενημέρωση αφορούσε το σκοπό της έρευνας, τους λόγους για τους οποίους θεωρείται σημαντική η συμμετοχή τους, πληροφορίες για το ποιος μπορεί να συμμετάσχει, πληροφορίες για την εκούσια διάσταση της συμμετοχής, η επισήμανση του δικαιώματος απόσυρσης σε οποιοδήποτε σημείο της συνεργασίας χωρίς καμία αρνητική επίπτωση, το δικαίωμα να μην απαντήσουν αν το επιλέξουν και η δυνατότητα επιλογής της μη συμπερίληψης της συγκεκριμένης συνέντευξης στην έρευνα μέχρι ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο έπειτα από τη λήψη της συνέντευξης. Επίσης, στην ενημέρωση δόθηκαν πληροφορίες για τον τρόπο διασφάλισης της εμπιστευτικότητας σε όλα τα στάδια της έρευνας και τήρησης της ανωνυμίας. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για αυτά που θα τους ζητούνταν να κάνουν κατά τη συνάντηση, για τη διάρκεια των συναντήσεων και τον τρόπο αξιοποίησης του υλικού της συνέντευξης και πιο συγκεκριμένα την απομαγνητοφώνηση, την ανάλυση και την ερμηνεία των

αφηγήσεων. Ενημερώθηκαν για τα πιθανά οφέλη και για τους ενδεχόμενους κίνδυνους από τη συμμετοχή τους στην έρευνα και έλαβαν τη διαβεβαίωση, αλλά και σαφείς οδηγίες για τη διασφάλιση διαδικασιών προφύλαξης και αντιμετώπισης των όποιων προβλημάτων θα μπορούσαν να προκύψουν.

Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες ανάγνωσαν προσεκτικά και υπέγραψαν το αντίστοιχο έγγραφο συγκατάθεσης [παράρτημα: 'Έγγραφο συγκατάθεσης'] στο οποίο επιβεβαιώνεται η κατανόησή τους και η αποδοχή της προφορικής και γραπτής ενημέρωσης και της επιθυμίας συμμετοχής σε αυτή. Κατά τη διαδικασία αυτή, τόσο της ενημέρωσης όσο και της συγκατάθεσης ο ερευνητής δεν αντιμετώπισε κανένα κώλυμα, αντίθετα είχε την αίσθηση της προθυμίας της συμμετοχής, της εμπιστοσύνης αλλά και της ελπίδας ότι η συμμετοχή τους μπορεί να βοηθήσει άλλα υποκείμενα με παρόμοιες εμπειρίες.

Η συνέντευξη. Στην παρούσα έρευνα επιλέχτηκε η ημιδομημένη συνέντευξη για την παραγωγή των δεδομένων. Η ημιδομημένη συνέντευξη αποτελεί το πλέον συχνό ερευνητικό εργαλείο γιατί επιτρέπουν την συλλογή πληροφοριών για καταστάσεις που τα υποκείμενα έχουν βιώσει και δεν είναι άμεσα προσβάσιμες στον ερευνητή, δίνουν τη δυνατότητα να νοηματοδοτήσουν, να ερμηνεύσουν τα υπό μελέτη φαινόμενα και να εκθέσουν την κοσμοθεωρία τους με τα δικά τους λόγια, είναι ευαίσθητη στις μεταβολές της συνομιλικής συνθήκης, επιτρέπει τη διαπραγμάτευση της οικειότητας και των σχέσεων εξουσίας, όπως και την τροποποίηση των υπάρχοντων ερωτήσεων και την εισαγωγή νέων από τον ερευνητή όταν απαιτείται για την ανάδειξη και την διερεύνηση νέων νοηματοδοτήσεων που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκειά της (Denzin & Lincoln, 2018).

Ο σχεδιασμός και η πραγματοποίηση της συνέντευξης στην παρούσα έρευνα βασίστηκε στις αρχές της αφηγηματικής έρευνας και του κοινωνικού κονστρουκτιονισμού. Ο ερευνητής και οι συμμετέχοντες δημιουργούν ένα πλαίσιο διαλόγου στο οποίο συγκατασκευάζεται η αφήγηση σε συνεργατικό πνεύμα, με κύριο στόχο την παραγωγή των λεπτομερειών, σε ένα κλίμα που προάγει την αφηγηματικότητα (Riessman, 2008). Ο Mishler (1986) υποστηρίζει ότι αν ο ερευνητής κατορθώσει να ισορροπήσει τα θέματα εξουσίας με το συμμετέχοντα τότε θα υπάρξουν περισσότερες πιθανότητες να αρχίσει να λέει ιστορίες. Σύμφωνα με την Riessman (2008), στην αφηγηματική συνέντευξη ακολουθούνται οι κανόνες μίας συζήτησης κι όχι ενός

τυπικού πλαισίου ερωτήσεων και απαντήσεων, με τη διαφορά ότι είναι πιο αργές οι εναλλαγές του λόγου, όπου ψάχνουμε λεπτομέρειες κι όχι γενικές εκτιμήσεις, με απλή χρήση λόγου κι όχι επιστημονική κι ο ερευνητής ακολουθεί το ρυθμό του συμμετέχοντα προσπαθώντας να ενισχύσει την ισοτιμία. Η Crossley (2000) θεωρεί ότι ο ρόλος του συνεντευκτή ως ακροατή στην αφηγηματική έρευνα είναι ιδιαίτερος σημαντική γι' αυτό πρέπει να δίδεται μεγάλη προσοχή στη σχέση και ταυτόχρονα να έχει στοιχεία ενθουσιασμού, επιβεβαίωσης, μη επικριτικότητας αλλά και εξοικείωσης με προσωπικές αφηγήσεις.

Αν και στην παρούσα έρευνα δεν υπήρχε σχεδιασμός για παραγωγή δεδομένων για την βιογραφία των συμμετεχόντων αυτή καθ' αυτήν, ελήφθησαν σοβαρά υπόψη οι συστάσεις του McAdams που παραθέτει η Crossley (2000), σε σχέση με τα κρίσιμα γεγονότα της ζωής (η πιο σημαντική στιγμή, η χειρότερη, κ.λπ.), την περιγραφή των σημαντικών προσώπων στη ζωή, τα πλάνα για το μέλλον, την προσωπική ιδεολογία, κ.λπ.. Σε κάθε περίπτωση στην αφηγηματική συνέντευξη χρειάζεται χρόνος μέχρι να δομηθεί μία στοιχειώδης εμπιστοσύνη διότι οι συμμετέχοντες μπορεί να προσδοκούν ότι ο ερευνητής θα επιδοθεί σε πολλές κλειστές ερωτήσεις (Holloway & Jefferson, 2000). Με βάση τις αρχές του κοινωνικού κονστρουκτιονισμού οι ερευνητές για να μπορέσουν να κατανοήσουν την σύνθεση των νοημάτων κατά τη συνέντευξη πρέπει να εστιάζουν στην άμεση κοινωνική διαδικασία του πλαισίου της συνέντευξης. Και τα δύο μέρη της συνέντευξης θεωρούνται γνωρίζοντα υποκείμενα, γεγονός που σημαίνει ότι και οι δύο εμπλέκονται σε σχέσεις εξουσίας, στο πλαίσιο των οποίων συνδιαμορφώνεται και αναδιαμορφώνεται η εκάστοτε αλήθεια. Έτσι, η πολυφωνικότητα θεωρείται εγγενής στην παραγωγή της γνώσης, όπως και η ενσώματη και η συναισθηματική της διάσταση, οι οποίες κάθε φορά καθιστούν κάθε συνέντευξη μια μοναδική και ανεπανάληπτη συνθήκη (Koro-Ljungberg, 2008). Σύμφωνα με τους Rubin & Rubin (2005) στην ποιοτική συνέντευξη έχει ιδιαίτερη σημασία το βάθος και οι λεπτομέρειες, τα οποία μοιάζουν σαν έννοιες αλλά δεν είναι ίδια. Οι λεπτομέρειες αφορούν τις συγκεκριμένες πλευρές μίας εμπειρίας, την εξιστόρηση του πως έγιναν τα γεγονότα, τα ποικίλα χαρακτηριστικά μίας κατάστασης, κ.λπ., ενώ το βάθος αφορά απαντήσεις που είναι πέρα από το προφανές, τα νοήματα, αντιθέσεις, ή εναλλακτικές εξηγήσεις.

Λαμβανομένων υπόψη όλων των παραπάνω στην παρούσα έρευνα καθορίστηκαν θεματικές ενότητες διερεύνησης με σκοπό να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, αλλά και βοηθητικές ερωτήσεις με σκοπό τη διευκόλυνση της διαδικασίας της συνέντευξης. Οι θεματικές ενότητες σχετίζονταν με το προσωπικό βίωμα της γονικής ψυχικής νόσου, τις τραυματικές αναμνήσεις, τον αντίκτυπο στην οικογένεια, τα θετικά αποθέματα και την ψυχική ανθεκτικότητα, τη διαμόρφωση της ταυτότητας στην αναδυόμενη ενηλικίωση και τον εαυτό στο μέλλον. Οι βοηθητικές ερωτήσεις διαμορφώθηκαν ως εξής:

- 1. Πως είναι για σένα η εμπειρία να μεγαλώνεις σε μια οικογένεια στην οποία ο ένας ή και οι δύο γονείς βρίσκονται στο φάσμα των ψυχώσεων;*
- 2. Ποιες νομίζεις ότι είναι οι επιπτώσεις της κατάστασης του γονιού στο μέγαλωμά σου; Με ποιο τρόπο σε επηρέασαν; Πώς σε επηρεάζουν σήμερα; Ποιες οι επιπτώσεις στη λειτουργικότητα της οικογένειας, τις σχέσεις των γονιών και τις σχέσεις των γονιών με τα παιδιά;*
- 3. Θα μπορούσες να μοιραστείς κάποιες συγκεκριμένες ιστορίες που έχουν χαραχτεί στη μνήμη σου και αντιπροσωπεύουν τις δύσκολες στιγμές από την εμπειρία του να είσαι παιδί γονιού με ψυχιατρικό πρόβλημα;*
- 4. Ποιες είναι κατά τη γνώμη σου οι πιο σημαντικές / κρίσιμες στιγμές / σταθμοί στην ιστορία της οικογένειάς σου γενικότερα; Πως είναι οι σχέσεις της οικογένειας με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο;*
- 5. Τι νομίζεις ότι σε βοήθησε να αντιμετωπίσεις τις δυσκολίες που προέκυψαν από την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού σε εσένα και την οικογένειά σου; Πως είναι η ζωή σου πέραν από την εμπειρία της κατάστασης του γονιού;*
- 6. Ποιο είναι το νόημα που έχεις διαμορφώσει μέχρι τώρα για τον εαυτό σου και την οικογένειά σου σε σχέση με την εμπειρία της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού; Τι έχεις μάθει από αυτή την εμπειρία; Τι νόημα έχουν αποδώσει τα άλλα μέλη της οικογένειας σε αυτό; Τι νομίζεις ότι έχουν καταλάβει οι άλλοι από αυτά που έχεις περάσει και περνάς;*

7. Ξέρεις ποια είναι η διάγνωση του γονιού; Αν ναι πώς την έμαθες; Σε ποια ηλικία; Συνέπεσε η αποκάλυψη της διάγνωσης του γονιού με την πρόσληψη που είχες ήδη για τα προβλήματά του; Τι έγινε αμέσως μετά;
8. Ποια φροντίδα πιστεύεις ότι θα χρειαζόταν το παιδί ενός γονιού που πάσχει ψυχιατρικά κατά το μεγάλωμά του ώστε να νιώθει ότι έχει τη στήριξη που χρειάζεται (σε επίπεδο οικογένειας, κοινωνικών πλαισίων π.χ. σχολείο, υπηρεσιών, κ.λπ.); Υπάρχει κάποια συμβουλή που θα μπορούσες να δώσεις σε κάποιον με αντίστοιχη εμπειρία;
9. Πώς φαντάζεσαι την προσωπική σου ζωή στο μέλλον καθώς και τη ζωή της οικογένειάς σου;
10. Υπάρχει κάτι που θα ήθελες να προσθέσεις το οποίο δεν σε ρώτησα ως τώρα, και που θα μπορούσε να βοηθήσει στην έρευνά μας;

Η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμάνθηκε από 60 έως 180 λεπτά σε κάθε συνάντηση. Κάθε συμμετέχον έλαβε μέρος σε μία συνέντευξη, εκτός έναν με τον οποίο πραγματοποιήθηκαν δύο συναντήσεις επειδή κατά την πρόσληψη του ερευνητή απαιτούνταν διευκρινήσεις σε μία σειρά θεμάτων. Η Elliott (2005) θεωρεί ότι η διάρκεια των ποιοτικών συνεντεύξεων δεν πρέπει να ξεπερνά τις δύο ώρες και σε αυτή την περίπτωση θα ήταν προτιμότερο να προγραμματιστεί δεύτερη συνάντηση. Εντούτοις, στην παρούσα έρευνα τρεις συνεντεύξεις ξεπέρασαν τις δύο ώρες, κρίθηκε όμως σκόπιμο από τον ερευνητή να μην διακοπούν για να μην επηρεαστεί ο ρυθμός και η ροή των συμμετεχόντων. Άλλωστε, όταν ρωτήθηκαν δήλωσαν την επιθυμία να συνεχίσουν.

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε ψηφιακό μέσο εγγραφής της φωνής κατόπιν προφορικής και γραπτής άδειας των συμμετεχόντων. Ο τόπος της συνάντησης επελέγη από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Στην πλειοψηφία τους επέλεξαν το προσωπικό γραφείο του ερευνητή κυρίως λόγω της ιδιωτικότητας και ησυχίας που αυτό πρόσφερε. Δύο συμμετέχοντες επέλεξαν το γραφείο οικογενειακής θεραπείας των εξωτερικών ιατρείων του ψυχιατρικού νοσοκομείου Αττικής (στο οποίο είναι υπεύθυνος ο ερευνητής), και ένας επέλεξε εξωτερικό χώρο. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ερευνητής είχε την πρόσληψη ότι υπήρξε

οικειότητα εξ' αρχής εκτός από δύο περιπτώσεις που χρειάστηκε περισσότερος χρόνος λόγω αμηχανίας που προκύπτει από τη συνάντηση με έναν άγνωστο.

Τήρηση αρχείων. Η τήρηση των αρχείων περιελάμβανε τη συμπλήρωση προσωπικού καθημερινού ημερολογίου που αφορούσε την έρευνα συνολικά, την τήρηση αρχείου σχετικά με σκέψεις και συναισθήματα που αναδύονταν σχετικά με τις συνεντεύξεις και το οποίο αργότερα εντάχθηκε στο απομαγνητοφωνημένο υλικό [παράρτημα: 'Ενημερωτικό/στοχασμοί'], αρχείο με χρονολόγιο της βιογραφίας των συμμετεχόντων και περιλήψεις από τις συνεντεύξεις [το χρονολόγιο δεν περιλαμβάνεται στο παράρτημα για λόγους διασφάλισης απορρήτου]. Μετά τη διευθέτηση των συναντήσεων τηρήθηκε γραπτό αρχείο σε σχέση με τις επίσημες διαγνώσεις από τους θεράποντες ιατρούς.

8.8 Επεξεργασία των δεδομένων

Μετεγγραφή. Στη συνέχεια ακολούθησε μετεγγραφή του προφορικού εγγεγραμμένου υλικού των συνεντεύξεων σε γραπτή μορφή. Η διαδικασία της μετεγγραφής θεωρείται πολύ σημαντική, ο ερευνητής συμμετέχει ενεργά στην διαμόρφωσή της και στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι πρέπει να θεωρείται μέρος της αναλυτικής διαδικασίας κι όχι κάτι που απλώς προηγείται (Silverman, 1993). Είναι κατ' ουσίαν μία ερμηνευτική διαδικασία που σχετίζεται με το θεωρητικό υπόβαθρο του ερευνητή, όπως είναι η οπτική της δόμησης του εαυτού κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ή η οπτική ενός προϋπάρχοντος εαυτού που αντανακλάται στο διάλογο (Riessman, 2008). Όπως είναι ευνόητο στην πρώτη περίπτωση η μετεγγραφή πρέπει να περιλαμβάνει τον ερευνητή και στην δεύτερη όχι απαραίτητα. Στην παρούσα έρευνα επιλέχτηκε η πρώτη περίπτωση, καθώς αυτό συνάδει και με τις αρχές του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού.

Η διαδικασία της μετεγγραφής πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά από τον ερευνητή προκειμένου να υπάρχει πληρέστερος έλεγχος του υλικού, να αποτελέσει μία επιπλέον ευκαιρία ουσιαστικής και βαθιάς επαφής με τα δεδομένα, αλλά και να δοθεί επιπλέον χώρος για

παρατήρηση του εαυτού του ερευνητή και τον απαιτούμενο αναστοχασμό. Σε γενικές γραμμές θεωρείται πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθεί η μετεγγραφή με πλήρη και ολοκληρωτική αναπαραγωγή των νοημάτων και για αυτό το λόγο γίνεται εντέλει μία επιλογή και ως εκ τούτου ερμηνεία του υλικού (Elliott, 2005). Για τη διευκόλυνση της μετεγγραφής στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν σύμβολα επιλεκτικά από τις προτάσεις των συστημάτων σημειογραφίας των Jefferson, Silverman και Burman (Burman, 1994; Silverman, 1993; Τσιώλης, 2014). Η Crossley (2000) υποστηρίζει ότι η χρήση των συμβόλων κατά την μετεγγραφή δεν χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα λεπτομερής για να μην παρεμποδίζεται η διαδικασία της ανάγνωσης του κειμένου και για αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν τα σύμβολα που θεωρήθηκαν άκρως απαραίτητα για την ανάλυση. [Τα σύμβολα που χρησιμοποιήθηκαν παρατίθενται στο Παράρτημα: 'Σύμβολα μετεγγραφής'].

Η διαδικασία της μετεγγραφής ήταν ένα επίπονο έργο για τον ερευνητή λόγω του αργού ρυθμού (η μία ώρα καταγεγραμμένου υλικού ξεπερνούσε τις έξι ώρες μετεγγραφής) και ενίοτε της δυσκολίας κατανόησης του προφορικού λόγου λόγω της ταχείας ομιλίας των συμμετεχόντων, της συναισθηματικής χροιάς (π.χ. σε στενάχωρες αφηγήσεις χαμήλωνε πολύ ο τόνος της φωνής) ή κάποιων δυσκολιών στην άρθρωση. Οι Holloway & Freshwater (2007) αναφέρουν ότι είναι χρήσιμο να μετεγγράφουν οι ίδιοι οι ερευνητές τις ιστορίες των συμμετεχόντων γιατί έτσι προάγεται η εξοικείωση με το υλικό, υπάρχει πιο ολιστική εικόνα της ιστορίας, και βοηθάει τη μνήμη του ερευνητή. Μετά την μετεγγραφή του προφορικού σε γραπτό λόγο ακολούθησαν αρκετές ακροάσεις με ταυτόχρονη ανάγνωση του καταγεγραμμένου υλικού για την πιστότερη μεταφορά κατά την υποκειμενική πρόσληψη του ερευνητή τις δεδομένες χρονικές στιγμές. Κατά τη διαδικασία αυτή εντοπίστηκαν λάθη, όπως διαγραφές, προσθήκες, επιδιορθώσεις, κ.λπ.. Οι Kowal & O' Connell (2014) υποστηρίζουν ότι ουσιαστικά αυτά δεν πρέπει να εκληφθούν ως λάθη γιατί η διαδικασία της μετεγγραφής είναι ένας ασυνήθιστος τρόπος να χρησιμοποιεί κανείς τη γλώσσα, ένα πεδίο σύγκρουσης μεταξύ προφορικού και γραπτού λόγου. Το αποτέλεσμα της μετεγγραφής ήταν ένας τεράστιος όγκος δεδομένων (μέσος όρος της έκτασης κάθε μετεγγραφής ήταν 15.000 λέξεις περίπου) που αρχικά αποτέλεσε πηγή στρες στον ερευνητή για τη δυνατότητα της ορθής διαχείρισης του υλικού.

Στάδια ανάλυσης. Για την ανάλυση του υλικού ακολουθήθηκε μία διαδικασία σε στάδια αλλά ταυτόχρονα και με διαρκή ανατροφοδότηση και αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών. Η ανάλυση ουσιαστικά ξεκίνησε από το πεδίο παραγωγής δεδομένων αν ληφθούν υπόψη οι αναστοχαστικές διεργασίες, η αρχική ανάδυση μοτίβων και οι μετατοπίσεις της ερευνητικής διαδικασίας (Patton, 2015). Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων διατηρούνταν σημειώσεις που συνέβαλαν στην ακόλουθη διατύπωση θεμάτων. Πραγματοποιήθηκαν αλληπάλληλες ακροάσεις των συνεντεύξεων προκειμένου να υπάρχει ενεργή επαφή με τα πρωτόλεια δεδομένα και στη συνέχεια ακολούθησαν επαναλαμβανόμενες αναγνώσεις του καταγεγραμμένου υλικού για την πρόσληψη μίας γενικής ιδέας των υπό ανάδυση θεμάτων (Crossley, 2000). Οι διαρκείς αναγνώσεις των κειμένων συνεχίστηκαν μέχρι το σημείο διαμόρφωσης μίας επαρκούς πρόσληψης [gestalt] που περιλαμβάνει διάφορες αντιθέσεις (Josselson, 2011). Από τα διάφορα θέματα προέκυψαν μοτίβα και καταχωρούνταν σε μία ενιαία μονάδα. Πριν την αναζήτηση θεμάτων μελετήθηκαν συστάσεις προσανατολισμού από τη βιβλιογραφία προς τη διευκόλυνση της διαδικασίας. Τέτοιες συστάσεις αποτελούσαν η αναζήτηση θεμάτων στη σχετική βιβλιογραφία, η αναζήτηση με βάση την κοινή λογική του ερευνητή, με πράγματα που επαναλαμβάνονται, θέματα που δεν φαίνονται με την πρώτη ματιά (π.χ. αν θεωρήσει το υποκείμενο ότι έχει διαχειριστεί μία δυσκολία αλλά γίνεται αντιληπτό από τον ερευνητή ότι δεν ισχύει), μέσω της σύγκρισης των συνεντεύξεων (αντιθέσεις, ομοιότητες, κ.λπ.), από θέματα που έχει ήδη βρει ο ερευνητής και θα τον βοηθήσουν να βρει κι άλλα, τι λείπει από αυτά που έχει βρει ήδη, συχνές μεταφορές και άλλα (Rubin & Rubin, 2005).

Ο αρχικός στόχος ήταν να διαφοροποιήσει ο ερευνητής το *‘σήμα από το θόρυβο’* κατά τη ρήση του Patton, (2015), δηλαδή να υπάρξει ένας προσανατολισμός ώστε να διακριθούν από τον όγκο των δεδομένων οι ιστορίες που κάνουν νόημα. Ο Patton συστήνει ότι αυτή η διεργασία ουσιαστικά είναι διαρκής άρα και προσαρμοζόμενη στις μεταβολές των ίδιων των συνθηκών. Η ανάδυση των θεμάτων αφορούσε την κάθε συνέντευξη ξεχωριστά με στόχο όχι την στατιστική αντιπροσώπευση αλλά την ανάπτυξη θεωρητικών επιχειρημάτων (Shukla et al., 2014). Ο αφηγηματικός τόνος επίσης αποτέλεσε οδηγό για την ανάδυση των θεμάτων, όπως για παράδειγμα το περιεχόμενο της ιστορίας, τον τρόπο που λέγεται π.χ. αισιόδοξος ή απαισιόδοξος, εικόνες, μεταφορές, φαντασία, κ.λπ. (Crossley, 2000). Μετά την ανάδυση των

θεμάτων σε κάθε συνέντευξη ξεχωριστά, ομαδοποιήθηκαν τα θέματα ανά τρεις συνεντεύξεις προκειμένου να διευκολυνθεί η σύγκριση, οι συμπτώσεις και οι αντιθέσεις, καθώς και ερμηνείες και αναστοχαστικά σχόλια από τον ερευνητή.

Πριν την έναρξη της διαδικασίας ανάδυσης των θεμάτων πραγματοποιήθηκε σύνταξη βιογραφικής αναφοράς για κάθε συμμετέχοντα σε κάθε συνέντευξη κατατάσσοντας επεισόδια σε μία χρονολογική σειρά, και στη συνέχεια καταγράφηκαν οι ερμηνείες του ερευνητή σε αυτά τα επεισόδια καθώς και οι ερμηνείες των συμμετεχόντων. Καθ' όλη τη διάρκεια της ανάλυσης πραγματοποιήθηκαν λεπτομερείς καταγραφές από τον ερευνητή που αφορούσαν όλες τις χρονικές στιγμές τα οποία αργότερα αξιοποιήθηκαν στην ανάλυση του συνολικού υλικού. Επίσης, υπήρξε σταθερή και διαρκής συνεργασία και ανατροφοδότηση με τον επόπτη της παρούσας έρευνας στην ανάλυση των δεδομένων, όπως σε όλα τα στάδια της έρευνας, προκειμένου να εμπλουτιστεί η αναστοχαστική διαδικασία και να διευρυνθεί η παραγωγή της γνώσης δεδομένου ότι κατά κάποιο τρόπο η σχέση των δύο (ερευνητής- συμμετέχοντας) με αυτόν τον τρόπο γίνεται σχέση των τριών (ερευνητής-συμμετέχοντας-επόπτης).

8.9 Αναστοχαστικότητα

Η αναστοχαστικότητα αποτέλεσε μια σημαντική διεργασία για την παρούσα έρευνα και την συνόδευσε σε όλα τα στάδια από την αρχή μέχρι το τέλος. Η αναστοχαστικότητα από την πλευρά του ερευνητή αφορά την αυτοενημερότητα, δηλαδή την κριτική στάση προς την ίδια την έρευνα και τον ίδιο το ρόλο του ερευνητή (Elliott, 2005). Οι Clandinin & Connelly (2000) τονίζουν ότι πρέπει να υπάρχει μία διαρκής επαγρύπνηση στα πλαίσια της οποίας η αναστοχαστικότητα είναι μία συνεχόμενη διεργασία. Τέθηκαν πάγια ερωτήματα προς τον εαυτό τόσο στη φάση του σχεδιασμού, όσο και στην υλοποίηση και την συγγραφή. Τα ερωτήματα αυτά βασίστηκαν στην πρόταση των Holloway & Freshwater (2007) για την παρατήρηση του εαυτού στην έρευνα: *‘Τι*

παρατηρώ; Γιατί παρατηρώ αυτό που παρατηρώ; Πώς μπορώ να ερμηνεύσω αυτό που παρατηρώ; Πώς μπορώ να ξέρω ότι η ερμηνεία μου είναι η σωστή;' (σελ. 88).

Η αναστοχαστικότητα κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων είχε ιδιαίτερη σημασία για τον ερευνητή διότι υπήρχε η επιπρόσθετη ανησυχία της σύγχυσης των ρόλων του θεραπευτή και του ερευνητή. Έγινε προσπάθεια αυτοπαρατήρησης των συναισθημάτων και διαχείρισης της ενσυναίσθησης στα σημεία που κρίθηκε αναγκαίο (Clandinin & Connelly, 2000), δεδομένου ότι η εμπειρία του ερευνητή ως ψυχοθεραπευτή με ανθρώπους με παρόμοιες εμπειρίες κάποιες στιγμές παρείσφρησε εμμέσως ή και άμεσα στην προσέγγιση των συμμετεχόντων και έγινε συνειδητή προσπάθεια να δημιουργηθεί χώρος (από τον ερευνητή) για την ανάδυση των αφηγήσεων των υποκειμένων. Στα διαστήματα μεταξύ των συνεντεύξεων επανεξετάζονταν οι ερωτήσεις και η στάση του ερευνητή γενικότερα σε θέματα όπως οι αποφυγές, η επιλεκτική προσοχή, ο φόβος να ρωτήσει πολύ προσωπικές ερωτήσεις, ή η ταύτιση (Rubin & Rubin, 2005). Ιδιαίτερα στις πρώτες συνεντεύξεις η αναστοχαστικότητα αποτέλεσε μία διεργασία πολύ βοηθητική στη διαχείριση του στρες που αφορούσε στην επάρκεια του ρόλου του ερευνητή.

Οι May & Perry (2014) υποστηρίζουν ότι η αναστοχαστικότητα ουσιαστικά δεν είναι μέθοδος αλλά ένας τρόπος σκέπτεσθαι που ενισχύει την ερμηνεία. Διέκριναν την αναστοχαστικότητα στην ενδογενή, που αναφέρεται στον τρόπο που η κατανόηση και η δράση του ερευνητή επηρεάζουν την δόμηση της έρευνας και την αναφορική, το σημείο δηλαδή που συναντάται ο λόγος των συμμετεχόντων με την υποδοχή από τον ερευνητή των αναφερόμενων εμπειριών υπό το πρίσμα συγκεκριμένης οπτικής. Σε μία άλλη διάκριση για την αναστοχαστικότητα του ερευνητή (Ryan, 2005) προσδιορίζονται τρεις τύποι: η συστηματική ή προσωπική, η επιστημολογική και μεθοδολογική. Στην πρώτη είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ερευνητής στοχάζεται τον εαυτό του κατά τη διάρκεια της έρευνας, στη δεύτερη εξετάζονται οι εμπειρίες των συμμετεχόντων σε σχέση με το θεωρητικό πλαίσιο, και η τρίτη το συγκεκριμένο πλαίσιο μεθόδου. Η διαρκής αναστοχαστικότητα στην παρούσα έρευνα αποτέλεσε αφορμή για αλλαγή του αρχικού σχεδιασμού τόσο στην προετοιμασία, όσο και κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων και την συγγραφή (Finlay, 2002).

8.10 Ηθική και δεοντολογία

Επίσης, λαμβανομένων υπόψη των προαναφερθέντων στο παρόν κεφάλαιο για τη σύνδεση αφήγησης και ψυχικού τραύματος υπήρξε η πιθανότητα η ανακίνηση ευαίσθητων αναμνήσεων να ανοίξει το 'κουτί της Πανδώρας' (Lieblich, 1996) με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ψυχική αναστάτωση. Οι Seedat & (2004), υποστηρίζουν ότι σε έρευνες που μελετούν τραυματικά βιώματα συνήθως παρατηρούνται τρεις αντιδράσεις των συμμετεχόντων: εκείνοι που θεωρούν ότι ήταν μία θετική εμπειρία, εκείνοι που το βίωσαν ως μία δραστηριότητα που απαιτούσε προσπάθεια και ενέργεια και εκείνοι που το θεώρησαν ως μία δύσκολη, επίπονη και επιβαρυντική συμμετοχή. Στην παρούσα έρευνα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι βρισκόταν μεταξύ των δύο πρώτων θέσεων. Οι Long & Eagle (2009), θεωρούν ότι για να μειωθούν οι πιθανότητες ανατραυματισμού των συμμετεχόντων πρέπει να υπάρχει διαρκής σεβασμός στην αυτονομία, την επαγρύπνηση για αποφυγή προξένησης κακού, την παρατήρηση των ορίων, κ.λπ., θέματα στα οποία δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή.

Η μεγαλύτερη αναστάτωση προέκυψε σε τρεις συμμετέχοντες, και γι' αυτό ο ερευνητής ήταν πολύ προσεκτικός με τη στάση του και τις ερωτήσεις να μην πυροδοτεί συναισθηματικά περαιτέρω τους αφηγητές, αφήνοντας τον απαιτούμενο χώρο για να αποφευχθεί η αίσθηση της πίεσης. Τους υπενθύμιζε διαρκώς ότι μπορούσαν να σταματήσουν όποια στιγμή το επιθυμούσαν αλλά όλοι οι συμμετέχοντες συνέχισαν μέχρι το τέλος. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες βίωσαν τη συνέντευξη ως καθαρκτική (Padgett, 2017). Αρκετοί από αυτούς ήταν η πρώτη φορά που είχαν την ευκαιρία να μοιραστούν εμπειρίες που δεν είχαν ξαναμοιραστεί σε τέτοια έκταση. Μπορεί να μην τους είχε δοθεί η ευκαιρία ως τώρα από τον κύκλο της οικογένειας και των φίλων ή μπορεί οι ίδιοι να το απέφευγαν λόγω της συναισθηματικά επίπονης διαδικασίας. Όπως προειπώθηκε, η κατασκευή των αφηγήσεων στη συνθήκη του πλαισίου της έρευνας προϋποθέτει μία μοναδική ευκαιρία σύνθεσης νοημάτων για τον εαυτό και τον κόσμο, με δυνατότητα αφηγηματικής συνοχής, νέων συνδέσεων, ή αναπλαισίωσης δύσκολων βιωμάτων, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένας αντίκτυπος για το πως βλέπει κανείς τον εαυτό του. Υπό αυτή την έννοια η συμμετοχή στην έρευνα μοιάζει με κάποιες αρχές της ψυχοθεραπείας. Επίσης, ο ερευνητής για να διαφυλάξει την εχεμύθεια και την ανωνυμία

επέδειξε ιδιαίτερη προσοχή στο να μην μεταφέρονται στοιχεία από τη μία συνέντευξη στην επόμενη, κυρίως όταν οι συμμετέχοντες είχαν αδέρφια που συμμετείχαν στην έρευνα – ακόμη κι όταν ο ένας από τους δύο μπορεί να αφηγούνταν μία σημαντική εμπειρία στην οικογένεια που ο άλλος είχε παραλείψει.

Βέβαια, δεν επηρεάζει μόνο η συνέντευξη τα υποκείμενα, αλλά και η ανάλυση αυτή καθ' αυτή διότι περιλαμβάνει διεργασίες αποδόμησης και αναδόμησης του υλικού με αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να νιώσουν ότι ο ερευνητής δεν ήταν έντιμος εξ αρχής γιατί μπορεί να πίστευαν ότι θα μελετηθεί μόνο το ρητό περιεχόμενο των συνεντεύξεων κι όχι άλλα στοιχεία όπως η μη λεκτική επικοινωνία, οι υποθέσεις για άρρητα στοιχεία των αφηγήσεων (Elliott, 2005). Για το λόγο αυτό είχε προηγηθεί ενημέρωση σχετικά με τις προθέσεις και τα βασικά σημεία ανάλυσης των συνεντεύξεων.

Όπως είχε αναφερθεί και στο κεφάλαιο για την διαδικασία της συλλογής των δεδομένων η ενημέρωση προς τους συμμετέχοντες ήταν επαναλαμβανόμενη τόσο προφορικά όσο και γραπτά και αυτό επισημοποιούνταν με την ενυπόγραφη συναίνεση. Επίσης, είχε διασφαλιστεί από πριν ότι σε περίπτωση αναστάτωσης θα μπορούσαν να ακολουθήσουν συγκεκριμένα βήματα αναζήτησης στήριξης, κυρίως από άτομα οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος και ειδικούς ψυχικής υγείας με τους οποίους συνεργάζονταν ήδη ή πρόσωπα που πρότεινε ο ερευνητής. Στα πλαίσια της επισταμένης μέριμνας για την ισοτιμία στην σχέση ερευνητή – συμμετέχοντα ο ερευνητής προέβη σε αυτοαποκαλύψεις μέχρι στο σημείο που ένιωθε ότι δεν βαλλόταν η ιδιωτικότητά του και δόθηκε επίσης η δυνατότητα να αφαιρεθούν αποσπάσματα ή και ολόκληρη η συνέντευξη αν μετάνιωσαν εκ των υστέρων, κάτι που τελικώς δεν συνέβη από κανέναν.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με την πρόθεση να υπάρχει συνέπεια με την αφηγηματική και κονστρουξιονιστική προσέγγιση τοποθετώντας τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων στο επίκεντρο της έρευνας, και διατηρώντας κατά το δυνατόν τη δική τους φωνή. Για το λόγο αυτό σε αρκετά σημεία της παρουσίασης τα αποσπάσματα είναι μεγάλα σε έκταση, ακολουθώντας τις συστάσεις της Riessman (2008) που υποστήριξε ότι δεν πρέπει να διασπάται ο λόγος των υποκειμένων σε πολύ μικρές μονάδες και να χάνονται κατά συνέπεια στοιχεία όπως η συνοχή ή το νόημα. Σύμφωνα με τις Braun & Clarke

(2013) όταν παρατίθενται μεγάλα αποσπάσματα αφηγήσεων των συμμετεχόντων τότε υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος να εκτεθούν διότι περιέχονται πολλές προσωπικές λεπτομέρειες. Για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας έγινε αλλαγή των πραγματικών ονομάτων, αλλά και λεπτομερειών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στον προσδιορισμό των συγκεκριμένων προσώπων όπως γεωγραφικές τοποθεσίες, σπουδές, επαγγέλματα, κ.λπ.. Αξίζει να σημειωθεί δε, ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (πλην δύο) δήλωσε ότι δεν τους απασχολεί το ζήτημα της ανωνυμίας, ως στάση κοινωνικής προσφοράς προς άλλα παιδιά με παρόμοιες εμπειρίες, ή ως μέρος μίας διεργασίας προσωπικής αποδοχής των αντίξων βιωμάτων και ανάγκης μικρότερης επαγρύπνησης για τη διαφύλαξη ευαίσθητων πλευρών του εαυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συνολικά αποτελέσματα της έρευνας έτσι όπως προέκυψαν από την αφηγηματική ανάλυση των συνεντεύξεων των συμμετεχόντων σε συνάρτηση με τα ερευνητικά ερωτήματα. Η παρουσίαση αφορά τις κύριες θεματικές κατηγορίες και τις αντίστοιχες υποενότητες καθώς και τα αντίστοιχα παραθέματα με τον αυτούσιο λόγο των συμμετεχόντων.

Από την ανάλυση του υλικού προέκυψαν έξι θεματικές κατηγορίες, [για συνοπτική παρουσίαση βλ. παράρτημα: 'Συνοπτικά αποτελέσματα']. Το πρώτο θέμα αφορά τους τρόπους που οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν το οικογενειακό πλαίσιο, στο οποίο περιλαμβάνονται διαστάσεις όπως είναι τα οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας (το απόμακρο και συγκρουσιακό κλίμα στην οικογένεια, τα αντιφατικά μηνύματα των γονέων, η τριγωννοποίηση των σχέσεων, οι συναισθηματικές αποκοπές και επανασυνδέσεις, η σύγχυση των οικογενειακών ορίων και η εύνοια των γονιών στα αδέλφια), τις προσλήψεις των παιδιών για τις αξίες της οικογένειας (φροντίδα των οικογενειακών μελών, ιστορίες ηρωικών πράξεων, ακαδημαϊκά επιτεύγματα, θρησκευτικές αντιλήψεις), τις διαγενεακές επιρροές (ψυχιατρικό και τραυματικό υπόβαθρο της οικογένειας), τις οικογενειακές αντιξοότητες (απώλειες, προβλήματα υγείας, χωρισμοί, οικονομικές αντιξοότητες, αλλαγές διαβίωσης) και τέλος τους τρόπους που τα παιδιά αντιλαμβάνονται τους γονείς. Το δεύτερο θέμα αφορά τους τρόπους που οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τη δυναμική των σχέσεων στην οικογένεια (σχέση με τον υγιή και πάσχοντα γονιό, τα αδέλφια, παππούδες και ευρύτερο περιβάλλον). Το τρίτο θέμα αφορά το βίωμα των παιδιών για τις ψυχιατρικές δυσκολίες του γονιού (τι γνωρίζει για την ψυχιατρική του κατάσταση, την κλινική εικόνα, την πορεία της νόσου, τις νοσηλείες, τις απόπειρες αυτοκτονίας και τη στάση της υπόλοιπης οικογένειας ως προς το πρόβλημα του γονιού). Το τέταρτο θέμα αφορά τον αντίκτυπο της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά (συναισθηματικός αντίκτυπος, το παιδί στο ρόλο του φροντιστή, αντίξοες αναμνήσεις, η εμπειρία του στίγματος και πηγές στήριξης). Το πέμπτο θέμα περιλαμβάνει τις νοηματοδοτήσεις που προέκυψαν από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου (μαθήματα ζωής, θετικά επιτεύγματα, εικόνα του εαυτού,

απόδοση αιτίων της γονικής ψυχικής νόσου και συμβουλές σε αντίστοιχες περιπτώσεις). Το έκτο θέμα αφορά τη διαμόρφωση της ταυτότητας στην αναδυόμενη ενηλικίωση (επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στο σήμερα, η συνέχιση του ρόλου του φροντιστή, ο συναισθηματικός αντίκτυπος στο παρόν, οι συντροφικές σχέσεις, η σχέση με τον πάσχοντα γονιό και ο εαυτός στο μέλλον).

9.1 Η ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

9.1.1 'Μου βάζανε λόγια..': Οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας

Κλίμα πόλωσης. Από την ανάλυση του υλικού προκύπτει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχει μεγαλώσει σε οικογενειακά περιβάλλοντα των οποίων η συνήθης επικοινωνία και το γενικότερο κλίμα χαρακτηρίζεται από το δίπολο σύγκρουση-απομάκρυνση. Η πόλωση προς την πλευρά της σύγκρουσης εντείνεται όταν η οικογενειακή ατμόσφαιρα επιβαρύνεται από τις ψυχιατρικές υποτροπές του γονιού και τις διαμάχες στις σχέσεις [Χρήστος, Παναγιώτα, Σωτήρης, Αννέτα, Νεφέλη]. Οι περισσότεροι δε συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι μεγαλώνουν σε οικογένειες στις οποίες το κλίμα τείνει προς τον πόλο της απομάκρυνσης, δεν μιλούν για τα συναισθήματά τους και αποκρύπτουν την αλήθεια ως μέσον προστασίας των υπολοίπων μελών. Ο Μάριος αφηγείται σχετικά:

Δηλαδή να πούμε, ξέρω γω τέτοια πράγματα, πώς νιώθουμε ας πούμε, ή.. γενικά έχουμε, έχουμε κάτι το.. δε μιλάμε για το τι νιώθουμε. Πιστεύω ότι άμα πάθει χτύπα ξύλο κάτι κάποιος, κάτι, οι γονείς μου ας πούμε η μάνα μου δεν θα μου το πούνε πιστεύω, άμα, μόνο όταν πρέπει να μου το πούνε δε γίνεται αλλιώς. Δηλαδή σα να κρύβουμε τα πάντα για να μη στενοχωρηθεί ο άλλος.. [...] Ναι απλά σκέφτομαι πως θέλουν να με προστατέψουν έτσι, ουσιαστικά.. απλά με αφήνουν στο σκοτάδι και.. [...] και εμένα δεν μ' αρέσει αυτό. Γιατί γενικά στην οικογένειά μας είμαστε λίγο, δεν, είμαστε λίγο, είμαστε, δεν εκφραζόμαστε πάρα πολύ. Δε μιλάμε μεταξύ μας. Μου φαίνεται ότι είμαστε πολύ μακριά...είναι λίγο θλιβερό αυτό.. [Μάριος].

Αντιφατικά μηνύματα γονέων. Μία άλλη επικοινωνιακά δύσκολη συνθήκη στις οικογένειες των συμμετεχόντων είναι η πρόσληψη αντιφατικών μηνυμάτων, γεγονός που μπορεί να τους εγκλωβίσει γιατί δεν είναι πάντα σε θέση να επιλέξουν σε ποιον από τους δύο πόλους να ανταποκριθούν. Η μητέρα της Παναγιώτας μεταδίδει το μήνυμα ότι την λατρεύει και ταυτόχρονα ότι την ανάγκασαν να αποκτήσει παιδί ενώ δεν ήθελε:

Οπότε τα ρίχνει και στη γιαγιά, που παντρεύτηκε ενώ δεν ήθελε, και η μαμά από τη μια μου λέει 'δεν ήθελα παιδί, καθόλου, ποτέ', την αναγκάσανε. Απ' την άλλη λέει ότι 'σ' αγαπάω σε λατρεύω', [χαμογελάει], ναι. [...] Όταν τα λέει στη γιαγιά ας πούμε και λέει 'δεν ήθελα παιδί κι εσύ μ' έμπλεξες' και.. τέτοια, ε προφανώς και πληγώνομαι [χαμογελάει], ε, γιατί πάντα ένιωθα ένα φταίξιμο ας πούμε, που το κάλυπτε λίγο με το να μου παίρνει πράγματα, με το να, γενικά μου 'παιρνε πολλά πράγματα, τα ρούχα, το ένα, το άλλο, αυτό. [Παναγιώτα]

Τριγωνοποίηση. Η τριγωνοποίηση αποτελεί μία εγκλωβιστική συνθήκη στις οικογένειες, και τα άτομα παγιδεύονται σε дуάδες προκειμένου να επέλθει ομοιόσταση στο οικογενειακό σύστημα (Byng Hall, 2008). Στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες παγιδεύονται συνήθως στη σχέση των γονιών οι οποίοι επικοινωνούν μέσω του παιδιού [Νεφέλη, Παναγιώτα, Δήμητρα, Μάριος]. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η Νεφέλη η οποία αντιλαμβάνεται γρήγορα τα καλέσματα της μητέρας της κάθε φορά που ο πατέρας εκφράζει ζηλοτυπικό παραλήρημα, ακόμη κι αν είναι κεκαλυμμένα:

Οπότε αν ο μπαμπάς μου πάθει αυτό, η μάνα μου είναι ο μόνος άνθρωπος που δεν πρέπει να είναι εκεί, [χαμογελάει], δεν τον βοηθάει, δεν μπορεί να τον βοηθήσει, δεν μπορεί να τον πάρει αυτό το ρόλο, δεν τον.. δέχεται. Εε, αλλά σε δικό μου τηλέφωνο, που την παίρνω κάθε μεσημέρι για να δω τι κάνει, εε, μου 'δειξε με τον τρόπο της και μ' έκανε να φτάσω στο συμπέρασμα ότι ο μπαμπάς δεν είναι καλά. Αλλά ναι μεν δεν με πήρε, αλλά ουσιαστικά μ' έβαλε μέσα σ' αυτό, με τον τρόπο της. Πάντα αυτό κάνει, με βάζει με τον τρόπο της ανάμεσά τους. [Νεφέλη]

Παρόμοια και η Παναγιώτα αποτέλεσε στην οικογένειά της μέρος του τριγώνου στη σχέση του γονικού ζεύγους παρά το γεγονός ότι είχαν χωρίσει και ζούσαν σε διαφορετικά σπίτια:

Απλά μου βάζανε πολλά λόγια τα οποία τα μετέφερα ας πούμε μία στον έναν μία στον άλλον. Όπως έχω μάθει [χαμογελάει] κιόλας. Ναι. Μου 'λεγε η μαμά διάφορα, μπορεί να τα είπα κι εγώ στον πατέρα μου. Έλεγε η μαμά 'θα καλέσω τον εισαγγελέα', και το έλεγα στον

*πατέρα μου τότε πρώτη, δημοτικό λέω τώρα, ε 'θα σου καλέσει τον εισαγγελέα' [χαμογελάει]
Έτσι μου λένε τι να κάνω ο ένας για τον άλλο. Ναι. Αυτό. [Παναγιώτα]*

Συναισθηματικές αποκοπές- επανασυνδέσεις. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν συναισθηματικές αποκοπές που αφορούν σε τρεις γενεές, ήτοι παιδιά, γονείς και παππούδες. Για παράδειγμα στην αφήγηση του Σωτήρη περιγράφεται η συναισθηματική αποκοπή της πατρικής γιαγιάς με την οικογένειά της χωρίς όμως να γνωρίζει τους λόγους. Δύο συμμετέχουσες, η Παναγιώτα και η Δήμητρα, είχαν την εμπειρία της ακούσιας συναισθηματικής αποκοπής με τον βιολογικό πατέρα, που και στις δύο περιπτώσεις ήταν ο υγιής γονιός. Η Δήμητρα βρισκόταν σε ηλικία πέντε ετών όταν αποκόπηκε πλήρως από τον πατέρα της ο οποίος ζούσε σε άλλη χώρα. Η Παναγιώτα αποκόπηκε πλήρως από τον πατέρα της για δέκα χρόνια κατόπιν πιέσεων της μητέρας της:

Απλά, μετά, μια φορά θυμάμαι, γύρισα, με γύρισε ο πατέρας μου στο σπίτι, στη γιαγιά και στη μαμά που μέναμε μαζί, εμ, και ήτανε, η γιαγιά έλειπε, που με είχε αναλάβει, η γιαγιά με είχε αναλάβει και με μεγάλωσε. Και κατέθηκε η μαμά. Και του κάνει, και του λέει 'μην, μην τολμήσεις και ξαναπατήσεις το πόδι σου [χαμογελάει], μακριά από το παιδί' ξέρω γω, αυτό. Εε, και τότε σταμάτησαν, δεν ξέρω, σταμάτησε να με παίρνει. Η διατροφή συνεχιζότανε, αλλά η μαμά πάλευε πάντα να μου εξασφαλίσει κι εμένα το καλύτερο, δηλαδή σε θέμα οικονομικό, εε, και, έτρεχε και στο δικαστήριο, ας πούμε, για το μπαμπά να δίνει περισσότερη διατροφή. Ε, από τότε, μετά τα επτά εκεί, πρώτη δημοτικού θυμάμαι, σταμάτησε, δεν ξαν, δεν τον ξαναείδα. Ναι. Μέχρι τώρα, μέχρι τα δεκαεφτά μου; Που έδινε πανελλήνιες, δεκαοχτώ, ναι. (.) Μέχρι τότε.[Παναγιώτα]

Η συναισθηματική αποκοπή μπορεί να υπάρχει από το παιδί προς τους μητρικούς παππούδες και να αποτελεί συνέχεια των αποκοπών της μητέρας προς τους γονείς της, όπως στην περίπτωση του Θανάση, ενώ σε άλλες περιπτώσεις υπάρχει συναισθηματική αποκοπή των παιδιών με την ευρύτερη οικογένεια, ειδικά όταν οι συγγενείς αυτοί δεν συνέδραμαν καθόλου τα παιδιά όταν το είχαν ανάγκη, όπως η Κάτια που αποκόπηκε με τα αδέλφια της μητέρας της διότι σε ηλικία 11 ετών της ζητούσαν να συνδράμει οικονομικά για τα έξοδα της κηδείας της μητέρας της, η οποία δεν είχε πεθάνει ακόμη. Στις δύο περιπτώσεις συναισθηματικής αποκοπής με τον βιολογικό πατέρα που προαναφέρθηκαν έγινε προσπάθεια επανασύνδεσης. Η Δήμητρα όταν ήταν στο γυμνάσιο προσπάθησε να επικοινωνήσει τηλεφωνικά με τον βιολογικό πατέρα

μετά από έναν καυγά με το θετό της πατέρα αλλά η επικοινωνία αυτή δεν ήταν επαρκής για τη διατήρηση της σχέσης:

Εε, εε και του μίλησα, εεε, δεν βρεθήκαμε ποτέ, ούτε μιλη, μιλήσαμε μια φορά στο τηλέφωνο λίγο, ε, και μου 'στελνε πολλά μηνύματα γενικότερα, κατεβατά.., αυτό. Κι από 'κει πέρα έμαθα ότι έχω έναν άλλο αδελφό, θετό αδελφό ουσιαστικά, εε.. [...] Δεν μου 'χει κάνει μεγάλη έκπληξη, δηλαδή ήτανε κάτι ασήμαντο για μένα. Δηλαδή το είδα, μίλησα, ντάξει δεν έγινε τίποτα παιδιά, γιατί ήτανε ουσιαστικά ένας άγνωστος για μένα.'

Στην περίπτωση της Παναγιώτας, ο πατέρας την προσέγγισε με τη βοήθεια των μέσων κοινωνικής δικτύωσης δύο χρόνια πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης και γίνεται προσπάθεια να αποκτηθεί οικειότητα στη σχέση στο παρόν:

..ε με βρήκε στο Facebook, [...] κι εκεί μου 'γραψε δηλαδή, ναι. [...] Εε, περίεργο [γελάει], δεν ξέρω, τον ένιωσα λίγο σα να 'ναι άγνωστος βασικά. Ναι. Σαν ένας μεγάλος άνθρωπος ας πούμε, που, πόσα χρόνια μεγαλύτερός μου που απλά μου λέει να συναντηθούμε [χαμογελάει], να βγούμε, κάπως έτσι το 'νιωσα. [...] ..ντάξει, δεν ήξερε κι ακριβώς και την κατάσταση με τη μαμά, και απομακρυνότανε, δηλαδή, μου βάζανε, μου 'βαζε κι εμένα λόγια η μαμά, κάτι τέτοιο μου χει πει κι ο ίδιος, εε, ναι, και ότι.. μου βάζανε λόγια κι εγώ πήγαινα με νεύρα στο σπίτι, οπότε και για αυτό σταμάτησε. Ναι. Αυτό. [...] Ε, και μετά αρχίσαμε να βγαίνουμε τέλος πάντων, δεν έχω, δεν είχα καθόλου οικειότητα [χαμογελάει] προφανώς, ναι, εε, ντάξει, έλεγε κάποια πράγματα που με ενοχλούσανε, δηλαδή, για τη μαμά, όχι κάτι κακό, απλά το σχολίαζε, με τρόπο που όντως δεν καταλάβαινε [χαμογελάει]. Ναι. Ε, ένιωσα λες και βγαίνω μ' έναν μεγάλο άνθρωπο, που δεν ήξερε πώς να με προσεγγίσει κιόλας. Έτσι, δεν ήξερε, καθόλου. Δηλαδή, ένιωθα πολύ περίεργα. Λες και δεν είναι γονιός μου. Κάποιος είναι.. ναι. Περίεργο [χαμογελάει], δεν μπορώ τώρα να.. το περιγράψω [χαμογελάει] ναι. Αυτό. [...] Ε, και μετά, σιγά σιγά, κάπως, άρχισα να 'χω πιο πολλή οικειότητα μαζί του, βέβαια ακόμα δεν έχω [χαμογελάει] τόση, τα λέμε όμως μια χαρά, ό,τι είναι τα 'χουμε πει, τώρα δύο χρόνια πόσο είναι, που τον ξανάδα, ναι. Αυτά [χαμογελάει]. [Παναγιώτα]

Σύγχυση οικογενειακών ορίων. Σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων η σύγχυση των ορίων μπορεί να αφορά τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές, την διαβίωση αυτή καθαυτή, είτε εντός των στενών ορίων της πυρηνικής οικογένειας είτε στην ευρύτερη οικογένεια. Η Κάτια περιγράφει γλαφυρά τη δική της εμπειρία σε σχέση με τα όρια και τα ψυχικά προβλήματα ως εξής:

Κατ' αρχήν όταν η μητέρα σου, ο πατέρας σου, η μητέρα σου σπάνε το πόδι τους περνάει όλη η οικογένεια μια δυσκολία, νοσεί όλο το περιβάλλον. Όταν μια οικογένεια.. υπάρχει μέσα ψυχιατρικό θέμα, ψυχολογικό πρόβλημα, κάτι.., μια απλή κατάθλιψη, ή ότι στον άνθρωπό σου ότι.., τον πατέρα σου, τον σύντροφό σου, κάποιον, ότι νοσεί, νοσείς κι εσύ. Προφανώς. Χτυπάει ένας, πονάνε όλοι. [Κάτια]

Ενίοτε η σύγχυση ορίων αφορά σε πρακτικά θέματα διαβίωσης τα οποία έχουν βεβαίως προεκτάσεις στη συναισθηματική σφαίρα, όπως είναι η περίπτωση της συνθήκης της 'οικογενειακής πολυκατοικίας' (δηλαδή στην περίπτωση που σε ένα κτίριο διαβιούν πολλά μέλη της ευρύτερης οικογένειας, μία συνήθης συνθήκη κατά την αντίληψη του ερευνητή βάσει της θεραπευτικής του εμπειρίας με οικογένειες). Ο Πέτρος θεωρεί το πατρικό του σπίτι 'φωλιά' γιατί διέμεναν σε κτίριο που στέγαζε και τα πέντε αδέρφια της μητέρας, χωρίς να ασκείται έλεγχος των ατόμων που εισέρχονταν και εξέρχονταν από αυτό.

Εύνοια γονιών στα αδέρφια. Η πρόσληψη των παιδιών για τα οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας περιλαμβάνει και την εύνοια των γονιών για τα άλλα αδέρφια. Η εύνοια μπορεί να ήταν μοιρασμένη μεταξύ των γονιών και των παιδιών, όπως στην περίπτωση της Τζένης, ή έχει στόχο μόνο το ένα παιδί, γεγονός που μπορεί να δυσχεραίνει την ήδη επιβαρυσμένη θέση λόγω της γονικής ψυχικής νόσου και των συνοδών προβλημάτων, όπως βλέπουμε στην αφήγηση του Θανάση που θεωρεί ότι υπήρξε εύνοια στο μεγάλο αδελφό:

Ο Νίκος, ο Νίκος ήτανε καλοπερασάκιας, το παίρνανε για να μη μιλάει, γιατί ο Νίκος το 'ξερε, ο Γιάννης κι ο Νίκος το 'μαθε, ο Νίκος, ο Θόδωρος έφυγε, ο Νίκος που έμεινε κάτω, για να μην τσακώνονται, να μην τους φωνάζει, να μην κάνει, του παίρνανε ζακετούλες, του πήρανε, του είχανε αφήσει αμάξι κάτω στην Πάτρα, σπίτι στον Πάτρα ο Νίκος μόνος του και καλά να σπουδάσει, ζακέτες τρακόσια τετρακόσια ευρώ, το 'να, το 'να, το να, το 'να, κι εγώ, εμείς, εμείς με το Σάκη, ντάξει, δε σας λέω ότι μας είχανε, μας είχανε νηστικά, αλλά μας είχανε λείψει πολλά πράγματα. Μας είχανε λείψει πολλά πράγματα. Δεν μας έφτανε η κακομοιριά μας με τον πατέρα μας που ήτανε άρρωστος, είχαμε κι αυτά.. [παύση] [Θανάσης]

9.1.2 'Ο ένας προσέχει τον άλλονε..': Η πρόσληψη των οικογενειακών αξιών

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι αξίες της οικογένειας έτσι όπως γίνονται αντιληπτές από τους συμμετέχοντες κι από την ανάλυση αφηγήσεων προέκυψαν οι αξίες της φροντίδας των οικογενειακών μελών και της πίστη στις παραδόσεις, η αξία για τα ακαδημαϊκή επίτευξης, αξίες που αφορούν στην εθνική καταγωγή, τον ηρωισμό και τέλος οι θρησκευτικές αξίες.

Η αξία της φροντίδας των μελών. Σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί ρητό ή άρρητο κανόνα τα μέλη των οικογενειών να αλληλοφροντίζονται όταν παρίσταται ανάγκη, κι ο κανόνας αυτός διατρέχει τις γενεές:

Μου τα 'λεγε η γιαγιά μου δηλαδή, και.. τα 'χει περάσει αυτά. Όλα. Είχε περάσει δύσκολα η γιαγιά. Ήτανε μικρότερη η γιαγιά, σαν αδερφή, με τις άλλες που είχε, ε, και η γιαγιά μου πρόσεχε τον προπάππου όσο ζούσε, γιατί του κόψανε το πόδι μετά δεν μπορούσε να περπατήσει, τον έπλενε, τον τάζε, μέχρι να πεθάνει κι αυτός. Οπότε, βλέπετε, πάει από γενιά σε γενιά. Ο ένας προσέχει τον άλλονε. Έτσι είμαστε [χαμογελάει]. Ε, και μου, το έχει ζήσει αυτό η γιαγιά, ότι 'πατέρας μου είναι, πρέπει να τον προσέχω', κι έτσι ο πατέρας μου πρόσεχε τη μητέρα του, κι εγώ τώρα προσέχω τη μητέρα μου. Νομίζω, είναι κι αυτό κληρονομικό [γελάει]. Πάει λέγοντας. [Σωτήρης]

Μερικές φορές η φροντίδα και η καλή πρόθεση μπορεί να πάρει απροσδόκητες τροπές στην οικογένεια, όπως στην περίπτωση Πέτρου που έπεισε την υπερήλικη γιαγιά του να επισκεφτεί τον τόπο καταγωγής της για να χαρεί, κατά την μετάβαση υπέστη σοβαρό πρόβλημα υγείας και έκτοτε είναι ανάπηρη.

Ηρωισμός. Στις αφηγήσεις τριών συμμετεχόντων αναδύθηκαν περιγραφές ηρωικών πράξεων των παππούδων οι οποίες έχουν προκύψει από προφορικές ιστορίες μέσα στις οικογένειες. Ο ηρωισμός αυτός σχετιζόταν κυρίως με επιτεύγματα που αφορούσαν την επιβίωση [Πέτρος] και με πολεμικά επιτεύγματα όπως βλέπουμε στην ιστορία του Σωτήρη:

Ο προπάππους είχε πολεμήσει κιόλας, και πολλά μετάλλια στο δεύτερο παγκόσμιο, το πρόλαβα, αυτά τα πρόλαβα. [...] Εε, ήτανε στη Ρωσία, στο ρώσικο στρατό. Και εκεί τους πήγανε στα..., εκεί είναι το χωριό, είναι όλοι Έλληνες, όλοι. Εκεί μεγαλ... εκεί γεννήθηκε κι ο πατέρας μου. Κι αν πάτε ακόμη και τώρα, οι περισσότεροι μιλάνε ελληνικά. Θα σας μιλήσουν ελληνικά. Εκεί με, εγώ ενθουσιάστηκα πάρα πολύ, γιατί ήμουνα σε ξένη χώρα και λέω 'τι γίνεται εδώ?' 'Ε,' μου λέει ο πατέρας μου 'εδώ είναι, εδώ είναι οι ρίζες όλων των ποντίων' λέει, 'όλοι οι

πόντιοι εδώ πέρα, Καυκάσια όρη όλοι πόντιοι είναι'. Και μου λέγανε ιστορίες ότι ο γερμανικός στρατός πέρασε από δω, απ' αυτά τα βουνά. Και όντως, βρίσκαμε κάλυκες, βρίσκαμε κράνη, εε ξιφολόγχες σπασμένες, κάποια πράγματα τα είχε βρει ο πατέρας μου όταν ήταν πιτσιρικάς. Εγώ έβρισκα μόνο κάλυκες, άμα σκάθαμε δηλαδή για πατάτες και τέτοια, γιατί είχαμε εκεί χωράφια, μπορεί να 'βρισκα κάνα κάλυκα κάτω. Οπότε όλα ήτανε ενδιαφέροντα, δηλαδή πολέμησε ο προπάππους μου τους Γερμανούς εδώ πέρα. Έτσι ενθουσιάστηκα πάρα πολύ. Μου τα 'λεγε η γιαγιά μου δηλαδή, και.. τα 'χει περάσει αυτά. Όλα. [Σωτήρης]

Η αξία της ακαδημαϊκής επίτευξης. Σε πολλές αφηγήσεις συναντάμε τη σπουδαιότητα των ακαδημαϊκών επιτευγμάτων στις οικογένειες που μπορεί να φτάνει ακόμη και σε τρεις γενεές. Η Παναγιώτα έχει μεγαλώσει σε μία οικογένεια στην οποία ο μητρικός παππούς είχε πραγματοποιήσει πανεπιστημιακές σπουδές σε μία εποχή που αυτό ήταν η εξαίρεση, ενώ η μητέρα της και η αδελφή της μητέρας είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών. Η Αφροδίτη στην αφήγησή της αναφέρει ότι τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα αποτέλεσαν ένα αντιστάθμισμα στις αντιξοότητες που προέκυψαν από την ψυχική νόσο της μητέρας της. Σε άλλη αφήγηση βλέπουμε επίσης πόσο σημαντικές είναι οι ακαδημαϊκές επιδόσεις στα μέλη της ευρύτερης οικογένειας, παρά το γεγονός ότι υπήρχαν ψυχιατρικά προβλήματα σχεδόν σε όλα τα μέλη:

Δηλαδή και τα.., απ' τα ξαδέλφια μου, είμαστε παιδιά αυτής της οικογένειας, εεμ πολλά έχουνε βγει απουσιολόγοι, εμείς δεν είχαμε τα ιδιαίτερα, εγώ δεν ήμουν απουσιολόγος βέβαια, ήμουν, θεωρούμουν από τα φυτά της τάξης αλλά δεν ήμουν απουσιολόγος, εε ο απουσιολόγος ήτανε πραγματικό φυτό [γελάει]. Τέλος πάντων... Εε, δηλαδή όλοι, νομίζω όλοι έχουμε βγάλει πανεπιστήμιο, εε, δηλαδή κι ο.., ο.., ο μικρός που σας λέω, που σας λέω ότι είναι συναισθηματικά νεκρωμένος, μπήκε να διαβάσει, διάβασε, εε, βγήκε πρώτος από το Πολυτεχνείο, ήτανε ψηλής βάσεως σχολή τότε, και.. ψηλών, πολύ ψηλών απαιτήσεων, πενταετές και τα λοιπά, σας λέω, αντίστοιχα από το Πολυτεχνείο να βγει πρώτος [Πέτρος]

Αξίες για τις ελληνικές ρίζες. Δεδομένου ότι στο δείγμα της παρούσας έρευνας υπήρχαν αρκετοί συμμετέχοντες με καταγωγή ή γεννημένοι σε άλλη χώρα, υπήρχε εξ αρχής η ανάγκη τονισμού των ελληνικών ριζών των οικογενειών τους. Πολύ συχνά κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων σχολίαζαν με υπερηφάνεια την ελληνικότητά τους με μακροσκελείς αφηγήσεις που να το αποδεικνύουν στον ακροατή, όπως στην περίπτωση του Σωτήρη. Σε πολλά σημεία της αφήγησής του αναφέρει ότι 'είμαι περήφανος που είμαι Έλληνας... [...] έχω ελληνικό διαβατήριο [...] συγκινούμαι με τον εθνικό μας ύμνο, [...] λατρεύω την Ελλάδα και δεν θέλω να πάω να ζήσω

αλλού, [...] είμαστε στην οικογένειά μου Έλληνες από πάππου προς πάππο, [...] εδώ θέλω να κάνω οικογένεια στην Ελλάδα, τον τόπο μου'.

Θρησκευτικές αντιλήψεις. Τουλάχιστον οι μισοί συμμετέχοντες του δείγματος ανέφεραν ότι στις οικογένειές τους η χριστιανική πίστη αποτελούσε οικογενειακή αξία. Η αξία αυτή μπορεί να έχει διαφορετικά νοήματα. Σε κάποιες περιπτώσεις οι θρησκευτικές αντιλήψεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της οικογενειακής κουλτούρας και του πολιτισμικού πλαισίου της οικογένειας, που πολλές φορές φτάνει στο όριο της θρησκοληψίας και το δογματισμού:

*Η γιαγιά μου είναι θρήσκα, εε, να το πω. Δηλαδή έκαναν πολλά παιδιά, [...] ..Οπότε, κι εκείνη, κι ο παππούς μου ο αυστηρά μεγαλωμένος και η γιαγιά μου η θρησκοληπτική κάνανε πολλά παιδιά, που τα μάθανε με μία ευπρέπεια βέβαια, τα μεγαλώσανε, απ' τη γιαγιά μου όπως είχαμε πει με μία σχέση με την εκκλησία, δηλαδή λέγονται.., τώρα ας πούμε οι δύο θείοι μου είναι πολύ.. της εκκλησίας, [χαμογελάει]. Δύσκολο πράμα αυτή η θρησκοληψία. Μας δυσκόλεψε πολύ με τη μάνα μου. Ενώ εκείνη έκανε διάφορα στη ζωή της εμάς κυνήγαγε.
[Πέτρος]*

Επίσης, προέκυψε και μία περίπτωση [Δήμητρα] κατά την οποία υπάρχει ένα μωσαϊκό θρησκευτικών αντιλήψεων στην οικογένεια, όπου η συμμετέχουσα προσδιορίζεται ως άθεη, ο βιολογικός πατέρας μουσουλμάνος, η μητρική γιαγιά χριστιανή ορθόδοξη, ο παππούς χριστιανός καθολικός, και η μητέρα βαπτισμένη καθολική αλλά κατ' επιλογήν άθεη. Θεωρεί δε ότι η συνθήκη αυτή τους βοήθησε στην προσέγγιση των ψυχιατρικών προβλημάτων του πατέρα της, να διατηρούν στάση αποδοχής και συμπερίληψης.

9.1.3 'Κάποιοι είναι αδιάγνωστοι..': Διαγενεακές επιρροές

Διαγενεακό τραυματικό υπόβαθρο. Από την ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων αναδύθηκαν αφηγήσεις για τα αντίξοα βιώματα στις πατρικές οικογένειες των

γονέων, οι οποίες είναι αποτέλεσμα συγκατασκευής προφορικών ιστοριών διαμέσου των γενεών, ή τις σχημάτισαν ως αυτόπτες μάρτυρες ειδικά όταν τα τραύματα αφορούσαν τους γονείς τους. Στην περίπτωση του Πέτρου, που έχει διερευνήσει την ιστορία της ευρύτερης οικογένειάς του θεωρεί ότι η φτώχεια είναι η βασική αιτία των αντιξοοτήτων διαγενεακά. Περιγράφει την πώληση του παππού του σε ηλικία 10 ετών σε ένα οικονομικά εύρωστο σπίτι του εξωτερικού όπου υπέστη κακοποίηση, *‘μια φορά τον είχε δέσει από το πόδι ανάποδα και τον κρέμασε στο δέντρο για τιμωρία’*, αλλά και της γιαγιάς του η οποία σε ηλικία 13 ετών διένυε μεγάλες αποστάσεις μόνη της για να δουλέψει στα χωράφια και στην συνέχεια να πουλήσει τα προϊόντα της με πάρα πολλούς κινδύνους. Ο Πέτρος αναλογίζεται κατά πόσο όλες αυτές οι εμπειρίες έχουν επηρεάσει την ψυχική υγεία της μητέρας του όλα τα προηγούμενα χρόνια. Οι συμμετέχοντες προσδιόρισαν ως αντιξοότητα και τη βίαιη διαπαιδαγώγηση των παιδιών από τους γονείς που με σημερινούς όρους θα εντάσσονταν στις συμπεριφορές κακοποίησης. Η Μίνα που είναι αδελφή του Πέτρου περιγράφει ένα ευρύτερο κύκλο βίας που διέτρεχε τις γενεές σε θέματα διαπαιδαγώγησης:

Και.. κι ο παππούς μου δηλαδή, νομίζω ότι και ο παππούς μου πρέπει να τη χτυπούσε τη μάνα μου πολύ και πρέπει να χτυπούσε το θείο μου βασικά, γι’ αυτό να ‘γινε έτσι. Ναι, ναι. Βασικά, βασικά ο προπάππος μου, ο πατέρας [γελάει] του παππού μου, νομίζω χτυπούσε τον παππού μου και μετά ο παππούς μου χτυπούσε αλύπητα το γιο του και την κόρη του μάλλον επειδή είχε.. από τον πατέρα του [χαμογελάει], κάπως έτσι, δηλαδή κάπως έτσι μου τα ‘χουνε περιγράψει, κάπως έτσι. Ε, και.. οπότε ο θείος μου αρρώστησε και φαινότανε λέει ότι από μικρός κάτι δεν πήγαινε καλά μαζί του, αλλά αρρώστησε, ήτανε βίαιος, ακόμα και τώρα δεν, δεν, είναι.., ντάξει, μένει μόνος του, μένει μόνος του αλλά δε βγαίνει έξω, παίρνει, παίρνει πολλά φάρμακα, αλλά είναι λίγο περίεργος, άμα αρχίσει τις θεωρίες του [γελάει], εε αυτό. Και η μάνα μου έφαγε πάρα πολύ ξύλο. Μπορεί γι’ αυτό να αρρώστησε. [Μίνα]

Διαγενεακό ψυχιατρικό ιστορικό. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα έχει την εμπειρία ψυχιατρικών προβλημάτων άλλων μελών της πυρηνικής και ευρύτερης οικογένειας πέραν του πάσχοντος γονιού, κυρίως για τους συγγενείς από την πλευρά της μητέρας. Η πρόσληψη αυτή ενδεχομένως βασίζεται στην εμπειρία με τον πάσχοντα γονιό, σε οικογενειακές ιστορίες ή σε ευρύτερες κοινωνικές γνώσεις για θέματα ψυχικής υγείας. Κάποια από αυτά τα οικογενειακά μέλη δεν έχουν λάβει επίσημη ψυχιατρική διάγνωση:

Δεν είναι κανένας τους καλά. Είναι καλά η αδερφή της [εννοεί της μητέρας της] που πίστευε ότι στην τηλεόραση μιλάνε γι’ αυτήνε και πάθαινε υστερίες, κι έσκιζε τα ρούχα της και

μετά δεν θυμότανε τίποτα; Και μας έλεγε όλους εμάς τρελούς; Θεότρελη ήταν κι αυτή, αλλά και οι υπόλοιποι. Θεότρελοι αλλά χωρίς τη βούλα. Όλοι αδιάγνωστοι. Μόνο η μάνα μου η κακομοίρα είχε τη βούλα, αλλά τουλάχιστον έπαιρνε φάρμακα.. [Κάτια]

Στην ακραία περίπτωση ενός συμμετέχοντα [Πέτρος] έχουν λάβει επίσημη διάγνωση μείζονος ψυχικής διαταραχής όλα τα ενήλικα μέλη της ευρύτερης οικογένειας, σε τουλάχιστον τρεις γενεές. Έμφαση δίνεται κι εδώ στην ψυχιατρική κατάσταση των αδελφών της πάσχουσας μητέρας του, οι οποίοι νοσούν από την περίοδο της αναδυόμενης ενηλικίωσης με μείζονες ψυχικές διαταραχές, γεγονός βέβαια που θέτει σε εγρήγορση τη νέα γενιά και εξαιτίας του φόβου της μεταβίβασης των διαταραχών αλλά και για το βάρος της ευθύνης δεδομένου ότι δεν υπάρχουν άλλα λειτουργικά μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν. Ενίοτε, τα ψυχιατρικά προβλήματα που διατρέχουν τις γενεές αποτελούν αφορμή για εντάσεις από άτομα της ευρύτερης οικογένειας με σχέση εξ αγχιστείας. Οι εντάσεις αυτές σχετίζονται με το ενδεχόμενο απόκρυψης του ψυχιατρικού ιστορικού της πατρικής οικογένειας, κατηγορώντας την οικογένεια του πάσχοντος για εξαπάτηση [Γιώργος, Βαγγέλης].

Από την ανάλυση των αφηγήσεων διαφαίνεται ότι κατά τον προσδιορισμό του ψυχιατρικού ιστορικού της ευρύτερης οικογένειας από τους συμμετέχοντες υπάρχει η άρρητη ανάγκη να αποδοθούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα σε ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (σε αντίθεση με βιολογικές ενδογενείς αιτίες) γιατί αυτή η οπτική ενδεχομένως να είναι λιγότερο εγκλωβιστική και περισσότερο αισιόδοξη, υπό την έννοια ότι αν διαχειριστούν τα ψυχικά τραύματα δεν θα υπάρχει λόγος ύπαρξης των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Ο Πέτρος αφηγείται σε αυτό το πνεύμα την ψυχιατρική κατάσταση μίας θείας του η οποία σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα απολύθηκε από την εργασία της, έφυγε από τη ζωή ένα αγαπημένο της πρόσωπο, είχε έντονες συγκρούσεις με τον σύζυγο και η μητέρα της έμεινε παράλυτη λόγω υποκείμενου νοσήματος. Παρόμοια και ο Γιώργος θεωρεί ότι η μητέρα του και η αδελφή της νόσησαν ψυχιατρικά λόγω του δυσμενούς οικογενειακού περιβάλλοντος, κυρίως λόγω της βάνανυσης συμπεριφοράς του πατέρα τους. Τα ψυχιατρικά προβλήματα στην οικογένεια μπορεί να αφορούν και την γενεά ομοτίμων, κυρίως τα αδέλφια. Η Αλεξάνδρα αναφέρει σχετικά:

Η αδελφή μου δεν είναι στα καλά της. Κάποια στιγμή υποπτεύομαι ότι έπαιρνε φάρμακα. Αλλά σ' εμένα δεν είχε πει τίποτα. Μπορεί να ήτανε παρόμοια με αυτά που έπαιρνε η μάνα μας. Αλλά το 'κρυβε. Έκανε πολλές σπαστικές κινήσεις. Εκεί που καθότανε έκλαιγε

ξαφνικά και μετά γελούσε. Καμιά φορά μ' έπιανε απελπισία. Λέω Παναγία μου, πολλαπλασιάζονται. Δεν την πάλευα. Στο σπίτι δεν είχα εμπιστοσύνη σε κανέναν στο σπίτι. Μάυρη πίκρα. Ούτε στον εχθρό μου.

9.1.4 Οικογενειακές αντιξοότητες

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι προσληφθείσες αντιξοότητες στις οικογένειες των συμμετεχόντων πέραν αυτών που αφορούν άμεσα στη γονική ψυχική νόσο. Από την ανάλυση προέκυψαν: οι απώλειες αγαπημένων προσώπων και τα προβλήματα σωματικής υγείας, ο χωρισμός των γονιών, η οικονομική κατάσταση και οι αλλαγές διαβίωσης.

Απώλειες-προβλήματα υγείας. Τα σωματικά προβλήματα υγείας στις οικογένειες των συμμετεχόντων ήταν πάρα πολλά και ενίοτε σοβαρά από πλευράς επικινδυνότητας για τη ζωή, παρότι αρκετοί συμμετέχοντες, όπως ο Θανάσης, ο Πέτρος, ο Σωτήρης, θεωρούν τα ψυχιατρικά προβλήματα και τις αντιξοότητες στις σχέσεις πιο επιβαρυντικά βιώματα από τα προβλήματα σωματικής ιατρικής. Η Μίνα περιγράφει τα προβλήματα υγείας του πατέρα της, ο οποίος σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα διαγνώστηκε με νόσο του Parkinson, στη συνέχεια με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία και αργότερα είχε ένα ατύχημα, που του επέβαλε να παραμείνει κλινήρης για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η περιγραφή αυτή εντούτοις δεν ήταν συναισθηματικά επενδεδυμένη όπως ήταν οι περιγραφές για τα προβλήματα της ψυχικά πάσχουσας μητέρας της. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν την εμπειρία απώλειας αγαπημένου προσώπου, κυρίως από τη γενεά των παππούδων. Στις περιπτώσεις της Αλεξάνδρας., του Σωτήρη, της Κατερίνας και του Βαγγέλη οι παππούδες αποτελούσαν πολύ οικεία πρόσωπα και κάλυπταν λειτουργικά το γονικό ρόλο όταν ο πάσχων γονιός δεν ήταν σε θέση να παράσχει την απαιτούμενη φροντίδα στα παιδιά, σε συναισθηματικό ή πρακτικό επίπεδο. Ο Σωτήρης αφηγείται τη σημασία που είχε η απώλεια της γιαγιάς του, το σημείο δε αυτό της αφήγησης ήταν ένα από τα λίγα που συγκινήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης, περισσότερο ακόμη κι από την αφήγηση της απόπειρας αυτοκτονίας της μητέρας του:

Τη χάσαμε πρόπερσι. [...] Από καρκίνο. [...] ..Πολύ δύσκολα. Πολύ δύσκολα. Γιατί ήτανε η μητέρα μου, η.. δεύτερη μητέρα μου. Που με μεγάλωσε αυτή η γυναίκα. Ήταν πάντα δίπλα

μου. [δακρύζει] Όταν την έχασα, έχασα τη γη κάτω από τα πόδια μου [κλαίει]. Συγνώμη λίγο, συγνώμη. [...] [παύση/ κλαίει] Ναι [παύση]. Συγνώμη. [...] Έλεγα μήπως τη φέρναμε εδώ και γίνει κάτι καλύτερο, αλλά ήξερε ότι ήτανε τα τελευταία της και δεν ήθελε, ήθελε να πεθάνει εκεί. [...] Δίπλα στον άντρα της. [...] Αυτά. [...]. Δεν είχε κάποιο θέμα. Ήταν πολύ καλά. Εε, τελευταία φορά που έφυγε, αυτό ήταν, δεν ξαναγύρισε ποτέ Ελλάδα. Έμεινε εκεί. Γιατί λέει 'αυτό είναι, κουράζομαι'. Κουραζότανε και σωματικά και ψυχολογικά να πηγαινοέρχεται, οπότε πηγαίναμε εμείς. Εε, κι όταν έλεγα εγώ την πρόταση να 'ρθει πάλι Ελλάδα, για..μτς, μήπως κάνουμε κάτι καλύτερο εμείς? Να την κρατήσουμε ψυχολογικά έστω, και ό,τι άλλο πρόβλημα προέλθει, νομίζω, γιατρούς έχουμε, νοσοκομεία καλά έχουμε, γιατί να μην κάνουμε κάτι εδώ? Αλλά ήθελε να μείνει εκεί, για να φύγει από τη ζωή, μτς, κοντά στους δικούς της, στην οικ, στην οικογένειά της, στον άντρα της.. [...] Κι αυτή το ίδιο, ήτανε η μητέρα.. η δεύτερη μητέρα μας. Δεν, και οι δύο, χαθήκαμε και οι δύο. (.) Προσπαθούσα εγώ να μην κλάψω, το κράταγα όλο μέσα μου, για να την κρατήσω πιο πολύ την αδερφή μου να μην.., καταλάβετε, να μην το δείξω εγώ ότι μτς, πέφτω εγώ ψυχολογικά να πέσω να πέσει και η αδερφή μου, οπότε προσπαθούσα να το κρατήσω μέσα μου. [...] Πολύ δύσκολο. [Σωτήρης]

Σε μία περίπτωση [Γιώργος] η απώλεια του παππού δεν επηρέασε συναισθηματικά το παιδί, όπως όμως προκύπτει από την ανάλυση της συνολικής συνέντευξης επηρέασε τις ισορροπίες των σχέσεων στην ευρύτερη οικογένεια. Ενίοτε, οι συγκρουσιακές σχέσεις των γονιών με τους παππούδες αποτέλεσαν αφορμή για την ανάδυση αντιφατικών συναισθημάτων στα παιδιά όταν οι παππούδες έφυγαν από τη ζωή, γιατί από τη μία ένιωθαν την υποχρέωση να συνταχθούν στην πλευρά των γονιών κι από την άλλη να διαχειριστούν την απώλεια:

Εε, φοβηθήκαμε ότι κι εκεί θα κάνει κρίση ο πατέρας μου, δεν έκανε, ίσα – ίσα νομίζω ότι ήρθε όλο και.. αγαλλίασε μέσα του. Ήταν πιο βοηθητικό το ότι 'δεν υπάρχει αυτός ο άνθρωπος πλέον στη ζωή μου για να αντικρούονται τα συναισθήματά μου' παρά επώδυνο. Εε, για μένα ήτανε και αυτό λίγο επώδυνο, ήτανε η αγαπημένη μου γιαγιά. Ήτανε αυτή που με μεγάλωσε. Εε, οπότε κι εγώ όταν μπήκα σ' αυτή τη διαδικασία, σ' ένα τηλέφωνο της μίλησα πάρα πολύ άσχημα κι έτσι κόψαμε και ξανά επαφές. Εε, δεν το μετανιώνω, θα το ξανάκανα [χαμογελάει] αλλά μου ήταν κι εμένα αρκετά επώδυνο γιατί κι εγώ έπρεπε να.., ας πούμε να.. να θάψω ένα κομμάτι μου το οποίο υπήρχε, και την αγάπησα, και την αγαπούσα... απλά κατάλαβα κι εγώ, είχα καταλάβει εξαρχής, αλλά μετά κατάλαβα και συν μετά ήθελα κάτι παραπάνω γιατί αυτός ο άνθρωπος έκανε κακό στον πατέρα μου. Οπότε κάπου εκεί σταμάτησε και η αγάπη, λίγο βίαια [κλαίει]. [Νεφέλη]

Μία συμμετέχουσα περιγράφει την εμπειρία απώλειας του πατέρα της όταν εκείνη ήταν 40 ημερών, και παρά το γεγονός ότι δεν πρόλαβε να ζήσει μαζί του, έζησε με τις επιπτώσεις της απώλειάς του στην οικογένεια:

Γενικά δεν υπήρχε οικογενειακό περιβάλλον στη δική μου ιστορία γιατί ο μπαμπάς μου σκοτώθηκε εικοσιτεσσάρων ετών, εγώ ήμουν σαράντα ημερών, με αποτέλεσμα να μη γνωρίσω το μπαμπά μου καθόλου, η μόνη επικοινωνία ουσιαστικά που είχαμε ήταν καθαρά σε πνευματικό επίπεδο αφού εγώ σαράντα ημερών δεν έχω κάποιες μνήμες. [...] ..κι είχε πάρει την απόφαση τότε να φύγει να πάει στα καράβια εκείνο το διάστημα εκείνος. Δηλαδή, η γιαγιά μου ως πούμε μου 'χε πει ότι εκείνο το βράδυ ήρθε με χαιρέτησε γιατί σε λίγες μέρες θα 'φευγε, θαμπάρκαρε, που μέναμε στη γιαγιά μου, και μου είχε πει.., έλεγε, λέει στο βρεφάκι 'εδώ να μείνεις με την καλή σου τη γιαγιά που θα σε φροντίζει, εγώ θα φύγω και λόγω των καταστάσεων, και με τη μαμά, που έχω και θα γυρίσω σύντομα με λεφτά' ξέρεις 'και καλύτερες καταστάσεις' κι αυτά. Εκείνη την ημέρα σκοτώθηκε. Ήταν και η τελευταία του. Η γιαγιά μου λέει δεν είχαβάλει λέει φωνή μέσα μου, είχα πλαντάξει λέει, 'τι σε ξεματιάζαμε, τι σου δίναμε γάλατα', οι ενέργειες.., είδες καμιά φορά τα.. αυτά. Γιατί το άλλο λέει, μέχρι λέει και που σκοτώθηκε, που μας πήραν τηλέφωνο και μας είπαν λέει ότι σκοτώθηκε λέει, τότε λέει ησύχασες, μέχρι κι εκείνη την ώρα λέει απ' την ώρα που έφυγε και έγινε το συμβάν, δεν μπορούσαμε λέει, τι έχει το παιδί, σε φασκίωναμε, σε κάναμε, σε ράναμε, μου τα 'χουνε πει, δεν ξέρω, τι να σου πω.., δεν έχω αναμνήσεις, σαράντα ημερών, τι αναμνήσεις να 'χω, δεν υπάρχει. Αυτά έχω ακούσει, τώρα.. [...] ..Βέβαια μου 'χει αφήσει πολύ μεγάλο κενό, ότι δεν έχω πατέρα, δεν το γνώρισα ποτέ, κενό με την έννοια ότι θα 'θελα να τον είχα γνωρίσει, άμα ζούσε θα βοηθούσε τη μάνα μου κι εγώ δεν θα τα τράβαγα όλα αυτά.. [κλαίει] [Κάτια]

Μία συμμετέχουσα αφηγείται την εμπειρία της απώλειας της εξαδέλφης με την οποία διατηρούσαν πολύ στενό δεσμό ως ένα επιστέγασμα αντίξων εμπειριών, όπως του χωρισμού των γονέων, των ψυχιατρικών προβλημάτων της μητέρας και του παππού και άλλων προβλημάτων σωματικής υγείας μέσα στην οικογένεια. Η απώλεια αυτή συνδέεται από τη συμμετέχουσα με τα ψυχιατρικά προβλήματα της μητέρας της αφού η ίδια θεωρεί ότι η εξαδέλφη αυτοκτόνησε στα πλαίσια μιας ψυχιατρικής κατάστασης πολύ όμοιας με της μητέρας της:

Εεε, γενικά όπως είπα ήταν πολύ έξυπνη κι εδώ [χαμογελάει], ε, δεν χρησιμοποίησε κάτι να πονέσει, κάποιο τρόπο για να πονέσει, είχε παραγγείλει από.. εε από το εξωτερικό, γενικά της άρεσε πολύ η χημεία [χαμογελάει], ε, είχε παραγγείλει ένα δηλητήριο.., [...] ε, τη βρήκανε μετά, ε, μισοπεθαμένη, ως πούμε. Ε, και μας ενημέρωσαν ότι, εεε, κι η γιαγιά είχε έρθει μετά που 'χε γυρίσει από την εκκλησία, και της το 'παμε αυτό και τρελάθηκε [χαμογελάει], προφανώς, ε, κι αυτό. Ναι. Αυτό. Ε κι αυτό. Κι εγώ τότε θυμάμαι δεν ήμουν καθόλου καλά. Δηλαδή, βασικά δεν μπορούσα να το συνειδητοποιήσω. Αυτό το κενό που λέμε [χαμογελάει], δεν ξέρεις [χαμογελάει] πώς να το περιγράψεις. Ναι. Εγώ έκλαιγα όλη τη νύχτα θυμάμαι, δεν είχα κοιμηθεί, εε, και μετά σχολείο δεν πήγαινα. Ε, και καταλαβαίνω ότι όσο περνάνε τα χρόνια, τόσο πιο πολύ μου λείπει. Δηλαδή, άλλο τότε που 'τανε, όσο περνάνε τα χρόνια, πραγματικά, λέω 'πέρασε ένας χρόνος, πέρασαν δύο', μεγάλωσα κι εγώ, τότε κατάλαβα

ακόμα περισσότερο ότι μου λείπει, δηλαδή, ότι, τι έχει συμβεί. Ήτανε το μόνο μου αποκούμπι γιατί η μάνα μου δεν ήτανε στα καλά της, δεν είχα άλλονε. Μόνη μου... [κλαίει] [Παναγιώτα]

Αλλαγές διαβίωσης. Αρκετοί συμμετέχοντες [Σωτήρης, Μίνα, Πέτρος, Μάριος, Τζένη] είχαν την εμπειρία αλλαγής διαβίωσης της οικογένειάς τους με επιπτώσεις στη ζωή τους σε πρακτικά θέματα, θέματα οικογενειακής συνοχής και ταυτότητας και σε κάποιες περιπτώσεις εθνικής ταυτότητας. Ο Σωτήρης αν και γεννήθηκε στην Ελλάδα είχε δύο γονείς που γεννήθηκαν στη Ρωσία οι οποίοι μετά το χωρισμό τους και την ψυχική νόσο της μητέρας του επέλεξαν να συνεχίσουν τη ζωή τους ο ένας στη Ρωσία κι ο άλλος στην Ελλάδα. Αυτή η επιλογή είχε επιπτώσεις διότι έπρεπε η οικογένεια να προσαρμοστεί σε πολλές αλλαγές πρώτη εκ των οποίων ήταν η αρχική μετανάστευση και η δυσκολία στην επιβίωση της οικογένειας. Τα παιδιά αναγκάστηκαν να μείνουν πίσω με την ψυχικά πάσχουσα μητέρα τους και ταυτόχρονα να πηγαиноέρχονται στη Ρωσία σε μία φάση που δεν υπήρχε η οικονομική δυνατότητα, προκειμένου να μην χάσουν το δεσμό με τον πατέρα τους, αλλά και με δυσκολία στον προσδιορισμό της εθνικής τους ταυτότητας. Σε μία άλλη περίπτωση [Μάριος] έφυγε ο υγιής γονιός σε χώρα του εξωτερικού για αναζήτηση εργασίας για την κάλυψη των αναγκών της οικογένειας ή σαν μία προσπάθεια απόδρασης από τις οικογενειακές πιέσεις, κυρίως τα ψυχιατρικά προβλήματα του πάσχοντος συζύγου. Αλλαγή διαβίωσης έχουμε και στην περίπτωση του Χρήστου ο οποίος διέμενε σε όλη του σχεδόν την παιδική ηλικία κάθε βράδυ στο σπίτι μίας θείας για να τύχει καλύτερης μέριμνας δεδομένου ότι η μητέρα του δεν είχε την δυνατότητα να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες του λόγω του ψυχιατρικού προβλήματος: .

Ας πούμε ότι ξημερώνει, ξημέρωνε, με σήκωνε η γιαγιά πρωινό ντύσιμο, πήγαινα σχολείο. Μετά το σχολείο, εε, αφού είχε σχολάσει η μάνα μου, πήγαινα στο σπίτι μέχρι το βράδυ, το δικό μας. Με τον πατέρα μου και τη μάνα μου. Και μετά το βράδυ πήγαινα στο.. σπίτι στη γιαγιά, έτσι έπαιζε. [...] Μου φαινόταν πολύ φυσιολογικό. Γιατί, άμα, δεν είναι ότι με πήρανε ξαφνικά, γιατί μέσα στο σπίτι δημιουργήθηκε ένα πρόβλημα, πήγαινε στη γιαγιά. Δεν.. τέτοιο, μου φαινόταν κάτι φυσιολογικό. [...] Θυμάμαι τώρα αμυδρά, ότι ξυπνούσα στο πατρικό, και με πήγαιναν στη γιαγιά, μ' αφήνανε λίγο, ώστε να 'ρθει το σχολικό να με πάρει πρωί. Μόνο αυτό δε δούλευε να.., οπότε καλύτερα να πηγαίνω το βράδυ, οπότε το 'χα συνδυάσει έτσι και δεν μου φαινόταν περίεργο. Για να σου πω την αλήθεια τώρα που το συζητάμε αρχίζει και μου φαίνεται περίεργο. Αφήνεις έτσι το παιδί σου να πάει να κοιμηθεί αλλού; [Χρήστος]

Χωρισμός γονικού ζεύγους. Επτά συμμετέχοντες είχαν την εμπειρία του χωρισμού των γονιών, στην πλειοψηφία των οποίων υπήρχε διαζύγιο. Στις περιπτώσεις της Παναγιώτας και του Σωτήρη ο χωρισμός των γονιών συνέβη πολύ νωρίς στη ζωή τους, ως εκ τούτου δεν έχουν αναμνήσεις από τον έγγαμο βίο τους, αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι η επιλογή αυτή των γονιών δεν είχε επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους. Ο Γιώργος που φοιτούσε στο δημοτικό όταν χώρισαν οι γονείς του θεώρησε ότι ήταν σωστή επιλογή από τη στιγμή που οι ίδιοι αξιολόγησαν ότι δεν ταίριαζαν. Επίσης, κάποιοι συμμετέχοντες [Νεφέλη, Σωτήρης] αποδίδουν την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού στο χωρισμό. Ο χωρισμός των γονιών προκαλούσε στα παιδιά ντροπή και στενοχώρια ακόμη κι αν συνέβη σε μεγαλύτερη ηλικία, όπως στην περίπτωση της Τζένης:

Ήμουν α τρίτη λυκείου. Εεμ, τους θυμάμαι μαζί. Δεν έδινα και τόσο βάση γιατί είχα, πήγαινα πολλές ώρες στο φροντιστήριο, έλειπα αρκετές ώρες από το σπίτι. Ήτανε μαζί. Μετά εγώ, εε, έδωσα πανελλήνιες, πέρασα, έμενα μαζί τους μέχρι που είχα κλείσει τα δεκαοχτώ, και περίπου τα Χριστούγεννα έφυγα από το διαμ, από το σπίτι. Ήτανε κι εκείνη η χρονική στιγμή που ο πατέρας μου σηκωνότανε και έφευγε, έλειπε, από το σπίτι. Μετά άρχισε να λείπει όλο και περισσότερο, και κάποια στιγμή σηκώθηκε κι έφυγε, από το σπίτι. [...] Επομένως στενοχωρήθηκα τόσο πολύ που, που χωρίσανε. Ένιωθα και πάλι ντροπή. Αν και ήμουν α μεγαλύτερη σε ηλικία πάλι ένιωθα ντροπή. Γιατί δεν είχα βιώσει αυτό το συναίσθημα, χωρισμένοι γονείς. Στην αρχή ήμουν α πολύ στενοχωρημένη, ντάξει μπορώ να το πω, αλλά μετά όσο πέρναγε ο καιρός και έβλεπα ότι, ντάξει δεν βρέθηκε κάτι, δεν είναι κάτι κακό. Ίσως ήτανε καλύτερα έτσι. [παύση] [...] Στη μαμά μου, να ξεκινήσω, ότι δεν ξέρω να είχε τόσο. Έλεγε στην καινούρια σύζυγο, πέταγε κάποια υπονοούμενα. Αλλά μέχρι εκεί. Δεν ξέρω τώρα αν στενοχωρήθηκε, δεν το γνωρίζω αυτό. Εγώ όταν έμαθα ότι είναι μαζί έπρεπε να το αποδεχτώ. Αφού ήτανε ο πατέρας μου ευτυχισμένος έπρεπε κι εγώ να είμαι. Και στο γάμο ναι, και τον βοήθησα κιόλας, δεν είχα πρόβλημα. Πάντα όμως με πονάει ότι δεν είναι μαζί οι γονείς μου αλλά ίσως να ναι καλύτερο αυτό. [Τζένη]

Οικονομικές αντιξοότητες. Οι οικονομικές αντιξοότητες στις οικογένειες των συμμετεχόντων ήταν μία συνηθισμένη συνθήκη. Σε κάποιες περιπτώσεις οι οικονομικές αντιξοότητες δεν ήταν αντιληπτές από τα παιδιά γιατί οι γονείς προσπαθούσαν να μην λείψει τίποτα από το σπίτι, όπως αφηγούνται η Αννέτα και η Νεφέλη των οποίων οι γονείς είχαν μεταναστεύσει από την Αλβανία στην Ελλάδα για μία καλύτερη ζωή, είχαν τεράστιες οικονομικές δυσκολίες αλλά δεν ήθελαν να τις γνωρίζουν τα παιδιά τους. Κάποιοι συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν πολύ στην πραγματοποίηση των σπουδών τους. Ο Πέτρος

αναγκάστηκε να δανειστεί χρήματα από συγγενείς, ενώ η Κάτια επέλεξε να μην σπουδάσει λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης ήταν επίσης καθοριστικός παράγοντας στην επιβίωση της οικογένειας [Σωτήρης, Μίνα, Πέτρος]. Αρκετοί δε συμμετέχοντες εργάζονταν από πολύ νωρίς για να μην επιβαρυνθούν οικονομικά οι γονείς τους [Σωτήρης, Μάριος, Χρήστος, Θανάσης]. Ο Θανάσης αφηγείται σχετικά με την εμπειρία της οικονομικής στενότητας στην παιδική του ηλικία:

Στεναχωριόμουν, δηλαδή, στεναχωριόμουν πολύ γιατί μου 'χανε λείπει και πράγματα. Μου 'χανε λείπει πολλά πράγματα, έβλεπα άλλα παιδιά στην ηλικία μου που 'χανε τα πάντα. Έβλεπα τ' άλλα παιδιά που πηγαίνανε σε εκδρομές, εγώ σε δύο τρεις εκδρομές έχω πάει. Κι αυτές με το ζόρι. Δηλαδή να 'χω, να μου 'ρχονται τα λεφτά τσίμα- τσίμα. Να βλέπω τα παιδιά, να έχουν παπούτσια, το 'να, ντάξει, το... και τώρα τελευταία μάζευα λεφτά να πάρω παντελόνι. Έλεγα τα κάλαντα να πάρω παντελόνι, τώρα τελευταία σου λέω, και μάζευα λεφτά να πάω να πάρω παντελόνι ή.., όχι να πάω να πάρω σαν τα άλλα τα παιδιά, να πάω να πάρω ένα παιχνίδι να παίξω. Μάζευα να πάρω παντελόνι, που κανονικά αυτό πρέπει να ήταν η υποχρέωσή τους, της μάνας μου, έπρεπε να μου 'χανε γεμάτη τη ντουλάπα μου. Θυμάμαι τα ξαδέρφια μου έπαιρνα δανεικά ρούχα. Δανεικά, έπαιρνα τα παλιά τους. [Θανάσης]

9.1.5 'Πολύ ατίθασο πνεύμα..': Η πρόσληψη των γονέων

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι προσλήψεις των συμμετεχόντων για τους γονείς τους μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας έτσι όπως οι ίδιοι τα βιώνουν στο πέρασμα των χρόνων και ο βαθμός της προσλαμβανόμενης γονικής επάρκειας.

Η πρόσληψη του πάσχοντα γονιού. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν οι προσλήψεις των συμμετεχόντων για τα θετικά στοιχεία του πάσχοντος γονιού πριν και μετά τη νόσηση, αλλά και τις πιο δύσκολες πλευρές της προσωπικότητάς του. Οι προσλήψεις των χαρακτηριστικών του γονιού πριν τη νόσηση δεν ήταν τόσο συχνές ίσως γιατί η πλειοψηφία των πασχόντων γονιών στο παρόν δείγμα είχαν νοσήσει πολύ νωρίς ή γιατί η επίδραση της ψυχικής νόσου και των επιπτώσεών της σε όλους τους τομείς της οικογένειας ήταν σαρωτική με αποτέλεσμα τα παιδιά να μην έχουν διατηρήσει σαφή εικόνα του γονιού πριν από αυτό. Ο

Πέτρος και η Μίνα που είναι αδέρφια, ωστόσο, έχουν την εικόνα της πάσχουσας μητέρας της πριν τη νόσηση που χαρακτηρίζεται από ενεργητικότητα, περιέργεια και ενδιαφέρον για το οτιδήποτε.

Είναι εξήντα τώρα, έχει τελειώσει πανεπιστήμιο, ε έχει ταξιδέψει σ' όλη την Ελλάδα [χαμογελάει], έχει.., όταν ήταν μικρή ήταν λίγο.. εε πολύ.. ατίθασο πνεύμα βασικά.. Ναι, δεν, δεν καθότανε σ' ένα σημείο, δεν.., έφευγε συνέχεια, δεν την έβρισκες βασικά, μπορεί να 'τανε οπουδήποτε. Πήγε μέχρι και την Ισπανία για να δει έτσι απλώς πως είναι [χαμογελάει].. πως είναι. Κι έμεινε εννιά μήνες. [Μίνα]

Ο Βαγγέλης και η Κάτια έχουν την εικόνα της ομορφιάς της πάσχουσας μητέρας τους πριν τη νόσηση, κάτι που ίσως μπορεί να λειτουργεί ως αντιστάθμισμα σε όλα τα προβλήματα και τις ανεπάρκειες που επακολούθησαν τα επόμενα χρόνια:

Μας έλεγε η μητέρα μου 'όταν ήμουνα νέα' λέει, 'περπατούσα' λέει και 'σταματάγανε όλα τα αυτοκίνητα', έκανε ντυσίματα ωραία και τέτοια (.). [Βαγγέλης]

Ήταν πολύ ωραία γυναίκα. Αντικειμενικά. Αλλά.. ήταν πολύ σεξουάλα, πολύ βάψιμο, πολύ έξαλλα ρούχα, όταν βγαίναμε έξω, όταν ήτανε στα καλά της, μετά το νοσοκομείο, και με ενοχλούσε όταν την πείραζαν στο δρόμο. Είχαμε συνέχεια πειράγματα, μας ακολουθούσε κόσμος από πίσω, μιλάμε δηλαδή για μία τέτοια γυναίκα, που περπατούσε και τράνταζαν τα πατώματα. [Κάτια]

Μία σημαντική οπτική της πρόσληψης των θετικών στοιχείων του γονιού μετά τη νόσηση αφορά την ποιότητα της άσκησης των γονικών καθηκόντων, όπως είναι η στοργή και η τρυφερότητα [Νεφέλη και Αννέτα], η καλοσύνη και η ελευθερία στη διαπαιδαγώγηση [Γιώργος], η κατανόηση [Αλεξάνδρα], και το υψηλό γονικό ενδιαφέρον προς τα παιδιά του:

..βέβαια άλλοι έχουνε άλλα παράπονα, άλλοι έχουνε γονείς που δεν ενδιαφέρονται, εμένα η μαμά μου και στα πιο άρρωστά της ενδιαφερότανε για μας. Και στα πιο άρρωστά της θα ενδιαφερότανε για μας. Αν είμαστε καλά. 'Συγνώμη παιδάκι μου [κλαυσίγελος], συγνώμη που σε δυσκολεύω' ή 'συγνώμη που σου 'πα αυτό', ή θα με βοηθήσει να δω κάποια πράγματα που κάνω λάθος, και χωρίς να μου βάλει φωνές, χωρίς, χωρίς, χωρίς.. Ποτέ δε με χτύπησε η μαμά μου. Μόνο μια φορά στο λύκειο που 'τανε, στη τρίτη λυκείου, που 'τανε πολύ άρρωστη, που.. εκεί πέρα μου τράβηξε τα μαλλιά, δηλαδή το 'χω να το θυμάμαι [γελάει]. Εε, οπότε αυτό.., ότι όσο δύσκολα και να 'τανε με τη μαμά μου, ήτανε πάντα η μαμά μου, και είναι η μαμά μου, και.., ακόμη και τώρα που είναι άρρωστη, και είναι δύσκολο [κλαίει], κι ήθελα να φύγω

από το σπίτι, ήθελα να αρχίσω να της φωνάζω αλλά είναι η μαμά μου, και.., και ό,τι, ό,τι έχω ανάγκη πραγματικά δηλαδή όχι χαζομάρες θα είναι εκεί, όσο αρρωστη και να 'ναι. [Μίνα]

Άλλα στοιχεία που αναγνωρίζουν τα παιδιά στον πάσχοντα γονιό είναι η φιλοτιμία όπως βλέπουμε στην αφήγηση του Χρήστου, η εργατικότητα και η δύναμη. Η Κάτια έχει την εικόνα ότι η μητέρα της 'στη δουλειά της ήτανε τσακάλι', ενώ η Αννέτα και η Νεφέλη θεωρούν τον πατέρα τους πολύ δυναμικό:

Πολύ δυναμικός άνθρωπος, απόλυτος, έξυπνος, αντικειμενικά όχι επειδή είναι μπαμπάς μου, εε, με μία.. ηθικός, φουλ, εε δεν μπορούσε το ψέμα με τίποτα. Δεν έχει.., δεν έχει, δεν είχε μέσες καταστάσεις. Εε, πολύ εργατικός, πολύ οικογενειακός, της οικογένειας. Εε, πολύ. Δηλαδή το μυαλό του ήτανε να δουλεύει σαν το σκυλί και να γυρνάει στο σπίτι και να προσφέρει στην οικογένειά του. Τα πάντα. [Νεφέλη]

Σχετικά με την πρόσληψη των δύσκολων πλευρών της προσωπικότητας του πάσχοντος γονιού πριν τη νόσηση προέκυψαν περιγραφές ζηλοτυπίας [Αννέτα και Νεφέλη], ευερεθιστότητας [Δήμητρα] και ισχυρογνωμοσύνης [Χρήστος]. Μετά τη νόσηση αναφέρονται η χειριστικότητα [Κάτια] και ο 'κλειστός χαρακτήρας' [Τζένη]. Ο Γιώργος αφηγείται στην ιστορία του ότι η μητέρα το τελευταίο χρονικό διάστημα έχει γίνει πολύ αφελής και δεν ήταν σε θέση να προστατεύει τον εαυτό της:

..δεν θα καθότανε ένας φυσιολογικός να κάνει τώρα παρέα με τη Στέλλα. Γιατί είναι ένας άνθρωπος ο οποίος δεν μπορείς να.. μτς, συζητήσεις σχετικά φυσιολογικά, θα λέει δηλαδή, δεν μπορώ να σας το εξηγήσω, δηλαδή αν δεν κάτσετε να μιλήσετε μαζί της, δεν μπορώ εγώ να το.. εξηγήσω όλο αυτό. Προσωπικά αν με ρωτάτε το θεωρώ.. χαζομάρα να το πω? Μου βγάζει μια χαζομάρα? Μία... δε δεν μπορείς να συζητήσεις. [...] Δεν ξέρω, πάντα όλοι την ταλαιπωρούσανε όμως. Την εκμεταλλευόντουσαν εε ο καθένας για το δικό του λόγο. Γιατί η μάνα μου ας πούμε είναι, επειδή είναι έτσι κι ο χαρακτήρας της, κι επειδή έχει κι αυτή την αρρώστια που έχει, με τον τρόπο σου μπορείς να την κάνεις ό,τι θέλεις. Οπότε την εκμεταλλευόντουσαν με πολλές .. έννοιες, είτε σεξουαλικού, χωρίς να το καταλαβαίνει η ίδια φυσικά, η ίδια νόμιζε ότι.. τη.. επειδή η μάνα μου ήθελε ρομάντζα λουλούδια και δεν συμμαζεύεται, ότι θα ζήσει το μεγάλο έρωτα. Αλλά δεν ήταν έτσι. Απ' ό,τι φάνηκε στην πορεία, και τις περι, τις περισσότερες φορές αν όχι όλες την άφηναν εκείνοι, δεν τους άφηνε δεν θυμάμαι ποτέ, η μάνα μου τη μόνη φορά με τον πατέρα μου, δηλαδή πέρα από κει, δεν θυμάμαι ν' αφήσει κάποιον. Και τώρα μου λέει ας πούμε και στο ψυχιατρείο που ερχότανε λέει ένας επισκέπτης λέει εκεί πέρα λέει που επισκεπτότανε την αδερφή του, που έχει κι εκείνη το ίδιο θέμα? Κάτι τέτοιο. Ναι, λέει, κι αυτός μοίραζε λεφτά λέει μέσα στο ψυχιατρείο, ζήτημα είναι δηλαδή να τον έχει δει, τέσσερις φορές? Και, ναι και κάτι δεκάρικα στους αρρώστους, και

μετά λέει ήθελε να της κάνει δώρα, και να κάνει λέει δώρα και σ' εμένα, κάτι τρέλες. Και της λέω, ποιος είναι αυτός της λέω, κάτσε, πως τον έχεις δει λέω, τι είδε, την ψυχή σου, και τι καλός άνθρωπος που είσαι, και σ' ερωτεύτηκε και θέλει να δώσει λεφτά και να κάνει και να ράνει? Εμένα, τρελά μου ακούγονται αυτά τα πράγματα. 'Και όχι, είναι καλός άνθρωπος', και έτσι γιουβέτσι, άντε τώρα να βγάλεις άκρη. Τέλος πάντων. [Γιώργος]

Στην περίπτωση του Θανάση, ο πατέρας του εκδήλωνε δύσκολες συμπεριφορές και πριν και μετά τη νόσηση:

Ε, πάντα θα σου 'λεγε τη βλακεία του. Πάντα θα σου 'λεγε ότι τέτοιο. Πάντα θα στην έλεγε, δηλαδή.. πάντα, εγώ το θυμάμαι, εγώ δεν το θυμάμαι, απ' ό,τι μου 'λεγε η μάνα μου κι αυτά, πάντα θα έκανε κάτι, δηλαδή πάντα θα σε έβριζε, πάντα θα σ' έκανε. Δεν έλεγε λεφτά και τέτοια, και το 'να και τ' άλλο, μτς, αλλά πάντα θα σ' έβριζε, πάντα θα σου 'λεγε.., και πριν που 'τανε καλά, ας πούμε καλά, ποτέ δεν είχε έρθει να μας πάρει μία αγκαλιά. Να πει 'παιδιά μου, να, να μαζευτούμε σαν οικογένεια όλοι στο σπίτι'.[...] Ποτέ δεν είχε γίνει αυτό. Τι να τον πω? Καλό πατέρα? Ποτέ δεν το 'χει κάνει αυτό, καλά ξεκαλά, δεν το 'χει κάνει ποτέ. Είχε τρακάρει ο αδερφός μου και κοιμότανε, γύρισε σπίτι η μάνα μου στο.., που είναι, έξω από την Πάτρα, είχε τρακάρει ο αδερφός μου και του λέει 'ήρθαν τα παιδιά' και γύρισε πλευρό να κοιμηθεί? Τότε ήτανε καλά. Δεν είχε, ούτε φάρμακα έπινε, ούτε είχε γίνει με τη φασαρία, δε φταίει αυτό, πάντα ήτανε γαϊδούρι. Εε, αυτό. [Θανάσης]

Η πρόσληψη του υγιή γονιού. Οι συμμετέχοντες έχουν σχηματίσει εικόνα για τα θετικά στοιχεία του υγιούς γονιού είτε μέσω αφηγήσεων είτε από προσωπική εμπειρία. Οι πιο συχνές αφηγήσεις αφορούν χαρακτηριστικά ηρωισμού και δύναμης. Η Μίνα περιγράφει με περηφάνεια ιστορίες κατά τις οποίες ο πατέρας έχει καταφέρει να ανταπεξέλθει σε πολύ αντίξοες συνθήκες. Η Δήμητρα ομοίως αφηγείται ενθουσιασμένη:

Η μάνα μου είναι αγρίμι [γελάει], πραγματικά, αυτό ήθελα να σας πω, λοιπόν, περιστατικό, πηγαίναμε.. επειδή μέναμε απέναντι από το Πασαλιμάνι κάποια περίοδο, κι εγώ πήγαινα στίβο τότε, έκανα αθλήματα, εε, υπήρχε μια πιάτσα από ταξί. Κι εγώ με τη μητέρα μου μίλαγα τούρκικα γιατί με πήγαινε εκείνη απέναντι, ξέρω γω προς το Πασαλιμάνι για να πάω προς την προπόνηση, και μετά αυτή θα πήγαινε σπίτι, θα 'κανε κάτι. Και περνάγαμε τη γέφυρα και μιλάγαμε τούρκικα, κι έρχεται, και πετάγεται ένας ταρίφας και φωνάζει 'να φύγετε κωλοτούρκοι από 'δω πέρα', γυρνάει η μάνα μου κι αρχίζει και φωνάζει αλλά με τρόπο που τον τύπο τον τάπωσε, δε θυμάμαι τι είπε, αλλά τον τάπωσε και τον έβαλε στη θέση του τόσο καλά που εγώ έμεινα με το στόμα ανοιχτό [ενθουσιασμένη], ήμουνά τότε δημοτικό, οπότε η μάνα μου είναι πραγματικά δυνατή γυναίκα μάχη, οπότε, δεν, δεν μασάει εύκολα η μάνα μου ποτέ. Δεν χρειάστηκε να.. στεναχωρηθεί καθόλου, ούτε να κλάψει για κοινωνικά τέτοια φαινόμενα αποδοχής ή μη αποδοχής από άλλες χώρες. Δεν την ένοιαζαν ποτέ. Ναι. [Δήμητρα]

Οι συμμετέχοντες έχουν την ανάγκη να τονίσουν και την προσφορά και κοινωνικότητα του υγιούς γονιού, χαρακτηριστικά που μπορεί να λειτουργούν ως πρότυπο για τον εαυτό τους:

Δηλαδή είναι σε πολιτιστικούς συλλόγους, είχε βγει και δημοτικός σύμβουλος στο χωριό, είναι γενικά πολύ ενεργός σαν άνθρωπος. Επομένως, πάντα είχαμε και τους θείους μου από αυτήν την πλευρά πάντα ήμασταν πολύ κοντά, κάποιον άνθρωπο ξένο να είχαμε κοντά μας όχι. Ήταν πάντα με την οικογένεια, μας είχε κοντά. Οικογένεια εννοώ τους θείους τις θείες, τα ξαδέρφια μου, ήμασταν με αυτούς τους ανθρώπους κοντά. Αλλά γενικά ήτανε πολύ φιλικός με όλους. Έχει βοηθήσει αρκετό κόσμο. Και πιστεύω κι εμένα, δηλαδή αυτό που έκανε και που κάνει, μ' αρέσει κι εμένανε. Θέλω κι εγώ να είμαι σε κάποια κοινά, μ' αρέσουνε κι εμένανε. [Τζένη]

Σχετικά με τις δύσκολες πλευρές της προσωπικότητας του υγιούς γονιού εντοπίζονται αφηγήσεις κατά τις οποίες χαρακτηρίζεται ευέξαπτος [Πέτρος] ενίοτε και βίαιος [Βαγγέλης] ή δυσκολεύεται να εκφράσει συναισθήματα:

Εε, η μαμά μου την αγάπη της την έδειχνε και τη δείχνει με ελάχιστες πλέον.., μετά από πολλές συζητήσεις, περιπτώσεις τώρα με το να σε φροντίζει, να σου καθαρίζει, να σου πλένει, να σου μαγειρεύει, να νοιάζεται για σένα. Αυτό έμαθε από το σπίτι της ότι είναι αγάπη, έτσι σου την έδινε. Το να σε πάρει αγκαλιά και τα λοιπά θεωρούσε ότι είναι κάτι αδύναμο, ότι, μτς, είχε μια ντροπή, ένα ότι.. δεν ξέρει να το κάνει, ούτε σ' εμάς ούτε στον άντρα της. Είναι προβληματική η οικογένειά μου τελικά ε; [γελάει]. [Νεφέλη]

Σε κάποιες περιπτώσεις ο υγιής γονιός ήταν απόμακρος με αποτέλεσμα τα παιδιά να επιβαρύνονται με την μέριμνα των αναγκών του σπιτιού και του πάσχοντος γονιού:

Εε, ήταν λίγο περίεργο γιατί δούλευε και στην Ερμιόνη, και δεν γινόταν να μη δουλέψει. Αυτό. Μας έπαιρνε τηλέφωνο. Αυτό. Μας έλεγε να μη στενοχωριόμαστε. Θα γίνει καλά. Αλλά νομίζω μια πιο ουδέτερη στάση. Είχε. Ναι.[...] Ε, νομίζω θα θελα να τον βλέπω πιο πολύ, π.χ. να χαμε πάει μαζί στο νοσοκομείο, [χαμογελάει], ακόμα ντάξει κι αν έχει χωρίσει με τη μαμά μου, θα θελα να χε έρθει μαζί μας. Δηλαδή ήταν πολύ στενάχωρο για μας. [...] Ήταν πολύ στενάχωρο για μένα και την αδερφή μου που πήγαμε στο νοσοκομείο κι αυτά. Ναι, ήταν, ήταν στενάχωρο, δηλαδή αν ήταν εκεί, νομίζω θα ταν πιο εύκολο. (.) [...] Ντάξει. [χαμογελάει]. [...] Ντάξει... λέω οκ εντάξει, επιλογή του είναι, δουλεύει, μπορεί και να μη θέλει, ντάξει. [...] Δεν του κράτησα κακία. [πολύ λυπημένη φωνή] [...] Νομίζω το πέρασα λίγο στο ντούκου. Είχα προσηλωθεί πιο πολύ στη μαμά, ε, οπότε εντάξει, λέω 'άμα δε θέλεις να ρθεις, μην έρθεις' ας πούμε [χαμογελάει], δεν μπορώ ν' ασχοληθώ και μ' αυτό [χαμογελάει]. Ναι, ναι, κάπως έτσι. Στεναχωρήθηκα, σκέφτομαι θα ταν πιο εύκολο, αλλά λέω τώρα από τη στιγμή που δεν θέλει να 'ρθει, ντάξει. Τι άλλο να πω? Κάπως έτσι. [Κατερίνα]

Τουλάχιστον τρεις συμμετέχοντες [Βαγγέλης, Θανάσης, Γιώργος] περιέγραψαν τον υγιή γονιό ως ένα πρόσωπο το οποίο είχε τα δικά του ψυχικά προβλήματα.

Είχε κι ο μπαμπάς ψυχιατρικά προβλήματα [...] Ναι, ναι, αλλά έπινε, ντάξει... [...] Κι ο πατέρας μου θυμάμαι μια φορά είχε ανέβει πάνω στην ταράτσα κράταγε ένα.. ξέρετε, ένα εργαλείο, σφυρί, σκεπάρνι, τι ήτανε, και έτσι όπως είναι το μπαλκόνι, απ' αυτή την πλευρά, άρχιζε κι έσκαβε, το βλέπω, πάω την άλλη μέρα, ανεβαίνω πάνω, βλέπω το μπετό και φαινότανε. Αμάν, τρελάθηκε λέω αυτός, τι έγινε, λέω, γιατί το κάνει αυτό, δεν ξέρω γιατί έσκαβε εκείνο, σ' εκείνο το σημείο. [...] Έπαιρνε ψυχιατρικά φάρμακα, αλλά δεν τα 'παιρνε κανονικά. Τα 'χε παρατήσει. Και πολλά φάρμακα. Την τελευταία φορά του λέει η νευρολόγος 'άμα δεν τα πάρεις θα πεθάνεις' και πέθανε. Αλλά πολλά φάρμακα, ουου. [Βαγγέλης]

Καλά, δεν θα την βγάζανε και εκατό τοις εκατό καλά. Η μάνα μου δηλαδή χαζεύει τώρα που 'χει αρχίσει και.. δεν τέτοιο, κάνει σαν υστερική, καμιά φορά κάνει σαν υστερική, να της ρίξεις σφαλιάρα να γυρίσει πέντε σθούρες. Παθαίνει ώρες - ώρες υστερίες, δηλαδή, δεν, δεν, λέει ασυναρτησίες, λέει, λέει ασυναρτησίες. Καμιά φορά λέει ασυναρτησίες. Μια μέρα κάναμε ότι κοροϊδευόμαστε με τα αδέρφια μου κι αυτή το πήρε σοβαρά, και ξέφυγε τελείως. Σκατά κι από κει. [Θανάσης]

9.2 ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

9.2.1 'Δεν είχαμε πολύ.. το πατέρας γιός..': Η πρόσληψη της σχέσης με τον πάσχοντα γονιό

Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εστίασε κυρίως στις δύσκολες πλευρές της σχέσης τους με τον πάσχοντα γονιό και λιγότερο στις θετικές. Μεταξύ των δύσκολων πλευρών κατατάσσονται ο απόμακρος δεσμός, η συγκρουσιακότητα, η ελεγκτική και χειριστική συμπεριφορά του γονιού. Ως θετικές πλευρές της σχέσης προσδιορίστηκαν η επαρκής γονική λειτουργία, ο στενός σύνδεσμος και οι θετικές αναμνήσεις από ευχάριστες στιγμές.

Απόμακρη σχέση. Η διατήρηση της απόστασης στη σχέση του πάσχοντος γονιού με το παιδί μπορεί να εκκινείται από την πλευρά του γονιού με διάφορες προφάσεις. Η εμπειρία των συμμετεχόντων για τη σχέση δυσχεραίνει περισσότερο όταν ο απόμακρος πάσχων γονιός είναι

ιδίου φύλου με το παιδί. Ο Μάριος περιγράφει την εμπειρία της απόμακρης σχέσης με τον πατέρα του, τον οποίο εκλάμβανε ως αποφευκτικό προς όλη την οικογένεια και ειδικά προς εκείνον παρά τις όποιες προσπάθειες για σύνδεση:

..κι ο πατέρας μου δούλευε πολλές ώρες, δηλαδή δεν έχω ζήσει ιδιαίτερα τον πατέρα μου, ο πατέρας μου δούλευε τουλάχιστον δώδεκα ώρες την ημέρα ας πούμε. Ήτανε.. δούλευε σ' ένα εργοστάσιο. Αλλά φανταστείτε ότι δούλευε στην Ερυθραία, που, όταν δούλευε, και κάποιες φορές ας πούμε, είχε, μου είχε πει ο ίδιος ότι... ας πούμε ότι κοιμότανε κι εκεί κάποιες φορές, δηλαδή δε δεν άξιζε να γυρίσει σπίτι ας πούμε γιατί ήτανε μία ώρα να πάει και μια να γυρίσει κι άμα δούλευε και υπερωρίες πάνω από δώδεκα ώρες κι αυτά, δεν συνέφερε να γυρίσει στο σπίτι για να ξεκουραστεί και κοιμότανε εκεί. Δηλαδή θέλω να πω απλά, σας το λέω, για να πω ότι δούλευε πάρα πολλές ώρες κι έλειπε συνέχεια από το σπίτι. Και δούλευε βάρδιες, δούλευε πρωί δούλευε βράδυ, είχε τρεις βάρδιες εκεί ας πούμε. Ε κι εγώ τότε είχα φροντιστήρια είχα σχολεία, είχα αυτά. Αλλά γενικά δεν είχαμε πολύ το... πατέρας γιος ας πούμε, το, να κάνουμε κάτι να πάμε μαζί ας πούμε κι αυτά. Απλά δεν το χε αυτό. Ίσως επειδή για αυτό το λόγο επειδή δε μας έχει ζήσει καθόλου στην παιδική μας ηλικία εργαζότανε πολλές ώρες, και δε.. μας έχει ζήσει [σβήνει η φωνή]. Ίσως για αυτό.[...] Ναι, μου φαίνεται άσχημα, γιατί θα θελα να 'χω.. να 'χω τέτοια πράγματα που τα κάνουν με το πατέρα μου να περνάμε τον καιρό μαζί. Ε, και γενικά ας πούμε σε όλες τις.. [αναστενάζει] φάσεις ας πούμε που περνάει ένα παιδί, για παράδειγμα όταν θα βγάλει δίπλωμα οδήγησης, όταν θα μάθει κάτι ας πούμε όταν, να με μάθει να ξυρίζομαι για παράδειγμα, ας πούμε, κάτι που να σου δείξει ο πατέρας σου ας πούμε. Ο πατέρας μου δεν ασχολείται ποτέ να μου δείξει και ίσως, δεν ξέρω, φάνηκε ότι νωρίτερα πώς να πω σοβαρό ας πούμε? Όχι σοβαρό, μτς, ίσως πίστευε ότι απλά 'εντάξει μωρέ θα μάθουνε, μόνος' κάτι τέτοιο, ίσως δεν είχε χρόνο να το κάνει αυτό; Ίσως παλιά να 'λεγα ότι δεν είχε και χρόνο, αλλά και τώρα που έχει χρόνο πάλι δεν κάνει κάτι, (βουρκώνει). [Μάριος].

Αργότερα στην αφήγηση ο Μάριος αναφέρει ότι δεν υπήρχαν παλιότερα προβλήματα στη σχέση με τον πάσχοντα πατέρα διότι δεν υπήρχαν ευκαιρίες να δημιουργούνται προστριβές εξαιτίας της απόστασής τους και συμπληρώνει ότι ακόμη και μετά την ψυχιατρική διάγνωση του πατέρα η σχέση παρέμεινε απόμακρη, αυτή τη φορά και από την πλευρά του ίδιου του παιδιού λόγω της απογοήτευσης από την έλλειψη κινητοποίησης του πατέρα. Αντίστοιχες δυσκολίες με τις παραπάνω που αφορούν τη σχέση πατέρα γιου, παρατηρούνται και στη σχέση μητέρας κόρης όταν δεν υπάρχει επαρκής εγγύτητα. Η απόσταση αυτή μπορεί να είναι αμοιβαία ιδιαίτερα στην περίπτωση που η κόρη θεωρεί ότι η μητέρα της δεν πρόκειται να την καταλάβει λόγω της ψυχικής της ασθένειας όπως στην περίπτωση της Κατερίνας. Τα παιδιά δυσκολεύονται ακόμη περισσότερο όταν ο πάσχων γονιός αποτελεί τον κύριο φροντιστή κατά την παιδική τους ηλικία, με αποτέλεσμα να υπάρχει παραμέληση κυρίως σε συναισθηματικό και κοινωνικό

επίπεδο και πολλές φορές και σε πρακτικό. Στην περίπτωση του διαζυγίου των γονιών που το παιδί μένει μακριά από τον υγιή γονιό, βιώνονται καταστάσεις μοναξιάς και ανασφάλειας στην καθημερινότητα, ειδικά αν δεν υπάρχουν αδέρφια ή συγγενείς από την ευρύτερη οικογένεια [Γιώργος]. Άλλες φορές η απόμακρη σχέση του παιδιού με τον πάσχοντα γονιό εκκινείται από την πλευρά του ίδιου του παιδιού ως στρατηγική για αποφυγή των συγκρούσεων, οι οποίες μπορεί να προκαλούνται από τη συμπεριφορά του γονιού που σχετίζεται με την ψυχιατρική δυσκολία ή από τη γονική του ανεπάρκεια γενικότερα όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Αννέτας για τον πατέρα της. Υπάρχουν και περιπτώσεις που στα πρώτα χρόνια της ζωής δεν υπάρχει σχεδόν καθόλου σχέση με τον πάσχοντα γονιό λόγω της μειωμένης ικανότητας να ασκήσει τα γονικά του καθήκοντα, της κάλυψης των βασικών αναγκών από τους παππούδες, με την εμπειρία αυτή να αφήσει το στίγμα της μέχρι και την αναδυόμενη ενηλικίωση: *‘..μόνη μου ήμουν, με δύο ηλικιωμένους, η μάνα μου δεν μπορούσε να κάνει ώρες ώρες ούτε τα βασικά.., [...] έλειπε πολλές ώρες από το σπίτι, δεν είχαμε επαφή..’* [Κάτια].

Συγκρουσιακή σχέση. Από την ανάλυση του υλικού όλων σχεδόν των αφηγήσεων προκύπτει ότι πολύ συχνά υπάρχουν εντάσεις και συγκρούσεις στη σχέση του παιδιού με τον πάσχοντα γονιό, πολλές εκ των οποίων προκύπτουν από τις ψυχιατρικές δυσκολίες του γονιού. Ο Χρήστος αναφέρει ότι η μητέρα του ότι *‘έχει πρόβλημα, δημιούργησε κάποια.. στη σχέση μας μια προστριβή συνεχόμενη’*. Παρόμοια, η Παναγιώτα θεωρεί ότι η σχέση με τη μητέρα της είχε εντάσεις με αφορμή την ψυχιατρική κατάσταση της τελευταίας, την χρεώνει όμως στον εαυτό της γιατί θεωρεί ότι δεν μπορούσε να συγκρατηθεί και της συμπεριφερόταν άσχημα αποκαλώντας την *‘τρελή’*. Μερικές φορές οι συγκρούσεις μπορεί να φτάσουν στα άκρα, περιλαμβάνοντας σωματική και λεκτική βία, είτε γιατί η συμπεριφορά του γονιού δεν οριοθετείται με αποτέλεσμα να υπάρχουν έντονες εκδραματίσεις στη σχέση παιδιού - πάσχοντος γονιού, είτε γιατί υπό το πρίσμα της αναπτυξιακής οπτικής η συμπεριφορά του γονιού επιδρά αθροιστικά και ξεπερνά τα όρια αντοχής του παιδιού και στην ικανότητά του να διαχειρίζεται επιπρόσθετες αντιξοότητες.

Ήτανε λογικό όμως να μας έβριζε από το πρωί μέχρι το βράδυ, τι; Να το σεβαστείς; Άμα σ’ έβριζε κι εσένα ο πατέρας σου, άμα σας έβριζε δεν θα τον σεβασόσασταν, να σε λέει πρεζάκι

δεκαπέντε χρονών παιδί. [...] Να μη σου 'χει πει ένα μπράβο. Να μη, να σε στέλνει στο διάολο κάθε μέρα.. [δακρύζει] [Θανάσης]

Η Κάτια θυμάται ότι όταν ήταν πιο μικρή θεωρούσε ότι οι εντάσεις στη σχέση με τη μητέρα της ήταν μονόδρομος διότι η σφοδρότητα των συμπτωμάτων ή οι επιπτώσεις από τις επιπόλαιες συμπεριφορές που απέρρεαν από την ψυχιατρική της κατάσταση της επέβαλαν κατά κάποιο τρόπο τη σύγκρουση κυρίως για λόγους πρακτικής επιβίωσης:

Θρησκευτικό παραλήρημα, λούσο και.. χάλασμα σε.. σε.. παπούτσια, ρούχα, μαλλιά, σκουλαρίκια, νύχια, γενικά, πάντα ήτανε κοκέτα, αυτό είναι και στοιχείο του χαρακτήρα της. Αλλά.. με την ασθένεια νομίζω βγήκε ακόμα πιο πολύ. Αυτό. [...] Φασαρίες. Γινόντουσαν φασαρίες. Να μη χαλάει λεφτά, πάντα είχαμε πρόβλημα με τη σύνταξη, ότι 'δεν μπορείς να μου κάνεις εσύ κουμάντο στη σύνταξη, η σύνταξη είναι δικιά μου', γι' αυτό δε θέλω ούτε μισό ευρώ, λουπόν.. τη διαχειριζότανε εκείνη. Ενίστε όταν δεν ήταν καλά υπήρχε απόφαση νοσοκομείου με.. γραπτή από τους γιατρούς ότι ή θα την διαχειρίζονται εκείνοι ή θα δίνω εγώ αναφορά σε γιατρούς πόσα λεφτά χαλάμε και τα σχετικά. [Κάτια]

Χειριστικότητα-έλεγχος. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν συχνά ότι η συμπεριφορά του γονιού ήταν ελεγκτική με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εντάσεις στη σχέση. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να σχετιζόταν σύμφωνα με την άποψη των παιδιών είτε με την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού, είτε με τα στοιχεία του χαρακτήρα του και τα ελλείμματα από την πατρική του οικογένεια, αλλά και με τη συντροφική σχέση με τον υγιή γονιό.

Λοιπόν όταν γεννήθηκα εγώ όλος αυτός ο έλεγχος απέναντι στη μητέρα μου, το.. 'γιατί αυτό', μμμααα [εννοεί και τα λοιπά και τα λοιπά] εε ήρθε σ' εμένα. Δηλαδή άφησε τη μάνα μου ήσυχη, και δεν την έλεγε 'που πήγες, τι ώρα γύρισες, γιατί πήγες;' Αυτό, ναι, 'πόση ώρα έκατρες;' Δηλαδή τα 'χει αυτά τα στοιχεία σαν άνθρωπος, εε, τα 'κανε σ' εμένα. Σταμάτησε να ασχολείται με τη μάνα μου κι ασχολιότανε μαζί μου. Ναι, 'μου είπες και πέντε, γιατί ήρθες παραπέντε'; Του 'λεγα.., 'αποκλείεται, δεν έκανες αυτό, μου λες ψέματα'. 'Βρε καλέ μου, βρε χρυσέ μου', αφού πολλές φορές είχα γυρίσει και του είχα πει 'παιδί μου Φώσκολος είσαι; Γιατί βγάζει σενάρια το μυαλό σου;' Δηλαδή την είχε.., την.. μτς, πως να το πω, το.. την πετριά να το πω; [Νεφέλη]

Η ελεγκτική συμπεριφορά του γονιού όπως είναι αναμενόμενο μπορεί να οδηγήσει σε πράξεις έμμεσης ή άμεσης αντίστασης από την πλευρά του παιδιού στις επιλογές ζωής που είναι αντίστοιχες σε κάθε περίοδο της ανάπτυξης, όπως είναι η σχολική:

Κι ενώ ήμουνα άριστη μαθήτρια, αντέδρασα στο.. στο λύκειο σε όλο αυτό, και είχαμε και την μεγάλη κόντρα με τις εξόδους, και υποσυνείδητα αποφάσισα να μη ξαναδιαβάσω. Κι όντως δεν ξαναδιάβασα. Νομίζω ότι μ' αυτόν τον τρόπο τον πλήγωσα. Νομίζω ότι τον πλήγωσα. Έκανα κακό και σ' εμένα αλλά.. [χαμογελάει σαρκαστικά] δεν το έβλεπα τότε. Εε, σε σημείο που οι καθηγητές επειδή με ξέρανε μου βάζανε καλούς βαθμούς ενώ τους έγραφα μηδέν. Πήγαινα στο σχολείο χωρίς βιβλία, αυτή ήταν όλη κι όλη η επανάσταση που έκανα εγώ σαν παιδί [χαμογελάει], εε, και.. πώς το λένε; Εε, νομίζω ότι βρήκα αυτόν τον τρόπο, δεν είχα άλλο τρόπο, και βρήκα αυτόν τον τρόπο να τον πληγώσω. [Νεφέλη]

Άλλες φορές η ελεγκτικότητα του πάσχοντος γονιού γίνεται αντιληπτή από το παιδί ως χειριστική συμπεριφορά προκειμένου να μετριαστεί το άγχος που προκύπτει από τις γονικές ευθύνες ή να επιτευχθούν οι προσωπικοί του στόχοι [Κάτια]. Παρόμοια, η Μίνα θεωρεί ότι η χειριστικότητα της μητέρας της είναι ένα πρόβλημα για την ίδια και το βιώνει ως μια προσπάθεια να μην αυτονομηθεί ψυχικά σε κάθε αναπτυξιακή φάση της ζωής της. Αναγκάζεται δε να της λέει ψέματα προκειμένου να έχει λίγη ιδιωτικότητα ώστε να μπορεί να καλύπτει τις προσωπικές της ανάγκες. Ο Πέτρος, αδελφός της Μίνας, σχολιάζοντας αυτό το θέμα για τη μητέρα τους θεωρεί ότι αυτή η χειριστικότητα έχει μια παιδικόμορφη χροιά η οποία τον πιέζει ιδιαίτερα σε κοινωνικό επίπεδο δεδομένου ότι βρίσκεται σε μια πορεία αυτονόμησης και η μητέρα του γίνεται εμπόδιο. Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις όπως της Νεφέλης όπου η σχέση με τον πάσχοντα γονιό διακατεχόταν από φόβο γιατί ο έλεγχος ήταν έντονος, με αποτέλεσμα να ασκείται αυστηρή πειθαρχία στα πλαίσια της γονικής λειτουργίας. Αυτό γινόταν ακόμη πιο δύσκολο όταν δηλωνόταν από το γονιό ότι υπήρχε ιδιαίτερη εύνοια στο παιδί, αλλά αυτό στην ουσία δεν υπήρχε.

Θετικές πλευρές. Από την ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν και θετικές πλευρές στη σχέση παιδιού και πάσχοντος γονιού, παρά το ότι αριθμητικά ήταν λιγότερες οι αναφορές όπως προαναφέρθηκε. Μία σημαντική κατά τους συμμετέχοντες διάσταση είναι η ελευθερία στη διαπαιδαγώγηση, κυρίως στην εμπειρία του Γιώργου, της Τζένης και της Αλεξάνδρας.

..αλλά και πάλι θα σας πω ότι είμαι πάρα πολύ ευγνώμων γιατί είχα μια μητέρα, δεν ξέρω αν είναι και θέμα ασθένειας, που ήταν πάρα πολύ ελεύθερη. Δεν είχα μια μητέρα που να με καταπίεζε, που να, που να είχε εμμονή ότι πρέπει να σπουδάσω, δεν είχε, δεν ήταν πειστική μαζί μου. Δεν, δεν με αρρώστησε ούτε με επιδόσεις στο σχολείο, ούτε με εξόδους, ήταν μια μητέρα που μου είχε πολύ εμπιστοσύνη, από πάρα πολύ μικρή που ήμουνα. Είχα δηλαδή μια

κοινωνική ζωή, μπορούσα να βγω έξω, τη στιγμή που ήξερα ότι άλλα παιδιά οι γονείς τους δεν τους άφηναν και είχανε άγχος επίδοσης. Δηλαδή δεν είχα έναν γονιό που σαν μπαμπούλας ήτανε πάνω μου 'όχι αυτό θα κάνεις, αυτό θα κάνεις, αυτό θα κάνεις', είναι δηλαδή ελευθερία.[...] Εγώ θεωρώ πολύ τυχερή τον εαυτό μου για αυτό. Η μητέρα μου ήτανε πολύ καλός άνθρωπος, είναι πολύ καλός άνθρωπος, γιατί λέω, είναι πολύ καλός άνθρωπος..
[Αλεξάνδρα]

Σε άλλες περιπτώσεις περιγράφεται από τους συμμετέχοντες ότι η σχέση με το γονιό είναι πολύ στενή [Νεφέλη, Κατερίνα, Μίνα, Δήμητρα], σε σημείο που μπορεί να κατανοεί ο ένας τον άλλο ακόμη και αν δεν μιλήσουν. Η Νεφέλη το περιγράφει ως 'ένα περίεργο δέσιμο' σα να υπάρχει μία έκτη αίσθηση που τους ενώνει. Στην αφήγηση της Μίνας επίσης φαίνεται η ανάγκη να κρατήσει στη μνήμη της θετικές στιγμές μιας γενικά δύσκολης σχέσης, παρά το γεγονός ότι σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης ήταν συγκινημένη και επικεντρωμένη κυρίως στα παράπονα από την εμπειρία της μητρικής ψυχικής νόσου, ιδίως όταν πήγαιναν μαζί στην αγορά ή σε κάποια καφετέρια. Τέλος, στην αφήγηση του Γιώργου, αν και βρίσκεται σε μία φάση απογοήτευσης και πίεσης λόγω των αναγκών της μητέρας του, αλλά και λόγω των προσωπικών αναζητήσεων σε σχέση με τη διαμόρφωση της ταυτότητάς του, αναδύονται θετικές στιγμές στις αναμνήσεις του. Κι εδώ σκιαγραφείται όπως και στις προηγούμενες αφηγήσεις η σημαντικότητα των τελετουργικών και των οικογενειακών εθίμων στην ψυχή των παιδιών μεγαλώνοντας, προσδίδοντας δομή σε μια χαώδη συνήθως οικογενειακή λειτουργικότητα, κυρίως τα γενέθλια και οι διακοπές:

Ευτυχώς έχω να θυμάμαι και καλά πράγματα. Μ' αρέσει που πηγαίναμε διακοπές, και που μου κάνανε τα γενέθλιά μου. Ειδικά τα γενέθλια. Τα περίμενα πως και πως. Αλλά και τα τραπέζια που κάναμε. Εγώ έστρωνα το τραπέζι και είχα πολλή χαρά. Στις διακοπές ήταν άλλος άνθρωπος. Κι εγώ είχα χαρά που την έβλεπα. [Γιώργος]

9.2.2 'Σαν το σκύλο με τη γάτα..': Η πρόσληψη της σχέσης των γονιών

Η πρόσληψη των συμμετεχόντων για τη σχέση των γονιών τους στην παρούσα ανάλυση περιλαμβάνει τις ιστορίες που γνωρίζουν για την γνωριμία τους, τη μεταξύ τους

συγκρουσιakότητα και τις εντάσεις και λιγότερο διαστάσεις όπως η αγάπη και η φροντίδα. Η γνωριμία των γονέων μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μίας τυχαίας συνθήκης ή διακανονισμού μεταξύ των πατρικών οικογενειών. Παράδειγμα της πρώτης περίπτωσης είναι η αφήγηση της Μίνας, σύμφωνα με την οποία η πάσχουσα μητέρα της πραγματοποίησε ταξίδι την ημέρα των Χριστουγέννων μόνη της σε ακριτική περιοχή της Ελλάδας όπου και γνώρισε τον πατέρα της, η δε αφήγησή της αποπνέει ένα κλίμα ρομαντισμού, αλλά και θαυμασμού προς την πάσχουσα μητέρα για την τόλμη της. Παράδειγμα της δεύτερης περίπτωσης συναντάμε στην αφήγηση για τη γνωριμία των γονιών της Δήμητρας, που η μητέρα της επέλεξε να παντρευτεί έναν άνδρα που δεν γνώριζε καθόλου, να αλλάξει χώρα λόγω αυτού του γάμου, και να περάσει πολλές αντιξοότητες λόγω του ψυχιατρικού του προβλήματος:

*Η μητέρα της μητέρας μου κι ο πατέρας του θετού πατέρα μου ήτανε τέταρτα ξαδέρφια; [...] Ναι, και από τότε ουσιαστικά είχανε έρθει αυτοί εκεί πέρα στην Σμύρνη, και είχε έρθει κι η μητέρα μου σε μία συνάντηση, οπότε έγινε κάτι σαν προξενιό, κάτι σαν προξενιό ουσιαστικά, και γνωριστήκανε, αγαπηθήκανε, παντρευτήκανε. Οπότε κάπως έτσι έγινε όλη κατάσταση. Εεε, αλλιώς, δε νομίζω κάπως αλλιώς να γνωριζόντουσαν, άμα δεν ήξερε η μητε, η γιαγιά μου κι ο παππούς μου αν δεν γνωρίζονταν. Είχανε μεγαλώσει κάπως μαζί ουσιαστικά, επειδή ζούσαν όλοι στην Σμύρνη, οπότε μεγαλώσανε μαζί, μετά έγινε ο διωγμός κι ήρθανε εδω πέρα. Κάποιοι. Εε, αυτά. Έτσι γνωριστήκανε. Και την πάτησε γιατί αυτός είχε πρόβλημα.
[Δήμητρα]*

Η περίπτωση της Δήμητρας έχει ενδιαφέρον διότι έχει δύο αφηγήσεις για τη σχέση των γονέων αφού η μητέρα της έχει τελέσει δύο γάμους και ο βιολογικός της πατέρας είναι από τον πρώτο γάμο της μητέρας ενώ ο θετός από τον δεύτερο. Η πολυπλοκότητα αυτή έχει μεγάλες επιδράσεις στην διαμόρφωση της ταυτότητάς της, όχι μόνο λόγω της ύπαρξης του βιολογικού και του ψυχιατρικά πάσχοντος θετού πατέρα, αλλά και των δύο εθνικοτήτων. Η ίδια θεωρεί ότι το προξενιό αυτό δεν ήταν επιτυχημένο λόγω των ψυχιατρικών προβλημάτων του θετού πατέρα αλλά και της δύσκολης προνοσηρής προσωπικότητας. Συχνά στις αφηγήσεις διαφαίνεται η πρόσληψη των παιδιών για τη συγκρουσιakότητα των γονέων τους που προκύπτει είτε από οικογενειακές αφηγήσεις είτε από προσωπική μαρτυρία. Οι συγκρούσεις μπορεί να σχετίζονται με τις ψυχιατρικές δυσκολίες του πάσχοντος γονιού, αλλά και με άλλους παράγοντες όπως είναι τα στοιχεία της προσωπικότητας καθενός από τους γονείς και οι επιδράσεις από το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Η Νεφέλη θεωρεί ότι η μητέρα της είχε από πάντα ένα θυμό προς τον πατέρα διότι δεν είχε το απαιτούμενο σθένος να οριοθετήσει την

πατρική του οικογένεια με αποτέλεσμα να υπάρχουν επιπτώσεις στη δική τους οικογένεια, αλλά δεν είχε και το σθένος να είναι συναισθηματικά παρόν στη γονική σχέση. Αυτό αποτέλεσε ένα σαθρό υπόβαθρο για τη γονική σχέση όταν ο πατέρας νόσησε ψυχιατρικά, με αποτέλεσμα η μητέρα να τον θεωρεί ακόμη περισσότερο αδύναμο και να μεγαλώνει ο θυμός της που ήδη προϋπήρχε. Όπως θα δούμε αργότερα η κατάσταση αυτή έθετε τη Νεφέλη σε μία δύσκολη θέση να προσπαθεί να διευθετεί τα ψυχιατρικά προβλήματα του πατέρα αλλά και τον έντονο θυμό της μητέρας, με αποτέλεσμα τη δική της ψυχική εξουθένωση.

Υπάρχουν φορές που πιστεύω ότι αυτοί οι δύο άνθρωποι δεν πρέπει να 'ναι μαζί. Εεμ, δε ξέρω. Δηλαδή πολλές φορές φορές έχω νιώσει την ανάγκη να τους πω 'μήπως να χωρίζετε;' Αλλά ξέρω ότι δεν μπορεί κι ο ένας χωρίς τον άλλον. Δηλαδή πλέον έχει γίνει και όλο αυτό πολύ.. μια ρουτίνα γι' αυτούς, αλλά πραγματικά νομίζω ότι τις ανάγκες του ενός δεν τις καλύπτει ο άλλος σε καμία περίπτωση. Ο μπαμπάς μου ήθελε μια γυναίκα πιο.. έχει ανάγκη από, θέλει μια γυναίκα πιο συναισθηματική, πιο.., πιο μτς.. πιο σαν την μάνα του στα λόγια. Εε, οπότε υπήρχε.., που δεν είναι μάνα μου, η μάνα μου είναι πολύ καλός άνθρωπος και στις πράξεις, εκεί για σένα, πραγματικά, αλλά δεν είναι στα λόγια, οπότε ο πατέρας μου έχει μονίμως αυτό το παράπονο. Κι ότι δεν τον αγαπάει γι' αυτό το λόγο. Ειδικά τώρα που μεγαλώνει και μπεμπέκίζει; Είναι ακόμη χειρότερο. Η μάνα μου πάλι ήθελε έναν άνθρωπο έξω καρδιά, να βγαίνει, να κάνει, να.., δεν είναι ο πατέρας μου αυτό το πράγμα. Ήταν. Χαίρω πολύ ... Στα είκοσι; Εικοσιπέντε; Που γνωριστήκατε; Που ήσουν δεκαπέντε χρονών κι αυτός δεκαεφτά; Μετά; Στην υπόλοιπη ζωή είδες κάτι τέτοιο; Πιο έξω καρδιά.., ήταν ποτέ ο πατέρας μου αυτό το πράγμα; Κι εγώ δεν τον θυμάμαι ποτέ έτσι. Εντάξει, έχει κάνει πλάκα, ναι, ήταν της παρέας, δεν ήταν ποτέ ο άνθρωπος που ήταν η ψυχή της παρέας, ή ο άνθρωπος που θα 'κανε εύκολα φίλους, τι ζητάς ξαφνικά ας πούμε; Να γίνει άλλος άνθρωπος; Λες και πάτησαν ρause, μπήκανε σε μια μηχανή του χρόνου, να μεγαλώσουμε τα παιδιά, να φτιάξουμε την οικονομία μας, να ορθοποδήσουμε, να, να, να, και τώρα που δεν έχουν κάτι ουσιαστικό να κάνουν, να βγαίνει όλο αυτό στην επιφάνεια. Δεν υπάρχουν κι άλλες έτσι οικογένειες; [γελάει] Πάνε πολλοί άνθρωποι χαμένοι άδικα [γελάει]. [Νεφέλη]

Η Τζένη, η Αννέτα και η Κατερίνα και ο Σωτήρης θεωρούν ότι η δυσκολία στη σχέση των γονιών οφείλεται κατά κύριο λόγο στα ψυχιατρικά προβλήματα του πάσχοντος. Η Τζένη θεωρεί ότι 'ήταν θέμα χρόνου' η εξάντληση της αντοχής του πατέρα της:

Ίσως, και στ.. και στην πορεία το κατάλαβα αυτό ν' άφηναν κενά στις σχέσεις τους. Δηλαδή τον πατέρα μου τον έβλεπα κουραζότανε και μ' αυτήν την κατάσταση γενικά. Επομένως, δεν, δεν, δεν θ' άντεχε και πολύ ο πατέρας μου. Γιατί τον έβλεπα κιόλας πόσο τρέχει, στενοχωριότανε, δεν τον έχω δει ποτέ να κλάψει αλλά πολλές φορές έφευγε από το σπίτι, [παύση], επομένως πιστεύω ότι ντάξει, είναι και θέμα χρόνου. Είναι θέμα χρόνου να, είναι και θέμα χρόνου αλλά να πω την αλήθεια, ποτέ δεν, ποτέ δεν τους φανταζόμουνα χώρια,

γιατί πάντα ήτανε ο πατέρας μου δίπλα, νόμιζα ντάξει θ' αντέξει, αλλά δεν άντεξε, και το καταλαβαίνω. Το καταλαβαίνω τώρα που την έχω εγώ που είναι μια φορά το μήνα. [...] Και νωρίτερα είχε απομακρυνθεί εγώ πιστεύω γιατί ο πατέρας μου ξαναπαντρεύτηκε. Επομένως και νωρίτερα είχε κάτι άλλο. Βέβαια εγώ δεν το χα καταλάβει γιατί ήμουνα τρίτη λυκείου έδινα πανελλήνιες και δεν είχα καταλάβει κάτι. Ε, ο αδερφός μου τα είδε στη συνέχεια ότι κάτι είχε. Και του λέω 'γιατί δεν μου μίλησες'. Γιατί κι αυτός δεν, δεν τα έλεγε. Δεν, δεν μιλάει πολύ είναι πιο κλειστός. Ενώ εγώ τα λέω πολύ πιο εύκολα. Είναι πιο, γιατί ήτανε πιο δεμένος με την μητέρα. Ενώ εγώ είχα πιο πολύ αδυναμία στον μπαμπά. Μπορώ να το πω. Ενώ ο αδερφός μου ήτανε μαζί της και στενοχωριόταν περισσότερο. [Τζένη]

Είναι πολύ ενδιαφέρουσα η πρόσληψη μιας συμμετέχουσας, της Μίνας, για τη συγκρουσιακή σχέση των γονιών της γιατί στην περίπτωση αυτή η μητέρα ήταν ήδη ψυχιατρικά πάσχουσα όταν γνώρισε τον πατέρα, που σημαίνει ότι ο πατέρας έκανε μία συνειδητή επιλογή να δημιουργήσει οικογένεια με μία γυναίκα με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, ίσως γιατί τότε δεν γνώριζε ακριβώς τι επιπτώσεις θα μπορούσε να έχει μία τέτοια διάγνωση στην μετέπειτα ζωή ή γιατί μπορεί να θεώρησε ότι επιθυμεί να επενδύσει ψυχικά σε αυτόν τον άνθρωπο ανεξάρτητα από την ψυχιατρική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Η συμμετέχουσα σε αυτή την περίπτωση δικαιολογεί πλήρως τις εκρήξεις του πατέρα. Η πρόσληψη της σχέσης των γονιών πολλές φορές αλλάζει στο πέρασμα των χρόνων και μεγαλώνοντας τα παιδιά αρχίζουν να διαμορφώνουν μία διαφορετική εικόνα από εκείνη που είχαν παλαιότερα είτε λόγω της δικής τους ωρίμανσης είτε λόγω των αλλαγών μέσα στην οικογένεια, όπως στην περίπτωση της Κατερίνας που ανακάλυψε ότι η πάσχουσα μητέρα της σύναψε κάποια στιγμή εξωσυζυγική σχέση κι αυτό επέφερε εντάσεις. Υπάρχουν και περιπτώσεις που οι γονείς των παιδιών έχουν χωρίσει από νωρίς και εντούτοις η σχέση παραμένει συγκρουσιακή για χρόνια. Στην περίπτωση του Γιώργου ο πατέρας δεν μπόρεσε να μεταβολίσει το γεγονός ότι η πάσχουσα μητέρα τον χώρισε με αποτέλεσμα να διαμορφώσει μία εχθρική στάση απέναντί της με επιπτώσεις στο παιδί. Ενίστε, οι συμμετέχοντες διακρίνουν την αγάπη και το αίσθημα ευθύνης του υγιούς γονιού προς τον πάσχοντα παρά τις εντάσεις που προκύπτουν στην καθημερινότητα:

Εε, νορμάλ. Πώς είναι νομίζω όλοι που έχουν κάνει παιδιά κι έχουν μπει στη ρουτίνα, είναι αυτό το κλασικό, και με ό,τι, ό,τι αγκάθι έχει το ψυχιατρικό πρόβλημα της μάνας μου. Τουλάχιστον ο πατέρας μου δεν έχει αυτό, είναι πολύ τύπος, προσέχει πάρα πολύ. Βέβαια όταν ξεσπάει κι έχουν τους τσακωμούς κι αυτά και τέτοιο, και προφανώς υπάρχουν τα αγκάθια, αλλά σε γενικό τέτοιο την προσέχει πάρα πολύ. Δεν είναι αυτό μτς, ντάξει, καλά, κάνε εσύ τη ζωή σου, πήγαινε στη δουλειά σου, θα 'πρεπε να μαγειρ, να 'χει ένα φαί σπίτι και τα λέμε, είναι, οκ,

το πολύ νορμάλ, αλλά δεν είναι και.., δεν είναι το τέλειο, αλλά δεν είναι και το..[...] Δηλαδή, πως ήταν κι εσύ λες 'δεν μπορώ.. τέτοιο, θα παραιτηθώ', 'ή θα..φύγω', ναι εννοείται πως τον έχει πιάσει πάρα πολλές φορές αυτό, αλλά εντέλει ναι δεν..[...] Δεν ξέρω. Τώρα την αγαπάει πολύ, είναι μερικές φορές που έχεις το συναίσθημα που έχεις ευθύνη απέναντι στον άλλο, δεν θες να τον αφήσεις, μτς, είναι πολλοί παράγοντες πιστεύω που επηρεάζουν, είναι το συναίσθημα ευθύνης, είναι η αγάπη, τόσα χρόνια, συνήθεια, παίζουν όλοι αυτοί οι παράγοντες, και σχηματίζουνε.. το ό,τι σχ, την όποια σχέση σχηματίζουνε. (.) [Χρήστος]

9.2.3 'Ήταν το πρότυπό μου..': Η πρόσληψη της σχέσης των αδελφών

Η πλειοψηφία του δείγματος στην παρούσα έρευνα έχει αδέρφια, από τους οποίους οι μισοί έχουν επιπλέον δύο αδέρφια και οι άλλοι μισοί ένα. Οι προσλήψεις της σχέσης μεταξύ των αδελφών που προέκυψαν κατά την ανάλυση των αφηγήσεων αφορούν τις θετικές εμπειρίες στήριξης και συνεργασίας, τον απόμακρο δεσμό, τις συγκρούσεις, και την πόλωση στις περιπτώσεις των πολύτεκνων οικογενειών. Ο στενός αδερφικός δεσμός παρατηρήθηκε στις αφηγήσεις της Μίνας, του Πέτρου, της Κατερίνας, της Νεφέλης, του Θανάση και του Βαγγέλη. Παράδειγμα τέτοιας αφήγησης είναι αυτή της Κατερίνας που έχει μία δίδυμη αδελφή, που σημαίνει ότι έχουν πολλές κοινές προσλαμβάνουσες για αυτά που συμβαίνουν στην οικογένεια και θεωρεί ότι είναι πολύ δεμένες. Οι θετικές εμπειρίες και η στενή σχέση με τα αδέρφια σε άλλες περιπτώσεις αποτελεί μονόδρομο ψυχικής επιβίωσης όπου ο ένας φροντίζει τον άλλο γνωρίζοντας ότι αν δεν γίνει έτσι δεν θα το κάνει κανείς άλλος για αυτούς. Η Μίνα συγκινείται πολύ καθώς αφηγείται αυτή τη σχέση στα πλαίσια της οποίας θεωρεί ότι τα αδέρφια λειτούργησαν ως γονείς γι' αυτήν και κάποια στιγμή κλαίει με λυγμούς:

Οπότε, και.. και μέχρι να τελειώσω δηλαδή το.. μέχρι να τελειώσω το σχολείο κι εγώ, ε, με την αδερφή μου είχαμε αναπτύξει μια σχέση πολύ στενή, βασικά. [...] Με τ' αδέρφια μου βασικά νομίζω ότι ήτανε, ήτανε πάντα το πρότυπό μου [χαμογελάει], εε, τέλος πάντων, τ' αδέρφια μου βασικά πάντα ήταν το πρότυπό μου, και η γιαγιά μου [χαμογελάει] και.. όταν το σκέφτομαι νομίζω ότι βασικά.. [κλαίει] συγνώμη [παύση] ότι τα αντιμετωπίζουμε καλά, εντάξει, αλλά δεν είναι εύκολα, [κλαίει με λυγμούς] συγνώμη [παύση], αυτό, ό,τι.. [κλαίει] αντικαθιστούν βασικά τους γονείς μας σε μεγάλο βαθμό δηλαδή ακόμη και τώρα, ό,τι πρόβλημα έχω θα το πω στ' αδέρφια μου. Ό,τι δυσκολία έχω θα.., αυτά θα 'ναι εκεί, [κλαίει με λυγμούς] συγνώμη, συγνώμη που κλαίω [κλαυσιέγελος]. Πάμε. Εε, και τ' αδέρφια μου.. νομίζω ότι θα 'χα αρρωστήσει αν δεν είχα τ' αδέρφια μου, πραγματικά θα 'χα αρρωστήσει [μιλάει με λυγμούς, κλαίει γοερά], αυτό, μου βγαίνει.. συγνώμη, θέλω να μιλήσω αλλά δεν μπορώ [κλαίει], [Μίνα].

Σε άλλες περιπτώσεις η σχέση με τα αδέρφια άλλαζε όταν το επέβαλαν οι συνθήκες, όπως, για παράδειγμα, όταν υποτροπιάζε ο πάσχων γονιός, ή μπορεί να υπήρχαν μικροεντάσεις κατά τη διεκδίκηση των παιχνιδιών, μεγαλώνοντας όμως παρέμειναν σε μία κατάσταση 'ούτε κοντά ούτε μακριά', όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Τζένης. Η αδελφική σχέση μπορεί να χαρακτηρίζεται σε κάποιες αφηγήσεις ως επαρκής και σχετικά στενή, χωρίς, όμως, να υπάρχουν περιθώρια να συζητηθούν θέματα που σχετίζονται με τη γονική ψυχική νόσο, είτε από φόβο αναζωπύρωσης δύσκολων συναισθηματικά θεμάτων είτε από φόβο ότι με το μοίρασμα αυτών των εμπειριών θα αναγκαστούν να αποδεχτούν το πρόβλημα του γονιού σε μία φάση που δεν είναι ακόμη έτοιμοι [Σωτήρης]. Η σχέση με τα αδέρφια μπορεί να είναι και απόμακρη, ειδικά όταν υπάρχει ένα γενικότερο κλίμα στην οικογένεια συναισθηματικής απομόνωσης, ίσως στο πλαίσιο του πνεύματος της επιβίωσης που διακατείχε κάποιες οικογένειες με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η περίπτωση του Μάριου. Σε κάποιες περιπτώσεις η σχέση των αδελφών είναι έντονα συγκρουσιακή με αποτέλεσμα να δημιουργούνται τραυματικά βιώματα επιπροσθέτως της γονικής ψυχικής νόσου.

Η αδελφή μου τότε ήτανε δεκαοχτώ. [μετράει], 13, 14, 15, 16, και ήτανε 18. Μόλις ενηλικωνότανε και μόλις είχε περάσει στο πανεπιστήμιο. Η αδελφή μου δεν ήθελε να έχει ευθύνη εμένα...[...] Και ήθελε να, και ήθελε να με στείλει σε ίδρυμα. [...] Και, και δηλαδή κάθε μέρα μου, δεν ξέρω, δεν την παρεξηγώ πια, αλλά μου φερόταν άσχημα. Μου μιλούσε άσχημα, πολλές φορές μου έπαιρνε τα ρούχα και μου τα πετούσε, μου έλεγε 'ή θα πλύνεις τώρα τα ρούχα σου ή θα στα πάρω και θα σου τα πετάξω από το μπαλκόνι, και 'δεν θέλω ευθύνη, δεν θέλω να μπλέκω κι αυτά' αλλά εγώ είχα τη γιαγιά μου οπότε δεν μου έλειπε ποτέ κάτι. Αλλά μου φερόταν πολύ άσχημα. Ένα πολύ μεγάλο πλήγμα, που εμένα.. που μου έκανε, και.., το 'χω ξεχάσει βεβαίως, ήταν όταν το σχολείο μου έκανε δώρο έναν υπολογιστή, μου 'χανε κάνει, κοιτάξτε, το σχολείο που πήγαινα, επειδή πήγαινα τότε Δευτέρα γυμνασίου μου χε κάνει, επειδή εγώ τότε έγραφα κι είχα δείξει, και είχα δείξει στους καθηγητές μου κάποια τετράδια που γράφω, έγραφα βιβλία, έγραφα τις σκέψεις μου, έγραφα ποιήματα, έγραφα για τις πολεμικές τέχνες, και τα 'χα δείξει στη φιλόλογο, στη γυμνάστρια και μου χανε πει 'να τα γράψεις και να τα στείλεις γιατί είναι πάρα πολύ καλά'. Είχα ζητήσει τη γνώμη τους και τους λέω 'δεν έχω υπολογιστή'. Και μου λένε 'εμείς έχουμε πάρα πολλούς υπολογιστές στο σχολείο, τους περισσότερους τους πετάμε, και είναι και στην αποθήκη, γιατί να μη σου δώσουμε ένα να κάνεις τη δουλειά σου και να μάθεις υπολογιστή' που είναι απαραίτητος γιατί εγώ τότε δεν ήξερα, τώρα έχω πάρει πτυχίο, έχω πάρει expert, τώρα, τότε δεν ήξερα τίποτα ούτε να το ανοίγω, και μόλις ήρθα στο σπίτι και το είδε η αδελφή μου 'θα το σπάσω' και το πήρε και το επέστρεψε στο σχολείο. Και της λέω 'μα είναι δώρο του σχολείου, δεν το έκλεψα, δεν το χρειάζονται' και μου έμεινε πάρα πολύ αυτό. Πάρα πολύ, πάρα πολύ. Δεν κατάλ... δεν

κατάλαβα ποτέ γιατί, και μου ήτανε και πάρα πολύ επιθετική εις βάρος μου και πολύ προσβλητική μπορώ να πω, ίσως να ήτανε και το γεγονός ότι είχα ξαφνικά μια ευθύνη? Αλλά και πάλι δεν μπορώ να το καταλάβω γιατί δηλαδή, γιατί δηλαδή να έχεις τόσο μένος με την αδελφή σου? Ήταν πάρα πολύ επιθετική, πάρα πολύ μαζί μου θυμωμένη. Ίσως να είχε θυμό για τη μητέρα μου και να το βγαζε σ' εμένα? Δεν ξέρω. Η αδελφή μου δεν μου φερόταν καθόλου καλά. Μου φερόταν απαίσια, υποτιμητικά. Μου φερόταν ειρωνικά, με κορόιδευε, μου έλεγε ότι τα ρούχα μου δεν είναι καθαρά, μου έλεγε ότι θα μου τα πάρει και θα μου τα πετάξει από το μπαλκόνι, μμμ, μου έλεγε μια, κι εγώ την παρακαλούσα και της έλεγα 'όχι μην το κάνεις' δεν λέω γιατί τα 'χω . [Αλεξάνδρα]

Στις αφηγήσεις τους οι συμμετέχοντες που μεγάλωσαν σε πολυμελείς οικογένειες σκιαγραφούν έναν επιμερισμό και πολώσεις στην ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των αδελφών. Οι πολώσεις αυτές ενίοτε σχετίζονται με τη διάσταση του φύλου, όπως για παράδειγμα η Αφροδίτη, που έχει άλλα τρία αδέρφια, δύο αγόρια κι ένα κορίτσι και υποστήριξε πως η σχέση με την αδελφή της κάλυψε πολλά από τα κενά που είχε στη σχέση με την πάσχουσα μητέρα, ενώ με τα αγόρια υπήρχαν συνεχώς εντάσεις διότι δεν είχαν καλή συνεργασία για την κάλυψη των αναγκών της καθημερινότητας. Σε μία περίπτωση [Βαγγέλης] ο επιμερισμός στις σχέσεις των αδελφών αφορούσε την σεξουαλικοποίηση των ορίων: 'πήγαινα εγώ και φιλούσα την, φιλούσα την αδερφή μου και καλά στο στόμα, και μας έβλεπε, χωρίς, δεν είχαμε κάνει τίποτα, έτσι για πλάκα το κάναμε'. Αργότερα στη ζωή του Βαγγέλη προέκυψε η υπέρβαση των ορίων αυτών με την μητέρα του. Ο επιμερισμός των αδελφικών σχέσεων έχει ιδιαίτερο νόημα και στην περίπτωση του Θανάση, μία οικογένεια τεσσάρων παιδιών στην οποία νοσεί επισήμως ο πατέρας και ανεπισήμως η μητέρα. Στην περίπτωση αυτή η σχέση των αδελφών έχει πολωθεί σε έντονα συγκρουσιακό επίπεδο, όπου ο πρωτότοκος έχει συνταχθεί με το μέρος των γονέων προκειμένου να καρπώνεται προσωπικά οφέλη και ασκεί βία στους υπόλοιπους και κυρίως τον Θανάση:

Η μάνα μου ξέρεις τι έκανε? Όταν τσακων... τσακωνόμαστε, της φέρναμε αντίρρηση, τηλέφωνο στον μεγάλο η μάνα μου, 'τα παιδιά κάνουνε το και το και το και το, δεν μ' ακούνε εμένα', ερχότανε μας κοπάνανε ο άλλος. Ερχότανε πάνω μας, μας στήλωνε στη φάπα. Είχαμε καιρό να τον δούμε, θέλαμε να τον δούμε, και, λέγαμε 'θα μας βαρέσει κιόλας καλύτερα να μην έρθει'. [...] Ναι. Πολύς φόβος. Αφού μας κοπάνανε. Ερχόταν πάνω μας θάραγε [χαμογελάει]. [παύση] Μας θάραγε όταν δεν είχαμε καλούς βαθμούς στο σχολείο, μας θάραγε. Και αν λέγαμε στη μάνα τίποτα, μας θάραγε, φώναζε. Ας ήμαστε κι εμείς σαν τα παιδάκια που πάνε φροντιστήρια, έχουνε, το ένα τους τα 'χουνε, τα αγγλικά τους τα 'χουνε, τα φροντιστήριά τους

τα 'χουνε, κι εμείς να, να με βαρέσεις ναι, να μου πεις τότε 'γιατί δε διαβάζεις'. Ντάξει
[Θανάσης]

9.2.4 'Την έχει κάνει λίγο άνωθ.., άνωθ..': Η πρόσληψη της σχέσης με τον υγιή γονιό

Ο συχνότερος τύπος σχέσης παιδιού και υγιούς γονιού στην παρούσα έρευνα είναι ο απόμακρος, με αποτέλεσμα να φορτίζονται τα παιδιά με τις υποχρεώσεις που προκύπτουν από την ψυχιατρική δυσκολία του πάσχοντος γονιού, να βιώνουν μοναξιά μέσα στην οικογένεια και να μην καλύπτονται οι ανάγκες σε ψυχολογικό επίπεδο. Η απόμακρη σχέση μπορεί να οφείλεται στην αποφευκτική στάση του υγιούς γονιού ο οποίος με πρόφαση τον υπερβολικό φόρτο εργασίας δεν συνδράμει τα παιδιά που έχουν μείνει στο σπίτι και φροντίζουν τον πάσχοντα γονιό. Η συνθήκη αυτή γίνεται πιο δύσκολη όταν οι γονείς έχουν χωρίσει και ο υγιής γονιός μένει μακριά από το σπίτι, όπως στην περίπτωση της Κατερίνας. Επίσης, η σχέση μπορεί να χαρακτηρίζεται από συναισθηματική απομάκρυνση και έλλειψη ενσυναίσθησης, πράγμα που σημαίνει ότι το έλλειμμα περιπλέκεται στη συνθήκη που το παιδί δεν έχει συναισθηματική ανταπόκριση από τον πάσχοντα γονιό και ταυτόχρονα δεν υπάρχουν περιφερειακές φιγούρες πρόσδεσης στην οικογένεια, όπως στην περίπτωση του Μάριου, που χαρακτηρίζει την μητέρα του 'άνωθ', δηλαδή που δεν είναι ικανή να μπει συναισθηματικά στη θέση του παιδιού και να κατανοήσει τι νιώθει. Έχει ενδιαφέρον δε στην συγκεκριμένη αφήγηση το ότι αναδύονται αμφιθυμικές σκέψεις γύρω από αυτό το θέμα, τονίζοντας ταυτόχρονα ότι η μητέρα του είναι ο 'στύλος' της οικογένειας, ίσως από ενοχές ή και από αναγνώριση των θετικών πλευρών της:

Επειδή ο πατ, επειδή η μάνα μου πέρασε όλο αυτό με τον πατέρα μου, οτιδήποτε της πούμε εμείς που ζούμε τη ζωή μας ξέρω 'γω για παράδειγμα, ένα χωρισμό ας πούμε, μια σχέση ή κάτι της φαίνεται...σιγά, δηλαδή και τι έγινε, δηλαδή, το μηδενίζει τελείως. Και.. την έχει κάνει λίγο άνωθ, άνωθ, δηλαδή ότι εντάξει υπάρχουν και χειρότερα κι ότι αυτό που ζεις είναι κάτι χθεσινό, εντάξει είναι κάτι χθεσινό αλλά αυτή τη στιγμή μας επηρεάζει ας πούμε. [...] Αυτό. Αυτό είναι κάτι που βλέπω που έχει επηρεάσει τη μητέρα μου πολύ λόγω του πατέρα μου. [βαθιά ανάσα]. Την έχει κάνει πολύ δυνατή. Τώρα δυνατή σημαίνει ότι είμαι και λίγο άνωθος, δεν ξέρω αν είναι πάντα για καλό. [...] εγώ ας πούμε όταν ήμουν στη Γερμανία για παράδειγμα είχα μια σχέση έτσι πολύ μεγάλη συγκατοικούσα με την κοπέλα μου κι αυτά και χωρίσαμε, και τα 'λεγα στη μάνα μου, κι η μάνα μου ντάξει 'και τι έγινε, δηλαδή θα βρεις την

άκρη σου θα βρεις κάποιον άλλον άνθρωπο θα...’, όχι και ‘τι έγινε δεν σου δίνω σημασία’, δηλαδή μου ‘λεγε ότι, μου εξηγούσε ‘ότι θα βρεις κάποιον άλλον’ κι αυτά αλλά ‘μην κάνεις κι έτσι’, δηλαδή ‘μη στενοχωριέσαι τόσο πολύ’. Αλλά μου το ‘λεγε με ένα απαξιωμ με ένα απαξιωματικό ας πούμε τρόπο, δηλαδή ‘σιγά το πράγμα’, δηλαδή σα να σα να υπονοεί ότι ‘εγώ ξέρεις τι έχω περάσει?’ [...] Τέτοια. Τέτοια ας πούμε. Και.. αυτό δεν μ’ άρεσε πάρα πολύ. [...] Δηλαδή θα θελα να με νιώθει λίγο περισσότερο. [Μάριος]

Η σχέση του παιδιού με τον υγιή γονιό μπορεί να είναι απόμακρη επειδή μπορεί να έχει συμπεριφορές αποφυγής για λόγους που το παιδί δεν έχει κατανοήσει και με το πέρασμα των χρόνων τις αποδίδει στο χαμηλό επίπεδο αξιών και προσωπικής καλλιέργειας του γονιού, [Γιώργος, Βαγγέλης]. Στην περίπτωση του Γιώργου, το παιδί είχε διεκδικήσει αυτή τη σχέση στην μικρή ηλικία αλλά δεν είχε βρει ανταπόκριση:

Δεν έχουμε ιδιαίτερα, όχι δεν θα πάω δηλαδή να τον δω, δεν θα με απασχολήσει κιόλας να σας πω την αλήθεια μου. Αυτό. [...] Ο πατέρας μου γιατί δεν ήταν ποτέ εκεί και έχω την έλλειψη αυτή εγώ, οκ, το αντρικό πρότυπο, τον πατέρα, την είχα αυτή την.. τέτοια, μου είχε αφήσει υπόλειμμα σίγουρα, όλο αυτό [...] Ε, μτς, ε τότε εγώ σαν παιδάκι ήθελα να τον βλέπω. Να παίρνω, ήθελα τον πατέρα μου. Πώς να το κάνουμε δηλαδή, παιδί ήμουν. Όπως σας είπα και πριν όμως μετά στην πορεία, ε εντάξει μέχρι ένα σημείο εγώ επί χρόνια, τον κυνηγούσα. (.) Μετά, από ένα σημείο και μετά εγώ σταμάτησα κι εγώ. Χάθηκε το ενδιαφέρον, χάθηκε έτσι το να θέλω να τον δω κι εγώ, δεν, ούτε αυτός ήθελε να ασχοληθεί μαζί μου, μετά ούτε εγώ, οπότε απομακρυνθήκαμε πάρα πολύ. Αυτό. Πώς να το κάνει. Έτσι μου φαινότανε. Δε μου φαινότανε ωραίο. Πώς να μου φαίνεται [χαμογελάει]. Αλλά δεν μπορούσα να κάνω κι αλλιώς, συνήθισα έτσι. Αυτά. (.)[...] Σας λέω ο πατέρας μου ειδικά, από τη στιγμή που δεν έχει την, το πώς να το πω τώρα το μόνο που μπορώ να πω είναι ότι είναι αμόρφωτος, δεν μπορώ να το εκφράσω κάπως αλλιώς, δεν μπορεί να το καταλάβει, δεν μπορεί να το καταλάβει. [...] Οπότε, δεν μπορεί να το καταλάβει. Αυτό. Τέλος. [Γιώργος]

Μεγάλο ενδιαφέρον έχει και η περίπτωση της Παναγιώτας, η οποία αποξενώθηκε εντελώς με τον πατέρα της από την παιδική της ηλικίας εξαιτίας των εντάσεων του γονικού ζεύγους αλλά και των ψυχιατρικών συμπεριφορών της μητέρας στα πλαίσια των οποίων απαγόρευσε πλήρως την επαφή του παιδιού με τον πατέρα. Αργότερα στη ζωή της επανενώθηκαν με τον πατέρα κι αυτό ήταν μία παράξενη, αγχογόνος αλλά εντέλει θετική εμπειρία. Σε τέσσερις αφηγήσεις [Αφροδίτη, Νεφέλη, Αννέτα, Δήμητρα] η σχέση με τον υγιή γονιό περιεγράφηκε ως εγγύς και φροντιστική. Για να επιτευχθεί αυτό κάποιες φορές χρειάζεται ο υγιής γονιός να θυσιάσει την προσωπική του ζωή εις όφελος της εύρυθμης λειτουργίας της οικογένειας και της κάλυψης των αναγκών των παιδιών. Μια τέτοια περίπτωση συναντάμε στην

αφήγηση της Αφροδίτης που θεωρεί ότι ο πατέρας ήταν παρών καθ' όλη τη διάρκεια της ανατροφής τους σε πολλά πρακτικά θέματα, ενώ τους βοήθησε πολύ λόγω των γνώσεων του να αντέξουν και να νοσηματοδοτήσουν την ψυχική ασθένεια της μητέρας: *‘Ο πατέρας μου μετά δεν ξαναπαντρεύτηκε γιατί αφοσιώθηκε ο άνθρωπος σ’ εμάς, εεμ, προσπαθεί να κάνει όσο, ό,τι καλύτερο μπορεί. Κι εκείνος. Αγωνίζεται. Αυτό’.* Η εστίαση στην πρακτική φροντίδα του υγιούς γονιού εις βάρος της συναισθηματικής διασύνδεσης στην οικογένεια μπορεί να είναι και μία συνειδητή επιλογή διότι μπορεί η έκφραση των συναισθημάτων να θεωρείται ένδειξη αδυναμίας, ως αξία που έχει διαμορφωθεί από την πατρική οικογένεια και τα πρότερα βιώματα όπως στην περίπτωση της Νεφέλης.

Η στενή σχέση υγιούς γονιού και παιδιού εντοπίζεται ακόμη κι αν τα παιδιά είναι αντίθετου φύλου με το γονιό, παρά το γεγονός ότι αυτό είναι μία πιο σπάνια συνθήκη. Αυτό ισχύει στην περίπτωση της Τζένης, της οποίας ο πατέρας την συμβουλεύει για θέματα που άπτονται του φύλου της και θεωρεί ότι διατηρούν μία στενή σχέση. Υπάρχει, επίσης, και η στενή σχέση και η ψυχολογική στήριξη του παιδιού από τον υγιή γονιό ακόμη κι αν αυτός βρίσκεται πολύ μακριά, τουλάχιστον κατά τη συνειδητή πρόσληψη του παιδιού. Στην αφήγηση του Σωτήρη υπάρχει μία τέτοια προσέγγιση, με έμφυλη διάσταση, *‘σαν άντρας προς άντρα’* όπως αναφέρει. Οι συγκρούσεις στη σχέση υγιούς γονιού και παιδιού είναι πολύ συχνές στις αφηγήσεις των παιδιών και συνήθως αποτελούν μέρος ενός ισοζυγίου αγάπης, καλών προθέσεων και εντάσεων. Η Νεφέλη αναγνωρίζει ότι *‘πολλές φορές ένιωθα ότι φταίει η μάνα μου για όλα’* με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαρκείς εντάσεις και να αναδύεται στη σχέση τους ανταγωνισμός για το τι είναι το σωστό, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει αμοιβαία ουσιαστική αγάπη. Στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων διακρίνονται και οι περιπτώσεις όπου ο υγιής γονιός έχει πολύ δυσλειτουργική συμπεριφορά, χωρίς όμως να έχει ληφθεί υπόψη το ενδεχόμενο της ψυχιατρικής διάγνωσης. Η συμπεριφορά αυτή επιφέρει εντάσεις στη σχέση παιδιού υγιούς γονιού αλλά και γενικότερα μέσα στην οικογένεια:

Δηλαδή δε ρίχνω τόσο φταίξιμο στο πατέρα μου, αλλά όσο στη μάνα μου. Είναι κάποιες στιγμές που σε πιάνουν τα νεύρα σου, δηλαδή να σου κάνει την, την μαλακία θα σου ‘ρθει κι αυτό στο κεφάλι. Θα σου πει και κάτι άλλο, θα σου ‘ρθει κι αυτό στο κεφάλι. Δεν είναι ότι το διαγράφεις. Ντάξει, δε διαγράφεται, δεν είναι κάτι μικρό. Και τώρα που είμαι και μεγαλύτερος και καταλαβαίνω, μ’ ενοχλεί πολύ πιο πολύ, έχει κόψει η μάνα μου, δηλαδή, αλλά.. είναι κάτι στιγμές που, τώρα τσαντίζομαι, δηλαδή, αρχίζει το στόμα της και μιλάει, όχι σ’ εμένα, δηλαδή

τη βλέπεις εκεί, είναι έτοιμη για φασαρία, στο τσακ πας κάτω στο σπίτι τώρα, τσακ είναι έτοιμη για φασαρία, δηλαδή θα τσακωθούνε όλοι, θα γίνουνε, να, έτσι να κάνεις, γίνονται φιτίλια. Όλοι είναι έτοιμοι για φασαρία. Και δημιουργεί τη φασαρία η μάνα μου. Η μάνα μου, η μάνα μου, τη δημιουργεί τη φασαρία, το ενενήντα τοις εκατό της φασαρίας το δημιουργεί η μάνα μου. [Θανάσης]

Ενίστε, τονίζεται από τους συμμετέχοντες στην αφήγηση για τη σχέση τους με τον υγιή γονιό η μετεξέλιξη που διέρχεται στα χρόνια και η δυναμική προϊόντος του χρόνου. Ο Χρήστος αναφέρει ότι στην αρχή υπήρχε φόβος, αργότερα απομάκρυνση και με το πέρασμα των χρόνων και με αφορμή την ψυχιατρική κατάσταση της πάσχουσας μητέρας ήρθαν κοντά με τον πατέρα του και άρχισαν να μαθαίνουν να στηρίζεται ο ένας στον άλλο. Μια παρόμοια μετεξέλιξη βρίσκουμε και στην περίπτωση του Πέτρου ο οποίος δεν συζητούσε καθόλου με τον πατέρα του διότι ο τελευταίος ασκούσε τη γονικότητά του σε ένα αυστηρό και φοβικό πλαίσιο, αργότερα όμως άρχισαν να πλησιάζει ο ένας τον άλλο χωρίς παρόλα αυτά να καταφέρουν να διαμορφώσουν μία στενή σχέση εμπιστοσύνης όπως και στην περίπτωση του Χρήστου. Η Αννέτα μέσα από το πρόβλημα του πάσχοντος πατέρα κατανόησε περισσότερο τη θέση της μητέρας της με την οποία τα πρώτα χρόνια είχαν συχνές συγκρούσεις αργότερα όμως αυτό άλλαξε:

Με τη μαμά η όλη κατάσταση αυτή η αλήθεια είναι ότι μ' έφερε πιο κοντά. Εε, γιατί.. ναι μεν την αγαπούσα πάντα τη μαμά μου εννοείται, αλλά με το μπαμπά είχα αυτή την τρελή αδυναμία, ε, που βγαίναμε και μαζί για βόλτες που θαμίλαγα, δηλαδή ακόμη και αν μ' άρεσε κάποιος το 'λεγα στο μπαμπά μου. Δεν το 'λεγα στη μαμά. Δεν ξέρω γιατί. Αλλά έτσι ήτανε. Γενικά η μαμά ήτανε.. η μαμά είναι αυτό που λέμε σκυλί που γαυγίζει; Είναι αυτό. Δηλαδή είναι το άτομο που θα φωνάξει, ίσως και γι' αυτό μπορεί να μη μ' αρέσει η οικογένεια έτσι, γιατί μου θυμίζω τη μαμά [χαμογελάει], και της έλεγα ότι 'ποτέ δε θα γίνω σαν εσένα' [χαμογελάει], εε, φωνάζει, φωνάζει, φωνάζει, και τελικά όσο και να φωνάξει, ας πούμε για τις δουλειές του σπιτιού, θα φωνάξει και μετά θα τις κάνει μόνη της. Και θα 'ρθει μετά και θα σε φιλήσει. Είναι αυτό ακριβώς η μαμά μου. Ε απλά επειδή εγώ αυτό δεν το μπορούσα, ήθελα να μιλήσω ήρεμα με κάποιονμίλαγα με το μπαμπά. Όταν έγινε όλο αυτό με το μπαμπά λοιπόν, η μαμά μου ήτανε το άτομο που.. σιγά – σιγά άρχισε να καταλαβαίνει το πόσο μεγάλη σημασία έχει μες στο σπίτι, γιατί μέχρι εκείνη τη στιγμή είναι ο μπαμπάς, ο μπαμπάς που κάνει αυτό, ο μπαμπάς που κάνει εκείνο, εε, άρχισα να καταλαβαίνω πόσο μεγάλη σημασία έχει η μαμά μου στο σπίτι, που παρόλο που ας πούμε δε δουλεύει, το πόσο πολύ κουράζεται μες στο σπίτι, και αυτό η αλήθεια είναι ότι το καταλαβαίνω ακόμη και τώρα που μένω μόνη μου, ή που βλέπω τη φίλη μου που έχει παιδιά, και βλέπω την όλη κατάσταση, και είναι τρομερό το πόσο πολύ μπορεί να κουραστεί κάποιος που είναι μες στο σπίτι. Εε, κι άρχισα κατά κάποιο τρόπο, δε βρίσκω τη λέξη,

να εκτιμώ όλα αυτά που έδινε και μέχρι τότε και μετά η μαμά στο σπίτι, και σ' εμένα, και στο μπαμπά. Παρόλο που μπορεί να τσακωνόντουσαν ήταν πάντα εκεί. Και πάντα την ένοιαζε το τι θα φορέσει, είτε να πάει να του πάρει δώρα, το να φάει, το να είναι καλά, ήτανε πάντα εκεί. Εε, οπότε θεωρώ ότι με τη μαμά μου ότι ήτανε μία κατάσταση η οποία με, με έκανε να καταλάβω λίγο παραπάνω τη θέση της γενικά, και ειδικά μέσα σε όλο αυτό, και να 'ρθω πάρα πολύ κοντά της. Πάρα πολύ κοντά της. Δηλαδή όσο με θυμάμαι μου 'κανε καλό. Με άσχημο τρόπο βέβαια, με όλο το υπόλοιπο που γινότανε, αλλά μου 'κανε καλό με τη μαμά μου.[Αννέτα]

9.2 5 'Σα μαμά..': Η πρόσληψη των σχέσεων με το ευρύτερο περιβάλλον

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι προσλήψεις των παιδιών των σχέσεων τους με τους παππούδες και γιαγιάδες, των σχέσεων με τα μέλη της ευρύτερης οικογένειας -κυρίως εξαδέλφους, αδέρφια και θείους των γονέων, και των σχέσεων μεταξύ των μελών της ευρύτερης οικογένειας.

Πρόσληψη των σχέσεων με παππούδες/γιαγιάδες. Τουλάχιστον 10 από τους 17 συμμετέχοντες προάγουν τη σχέση με τους παππούδες και τις γιαγιάδες ως μία από τις πιο σημαντικές στη ζωή τους, δεδομένου ότι εκείνοι κάλυπταν πολλές από τις υποχρεώσεις των γονιών. Μάλιστα, στις αφηγήσεις της Αλεξάνδρας, της Κάτιας, της Παναγιώτας και του Σωτήρη η σχέση αυτή περιγράφεται ως πιο σημαντική κι από τη σχέση με τους γονείς. Η Κάτια, παρά το γεγονός ότι κατά την αντίληψή της η μητρική γιαγιά είχε προβεί σε λανθασμένες επιλογές κυρίως ως προς τα κληρονομικά, οι οποίες οδήγησαν στην οικονομική καταστροφή της ίδιας και της μητέρας της, την έχει συγχωρέσει για την φροντίδα και ασφάλεια που της προσέφερε όλα τα προηγούμενα χρόνια:

Εε, πως να σας το πω, πιο πολύ ουσιαστικά δηλαδή σα μαμά έχω ζήσει τη γιαγιά. Η μαμά ήρθε πρόσθετα, δεν μπορώ να πω, ας πούμε δεν μου.., στα παιδικά μου χρόνια δεν μου φέρθηκε καλά, εκείνα τα χρόνια αργούσε και πολύ να κάνει υποτροπές, δεν ήταν τόσο συχνές οι υποτροπές της, όσο αφορά το ψυχιατρικό κομμάτι.. [...] Αλλά πάντα ήμουν κάτω από το στέγαστρο του παππού και της γιαγιάς [...] Εε, αλλά ο παππούς και η γιαγιά κάλυπταν όλα τα κενά. Δηλαδή αν δεν είχα τον παππού και τη γιαγιά στο κομμάτι της προσωπικότητάς μου όπως και σήμερα, ιδιαίτερα τη γιαγιά, δεν ξέρω, ήταν πολύ δυναμική η γιαγιά μου, τσαούσα, [χαμογελάει] και μου το πέρασε λίγο αυτό, δηλαδή μου 'δωσε κάτι από το δυναμισμό της. Αυτά. Δηλαδή τέτοια ανάμνηση έχω. [...] Βέβαια όσο είχα τη γιαγιά αισθανόμουν ασφαλεία και σιγουριά. Με κανέναν άλλον δεν αισθανόμουν ασφαλεία και σιγουριά, γιατί τους έβλεπα

όλους και μεγαλώνοντας ότι δεν υπάρχει αγάπη, το κίνητρό τους είναι τα λεφτά, το συμφέρον, πως θα φάει ο ένας τον άλλον, πως θα βγάλουμε τη μάνα μου.. να την πάνε στα νοσοκομεία, να μην έχουνε ευθύνες για όλο αυτό, κι εγώ να είμαι δώδεκα, δεκατρία; Δεν μιλάμε για έναν άνθρωπο είκοσι εικοσιδύο χρονών, που πάλι έχει θέματα, αλλά μιλάμε για ένα παιδί το οποίο μεγάλωνε αυτά τα χρόνια της ζωής του, δηλαδή κάτω από αυτές τις καταστάσεις. Υπήρχαν και με τη γιαγιά δύσκολες στιγμές, αλλά.. η γιαγιά πάντα ήτανε.., πάντα με σκέπαζε, πάντα με φρόντιζε, πάντα με.., μου 'χε πει πολλά πράγματα, δηλαδή ότι θα γίνει έτσι, θα γίνει έτσι ήτανε.. σα μέντορας κάπως. [Κάτια]

Η Κάτια χρωστάει ευγνωμοσύνη στη γιαγιά της διότι μέσα από την προσφορά της να την φροντίσει απέφυγε το ενδεχόμενο να μεγαλώσει σε ορφανοτροφείο δεδομένου ότι δεν υπήρχε άλλο πρόσωπο που θα μπορούσε να την αναλάβει. Η σχέση των παιδιών με τους παππούδες και τις γιαγιάδες μπορεί να εκλαμβάνεται ως βοηθητική μόνο και μόνο εξαιτίας της παρουσίας τους κι ως μην πρόσφεραν καμία βοήθεια σε πρακτικό επίπεδο [Κατερίνα]. Άλλες φορές η στάση των παππούδων έδειχνε κατανόηση για τις αντιξοότητες και τις πιέσεις που υφίστανται τα παιδιά από τα προβλήματα που προκύπταν από τη γονική ψυχική νόσο αλλά δεν μπορούσαν να παρέχουν κάποια ουσιαστική βοήθεια λόγω της επιβάρυνσης από άλλα προβλήματα στην ευρύτερη οικογένεια [Γιώργος]. Από τις αφηγήσεις προκύπτει, επίσης, ότι η σχέση του παιδιού μπορεί να πολωθεί ανάμεσα στους μητρικούς και πατρικούς παππούδες/γιαγιάδες. Αυτό το μοτίβο στην παρούσα έρευνα σχετίζεται με τη σχέση που διατηρεί το παιδί με τον κάθε γονιό. Για παράδειγμα, αν διατηρεί πιο στενή σχέση με τον ένα γονιό είναι πιο πιθανό να έχει και στενή σχέση με τους αντίστοιχους παππούδες και γιαγιάδες. Βέβαια, υπήρχαν και τέσσερις περιπτώσεις που τα παιδιά είχαν συνταχθεί με τους παππούδες/γιαγιάδες από την πλευρά του υγιούς γονιού, γιατί οι άλλοι μπορεί να είχαν παρόμοια προβλήματα με του πάσχοντος. Η Δήμητρα, έχει τέσσερις βιολογικούς παππούδες/γιαγιάδες, δύο από τη μητέρα της και δύο από τον βιολογικό πατέρα της, αλλά και δύο θετούς που είναι γονείς του θετού της πατέρα. Έχει συνταχθεί φανερά υπέρ των μητρικών παππούδων και γιαγιάδων παρά το γεγονός ότι βρίσκονταν μακριά, γιατί θεωρούσε ότι μπορούσε να στηριχτεί πάνω τους και γιατί αποτελούσαν μία φωνή της λογικής, ενώ με τους θετούς παππούδες αφηγείται:

Δεν μιλάω ούτε εγώ με τη γιαγιά μου, δεν την πάω αυτή τη γυναίκα, συγγνώμη [χαμογελάει], εε, ελπίζω να μη το δει αυτό το βίντεο [χαμογελάει- της γνέφω αρνητικά], ναι καλέ το πιστεύω, εε..[...] Ναι, ναι, ναι. Εεμ, δεν την μπορώ τη γυναίκα γιατί είναι ψεύτρα, είναι ηθοποιός, είναι ξεκάθαρα για την εικόνα της ό,τι κάνει, 'αχ τα εγγόνια μου, αχ το ένα αχ το

άλλο, το άλλο μου', δεν την πάω, εε, τον μπαμπά μου ντάξει, δε νιώθω άνετα, ούτε η μάνα μου μιλάει πολύ με τη γιαγιά μου ούτε και με τον πατέρα μου τόσο πολύ, μιλάνε λίγο αλλά όχι πάρα πολύ, [Δήμητρα]

Πόλωση στη σχέση με τους παππούδες μπορεί να παρατηρηθεί ακόμη κι αν δεν υπάρχει συγκρουσιακή σχέση με την μία ή την άλλη πλευρά, αλλά υπάρχει μία πιο στενή σχέση με την μία πλευρά και μεγάλη απομάκρυνση από την άλλη. Αυτό μπορεί να ενισχυθεί ιδιαίτερα όταν υπάρχει μεγάλη διαφορά στο πολιτισμικό υπόβαθρο των οικογενειών, όπως είδαμε και στην προηγούμενη αφήγηση, παρόμοια και στην αφήγηση της Τζένης, με επιπρόσθετο πρόβλημα εκείνο της γλώσσας. Επιπλέον, όταν οι μητρικοί παππούδες δεν αποδέχονται το ψυχιατρικό πρόβλημα της κόρης τους, δεν αφήνουν πολλά περιθώρια επικοινωνίας για τα προβλήματα που συμβαίνουν μέσα στο σπίτι:

Εε, από την πλευρά του πατέρα μου πάντα ήταν καλές οι σχέσεις, άριστες οι σχέσεις, ακόμα και με τη γιαγιά μου μιλάμε ακόμα. Ο παππούς μου έχει πεθάνει αλλά, και και μας άφηναν και τα καλοκαίρια, στο χωριό, και...[...] Μαζί με τους παππούδες μου οι ήτανε καλές από την πλευρά του πατέρα μου. Από την πλευρά της μητέρας μου ίσως επειδή είχαμε απόσταση χιλιομέτρων. Εε, ίσως επειδή δεν γνωρίζαμε τη γλώσσα. Ήτανε λίγο απομακρυσμένες. Ας πούμε εγώ δε μιλάω, δε μιλάω, άμα τη δω από κοντά εννοείται ότι θα της μιλήσω, ό,τι μπορώ να μιλήσω, γιατί δεν μιλάμε τη γλώσσα, η μητέρα μου δεν μας έμαθε τη γλώσσα, την ρουμανική, νομίζω με τη με τη γιαγιά και τον παππού όταν ζούσε δεν μπορούσαμε να συνεννοηθούμε. Αν και θυμάμαι όταν ήμουνα μικρή με τον παππού μου όταν πηγαίναμε είχαμε πολύ καλές σχέσεις. Θυμάμαι ότι πηγαίναμε σε διάφορα μέρη, ήταν πολύ ωραία. Ενώ η γιαγιά μου ήταν πιο κλειστός χαρακτήρας, ήταν στο σπίτι, ε είχε τον κήπο της, ήτανε... στο σπίτι, δεν είχαμε.. Και μέναμε στο σπίτι της γιαγιάς μου. Εε, από την πλευρά της μητέρας μου ποτέ δεν το δέχτηκαν ότι η μητέρα μου έχει πρόβλημα...[...] Ποτέ δεν το δέχτηκαν. Ούτε η μητέρα της. Ο πατέρας της ήταν αυτός που είχε δεχτεί το πρόβλημα, αλλά πέθανε, πέθανε πολύ... πολύ πιο παλιά. Και η αδερφή της που κι αυτή δεν το χει δεχτεί. Κι ακόμα είχαν και προβλήματα όταν είχε πάει στην Ρουμανία. Αυτό το τελευταίο, εε, χρόνο που σας λέω που είχε φύγει είχανε προβλήματα γιατί είχε κάτσει ένα χρόνο εκεί, είχανε μεταξύ τους προβλήματα και μ' είχε πάρει μια φορά η θεία μου και μου έλεγε τι γίνεται. Ήτανε η μία φορά που με είχε πάρει. Γενικά δεν έχουμε σχέσεις. Τώρα που οφείλεται αυτό, αν και η θεία μου γνωρίζει ελληνικά, γιατί ήταν εδώ κάποια στιγμή στην Ελλάδα, εε, αλλά δεν έχουμε σχέσεις, και με τον αδερφό της ντάξει είναι πολύ μακριά, είναι στην Αμερική, δεν τον έχω δε ποτέ. (.) Γενικά την οικογένεια της μητέρας μου δεν έχουμε σχέσεις. [...] Είναι άσχημο, γιατί θέλω να πάω, τώρα που χω μεγαλώσει, θέλω να πάω στην Ρουμανία, θέλω να δω τις τις ρίζες μου, γιατί κι από κει είναι οι ρίζες μου, και δεν έχω κανέναν να... γιατί δεν είναι τόσο καλές οι σχέσεις της μητέρας μου με την αδερφή της. Κι είναι άσχημο. Ούτε με τα ξαδέρφια μου, γιατί έχω και τα ξαδ, τα ξαδέρφια μου και δεν μπορώ να επικοινωνήσω. Ενώ από την πλευρά του πατέρα μου είμαστε πολύ δεμένοι. (.) Είναι σα να

έχω μία πλευρά μόνο. [...] Ότι η άλλη δεν υπάρχει. Κι είναι πολύ άσχημο. Με στενοχωρεί αυτό. Κι ίσως μετανιώνω που δεν, γιατί ήθελε να μας μάθει αλλά εγώ σαν παιδί που ήμουν α γέλαγα με τη γλώσσα. Ήμουν πολύ μικρή. Γέλαγα, ας πούμε, κορόιδευα, μπορώ να το π., έτσι μου το έχει πει. [Τζένη]

Και στην περίπτωση της αφήγησης του Μάριου, η πατρική γιαγιά δεν μπορούσε να προσφέρει βοήθεια στα παιδιά ενώ σε μερικές περιπτώσεις έπραττε το αντίθετο, δηλαδή, δρούσε εγωκεντρικά χωρίς ενσυναίσθηση και φροντίδα. Στην αφήγηση προκύπτει από τα συμφραζόμενα ότι η συμπεριφορά και η συνολικότερη παρουσία της γιαγιάς μπορεί να ευθύνεται ουσιαστικά και για τα ψυχιατρικά προβλήματα του πατέρα:

Δεν είχανε καθόλου καλή σχέση από παλιά, τσακωνόντουσαν πάρα πολύ, και η γιαγιά μου πίεζε πολύ τον πατέρα μου, του βαζε λόγια του 'κανε.. τον χειραγωγούσε κάπως, ας πούμε, η γιαγιά μου, ναι. Πιστεύω η γιαγιά μου βασικά είναι... για το πρόβλημα του πατέρα μου είχε πολύ, πολύ πολύ σημαντικό... Φταίει ας πούμε. Από μικρή ηλικία με τον πατέρα μου, όχι από μετά που παντρεύτηκε ας πούμε. Ναι. Και η μητέρα μου δεν τα είχε καλά με τη γιαγιά μου και για πολλούς λόγους βασικά. Και τώρα πλέον δεν τσακώνονται πολύ και έχει ηρεμήσει η γιαγιά μου πάρα πολύ. Αλλά παλιότερα ήτανε... [Μάριος]

Πρόσληψη των σχέσεων με την ευρύτερη οικογένεια. Στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων για την πρόσληψη των σχέσεων που έχουν διαμορφωθεί μεταξύ των ιδίων, της οικογένειας και του ευρύτερου συγγενικού - κοινωνικού περιβάλλοντος διακρίνονται μοτίβα στήριξης, όπως στην περίπτωση του Χρήστου, που θεωρεί ότι είναι τυχερός για αυτό, ιδίως από τα αδέρφια του υγιούς και του πάσχοντος γονιού, ακόμη κι αν υφίσταται κάποια κριτική προς την πάσχουσα μητέρα. Σε τρεις περιπτώσεις [Μίνα, Πέτρος, Παναγιώτα] προσδιορίζεται από τους συμμετέχοντες η πολύ στενή σχέση που διατηρούσαν με τα πρώτα ξαδέλφια. Η Μίνα και ο Πέτρος διατηρούσαν ενεργά τη σχέση ακολουθώντας τις αξίες του οικογενειακού συστήματος που επέβαλε την φροντίδα στην ευρύτερη οικογένεια, ενώ η Παναγιώτα ως μοναχοπαιδί βρήκε μία 'αδελφή':

Επειδή κι εγώ σαν αδερφή μου τη νιώ, προφανώς τη νιώθω κι ακόμα, εε, την έβλεπα από μικρή να..., κάπως νευριάζε, αντιδρούσε, κι αυτή καταλάβαινε ότι είχε κάτι., εε, ναι, κι εμένα ας πούμε με υπεραγαπούσε, συνέχεια ήθελε πάρα πολύ να 'ρθει στη γιαγιά να με δει, να συναντηθούμε, δε, δεν ήθελε καθόλου να δει το οικογενειακό της περιβάλλον, τους γονείς, δεν ήθελε κανέναν από κει. [Παναγιώτα]

Το πιο συχνό εντούτοις μοτίβο στις σχέσεις με την ευρύτερη οικογένεια στην παρούσα έρευνα είναι ότι δεν υπήρχε καμία επαρκής βοήθεια σε σχέση με τα προβλήματα του πάσχοντος γονιού, είτε γιατί οι σχέσεις ήταν διαταραγμένες από πριν, είτε γιατί η οικογένεια λειτουργούσε με εσωστρέφεια λόγω της ψυχικής επιβάρυνσης και της ντροπής που προερχόταν από τη γονική ψυχική νόσο. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών [Σωτήρης] που δεν έχουν γνωρίσει ποτέ την πατρική οικογένεια του γονιού, χωρίς να γνωρίζουν τους λόγους, αλλά και χωρίς να έχουν αναζητήσει κάποια επαφή. Δυσκολίες παρατηρούνται και στη σχέση του πάσχοντος γονιού με τα αδέρφια του, είτε λόγω αδελφικής αντιζηλίας, είτε λόγω των κληρονομικών διαφορών. Στην πρώτη περίπτωση, η αντιζηλία μπορεί να προέρχεται από την εύνοια των παππούδων προς ένα άλλο αδελφό, όπως βλέπουμε στην οικογένεια της Νεφέλης, ή και άλλους λόγους όπως στην περίπτωση της Παναγιώτας που αναφέρει για τη σχέση της πάσχουσας μητέρας της με την αδελφή της:

Ναι, αντιζηλία [χαμογελάει]. Ε, έχω παρατηρήσει κι εγώ ότι κάπου τη ζηλεύει τη θεία μου η μαμά, μτς, (.) εε, γιατί λέει ότι έχει τον άντρα της, εε, γενικά τα καταφέρνει, δεν έχει πρόβλημα στα κοινωνικά, αυτά τα επικοινωνιακά τα θέματα, με το πανεπιστήμιο, όλα αυτά, προχωράει η καριέρα της ενώ της μαμάς έχει μείνει απλά σταθερή στη δουλειά της, ναι, δηλαδή, το γραφείο, αυτό, στο δημόσιο, τέλος. Και παρά το διδακτορικό που αύξησε στο μισθό της δεν κάνει κάτι άλλο. Δηλαδή μπορεί μόνο γραφείο. [...] Εεμ, δηλαδή νομίζω ήθελε και να διδάξει κιόλας η μαμά, πληροφορική, στο πανεπιστήμιο που ήτανε, αλλά δεν την παίρνουν. Κιόλας. Την είχανε πάντα ως βοηθό, δεν μπορούσαν να την πάρουν [χαμογελάει], γιατί δεν, της είχανε πει μάλλον ότι δεν κάνει για καθηγήτρια, ναι. Ε, και κάπου τη ζηλεύει. Τώρα εκτός ότι τσακωνόντουσαν, έλεγε [χαμογελάει] για τα κληρονομικά, και.. τέτοια. Πράγματα. Κατά τα άλλα, κάποιες φορές τις βλέπω αγαπημένες παρά αυτά, αλλά πάντα υπάρχει ζηλία. Ναι, εγώ τη βλέπω τη ζηλία, ότι το , ότι τη βλέπει, το παίζει κάπως χαλαρά [χαμογελάει], ναι, της λέει 'και τι γίνεται, και τι κάνεις' και τέτοια. [Παναγιώτα]

Οι οικονομικές διαφορές στην ευρύτερη οικογένεια ενίοτε οδηγούσαν στην άσκηση βίας αλλά και σε τραυματικές εμπειρίες όπως η εικόνα του φέρετρου της γιαγιάς της Κάτιας να εξέχει από το αυτοκίνητο:

Συν ότι έπεφτε και ξύλο στο σπίτι. Ερχότανε ο θείος μου τους πλάκωνε στο ξύλο, ο.. αυτός που έφαγε τα λεφτά. [...] Υπήρχανε και τέτοια.., θάραγε τη μάνα μου, εε τσακωνόντουσαν τα αδέρφια μεταξύ τους, είχαν βαρέσει τον παππού, δεν ήτανε καλά, δηλαδή αυτό.. Όσο πέσανε τα λεφτά υπήρχανε αυτές οι καταστάσεις. Μόλις τελειώσανε τα λεφτά εξαφανιστήκανε όλοι. Αφού φαγώθηκαν, μετά τσακωθήκανε μεταξύ τους γιατί κάποιος τα 'φαγε, είχανε πέσει όλοι σαν κοράκια ποιος θα πρωτοφάει τα λεφτά. Τελικά νίκησε ο θείος μου

γιατί η γιαγιά του είχε αδυναμία, και φοβήθηκε ότι λόγω της μαμάς και των ψυχιατρικών προβλημάτων κι ότι επειδή εγώ ήμουν μικρή και ποιος θα τους κοιτάξει, θα τους γεροντοκομήσει, πούλησε ο θείος παραμύθι ότι 'εγώ θα σας έχω, τελικά.. αυτό. [...] Φλούδα, φλούδα.. [χαμογελάει]. Δεν υπάρχει τίποτα κύριε Σπύρο, δυστυχώς. Ούτε σπίτι μας πήραν, ούτε η χήρα τακτοποιήθηκε, ούτε το ορφανό, εγώ δηλαδή.. Την πετάξανε και τη γιαγιά στο νησί, ούτε τάφο της φτιάξανε, έτσι εκεί, χωρίς σταυρό, χωρίς τίποτα.. Εδώ τη φορτώσανε στο πορτομπαγκάζ ενός λεωφορείου. Και περίσσευε και το φέρετρο και είχανε βάλει αυτά που κάνανε κλιτς, κλιτς κλιτς, που σπάνε, γιατί το φέρετρο περίσσευε, ήταν μικρό το λεωφρειάκι, *mini bus*, εικοσπέντε θέσεων, για την οικογένεια, και το.., περίσσευε.. Σαν το σκυλί στ' αμπέλι πήγε η γιαγιά. Ντάξει. Δεν ήταν καλύτερο έτσι όπως χειρίστηκε τα οικονομικά αλλά δεν της άξιζε να την πάνε κι έτσι.. Εγώ ούτε το σκύλο μου δεν θα έθαβα έτσι προσωπικά. Αλλά εκεί καταλαβαίνεις την ποιότητα, την παιδεία του ανθρώπου, τα συναισθήματά του, το τι είναι.. [Κάτια]

Στην ιστορία της Κάτιας ευτυχώς υπήρχε και μια σχετικά θετική αφήγηση για την ευρύτερη οικογένεια από την πλευρά του πατέρα, παρά το ότι δεν διατήρησαν στενό δεσμό μαζί της, τουλάχιστον δεν δημιουργούσαν επιπρόσθετα προβλήματα. Μία σημαντική σημείωση σε αυτή την αφήγηση αποτελεί η αναφορά ότι τουλάχιστον αυτή η πλευρά της οικογένειας αναγνώρισε το μέγεθος των αντιξοοτήτων που έχει περάσει. Όταν ήταν μικρότερη η πατρική οικογένεια της μητέρας δεν επέτρεπε να έχουν σχέση με αποτέλεσμα να γνωριστούν σε μεγαλύτερη ηλικία. Μια άλλη διάσταση που προέκυψε στην παρούσα θεματική είναι η πρόσληψη που έχουν τα παιδιά για τη σχέση του πάσχοντος γονιού με την πατρική του οικογένεια. Πιο συχνά εντοπίζονται συγκρουσιακές σχέσεις με τους γονείς και τα αδέρφια. Η Αλεξάνδρα εντοπίζει τη συγκρουσιακή σχέση της μητέρας της με τη γιαγιά της και την αποδίδει στη ζήλεια που θεωρεί ότι έχει η μητέρα για την εγγύτητα της σχέσης της με τη γιαγιάς:

Εντάξει, η μητέρα μου, η μητέρα μου βεβαίως αυτό που ίσως της το 'χω κρατήσει λίγο πολύ άσχημ.. ήταν, ήτανε πάντοτε πολύ επιθετική με τη γιαγιά μου.[...] Ήταν πάρα πολύ επιθετική, ήτανε πάρα πολύ ειρωνική, είχε μια άσχημη συμπεριφορά απέναντι στη γιαγιά μου η οποία εμένα προσωπικά με θύμωνε πάρα πολύ, γιατί εγώ θεωρούσα, γιατί εγώ αισθανόμουν ευγνωμοσύνη για τη γιαγιά μου γιατί ήταν ο άνθρωπος που με μεγάλωσε και είχαμε ένα πολύ ιδιαίτερο δέσιμο. Ε αλλά ίσως ενδόμυχα η απάντηση που έδωσα εγώ στον εαυτό μου ότι η μητέρα μου μπορεί ίσως να ζήλευε λίγο αυτό αυτήν την πολύ στενή σχέση που είχα με τη γιαγιά μου γιατί ήξερε ότι τη γιαγιά μου την έχω πάρα πολύ ξεχωριστά, δηλαδή ήξερε ότι, δηλαδή δεν μου το χε πει, μια υπόθεση κάνω, δηλαδή, αλλά από όλα αυτά που έχω δει αυτό μπορώ να συμπεράνω μόνο, ότι υπήρχε μια ζήλεια λόγω της πολύ μεγάλης αγάπης που είχα εγώ για τη γιαγιά και όλα αυτά έβγαιναν σε επιθετικότητα προς τη γιαγιά. [Αλεξάνδρα]

Σχετικά με την πρόσληψη των παιδιών για τις σχέσεις των γονιών με τα πεθερικά κι εδώ συναντάμε μία συγκρουσιακότητα η οποία μπορεί να επέλθει με ασήμαντες αφορμές που σημαίνει ότι μπορεί να υπέβασκαν συσσωρευμένα παράπονα. Άλλες φορές οι συγκρούσεις προέρχονται από την χειριστικότητα των πεθερικών προς το γονιό [Μάριος] κι άλλες από την προσλαμβανόμενη αδιαφορία του υγιούς γονιού από τα πεθερικά.

9.3 ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΟΥ

9.3.1 'Για μένα ήταν φυσιολογικό..': Οι γνώσεις για την ψυχιατρική διάγνωση του γονιού

Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν γνώριζε αρχικά την επίσημη ψυχιατρική διάγνωση του γονιού, ή τελούσαν υπό σύγχυση γύρω από αυτό το ζήτημα δεδομένων των διαφορετικών διαγνωστικών αποδόσεων από τους θεράποντες ψυχιάτρους σε συνδυασμό με την αποκρυπτικότητα του οικογενειακού συστήματος. Κάποιοι συμμετέχοντες έχουν αναζητήσει από μόνοι τους τη σημασία της εκάστοτε ψυχιατρικής διάγνωσης κυρίως μέσω του διαδικτύου, δεδομένου ότι κανείς μέχρι τότε δεν τους είχε ενημερώσει, όπως η Τζένη και η Παναγιώτα. Αρκετοί συμμετέχοντες από το δείγμα [Σωτήρης, Κάτια, Θανάσης] δεν γνώριζαν καθόλου την επίσημη ψυχιατρική διάγνωση του γονιού, ήξεραν όμως από βιωματική εμπειρία όλα τα συμπτώματα που συστήνουν τη διάγνωση αυτή:

Δε ξέρω πολλά πράγματα, εε, ότι άκουγε φωνές, εε να αυτοκτονήσει, να πάρει περισσότερα χάπια, αυτό, ότι άκουγε φωνές, δεν ξέρω κάτι παραπάνω. Κι ό,τι έχω διαβάσει, δηλαδή, δεν μπορώ να τα πω κιόλας. Δε, εε, [χαμογελάει], εννοώ δεν έχω πλούσιο λεξιλόγιο για να σας το πω, δεν τα θυμάμαι καν αυτά που έχει γράψει ο κύριος Δ.(ψυχίατρος) [χαμογελάει]. Γι' αυτό [χαμογελάει], με συγχωρείτε, δηλαδή, αυτά. Δεν τα ξέρω [χαμογελάει]. [...] μόνο αυτό, ότι.. ψυχολογικά.. θέματα.., κι ότι ακούει φωνές στο κεφάλι της. Να κάνει κακά πράγματα στον εαυτό της. Αυτό. Και δεν κοιμότανε, πολλά χρόνια δεν κοιμότανε, παλιά, ντάξει, πλέον με τα φάρμακα είναι σαν πουλάκι, κοιμάται, αλλά.. αυτά. [Σωτήρης]

Εντοπίζονται, ωστόσο, και αφηγήσεις κατά τις οποίες τα παιδιά είναι ενήμερα για τις αλλαγές των ψυχιατρικών συμπτωμάτων που στο πέρασμα του χρόνου μπορεί να συστήνουν διαφορετικές ψυχιατρικές διαγνώσεις, όπως βλέπουμε στην ιστορία της Κάτιας η οποία έχει εντοπίσει ότι η μητέρα της τα τελευταία χρόνια δεν εκδηλώνει 'φαντασίες' αλλά περισσότερα προβλήματα διαχείρισης του συναισθήματος. Εντούτοις, δεν γνωρίζει ποια είναι η επίσημη διάγνωση σήμερα:

Πέρα από τις εμμονές της κι ότι γίνεται κουραστική, [βήχει] συγνώμη, δεν έχει αυτές τις υποτροπές που είχε.. πιο παλιά, δηλαδή αν δείτε το ιστορικό της έχει πολύ συχνές νοσηλείες εκείνα τα.., ήταν άσχημες υποτροπές αυτές. Τα τελευταία χρόνια πιο πολύ καταθλιπτική θα την έλεγα, μανιοκαταθλιπτική, παρά φαντασίες και...[...] Ναι, ακούει φωνές, και Θεούς και δαίμονες, διαβόλια και τριβόλια, πιο πολύ τις εμμονές πολύ μ' εμένα, εε με το σπίτι, ντάξει, δεν το συζητάμε, με τα λεφτά.., είναι ευρώδουλος μεγάλος, μεγάλος, δηλαδή σε σκοτώνει ακόμα και για ένα ευρώ, δεν υπάρχει περίπτωση, και πάντα είναι αυτό που σου λέω, θέλει να τα κάνει όπως θέλει αυτή, και θέλει και να σου πει πως θα τα κάνει, αν της αλλάξεις τη σειρά υπάρχει πρόβλημα. [Κάτια]

Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται σύγχυση στις διαγνώσεις των γονιών. Τουλάχιστον τέσσερις συμμετέχοντες [Γιώργος, Χρήστος, Κάτια, Βαγγέλης] θεωρούν ότι ο γονιός πάσχει από Διπολική διαταραχή στο παρόν, ενώ η επίσημη διάγνωση είναι Σχιζοφρένεια ή Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (σύμφωνα με την διασταύρωση των στοιχείων από τον ερευνητή). Σε μία περίπτωση η συμμετέχουσα απέφευγε ενεργά να μάθει για την ψυχιατρική διάγνωση του γονιού διότι θεωρούσε ότι δεν έχει την ψυχική αντοχή, παρά το γεγονός ότι είχε την ευκαιρία να επικυρωθεί η ενημέρωση από ειδικό ψυχικής υγείας:

Η αλήθεια είναι ότι κάποια στιγμή μου είχε πει, μου είχε πει η αδελφή μου, κι είναι από τα πράγματα που απλά έχω διαγράψει. Ε, είμαι πολύ καλή σ' αυτό [χαμογελάει], στο να διαγράφω κάποια πράγματα που δεν μ' αρέσουνε, απλά τ' αφήνω.. Δεν ξέρω, δεν θυμάμαι, θυμάμαι πολύ καλά αυτά που μου είχε πει η ψυχολόγος, ότι, εμείς στην ψυχολόγο είχαμε πάει εγώ, η μαμά μου και η αδερφή μου. Οι άλλες δύο δεν μίλαγαν, εγώ μίλαγα. [χαμογελάει] γι' αυτό είπα αν γίνει η αρχή θα αρχίσω να μιλάω και δεν θα σταματάω. Εε, κι αυτό το θυμάμαι έντονα, εκτός από αυτό που μου 'χει πει για το.. θα σας πω, είναι ότι η μαμά μου δίπλα μου έκλαιγε, η αδελφή μου δίπλα μου έκλαιγε, κι εγώ ήμουνα μες στα νεύρα, δηλαδή μίλαγα κι έβγαζα νεύρα. Νεύρα, νεύρα, κι αυτό που μου 'χε πει η ψυχολόγος ήτανε ότι, 'ξέρεις' μου λέει, 'δεν είναι μια κατάσταση που την επέλεξε ο μπαμπάς σου', εε, 'σκέψου' μου λέει 'ότι το μυαλό' μου λέει 'έχει μια κόκκινη γραμμή, κι ο μπαμπάς σου' μου λέει 'έφτασε πάρα πολύ κοντά σ' αυτή την κόκκινη γραμμή'. Οπότε μου λέει 'πρέπει', πρέπει; Όχι, πρέπει, μου λέει, 'πρέπει' μου κάνει 'να καταλάβεις', πώς μου το 'χει πει; Ότι σιγά- σιγά να προσπαθήσω να μπω στη

διαδικασία να καταλάβω ότι αυτός που βλέπω όταν μιλάει, εκείνη τη στιγμή, στην ουσία δεν είναι ο μπαμπάς μου, αλλά είναι η ασθένεια που μιλάει, δεν είναι ο μπαμπάς μου ξέρω 'γω που μιλάει, και προσπαθούσε να μου εξηγήσει το ότι ό,τι κι αν κάνω εκείνη τη στιγμή για να του τραβήξω την προσοχή δεν το καταλάβαινε, εε, δεν μπορώ να του την τραβήξω, γιατί τα φάρμακα δεν τον αφήνουνε, αυτό. Τώρα ακριβώς τι δεν θυμάμαι. Και δεν έχω μπει στη διαδικασία να ξαναρωτήσω γιατί πραγματικά δεν μ' ενδιαφέρει το τι είχε, μ' ενδιαφέρει ότι τώρα είναι καλύτερα. [Αννέτα]

Σε κάποιους συμμετέχοντες, όπως η Μίνα, δεν κάνει κανένα νόημα το θέμα της επίσημης ψυχιατρικής διάγνωσης του γονιού ακόμη κι αν την γνωρίζουν, γιατί έχουν εξοικειωθεί τόσο πολύ με τα συμπτώματα που έχουν μεγαλώσει με αυτά και μέχρι πρότινος τα θεωρούσαν όλα φυσιολογικά.

9.3.2 'Δεν καταλαβαίνεις πότε είναι εκείνη..': Το βίωμα της κλινικής εικόνας του γονιού

Το βίωμα της κλινικής εικόνας του γονιού αποτελεί μία από τις πιο παραγωγικές κατηγορίες στην παρούσα έρευνα δεδομένου ότι οι ιστορίες των συμμετεχόντων είναι λεπτομερείς και πολυδιάστατες. Οι ιστορίες για την κλινική εικόνα των γονιών προέρχονται στην πλειοψηφία τους από την άμεση, βιωματική εμπειρία των συμμετεχόντων, είτε από ένα συνδυασμό της προσωπικής εμπειρίας και το άκουσμα των οικογενειακών ιστοριών για την υγεία του γονιού. Παράδειγμα της δεύτερης περίπτωσης αποτελεί η αφήγηση του Γιώργου, σύμφωνα με την οποία άκουγε περιγραφές για την κατάσταση της επιλόχειας ψύχωσης της μητέρας του αμέσως μετά τη γέννησή του, καθώς και άλλα ψυχιατρικά περιστατικά που ακολούθησαν στο πέρασμα των χρόνων, με αποτέλεσμα παρά το ότι μέχρι την τελευταία μεγάλη υποτροπή της μητέρας του δεν βίωσε πολύ σοβαρές ψυχιατρικές εκδηλώσεις οι ιστορίες αυτές να είναι ήδη διαμορφωμένες μέσα του. Από τις ιστορίες των συμμετεχόντων που βασίζονται στην άμεση πρόσληψη της κλινικής εικόνας του γονιού, προκύπτει το μοτίβο της πρόσληψης των θετικών (παραγωγικών) και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Στην παρούσα έρευνα οι ιστορίες για το βίωμα της θετικής συμπτωματολογίας του γονιού ήταν σαφώς περισσότερες, καλύπτοντας ένα μεγάλο εύρος της ψυχοπαθολογίας, ήτοι ιδέες διώξεως, ιδέες

μεγαλείου, θρησκευτικό παραλήρημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, κ.λπ.. Η Αλεξάνδρα περιγράφει την μητέρα της 'να ουρλιάζει όλη μέρα στο σπίτι, 24 ώρες το 24ωρο γιατί πίστευε ότι θέλανε να την σκοτώσουνε, δεν σταμάταγε'. Η αφήγηση της Παναγιώτας είναι χαρακτηριστική και περιλαμβάνει μία μεγάλη γκάμα συμπτωμάτων της πάσχουσας μητέρας της:

Γενικά άκυρα ξεσπάσματα, ή να παραμιλάει, παραμιλητό πολύ, πάρα πολύ, εε, ότι μας παρακολουθούνε, έτσι, εικόνες ότι.. λένε το όνομά μας, ότι ασχολούνται μαζί μας, χωρίς να μιλάει κάποιος, ας πούμε, ναι. Παραλήρημα. Εε, γενικά, πολλές φορές, παραλήρημα από μικρή θυμάμαι να μιλάει σ' ένα τοίχο. Μπορεί να 'ναι άκαιρο αυτό, αποδιοργανωμένος ο λόγος τελείως πολλές φορές, κι ακόμα δηλαδή και σε μηνύματα, βασικά τώρα πια όχι τόσο, σε μηνύματα συνήθως κάτι κατεβατά δεν καταλάβαινες τι ήθελε τι ήθελαν να πούνε, άλλες φορές έχει ξεσπάσει και σ' εμένα, εεμ, και επίθεση πολύ κάνει, και με βία δηλαδή, και στη γιαγιά μου και στον παππού μου και σ' εμένα, άλλες φορές έβγαινε στο μπαλκόνι και φώναζε, ας πούμε, εε,, μπορεί και γυμνή να βγαινε ας πούμε, δεν είχε καθόλου... αυτό, άλλες φορές την έχω δει να κάνει κάτι κινήσεις σα να θέλει να πνιγεί ας πούμε. Ναι. Ή να, να σκέφτεται κάτι θλιβερό, και να γελάει ας π, κάπως έτσι. Ναι. Ε, και κάτι κρίσεις πανικού ας πούμε, ναι, που, θυμάμαι φώναζε μες στο σπίτι 'βοήθεια, ησυχία, βοήθεια, σταματήστε', έτσι, δύο τρεις φορές το 'χει πάθει αυτό, πολύ έντονα, δηλαδή να βγαίνει στο μπαλκόνι και να λέει 'σταματήστε, σταματήστε, δεν θέλω να σας ακούω' χωρίς να μιλάει κάποιος γενικά... ναι γενικά και μια ναρκισσιστική να το πω [χαμογελάει] συμπεριφορά, αυτό το 'είμαι κάποια, είμαι', συνέχεια αυτό το μτς... ναι. Και το κοινωνικό στάτους και τέτοια, ανεβοκατεβάζει, ε, και δεν έβγαινε, ή δεν έβγαινε από το σπίτι, στη δουλειά έκανε επίθεση και απ' όσα έχω μάθει κιόλας στον καθένα.. [...] Αλλά πιο έντονο είναι το παραλήρημα, τώρα ας πούμε έχει κι έναν φίλο, λέει, που μου στέλνει φιλιά συνέχεια και χαιρετισμούς απ' αυτόν, και 'εγώ είμαι στην Αμερική' ας πούμε μου λέει 'τώρα', αυτό, και κάθεται απλά στον καναπέ. Αυτά, τώρα τα πιο πρόσφατα είναι.. Μμ. [Παναγιώτα]

Επίσης, είναι χαρακτηριστικές και οι ιδέες μεγαλείου στις διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων, οι οποίες σε συνδυασμό με επιθετική συμπεριφορά μπορεί να αφήσουν το στίγμα τους μέσα στην οικογένεια και να αποτελέσουν εμπειρίες που θα τραυματίσουν ψυχικά τα μέλη, αλλά στιγματίζουν την οικογένεια και σε σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που σε κάποιες περιπτώσεις είναι εξίσου τραυματικό, όπως στην περίπτωση του πατέρα του Θανάση:

Άρχισε μετά.. τέτοιο, αυτά, 'κι εγώ έχω λεφτά, τους γ..άω, έχω γκόμενες, γυναίκες..', εε από τότε παραέγινε, παραέγινε. Η δουλειά του 'στ' αρ..δια μου' λέει, 'εγώ θα φύγω, εγώ δε, του χρόνου' του λέει 'εγώ έφυγα, εγώ θα φύγω, να πάτε να γα..θείτε. Εγώ του χρόνου.. η Μέρκελ μου' χει φτιάξει πολυκατοικίες, έχω. .ένα τηλέφωνο', σε κάποιον έστελνε μηνύματα, μίλαγε στ, είχαμε προσπαθήσει πολλές φορές να του πάρουμε το κινητό να δούμε σε ποιον στέλνει, ε, σε κάτι άγνωστους αριθμούς, σε κάτι σταθερά έστελνε μήνυμα, και δεν μας άφηνε να το πειράξουμε, έλεγε μετά 'έχω γκόμενες, έχω το 'να έχω τ' άλλο, γκόμενες..', μετά

παραγινότανε, του μίλαγε ο ένας, μετά άρχισε να βρίζει τον κόσμο, τσακωνότανε πολύ, τσακωνότανε. Τώρα για το τέτοιο τσακωνότανε, τον πέρναγε τον άλλο 'γ..ώ το μουνί της μάνας σου, γ..ώ το μο..ί που σε πέταγε, γ..ώ το μ..νί της μάνας σου', αυτό, είχαμε τσακωθεί με όλο τον κόσμο, πήγαινε ο πατέρας μου και τον έβριζε. [...]Εε, μετά το .. τέτοιο, μετά τα 'χε βάλει μ' αυτούς. Πήγαινε κάτω από το σπίτι τους έπαιρνε τη καραμπίνα κι έριχνε από κάτω. Δυο τρεις φορές το 'χει κάνει. Μετά δεν του δίναμε όπλο, τα κρύβ, κρύβαμε. Μετά τα 'χε βάλει με τον αδερφό μου τον μεγάλο. Τον έβριζε πολύ. Εμάς μας έβριζε, δηλαδή εμένα μ' έλεγε μέχρι και πρεζάκια, πρεζόνι. Έκανα τις ενέσεις και μ' έλεγε πρεζόνι. Εε, μέχρι τελευταία αυτό το πράγμα.. [Θανάσης]

Επιπλέον, εντοπίζεται στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων και το θρησκευτικό παραλήρημα του γονιού, το οποίο όταν συνδυαζόταν με συμπτώματα μανίας είχε εκρηκτικό αποτέλεσμα, όπως στην περίπτωση της Κάτιας. Η κλινική εικόνα του γονιού άλλοτε βιώνεται από τα παιδιά παρόμοια με αυτό που περιγράφεται στα εγχειρίδια ψυχιατρικής ως αρνητική συμπτωματολογία της Σχιζοφρένειας, όπως στην περίπτωση του Πέτρου, που περιγράφει με ένα παρόμοιο τρόπο την μητέρα, με κάποια μικρά διαλείμματα επιπόλαιων και παρορμητικών επιλογών:

Η μητέρα μου εντωμεταξύ όλα αυτά τα χρόνια εε που 'χε αυτά τα πράγματα, δηλαδή μεγαλώνουμε να τη βλέπουμε πολλές.., για καιρό να περνάει τις μέρες της να κοιμάται. Συνήθως πέρναγε όλη της τη μέρα στον καναπέ του σαλονιού. Σε σημείο που είχε πάρει και παραπάνω κιλά και οι καναπέδες να 'χουν λυγίσει, να ακουμπάνε στο πάτωμα, είχε κάνει κούρμπα στο κάθισμα στο κέντρο. Εεμ, κάπνιζε πολύ, συνηθίσαμε να τη βλέπουμε.., δηλαδή για μήνες ολόκληρους μπορεί να σηκωνότανε μόνο για να μαγειρέψει και μετά ξαναξάπλωνε, και να πέρναγε όλη της την ημέρα στον καναπέ. Όλη της τη μέρα. Πραγματικά. Με το τηλέφωνο, με το τσιγάρο. [Πέτρος]

Ένα άλλο μοτίβο που προκύπτει από τις αφηγήσεις για την κλινική εικόνα του γονιού είναι η πρόσληψη των παιδιών για τις εξάρσεις και υφέσεις τις οποίες ενίοτε συνδέουν με στρεσογόνα ερεθίσματα από το εγγύς οικογενειακό περιβάλλον παρά με τη νόσο καθαυτή, όπως στην αφήγηση της Αννέτας, ή η περιοδικότητα και η εποχικότητα της εκδήλωσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων όπως στην περίπτωση της μητέρας του Χρήστου:

Κι επίσης θυμάμαι ότι πολύ συχνά γινότανε, την έπιανε, περιόδους, δεν ξέρω γιατί γινότανε αυτό, Πάσχα, Χριστούγεννα, και καλοκαίρι, δεκαπενταύγουστο, εκεί, δεν ξέρω για ποιο λόγο, μου το 'χουν, μας το 'χει πει κι ο ψυχίατρος μας έχει πει, δεν ξέρω τι τους πιάνει, γιατί επηρεάζει τους ανθρώπους που έχουν αυτές τις παθήσεις, εγώ πάντα αυτά τα διαστήματα τα πέρναγα στο χωριό. Οπότε μέχρι.. όσο μάλλον μπορούσαν να με πάνε στο χωριό, [...] Ε, εγώ

που την έχω προσέξει είτε την πιάνει πολλές φορές να πέφτει πάρα πολύ, το οποίο, ντάξει, το ζο, εκεί σ' αυτή την περίπτωση το ζόρι το τραβάει μόνη της, γιατί ντάξει, όπως αισθάνεται, μτς, οκ, δεν.., κι εμείς δεν τραβάμε κάποιο ζόρι, δηλαδή τη βλέπεις, πάει και κοιμάται πολύ νωρίς, δεν πολυμιλάει, είναι λίγο.. ούτε τηλέφωνα θέλει πολλά, ενώ γενικά μιλάει πολύ στο τηλέφωνο, ούτε να καπνίσει πολύ, ούτε.. τέτοιο, και μετά σε φάση μανίας, που εκεί δεν.., ο κακός χαμός, ο κακός χαμός [χαμογελάει], και κάθε φορά έχει και άλλο σενάριο. 'Είμαι έγκυος, η Παναγία μπήκε μέσα μου, ε, μου κάνανε μάγια,' [χαμογελάει] ε, ό,τι μπορείτε να φανταστείτε.. [Χρήστος]

Μια άλλη διάσταση είναι η πρόσληψη της σταδιακής εμφάνισης (σε αντιδιαστολή με την ξαφνική εμφάνιση) των συμπτωμάτων, όπου τα παιδιά αρχίζουν να αντιλαμβάνονται από μικρά σημάδια ότι 'το κακό έρχεται' κι ότι πρόκειται να ακολουθήσει κλιμάκωση των ψυχιατρικών εκδηλώσεων του γονιού. Οι ψυχιατρικές δυσκολίες του γονιού μπορεί να σχετίζονται και με θέματα ασφάλειας στην καθημερινότητα, με αποτέλεσμα τα παιδιά να πρέπει να διαχειριστούν τα συμπτώματα αυτά καθαυτά αλλά και το φόβο ότι δεν είναι ασφαλή. Η Κάτια περιγράφει ότι η μητέρα της σηκωνόταν από το κρεβάτι καθ' όλη την διάρκεια της νύχτας, κάπνιζε ή μαγείρευε και πολύ συχνά έπιανε φωτιά η κουζίνα με αποτέλεσμα να φοβάται μην καούν. Υπάρχουν και αφηγήσεις στις οποίες περιγράφεται ότι εγείρεται φόβος στα παιδιά ότι μπορεί να υπάρξουν θύματα βίας από τις εκρήξεις του γονιού όταν είναι σε φάσεις που δεν ελέγχει τον εαυτό του. Η Δήμητρα είναι μία τέτοια περίπτωση:

Εε, είχε μια έκρηξη θυμού να το πω έτσι; Και ήταν πολύ επιθετικός ως προς εμένα τη μητέρα μου και τον αδερφό μου, και αυτό ήταν η τρίτη φορά που είχε συμβεί, είχε ξανασυμβεί άλλες δύο φορές αλλά σε πιο ήπιες καταστάσεις, μτς, δηλαδή έκανε περίεργα πράγματα, ήτανε θυμωμένος αλλά όχι τόσο πολύ, δηλαδή η κατάσταση να καταστρέψει το σπίτι; Τι; Κατέστρεψε κυριολεκτικά το σπίτι, δεν ξέρω αν έχετε διαβάσει.. [...] Ουσιαστικά έσπασε όλο το σπίτι μια μέρα. Εε, αυτό, ήτανε πάρα πολύ επιθετικός, πάρα πολύ απότομος, εε, νεύρα πολλά, και.. αυτό συνεχίστηκε πάρα πολύ καιρό Και θυμάμαι ότι ήμουν.. αρκετά φοβισμένη εγώ, ότι πρώτη φορά το ζούσα τώρα εγώ δωδεκάμισι δεκατριών χρονών κοριτσάκι, ε και θυμόμουν, ότι με τον πατέρα μου ότι θα μας κάνει κακό, ότι ένιωθα κίνδυνο εκείνη τη στιγμή σαν παιδί, και φοβόμουν πάρα πολύ ότι θα γίνει κάτι κακό, το 'να τ' άλλο.. [Δήμητρα]

Είναι πολύ συχνό το φαινόμενο όταν ένα άτομο πάσχει από μείζονα ψυχική διαταραχή να παρατηρούνται μεγάλες και απότομες μεταβολές στην εικόνα του σώματος, γεγονός που μπορεί να οφείλεται εν μέρει στη λήψη αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής, ή να είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών δυσκολιών όπως είναι ο έλεγχος του παρορμητισμού, η έλλειψη

ενδιαφερόντων, η κλινοφιλία, κ.λπ.. Η Μίνα στην αφήγησή της αναφέρει ότι έχει δύο εικόνες της μητέρας της, υπέρβαρη και λιποβαρή. Και στις δύο περιπτώσεις ένιωθε μεγάλη στενοχώρια διότι καταλάβαινε ότι η μητέρα της δεν ήταν καλά. Το βίωμα του παιδιού για την κλινική εικόνα του γονιού ήταν πάρα πολύ συχνά συναρτώμενο με τις συνέπειες της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής. Όπως είναι ευνόητο, όταν ο γονιός απέφευγε τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής η κλινική εικόνα επιδεινωνόταν:

Και.. τέτοιο, έβλεπα ότι ήτανε καλά για ένα διάστημα, αλλά μετά από λίγο καιρό άρχισαν να χαλάνε λόγω του ότι ο πατέρας μου θα 'θελε να μην παίρνει τα φάρμακα και η μητέρα μου εκνευρίστηκε λόγω του ότι σκέφτηκε ότι 'τσάμπα εγώ έμεινα τότε ένα μήνα μαζί σου κι έμεινα μακριά από τα παιδιά μου, τσάμπα η Δήμητρα κουράστηκε, τσάμπα ο καθένας κουράστηκε για σένα, δηλαδή δεν εκτιμάς τίποτα, δε θες να παίρνεις τα φάρμακά σου, θες να κάνεις κακό στον εαυτό σου', κι ούτω κάθε εξής. Εε, κι εκνευρίστηκε και στενοχωρήθηκε. Γιατί όταν δεν παίρνει τα φάρμακά του γίνεται άλλος άνθρωπος, καμία σχέση. [Δήμητρα]

9.3.3 Πρόσληψη της πορείας των ψυχιατρικών εκδηλώσεων του γονιού

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα θέματα της αρχικής πρόσληψης των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού, των ψυχιατρικών υποτροπών και της εικόνας του γονιού για τα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών.

Αρκετοί συμμετέχοντες [Γιώργος, Μίνα, Πέτρος, Χρήστος, Κάτια] ανέφεραν ότι γνωρίζουν το πρόβλημα του γονιού από όσο θυμούνται τον εαυτό τους από άμεση αντίληψη ή έμμεσα, μέσω των περιγραφών των ίδιων των πασχόντων γονιών ή των παππούδων. Ο Γιώργος θυμάται αφηγήσεις της γιαγιάς του από πολύ μικρή ηλικία που του έλεγε ότι η μητέρα του χτυπούσε το κεφάλι της στον τοίχο μέχρι που το μάτωνε όταν πάθαινε κρίσεις. Μία άλλη διάσταση της αρχικής πρόσληψης της κατάστασης του πάσχοντος γονιού αφορά το κατά πόσο αυτή ήταν ξαφνική ή σταδιακή, γεγονός που βρισκόταν σε άμεση συνάρτηση με την ξαφνική ή σταδιακή εκδήλωση των συμπτωμάτων, αν και όχι αναγκαία. Σε κάθε περίπτωση, βέβαια, η συνειδητοποίηση της γονικής ψυχικής νόσου και των επιπτώσεων που έχει στον ψυχισμό του παιδιού και την οικογένεια είναι μία συνεχής διεργασία που ουσιαστικά δεν μπορούμε να

πούμε ότι έχει ένα συγκεκριμένο τέλος, όπως θα δούμε και στο κεφάλαιο της συζήτησης της παρούσας έρευνας. Παράδειγμα ξαφνικής πρόσληψης των συμπτωμάτων του γονιού συναντάμε στην αφήγηση της Αννέτας, η οποία τότε φοιτούσε στην Γ' γυμνασίου:

Έμπαινα τρίτη γυμνασίου τότε, ήτανε μετά από ένα καλοκαίρι, θυμάμαι ότι είχαμε πάει στην χώρα μου, σε ένα γάμο, και είχαμε περάσει πάρα πολύ ωραία, ο μπαμπάς μου δεν είχε σταματήσει να χορεύει, και όταν γυρίσαμε, ξαφνικά, ήτανε αρχές Σεπτέμβρη, λίγο μετά τα γενέθλιά του, άρχισε να γίνεται μία κατάσταση στο σπίτι, όπου εγώ δεν καταλάβαινα. Έγινε ένας πολύ μεγάλος τσακωμός του πατέρα με τη μάνα μου. Απίστευτος. Μια μέρα που έγινε το μπραφας πούμε, που άρχισε να λέει διάφορα, δεν βγάζανε νόημα ο πατέρας μου στη μάνα, εε, 'γιατί το γυαλί το πήρες και το έβαλες στο κεφάλι, έκανες νόημα σε κάποιον', δηλαδή όλο αυτό του βγήκε σε ζήλεια προς τη μαμά μου. Ήτανε μεταξύ τους, εε, δεν πέρασα ωραία [χαμογελάει] εκείνη την ημέρα η αλήθεια είναι, ακόμη το θυμάμαι το σκηνικό, ήτανε πρώτη φορά τους έβλεπα έτσι, δεν καταλάβαινα αυτά που έλεγε ο μπαμπάς μου, και δεν μπορούσα να καταλάβω γιατί τα λέει, ήξερα ότι ο μπαμπάς μου είναι ένας πάρα πολύ λογικός άνθρωπος, πολύ έξυπνος, και δεν μπορούσα να καταλάβω τι έχει γίνει. Εεμ, τέλος πάντων, υπήρχε μία αυτοκτονική τάση τότε στην αρχή. Έγινε πάρα πολύ ξαφνικά. Ήτανε τόσο ξαφνικό που τα είδα όλα. [Αννέτα]

Από την άλλη μεριά, η πρόσληψη μπορεί να επέλθει και σταδιακά όπως περιγράφεται στην αφήγηση της Τζένης, που θυμάται ότι η μητέρα της άρχισε να έχει προβλήματα με την εργασία της, κι ότι όλα ξεκίνησαν όταν την δάγκωσε ένα σκυλί στο πόδι. Σε άλλες περιπτώσεις η αρχική πρόσληψη της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού ενισχύεται κατά κάποιο τρόπο από την ανάλογη αντίδραση του υγιούς γονιού, ο οποίος δεν έχει κατανοήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης, αντιδρά κυριολεκτικά στην στάση του πάσχοντος- κι όχι βάσει του ψυχιατρικού προβλήματος και εμπλέκει το παιδί σε αυτή τη δίνη. Η αρχική πρόσληψη δυσχεραίνεται όταν το παιδί θεωρεί ότι η ψυχική αντίδραση του γονιού είναι αρκετά δικαιολογημένη λόγω των συνθηκών. Ο Θανάσης περιγράφει την πρώτη φορά που θυμάται τις ψυχιατρικές εκδηλώσεις του πατέρα του, που έλαβε χώρα αμέσως μετά από ένα βίαιο περιστατικό:

Πρώτη- πρώτη φορά ο πατέρας μου ήτανε, πρώτη – πρώτη φορά είχε αρχίσει, είχε αρχίσει μία περίοδο που έκανε μηνύσεις, στον καθένα, πήγαινε κι έπινε τσίπουρο κι έκανε μήνυση την άλλη μέρα. Μήνυση, μήνυση, μήνυση, μήνυση, μήνυση. Μετά σας είχα πει την ιστορία που είχαν μπει μέσα στο σπίτι μας, μας είχανε χτυπήσει [...] Μετά του, από κει και πέρα, το έχασε, νόμιζε ότι θα πάρει αποζημίωση. Θα πάρει αποζημίωση μεγάλη και θα γίνει πλούσιος. [...] Εε, τότε είχαμε τσακωθεί με ένα γείτονα για τα χωράφια, για κάτι φράχτες, ένα μέτρο παραμέσα, κι άλλο ένα μέτρο παραέξω η δικιά σου, και το 'να και τ' άλλο, και το 'να και τ' άλλο, κι είχανε τσακωθεί πρώτα με τον γείτονα, τον θάρσε, δεν έφταιγε η αλήθεια ήτανε, δεν έφταιγε, τον θάρσε και εε όπως κατέβηκε κάτω σταματάει η μάνα μου στο δρόμο. Της λέει,

του λέει του λέει 'τι πράγματα είναι αυτά', πήγαινε να την πατήσει με το τρακτέρ, του λέει 'τι πράγματα είναι αυτά'? Του κάνει, κυνήγαγε να βαρέσει τη μάνα μου με το τσεκούρι, και βγήκε ο αδερφός μου, τον βαρέσανε τον αδερφό μου και τον πατέρα και φεύγουνε αυτοί, και φωνάζουνε κάτι ανίψ, ανίψια του. Αυτά χασικλήδες ήτανε, μπήκανε μέσα με κάτι ξύλα, βαρέσανε τον πατέρα μου, του 'χανε σπάσει το.. το χέρι, το χέρι το 'χανε κάνει τρίψαλα, έπεσε, τον είχανε βαρέσει, μετά ο πατέρας μου, ντάξει, φοβήθηκε, τώρα το 'χασε από τότε, ήτανε και πιο παλιά, έβριζε, έκανε, έκανε, φώναζε, έφτιαχνε, αλλά τα λεφτά κι αυτά τ' άρχισε να τα λέει από τότε. Άρχισε να λέει 'θα πάρω αποζημιώσεις, θα γίνω πλούσιος', [Θανάσης]

Στην αφήγηση της Κατερίνας διακρίνουμε την περίπτωση που ο πάσχων γονιός νοσούσε ψυχιατρικά από πριν και τελούσε υπό φαρμακευτική αγωγή, το παιδί όμως δεν το γνώριζε, με αποτέλεσμα η υποτροπή με αφορμή τη διακοπή των φαρμάκων να είναι και η πρώτη επαφή και ίδια πρόσληψη του παιδιού για την κλινική εικόνα του γονιού:

Δεν είχα πάρει χαμπάρι τίποτα στην αρχή. Ότι ήταν ήδη άρρωστος. Όταν όμως έκοβε τα φάρμακα άρχισα να το παίρνω χαμπάρι. Δηλαδή όταν υποτροπιάζοτανε..., όταν υποτροπιάζε έβλεπα να ξεφεύγει. [...] Είχε ιστορικό από πριν. Ναι. [Κατερίνα]

‘Πάλι τα ίδια, πάλι τα ίδια..’: Πρόσληψη των υποτροπών. Η αντίληψη που έχουν τα παιδιά για το ιστορικό των υποτροπών του γονιού σε όλες σχεδόν τις αφηγήσεις αποτελεί μία δύσκολη εμπειρία, δεδομένου ότι στην πλειοψηφία του δείγματος υπάρχει ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο που αφορά τη διακοπή των φαρμάκων. Η διακοπή φαρμάκων μπορεί να έγινε επειδή ο ίδιος ο ασθενής δεν επιθυμεί να συνεχίσει να τα λαμβάνει κάτι που είναι και το πιο σύνηθες, ή επειδή ο γιατρός επιχειρεί μείωση της φαρμακευτικής αγωγής προϊόντος του χρόνου. Η επαναληπτικότητα αυτή μπορεί να είναι πολύ συχνή, όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Νεφέλης. Η Τζένη βιώνει αυτή την επαναληπτικότητα κάθε άνοιξη και έχει φόβο για το επόμενο που μπορεί να ξανάρθει:

Ήτανε συχνό. Εγώ θυμάμαι τον πατέρα μου κάθε άνοιξη, ότ, ότι την πηγαίνανε κάθε άνοιξη κι ότι ήτανε ανά τρία χρόνια? Περίπου ναι. Στην αρχή ήτανε πιο συχνά, όχι επειδή το θυμάμαι, επειδή είδα τώρα πρόσφατα επειδή κοίταξα τα χαρτιά της μητέρας μου και το είδα πότε είχε πάει στο νοσοκομείο. [...] Ναι. Ναι, ναι, ναι. Ίσως φοβόμουνα κιόλας. Φοβόμουνα να 'ρθει πάνω ξανά αυτό το πράγμα. Δεν ήθελα. Δηλαδή κάποιες φορές έλεγα κι εγώ 'μαμά πάρε τα χ, τα φάρμακά σου'. Είχα μπει κι εγώ σ' αυτό το ... αυτό που έλεγε ο πατέρας μου το έλεγα κι εγώ όταν την έβλεπα ότι δεν τα έπαιρνε ή όταν καταλάβαινα ότι δεν τα έπαιρνε. Της το έλεγα κι εγώ. Κι έλεγα στον εαυτό μου 'πάλι τα ίδια, πάλι τα ίδια'. [παύση] [Τζένη]

Τον ίδιο φόβο καταθέτει και η Αλεξάνδρα, η οποία αντιλαμβάνεται την υποτροπή από το βλέμμα της μητέρας της:

Εε, ο μόνος φόβος αυτό κι η αγωνία μου ήταν μόλις έβλεπα ότι αρχίζει πάλι την υποτροπή γιατί εγώ το καταλάβαινα από την πρώτη μέρα [...] Βέβαια. Βέβαια. [...] Το 'βλεπα από το βλέμμα. Βέβαια, βέβαια. . [Αλεξάνδρα]

Σε άλλες περιπτώσεις, όπως στην αφήγηση της Μίνας, τα παιδιά αντιλαμβάνονται το ιστορικό των υποτροπών μέσα από εξάρσεις και υφέσεις της συμπεριφοράς, στα πλαίσια των οποίων η χειριστικότητα μπορεί να είναι στις παρυφές της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας:

Κι από τότε είχε διακυμάνσεις. Τώρα τα συμπτώματα σ' αυτή τη φάση όπως είναι τώρα είναι ότι κλαίει συνέχεια [χαμογελάει], ότι λέει 'δεν μπορώ', ότι.. αυτό.. ότι είναι πολύ χειριστική, ότι δεν μ' αφήνει να βγω έξω, δεν, δεν, δεν, δεν, δεν.. Δηλαδή 'που πας; Τι ώρα θα 'ρθεις; Που είσαι; Εε, μάλλον είναι και η ανασφάλεια, και.. είναι ότι είναι χειριστική και ότι είναι χειριστική, σου βγάζει την ανασφάλειά της και γραπώνει πίσω [χαμογελάει]. Εε, 'που είσαι; Που πας; Τι κάνεις; Με ποιον είσαι; Πότε θα 'ρθεις; Γιατί δεν ήρθες την ώρα που είπες; Γιατί δεν ήρθες να βγούμε βόλτα; [χαμογελάει] Έχεις βγει καμιά βόλτα; Είχα βγει βόλτα με κάτι φίλες μου και είχαμε πει ότι θα 'ρθω στις εφτά η ώρα. Και μου λέει 'θα 'ρθεις στις εννιάμιση;' Και λέω 'μμ, ναι'. Τέλος πάντων και ήρθα στις δέκα και μισή. 'Που ήσουν; Γιατί δεν ήρθες στις εννιάμιση να βγούμε βόλτα και που δεν, δεν σ' ενδιαφέρει για τη μάνα σου [γελάει], και.. που μ' έχετε όλοι παρατημένη, που θα πεθάνω', βέβαια τα λέει τώρα τελευταία αυτό το.. 'θα πεθάνω..' είναι στις υποτροπές. Αυτό. Εε, αυτό. Να ξέρει που θα 'μαστε, τι ώρα θα 'μαστε, με ποιον θα 'μαστε και ει δυνατόν αυτό το που θα 'μαστε να 'ναι μες στο σπίτι μαζί της να κάνω ό,τι θέλει εκείνη. Βασικά να κάνω.. ναι. Αυτό. Να κάνω ό,τι θέλει εκείνη. [Μίνα]

Η πρόσληψη της κλινικής εικόνας του γονιού στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών. Από την ανάλυση προέκυψε ότι πέντε συμμετέχοντες [Αλεξάνδρα, Κάτια, Σωτήρης, Τζένη, Κατερίνα] θεωρούσαν ότι ο γονιός στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών ήταν επαρκής κατά την άσκηση των γονικών του καθηκόντων με σχετική ψυχική σταθερότητα. Η Αλεξάνδρα αφηγείται για την μητέρα της ότι όταν έβγαινε από το νοσοκομείο ήταν ευγενική, έδειχνε αγάπη, χωρίς εχθρότητα. Σε κάποιες αφηγήσεις προκύπτει ότι δεν υπάρχει σαφής εικόνα για τη συμπεριφορά του γονιού στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών από επιλογή του παιδιού να είναι σε κάποια απόσταση για λόγους ανασυγκρότησης δυνάμεων. Επίσης, στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών μπορεί στην αρχή να υπάρχει μια ισορροπία και μετά να αρχίζουν εντάσεις κυρίως γύρω από ζητήματα ελέγχου, δεδομένου ότι δεν υπάρχει εμπιστοσύνη προς

τον πάσχων γονιό για τη δέσμευση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, όπως και σε άλλα θέματα της καθημερινότητας:

Γενικά η μαμά δεν μπορούσε να μπει σε πλαίσιο παρακολούθησης για κανένα λόγο. Σε κάποια φάση όταν έβγαινε κι από τα νοσοκομεία κι από τις υποτροπές και απ' τις νοσηλείες, δεχότανε στην αρχή να.. της δίνεις τα φάρμακα, να υπάρχει ένα πλαίσιο, εε ότι να γίνει η νοσοκόμα σου απλά θα σε ελέγχω κατά κάποιο τρόπο, αν παίρνεις τα φάρμακα.., μετά την ενοχλούσε αυτό, 'ούτε κουμάντο στα λεφτά θα μου κάνεις, ούτε πόσα τσιγάρα θα καπνίσω, ούτε τα φάρμακα θα μου δίνεις, θα μου δίνεις τα φάρμακα σ' εμένα', έπαιρνε και τους συγγενείς, 'η κόρη θέλει να μου κάνει κουμάντο, θέλει να με ελέγχει, δεν είναι η νοσοκόμα μου' κι αυτά, 'η σύνταξη είναι δικιά μου' και ξεκινούσε πάλι το ίδιο.. παιχνίδι, και πώς ν' αντιδράσω, κι εγώ.. δέσμια αυτής της κατάστασης ήμουν, δεν υπήρχανε.. αντιδράσεις. [Κάτια]

9.3.4 'Το αναγκαίο κακό...': Το βίωμα των νοσηλειών του γονιού

Η εμπειρία της νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων σε ψυχιατρική κλινική αντιπροσωπεύει μια σειρά αντιξοοτήτων τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένεια δεδομένου του αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα, της αλλαγής της ρουτίνας, της συμβίωσης με αγνώστους, τη βίαιη προσαγωγή, την αναγκαστική φαρμακοθεραπεία, κ.λπ.. Μια βασική διάσταση που προέκυψε από την ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων είναι η έκταση της εμπειρίας των παιδιών για τις νοσηλείες του πάσχοντος γονιού. Ο Χρήστος ανέφερε ότι βίωσε πάνω από 25 φορές την νοσηλεία της μητέρας του. Παρόμοια, και η Κάτια από την ηλικία των 11 ετών ζει αυτήν την εμπειρία επαναλαμβανόμενα, με αποκορύφωμα στην ηλικία των 14 ετών που οι νοσηλείες της μητέρας της ήταν πολλαπλές. Ένα άλλο πολύ σημαντικό μοτίβο που προέκυψε ήταν η εμπειρία των παιδιών για τη διάσταση της ακούσιας ή της εκούσιας νοσηλείας του γονιού. Και στις δύο περιπτώσεις η επιβάρυνση είναι πολύ μεγάλη, στην εκούσια διότι ο γονιός πρέπει να πεισθεί ώστε να συναινέσει και να γλιτώσει έτσι την επιβεβλημένη προσαγωγή στο ψυχιατρείο και στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας λόγω του βίαιου χαρακτήρα της. Η αφήγηση του Χρήστου είναι χαρακτηριστική λόγω της πολύ μεγάλης εμπειρίας που έχει αφού για πολλά χρόνια αναλάμβανε μαζί με τον πατέρα του την διεκπεραίωση των νοσηλειών της μητέρας του. Διαθέτει πλέον την εμπειρία των εκούσιων και από των ακούσιων νοσηλειών αλλά

και από καταστάσεις κατά τις οποίες γίνεται η εισαγωγή του γονιού εκουσίως και στην πορεία μετατρέπεται σε ακούσια:

Είναι αυτή η εβδομάδα η έντασης που είσαι στο τέτοιο μέχρι να, ή να δεχτεί να πάει να νοσηλευτεί πλέον. Και τότε στη Γαλήνη δεν μας ζηταγαν χαρτί από πώς το λένε? Από εισαγγελία. Οπότε έπρεπε να μπει εκούσια. [...] Ε, ναι, αλλά την καταφέρναμε με το να.. δε ξέρω πως τα κάναμε, τέλος πάντων, μπορεί να είναι και παράνομο, δεν ξέρω, αλλά τέλος πάντων, μτς, έμπαινε εκούσια, πλέον είναι απαραίτητο να είσαι.. τέτοιο. Οπότε, με το που τη μεταφέραμε, την πήγαμε στο Δαφνί, την κρατήσανε μία μέρα εκούσια, και μας εξήγησαν εκεί ποια είναι η διαδικασία, πήγαμε στην εισαγγελία, και τώρα, που και.. τέτοιο, τα κινούμε όλα πολύ πιο γρήγορα για να μη φτάσει να.. γίνει χαμός, οπότε περνάνε και πιο.. ανώδυνα [χαμογελάει]. [...] πάμε στο νοσοκομείο, μερικές φορές αρνείται να πάει, άλλες φορές πάει πιο.., την τελευταία φορά που πήγε, δηλαδή με παρακαλετό 'έλα πάμε'.., το 'χε πάρει το χαρτί ο πατέρας μου, και νομίζω, ναι αυτό. Αυτό παίρνεις στην εισαγγελία στο υπογράφει ο γιατρός και το επιστρέφεις στην εισαγγελία, κάπως έτσι γίνεται, αν δεν το λέω λάθος. (.) Ω δεν το θυμάμαι τώρα, κόλλησε το κεφάλι μου. Έτσι δεν είναι? [Χρήστος]

Σε άλλες περιπτώσεις χρειάστηκε η συνδρομή της αστυνομίας για την διεκπεραίωση της ακούσιας νοσηλείας, η οποία συνιστά τόσο σφοδρή εμπειρία για τον πάσχοντα που πολλές φορές αποτελεί παράδειγμα προς αποφυγή και αναγκαστική συμμόρφωση σε εκούσια νοσηλεία:

Έρχονταν οι αστυνομικοί. Που είχε φτάσει στο απροχώρητο, και μετά φοβήθηκε, και δεν της άρεσε καθόλου γιατί της βάλανε χειροπέδες, πήγαμε μαζί στο περιπολικό.. τέτοιο, μτς, το έχει αποφύγει, δεν ξέρω πως το παλεύει μέσα της, ενώ μάλλον είσαι σε σύγκρουση μέσα σου, και τα κάνεις όλα πουτάνια και μτς δεν ξέρω πως το αισθάνονται μέσα τους, όσοι έχουν τέτοια προβλήματα, αλλά πλέον το αποφεύγει πάρα πολύ από εκείνη την φορά που ήρθε η αστυνομία. Δεν είναι.. τέτοιο, αλλά πάλι αυτό λέω, το αναγκαίο κακό. Γιατί πρώτον έχει τύχει πολλές φορές να πρέπει να την τραβάμε να την πάμε στ' αμάξι, να ανοίγει την πόρτα, είχε τραβήξει γροθιά στην πόρτα κι είχε χτυπήσει στο πόδι του πατέρα μου, ε, πήγε να την κλείσει ο πατέρας μου την.. μέσα στο αμάξι την πόρτα, της έπιασε το πόδι με την πόρτα. Μτς, καταλαβαίνετε τώρα, να τραβάω εγώ, να γρατσουνάει και να κάνει, οπότε αυτό με την αστυνομία, δε βλέπεις τη μάνα σου.. τέτοιο, να.. να κλαίει και λες 'ντάξει', απ' την άλλη λες είναι πολύ πιο ασφαλές αυτό από το να κοπανιέσαι στο δρόμο και να γίνεται ένας χα, ένας κακός χαμός. Οπότε αυτό.. το τέτοιο. Το αναγκαίο κακό που είπαμε προηγουμένως για το δέσιμο. Το οποίο ναι μεν είναι άσχημο αλλά μερικές φορές..[Χρήστος]

Άλλοι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι ο γονιός δεν ήταν τόσο άρρωστος ώστε να αξίζει να νοσηλευτεί σε μία ψυχιατρική κλινική κι όταν ήρθαν αντιμέτωποι με αυτή την εμπειρία ένιωσαν μεγάλη έκπληξη όπως αφηγείται ο Σωτήρης. Τουλάχιστον πέντε συμμετέχοντες [Αλεξάνδρα,

Μίνα, Πέτρος, Κάτια, Τζένη] ανέφεραν ότι η νοσηλεία του γονιού είχε θετική χροιά γιατί επέφερε ανακούφιση από το βάρος των τεράστιων δυσκολιών που ζούσαν στο σπίτι λόγω των οξέων ψυχιατρικών συμπτωμάτων αλλά και γιατί έχουν την οπτική ότι ο γονιός τυγχάνει θετικής αντιμετώπισης στην ψυχιατρική κλινική.

Ανακουφιστική. Η μητέρα μου δεν έχει ξανανοσηλευτεί κι όταν νοσηλεύτηκε η μητέρα μου για μένα ήτανε ανακουφιστικό γιατί ο τελευταίος καιρός ήτανε δεν υπήρχε κάτι άλλο εκτός από τη μάνα μου, δηλαδή όχι ότι γενικά.., αλλά η αδερφή μου ήταν παντρεμένη ήμουνα εγώ στο σπίτι με τη μικρή μου αδερφή και τη μάνα μου, κι η μάνα μου σ' αυτή την κατάσταση. Ε, πρέπει κάπου κάτι ρε παιδιά, μία παύση.[...] Μία παύση.[...] Εντάξει, πήγαίνα κάθε μέρα να τη βλέπω αλλά ήξερα ότι κάνει μία αρχή. Ότι από κάπου ξεκινάμε, έτσι; Κι ότι θα ξεκινήσουμε να το αντιμετωπίζουμε. [Πέτρος]

Και στην περίπτωση του Γιώργου βλέπουμε ότι υπάρχει ανακούφιση λόγω της νοσηλείας, με το επιπλέον στοιχείο ότι αυτό έχει ιδιαίτερο νόημα διότι είναι ο μόνος φροντιστής της πάσχουσας μητέρας του και είναι η πρώτη φορά στη ζωή του που μένει μόνος του στο σπίτι χωρίς την παρουσία της, παρά τη στενοχώρια για τους λόγους που θεωρήθηκε αναγκαία η λύση αυτή:

Ντάξει, μετά.., ένα αυτό, μετά απ' τη μία με στεναχωρούσε, αλλά το συνειδητοποιούσα σιγά- σιγά, στην αρχή που ήμουνα μόνος μου στο σπίτι, μπορώ να σας πω ότι ένιωθα πολύ καλύτερα, νιώθω μια ανεξαρτησία γιατί πρώτη φορά έμενα τόσο χρονικό διάστημα στο σπίτι μόνος μου, εεμ, και μου άρεσε όλο αυτό. Μου άρεσε για εμένα, που ζούσα μόνος μου, όχι που μ' άρεσε [χαμογελάει] που ήταν εκεί μέσα η μάνα μου, αλίμονο. [Γιώργος]

Μια άλλη διάσταση που προέκυψε από την ανάλυση του υλικού σχετική με την εμπειρία της νοσηλείας του γονιού είναι εκείνη της νοσηλείας σε δημόσια ή ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Ο Χρήστος αναφέρει ότι λόγω των οικονομικών δυσχερειών της οικογένειας αναγκάστηκαν να επιλέξουν δημόσια ψυχιατρική κλινική, που όμως εντέλει δεν είχε καμία διαφορά με την εμπειρία της νοσηλείας σε ιδιωτική, υπονοώντας ότι δεν είχαν επαρκή γνώση στην οικογένεια για την λειτουργία των υπηρεσιών. Προέκυψε, επίσης, ότι η εμπειρία της νοσηλείας μπορεί να γίνει ένα πολύ δύσκολο βίωμα ακόμη κι αν το παιδί το έχει νοηματοδοτήσει με διαφορετικό τρόπο, όπως στην περίπτωση του Σωτήρη που θεωρούσε ότι το κίνητρο της νοσηλείας της μητέρας του δεν ήταν τα ψυχιατρικά συμπτώματα, αλλά η απόκτηση του ψυχιατρικού επιδόματος και παρόλα αυτά αναφέρει ότι *‘ένιωσα φρίκη εκεί μέσα όταν πήγα να την δω’*. Σε

μία περίπτωση [Γιώργος], ο συμμετέχων αναφέρει ότι όταν νοσηλεύτηκε η μητέρα του, δεν την πίστεψε ότι το πρόβλημα ήταν αληθινό, θεώρησε ότι προσποιούταν για να γλιτώσει την εργασία της, όπως είχε κάνει στο παρελθόν με άλλα προβλήματα υγείας, όταν όμως το διαπίστωσε ήταν στενάχωρο. Τέλος, υπάρχουν και τα βιώματα σύμφωνα με τα οποία ο γονιός έχει ένα πολύ δύσκολο ιστορικό, και από την πλευρά της σωματικής ιατρικής αλλά και από την πλευρά της ψυχιατρικής, όπως η μητέρα του Πέτρου και της Μίνας, με πολλές διαγνωστικές ασάφειες και την ύπαρξη σπανιότατων συνδρόμων που προκαλούν από μόνες τους επιπλέον ψυχιατρικές δυσκολίες, με αποτέλεσμα η εμπειρία των νοσηλειών να είναι μια οδύσσεια μεταξύ των κλινικών στα γενικά νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχιατρικής κλινικής, αλλά και των κλινικών στα ψυχιατρεία. Η Μίνα περιγράφει την ιστορία της ενός απαιτητικού καλοκαιριού την χρονιά που τελείωσε το σχολείο, έναν κυκεώνα νοσηλειών της μητέρας της:

Αλλά ναι, εε, μετά που τελείωσα το.. το σχολείο, εκείνο το καλοκαίρι ήταν το πιο μεγάλο της ζωής μου [γελάει], εε, η μαμά μου συνέχισε να χειροτερεύει, άρχισε κι έπεφτε σε παραλήρημα, εεμ, και την πρώτη φορά που πήγαμε.., είχαμε πάει στο νοσοκομείο της Νέας Ιωνίας, δεν θυμάμαι πως ακριβώς ήταν τότε η μαμά μου αλλά είχαμε κάτσει εκεί πέρα στα επείγοντα και.. εε.. η μαμά μου είχε αρχίσει και.. γινόταν νομίζω θολό το δέρμα της, κάπως κολλώδες, ένα περίεργο πράγμα.[...], εε κάτσαμε δυο βδομάδες, πολύ, πολύ ξενύχτι τότε [χαμογελάει], γιατί φοβόμασταν και να την αφήσουμε βασικά τη μητέρα μας μόνη της, οπότε καθόμασταν βάρδιες. [...] Εεμ, τη βγάλανε, εε μετά ξαναπήγε νομίζω κάποια στιγμή στα επείγοντα σε ένα νοσοκομείο, δεν της βρήκανε κάτι, μετά.. θα πήγαμε στο.. στο Δαφνί, μετά πήγαμε στο Δαφνί, γιατί άρχισε κι έπεφτε σε παραλήρημα, κάπως.. δεν ήτανε καλά [χαμογελάει], Εε, τέλος πάντων, την είχαμε φέρει στο Δαφνί και μετά από μια βδομάδα, η μαμά μου είχε.. α επίσης είχε.., δεν καταλάβαινε τι έκανε, οπότε την είχαμε δεμένη στο κρεβάτι εεμ και.. μετά από μια βδομάδα, αν θυμάμαι καλά, ή δυο μέρες; Τέλος πάντων, εε είχε πέσει σε μια κατάσταση που δεν επικοινωνούσε με το περιβάλλον, ήτανε σαν.., στο κρεβάτι και δεν επικοινωνούσε, δεν κουνιότανε πολύ, δεν έβγαζε φωνή, δεν, δεν, άφωνη, καλά ή ήταν σε παραλήρημα, τέλος πάντων, ο ειδικευόμενος που την παρακολουθούσε, είπε ότι είναι οργανικό το θέμα, το πρόβλημα, και.., και μας.., και πήγαμε στον Ιπποκράτειο, πήραμε ασθενοφόρο, έφερε, κάλεσε ασθενοφόρο και πήγαμε στον Ιπποκράτειο, στην παθολογική πάλι, εκεί πέρα καθίσαμε δύο εβδομάδες πάλι; Κι ήτανε η χειρότερη [γελάει], το χειρότερο όλων, γιατί η μαμά μου είχε πέσει.., ήτανε στο κρεβάτι, ήτανε.., τη δένανε γιατί ήτανε σε παραλήρημα, και τραβιότανε, φώναζε.., φώναζε, όμως δεν μπορούσε να κάνει τίποτα, την αλλάζαμε εμείς, την είχαμε, δεν πήγαινε τουαλέτα, της βάζαμε πάνα και την αλλάζαμε εμείς, εεμ.. και φώναζε τόσο πολύ που αναγκάστηκαν και την έβαλαν σε.. σε κάτι δωμάτια που είναι απομονωμένα, Εεμ, και μετά ηρέμησε κάπως. Τέλος πάντων, εκεί πέρα βγήκε η διάγνωση. [...] Δεν ξέραμε ακριβώς τι είχε, δηλαδή οι ψυχίατροι μας λέγανε δεν είναι ψυχιατρικό, οι παθολόγοι μας λέγανε δεν είναι παθολογικό, εε οπότε, δηλαδή η εικόνα της δεν οφειλόταν όλη σε κάτι από τα δύο [...]. Η μαμά

μου ξαναπήγε στο νοσοκομείο στη Νέα Ιωνία. Εκεί πέρα πλέον όταν, όταν πήγα και την είδα ήτανε το απόλυτο φυτό. Την είχαμε πάλι δεμένη, πάλι την αλλάζαμε.. πάνες, αλλά δεν μπορούσε να επικοινωνήσει σε καμία περίπτωση. Σε καμία περίπτωση; Ίσως ξυπν, ξυπνούσε αλλά το ξύπνημά της ήτανε.. παραλήρημα. Μπορεί ας πούμε να 'κανε κάτι τέτοιο στο ξύπνημά της ή να έβγαζε τον καθετήρα, εεμ, γιατί της είχαμε καθετήρα [γελάει], δε γινότανε αλλιώς, και.., μτς, ναι, εκεί πέρα βασικά ήτανε πολύ περίεργο, γιατί.., γιατί ξαφνικά ξύπνησε [γελάει], ξύπν, και σε μερικές ώρες ήτανε καλά, ήτανε τόσο καλά που, που μπόρεσε να βγει από το νοσοκομείο, δηλαδή μας λένε 'πάρτε την και φύγετε [χαμογελάει], γιατί είναι καλά, κι εδώ πέρα, εδώ πέρα μπορεί να κολλήσει και τίποτα και να είναι χειρότερα', εε, στο νοσοκομείο. [Μίνα]

9.3.5 'Ό,τι χειρότερο έχω δει στη ζωή μου..': Απόπειρες αυτοκτονίας- αυτοκτονικός ιδεασμός γονιού

Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα έχουν την εμπειρία των αποπειρών αυτοκτονίας ή του αυτοκτονικού ιδεασμού του πάσχοντος γονιού. Εντοπίστηκαν αφηγήσεις με αλληπάλληλα περιστατικά αποπειρών αυτοκτονίας του γονιού, μία πολύ δύσκολη συνθήκη που έβαλε όλη την οικογένεια σε καθεστώς διαρκούς επαγρύπνησης, με επιπρόσθετες υποχρεώσεις να πρέπει να διαχειριστεί τα καθημερινά ζητήματα επιβίωσης αφού αλλάζει η ρουτίνα της οικογένειας, καθώς και την ψυχωσική συμπτωματολογία πέραν των αποπειρών. Εκτός από την εμπειρία των επαναλαμβανόμενων αποπειρών, μπορεί τα παιδιά να τις έχουν βιώσει και άπαξ, όμως να είναι εξίσου δύσκολες, γιατί σηματοδοτούν μία νέα απαιτητική περίοδο στη ζωή τους με μεγάλες ανατροπές. Μία τέτοια περίπτωση είναι της Κατερίνας, η οποία ενώ έλειπε από το σπίτι σε μία τυπική επίσκεψη στο σπίτι των παππούδων έμαθε ξαφνικά από το τηλέφωνο ότι η μητέρα της νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Η εμπειρία της απόπειρας αυτοκτονίας του γονιού χαράσσεται στη μνήμη του παιδιού ακόμη κι αν περάσουν πολλά χρόνια, όπως στην περίπτωση του Βαγγέλη, ο οποίος πάσχει και ο ίδιος από μείζονα ψυχική διαταραχή, και μέσα από τον συγκοπτόμενο λόγο του αφηγείται ότι η μητέρα του επιχείρησε πάνω από τρεις φορές να αφαιρέσει τη ζωή της με διάφορους τρόπους. Στα πλαίσια των εντάσεων υπό το κράτος των ψυχωσικών συμπτωμάτων

και της δυσκολίας του ελέγχου των παρορμήσεων μπορεί η επιθετικότητα στους άλλους να στραφεί εναντίον του εαυτού κατά την άποψη κάποιων συμμετεχόντων. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός του πάσχοντος γονιού, ακόμη κι αν δεν έχει προβεί σε συγκεκριμένη πράξη, μπορεί εξίσου να δημιουργήσει μεγάλη δυσκολία στο παιδί και την οικογένεια, γιατί όπως προαναφέρθηκε αναγκάζονται να επαγρυπνούν για την ασφάλειά του, και πολύ συχνά είναι μία εμπειρία που δεν είναι εύκολο να μοιραστούν. Ο Σωτήρης αφηγείται τη δική του ιστορία για την χειρότερη από τις απόπειρες της μητέρας του, η οποία είχε διάγνωση Σχιζοφρένειας και έκανε κατάχρηση αλκοόλ με ταυτόχρονη χρήση υπερβολικής δόσης χαπιών από την ψυχιατρική αγωγή, με αποτέλεσμα να νοσηλεύεται σε παθολογικές και στη συνέχεια σε ψυχιατρικές κλινικές. Ο Σωτήρης αποτελούσε από μικρή ηλικία τον κύριο φροντιστή της μητέρας του,:

Οπότε με παίρνει τηλέφωνο, μου λέει 'η μητέρα σου είναι χάλια', δε ρώτησα τι και πως, πήγα κατευθείαν. Την είδα σε μια φάση ότι πνιγότανε, τι να σας εξηγήσω τώρα, δεν ήτανε ωραίο, ωραία εικόνα για μένα, τέλος πάντων κάλεσα το ασθενοφόρο κατευθείαν, 'ελάτε γρήγορα', ντάξει, πάλι καλά, ήρθανε αρκετά γρήγορα, την πήγαμε στον Ευαγγελισμό, το, αυτό εφημέρευε, την πήρανε μέσα, μου λένε 'μη πε, μην περάσεις ακόμα, περίμενε έξω'. Εγώ πιτσιρικάς τώρα. Δεν είναι.., μόνο εγώ μπορούσα να πάω, δεν μπορούσε να πάει κάποιος άλλος. Εε, μου είπανε 'μπορείς να περάσεις να τη δεις, της κάναμε πλύση στομάχου' λέει, 'μπορεί να κάνει εμετό, μη φοβηθείς' μου λέει, 'έχουμε δω σακούλες, τα πάντα', εε, νομίζω ακόμα δεν είχε συνέλθει φουλ, από το αλκοόλ κι όλα αυτά, και με κοίταγε μ' ένα βλέμμα, 'τι, τι έγινε?' Αυτό. Ότι δεν γνώριζε τι γινότανε. Δεν το κατάλαβε. Εγώ ήμουν αέτιμος να θάλω τα κλάματα. Λογικό. Της κάνανε τέλος πάντων την πλύση στομάχου, από κει και πέρα δε θυμάμαι πολύ καλά τι έγινε, τι κάναμε εκεί πέρα, αλλά τότε πήγα σπίτι, κι άρχισα εγώ να της λέω 'δε θέλω να σε ξαναδώ, δε θέλω άλλη επαφή μαζί σου, αυτό που έκανες δεν το σκέφτηκες καν πως θα επηρεάσει εμάς', της έλεγα πολύ άσχημα λόγια που μετά σκέφτηκα ότι μπορεί να την επηρεάσουνε πιο πολύ σ' αυτό το πρόβλημα που έχει, εκείνη τη στιγμή δε σκέφτηκα καθαρά, και.. ε, μετά πήγα και της ζήτησα συγνώμη κι όλα αυτά. Και πάλι, από τότε δεν είχαμε, μαζί, ε απλά περνούσα πιο πολύ χρόνο μαζί της, περισσότερο απ' ό,τι περνούσα, για να μπορέσω να την προσέχω κι εγώ, τα φάρμακα της τα 'χα πάρει. [...] Εε, ήτανε ένα.. από τα πιο άσχημα κομμάτια της ζωής μου. Της παιδικής μου ηλικίας βασικά. Γιατί όλα τ' άλλα είναι ωραία [χαμογελάει], απλά εκεί ήτανε.. too much για μένα, σ' αυτή την ηλικία να το ζήσω όλο αυτό. Ντάξει, θα μου πείτε τώρα άλλοι ζούνε χειρότερα, σε μικρότερες ηλικίες, αλλά ντάξει, για μένα ήτανε κάτι πρωτότυπο, οπότε δεν ήθελα να το ξαναζήσω. Δε θέλω να το ξαναζήσω ποτέ, δηλαδή η μητέρα σου να θέλει να χάσει τη ζωή της για πιο λόγο; Τι να πω; [Σωτήρης]

9.3.6 Η πρόσληψη της στάσης των μελών της οικογένειας στο πρόβλημα του γονιού

Η πρόσληψη της στάσης των παππούδων/γιαγιάδων. Η πρόσληψη των παιδιών για την στάση των παππούδων σε σχέση με το πρόβλημα του γονιού στην παρούσα έρευνα ποικίλει. Στις περισσότερες περιπτώσεις θεωρούσαν ότι παρείχαν πρακτική βοήθεια στην οικογένεια. Σε τρεις περιπτώσεις, του Μάριου, της Αλεξάνδρας και της Παναγιώτας φαίνεται ότι οι γονείς του πάσχοντος γονιού δεν μπορούσαν να αποδεχτούν το πρόβλημα του παιδιού τους και γι' αυτό το λόγο δεν επέμειναν ποτέ να παρασχεθεί ψυχιατρική φροντίδα θεωρώντας ότι αυτό είναι κακό και επιλήψιμο για την οικογένειά τους, με αποτέλεσμα να παραμένει το άτομο χωρίς μέριμνα από τις ανάλογες ειδικότητες. Χορηγούσαν κρυφά τη φαρμακευτική αγωγή όταν χρειάστηκε ακόμη και σε μεγάλη ηλικία. Η Παναγιώτα μοιράζεται την εμπειρία της:

Αλλά η γιαγιά μου της το 'βαζε κρυφά ξέρω γω ακόμα και μεγάλη που ήτανε, σαράντα ξέρω γω, στο χυμό της ή στο νερό, ε, κι έλεγα, 'για να το παίρνει, κάτι..', δεν ήξερα τι είναι αυτό, και ποτέ δεν το χα ακούσει, οπότε, ναι. [...] Πριν δεν την, δεν την είχανε ποτέ, βέβαια καταλάβαιναν κι ο παππούς μου κι η γιαγιά μου ότι κάτι συνέβη, κάτι συμβαίνει, αλλά μμ την πηγαίνανε στο νευρολόγο του παππού, νομίζω, νευρολόγο όμως, ε, και της είχε δώσει κάτι για τα νεύρα, είχε καταλάβει ότι είχε κάτι σαν τον παππού, παρόμοιο, με τα νεύρα κι αυτά, ναι, και το 'παιρνε για είκοσι χρόνια το ίδιο, και απ' ό,τι ξέρω α αρνούνταν να πάει, η μαμά οπότε δεν την πήγανε, στην τελική, ούτε σε ψυχολόγο ούτε σε ψυχίατρο. Ναι. Ανεύθυνο να πω? Ότι την αφήσανε? Κι ήτανε, τράβηξε κι αυτή όλα αυτό που τράβηξε τόσα χρόνια, δηλαδή θα μπορούσε να 'χε λυθεί, δεν ήτανε κάτι, αυτή ένιωθε κάτι ότι άμα, πάντα από μικρή φαντάζομαι τη λέγανε τρελή, και στο σχολείο και, ενώ ήτανε μια χαρά μαθήτρια, μετά από, και μετά με μια σχέση που είχε αυτό επιδεινώθηκε μάλλον και τότε άρχισε το χειρότερο, πάνω στην εφηβεία εκεί, εεε αλλά δεν τους κατηγορώ γιατί προφανώς οι άνθρωποι δεν ξέρανε, δε γνωρίζανε έτσι, ναι, τι, τι συμβαίνει, τι είναι αυτό. Δε δεν τους κατηγορώ καθόλου, ειδικά τη γιαγιά μου, που η γυναίκα δεν, δεν είναι μορφωμένη να πω.. αυτό. Ε, έχει πάντα την εκκλησία ας πούμε ότι ο Θεός θα την κάνει καλά τη μαμά ό,τι και να έχει, και φτάνει τις σταγόνες που 'παιρνε είκοσι χρόνια ας πούμε το ίδιο, αυτό, που είχε δώσει ο νευρολόγος. Ναι, κι εγώ στη γιαγιά την έχω ρωτήσει 'γιατί δεν την πήγατε?' και μου λέει 'δεν ήθελε η ίδια. Να πάει'. Αρ αρνιόταν ότι, λέει, κι ακόμα δηλαδή θα μου πει 'εμείς είμαστε καλά, όλα είναι καλά, δεν έχουμε εμείς ούτε ψυχιατρικό ιστορικό, ούτε..' πώς το λέει? [χαμογελάει] Ναι, γενικά.. 'μπλεξίματα' [χαμογελάει] αυτό. Ε, εντάξει, τη μία το παραδέχεται την άλλη λέει 'δεν έχουμε κάτι'. 'Ούτε ποινικό μητρώο' λέει 'που έχουμε [χαμογελάει], ούτε τίποτα'. Δηλαδή το θεωρεί κάτι κακό, κι η γιαγιά μου δηλαδή ακόμα αναρωτιέται τι έχει η μαμά, της εξηγώ εγώ [χαμογελάει] γιατί πήγε στο νοσοκομείο και, μτς, δεν πρόκειται να καταλάβει, δηλαδή, 'α γι' αυτό' θα μου πει 'η μαμά φέρεται τη μία έτσι την άλλη αλλιώς'? Πάντα. Της λέω 'δεν είναι κάτι κακό'. Αυτό. Δηλαδή τη θεωρούσαν όλοι ότι είναι κάτι κακό, να πας σε ψυχολόγο, ψυχίατρο. Ναι. Γι' αυτό δεν τους κατηγορώ γιατί δεν ξέρανε τι είναι,

τι.. κι ο ψυχολόγος δεν είναι μόνο για τους τρελούς [χαμογελάει], που λένε. Ναι. Δεν ξέρανε. (.)
[Παναγιώτα]

Η πρόσληψη της στάσης του υγιούς γονιού. Στο συγκεκριμένο δείγμα προέκυψε ότι υπήρχαν αρκετοί χωρισμοί μεταξύ των γονέων, οι οποίοι εν μέρει οφείλονταν στο ψυχιατρικό πρόβλημα του πάσχοντος. Από την άλλη υπήρχαν και περιπτώσεις συζύγων που ήταν υποστηρικτικοί. Η Δήμητρα αφηγείται σχετικά:

Το αποδέχτηκε και τον βοήθησε. Πραγματικά τον βοήθησε, γιατί άμα δεν ήτανε η μητέρα μου, άμα δεν ήτανε η μητέρα μου κι αν δεν τον έβαζε στο ψυχιατρείο τώρα θα 'τανε πραγματικά χαμένος, θα 'βγαине στις ειδήσεις 'α, ο τρελός βγήκε στους δρόμους', εε, εε, τι άλλο; Δε θα 'παιρνε τα φάρμακά του καθόλου εε και ουσιαστικά θα 'πρεπε να χειριστώ την κατάσταση. Αλλά.. τέτοιο, η αλήθεια είναι ότι κουράστηκε, αλλά κατάφερε και τη διαχειρίστηκε, γιατί η μάνα μου έχει.. είναι μητέρα, έχει δύο παιδιά, είναι σύζυγος, είναι μητέρα σ' ένα σπίτι, έχει να μαγειρέψει να κάνει να ράνει, ουσιαστικά πήρε όλα αυτά τα πράγματα στην πλάτη της και κατάφερε να τα διαχειριστεί όλα. [Δήμητρα]

Κατά την πρόσληψη των παιδιών ο υγιής γονιός μπορεί να αντιδράσει με ευάλωτα συναισθήματα στο πρόβλημα του ασθενούς συζύγου του όπως στην περίπτωση του πατέρα του Βαγγέλη που όταν χρειάστηκε να νοσηλευτεί η μητέρα του ο πρώτος κάμφθηκε και έκλαιγε συνέχεια. Η στάση του υγιούς γονιού για το πρόβλημα του συζύγου του μπορεί να είναι ανοιχτή και ξεκάθαρη προς το παιδί ή μπορεί να είναι αποκρυπτική. Για το πρώτο είναι αντιπροσωπευτική η περίπτωση της Τζένης της οποίας ο πατέρας την είχε ενημερώσει σχετικά νωρίς για την κατάσταση της μητέρας. Για το δεύτερο, χαρακτηριστική είναι η αφήγηση του Μάριου, του οποίου η μητέρα ήταν αποκρυπτική όχι μόνο για τα θέματα του πάσχοντος πατέρα αλλά και για όλα τα θέματα υγείας στην οικογένεια, κάτι για το οποίο νιώθει προδομένος:

Τέτοια πράγματα γιατί δεν μου το 'πανε, πιο πολύ ένιωσα νομίζω προδομένος από τους γονείς μου κάπως, γιατί εγώ νόμιζα ότι ήμαστε δεμένοι μέχρι τότε, ότι λέμε πράγματα μεταξύ μας, και ξαφνικά μαθαίνω ότι υπάρχει αυτό ξέρω γω, εε, γενικά έχω πιάσει και τη μητέρα μου δυο τρεις φορές να έχει πάει π.χ. για δικό της λόγο σε γιατρούς κι αυτά και να μη λέει τίποτα, για παράδειγμα, δηλαδή, άμα έχει κάτι, και δε δεν μ' αρέσει αυτό, εγώ, εγώ είμαι γενικά, τα λέω όλα στους δικούς μου, ό,τι και να έχω, ό,τι και να κάνω δηλαδή τα λέω θέλω να τα ξέρουνε. Κι εγώ θέλω να τα ξέρω αλλά δεεε δε δεν μου τα λένε ας πούμε. Αυτό. Ναι. [...] Η μάνα μου δε μου το 'πε πιστεύω για να μην με στενοχωρήσει, ίσως πίστευε ότι είμαι μικρός και δεν θα καταλάβω, θα νομίζω ότι είναι πιο σοβαρά από ό,τι είναι ίσως και θα σκέφτομαι άσχημα, δεν ξέρω πως το σκέφτηκε, και δεν έχω κάτσει ποτέ να μιλήσω μαζί της, για να της πω γιατί δεν μου πε ας πούμε αυτά. [Μάριος]

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι υγιείς γονείς παρότρυναν τα παιδιά τους να είναι κοντά στον πάσχοντα γονιό (όπως στην περίπτωση της Αφροδίτης)(, ή τα συμβούλευαν να έχουν υπομονή χωρίς όμως να βοηθούν καθόλου στις πρακτικές δυσκολίες που αφορούσαν τις ψυχιατρικές ανάγκες του γονιού, (όπως στην περίπτωση του Πέτρου).

Η προσωπική στάση για το πρόβλημα του γονιού. Πολύ συχνά τα παιδιά θεωρούν ότι το πρόβλημα του γονιού δεν είναι μόνιμο, κι ότι γίνεται δύσκολο την περίοδο των υποτροπών, ενώ στα μεσοδιαστήματα η συμπεριφορά είναι φυσιολογική. Αυτό το αντίβαρο είναι πολύ σημαντικό γιατί κατά τα διαστήματα αυτά μπορούν να αξιοποιηθούν πολλές πηγές ενδυνάμωσης. Από την ανάλυση των αφηγήσεων όμως προκύπτει ότι αυτό μπορεί να μην ισχύει πάντα στην πραγματικότητα για διάφορους λόγους, όπως το ότι στα μεσοδιαστήματα περιγράφονται πολλά προβλήματα τα οποία απλώς δεν φτάνουν στο βαθμό να νοσηλευτεί ο γονιός σε ψυχιατρική κλινική. Ενίοτε, η στάση των παιδιών είναι αποφευκτική σε σχέση με τα προβλήματα του γονιού, δεν θέλουν να μιλούν γι' αυτό ούτε μέσα στο σπίτι ούτε ευρύτερα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο συναίσθημα της ντροπής, στην πυροδότηση των ψυχικών τραυμάτων ή στο ότι τα παιδιά δεν είναι έτοιμα σε αυτή τη φάση να αποδεχτούν την κατάσταση.

Τίποτα. Δεν μίλαγα. Δεν μίλαγα. Συνήθως δεν μίλαγα. Γιατί δεν ήθελα. Ούτε νευρίαζα μαζί της ούτε τίποτα. Ήμουνά πάρα πολύ ήρεμη σαν άνθρωπος, σαν παιδί που ήμουνά δεν μίλαγα. Και τα 'λεγα στον πατέρα μου τι έκανε. Γιατί κι ο πατέρας μου δούλευε πάρα πολλές ώρες, επομένως δεν ήτανε στο σπίτι. [...] Όποιος με ρώταγε 'έχει τα νεύρα της' ή το έλεγα, κι απέφευγα να μιλήσω μαζί τους για αυτό το θέμα. Γενικά όταν με ρώταγαν απέφευγα να μιλάω. Δεν μίλαγα. Ακόμα και τώρα δηλαδή με ρωτάει η γιαγιά μου που, πάντα η μητέρα μου είχε μία... όταν ήταν άρρωστη τα έβαζε μαζί της. Πάντα. Η γιαγιά μου με ρωτάει κι αυτά και της λέω 'καλά είναι, καλά, καλά είναι' αλλά... ντάξει. [...] Δεν θέλω τόσο πολύ να μιλάμε για αυτό το θέμα. [Τζένη]

Άλλοτε η στάση δεν είναι στατική αλλά μετεξελίσσεται στο χρόνο όπως στην περίπτωση της Αννέτας για την ψυχιατρική κατάσταση του πάσχοντος πατέρα που άλλαξε στο πέρασμα του χρόνου. Στην αρχή είχε αποστασιοποιηθεί και προς τον πατέρα και προς το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, αργότερα όμως εξοικειώθηκε και μπορούσε να το συζητήσει ελεύθερα. Τέλος, τα παιδιά μπορεί να διατηρούν μια στάση αποδοχής του ψυχιατρικού προβλήματος του γονιού, θεωρώντας ότι πρόκειται για ένα θέμα υγείας μεταξύ άλλων, όπως η Αφροδίτη:

Εντάξει, εγώ δέχτηκα ότι, εε, η μητέρα μου, εε, έχει ένα πρόβλημα, αντιμετωπίζει κάποιο θέμα υγείας και πρέπει, εε, να σταθώ στα πόδια μου, να το αντιμετωπίσω με ωριμότητα, χμμ [χαμογελάει]. Αυτό. Όταν ήμουν μικρή έτσι σκεφτόμουν, λέω 'θα καθίσω και θα ασχοληθώ με τα μαθήματά μου, πρέπει αυτό να σκέφτομαι τώρα'. [...] εε σχεδόν ναι, χμμ [χαμογελάει], θα λεγα πως ναι. Δηλαδή και στο γυμνάσιο ήμουν, θα λεγα, στην εφηβεία μου ήμουν αρκετά καλή μαθήτριά, πέρασα, εντάξει, το ίδιο και τ' αδέρφια μου. Εγώ, εε, ας το πω έτσι απλά δεν της είχα κρατήσει κακία γιατί αντιλαμβανόμουν ότι εε είναι ένα, εε, πρόβλημα που, εε, μπορεί να χτυπή, να επηρεάσει τον εε οποιονδήποτε. Είναι ένα νόσημα το οποίο μπορεί να το πάθει, κι άλλος, κι άλλοι άνθρωποι, οπότε πρέπει, εε, να το δω με άλλο μάτι το πράγμα. Αυτό. [Αφροδίτη]

Η πρόσληψη της στάσης των αδελφών. Η στάση των αδελφών μπορεί να είναι αποφευκτική, κατά την πρόσληψη κάποιων συμμετεχόντων, στα ψυχιατρικά προβλήματα του γονιού κυρίως λόγω κάμψης των δυνάμεων και των αντοχών, με αποτέλεσμα να προβούν σε σημαντικές επιλογές για τη ζωή τους, όπως βλέπουμε στην αφήγηση του Πέτρου για την πρωτότοκη αδελφή του, η οποία αποφάσισε να παντρευτεί νωρίς για να φύγει από το πατρικό της. Από την άλλη μεριά, συναντάμε στις αφηγήσεις και ακριβώς την αντίθετη στάση, όπως στην περίπτωση της μικρότερης αδελφής του Πέτρου, η οποία ο ίδιος θεωρεί πως πιστεύει ότι πρέπει να κάνει υπομονή και να αντέχει όλα τα βάρη χωρίς παράπονα:

Ε, δεν παίρνει πρωτοβουλίες για τον εαυτό της, κάνει υπομονή, υπάρχουνε βάρη τα οποία δεν τα απεμπολεί από πάνω της, εεμ, λέει 'θ' αντέξω αυτό, θ' αντέξω κι αυτό, θ' αντέξω κι αυτό' και ξαφνικά μετά έχει ξεσπάσματα, είναι καλοπροαίρετο, φιλότιμο άτομο το οποίο προσπαθεί γιατί έχει μεγάλο θέμα με την ενοχικότητα, νιώθει ενοχές άμα δεν κάνει κάτι, θεωρεί ότι πρέπει να κάνει αυτό που θεωρείται καλό για να βοηθήσει τους άλλους, ό,τι κάνει θεωρεί πως είναι αυτό που λένε ότι.., ο Χριστιανισμός λέει ότι δεν είμαστε υπεύθυνοι γι' αυτά που κάνουμε, είμαστε υπεύθυνοι γι' αυτά που δεν κάνουμε, οπότε θεωρεί ότι είναι ευθύνη της να αναλάβει.., όπως κι εγώ το ίδιο λάθος κάνω, να αναλάβει τα βάρη των άλλων. Κι αυτό το κάνουμε γιατί νιώθουμε ενοχές, και αυτό.., δεν είναι μόνο αυτό, είναι ότι μας έχει μάθει η μητέρα μου γιατί έτσι μας έλεγχε, εε ενοχικό χειρισμό.[Πέτρος]

Η Νεφέλη κατά την άποψη της αδελφής της, Αννέτας, επίσης δαπανούσε πολλή ενέργεια προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα στο σπίτι από τη θέση του βασικού φροντιστή σε όλα τα επίπεδα:

Η αδελφή μου το πέρασε πάρα πολύ.. δύσκολα όλο αυτό, δηλαδή αν εγώ το πέρασα μία φορά δύσκολα νομίζω εκείνη το πέρασε διπλάσια γιατί ήτανε αυτή που έμπαινε στη διαδικασία να μιλήσει με το μπαμπά. Που όταν υπήρχε κρίση ήτανε εκεί για να του μιλήσει, για να τον ηρεμήσει, θυμάμαι ότι την πρώτη περίοδο ότι δεν κοιμότανε, εε, κάποια στιγμή, ε,

έπαιρνε κάποιες βιταμίνες, δεν τη βοηθούσανε, έπαιρνε βαλεριάνες, δεν τη βοηθούσανε, οπότε μετά κατέφυγε στα ζάναξ για να κοιμάται γιατί δεν μπορούσε να κοιμηθεί, τώρα αυτό στην αρχή όταν αρχίσανε τα πρώτα ξεσπάσματα, εε, και γενικότερα λίγο πήρε το ρόλο των γονιών, και για μένα, αλλά και για τους δύο, και για τη μαμά μου, και για το μπαμπά μου, δηλαδή όταν είχε την κρίση ο μπαμπάς ήτανε εκεί, όταν η μαμά δεν ήτανε καλά και την πιάνανε τα κλάματα ήτανε εκεί, βέβαια με τη μαμά πολλές φορές, αν όχι όλες, ήτανε πιο αυστηρή, [...] δηλαδή αυτή την ευθύνη νομίζω ότι είχε συνέχεια στο μυαλό της, ότι 'πρέπει να φροντίσω για όλους τους υπόλοιπους, για την αδερφή μου, για τη μαμά μου και για το μπαμπά μου', και δεν ήτανε αυτή η δουλειά της ως παιδί, κι ας ήταν μεγαλύτερη. [Αννέτα]

Έχει επίσης πολύ ενδιαφέρον ότι σε κάποιες περιπτώσεις αδελφών που είναι αποξενωμένοι και δεν έχουν στενή σχέση μεταξύ τους δεν μπορούν να συνάγουν τη στάση τους σε σχέση με το πρόβλημα του γονιού, όπως στην περίπτωση της Αλεξάνδρας η οποία διατείνεται ότι δεν ξέρει τι σκέφτεται η αδελφή της λόγω της μεγάλης της εσωστρέφειας. Τέλος, η στάση των αδελφών ενίοτε παραπέμπει σε μεγάλες εντάσεις με τον πάσχοντα γονιό λόγω των επιπτώσεων που έχει η ψυχιατρική του κατάσταση κατά το μέγλωμα. Ο Μάριος περιγράφει για την αδελφή του τα εξής:

Νομίζω στην αδερφή μου έχει πιο πολύ επίπτωση πιστεύω αυτό με τον πατέρα μου. Έχει, πραγματικά δεν ξέρω, ίσως, εγώ το έχω συνηθίσει, αλλά σε άλλους ίσως να φαίνεται ότι ο πατέρας μου όντως έχει κάποιες συμπεριφορές. Η αδελφή μου πάντα τον είχε πιο πολύ άχτι από όλους. Νευρίαζε πιο πολύ μαζί του όσο με κανέναν άλλο. Αλλά πιστεύω δεν της έχει κάνει κάτι, απλά (.) απλά επειδή πιστεύω ότι επειδή η αδερφή μου ήταν κοντά στη μητέρα μου, έβλεπε πως την επηρεάζει, και την πείραζε πολύ πε, περισσότερο από ό,τι εμάς, γιατί εμείς δεν ήμασταν τόσο πολύ κο, επειδή ντάξει κι εμείς ήμασταν κοντά στη μάνα μου, αλλά η αδελφή μου ήταν πε πολύ περισσότερο κοντά, ήταν κολλημένη επάνω της. Και πιστεύω έβλεπε περισσότερο από πιο κοντά πως την επηρεάζει ο πατέρας μου τη μητέρα μου, κι έτσι για αυτό το λόγο είχε πιο πολλά νεύρα με τον πατέρα μου. Αυτό. Ναι. Την έχει πειράζει περισσότερο πιστεύω. Ναι. Λίγο ότι κουράζεται ψυχολογικά, ότι.. τέτοια πράγματα, ναι, ότι κακοπερνάει ας πούμε γιατί δεν είναι και καλή φάση αυτό ας πούμε. Και γι' αυτό πιστεύω. Αλλά κι η αδελφή μου ήταν δυσαρεστημένη με τον πατέρα μου έτσι? Και με τη μάνα μου. Όλοι μαζί μένανε. Και γιατί εκείνη είχε όλα αυτά τα προβλήματα με τον πατέρα μου που συνέχεια την αγχώνανε την κάνανε την ράνανε, και η αδερφή μου έχει, έχει, δεν έχει πολύ μεγάλα όρια, δηλαδή... [Μάριος]

9.4 Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

9.4.1 'Με τα πράγματα.. και φορτωμένη.': Το παιδί στο ρόλο του φροντιστή

Όλοι οι συμμετέχοντες του δείγματος είχαν αναλάβει το ρόλο του φροντιστή στην οικογένεια, είτε σε πρακτικό είτε σε συναισθηματικό επίπεδο, γεγονός που μπορεί να προέκυπτε κατόπιν επιβολής από κάποιο μέλος της πυρηνικής ή της ευρύτερης οικογένειας, ή ίδια βουλήσει, λόγω των πιεστικών συνθηκών και της έλλειψης εναλλακτικών. Από την ανάλυση προέκυψε ότι σε αρκετές περιπτώσεις η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή από το παιδί ήταν μία διεργασία που προηγούνταν της εκδήλωσης των ψυχιατρικών προβλημάτων του γονιού, λόγω δυσμενών οικογενειακών συνθηκών που αφορούσαν στις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και τη διαχείριση των οικονομικών [Νεφέλη]. Το πιο συχνό μοτίβο στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων είναι η ανάληψη της διεκπεραίωσης των οικιακών εργασιών και της διαχείρισης των οικονομικών από πολύ μικρή ηλικία ελλείπει εναλλακτικών, με επιπτώσεις στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, την κοινωνικότητα και την ανεμελιά, όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Αφροδίτης:

Πιστεύω, ότι, εε, [παύση] με επηρέασε στο θέμα ότι ε, έπρεπε από μικρή να μάθω κάποια πράγματα ε να τα διαχειρίζομαι μόνη μου που θα 'πρεπε να είχα δίπλα μου τη μητέρα μου εκείνη την εποχή. Αυτό. Δηλαδή δεν έζησα θεωρώ σαν όλα τα υπόλοιπα παιδιά που βγαίνανε, παίζανε και τα λοιπά. Καθόμουν ας πούμε, καθόμασταν, πλέναμε πιάτα, βοηθούσαμε, μάθαμε από μικρά ότι πώς να μαγειρεύουμε... έπρεπε να μάθουμε αυτά τα πράγματα να τα διαχειριζόμαστε μόνοι μας γιατί, εε, η μητέρα μου λόγω πιστεύω του προβλήματος που είχε, εε, έπαιρνε και φάρμακα, δεν είχε τη διάθεση έτσι δεν ήτανε δραστήρια. Οπότε έπρεπε να είμαστε στο σπίτι να το φροντίσουμε, να διαβάζουμε, δεν είχαμε τόσο πολύ χρόνο θεωρώ για να βγαίνουμε εε σα παιδιά... αυτό. [Αφροδίτη]

Σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες αναγκάζονταν να αναλαμβάνουν την μέριμνα των ψυχιατρικών αναγκών του γονιού, είτε μόνοι τους είτε σε συνεργασία με άλλα μέλη της οικογένειας. Τουλάχιστον 12 συμμετέχοντες ανέφεραν την επιστασία για τη λήψη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής του γονιού κυρίως λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης, είτε επειδή ο γονιός βρισκόταν σε άρνηση είτε επειδή η εγρήγορση και η προσοχή του ήταν ανεπαρκής. Επίσης, αναλάμβαναν τη θέση του 'παρατηρητή'

[Δήμητρα, Αλεξάνδρα, Κάτια, Τζένη, Νεφέλη, Σωτήρης, Χρήστος] για τον εντοπισμό των ψυχιατρικών συμπτωμάτων του γονιού προκειμένου να αφυπνιστεί το οικογενειακό σύστημα προς την ανάλογη δράση για την πρόληψη της υποτροπής. Τα παιδιά πολύ συχνά αναλαμβάνουν και υποχρεώσεις που αφορούν στο διαδικαστικό της εκούσιας ή ακούσιας νοσηλείας, αλλά και της φροντίδας του γονιού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στην ψυχιατρική κλινική, διατηρώντας ταυτόχρονα όλες τις υπόλοιπες οικιακές υποχρεώσεις. Οι εκούσιες νοσηλείες είναι σε κάθε περίπτωση πιο διαχειρίσιμες από τις ακούσιες, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι εξίσου ψυχικά επιβαρυντικές για τα παιδιά όταν βρίσκονται στη θέση του φροντιστή. Αυτό επιβεβαιώνεται από την ιστορία του Πέτρου, που ως ο κύριος φροντιστής της μητέρας του ένα ολόκληρο βράδυ αγωνιζόταν να τη βοηθήσει να δεχτεί να εισαχθεί εκουσίως στο ψυχιατρείο:

Ο πατέρας μου εντωμεταξύ ήτανε στην Λάρισα και μου 'λεγε 'εγώ δεν θα βάλω τη γυναίκα μου σε ψυχιατρείο', και το 'να και τ' άλλο. Φανταστείτε την είχα τη μητέρα μου εκείνο το βράδυ στο σπίτι [βήχει] δεν μίλαγε, εε, δεν κοιμότανε, και σηκωνότανε, ήτανε, ήτανε, πως να σας το περιγράψω, έχετε δει τους ανθρώπους που υπνοβατούνε στις ταινίες που ό,τι τους λες κάνουν. Ε, αλλά ανεπαίσθητα κάνουν διάφορα άλλα πράγματα, δεν ξέρουν τι κάνουν, δηλαδή εε θυμάμαι το τελευταίο βράδυ χαρακτηριστικά πριν την βάλω στο ψυχιατρείο, την έβαζα να ξαπλώσει, της έλεγα 'κοιμήσου, κοιμήσου', την έβαζα, την πίεζα να ξαπλώσει, της έκανα αυτό [δείχνει την επιβολή να πάει για ύπνο], με το που γύρναγα τη.. τη γωνία κοιμότανε. Δεν γυρνούσε, μετά σηκωνότανε και περπάταγε. Δεν ήξερε που πήγαινε. Πήγαινε προς τα κει, την έπιανα από το χέρι, της λέω 'μαμά έλα δω', την έπιανα από το χέρι, εε, την έπιανα, την έβαζα κάτω, της σήκωνα τα πόδια, την ξάπλωνα, δεν μίλαγε, δεν αντιδρούσε, δεν.., ξάπλωνε και με το που γύρναγα ξανασηκωνότανε. Οπότε εκείνο το βράδυ δεν κοιμήθηκα καθόλου γιατί είχα αυτό το πράγμα. Ξάπλωνα λίγο, με το που πάω είχε ξανασηκωθεί, άνοιγε πόρτες, πήγαινε, πραγματικά είναι σαν.. Το άλλο που μπορώ να σας το περιγράψω είναι σαν κάποια ζώα στα οποία έχουνε γεμίσει μύγες στον εγκέφαλό τους, και τους τρώνε τον εγκέφαλο και απλά είναι άβουλα. Περπατάνε και δεν ξέρουνε που πάνε, ζαλίζονται, δεν ξέρω αν έχετε δει στα ντοκιμαντέρ εε αυτήν την εικόνα, το ίδιο πράγμα. Δεν ήξερε τι έκανε, δεν ήξερε τι της γινότανε, δεν ήταν.. ανταποκρινότανε δηλαδή καμιά φορά όταν ήθελε να βγει κι εγώ έκλεινα την πόρτα για να μην περάσει το δωμάτιο να την ξαναβάλω να κοιμηθεί, ααα, έκανε έτσι και πέταγε ένα 'να περάσω'. 'Που να πας;' 'Ααα' δεν ήξερε τι γινότανε. Εε.. Μία από αυτές τις φορές που σηκώθηκα την έπιασε ένα στο μπαλκόνι, δεν ξέρω τι παραθυρόφυλλο έχετε [σηκώθηκε και κοιτάει το παράθυρο], εδώ πέρα έχετε αυτό με τις γρίλιες, τις περσίδες που είναι ξύλινες που είναι ίδιο με τις κανονικές...[...] Κι είχε πάρει μία θούρτσα, είχε βγει στο μπαλκόνι, ήτανε προς την έξω πλευρά του μπαλκονιού γυρισμένη στο παραθυρόφυλλο, το παντζούρι το μεγάλο κι έξυνε το παντζούρι με τη θούρτσα. Ποια λογική είχε αυτό το πράγμα τέσσερις η ώρα το πρωί; Τα ξημερώματα να 'χει βγει στο μπαλκόνι και να ξύνει. Δεν μίλαγε, 'ααα' [μιμείται τους ήχους

της μητέρας] έξυνε με τη βούρτσα τη.. το παντζούρι. Εε, και το πρωί που ξημέρωσε εννοείται, αφού πέρασαν οι ώρες και.. την ετοίμασα και την πήγα στο Δαφνί, εννοείται ο πατέρας μου δε συμφωνούσε και τα λοιπά, αλλά, εγώ την πήγα, και της λέω 'μαμά δεν είσαι καλά πρέπει να μπεις μέσα, θα υπογράψεις σε παρακαλώ;' Εε, και υπέγραψε. Εκείνη τη στιγμή, είχε κάποιες στιγμές διαύγειας εκεί την άλλη μέρα, εε, οπότε υπέγραψε η ίδια και μπήκε. [Πέτρος]

Η μέριμνα των ακούσιων νοσηλειών αποτελούσε επίσης μία πολύ αντίξοη εμπειρία για τα παιδιά διότι έπρεπε να διαχειριστούν και τη συμβολή της αστυνομίας για την προσαγωγή του γονιού στην ψυχιατρική κλινική όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Πολλοί από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα [Αλεξάνδρα, Κάτια, Τζένη, Χρήστος, Δήμητρα] αναγκάστηκαν από μικρή ηλικία να ζήσουν πολύ αντίξοες εμπειρίες που προέκυπταν από την ανάγκη μέριμνας του γονιού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του:

Έχω σκάψει το Δαφνί ανήλικο κορίτσι, με τα πράγματα και φορτωμένη για να ανεβώ πάνω στην ανηφόρα, μπορούσα δεν μπορούσα, από τη λεωφόρο Αθηνών μέχρι πάνω το τέρμα και δεν με πήγαινε κανείς; Και δε ρώταγε κανείς 'πώς πήγαινες'; Και να περνάω όλους αυτούς τους αρρώστους και να βάζω ακουστικά για να μην ακούω αυτές τις φωνές, αυτές τις κραυγές των ανθρώπων, που είχαν τα δικά τους ψυχολογικά προβλήματα, που ήταν εκεί ρακένδυτοι, με πόναγε, δεν είναι πατάω το κουμπί, δε νιώθω.. [...] Βέβαια. Βέβαια. Μέσα στην κλινική πήγαινα. Από δώδεκα χρονών υπέγραφα και χαρτιά γιατί κανένας άλλος δεν αναλάμβανε.., την έφερνα εγώ με άδειες, υπάρχουν όλα. 'ΚΚ', το.., τα αρχικά του γράμματός μου, δεν πήγαινε κανένας να υπογράψει να την πάρει και την έπαιρνα εγώ με δική μου ευθύνη και να της δίνω εγώ τα φαρμακουλία της. Επιτρέπεται; Είναι αυτές τώρα καταστάσεις για ένα παιδί δώδεκα δεκατριών χρονών, δεκατέσσερο, δεκαπέντε, δεκάξι χρονών..; [...] Πολύ άσχημες επίσης. Πολύ κατήλωμα. Έπεφτε πολύ κατήλωμα εκείνα τα χρόνια. Και.. φφφ [ξεφυσάει], άσχημες καταστάσεις, δηλαδή.. τριτοκοσμικές, το Δαφνί εκείνα τα χρόνια ήτανε.. Νταχάου. Καθόλου ωραία. Δεν μου άρεσε καθόλου το περιβάλλον εκεί, κλειστές πόρτες, δεν έβγαινε η μαμά έξω, κατήλωση.., ούρα κάτω από τους.., από τα τέτοια.., δεν μου άρεσε, δεν.., με βαριά καρδιά πήγαινα εκεί δηλαδή πάντα, ήθελα να πάω να τ' αφήσω να σηκωθεί να φύγω, γιατί πολλές φορές παρόλο που δεν επιτρεπόταν να βγει έξω, πήγαινα και την έπαιρνα κι εγώ και την πήγαινα στο καφενείο γιατί δεν ήθελα να κάτσω να βλέπω τους άλλους ανθρώπους πως ήτανε.. και.. αυτό που περνούσανε. [Κάτια]

Στα πλαίσια της φροντίδας των ψυχιατρικών αναγκών του γονιού τα παιδιά έπρεπε να κινητοποιηθούν για να έχουν συνεργασία με τους ειδικούς, με αποτελέσματα όχι πάντοτε θετικά. Η Αλεξάνδρα στην αφήγησή της αναφέρει ότι είχε καταφέρει από μικρή ηλικία να έχει επαφή με ανθρώπους του Δήμου που την βοηθούσαν στην εκκίνηση των εισαγγελικών παραγγελιών, αλλά και τις δυσκολίες που είχε με κάποιον από τους θεράποντες της μητέρας της

που την απαξίωνε και δεν μπορούσαν να συνεργαστούν στα πλαίσια της θεραπείας της μητέρας της. Ο ρόλος του φροντιστή του παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει και την μέριμνα για τη σχέση των γονέων, ειδικά στις περιόδους που το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών του πάσχοντος γονιού αφορά σε θέματα της σχέσης με τον/ την σύζυγο, όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Νεφέλης που προσπαθούσε να πείσει τον πάσχοντα πατέρα της για την αφοσίωση της μητέρας της, δαπανώντας πάρα πολύ χρόνο και ενέργεια.

Ο ρόλος του φροντιστή στο συγκεκριμένο δείγμα αφορά και την μέριμνα των αδελφών, ειδικά όταν ο πάσχων γονιός δεν μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στα γονικά του καθήκοντα κι ακόμα χειρότερα όταν ο υγιής γονιός δεν είναι σε θέση να αναλάβει πρωτοβουλίες, είτε επειδή δεν διαθέτει την κατάλληλη ψυχική συγκρότηση, είτε για πρακτικούς λόγους υγείας, επαγγελματικούς, κ.λπ.. Η Νεφέλη ως μεγαλύτερη αδελφή προσπαθούσε να υπερασπιστεί την αδελφή της ώστε να περάσει όσο πιο ανώδυνα γίνεται τα αναπτυξιακά στάδια στην διάρκεια των οποίων η ίδια είχε πιεστεί πολύ (κυρίως στην εφηβεία), χωρίς αυτό να αφορά απαραίτητως τη διάσταση της ψυχικής νόσου του πατέρα της αλλά γενικότερα τη λειτουργία της οικογένειας και τα θέματα αξιών περί ανατροφής. Σε άλλες περιπτώσεις κάποια παιδιά έπρεπε να θυσιάσουν προσωπικές επιθυμίες και στόχους προκειμένου να παράσχουν πρακτική και συναισθηματική μέριμνα στα αδέρφια σε περιόδους οξείας φάσης της νόσου του γονιού, αλλά και στα πλαίσια μίας υποκειμενικά προσλαμβανόμενης ανευθυνότητας των γονιών, όπως η Δήμητρα που αναγκάστηκε να διακόψει την προετοιμασία για τις πανελλήνιες εξετάσεις για να φροντίσει τον μικρό της αδελφό. Ο Πέτρος αφηγείται στην ιστορία του την αγωνία που είχε να προστατέψει τη μικρή του αδελφή από τα ψυχιατρικά προβλήματα της μητέρας του και την χαώδη κατάσταση στο σπίτι:

Κι είχα γυρίσει τότε και τους απείλησα ότι θα πάρω, θα.. διεκδικήσω την κηδεμονία της Μίνας εάν δεν μ' αφήσουν να την πάω σε ψυχολόγο, εε γιατί η μητέρα μου είχε πρόβλημα, θα τους έλεγα ότι 'η μητέρα μου έχει πρόβλημα, ο πατέρας μου λείπει, η μικρή έχει πρόβλημα θέλω την κηδεμονία, δεν γίνεται αυτή η κατάσταση'. Τότε δεχτήκανε να πάμε σε ψυχολόγο, η οποία ψυχολόγος είχε πει ότι.., της είχαμε εξηγήσει κάποια πράγματα, κι είχε πει τότε για μένα, δεν ξέρω αν είναι ακριβές γιατί δεν είχα μιλήσει εγώ δεν μ' είχε ξαναδεί προηγουμένως, μου είχε πει ότι ήτανε εκπληκτικό εε το ότι εγώ είχα ισορροπήσει σαν άνθρωπος με βάση αυτές τις συνθήκες τις οποίες της είχαμε αναφέρει, κι ότι καλό θα ήτανε η μικρή να φύγει και να 'ρθει να μείνει μαζί μου όσο εγώ σπουδάζω, για να 'χει εμένα σαν πρότυπο το πως ξεπέρασα αυτά τα προβλήματα, και να μπορέσει κι εκείνη να σταθεί στα πόδια της και να σπουδάσει και όλα

αυτά. [...]και ο πνευματικός μας είχε πει τότε 'πάρε το παιδί από κει μέσα για να ισορροπήσει σαν άνθρωπος', σαν χαρακτήρας νομίζω είχε πει, δεν θυμάμαι τα λόγια του με ακρίβεια.
[Πέτρος]

Πολλές φορές επίσης τα παιδιά [Παναγιώτα, Κάτια, Αλεξάνδρα, Σωτήρης] έπρεπε να φροντίζουν ταυτόχρονα και τον πάσχοντα γονιό αλλά και τους παππούδες/γιαγιάδες όταν εκείνοι δεν ήταν σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Η Παναγιώτα αφηγείται την επιβάρυνση που είχε από την φροντίδα των παππούδων την περίοδο που νοσηλεύτηκε η μητέρα της:

Ε, και ουσιαστικά ένιωθα ότι σε μένα όντως είχε πέσει το βάρος, δηλαδή εγώ πήγαινα να τη δω, είχαμε πάει βέβαια και με τη θ, με τη θεία, την επόμενη μέρα όταν μπήκε, εε, στο νοσοκομείο να της πάμε τα πράγματά της. Κι αυτά. Ναι. Και ως εκεί. Εγώ έτρεχα, και μετά εγώ έπρεπε να φροντ, τελικά η γιαγιά έμεινε σπίτι εκείνο το καλοκαίρι, δεν πήγε στο γηροκομείο, πήγε μόνο ο παππούς, ε οπότε εγώ έπρεπε να φροντίζω τη γιαγιά που δεν είχαμε βρει γυναίκα, εγώ το σπίτι το κρατούσα, τους λογαριασμούς, το ένα τ' άλλο, να διαχειρίζομαι όλα αυτά, ε, και συν τη μαμά. Εγώ έπαιρνα τηλέφωνο τους γιατρούς να μάθω τι γίνεται, εε, όλο αυτό. Συν και τ' άλλο που 'χα με τη σχέση που λέω [χαμογελάει] που 'ταν κι αυτό ένα βάρος, εε, ναι, έτρεχα δηλαδή, πήγαινα θυμάμαι στη κολλητή μου, στην παρέα που 'μασταν εκεί, και το ξενυχτούσα για να είμαι το πρωί ξύπνια να δώσω πρωινό στη γιαγιά και μετά όλο αυτό. Δηλαδή κοιμόμουνα λίγο το μεσημέρι ξανασηκωνόμουνα να της δώσω το φάρμακο, να της δώσω το φαγητό της, μτς, εγώ δηλαδή όλα αυτά, το 'φτιαχνα, στη συνέχεια και τον παππού όταν ξαναγύρισε στο σπίτι που γύρισε κι η γυναίκα, εε ναι. Είχαμε βρει και μια άλλη γυναίκα θυμάμαι που δεν ήτανε καλή, και τη χτ, και τη χτυπούσε τη γιαγιά κι έπρεπε να γυρνάω κι εγώ και να δω τι γίνεται, μπας και τη διώξουμε, τελικά δεν ήτανε. Ναι γενικά ένα διάστημα εγώ ήμουνα είχα το σπίτι, ας πούμε, σ' εμένα [χαμογελάει], ότι έπρεπε εγώ να τα διαχειριστώ όλα. Τη γιαγιά να την φροντίζω που ήτανε και κατάκοιτη, αυτοεξυπηρετούτανε ως ένα διάστημα, μετά κάπου είχε πέσει πάλι, δηλαδή κι εγώ ήθελα κάπου να φύγω, να πάω στην παρέα μου λίγο να, να ξεφύγω. Ε και η γιαγιά έκανε κι αυτή του κεφαλιού της, μια φορά πήγα και τη βρήκα λίγο κάτω, τέλος πάντων ναι, τη σήκωσα, αυτό έκανα [χαμογελάει]. Ενώ θεωρούσα δηλαδή απλά έπρεπε να κάτσω στο σπίτι και να μην πάω πουθενά [χαμογελάει]. Να κάτσω απλά για τη γιαγιά. Για να μην αγχώνομαι κι εγώ να γυρνάω το πρωί, να .. ναι. Εκείνο το καλοκαίρι θυμάμαι δεν μπορούσα να ηρεμήσω καθόλου, δε, και κάπου ένιωθα ότι δεν υπάρχω γώ, κάπου είχα χαθεί, δεν [χαμογελάει] δεν έκανα τίποτα για μένα, ένιωθα.. αυτό. Μόνο φρόντιζα τους άλλους. Μαμά, γιαγιά. Ναι, χμ [χαμογελάει]. Εγώ είχα κάτσει, και [χαμογελάει] τα 'κανα όλα εγώ τα πρακτικά. Και με τη γιαγιά πηγαίναμε να δούμε και τον παππού όσο περπατούσε, εε την πήγαινα με την μαγκούρα έτσι στον παππού, στο γηροκομείο, ε και μετά είχε πέσει κι έπρεπε πάλι, πάλι τα ίδια. Φαγητό, φάρμακα, όλα εγώ, ναι. Και τη μαμά, να πρέπει να ασχολούμαι μ' αυτό. Και το σπίτι να το καθαρίζουμε, όλο αυτό. [Παναγιώτα]

9.4.2 'Λέω θα περάσει κι αυτή η μέρα..': Ο συναισθηματικός αντίκτυπος

Ο συναισθηματικός αντίκτυπος από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου όπως είναι ευνόητο είναι ισχυρός δεδομένης τόσο της σφοδρότητας όσο και της χρονιότητας των αντιξοοτήτων. Κατά την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν οι κυρίαρχες συναισθηματικές καταστάσεις της στενοχώριας, του θυμού, της ντροπής, του φόβου και της μοναξιάς. Η συναισθηματική κατάσταση της στενοχώριας των παιδιών σε σχέση με τη γονική ψυχική νόσο κατά μία έννοια διατρέχει όλες ανεξαιρέτως τις αφηγήσεις είτε λεκτικά είτε μη λεκτικά, κάτι που δυσκόλεψε ιδιαίτερα τον ερευνητή κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων διότι υπήρξαν στιγμές που η ατμόσφαιρα ήταν πολύ συναισθηματικά 'πυκνή' και χρειαζόταν να επιστρατευτούν θετικές εφεδρείες για την εύρυθμη λειτουργία της διαδικασίας. Μία χαρακτηριστική διάσταση της στενοχώριας αφορά την αντίληψη από το παιδί ότι έχει χάσει πολύτιμο χρόνο με τον πάσχοντα γονιό και κυρίως όταν συνειδητοποιεί ότι υπάρχει το ενδεχόμενο να μην ξαναγίνει όπως ήταν πριν νοσήσει, όπως αφηγείται η Αννέτα η οποία άργησε πολύ να διαχειριστεί συναισθηματικά την στενοχώρια για τον πάσχοντα πατέρα της. Σε κάποιες περιπτώσεις η στενοχώρια μπορεί να προκύψει από την επιθετική συμπεριφορά του γονιού προς το παιδί, ειδικά όταν το παιδί δεν έχει συνειδητοποιήσει στο μέγεθός του το ψυχιατρικό πρόβλημα του γονιού και θεωρεί ότι είναι ο τρόπος του να ασκεί τις γονικές υποχρεώσεις. Παρόμοια, στενοχώρια μπορεί να αναδύεται κι όταν ο πάσχων γονιός καταφέρεται εναντίον του παιδιού όταν αυτό συμβάλλει στην αναγκαστική νοσηλεία σε περιπτώσεις υποτροπής [Τζένη]. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προκύπτει ότι τα παιδιά μπορεί να στενοχωριούνται για την απουσία ενός επαρκούς και φροντιστικού γονιού από τη ζωή τους, αλλά και για το ότι ο γονιός ενώ μπορεί να έχει πολλές ικανότητες, είναι κατά κάποιο τρόπο καταδικασμένος από το ψυχιατρικό του πρόβλημα.

Δε, πάντως δε μπορούσα ποτέ να περιμένω ότι θα 'ρθει να πάρει τους βαθμούς, ότι θα, θα περιμένω κάποιον στη γιορτή, ποτέ.., παράπονο ξέρω γω [κλαίει] να αυτό.., το παράπονο ότι.. [κλαίει] αχ πολύ παραπονιάρια είμαι [κλαυσίγελος] εε ότι.. έβλεπα τ' άλλα παιδιά αυτό.. κι εγώ ήξερα ότι απλώς δε θα 'ρθει. Ότι δεν θα με πάει κανείς σχολείο εμένα [κλαίει], θα πάω μόνη μου σχολείο, ε αυτά είναι τα παράπονά μου. Και δεν ήτανε θέμα ότι στενοχωριόμουνα για μένα, ήτανε θέμα ότι στενοχωριόμουνα για κείνη γιατί εγώ πιστεύω ότι οι άνθρωποι εκείνοι υποφέρουνε πρωτίστως, εγώ δεν στενοχωριόμουνα, τς, ε τόσο για μένα εγώ

στενοχωριόμουν επειδή ήτανε νέος άνθρωπος, είναι νέος άνθρωπος καλέ, , ε είναι ένας άνθρωπος πολύ έξυπνος, έχει ικανότητες, κι ήτανε πάρα πολύ κρίμα γιατί πιστεύω ότι και η ίδια φυλάκισε τον εαυτό της. [Μίνα]

Άλλες φορές η στενοχώρια είναι τόσο μεγάλη που τα παιδιά εντοπίζουν ότι μπορεί να βρίσκονταν στο όριο της κατάθλιψης όπως στην περίπτωση του Πέτρου:

Μ' έχει πιάσει ξέρετε επειδή τώρα αυτά χρόνια γιατί να αναλώνομαι σ' αυτό το λάκκο που είναι η.. στα πρόθυρα της κατάθλιψης με τη μητέρα μου και τα λοιπά, της προσωπικής έτσι; Δε, δεν λέω ότι έχω διαγνώσει πως έχω κατάθλιψη, απλά ήμουν σε μία παντελή αδράνεια, είχα στο μυαλό μου μια ουτοπία για αυτά που θέλω να κάνω στη ζωή μου και στην πραγματικότητα δεν έκανα τίποτα, μόνο σχεδιάζα τα πράγματα κι απλά περνάγανε οι μέρες, περνάγανε οι μέρες, περνάγανε οι μέρες... [....] λέω θα περάσει κι αυτή η μέρα, θα περάσει κι αυτή η μέρα, θα περάσει κι αυτή η μέρα, αυτό.. [Πέτρος]

Ένα συχνό μοτίβο σχετικά με τον συναισθηματικό αντίκτυπο του παιδιού από τα προβλήματα του γονιού είναι και ο θυμός, ο οποίος βεβαίως έχει ξεχωριστή νοηματοδότηση για τον κάθε συμμετέχοντα, όπως άλλωστε και όλα τα συναισθήματα. Στην περίπτωση της Αννέτας ο θυμός προς τον πατέρα αναδυόταν όταν παρατηρούσε ότι εκείνος επιτιθόταν λεκτικά στη μητέρα με αποτέλεσμα να μην ασχολείται καθόλου μαζί της κι εκείνη προσπαθούσε να 'τραβήξει' την προσοχή του με εριστική συμπεριφορά.

Εγώ νευρίαζα επειδή τον έβλεπα στην ουσία να επιτίθεται λεκτικά στη μαμά μου, οπότε έπαιρνα το μέρος της μαμάς μου, και επιτεθόμ, όχι, έκανα εγώ [χαμογελάει] επίθεση απέναντί του λεκτικά, εε, ήξερα πράγματα που μπορεί να τον πονέσουνε, οπότε χτύπαγα σ' αυτά, και νομίζω ότι επειδή τότε είχα μιλήσει και με μία ψυχολόγο, εε, και όταν της τα έλεγα άρχισα να συνειδητοποιώ ότι το έκανα περισσότερο για να του τραβήξω την προσοχή, γιατί ένιωθα ότι όλη η προσοχή έχει πάει στη μαμά μου, με λάθος τρόπο, κι ότι εγώ δεν είχα την προσοχή που είχα πάντα, και ήταν και η αδυναμία μου, και είναι. Εε, οπότε προσπαθούσα να του τραβήξω με αυτόν τον τρόπο και την προσοχή ότι 'είμαι εδώ', έκανα διάφορα πράγματα γενικά για να του τραβήξω την προσοχή, μπορεί να μη γύρναγα στο σπίτι τις ώρες που είχα πει, που ήξερα ότι τον ενοχλεί, εεμ, μπορεί να τουμίλαγα άσχημα, μπορεί να του έλεγα ότι 'πάω στο τάδε' δηλαδή ψέματα και να πήγαινα κάπου αλλού επειδή ήξερα ότι τον ενοχλεί, έκανα ό,τι μπορούσα για να τον εκνευρίσω, και δεν εκνευριζότανε [χαμογελάει], και μετά άρχισα να καταλαβαίνω ότι δεν εκνευριζότανε επειδή πολύ απλά η αγωγή που έπαιρνε δεν το άφηνε να συμβεί αυτό. [Αννέτα]

Ο θυμός ενίοτε αποτελεί μία αντίδραση των παιδιών στη γενικότερη κατάσταση που ζουν στο σπίτι λόγω της γονικής ψυχικής νόσου, σε αντιδιαστολή με τη ζωή άλλων παιδιών που θεωρούν ότι έχουν πιο φυσιολογική ζωή [Αφροδίτη]. Υπάρχουν και συμμετέχοντες που

αφηγούνται ότι αισθάνονται θυμό προς τον πάσχοντα γονιό γιατί δεν μπορούσε να λειτουργήσει με ενσυναίσθηση προς τα παιδιά, ότι δεν μπορούσε να θυσιάσει την ανημπόρια και την απελπισία που ένιωθε ώστε να μην επιβαρυνθούν τα παιδιά με ακραίες πράξεις όπως είναι η απόπειρα αυτοκτονίας [Σωτήρης]. Σε άλλες περιπτώσεις αναδυόταν θυμός προς τον πάσχοντα γονιό και την ευρύτερη οικογένεια ως μέσον ψυχικής προστασίας από το ενδεχόμενο να νοσήσουν τα ίδια τα παιδιά από τις αλλοπρόσαλλες ψυχιατρικές συμπεριφορές του γονιού ή ως μέσον αντίστασης στην οικονομική αδηφαγία των συγγενών, όπως περιγράφει η Κάτια στην αφήγησή της.

Ένα άλλο μοτίβο που αφορά στον συναισθηματικό αντίκτυπο των παιδιών που προέκυψε από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων είναι η ντροπή. Η ντροπή όπως και η στενοχώρια είναι μία συναισθηματική κατάσταση που αναδυόταν έντονα και μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Η ντροπή μπορεί να σχετίζεται με το ευρύτερο στερεότυπο για τα ψυχικά νοσήματα όπως στην περίπτωση της Τζένης που δυσκολευόταν να μοιραστεί τα ψυχιατρικά προβλήματα της μητέρας της με τα μέλη της ευρύτερης οικογένειας και το σύντροφο. Κατά κύριο όμως λόγο στο συγκεκριμένο δείγμα η ντροπή αναδύεται όταν ο γονιός εκφράζει παραληρητικές ιδέες ή αλλοπρόσαλλες συμπεριφορές προς τα έξω [Κάτια, Αλεξάνδρα, Παναγιώτα, Τζένη, Κατερίνα, Σωτήρης, Θανάσης]. Με το πέρασμα των χρόνων η νοσηματοδότηση της ντροπής μεταλλάσσεται είτε γιατί τα παιδιά αντιμετωπίζει πιο ώριμα την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού και την κατατάσσει στη ίδια κατηγορία με τα σωματικά νοσήματα [Παναγιώτα] είτε έχει συνηθίσει τόσο πολύ την κατάσταση αυτή που δεν το αντιλαμβάνεται στον ίδιο βαθμό, ένα είδος ‘ψυχικού κάματος’.

Αισθανόμουν αίσχημα που βγαίναμε στους δρόμους και έλεγε βλακείες. Πήγαινε κι έλεγε στον άλλον ότι είσαι ο Άγιος Πέτρος. Πήγαινε κι έλεγε στον άλλο ‘πατέρα’, γιατί μίλαγε σε κόσμο άγνωστο. Και τη μάλωνα ας πούμε. Υπήρχε θέμα. Δεν την άφηνα.., σου λέω και τώρα πιο μικρή, τώρα.., μετά δεν μ’ ενοχλούσε, το συνήθισα. Συνηθίζεις μετά, είναι κακό, είναι κακό πράγμα να συνηθίζεις σ’ ένα τέτοιο περιβάλλον, μια τέτοια κατάσταση, γιατί μετά θα μειώνεται και σ’ εσένα όλο αυτό, δηλαδή ένα φρούτο σάπιο θα επηρεάσει και τα άλλα τα φρούτα που είναι στο μπολ. Δεν είναι ότι δεν θα πάρει κάτι. Κάτι θα πάρει από όλο αυτό. Ναι, για κάποια αισθανόμουν και ντροπή, και με τους φίλους μου, και δεν ήθελα να πολυβρίσκεται έξω, δεν.., ήθελα μέσα κι εγώ. Δεν το είχα αποδεχτεί εκατό τοις εκατό.. [Κάτια]

Συνήθης στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων είναι και η αίσθηση της μοναξιάς και το κλείσιμο στον εαυτό, γεγονός που μπορεί να δυσχεραίνει τη συνολικότερη ψυχική κατάσταση του παιδιού. Ο Πέτρος περιγράφει αυτήν ακριβώς την εμπειρία που τον έχει στιγματίσει μέχρι σήμερα παρά το ότι έχει σημειώσει πρόοδο στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης:

Εεμ, τώρα, αυτό που μπορώ να σκεφτώ τώρα το πως έχει επιδράσει είναι ότι.. με τους φίλους μου ας πούμε απλά δεν είχα φιλίες, δεν έβγαينا, δεν είχα κολλητούς, δηλαδή κολλητό.., για να πω ότι έχω ένα κολλητό και να.. βγαίνουμε έξω τα σά, δεκαεννιά είκοσι ας πούμε. Βασικά έφτασα εικοσιτέσσερα, εικοσιτρία μάλλον περίπου για να αρχίσω πραγματικά να μιλάω στους φίλους μου, δηλαδή να τους πω τα οικογενειακά, να τους πω ξέρεις τι; Που ακόμα δεν μιλάω ξεκάθαρα, ότι μου αρέσει αυτή η κοπέλα, μπλα, μπλα, μπλα, το 'να τ' άλλο, μερικοί ήξεραν κάποια πράγματα, άλλος ήξερε τα προσωπικά μου, άλλος ήξερε τα οικογενειακά μου, άλλος ήξερε τα σχέδιά μου, κάποια σχέδιά μου, κανείς.., δεν ανοιγόμουν, δεν ανοιγόμουν. Και δεν ένιωθα άνετα. Και πλέον που μιλάω κιόλας με βοηθάει. Όχι ότι στηρίζομαι στις συμβουλές τους, και σε πνευματικό κάποιες φορές που πάω πολύ σπάνια δεν θα πάω για εξομολόγηση να πω για αμαρτίες. Πάω για να μου δώσουν κάποια συμβουλή αν θέλουνε όχι σε εκκλησιαστικό επίπεδο, ίσως σε ποσοτικό επίπεδο..[...] Και, και να τα πω κιόλας. Και να μου.. Πιο πολύ να σας πω την αλήθεια, με, με ενδιέφερε να μιλήσω σε κάποιον και να μου πει ότι με καταλαβαίνει. Γιατί δεν είχα κάποιον που να μπορεί να καταλάβει τι είναι να.., στην ουσία εσύ να φροντίζεις τον.., ειδικά τα τελευταία χρόνια τη μητέρα σου, τους γονείς σου, γιατί ο πατέρας μου έλειπε, πλέον και τον πατέρα μου, αλλά εκείνος να σε ελέγχει. Δεν μπορούσε κάποιος να συνειδητοποιήσει τι σημαίνει [Πέτρος]

Ενίοτε, η αίσθηση της μοναξιάς εντείνεται διότι τα παιδιά μπορεί να χρησιμοποιούν μία στρατηγική αποκρυπτικότητας για τα πραγματικά τους συναισθήματα, ενδεχομένως για να μην επιβαρύνουν το οικογενειακό περιβάλλον με τις προσωπικές τους δυσκολίες ή γιατί μπορεί να ξέρουν ότι δεν πρόκειται οι άλλοι να ακούσουν τα προβλήματά τους όπως έχουν τα ίδια ανάγκη. Η Αννέτα έχει δομήσει μία εικόνα ως 'αναίσθητη', όπως την χαρακτηρίζουν τα μέλη της οικογένειά της, με αποτέλεσμα να μην έχουν εικόνα τα άλλα μέλη της οικογένειας τι συμβαίνει μέσα της. Η μοναξιά μπορεί να σχετίζεται και με το συμπέρασμα των παιδιών ότι οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν εύκολα να κατανοήσουν τι περνούν. Ο πάσχων γονιός λόγω των ψυχιατρικών προβλημάτων ή λόγω των αντιλήψεων περί γονικότητας πολλές φορές δεν ήταν σε θέση να προάγει την κοινωνικότητα του παιδιού με αποτέλεσμα να έχει αναπτύξει μία επιφυλακτική στάση, χωρίς επαρκή κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως στην περίπτωση της Μίνας:

Ήμουν και κλειστό.. πολύ κλειστή πάντοτε.. οπότε.., και δεν έκανα πολλούς φίλους, οπότε δεν.., δεν.. ας πούμε οι γονείς που 'χω δει ας πούμε που έχω μεγαλώσει που σπρώχνουν τα παιδιά τους που κάνουν παρέες και το 'να και τ' άλλο, και τα σπρώχνουνε, τα σπρώχνουνε, τα σπρώχνουνε, εγώ δεν είχα αυτό, ούτε να με βγάλει ας πούμε η μαμά μου στην παιδική χαρά να παίξω, αλλά, αλλά ακόμα και τώρα που, που 'ναι άρρωστη η μαμά μου, είναι άρρωστη, δε.. [Μίνα]

Στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων εντοπίζεται και η συναισθηματική αντίδραση του φόβου, ενίοτε λόγω της ενδεχόμενης βίας, αλλά κυρίως στις περιπτώσεις που δεν είναι σίγουρο αν ο γονιός παραμένει συνεπής στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, διότι γνωρίζουν ότι αν δεν είναι συνεπής θα ξεκινήσει νέος κύκλος εντάσεων, υποτροπών και νοσηλειών του γονιού. Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις κάποια παιδιά λειτουργούσαν με αυτό που η Νεφέλη αναφέρει στην αφήγησή της ως 'εκλογίκευση', με την έννοια ότι προσπαθούσαν να κρατήσουν την ψυχραιμία τους, να μην έχουν επαφή με τα συναισθήματά τους προκειμένου να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της κατάστασης, γεγονός που τους προσέδιδε σε κάθε περίπτωση πολύ στρες.

9.4.3 'Πέτρινα χρόνια..': Αντίξοες αναμνήσεις

Οι αντίξοες αναμνήσεις και τα τραυματικά βιώματα των παιδιών που σχετίζονται με τη γονική ψυχική νόσο ουσιαστικά διατρέχουν τις αφηγήσεις όλων των συμμετεχόντων, και διαπιστώνεται ότι εντοπίζονται σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες της ανάλυσης του υλικού που προέκυψε από τις συνεντεύξεις, κυρίως σε εκείνες που αφορούν στην κλινική εικόνα του πάσχοντος γονιού, των υποτροπών και των νοσηλειών. Στο παρόν κεφάλαιο παρατίθενται αφηγήσεις αντίξων αναμνήσεων οι οποίες έχουν προσδιοριστεί από τα ίδια τα παιδιά ως τραυματικά βιώματα τα οποία έχουν χαραχθεί στη μνήμη τους ως οι χειρότερες εμπειρίες της ζωής τους, που θεωρούσαν ότι οι απαιτήσεις από τις εμπειρίες αυτές ξεπερνούσαν τις δυνατότητες που είχαν για να ανταπεξέλθουν και που κάθε φορά που τις ανακαλούν αναβιώνουν τις πολύ δύσκολες στιγμές που πέρασαν με το γονιό. Από την ανάλυση του υλικού προέκυψε ότι τα τραυματικά βιώματα των παιδιών μπορεί να σχετίζονται άμεσα με τα

ψυχιατρικά συμπτώματα του πάσχοντος γονιού, με τις απαιτήσεις ζωής που προκύπτουν από την κατάσταση του γονιού γύρω από τα θέματα της υγείας του και των ευρύτερων αναγκών της οικογένειας, και με παράγοντες που δεν είναι σαφείς στα παιδιά αν τα τραυματικά βιώματα που σχετίζονται με το γονιό είναι αποτέλεσμα της ψυχιατρικής κατάστασης ή υπεισέρχονται κι άλλοι παράγοντες όπως τα στοιχεία του χαρακτήρα του γονιού, η προσωπική του ιστορία από την πατρική οικογένεια και οι ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της τελευταίας περίπτωσης συναντάμε στην αφήγηση του Βαγγέλη (νοσεί κι ο ίδιος ψυχιατρικά), που σε ερώτηση για το ποιες ήταν οι χειρότερες στιγμές στην παιδική του ηλικία σε σχέση με την πάσχουσα μητέρα του αναφέρθηκε στη σεξουαλική σύγχυση ορίων που υπήρχε μεταξύ τους, που ξεκίνησε στην εφηβεία και διήρκεσε μέχρι την αναδυόμενη ενηλικίωση. Η σύγχυση των ορίων γενικότερα όπως είδαμε και στο πρώτο κεφάλαιο είναι συχνή στις οικογένειες που κάποιο μέλος πάσχει από μείζονα ψυχική διαταραχή, και στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν είναι σαφή τα κίνητρα μιας τέτοιας συμπεριφοράς:

Αυτή η αιμομιξία με τη μητέρα μου. [...] Η αιμομιξία. [...] Εε, το 'χα πει και στην γιατρό και δεν πήρε θέση, αλλά δε.. δεν την ένοιαξε, δεν ξέρω πως το είδε. Δεν ξέρω. [...] Ε, είχε γίνει, ξέρω γω, τι, όπως γίνεται, ξέρω γω ?...κατ' επανάληψη. Μέχρι τα δεκαεφτά, δεκαοχτώ, κάπου εκεί. Από τα δεκατέσσερα? Κάπου εκεί. Ήτανε κανονική η επαφή.[παύση] Στην αρχή μ' άρεσε, αλλά μετά είχα τύψεις. [παύση] [...] Ε, νομίζω τότε, νομίζω ότι το είχε πει η μητέρα μου στον, στον αδερφό μου, αλλά προς το τέλος που έχει, τις τελευταίες φορές. Εε, ε, μετά το 'μαθε και η ξαδέρφη μου, το 'μαθε ο αδερφός μου, το ξέρετε εσείς, η αδερφή μου δε ξέρω άμα το ξέρει, το είχε πει ο αδερφός μου στο, στο γιατρό μου έξω? Κι ο γιατρός μου έκανε πως δεν καταλάβαινε? 'Τι εννοείς'? Λέει. Το είχε πει στη συγχωρεμένη τη θεία μου η μητέρα μου, αλλά, ένα βράδυ που μας είχε φιλοξενήσει στο σπίτι της η θεία μου, αλλά εγώ έκανα ότι κοιμόμουν. [...] Ε, βασικά την πρώτη φορά που ήθελα να το πω [ξεροβήχει], δεν μπορούσα, και δεν ξέρω πως το είπα. Εε, αλλά με τον καιρό τώρα, δεν αισθάνομαι κάποια τύψη. Πάει, πέρασε, δε.. Το 'μαθε ο ένας, το 'μαθε ο άλλος, ντάξει. [παύση] [Βαγγέλης]

Τα τραυματικά βιώματα που σχετίζονται με τα ψυχιατρικά συμπτώματα του γονιού είναι ποικίλα στην παρούσα έρευνα. Η Κατερίνα αφηγείται την μεγάλη δυσκολία που είχε στο χειρισμό των παρανοειδών συμπτωμάτων της μητέρας της με ιδέες διώξεως προς τον πατέρα, δεδομένου ότι δεν είχε συνειδητοποιήσει εκείνη τη στιγμή ότι η μητέρα εξέφραζε ψυχιατρικό παραλήρημα, καθώς και την εμπλοκή της Αστυνομίας στην οποία είχε απευθυνθεί η μητέρα για προστασία. Παρόμοια, και στην περίπτωση της Αλεξάνδρας περιγράφονται τραυματικά

βιώματα από τα συμπτώματα της μητέρας που χαρακτηρίζονταν από υπερβολική δυσφορία, ψυχική ταλαιπωρία και φόβο:

Ήτανε φρικτή ταλαιπωρία, γιατί, ντάξει, είχα φτάσει, επειδή φοβόμουν και για την αδερφή μου, έχω, είχα, υπήρξαν εβδομάδες που δεν μπορούσα να κοιμηθώ το βράδυ, κατά κάποιο μαγικό τρόπο το βράδυ, το 'χω παρατηρήσει αυτό, το βράδυ την έπιανε μεγαλύτερη κρίση. Και είχα σηκωθεί θυμάμαι, σηκωνόμουν και έκρυβα τα μαχαίρια. Ελεγα.., εεε, και 16 και 15, και πιο μικρή, και πιο μεγάλη. Δηλαδή έκρυβα τα μαχαίρια, καθόμουν και κοιτάζα μήπως κάνει, μήπως της έρθει εκείνη τη στιγμή, μήπως θλάψει την αδερφή μου, είχα και την ασφάλεια ότι ξέρω και τάε κβο ντο [χαμογελάει], και έλεγα ότι ξέρω κάποιες τεχνικές για να μπορώ να χειριστώ μια άσχημη κατάσταση, [...] Έβγαινε στο μπαλκόνι, ούρλιαζε, 'το λεωφορείο περνάει θα με σκοτώσουνε', μέσα στο πλυντήριο έβλεπε κάποιον να της επιτίθεται ξέρω γω και φώναζε, 'μου κάνουνε', ξέρω γώ, 'συνωμοτούνε για να με βγάλουνε από τη μέση'. Αυτά. Δηλαδή αυτά ήτανε σε γενικές γραμμές. Αυτά είναι εμένα τα αγκάθια μου. [Αλεξάνδρα]

Η ίδια συμμετέχουσα σε άλλο σημείο της αφήγησής της αναφέρει ένα τραυματικό βίωμα που δεν το συσχετίζει άμεσα με τα ψυχιατρικά συμπτώματα της μητέρας έχει όμως αφήσει ένα ισχυρό αποτύπωμα και αποτελεί μία από τις χειρότερες αναμνήσεις της ζωής της, όταν έφυγε η μητέρα για ένα χρόνο από το σπίτι απροειδοποίητα σε χώρα του εξωτερικού, χωρίς να έχει αφήσει σημεία ζωής, και νόμιζε ότι είχε πεθάνει, μέχρι που εντοπίστηκε από τις αρχές σε άθλια κατάσταση. Οι υποχρεώσεις που προέκυπταν από τα ψυχιατρικά προβλήματα του γονιού σε πολλές περιπτώσεις ήταν τραυματικές λόγω της έκτασης και του όγκου στην καθημερινότητα αλλά και των αντίξωων εικόνων ειδικά όταν τα παιδιά έπρεπε να επισκεφτούν τον γονιό στην ψυχιατρική κλινική κατά τη διάρκεια των νοσηλείων:

Εεε τώρα το νοσοκομείο ήτανε πολύ.. πώς να σας το πω, σου.. σήκωνε την τρίχα μιλάμε.. ανατρίχιαζες [ξεροθήχει], γιατί είχες τον κάθε άτομο με την ψυχολογική του αστάθεια, και τα λοιπά, εε, τέτοια.., με πιάνανε τα κλάματα βέβαια εκεί πέρα γιατί έλεγα 'γαμώτο δεν μπορώ άλλο' [χαμογελάει], εε, γενικότερα με τον αδερφό μου να πηγαινοερχόμαστε γιατί είχε επισκεπτήριο το μεσημέρι και μετά είχε το βράδυ, του πήγαινα εγώ το μεσημέρι, ή έπαιρνα φαΐ και το βράδυ, του πήγαινα δύο φορές πάντως, ή ξέρω γω αν χρειάζοντουσαν ρούχα, κάτι, κάτι που μου το 'λεγε η μάνα μου οπότε εγώ ήμουν με πεντακόσιες τσάντες και μ' ένα μικρό παιδί να το πηγαίνω Χαϊδάρι, να το φέρνω πίσω, με το ένα με το άλλο, ουσιαστικά ήτανε σαν ένα τεράστιο βάρος πάνω μου που έπρεπε να το χειριστώ ψυχολογικά, και την κατάσταση, και.. σωματικά επίσης να το χειριστώ γιατί δεν είναι εύκολο να το κάνεις αυτό, ούτε να προσέχεις ένα παιδί, ούτε να προσέχεις ένα σπίτι, γιατί κάποιος πρέπει να προσέχει και το σπίτι, και να τρέχεις από δω κι από κει για τις ανάγκες των άλλων, και.. αυτό ουσιαστικά. [...]. Εγώ να γυρνούσα μετά να πήγαινα τον αδερφό μου να τον έβαζα για ύπνο εννιά δέκα η ώρα το βράδυ, κατάσταση.. [χαμογελάει]. [...] Βέβαια πραγματικά εύχομαι να μην το ζήσει κανείς αυτό,

πραγματικά το εύχομαι να μη το ζήσει κανείς αυτό, ειδικά παιδί, παιδί ηλικίας.. ξέρω γω έφηβος, ή γυμνάσιο με λύκειο, ωω δημοτικό με λύκειο, βασικά τι λέω, να μη το ζήσει κανείς αυτό, ο αδερφός μου όταν το 'ζησε, το 'ζησε τρειςήμισι τεσσάρων χρονών. Εε, αυτό. [Δήμητρα]

Υπάρχουν και περιπτώσεις που τα τραυματικά βιώματα δεν αφορούν μεμονωμένες αναμνήσεις αλλά μια συγκυρία αντιξοοτήτων που στο σύνολό τους έχουν επιδράσει στα παιδιά πολύ επιβαρυντικά, όπως στην περίπτωση της Κατερίνας η οποία περιγράφει στην αφήγησή της ότι βρέθηκε 'στο μάτι του κυκλώνα' όταν την ίδια περίοδο χρειάστηκε να νοσηλευτεί η μητέρα της σε ψυχιατρική κλινική, έφυγε από τη ζωή ο αγαπημένος της παππούς που υπήρξε και φιγούρα συναισθηματικού δεσμού για αυτήν και την αδελφή της και ταυτόχρονα έπρεπε να διαχειριστεί την πίεση από τις απαιτήσεις των πανελληνίων εξετάσεων.

9.4.4 'Με λέγανε μολυσμένη..': Στίγμα

Ο κοινωνικός στιγματισμός για την ψυχική νόσο αποτελεί μία από τις πιο επιβαρυντικές εμπειρίες των παιδιών στην παρούσα έρευνα, ιδιαίτερα στην αναπτυξιακή φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης στην οποία βρίσκονται, καθώς διαπραγματεύονται διαρκώς την σχέση που αναπτύσσουν με την έννοια του 'φυσιολογικού' και του ανήκειν στο κοινωνικό σύνολο. Αυτό γίνεται ακόμη πιο δύσκολο όταν έχουν ενδοβάλει τις κοινωνικές επιταγές περί αποκλίσεων και λειτουργούν με τις ιδιότητες του αυτοστιγματισμού, με συνέπεια, ακόμη κι αν δεν έχουν στην εμπειρία τους άμεσες συμπεριφορές ως απόρροια του κοινωνικού στίγματος και των στερεοτύπων από το κοινωνικό σύνολο, να το κάνουν οι ίδιοι στον εαυτό τους. Θεωρούν ότι η στάση της κοινωνίας για την ψυχική νόσο του γονιού συνέβαλε στο να γίνει το πρόβλημα μεγαλύτερο αλλά και να περιθωριοποιεί και τα ίδια τα παιδιά συνάγοντας το συμπέρασμα ότι αφού πάσχουν οι γονείς θα πάσχουν και τα ίδια.

..στην ελληνική κοινωνία υπάρχει ρατσισμός και περιθωριοποίηση σε ανθρώπους που έχουν ψυχική νόσο. Γιατί υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ταυτίσει τον ψυχολόγο και τον ψυχίατρο με τον τρελογιατρό. Όταν ξέρεις λοιπόν πως ανήκεις, πως έχεις περάσει κι εσύ ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας που είναι κατακριτέο κοινωνικά, ντρέπεσαι για αυτό και προσπαθείς να το απωθήσεις. Δεν θέλεις οι συγγενείς σου να ξέρουν για αυτό, δεν θέλεις οι άνθρωποι

γύρω σου να σε θεωρήσουν ότι έχεις περάσει μια ψυχική ασθένεια. Και είναι λογικό όταν ζεις σε μια κοινωνία που ουδείς που μια μερίδα όχι και αυτών των ανθρώπων αλλά και πολλές άλλες ομάδες ανθρώπων ανυπόστατα τις περιθωριοποιεί γιατί, γιατί οι ψυχικά, οι άνθρωποι που έχουν μια ψυχική πάθηση με την κατάλληλη ιατρική περίθαλψη μπορεί να γίνουν απόλυτα υγιείς και απόλυτα ενσωματωμένοι στην κοινωνία. [Αλεξάνδρα]

Το στίγμα της γονικής ψυχικής νόσου περιλαμβάνει και την υπόθεση της κοινωνίας ότι αφού νοσεί ο γονιός είναι πιθανό να νοσεί και το παιδί:

Σου λέει 'τρελή σαν τη μάνα σου είσαι κι εσύ;' Υπάρχει αυτή η ρετσινιά στο κοινωνικό σύνολο, ακόμα και σήμερα που μιλάμε, ο τρελός και η οικογένειά του είναι προβληματικοί. Δεν είναι μία οικογένεια νορμάλ. Ναι. Ισχύει αυτό, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν είναι προβληματικοί, ούτε η οικογένεια, και τα 'χουνε καταφέρει πάρα πολύ αξιοπρεπώς, δεν μιλάω μόνο για μένα, έχω δει κι άλλους ανθρώπους, και σίγουρα είναι κάτι που αντιμετωπίζεται. Όσο πιο πολύ το λέμε, το μιλάμε, το, το.. κοιτάμε κατάματα, πιστεύω οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίζεται, όσο πιο πολύ το κρύβουμε, βγάζουμε τη ρετσινιά, απομονώνουμε, αποστασιοποιούμε. [Κάτια]

Τα παιδιά και οι γονείς μπορεί να βιώσουν εκφοβισμό και συμπεριφορές διάκρισης στο σχολικό, κοινωνικό ή επαγγελματικό περιβάλλον λόγω της γονικής ψυχικής νόσου [Παναγιώτα, Βαγγέλης, Θανάσης]. Η Παναγιώτα περιγράφει τη δική της εμπειρία από τον εκφοβισμό που έχει υποστεί η ίδια στο σχολείο και η μητέρα της στο χώρο εργασίας:

Έχει φάει πολύ μπουλινγκ. Αυτό έχω καταλάβει εγώ [χαμογελάει]. Ναι. Δηλαδή της λέγανε να την απολύσουνε, επειδή, ναι, δηλαδή, ναι, τέτοια πράγματα, δηλαδή [χαμογελάει] αυτό θέλω να πω. Ναι. [...] Και γενικά κι εγώ έτρωγα μπουλινγκ, μου λέγανε οι συμμαθητές μου συνέχεια 'τι τρελή είναι αυτή', ε, επειδή ήταν πιο έντονη κιόλας, και πιο.. ναι. Και μ' έκανε να ντρέπομαι, λες και ... [χαμογελάει] ναι. 'Δεν θέλω να πάω μαζί σου, θα πάω με τη γιαγιά' ας πούμε. [...] Και είναι κρίμα, δηλαδή γιατί την αδικούν και στη δουλειά, κι ο περίγυρος, κι όλα αυτά. Δηλαδή, δεν θα, δεν θα την καταλάβουνε, αλλά ευτυχώς αφού είναι σταθερή η δουλειά, πρέπει [χαμογελάει] να την κρατήσουν, ναι. [...] Ντάξει, ήτανε δύσκολο, τότε ειδικά, συνέχεια έκλαιγα θυμάμαι, πάντα, ποτέ δεν μιλούσα, δεν αντιδρούσα, μτς, βασικά κι εγώ, τα, τα κατάπινα κάπου τα.. δεν έλεγα κάτι, εεμ, τώρα έχω αρχίσει [χαμογελάει] κι έχω.. εντάξει τότε το περνούσα δύσκολα, τώρα πια η αλήθεια ότι μου 'χουν μείνει κάποια πράγματα, και σίγουρα άλλα παιδιά έχουν περάσει χειρότερα από μένα [χαμογελάει], με θέμα μπουλινγκ, αλλά ντάξει, λέω 'έτσι είναι, τώρα έχει γίνει, προχωρώ μπροστά κι εγώ όσο μπορώ [Παναγιώτα]

Πέντε συμμετέχοντες [Σωτήρης, Δήμητρα, Αννέτα, Νεφέλη, Τζένη] έπρεπε να αντιμετωπίσουν διπλό στιγματισμό, διότι εκτός από το πρόβλημα της γονικής ψυχικής νόσου υπήρξε και το θέμα της εθνικής καταγωγής. Για παράδειγμα, η Αννέτα ανέφερε: '..δεν ήτανε

πολύ εύκολο, από τη μία ο πατέρας σου να έχει σαλτάρει, και από την άλλη να νιώθεις ότι είσαι ο ξένος που δεν τονε γουστάρει κανένας...’ Δεν είναι σαφές κατά την ανάλυση των αφηγήσεων κατά πόσον η διαδικασία της μετανάστευσης σχετίζεται αιτιωδώς από τους συμμετέχοντες με την ψυχική νόσο των γονιών, σίγουρα όμως θεωρείται μία επιβαρυντική παράμετρος. Στις περιπτώσεις του Βαγγέλη, της Αλεξάνδρας, του Θανάση και του Γιώργου θα μπορούσε να πει κανείς ότι είχαν να αντιμετωπίσουν τον πολυστιγματισμό δεδομένων και των επιπρόσθετων επιβαρυντικών παραγόντων όπως η φτώχεια, τα προβλήματα υγείας, και ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Ο Θανάσης μεγάλωσε σε ένα ορεινό χωριό της Αχαΐας και όταν πρωτοήρθε στην Αθήνα αντιμετώπισε προβλήματα ως ‘παιδί του χωριού’ όπως λέει ο ίδιος, επιπλέον των προβλημάτων που προέκυψαν από τον κοινωνικό στιγματισμό για την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού, την παντελή έλλειψη οικονομικών πόρων, και τα πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας που είχε εκείνη την εποχή. Ενίστε, η καταγωγή λειτούργησε περισσότερο επιβαρυντικά από την πλευρά του κοινωνικού στιγματισμού παρά η γονική ψυχική νόσος. Η Δήμητρα, που η ίδια και η μητέρα της μεγάλωσαν στην Σμύρνη και ήρθαν στην Ελλάδα όταν η μητέρα της παντρεύτηκε τον θετό πατέρα όταν εκείνη ήταν πέντε ετών, υπέστην σχολικό εκφοβισμό και μπούλινγκ λόγω της καταγωγής της. Η εμπειρία αυτή ενδεχομένως επιβάρυνε πολύ, έμμεσα ή άμεσα, το υποκειμενικό βίωμα της γονικής ψυχικής νόσου, και ουσιαστικά αποτέλεσε το επίκεντρο της συνολικής αφήγησης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Εε, γενικότερα είχαν πάρα πολύ διάθεση τα παιδιά δηλαδή να μου κάνουν ρατσισμό και μπούλινγκ γενικότερα, από πάρα πολλά, πολύ δραματικές εμπειρίες η αλήθεια είναι από μπούλινγκ και... γενικότερα μες στο σχολείο. Σε βαριό βαθμό δηλαδή, θυμάμαι.. τετάρτη.., ναι, τετάρτη δημοτικού καθόμουν, είχα καθίσει στις μπασκέτες στο διάλειμμα, και επειδή δεν ήθελαν τα παιδιά της ηλικίας μου ή μεγαλύτερα από μένα να παίξουνε απλά εγώ με ένα ή και δύο χρόνια μικρότερα μου, είτε ζωγράφιζα, είτε έπαιζα, είτε το ένα είτε τ’ άλλο. Κι ήταν ένα παιδί από την τάξη και μου βάζει μια σακούλα στο κεφάλι και μου τη δένει. Μικρή τώρα. Τετάρτη δημοτικού. Εε, ξέρω γω, ‘να πεθάνεις, κωλοτουρκάλα’, το ‘να τ’ άλλο, τα κλασικά. Εε, και γενικότερα πολλά τέτοια, ‘πήγαινε ψόφα’ ξέρω γω ‘κωλοτουρκάλα’, το ‘να τ’ άλλο, και λόγω της ελιάς που έχω εδώ πέρα, ναι έχω μια μεγάλη ελιά, είναι.. είμαι η μοναδική στην οικογένεια που το έχει αυτό.. εε.. [...] Εε, ξέρω γω με λέγανε ‘μολυσμένη’, το ‘να τ’ άλλο, σαχλαμάρες ουσιαστικά, αλλά ντάξει, από μικρό κοριτσάκι κρίμα, από άλλη χώρα είσαι, φίλους δεν έχεις, κανέναν δεν έχεις, ήμουν κι αδύναμος χαρακτήρας, αν ήμουν δυνατός χέστηκα κιόλας, συγγνώμη κιόλας [γελάει], πραγματικά. Εε, δε θ’ ασχολιόμουν, κι εγώ καθόμουν και.. ασχολιόμουν κι εγώ. Εε, ή ξέρω γω πολλές κατηγορίες, με κατηγορούσανε για πολλά πράγματα, π.χ. τι είχανε κάνει, είχανε κάνει ψεύτικη σκηνή κλεψίματος μες στην τάξη, είχανε

πάρει κάποια χρήματα και μερικά έτσι μολύβια.. και σχολικά είδη τέλος πάντων και τα 'χώσανε στην τσάντα μου την ώρα του διαλείμματος. Και κάνανε αυτοί οι άνθρωποι μπροστά στους πάντες όταν μπήκαμε μες στην τάξη και λέγανε 'α που είναι το ένα που είναι το άλλο;' Και πηγαίνοντας στην τσάντα μου και κοιτάξανε, ότι 'τι είναι αυτό; Γιατί το 'κλεψες; Αυτό είσαι τουρκάλα, κλέβεις' ξέρω γω το 'να τ' άλλο, και με κατηγορούσανε, καλέσανε τους γονείς μου, κι εγώ εντωμεταξύ έπαιζα έξω, δηλαδή την έβλεπαν οι επιτηρήτριες που ήταν έξω, οι καθηγητές, και με κατηγορούσανε, και 'θα σε διώξουμε από το σχολείο' μου λέγανε οι καθηγή, οι δασκάλες τότε, οι καθηγ μου κόλλησε, οι δασκάλες ήταν πάλι [...] Αυτά με το μπούλινγκ και το ρατσισμό, ελπίζω να μη το ζήσει κανείς αυτό γιατί είναι πραγματικά τραυματική εμπειρία, και σου αφήνει πολλά- πολλά πράγματα. [Δήμητρα]

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παιδιά ενδέχεται να μην κατανοούν τους λόγους για τους οποίους μπορεί να στιγματίζεται ο γονιός γιατί δεν έχουν βιώσει [τουλάχιστον συνειδητά] τις επιπτώσεις του κοινωνικού στιγματισμού, όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Κατερίνας.

9.4.5 'Δίπλα ο ένας στον άλλο..': Πηγές στήριξης

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι προσλήψεις των παιδιών για τις θετικές εφεδρείες που εντοπίζουν σε σχέση με τη στάση και αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων που προκύπτουν από τη γονική ψυχική νόσο. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι οι πηγές στήριξης εντοπίζονται σε στοιχεία του εαυτού, σε πρόσωπα από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, σε δραστηριότητες, και στην αξιοποίηση των υπηρεσιών και των ειδικών ψυχικής υγείας. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τα πρόσωπα του περιβάλλοντός τους αποτέλεσαν πηγές στήριξης σε δύσκολες περιόδους. Τα πιο συχνά πρόσωπα ήταν τα αδέλφια και ο υγιής γονιός.

Εγώ με την αδερφή μου, ναι. Δηλαδή είχα την αδερφή μου, μπορεί η μάνα μου, η μητέρα μου να 'παθε αυτό που έπαθε, αλλά ε είχα την αδερφή μου κυρίως που μου, που ενδιαφερότανε για μένα, φρόντισε, μ' έμαθε να περιποιούμαι τον εαυτό μου, να με, να φροντίσω το σώμα μου και τα λοιπά και τα λοιπά από μικρή. Είχα την αδερφή μου δηλαδή που με στήριζε. Ο πατέρας μου επίσης, οι συμβουλές και τα λόγια που μας έδινε, το κουράγιο που μας έδινε εν πάση περιπτώσεις ο πατέρας μου, εεμ, εε, μετά επίσης η αδερφή μου εε βοήθαγε πάρα πολύ στο σπίτι, οπότε, εε, αυτό θεωρώ ότι βοήθησε αρκετά, όλη αυτή η συνεργασία που

υπήρχε ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Ο πατέρας μου φρόντισε να είμαστε ενωμένοι απέναντι σ' αυτή την κατάσταση. [παύση] [Αφροδίτη]

Πηγές στήριξης θεωρούνται από τα παιδιά και τα πρόσωπα του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως είναι οι παππούδες, οι θείοι, και τα ξαδέλφια, όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Οι φίλοι επίσης αποτέλεσαν πηγή στήριξης στις δυσκολίες των παιδιών, οι οποίοι σε πολλές περιπτώσεις ήταν τα μοναδικά πρόσωπα που μπορούσαν να παράσχουν συναισθηματική ή πρακτική βοήθεια. Ιδιαίτερα για τους συμμετέχοντες του παρόντος δείγματος ήταν πολύ σημαντική η παρουσία του 'κολλητού'.

Σε πολλά πράγματα, μ' έχει βοηθήσει πάρα πολύ η κολλητή μου, αλλά είναι μία φίλη η οποία είναι μόνο για τα δύσκολα. Σε πράγματα που θα μπορεί να περνάει αυτή δυσκολία ή εγώ, εκεί πέρα είμαστε δίπλα ο ένας στον άλλο και... δηλαδή είναι μεγάλη βοήθεια, μ' έχει βοηθήσει πάρα πολύ. Και στις συζητήσεις που μπορούμε να κάνουμε και να μιλήσουμε θα με βοηθήσει. Και η κολλητή μου, εντάξει, η κοπέλα είναι δίπλα μου, οκ, μέχρι ένα σημείο όμως κι αυτή. Έχει κι αυτή τη ζωή της. Κι αυτή, ντάξει, προσπαθεί να καταλάβει γιατί δεν έχει ζήσει τέτοια πράγματα, οπότε μέχρι ένα σημείο κι αυτή με βοηθάει, μέχρι ένα σημείο, όσο μπορεί. [Γιώργος]

Τα παιδιά που ήταν μεγαλύτερα σε ηλικία θεωρούσαν ως πηγή στήριξης και τους εκάστοτε συντρόφους και τις οικογένειές τους:

..πιστεύω λίγο και ο πρώην μου που 'πα, ε το αγόρι μου αυτό, είχα μετακομίσει ουσιαστικά στο σπίτι του, και μέναμε, και με βοήθησε κι η μητέρα του, και η οικογένειά του, ένιωσα πολύ ζεστασιά από την οικογένειά του, όχι ίσως τόσο από αυτόν [χαμογελάει] αλλά από την οικογένειά του, ένιωσα πολύ ζεστασιά. Κι ας ήταν παρόμοιες καταστάσεις, δηλαδή ούτε αυτός είχε πατέρα, ούτε.. δηλαδή ένιωσα λες και ήτανε δεύτερη οικογένειά μου. Οικογένειά μου, αυτό, σα τη γιαγιά ας πούμε Εε, αυτό, να κάνω πράγματα για μένα με βοήθησε, ναι. Και αυτό που όπως είπα πριν, που έμενα εκεί, να ξεφύγω από αυτό το, να νιώσω λίγο αυτό το οικογενειακό που τρώγανε κι αυτά, και, ναι. [Παναγιώτα]

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι μπορεί να θεωρηθεί πηγή στήριξης ο δάσκαλος του παιδιού στο σχολείο, είτε γιατί μπορεί να είναι η πρώτη φορά που κάποια υγιής φιγούρα ενηλίκου ασχολείται με το παιδί με σεβασμό στα πλαίσια της εκπαιδευτικής διαδικασίας, είτε γιατί ο δάσκαλος έχει κινητοποιηθεί να βοηθήσει με κάποιο τρόπο το παιδί και την οικογένεια σε σχέση με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. Ο Βαγγέλης μέσα από τον διασπασμένο λόγο του στη ροή της αφήγησης αρχίζει και θυμάται μετά από πολλά χρόνια στη συνέντευξη με

νοσταλγία την επίσκεψη της αγαπημένης του δασκάλας στο σπίτι ως μία υγιή φιγούρα σε αντίθεση με την μητέρα του. Από τα στοιχεία του χαρακτήρα που αξιολογούνται ως πηγές εσωτερικής στήριξης σε κάποιους συμμετέχοντες [Γιώργος, Νεφέλη, Μίνα, Παναγιώτα, Τζένη, Κάτια] εντοπίζονται η υπομονή, η αγάπη προς την οικογένεια, η επιστράτευση της λογικής και της αισιοδοξίας στη ζωή, ενίοτε και η 'σκληρότητα' για να αντέξουν τις αντιξοότητες.

Θεωρώ ότι ήμουνα.. μτς, πάντα ήμουνα υπομονετική, πλέον δεν είμαι τόσο. Ίσως αυτό να.., από το κομμάτι του εαυτού μου, από το, από αυτό το κομμάτι ίσως να είναι, αυτό να με βοήθησε, ότι γενικά είμαι πάντα υπομονετική. Που σας λέω τώρα έφτασα σε σημείο να φτάσω στη μούρη του πατέρα μου [χαμογελάει]. Και.., ναι. Κι έχω ηρεμήσει λίγο νομίζω τώρα, έχω.. [] που ακόμα δεν έχω ηρεμήσει τελείως, ε, ίσως ότι ακούω τ' αδέρφια μου. Ότι εμπιστεύομαι τ' αδέρφια μου, και τους γονείς μου, και τους γονείς μου, ότι ακούω τους γονείς μου και τ' αδέρφια μου. Ότι δεν.., είναι από το αντιδραστικό αλλά θα το ακούσω αυτό που θα μου πεις, και.., δηλαδή θεωρώ ότι αν δεν κάνω ό,τι νομίζουνε θα δημιουργούσα πρόβλημα στην οικογένεια, θα 'χα δημιουργήσει πρόβλημα στην οικογένεια, κι ότι.. ούτε εγώ θα περνούσα καλύτερα ούτε εκείνοι. Εννοώ ότι.., αυτό, το ότι.. δεν ξέρω, μάλλον έτσι μ' έχουνε μάθει, ότι, ότι το να, να ακούω με βοήθησε. Εε, αυτό. Βασικά είδα, έχω δει ότι βοηθάει το να μην κάνεις τον ξερόλα, κι ότι ν' ακούς τον άλλο, μπορεί να σου φαίνεται κάτι παράλογο και να μην μπορείς να το ακολουθήσεις εκείνη τη στιγμή, αλλά μπορεί να 'χε δίκιο. Κι ότι το ν' ακούσεις και να το θυμάσαι έστω αυτό μπορεί να σε βοηθήσει. Μπορεί κι εκείνη τη στιγμή. Μπορεί και την επόμενη. Και.. αυτό. Να.., να ας πούμε τώρα αυτό, με τον όρο αυτοπεποίθηση εγώ δεν τα πάω καλά. Ή.., αυτό. Θεωρώ ότι το 'αυτό', η λέξη 'αυτό' [χαμογελάει] στην πραγματικότητα η ουσία της πάνω στον άνθρωπο μπορεί να τον κάνει να έρθει σε αντίθεση με τους άλλους και να μην πάρει αυτά που χρειάζεται, δηλαδή μπορείς να είσαι ο εαυτός σου, να είσαι ένας άνθρωπος ο οποίος έχει τη δύναμη να κάνει κάποια πράγματα. [Μίνα]

..κι ο εαυτός μου γενικά [χαμογελάει]. Μτς, έχω την, μια λογική πιστεύω και βάζω σε σειρά πράγματα [χαμογελάει], ε και ότι έκανα πράγματα για μένα.. [...] Α, εε, ναι. Εε, ότι κι εγώ δεν ξέρω [χαμογελάει] έχω ενσυναίσθηση γενικά, νιώθω πολύ τους άλλους, κι αυτό, οπότε νιώθω και τον εαυτό μου, ε, όλο αυτό και με την ξαδέρφη μου 'δωσε μια δύναμη παραπάνω, πιστεύω ότι έχω δύναμη [χαμογελάει],εμ, κι επίσης ότι δεν είμαι απαισιόδοξη, πολύ [γελάει], είμαι πιο αισιόδοξη, θέλω να κάνω πράγματα, μ' αρέσουν πολλά, γενικά, να μαθαίνω, να κάνω, και... ναι αυτό πιστεύω. Το ότι διαβάζω κιόλας [χαμογελάει] με βοήθησε, κι ο χορός όπως λέω, τώρα κι από το χαρακτήρα να πω? Δεν ξέρω [χαμογελάει]. Εε, πώς να το, τώρα δε [χαμογελάει], κι αυτό, νιώθω καλά μ' εμένα. Ξέρω ότι έχω καταφέρει πολλά. Αυτό. [Παναγιώτα]

Είναι σημαντική και η οπτική της αρωγής των κατοικιδίων ως πηγή στήριξης στην οικογένεια, είτε άμεσα προς τα ίδια τα παιδιά, είτε έμμεσα μέσω της συντροφικότητας και της απόσπασης προσοχής που προσφέρουν στον πάσχοντα γονιό, γεγονός που ανακουφίζει τα

παιδιά που είναι ήδη συναισθηματικά επιβαρυνμένα για την κατάσταση του γονιού στο σπίτι, όπως στην περίπτωση της μητέρας του Σωτήρη. Σε σχέση με τις δραστηριότητες οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι τους βοήθησε η ενασχόληση με χόμπι όπως ο χορός [Παναγιώτα, Αννέτα], η συγγραφή [Πέτρος], οι πνευματικές αναζητήσεις και η θρησκευτική πίστη [Αλεξάνδρα, Μίνα] και η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας [Κάτια, Αλεξάνδρα, Τζένη, Θανάσης, Χρήστος].

Εεμ, γενικά νομίζω ότι ο χορός είναι αυτό που με κάνει.., όχι που με κάνει χαρούμενη, έχω αρκετά πράγματα στη ζωή που με κάνουν χαρούμενη, αλλά είναι το σημείο που θα πάω, και ακόμα και να έχει συμβεί κάτι, απλό και μες στην καθημερινότητα, ή να μην είμαι καλά για τον οποιοδήποτε λόγο, θα ξεχαστώ εκείνη τη στιγμή εκατό τοις εκατό. Δηλαδή χορεύω και απλά νιώθω ότι όλα είναι πολύ πιο όμορφα. Και γενικότερα όποιος με ρωτάει ας πούμε, δεν είμαι καλά, δεν είμαι καλά, και του λέω 'χόρεψε, ξεκίνα χορό' [χαμογελάει].. Ο χορός. [...] ..και μετά αυτά τα δύο τελευταία χρόνια ήτανε που και με το χορό, καλά, ο χορός από τη πρώτη στιγμή με βοήθησε, αν δεν υπήρχε ο χορός νομίζω με το να φεύγω και βγάλω όλο αυτό το.., γιατί στο χορό θες δε θες, και ειδικά στο αγωνιστικό, βγάζεις πάρα πολύ συναίσθημα. Οπότε όλα αυτά, είτε υπήρχανε νεύρα είτε στεναχώρια, είτε αγάπη, όλα βγαίνανε μες στο χορό. Ήτανε πολύ μεγάλο κομμάτι για μένα ότι ο χορός υπήρχε μες στη ζωή μου. [Αννέτα]

Όπως προείπα επειδή ήμουν ένας άνθρωπος που διάβαζα πάρα πολύ, εε, είχα και πίστη στο Θεό, οπότε πίστευα, ότι εε, ο Θεός δεν θα με αφήσει. Είχα την πίστη, ότι επειδή είχα πάρα πολύ, είχα πάρα πολλούς φίλους, ήμουνα μια αθλήτρια του τάε κβο ντο, ήμουν πολύ καλή μαθήτρια του 18... [...] αλλά δεν είμαι και φανατικά πιστή για να σας πω, εε, τώρα πια δεν είμαι τόσο πιστή όσο ήμουν παλαιότερα, αλλά επειδή διάβασα πάρα πολλά επιστημονικά βιβλία σ' όλα αυτά τα χρόνια, έτσι λίγο αποδεσμεύτηκα από την ισχυρή πίστη, από την μεγάλη πίστη, παρόλα αυτά όμως έχω την ανάγκη σαν άτομο να αισθάνομαι ότι υπάρχει κάτι εκεί ψηλά, που να , που προστατεύει τον κόσμο, οπότε αυτό υπάρχει μέσα μου. [Αλεξάνδρα]

9.5 Η ΝΟΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

9.5.1 'Να 'μαι το καλό παιδί..': Η εικόνα του εαυτού μεγαλώνοντας

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται η εικόνα που έχουν διαμορφώσει τα παιδιά για τον εαυτό τους μεγαλώνοντας στη συγκεκριμένη οικογένεια. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν οπτικές για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τις θετικές και τις αρνητικές επιδράσεις στην διαμόρφωση του εαυτού από την οικογένεια, τις επιδράσεις από την επάρκεια ή μη των υλικών αγαθών και τις ευρύτερες αντιξοότητες που δεν αφορούσαν απαραίτητα τη γονική ψυχική νόσο. Ως προς οπτική του εαυτού των παιδιών σε σχέση με την επάρκεια υλικών αγαθών η πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε οικονομική δυσπραγία στην παιδική ηλικία, όμως αυτή η συνθήκη δεν τους επηρέασε σε πρώτη ανάγνωση, κυρίως γιατί το βάρος των συναισθηματικών δυσκολιών που προέκυπταν από τη γονική ψυχική νόσο ήταν μεγαλύτερο. Ακόμη κι εκείνοι που δεν είχαν ιδιαίτερες οικονομικές δυσκολίες ανέφεραν ότι θα προτιμούσαν 'να μην είχαν να φάνε παρά να περάσουν ό,τι πέρασαν', [Γιώργος, Κάτια, Αλεξάνδρα, Θανάσης, Σωτήρης, Χρήστος]. Οι συμμετέχοντες προσδιορίζουν περισσότερα αρνητικά ή δύσκολα στοιχεία του εαυτού σε σχέση με τα θετικά καθώς αναλογίζονται τις εμπειρίες στη παιδική ηλικία. Ένα από αυτά στοιχεία είναι η αντιδραστικότητα [Βαγγέλης, Κάτια, Αννέτα], σύμφωνα με την οποία προέβαιναν συχνά σε συγκρούσεις ακόμη κι αν αυτό απέβαινε εις βάρος τους, όπως βλέπουμε στην περίπτωση της Αννέτας: *'ήμουν πολύ αντιδραστική, πολλές φορές δεν διάβαζα στο σχολείο μόνο και μόνο για να τους πάω κόντρα, ή αργούσα επίτηδες το βράδυ'*. Άλλα τέτοια στοιχεία είναι η αναβλητικότητα [Μάριος, Χρήστος, Σωτήρης, Θανάσης], η τελειομανία [Αλεξάνδρα], ενίοτε η ψυχαναγκαστικότητα και η αίσθηση του 'καλού παιδιού':

Εγώ λοιπόν από τότε που ήμουν μικρός είχα πάντα την αίσθηση ότι.., και από τη γιαγιά, να 'μαι το καλό παιδί και να κάνω αυτό που μου λένε, και να νιώθω ότι όλοι με συμπαθούνε κι όλοι μ' αγαπάνε. Αυτό το 'χω μέχρι και τώρα. Δεν μπορώ να τσακωθώ με κάποιον και να.., γιατί νομίζω ότι έχει αρνητική άποψη για μένα. Και δε θέλω κάποιος να 'χει αρνητική άποψη για μένα. Οπότε μικρό με έλεγχε αυτό, να 'μαι το καλό παιδί.., και το 'να και τ' άλλο.. [Πέτρος]

Ως προς το σεξουαλικό προσανατολισμό των παιδιών τρεις από τους συμμετέχοντες είχαν σαφή σε αυτούς ομοφυλόφιλο προσανατολισμό ως παιδιά και έφηβοι, και ένας θεωρεί ότι είχε σύγχυση σχετικά με τον σεξουαλικό αυτοπροσδιορισμό ο οποίος έχει διατηρηθεί μέχρι και σήμερα. Σε κάποιες περιπτώσεις η πρόσληψη αυτή ενίσχυσε την θέση του κοινωνικά στιγματισμένου όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, δεδομένου ότι ο στιγματισμός αυτός υπήρχε ήδη λόγω της γονικής ψυχικής νόσου. Η εικόνα του σεξουαλικού εαυτού προκύπτει ότι σχετίζεται και με το θέμα της προσωπικής αποδοχής αλλά και των προσωπικών αιτιοπροσδιορισμών. Για παράδειγμα, ο Γιώργος που είχε αντιληφθεί πολύ νωρίς τον ομοφυλόφιλο σεξουαλικό του προσανατολισμό και θεωρούσε ότι τον είχε αποδεχτεί, αργότερα υπέθεσε ότι μέσα από αυτή την έκφραση ψάχνει να βρει ένα πρότυπο πατέρα που δεν είχε στην πραγματικότητα:

Και γι' αυτό είχα, ντάξει, γι' άλλο λόγο ξεκίνησα εγώ την ψυχολόγο, και καταλήξαμε στο πιο ουσιαστικό σίγουρα κομμάτι. Εε, γιατί έχει αντίκτυπο στη δικιά μου ζωή, κάποια πράγματα, κάποια που έχουν [] μέσα μου. Αυτό. Γιατί σε μια σχέση μου εγώ θα ψάχνω ας πούμε τον πατέρα που δεν είχα, κάτι που είναι μεγάλο λάθος. Γιατί κανένας δεν θα κάτσει να μου κάνει το μπαμπά μου εμένα. Ντάξει, αυτό θέλει δουλειά, θεωρώ, δε μπορώ σε μια στιγμή να το.. αποβάλω, αλλά θα δείξει στην πορεία. Τι να πω. Πρέπει να το παλέψω κι εγώ. Πρέπει να το θέλω κι εγώ. Αυτό. [Γιώργος]

Σε άλλες περιπτώσεις, όπως η Αλεξάνδρα, η πρόσληψη αυτή για τον εαυτό ενίσχυσε την επιλογή του ατόμου να γίνει κοινωνικά διεκδικητικό, με γνώμονα την κοινωνική αποδοχή, την συμπερίληψη και τα ίσα δικαιώματα, και μετουσιώθηκε σε γόνιμο έργο ακόμη και στο επαγγελματικό πεδίο καθώς και στο πεδίο του κοινωνικού ακτιβισμού. Στην περίπτωση του Βαγγέλη η εικόνα του σεξουαλικού εαυτού ήταν (και είναι) συγκεχυμένη. Αν και οι αφηγήσεις του είναι σε πολλά σημεία διασπασμένες λόγω των ξαφνικών αποκοπών στον ειρμό δεδομένων των προσωπικών ψυχιατρικών προβλημάτων, τα θέματα για την εικόνα του σεξουαλικού εαυτού επανέρχονται συχνά. Για παράδειγμα, αναφέρει ότι έχει παρενοχληθεί σεξουαλικά ως παιδί από ένα θείο, ότι επιδιόταν σε σεξουαλικές επαφές για μεγάλα χρονικά διαστήματα με τη μητέρα του, με άλλα αγόρια και μερικές φορές με κορίτσια. Σε αυτή την περίπτωση η σύγχυση για την εικόνα του εαυτού προκύπτει από τις ιδέες που έχει ο ίδιος για το τι θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό, ποια είναι τα όρια στη σεξουαλικότητα -ειδικά σε άτομα μέσα στην ίδια οικογένεια,

οι ενοχές, η έλλειψη σαφήνειας στην ταυτότητά του σε σχέση με τι του αρέσει και τι όχι, αλλά και η δυσκολία να θέτει όρια. Τα θέματα αυτά βεβαίως θα μπορούσε να πει κανείς ότι εντάσσονται σε μία ευρύτερη σύγχυση για την προσωπική ταυτότητα, κάτι που σχετίζεται και με την ψυχιατρική του κατάσταση αλλά και την διάσπαση της οικογένειας (ο πατέρας έχει πεθάνει, η μητέρα νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική, και τα αδέλφια δεν διατηρούν επαφές μεταξύ τους). Στην αφήγηση του Βαγγέλη εντοπίζονται αποσπάσματα λόγου που λειτουργούν ίσως ως προβολές, με την έννοια ότι διαφαίνεται ότι αποδίδει στους άλλους προσωπικές του εμπειρίες, όπως σε δύο αφηγήσεις, μία για ένα περιστατικό αιμομιξίας ενός γείτονα φίλου με τη μητέρα του, κι ενός γείτονα φίλου με ομοφυλόφιλες πρακτικές:

Εντωμεταξύ είχα ένα ξάδερφο που έμενε απέναντι από το σπίτι μου και.. μου 'λεγε ένας γείτονας ξέρω γω, ότι αυτός λέει πήγαινε λέει με τη μητέρα του... [...] ..Κι άλλη μία φορά, δίπλα από το σπίτι μου, εε, μένανε κάποιοι ομοφυλόφιλοι, και.. όταν η.. η μητέρα αυτουνού που έμενε έμαθε ότι είναι ομοφυλόφιλος, έπαθε εγκεφαλικό, και πέθανε, κι όταν ζούσε δεν μπορούσε να φέρνει άντρες μες στο σπίτι για να κάνουνε κι εγώ δεν ξέρω τι. Κι, κι ένας φίλος μου, κι ένας γείτονας, μου λέει, 'ρε' μου λέει 'αυτοί είναι ομοφυλόφιλοι' λέει 'τους κοροϊδεύανε όλοι', ε, η μητέρα αυτουνού πέθανε από εγκεφαλικό γιατί έμαθε ότι αυτό κι αυτό και τέτοια, μετά αυτοί φύγανε από τη γειτονιά, τους έχασα μετά, δεν ξέρω, ο ένας πέθανε, ένας κοκκινομάλλης, ο άλλος, ο Δημήτρης ήτανε ναυτικός, ταξίδευε, ε, και μια φορά κάπου πηγαίναμε για μία δου δουλειά δική μου και τον συνάντησα στο δρόμο και μου χαμογελούσε αλλά εγώ αδιαφόρησα ξέρω γω, έμενε απέναντι από το σπίτι μας που μετά ξαναέφυγε, πήγε αλλού, το σπίτι τους το πήρε η τράπεζα, χρωστάγανε, κάτι τέτοιο. [Βαγγέλης]]

Η διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού όπως είναι εύλογο έχει επηρεαστεί και από τις αντιξοότητες ζωής που δεν αφορούν άμεσα την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, προσθέτουν όμως την αίσθηση της μοναξιάς, της κακουχίας και της αβοηθητότητας. Αυτό συμβάλλει σε μία πολυπροβληματική ιστορία ζωής και οπτικής του εαυτού. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν οι ιστορίες της Νεφέλης και της Παναγιώτας, σύμφωνα με τις οποίες αποξενώθηκαν από τον πατέρα λόγω δυσμενών συνθηκών που αφορούν στις οικογενειακές σχέσεις ή την επιβίωση. Η Νεφέλη αφηγείται σχετικά:

Κι αυτό είναι γιατί όταν ο πατέρας μου, εγώ είχα φοβερή αδυναμία στον πατέρα μου, υπήρχε μόνο ο πατέρας μου βασικά, για πολλά χρόνια στη ζωή μου, ειδικά τα πιο μικρά, εε αποφάσισαν ότι θα φύγει χωρίς να μου το πουν. Κι εγώ απλά ξύπνησα ένα πρωί, και γύρισα στο σπίτι και δεν ήταν ο μπαμπάς μου. Και μου 'παν ότι ο μπαμπάς μου έφυγε. Εγώ έκλαιγα, μου λένε, και ψιλοθυμάμαι, έκλαιγα όλη μέρα [κλαίει], ωω το θυμάμαι τώρα.., επί έξι μήνες και είχα αγκαλιά ένα μπλουζάκι του μπαμπά μου. Όταν μ' έπαιρνε τηλέφωνο για να μιλήσουμε, που μ'

έπαιρνε κάθε μέρα δεν του μίλαγα. Δεν μπορούσα να μιλήσω. Οπότε εγώ ναι, βίωσα εκεί γύρω στα εξίμησι την εγκατάλειψη [χαμογελάει σαρκαστικά] από το μπαμπά, τι να καταλάβαινα παιδί εξίμησι χρονών ας πούμε που έφυγε ο μπαμπάς του; Που όλη του τη ζωή ήταν μόνο ο μπαμπάς του. Η μάνα μου δεν υπήρχε για μένα. Δεν.. την αναζητούσα. (.) [Νεφέλη]

Η θυματοποιημένη εικόνα του εαυτού μέσα στην οικογένεια προκύπτει και από περιστατικά επιθετικότητας και έντασης, όπως συνέβη στην περίπτωση της Αλεξάνδρας που όταν τους εγκατέλειψε η μητέρα τους απροειδοποίητα για ένα μεγάλο διάστημα, υπήρξε θύμα επιθετικότητας και βίας από την αδελφή της. Στην περίπτωση του Θανάση, η μητέρα, που θεωρητικά ήταν ο υγιής γονιός στην οικογένεια, έκανε συστηματική κατάχρηση αλκοόλ κι είχε συνάψει εξωσυζυγική σχέση με στενό φίλο του πατέρα τον οποίο φιλοξενούσαν στο πατρικό σπίτι κατόπιν δικού της επίμονου αιτήματος. Αυτό επέφερε πολλά προβλήματα στη ζωή του Θανάση και κατά συνέπεια το πως έβλεπε τον εαυτό του, τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα ήταν η αμφιβολία για το αν ο φίλος της μητέρας του θα μπορούσε να είναι ο βιολογικός του πατέρας:

... δηλαδή είχε αρχίσει με τον Τάκη εκεί, ο Τάκης είχε.. έπινε, έπινε, ήτανε αλκοολικός σας είχα πει τότε την ιστορία ήταν αλκοολικός. Η μάνα μου κλάμα μες στο σπίτι, και 'σ' αγαπώ' μια φορά μου λέει η μάνα μου 'πες τον μπαμπά'. Ήταν λιώμα ο Τάκης κάτω, μου λέει 'πες του μπαμπά να μην ξαναπεί'. Μικρός εγώ τώρα. Πόσο θα 'μουν, γυμνάσιο θα 'μουν; Πολλές φορές, η μάνα μου.. [...] Να τον πω μπαμπά, τον Τάκη, να τον πω μπαμπά. Να πω τον Τάκη μπαμπά. [...] Δύσκολο αυτό. Μεγάλη, δηλαδή δεν θυμάμαι αν καν το 'πα, μπορεί να το 'πα, ήμουν μικρός, δεν καταλάβαινα, μπορεί να το 'πα κιόλας δε το θυμάμαι, τι είχα πει και τι είχα κάνει. Δεν θυμάμαι τι είχα πει και τι είχα κάνει. Μόνο να γυρίζει σπίτι ο Τάκης πιωμένος, μια ζωή να ψάχνουμε το Τάκη επειδή έχει πει, η μάνα μου κλάμα λιποθυμίες, μετά η μάνα μου άρχισε το πινόμα, πινόμα και οι δύο, μετά έπινε πολύ η μάνα μου, σε σημείο κι αυτή, έφτανε για αλκοολισμό, μέχρι τώρα τελευταία σταμάτησε. Το αλκοόλ. Μαχαίρι όμως. Και σταμάτησε το αλκοόλ, πάλι της το 'χω.. της το κρατάω αυτό. Τόσα χρόνια που της έλεγα εγώ κι ο μικρός μου αδερφός 'κόφτο το αλκοόλ, γιατί δεν μπορούμε να σε βλέπουμε έτσι', τίποτα, έπινε, μας έγραφε κανονικά, έπινε, δεν την ένοιαζε. [Θανάσης]

Όλες αυτές οι εμπειρίες ενδεχομένως αποτέλεσαν επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση μίας σειράς ατομικών προβλημάτων υγείας τα οποία συνέβαλαν στη διαμόρφωση μίας εύθραυστης εικόνας του εαυτού. Ο Θανάσης αφηγείται την εμπειρία αυτοάνοσου νοσήματος και την πορεία προς την εμφάνιση πολύ σοβαρού για τη ζωή του καρδιολογικού νοσήματος:

...{τα πόδια} μου πρηζόντουσαν, τα πόδια μου, και κουραζόμουν. Πολύ, τα πόδια μου ήτανε τούμπανο, δηλαδή μέχρι και τα δάχτυλα μπροστά ήτανε, μέχρι κι εδώ πέρα [δείχνει] ήτανε τόσα τα πόδια μου. Δηλαδή δεν μπορούσα να περπατήσω καθόλου. Πολύ, πολύ, δηλαδή πρήξιμο πολύ, και δεν μπορούσα να περπατήσω. [παύση][...] απλά.. τότε δεν θυμάμαι πολλά πράγματα, γιατί είχα τα δικά μου, πόνανα, είχα τα φάρμακά μου, είχα το μυαλό μου λίγο στα φάρμακά μου, να τα παίρνω, να μη, είχα τον πόνο μου [χαμογελάει] δεν έτρωγα αλάτι, καθόλου ζάχαρη ούτε αλάτι, δεν.. [χαμογελάει], και ναι, τότε ήμουν, θυμάμαι τότε ήμουν, πήγα γυμνάσιο θυμάμαι, ναι, ναι, πονάγανε, είχε κρατήσει πολύ, είχε κρατήσει πολύ ο πόνος, δηλαδή για κάνα δύο χρόνια έπινα κορτιζόνες, και μεγάλη ποσότητα κορτιζόνη, είχανε γίνει τα.., τη βρήκα μια φωτογραφία προχθές, θα σας τη δείξω άμα τη βρω [κοιτάει το κινητό του] τη.. στο σχολείο, θα σας τη δείξω, τα μούτρα μου, λέω 'ποιος είμαι εγώ' [χαμογελάει], τα μούτρα μου είναι ολοστρόγγυλα [χαμογελάει] την είχαμε βγάλει στο facebook, την είχαμε ανεβάσει με τα παιδιά στο γυμνάσιο, να τη βρω [ψάχνει στο κινητό τη φωτογραφία] [...] Α, νάτο, κοίτα δω μούτρα που 'χα φτιάξει [χαμογελάει] [γελάει] Ήταν η μάπα μου ολοστρόγγυλη. Εε, ναι, ντάξει, έφαγα μεγάλο ζόρι, και τότε, αλλά δεν πολυσκεφτόμουν τους δικούς μου τότε, ήμουν λίγο πιο στο δικό μου κόσμο, δηλαδή ήμουν λίγο. [...] μου είχε πολλή κορτιζόνη και δεν πονάγα, είχα πέσει, πονάγα καμιά φορά και λέω 'ω ρε πούστη μου πάλι' και μτς, κρυβόμουν, δεν ήθελα να το πω, δηλαδή, καμιά φορά ήθελα να τους πω στο γιατρό 'ντάξει, δεν πονάω είμαι καλά', για να μη μου δώσει πάλι, θα με πλακώσει στις κορτιζόνες, θα πρηστώ πάλι, και ήμουν λίγο τέτοιο, αλλά το 'λεγα [χαμογελάει] στο τέλος. Αλλά μετά σταμάτησα να πονάω, ήρθα Αθήνα, ήρθα Αθήνα, ναι, και στο γιατρό τον καινούριο που πήγα δε πονάγα, ήμουν καλά, μου 'χε δώσει και τα φάρμακά μου, αυτός είχε αρχίσει και μου τα 'κοβε, ε, και μετά ένα βράδυ γύριζα από το γυμναστήριο και βλέπω τα πόδια μου πρησμένα, βλέπω τα πόδια μου πρησμένα και την άλλη μέρα πήγα, στο νοσοκομείο. [Θανάσης]

Σε άλλες αφηγήσεις οι συμμετέχοντες μπορούσαν να αναγνωρίσουν θετικές εμπειρίες από την οικογένειά τους χωρίς να παραγνωρίζουν τις αντιξοότητες του παρελθόντος, καθώς και το πόσο σημαντικές ήταν αυτές οι εμπειρίες στη διαμόρφωση του εαυτού. Τέτοιες προσεγγίσεις συναντάμε στις αφηγήσεις της Παναγιώτας, του Χρήστου, της Αννέτας και της Νεφέλης. Στην πλειοψηφία των αφηγήσεων αναφέρονταν οι θετικές επιδράσεις που είχαν οι οικογενειακές γιορτές, οι εκδρομές, οι διακοπές και η τήρηση των τελετουργικών και εθίμων από την οικογένεια γιατί προσέδιδαν μία συνοχή στη ζωή των αφηγούμενων, αλλά και μία συνοχή της αίσθησης του εαυτού 'με τα καλά του και τα κακά του', [Χρήστος]. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας τέτοιας προσπάθειας να χτιστεί μια ισορροπία στα θετικά και στα δύσκολα βρίσκουμε στην αφήγηση της Αννέτας που αφηγείται την εμπειρία της για την ανιδιοτελή αγάπη στην οικογένεια:

Έχω πάρα πολύ ωραίες αναμνήσεις με την οικογένειά μου. Και αστείες αναμνήσεις, και ευχάριστες αναμνήσεις, ναι, ειδικά αστείες έχουμε αρκετές. Εε, αλλά ακόμη κι όταν έγινε όλο αυτό με το μπαμπά δε θεωρώ ότι δεν υπάρχουν χαρούμενες στιγμές. Χαρούμενες στιγμές υπήρχανε. Απλά ήτανε λίγο παραπάνω.. τώρα μιλάω για την περίοδο τα τέσσερα πρώτα χρόνια ας πούμε, γιατί αυτό μετά άρχισε σιγά σιγά θεωρώ να, να γίνεται πιο αραιό. Εε, αλλά θεωρώ ότι υπήρχανε χαρούμενες στιγμές, τουλάχιστον έτσι όπως το θυμάμαι, απλά εντέλει μένανε λίγο παραπάνω οι κακές στιγμές γιατί ήτανε περισσότερες. Και προσπαθούσα να πιαστώ από τη μία καλή αλλά όταν ερχόταν η επόμενη κι η επόμενη κακή κάπου εκεί το 'χανα. Αλλά βλέποντάς το τώρα από μακριά γιατί έχουνε περάσει όλα αυτά, ο μπαμπάς είναι καλύτερα, εε, ναι υπήρχανε χαρούμενες στιγμές. Γενικά θεωρώ, είμαι πάρα πολύ χαρούμενη με αυτήν την οικογένεια που έχω και ας έγινε όλη αυτή η κατάσταση, είμαι πραγματικά ευγνώμων που έχω αυτή την οικογένεια. Γιατί ό,τι και να 'χει γίνει, με οποιοδήποτε τρόπο, είτε σωστό, είτε λάθος, προσπαθούσαμε ο ένας να βοηθήσουμε τον άλλον. Με τον οποιοδήποτε τρόπο. Υπήρχε δηλαδή αγάπη, και αυτό νομίζω είναι το πιο σημαντικό στην οικογένεια, το να θες να βοηθήσεις τον άλλον, το να τον αγαπάς και να μην περιμένεις κάτι ας πούμε. [Αννέτα]

Τέλος, εντοπίζονται και αφηγήσεις στις οποίες έχουν απομονωθεί τα θετικά στοιχεία παραγνωρίζοντας τις αντιξοότητες και τις επιπτώσεις τους στη διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού, όπως βλέπουμε στην αφήγηση του Σωτήρη που δεν επιτρέπει στις δύσκολες αναμνήσεις να αμαυρώνουν την εικόνα της οικογένειάς του και του εαυτού του, 'ό,τι έγινε έγινε, πάμε μπροστά, η οικογένειά μου έκανε ό,τι καλύτερο μπορούσε, είμαι μια χαρά, είμαστε μια χαρά'.

9.5.2 'Μπορεί να έγινε κάτι άσχημο..': Αιτιοπροσδιορισμοί για τη γονική ψυχική νόσο

Στην κατηγορία αυτή αναλύονται οι ιστορίες των συμμετεχόντων που σχετίζονται με τις αποδόσεις που έχουν διαμορφώσει τα ίδια τα παιδιά για τα ψυχιατρικά προβλήματα των πασχόντων γονιών τους. Από την ανάλυση προέκυψε ότι οι αποδόσεις αυτές σχετίζονται με τα αντίξοα γεγονότα ζωής, τις δυσκολίες στις σχέσεις στην ευρύτερη οικογένεια, τα ιατρικά προβλήματα, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, η επιβάρυνση πολλών υποχρεώσεων, η κληρονομικότητα και μία γενικότερη ευαισθησία και προδιάθεση. Η πλειοψηφία του δείγματος θεωρούσε ότι η αιτία της μείζονος ψυχικής διαταραχής του γονιού είναι ένα τραυματικό γεγονός

ή μία ψυχοπιεστική συνθήκη ζωής. Τέτοια τραυματικά γεγονότα προσδιορίζονται από τους συμμετέχοντες ότι είναι η μετανάστευση [Νεφέλη, Αννέτα, Σωτήρης], η κακή σχέση ή το διαζύγιο των γονέων [Γιώργος, Δήμητρα, Τζένη, Παναγιώτα, Σωτήρης, Αφροδίτη, Θανάσης], θέματα σωματικής υγείας και απώλειες [Μίνα, Πέτρος, Αλεξάνδρα, Κάτια], κακουχίες στην παιδική ηλικία [Θανάσης, Σωτήρης, Αννέτα, Νεφέλη]. Η πίστη στην επίδραση των τραυματικών γεγονότων στην εμφάνιση της ψύχωσης του γονιού φαίνεται ότι υπάρχει ως αξία ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν έχει εντοπιστεί από τα παιδιά τι θα μπορούσε να είναι αυτό:

Όχι, δεν το σκέφτηκα τόσο. Δε.. ούτε και τώρα δηλαδή δεν μπορώ να καταλήξω γιατί σε κάποιους ανθρώπους συμβαίνει έτσι και σε κάποιους δε συμβαίνει. Φαντάζομαι ότι ντάξει, προφανώς μπορεί να έγινε κάτι άσχημο, αλλά τουλάχιστον δεν έχω ακούσει από προηγούμενο.. πολύ, κάποιο πολύ άσχημο περιστατικό που να εξηγεί γιατί έγινε στη μάνα μου. Γιατί η μάνα μου είχε έξι, έχει έξι αδέρφια. (.) Έξι έχει? Ναι. Αλλά τόσο δεν έχει συμβεί σε κανέναν άλλον, οπότε.. [Χρήστος]

Ο Σωτήρης αφηγείται ότι η μητέρα του μπορεί να αρρώστησε λόγω του πρώιμου χωρισμού με τον πατέρα του αλλά και του αποχωρισμού από τα παιδιά της:

Ήξερα ότι είναι χωρισμένοι οι γονείς μου, αλλά.. μήπως προκλήθηκε από το χωρισμό όλο αυτό. Δεν ξέρω. Δεν ξέρω τι να σας πω τώρα. [...] Εε, μήπως έφταιγε ο πατέρας μου λέω.. Ότι χωρίσανε, ότι δεν την άφηνε να μας πάρει από, εε, να μας πάρει αυτή, να μας προσέχει αυτή, δεν την άφηνε να μπαίνει στο σπίτι, μήπως όλο αυτό. Το.. το ξεκίνησε όλο αυτό. Δεν ξέρω τώρα.., νομίζω και.. από την οικογένειά της κάποιον έχασε, πάλι με ψυχολογικά, αυτ, αυτό το 'χα διαβάσει από το φάκελο του γιατρού, μήπως είναι και.. κληρονομικό? Τι να σας πω τώρα. Δεν ξέρω. Αλλά.. ναι, αυτό πιστεύω ότι ξεκίνησε όταν βασικά δεν άφηνε ο πατέρας μου να μας βλέπει, γιατί ήθελε να μας πάρει από 'δω, ήθελε να φύγουμε, εε, (.) από τότε ξεκίνησε. Από τότε πιστεύω μτς ότι έγινε χειρότερα. Αυτά. [Σωτήρης]

Σε ένα παρόμοιο μοτίβο και η Παναγιώτα θεωρεί ότι η μητέρα της αρρώστησε επειδή αναγκάστηκε να παντρευτεί από προξενικό κατόπιν πιέσεων της γιαγιάς της, όπως επίσης το αποδίδει και στην απογοήτευση της μητέρας της από μία αποτυχημένη ερωτική σχέση. Επίσης, τα προβλήματα υγείας μέσα στην οικογένεια μπορεί να αποτέλεσαν τραυματικό έναυσμα για την εκδήλωση της ψυχιατρικής νόσου, όπως συναντάμε στην ιστορία του Πέτρου που αφηγείται ότι τα ψυχιατρικά προβλήματα της μητέρας του ξεκίνησαν όταν ο πατέρας του υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο θάνατος αγαπημένου προσώπου ως τραυματικό γεγονός, επίσης, θεωρείται από τους συμμετέχοντες ότι είναι ένας λόγος εμφάνισης ή επίσπευσης της ψυχικής

νόσου, όπως στην περίπτωση της μητέρας της Αλεξάνδρας. η οποία έχασε το σύζυγό της λόγω προβλημάτων υγείας. Για τον Θανάση, ο πάσχων πατέρας του υπέστην σοκ όταν ανακάλυψε ότι η σύζυγός του διατηρούσε δεσμό με τον καλύτερό του φίλο που φιλοξενούσε στο σπίτι του για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι αντιξοότητες στην παιδική ηλικία ενίοτε αποτελούν τη βάση για την εκδήλωση των ψυχιατρικών του συμπτωμάτων του γονιού στην ενήλικη ζωή:

Αυτό δεν..., απ' τη μία δε φταίει αυτός, έτσι μεγάλωσε, ούτε αυτόνε τον είχαν κάνει, έτσι μεγάλωσε, κι ο πατέρας του κι η μάνα του, έντεκα δώδεκα χρονών τον είχαν στείλει να φυλάει πρόβατα για μεροκάματο. [...] Παρέα μ' ένα τσοπάνη πήγαινε κοντά τα πρόβατα. Τον είχε φάει η δουλειά. Η αλήθεια είναι ότι έχει δουλέψει πάρα πολύ στη ζωή του. Τους έχει βγάλει, την οικογένειά του την έχει βγάλει ο πατέρας μου πέρα. Ό,τι έχουνε, χωράφια κι αυτά που έχουνε τώρα, τα 'χει βγάλει ο πατέρας μου πέρα. Από έντεκα χρονώ, δουλεύει. Πήγαινε για ντομάτα στο.., ντομάτα, στο τέτοιο, εκεί πέρα, που είναι εκεί, έχουνε ντομάτες κι αυτά, πήγαινε εκεί δούλευε, τους έστελνε τα λεφτά πάνω, αγοράζανε οι άλλοι χωράφια. Και τώρα που πέθανε ο παππούλης μου κοιτάνε να του πάρουνε τα χωράφια. [Θανάσης]

Μία σημαντική παράμετρος για την εμφάνιση της μείζονος ψυχικής διαταραχής του γονέα κατά την άποψη των συμμετεχόντων είναι και η δυσλειτουργική σχέση με μέλη της πατρικής τους οικογένειας εξαιτίας περιουσιακών διαφορών, εύνοιας άλλων οικογενειακών μελών, ανεπαρκούς σύνδεσης ή απρόβλεπτης συμπεριφοράς, όπως βλέπουμε στις αφηγήσεις της Κάτιας, του Γιώργου, της Νεφέλης και της Αννέτας. Η Νεφέλη και η Αννέτα που είναι αδελφές περιέγραψαν ότι ο πάσχων πατέρας τους επιβαρύνθηκε πολύ από τη σχέση που είχε με τη μητέρα του, κι έχασε τόσο πολύ την εμπιστοσύνη του ώστε μετά αυτή η έλλειψη εμπιστοσύνης μεταφέρθηκε στη σχέση με τη γυναίκα του εκφράζοντας παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπικού περιεχομένου.

... το πρόβλημά του ουσιαστικά ήταν η μητέρα του. Η οποία μάλλον δεν ήταν τόσο ηθικός άνθρωπος. Εε, ήταν αρκετά ψεύτρα, εε, παίζει να μην ήταν και πολύ πιστή στον παππού, εε, και το τελικό, το τελειωτικό χτύπημα του το έδωσε η ίδια του η μητέρα όταν ο πατέρας μου, γιατί ο πατέρας μου ζούσε σε μια φούσκα ότι η μάνα του ήταν ο καλύτερος άνθρωπος του κόσμου, ο πιο ηθικός, αλλά δεν ήθελε να το παραδεχτεί ποτέ, σαν παιδί μάλλον το βίωνε, αλλά σαν ενήλικας δεν μπορούσε να το.. δεν το ανακαλούσε. Όλοι οι άλλοι όμως το βλέπαμε. Εε, αρκετά παρτάκιας, η μάνα του, εε, όπου έφτασε σε μία ηλικία στα πενήνταπέντε ας πούμε, που έπαθε ο πατέρας μου την κρίση, που δεν είχε να κρυφτεί πίσω από το δάχτυλό του, κι αναγκάστηκε να δει αυτό που βλέπαμε όλοι, το ότι η μάνα του είναι αυτή που είναι κι όχι αυτή που αυτός ήθελε να είναι. Δηλαδή η μάνα του του το 'φερε προ τετελεσμένου, πως να το πω.. [Νεφέλη]

Πληγώθηκε, θεωρώ ότι σίγουρα πληγώθηκε κι όταν έφυγε και δεν του είπε τίποτα, γιατί δεν είναι ότι πήγε μέχρι την Πάτρα ταξιδάκι και γύρισε, , δεν ξαναγυρίσανε ποτέ. Έφυγε, χωρίς να χαιρετήσει, χωρίς τίποτα, και δεν ξαναγύρισε ποτέ. Δεν την ξαναείδε ποτέ. Εε, οπότε θεωρώ ότι ναι, η μαμά του ήτανε πολύ μεγάλο, όχι λιθαράκι [χαμογελάει], κοτρόνα, για να γίνει όλο αυτό. [Αννέτα]

Δύο από τους συμμετέχοντες που είναι επίσης αδέρφια [Πέτρος, Μίνα] διατύπωσαν την υπόθεση ότι η ψυχιατρική κατάσταση της μητέρας τους οφείλεται σε λόγους που άπτονται της σωματικής ιατρικής. Η υπόθεση αυτή είναι μία πολύ ιδιόζουσα περίπτωση σπάνιου ενδημικού συνδρόμου της νησιωτικής επαρχίας, το οποίο εκτός των άλλων έχει και ψυχιατρικές προεκτάσεις. Αξίζει δε να σημειωθεί ότι οι δύο συμμετέχοντες αρχικά θεωρούσαν ότι επρόκειτο για δύο διαφορετικές νοσολογικές οντότητες, δηλαδή μία ψυχιατρική και μία σωματική (αιματολογική). Η μικρή αδελφή όμως άρχισε να αναζητά πληροφορίες μέσω της σχολής στην οποία σπουδάζει για την δεύτερη πιθανότητα και οι υπόλοιποι στην οικογένεια δεν έχουν ακόμη σαφή εικόνα. Σε αυτή την περίπτωση η πιθανότητα να υπάρχει υπόβαθρο σωματικής ασθένειας για την ψυχιατρική κατάσταση της μητέρας είναι μία αισιόδοξη προοπτική, με το σκεπτικό ότι αν βρεθεί τρόπος να αντιμετωπιστεί το υποκείμενο νόσημα, τότε θα υποχωρήσει και το ψυχιατρικό.

Μία άλλη οπτική για τα αίτια της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού που προέκυψε από την ανάλυση του υλικού αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά του και τον τρόπο που αντιδρούσε σε διάφορες περιστάσεις. Η Δήμητρα θεωρεί ότι ο πατέρας της επιβαρύνθηκε από την ανεπαρκή διαχείριση του στρες και ο Χρήστος ότι για την μητέρα του ευθυνόταν η υπερβολική ενσυναίσθηση προς τα μέλη της πατρικής της οικογένειας. Η Αννέτα αναφέρθηκε στο ότι ο πατέρας της ήταν πάντα ένας κλειστός άνθρωπος με αποτέλεσμα να μην έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει βοήθεια από κανέναν, υπονοώντας ότι αυτή η διεργασία τον οδήγησε στην εκδήλωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Όπως αναφέρθηκε στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου μία άλλη απόδοση για την εμφάνιση της ψυχικής κατάστασης του γονιού είναι η κληρονομικότητα, στην οποία αναφέρθηκε και η Κάτια για τη μητέρα της:

Υπήρχε μια κληρονομικότητα. [...] Ένας παππούς είχε αυτοκτονήσει. [...] Δεν ξέρω τώρα τι DNA και τι έχει παίξει σ' αυτά, αλλά νομίζω ότι ένας προπάππους μου.. είχε φύγει με πολύ άσχημο τρόπο. Σε φάση δηλαδή.. είχεβάλει.. πρόκα στο κεφάλι του, στα μηνίγγια του.. [...] Τώρα δεν ξέρω, από πολύ μικρή τα 'χα ακούσει από ιστορίες, γενικά όμως υπάρχει μία.., μία ένταση,

είναι πολύ έτσι φουρτουνιασμένοι, δεν μιλάνε τ' αδέρφια μεταξύ τους, με τα ξαδέρφια δεν έχουμε σχέση εμείς ας πούμε.. Τι; Πραγματικά δηλαδή δεν μπορώ να καταλάβω, θα μπορούσε να υπήρχε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον.., δεν υπάρχει αγάπη με λίγα λόγια [Κάτια]

Η Αλεξάνδρα τέλος, καθώς στοχάζεται δυνατά γύρω από τα αίτια της ψυχικής νόσου της μητέρας της κι αμφιταλαντεύεται μεταξύ του ότι μπορεί να είχε μία γενικότερη ευαισθησία, να μην υπάρχει καν κάποια αιτία, απλώς να συνέβη, ή να είναι μέριμνα του Θεού ώστε να γίνει η ίδια καλύτερος άνθρωπος μέσα από την κακουχία που πέρασε με την μητέρα της:

Αλλά, όπως προείπα, προείπα, ε, δεν έχουμε, στην οικογένειά μας, επειδή έχω κοιτάξει το πιο μεγάλο ιστορικό, δεν υπήρξε άλλος άνθρωπος. Ίσως η μητέρα μου είχε μια ευαισθησία? Μια ευαισθησία, μια εγγενή ευαισθησία η οποία με κάποια δυσάρεστα βιώματα, ή και να υπήρχε αυτό να εκδηλώθηκε. Μπορεί απλώς η μητέρα μου να είχε αυτό το πρόβλημα. Δεν, μπορεί και να μην υπάρχει κάποια συγκεκριμένη αιτία για να το είχε. Όπως και μπορεί π.χ. να μην υπάρχει κάποια συγκεκριμένη αιτία σε έναν άνθρωπο για να εμφανίσει μια σωματική ασθένεια. Επειδή δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, ούτε από τη γιαγιά μου, μπορεί απλώς να έτυχε. Ή μπορεί, ή μπορεί, επειδή μπορεί, εε επειδή εγώ πιστεύω ότι όλα έχουν κάποιο λόγο που γίνονται, μπορεί π.χ. κάποια δύναμη από κει πάνω να ήθελε να το περάσω αυτό για να με κάνει καλύτερο άνθρωπο. [...] Εγώ μιλάω για μένα. Όχι ότι εγώ είμαι ο καλύτερος άνθρωπος και οι άλλοι δεν είναι...[...] ..εγώ μιλάω μόνο για μένα και μόνο όπως εγώ το βλέπω. Εε, μπορεί και αυτό. Μμμ. Γιατί εγώ πιστεύω ότι ο κάθε άνθρωπος εε βιώνει και κάτι που μπορεί να αντέξει ο ίδιος. [παύση][Αλεξάνδρα]

9.5.3 Ένα ακόμα παράσημο..': Μαθήματα ζωής

Στην κατηγορία αυτή αναλύονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για το τι έχουν μάθει από την προσωπική εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου και οι γνώσεις ζωής που έχουν κατασκευαστεί μέσα από την πλειάδα αντιξοοτήτων που έχουν βιώσει. Η Παναγιώτα, η Αλεξάνδρα, η Κάτια, η Κατερίνα, ο Μάριος, η Μίνα και η Τζένη θεωρούν ότι η προσωπική εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου τους έχει βοηθήσει να αναθεωρήσουν τις απόψεις που είχαν για την ψυχική νόσο σε κοινωνικό επίπεδο. Η αναθεώρηση αυτή μπορεί να σχετίζεται με θέματα υποτίμησης του ψυχικά πάσχοντα, την αναγκαιότητα εστιασμού στα θετικά του αποθέματα κι όχι στα ελλείμματα και στην κατάρριψη των στερεοτύπων.

Εε, η κοινωνία μας, η κοινωνία μας, δηλαδή την κοινωνία μας πρέπει, εγώ [] την κοινωνία μας πρέπει να αλλάξουμε...[...] Και να εκπαιδεύσουμε τους νέους ανθρώπους από μικρά, από μικρούς, ότι μπορεί ένας άνθρωπος να έχει μια ψυχική πάθηση, δεν τον μισείς για αυτό. Θα κάνει τη θεραπεία του και θα γίνει καλά. Εμείς, εμείς φταίμε γιατί μάθαμε να μισούμε ως κόσμος κι ως άνθρωποι, επειδή κι εγώ γεννήθηκα με προκαταλήψεις αλλά στην πορεία της ζωής μου τις απώθησα, και εξαιτίας και εξαιτίας των βιωμάτων μου αλλά και εξαιτίας του ότι είχα φίλους, είχα φίλους άτομα με ειδικές ανάγκες, δηλαδή πήγαινα δηλαδή πήγαινα σε συλλόγους που ήταν μόνο παιδιά σε αναπηρικά καροτσάκια. Αυτό, και τελικά κατάλαβα ότι δεν ήτανε τελικά το αμαξίδιο που τους έκανε να 'ναι λιγότερο άνθρωποι. Είδα ανθρώπους σε αμαξίδια να 'ναι πολύ καλοί αθλητές, να 'ναι πολύ καλοί ζωγράφοι, να ναι άνθρωποι με πολύ καλή, με πολύ καλά αισθήματα, με πολλά αποθέματα αγάπης, με πολύ μεγάλη δύναμη, δηλαδή εγώ θαύμασα. Δηλαδή, μπορεί, ναι, να αιστάνθηκα π.χ. ότι εγώ έχω τα πόδια μου κι ο άλλος δεν μπορεί να περπατήσει. [Αλεξάνδρα]

Ένα μάθημα ζωής που προκύπτει συχνά στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων είναι η στάση ζωής που πρέπει να έχουν οι άνθρωποι στις αντιξοότητες γενικότερα. Η στάση αυτή μπορεί να σχετίζεται με την ανάγκη εκμετάλλευσης των κακουχιών ως ευκαιρίες ζωής [Αλεξάνδρα], με την προσδοκία ότι όταν βιώνουμε μία αντιξοότητα μετά θα ακολουθήσει κάτι καλό [Γιώργος, Νεφέλη], ότι δεν πρέπει να εγκαταλείπουμε την προσπάθεια γιατί όλα τα προβλήματα έχουν μία λύση [Σωτήρης], ότι δεν πρέπει να μεμψιμοιρούμε [Χρήστος, Αννέτα], κι ότι οι αντιξοότητες εντέλει μας δυναμώνουν [Μίνα, Πέτρος, Αλεξάνδρα].

..δηλαδή να φανταστείτε κι εγώ στα δεκαεννιά μου ασθένησα, είχα βάλει ήδη τους στόχους μου τότε, ασθένησα με.. με πνευμονοπάθεια διπλή, και μου λέγανε ότι θα χάσω, θα χάσω τα πνευμόνια μου, ήταν αυτοάνοσο μάλλον από το άγχος, εε, και κλαίγανε στην οικογένειά μου γιατί ήμουν δεκαεννιά χρονών, σας λέω είχα και αργή ανάπτυξη, και λένε 'το παιδί ξαφνικά τα πνευμόνια και τα δύο, τι έγινε' και τα λοιπά, και εγώ για κάποιο λόγο ενώ είμαι ένας άνθρωπος, όχι δεν ήμουν, ήμουν γενικά φοβικός, πολύ μετρημένος και τα λοιπά, για κάποιο λόγο είπα 'δεν πειράζει έχει ο Θεός' και κάνω, τους κάνω.. αυτήν την έκφραση [δείχνει με το χέρι του τον ώμο του], ένα ακόμα παράσημο. Για κάποιο λόγο έχω αυτήν την, σας λέω φιλοδοξία, καινοδοξία, όλα αυτά, ότι θα πετύχω αυτά που θέλω να πετύχω και απλά όσες περισσότερες δυσκολίες στη ζωή μου τόσο για πιο πολλά θα είμαι περήφανος ότι τα ξεπέρασα για να πετύχω αυτά που πέτυχα. [...] Οπότε λέω, 'πνευμόνια, πνευμόνια. Ένα ακόμα παράσημο. Δεν πειράζει'. Θα 'χω περισσότερα να περηφανεύομαι [χαμογελάει]. Θα μου πείτε καλά τι εγωιστικό είναι αυτό που λες τώρα. Αυτό με βοήθησε και το ξεπέρασα. [Πέτρος]

Σε πιο προσωπικό επίπεδο, μία σημαντική διαπίστωση των συμμετεχόντων [Κάτια, Σωτήρης, Αννέτα, Αφροδίτη] από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου είναι ότι πρέπει να

στηρίζονται στον εαυτό τους, να αξιοποιούν τις προσωπικές τους δυνάμεις και να μην περιμένουν από τους άλλους αυτά που οφείλουν να πράξουν οι ίδιοι.

Ότι τελικά σ' αυτή τη ζωή μόνοι μας γεννιόμαστε, μόνοι μας πορευόμαστε και μόνοι μας παλεύουμε. [...] Δεν πα να 'χεις χίλια πεντακόσια πρόσωπα γύρω σου αν δεν υπάρχει αυτό που ξαναέλεγα και πριν αγάπη και κατανόηση δεν υπάρχει περίπτωση να.. να πορευτείς. Το νόημα ότι πρέπει να πιστέψεις στον εαυτό σου, όπως κι αν συμβούν οι καταστάσεις γύρω σου, να σφίξεις τα δόντια καλώς ή κακώς και να πεις πορεύομαι. Είναι πολύ άδικο και να ξω.. να ξωκλίνεις από την πορεία σου, σε οτιδήποτε άλφα καταστάσεις, το δύσκολο είναι να πας στο δρόμο αυτό και να πορευτείς. Το μάθημα ζωής, σίγουρα.. ήταν πολύ μεγάλο μάθημα ζωής και αυτή η εμπειρία θα με συνοδεύει μέχρι το τέλος του ταξιδιού της ζωής μου, ε, είναι ότι.. θα πρέπει να πιστεύεις στον εαυτό σου. Αυτό. Σε κανέναν άλλον. [...] Αν δεν πιστεύεις στον εαυτό σου.. [...] Όλοι οι άλλοι και οι καταστάσεις που θα ζήσεις το μόνο που θα προσπαθήσουν να καταφέρουν είναι να σε αποδυναμώσουν και να πέσεις ακόμα πιο κάτω. Αυτό, εγώ βρήκα τη δύναμη του εαυτού μου, αυτό. Και από όλες τις καταστάσεις που έζησα συνάμα με τα προβλήματα τα οικογενειακά, της μαμάς, τα δικά μου κι οτιδήποτε.., εκεί καταλήγω. Ότι αν το αφήσεις σε αφήνει. Όσο το παλεύεις κάτι θα βρεθεί. Δηλαδή από κει και μέσα στην απαισιοδοξία, τη μαυρίλα.. την τελείως, λέω ρε παιδί μου, αρκεί να το παλεύεις. Αν το αφήσεις και κάτσεις με τα χέρια διπλωμένα και πεις παραιτούμαι δεν μπορώ να κάνω κάτι, βέβαια ντάξει, είναι μεγάλο ψυχικό φορτίο. Δεν είναι εύκολο κάθε μέρα να σηκώνεσαι και να.. αναμοχλεύει και το μυαλό πολλές φορές καταστάσεις τέτοιες. Θα σε πατήσει. Εννοείται, έχω πάει πίσω. Απλά έχω υποσχεθεί στον εαυτό μου ότι θέλω να το παλέψω, να το.. κοιτάξω ό,τι καλύτερο μπορώ για τον εαυτό μου, αυτό που δεν μου δώσανε οι.., η οικογένειά μου, αυτό που δεν μου δώσανε οι άλλοι, να το προσφέρω, εγώ δεν μιλάω υλικά.. [Κάτια]

Επίσης, μέσω των συγκεκριμένων αντιξοοτήτων τα παιδιά κατάφεραν να ωριμάσουν περισσότερο, να αναγνωρίσουν και άλλες πλευρές του εαυτού και να θέτουν όρια. Ένα σημαντικό μάθημα ζωής των συμμετεχόντων για να μπορέσουν να προχωρήσουν στη ζωή τους είναι κατά την άποψή τους και η αξία που έχει η διεργασία της συγχώρεσης:

Εεμ, έχω αρχίσει και γίνομαι κι εγώ πιο λειτουργικός και έχω αρχίσει και συγχωρώ. Οπότε λέω 'δεν πειράζει, οι γονείς μου ήταν ανώριμοι, ας κοιτάξω να ωριμάσω εγώ να μην κάνω τα ίδια στα παιδιά μου, το 'χω συνειδητοποιήσει από πιο παλιά [...] εε, λες δεν πειράζει, πες ότι είναι ένα παιδί και κάνει αυτά τα λάθη, συγχώρεσέ το, και τώρα απλά να δούμε πως θα κερδίσουμε το χαμένο χρόνο. Αυτό. Το οποίο είναι ένα άγχος που μου βγαίνει βέβαια, εεμ, αλλά αυτό είναι, ότι επειδή έχω αρχίσει και συγχωρώ μάλλον η μνήμη μου κόβει πράγματα και πως αισθανόμουν τότε, για να είναι πιο βιώσιμη; Για να φεύγουνε βαρίδια;. Πλέον λέω προχωράμε, τέλος, ό,τι έγινε έγινε, να κοιτάξουμε πως να μην κάνουμε τα ίδια. Και προχωράμε, τι να κάνουμε, κάνανε αυτά τα λάθη, πιο πολύ έχει η μελέτη της.. της κατάστασης να δούμε για ποιο λόγο έκανε αυτά τα λάθη, για ποιο λόγο, τι τους ώθησε, τι τους.. έσπρωξε, τι τους πίεσε.. και απλά προχωράμε.. [Πέτρος]

Μία από τους συμμετέχοντες θεώρησε ότι η ζωή της ήταν τόσο δύσκολη από τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου που θα προτιμούσε να είχε μεγαλώσει σε ίδρυμα παρά να μείνει στην οικογένεια και να υπομείνει όλες τις αντιξοότητες που την συνόδευσαν σε όλη την παιδική της ηλικία, διαμορφώνοντας ως εκ τούτου το συμπέρασμα ότι δεν είναι απαραίτητο να μένει κανείς σε μία οικογένεια που δεν μπορεί να πάρει αγάπη, φροντίδα και ηρεμία στην καθημερινότητα. Ένα άλλο μάθημα ζωής από τη γονική ψυχική νόσο είναι ότι πρέπει να βρίσκονται σε εγρήγορση ώστε αν παρατηρήσουν κάποια ευαλωτότητα στον εαυτό να μπορούν να αναζητήσουν την κατάλληλη βοήθεια:

..ντάξει, με απασχολεί αλλά έχω πάρει τα.., το feedback του ότι.., τα 'χω βάλει ας πούμε.. το έχω εκλογικεύσει το ότι είχε λόγο, το ότι εσύ είσαι ένας άνθρωπος που ναι μεν μπορεί σε κάποια πράγματα να μοιάζεις αλλά έχεις δουλέψει, δεν είσαι φτερό στον άνεμο, εε, με τον εαυτό σου, εε ξέρεις ότι άμα χρειαστεί αναγνωρίζεις πράγματα και ξέρεις ότι.., δηλαδή εγώ πολύ εύκολα με καταλαβαίνω, όποτε.., πέρασα ας πούμε, έπαιξα λίγο κατάθλιψη, εε δε μπήκα, αλλά λέω 'όπα', αναγνωρίζω κομμάτια πάνω μου που λέω δεν είναι καλά σημάδια αυτά. 'Κάνε ένα τεστ'. Έκανα ένα τεστ. Δεν ήμουν μέσα αλλά ήμουν αρκετά κοντά. Και λέω 'πάρτο αλλιώς', λέω 'πάμε. Ξαναβρές τους ρυθμούς σου, Αυτό'. Και ξέρω ότι άμα δω ότι χρειάζομαι βοήθεια θα.. εννοείται πριν χρειαστεί.. [...] δηλαδή είμαι πάρα πολύ ανοιχτή στο να πάρω τη βοήθεια. [Νεφέλη]

Η Δήμητρα θεωρεί ότι η εμπειρία με τον θετό πατέρα την βοήθησε να είναι σε θέση σήμερα να βοηθάει τους ανθρώπους όταν έχουν ανάγκη, διότι έχει την ειδημοσύνη, κυρίως δε σε θέματα εκφοβισμού. Τέλος, τα παιδιά έχουν καταλήξει στο ότι οι άνθρωποι δεν πρέπει να επαναπαύονται γιατί τίποτα δεν είναι δεδομένο και απαιτείται ευελιξία και προσαρμοστικότητα:

..ότι τίποτα δεν είναι δεδομένο. Αυτό έμαθα εγώ από όλο αυτό. Ότι τίποτα δεν είναι έτσι όπως το ξέρουμε, μπορεί να μην είναι αύριο έτσι όπως το ξέρεις. Και το έμαθα πάρα πολύ καλά. Εε, που ακόμα κι αυτό μου δημιουργεί ένα άγχος γιατί θέλω να τα κάνω όλα τώρα γιατί αύριο δεν ξέρω πως θα είμαι. Κι αν θα μπορώ να τα κάνω. Εε, μμ, τίποτα, και να μην κάνω σχέδια, πολύ.. μελλοντικά, μμ, γιατί.., αλλά ένα δεύτερο μήνυμα είναι ότι πρέπει να είμαστε ευέλικτοι, το ότι λέω ότι τώρα είναι αυτό, και το διαχειριζόμαστε έτσι και ζούμε έτσι. Αν τα πράγματα αλλάξουν θα πρέπει να αλλάξουμε κι εμείς. Δεν μπορούμε να συνεχίζουμε να θέλουμε να ζούμε έτσι όπως ζούσαμε επειδή έτσι βολευτήκαμε, τι να κάνουμε, μπορεί να χρειαστεί να ξεβουλευτούμε. Δεν είναι ωραίο, αλλά μου το 'δωσε κι αυτό το μάθημα.., ναι. Αυτό. Ότι τίποτα δεν είναι δεδομένο και να προσαρμοζόμαστε. [...] Το να εκτιμώ...τη δύναμή μου, ανακάλυψα ότι μπορώ να πατήσω στα πόδια μου χωρίς να χρειάζομαι κανενός τη βοήθεια, και

ξέρω ότι.. έχω τη δύναμη να καταφέρω ό,τι χρειαστεί να καταφέρω, δε θέλω [...]. ν' αναγκαστώ αλλά έχω τη δύναμη [γελάει]. Γιατί όλοι μας την έχουμε. [Νεφέλη]

9.5.4 'Τα καταφέραμε, τα καταφέραμε..': Θετικά επιτεύγματα

Οι συμμετέχοντες παρά τις αλληπάλληλες αντιξοότητες που βίωσαν από την παιδική ηλικία μέχρι και την αναδυόμενη ενηλικίωση κατάφεραν να κινητοποιηθούν προς την επίτευξη στόχων ανάλογων βεβαίως του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκονταν. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι τα επιτεύγματα αφορούσαν δραστηριότητες και στοιχεία του εαυτού. Σχετικά με τις δραστηριότητες οι ακαδημαϊκές επιδόσεις ήταν ο πιο συχνός στόχος [Μίνα, Αφροδίτη, Πέτρος, Μάριος, Τζένη, Αννέτα, Αλεξάνδρα]. Οι ακαδημαϊκές επιδόσεις συνήθως περιγράφονταν ως μία προσπάθεια ενασχόλησης με μία δραστηριότητα που εδράζεται 'στην υγιή πλευρά της ζωής' σε αντίθεση με τις αντίξοες απαιτήσεις [Αλεξάνδρα], ως μία απόδειξη ηρωικής επίτευξης ['τα καταφέραμε, τα καταφέραμε..', Αφροδίτη], ως μέσο κατάκτησης ανώτερου επίπεδου διαβίωσης καθώς και επίτευξης υψηλών φιλοδοξιών και ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης. Πολλές φορές οι στόχοι αυτοί κατακτούνταν χωρίς βοήθεια από άλλους:

Εε, έχω σε αναμονή δύο μεταπτυχιακά. Δεν τα 'χω τελ.. Είμαι και στ.., και στα δύο χρωστάω δύο εργασίες και μια πτυχιακή. Είναι αστείο, εε, προσπάθησα να τα χωρέσω όλα μαζί και...[...] Κοιτάξτε.. εγώ τελείωσα.., το πανεπιστήμιο, και.. ήθελα μετά να κάνω μεταπτυχιακό, το μεταπτυχιακό που κάνω τώρα στο εξωτερικό, και.. αυτό το είχα αποφασίσει ένα δύο χρόνια πριν τελειώσω το πανεπιστήμιο. Για να το κάνω αυτό θα 'πρεπε να πάρω το Proficiency στα αγγλικά, οπότε μου πήρε ένα χρόνο να πάρω απαλλαγή από το στρατό και κάποια πράγματα, ήτανε και.., α, συγγνώμη, τι λέω. [...]...γιατί κι εμένα, εγώ χωρίς το αριστείο δεν θα είχα ουδέποτε την ευκαιρία να πάρω την υποτροφία. Και χωρίς την υποτροφία δεν θα μπορούσα ποτέ να πάω σ' ένα πανεπιστήμιο σαν αυτό. Δηλαδή η υποτροφία ε μου 'δωσε τα χρήματα δεκαπέντε χιλιάδες, πάρτα, σπούδασε, και πήρα την υποτροφία οπότε πραγματικά ήτανε η μοναδική ευκαιρία στη ζωή μου [...] μπήκα στο μεταπτυχιακό δε ζήτησα χρήματα από την οικογένειά μου για να πάω στο μεταπτυχιακό, μπήκα έτσι και με κάτι χρήματα που 'χα, το χαρτζιλίκι μου το 'βαζα στην άκρη και πλήρωνα, δανεικά από δω από κει με δόσεις, τα καθυστερούσα κι όλα αυτά ,εε προσπαθούσα να βρω μια δουλειά...[Πέτρος]

Ένα άλλο επίτευγμα κάποιων συμμετεχόντων είναι η οικονομική αυτονόμηση μέσω αναζήτησης εργασίας που είναι πολύ σημαντική ιδιαίτερα στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης, όχι μόνο γιατί δεν υπήρχε η δυνατότητα ενίσχυσης από την οικογένεια αλλά και ως συνειδητή επιλογή. Ενίοτε οι υψηλές φιλοδοξίες μπορεί να οδηγήσουν σε θρίαμβο μεγάλου βεληνεκούς σε σχέση με τον τρόπο ζωής που είχαν οι συμμετέχοντες μέχρι τότε, ως μέσον ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης. Τα θετικά επιτεύγματα σε σχέση με τα στοιχεία της προσωπικής ταυτότητας σύμφωνα με την άποψη των ίδιων των συμμετεχόντων αφορούν και διεργασίες αποδοχής συγκεκριμένων πλευρών του εαυτού. Η Αλεξάνδρα αναφέρει ότι μέσα από τις αντιξοότητες που προέκυπταν από το ψυχιατρικό πρόβλημα της μητέρας της κατάφερε να αποδεχτεί περισσότερο τον σεξουαλικό της προσανατολισμό σε ατομικό επίπεδο και σε κοινωνικό να μην λειτουργεί με προκαταλήψεις και στερεότυπα:

Και τώρα θα σας πω και κάτι που δεν ξέρω πως θα το πάρετε, εε, γιατί είναι κάτι που κι εγώ το κουβαλάω [...] με βοήθησε να ταυτιστώ και με το δικό μου ομοερωτικό σεξουαλικό προσανατολισμό.. [...] γιατί ήξερα κι εγώ ανέκαθεν ότι έλκομαι από γυναίκες. [...] το συνδέω, το συνδέω γενικότερα με την καταπίεση και το μίσος που υφίστανται άλλοι άνθρωποι, εγώ έτσι το είδα.. [...] και είπα ότι εγώ ως άνθρωπος, ως μονάδα ως οντότητα, εε, θα προσπαθήσω να έρθω κοντά και στη δική μου πλευρά, που κοινωνικά μπορεί αυτή μου η σεξουαλική ταυτότητα να μην είναι τόσο αποδεκτή και στην πλευρά της μητέρας μου να δω ότι αυτή, αυτή τη διαφορετικότητα θα την κάνω τη δύναμή μου. Αυτό. Εμένα με έκανε πολύ καλύτερο άνθρωπο γιατί δεν έχω προκατάληψη για κανέναν άνθρωπο πια. Δεν έχω, δεν έχω μίσος για κανέναν άνθρωπο. [Αλεξάνδρα]

Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως του Γιώργου, αποτελούσε επίτευγμα το γεγονός ότι παρά την χαλαρή γονικότητα που ασκούσε ο πάσχων γονιός τα παιδιά κατάφεραν να μην εμπλακούν σε επικίνδυνες καταστάσεις. Ένα άλλο σημαντικό επίτευγμα είναι να καταφέρουν τα παιδιά μεγαλώνοντας να δομήσουν μία ψυχολογική ισορροπία παρά τις αντιξοότητες, όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Κάτιας:

Εγώ για τον εαυτό μου μέσα από αυτές τις καταστάσεις δεν έγινα ίδια με αυτούς, προφανώς, σίγουρα έχω επηρεαστεί και ψυχολογικά και ψυχιατρικά, εννοείται ότι χρειάζομαι κι εγώ κάποια υποστήριξη γιατί αυτά είναι βαθιά σημάδια στην ψυχή του καθένα, αλλά ούτε μ' έριξαν αυτές οι καταστάσεις, παλεύω, και δόξα τω Θεώ, είμαι πολύ πιο ήρεμη. [...] Πάρα πολύ πιο ήρεμη. Μπορώ δηλαδή να διαχειριστώ τις καταστάσεις μου, όχι καλύτερα, αλλά με.. πιο καθαρό μυαλό. Πριν ας πούμε μ' αυτή τη φασαρία, με τη μαμά συνέχεια στο σπίτι, να δημιουργούνται.., εε, μ' έριχνε αυτό, με πήγαινε πίσω. Και από δουλειές μου που έπρεπε να βγάλω, αλλά μετά το ατύχημα μου έχουνε προκύψει κι εμένα πάρα πολλά, γιατί έχω τα

δικαστήρια, βρέθηκα χωρίς δουλειά, να κρατάω ένα σπίτι μόνη μου χωρίς κάποια βοήθεια, δεν είχα πριν τόσα πολλά. Ας πούμε, δηλαδή με τη σύνταξη κάπως καλυπτόντουσαν κάποιοι λογαριασμοί, που και πάλι δεν βγαίναμε. Έπρεπε να δουλέψω κι εγώ, να βοηθήσω. Αλλά τώρα τα έχω πάρει όλα ουσιαστικά επάνω μου. Οπότε χαίρομαι που μπορώ κατά κάποιο τρόπο να τα διαχειριστώ και να νιώσω αυτήν την κατάσταση. [...] Υπήρχε αυτή η οργή, ο θυμός κι από μέρους μου. Κι εγώ δεν ήμουν μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα... Μεγάλα.., μεγάλο χρονικό διάστημα. Κάποιος μπορεί να 'χε αυτοκτονήσει στη θέση μου. Κάποιος μπορεί να 'χει πέσει στα σκληρά ναρκωτικά. Κάποιος μπορεί να 'χε γίνει μεγάλος κωλοχαρακτήρας. Ντάξει. Το παλεύω. Όχι για να μην αυτοκτονήσω, ούτε για να πέσω στα σκληρά ναρκωτικά. [Κάτια]

9.5.5 'Να' χεις άγκυρες στη ζωή σου..': Συμβουλές για αντίστοιχες περιπτώσεις

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τις συμβουλές των ίδιων των παιδιών για άτομα με ψυχικά πάσχοντες γονείς ως απόσταγμα γνώσης από την προσωπική εμπειρία. Σχεδόν όλα τα υποκείμενα της έρευνας σε αυτό το πεδίο είχαν υψηλή πρόθεση να μεταφέρουν την εμπειρία τους προκειμένου να βοηθηθούν άνθρωποι με παρόμοια βιώματα. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η πιο χρήσιμη συμβουλή προς τα παιδιά με ψυχικά πάσχοντες γονείς είναι η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας. Οι ειδικοί ψυχικής υγείας ενίοτε προσδιορίζονται από τα παιδιά ότι πρέπει να είναι ψυχολόγοι:

Είναι κάτι που έχω πει και στην αδερφή μου. Ότι πρέπει οπωσδήποτε να πάει σ' ένα ψυχολόγο να δουλέψει. Ακόμα και να μη θέλει, το ότι δεν της έχει αφήσει κάτι, σίγουρα της έχει αφήσει κάτι. Όλα τα μέλη της οικογένειας, το κάθε ένα ξεχωριστά νομίζω που το περνάει αυτό θέλει.. υποστήριξη ψυχολογική. Είναι μια συνθήκη πολύ.. ιδιαίτερη, πολύ άγνωστη που σου αλλάζει τα πάντα. Δεν μπορείς να βοηθήσεις αν δεν καταλάβεις, μτς, και δεν μπορείς να βοηθήσεις και τον εαυτό σου αν δεν σε βοηθήσει κάποιος να βρεις πράγματα. Δηλαδή εγώ την είχα τη βοήθεια τη ψυχολογική, και με ψυχολόγο και το βασικό με τη Στέλλα τη φίλη μου, που ήτανε.. άνθρωπος πολύ.., ήταν και είναι άνθρωπος πολύ κομβικός, σημείο στη ζωή μου, έτσι πολύ βοηθητικός άνθρωπος σε όλα, [χαμογελάει]. [Νεφέλη]

Η συμβολή των ψυχολόγων είναι χρήσιμη κατά την άποψη των παιδιών όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε σχολικό με την παρουσία σχολικών ψυχολόγων για τον έγκαιρο

εντοπισμό και την στήριξη [Αφροδίτη] ή οικογενειακό, με την προϋπόθεση ότι θα υπάρξει στενή συνεργασία όλων των εμπλεκομένων:

Σε πρώτη φάση θα συμβούλευα όλη την οικογένεια να κάνει ψυχοθεραπεία, να υπάρχει μία συμβουλευτική, καθοδήγηση, διότι χρήζει βοήθεια όλη η οικογένεια. Και σίγουρα θα πρέπει να έχουν κάποιους ειδικούς χειρισμούς για τα άτομα αυτά. Είτε συναισθηματικούς, είτε υλικούς, είτε να λαμβάνουνε κάποια μέτρα.., από ό,τι έχω καταλάβει από την εμπειρία με τη μαμά μου όσο πιο αέρα τους δίνεις, και δεν χαλάς χατίρια τόσο πιο πολύ σε καθαλάνε. Πρέπει να υπάρχει ένα αυστηρό πλαίσιο, για να μη σου παίρνουν τον αέρα. Γιατί και οι άνθρωποι προφανώς δεν θα ξέρουνε πως να χειριστούν μια τέτοια κατάσταση όπως και εγώ, γιατί εγώ μέσα σ' αυτά τα χρόνια έχω κάνει λάθη, τα οποία όμως δεν μπορώ να τα επωμιστώ και εκατό τοις εκατό, εγώ ήμουν ένα παιδάκι. Δεν ήξερα να διαχειρίζομαι, δεν ήξερα.. Προφανώς θα έκανα και λάθη, και προφανώς θα δημιουργιόντουσαν κι όλα αυτά. [Κάτια]

Σε μία αφήγηση διαπιστώνεται μία αμφισβήτηση για το ρόλο του ψυχολόγου διότι θεωρείται ότι η συμβολή υποστηρικτικού δικτύου ανθρώπων είναι σημαντικότερη:

Αυτό που θα συμβούλευα βασικά τώρα που το σκέφτομαι, είναι να 'χουν αυτό που λέγανε και στην ψυχολογία [χαμογελάει], να 'χουν υποστηρικτικό πεδίο ανθρώπων. Υποστηρικτικό περιβάλλον. Είναι πολύ σημαντικό, δηλαδή, συγγνώμη που σας το λέω [χαμογελάει] αλλά θεωρώ ότι ένας ψυχολόγος δεν μπορεί να κάνει τα πάντα. Δεν μπορεί να κάνει τα πάντα. Η ξαδέρφη μου ας πούμε μου 'χει πει 'ή ψυχολόγος μου μ' έχει βοηθήσει', αλλά εγώ προσωπικά θεωρώ ότι ένας ψυχολόγος δεν μπορεί να σου κάνει τέτοιο.., χρειάζεσαι φίλους, χρειάζεσαι οικογένεια, χρειάζεσαι ανθρώπους που να μπορούν να σε στηρίξουνε. Και, ακόμα κι αν δεν το ξέρουνε ας πούμε, ότι, οι φίλοι μου ας πούμε δεν ξέρανε ότι η μαμά μου είναι άρρωστη, αλλά ότι θα βγω έξω μια βόλτα, ότι θα πούμε δυο χαζομάρες, ότι θα κάνω σα πεντάχρονο [γελάει] στα παιδιά των φίλων μου, ότι αυτό, θα βοηθάει. [Μίνα]

Σε άλλες αφηγήσεις η επιστημονική βοήθεια είναι λιγότερο προσδιορισμένη, εστιάζοντας κυρίως στο ότι τα παιδιά 'πρέπει να μιλήσουν σε κάποιον ειδικό' [Αννέτα], ενώ υπάρχουν και αφηγήσεις που το διευρύνουν ακόμη περισσότερο υποστηρίζοντας ότι πρέπει να υπάρχει 'εξωτερική βοήθεια' συμπεριλαμβάνοντας συγγενείς και υπηρεσίες [Γιώργος]. Τονίζεται δε ότι η αρωγή των ειδικών να μην είναι απλά μία 'ψυχρή επαγγελματική σχέση παρά φιλική' προκειμένου τα παιδιά να νιώθουν οικειότητα [Δήμητρα]. Στην επαγγελματική βοήθεια έχει συμπεριληφθεί από τους συμμετέχοντες η φροντίδα από τους ψυχιάτρους αλλά και το life coaching: 'έναν.. κάπου να πάμε.., να πούμε τα προβλήματά μας, να πούμε περνάω αυτό ποια είναι η άποψή σου; Να μιλάμε με κάποιον άνθρωπο που μπορεί να μας δώσει..,' [Κάτια]. Η συμβολή των ειδικών πρέπει να περιλαμβάνει οπωσδήποτε τη διεργασία της κατανόησης, της

συμπαράστασης και της στήριξης, ενώ αρκετοί συμμετέχοντες [Γιώργος, Νεφέλη, Κατερίνα, Χρήστος, Αλεξάνδρα] θεωρούν ότι είναι πολύ σημαντική η ενημέρωση.

Εγώ πιστεύω ότι σίγουρα χρειάζεται μια πολύ σωστή ενημέρωση, μτς, από κάποιον ειδικό, όταν του γίνεται γνωστή ή συμβαίνει πρώτη φορά, ή, ή, κι εγώ δεν ήξερα. [...] Ήταν αλλιώς να σε πιάσει, άλλο να σου πει ο πατέρας σου 'έχει κάτι η μάνα σου', κι άλλο να σου εξηγήσει ακριβώς πως, τι συμβαίνει, νομίζω ότι είναι πολύ τέτοιο. Και βέβαια εξαρτάται από τον άνθρωπό σου πόσο πολύ τον επηρεάζει. Αλλά πιστεύω ότι για αρχή είναι πολύ τέτοιο, βοήθεια, ή μια ενημέρωση και πάλι βοήθεια, ναι πιστεύω ότι χρησιμεύει. [...] Ότι δεν τέτοιο, ότι δεν πρόκειται να πάθει κάτι κακό η μαμά, απλά έχει, θα 'χει κάποιες δύσκολες στιγμές, θα το πω πολύ λάου – λάου, και θέλει κατανόηση και τέτοια, ε, 'ίσως κάποιες μέρες λείψεις από το σπίτι αν είναι για πολύ μικρό παιδάκι, θα σε προσέχει ο μπαμπάς', θα το πήγαινα λίγο πιο.. Άμα ήταν πιο μεγάλο π.χ. δώδεκα και μεγαλύτερο, θα του εξηγούσα ακριβώς την κατάσταση της μάνας του, πόσο αυτό επηρεάζει τη συμπεριφορά της, ότι πράγματα που τυχόν πει, κάνει, την περίοδο που την έχει πιάσει αυτή η κρίση, δεν ξέρω, εξαρτάται και από την ασθένεια φαντάζομαι, δεν είναι ότι, μτς, ντάξει, πιστεύει πραγματικά, αλλά ίσως μπερδεύεται το μυαλό, οπότε για τέτοια. Γιατί μπορεί να σου πει κάτι ο άλλος και, και να λες 'α τι μου 'πε η μάνα μου' και να τον επηρεάσει. Είναι ανάλογα τον άνθρωπο. Απλά, και είναι δεδομένο, δε θα του 'λεγα 'ξέρεις θεραπεύεται' δεν είναι γρίπη. Ε, γι' αυτό, και πρέπει να το πεις ανάλογα. [Χρήστος]

Εκτός από την αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς ψυχικής υγείας οι συμμετέχοντες προτείνουν και τη βοήθεια που πρέπει να παρέχεται στα παιδιά από τα οικεία τους πρόσωπα, συνήθως τον υγιή γονιό, και τους δύο γονείς (συμπεριλαμβανομένου και του πάσχοντα), τα αδέρφια ή άλλους κοντινούς συγγενείς. Ο Χρήστος, η Τζένη και η Αφροδίτη θεωρούν ότι ο υγιής γονιός είναι ένα κομβικό πρόσωπο στην στήριξη αλλά κυρίως την σωστή ενημέρωση προς τα παιδιά. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προκύπτει μία πόλωση ως προς το ρόλο του φροντιστή των παιδιών. Από τη μία, συμμετέχοντες όπως η Κατερίνα, η Τζένη, η Παναγιώτα και η Νεφέλη συμβουλεύουν τα παιδιά να αγαπούν, να φροντίζουν και να μην πιέζουν τον ψυχικά πάσχοντα μέσα στην οικογένεια:

Να τον αγαπάνε και να τον φροντίζουν. [...] [κλαίει] Γιατί.. δεν το επιλέγει, και είναι και για τον ίδιο δύσκολο όλο αυτό και πολύ ψυχοφθόρο, εε, βέβαια θα καταλάβαινα τη δυσκολία των ανθρώπων, κι όλο αυτό το συναίσθημα ας πούμε, αλλά ναι, η συμβουλή μου θα ήταν να τον φροντίζουν να τον αγαπάνε και να μη θυμώνουν, γιατί είναι πολύ εύκολος ο θυμός. [...] Σ' αυτή την κατάσταση, γιατί δεν το επιλέγει, είναι το βασικό, ότι.. δεν, δεν είναι επιλογή, δεν είναι ότι επιλέγω να σε χτυπήσω, επιλέγω να σε εγκαταλείψω, επιλέγω να 'μαι άρρωστος, είναι κάτι που έρχεται κι ακόμα κι αυτοί παλεύουν με τον εαυτό τους. Αυτό. Αυτό θα 'λεγα τώρα, ο Θεός βοηθός και γι' αυτούς [χαμογελάει]. [Νεφέλη]

Από την άλλη συστήνουν στο παιδί να αποτραβηχτεί από το ρόλο του φροντιστή προκειμένου η ανάληψη ευθυνών να γίνει και από άλλα πρόσωπα στην οικογένεια:

Θα 'λεγα να αποτραβηχτεί λίγο. [...] Και να αναγκάσει άλλους να πάρουν το ρόλο αυτό που πρέπει να πάρουν. Θα 'λεγα να κάνει ό,τι μπορεί για να 'ναι καλά ο πατέρας, κι η μητέρα του.. Συγκρούονται αυτά τα δύο [χαμογελάει].. Και μέσα μου συγκρούονται ακόμα αυτά τα δύο, το τι πρέπει να κάνω και τι έχω ανάγκη να κάνω, δηλαδή η ανάγκη μου είναι στο να βγω μπροστά και ξέρω ότι πρέπει να κάνω πίσω κάποια στιγμή για το δικό μου το καλό, και το δικό τους. Εεε [βαριανασαίνει] αυτό θα 'λεγα, δε ξέρω ποιο απ' τα δύο, δεν έχω ακόμα.. Ίσως να 'λεγα πιο πολύ το να κάνει πίσω, δηλαδή να είναι εκεί, να μην παρατήσσει, να μην κάνει σα να μην υπάρχει όλο αυτό εννοείται, αλλά να μην αναλάβει όλες τις ευθύνες.. [Νεφέλη]

Η Μίνα υποστηρίζει ότι πρέπει να υπάρχει μία ισορροπία από την πλευρά του παιδιού με τέτοιο τρόπο ώστε να καταφέρνει να βοηθάει το γονιό αλλά ταυτόχρονα να φροντίζει και τον εαυτό του:

Αναλόγως την ηλικία και.., ένας γενικός κανόνας που θεωρώ εγώ ότι ισχύει, που μου το 'χουνε πει δηλαδή βασικά, και είδα ότι ισχύει, είναι ότι πρέπει να 'σαι καλά για να βοηθήσεις τον άλλον. Θεωρώ βασικά ότι δεν πρέπει ούτε να φύγεις γιατί είναι δικός σου άνθρωπος. Δεν γίνεται να φύγεις, να τον παρατήσεις και να φύγεις. Αλλά πρέπει να κρατήσεις και μια απόσταση που μπορείς, πρέπει να κοιτάξεις τον εαυτό σου, να προχωρήσεις, να είσαι καλά για να μπορείς να βοηθήσεις. Τώρα δεν ξέρω. Εμένα η αδερφή μου μου λέει ότι ίσως ασχολούμαι υπερβολικά με τους γονείς μας, δεν ξέρω. Αλλά θεωρώ ότι είναι αναλόγως. Ότι δεν μπορούν να τα αντέξουν όλα όλοι. [Μίνα]

Από τις αφηγήσεις προκύπτει ότι είναι σημαντικό τα παιδιά να επαγρυπνούν σε θέματα οριοθέτησης μέσα στην οικογένεια [Βαγγέλης], να είναι υπομονετικά και να υποχωρούν όταν αυτό είναι αναγκαίο και να έχουν αυτό που η Μίνα ονομάζει 'άγκυρες':

..να 'χεις άγκυρες. Το 'χα δει σ' ένα τατού αυτό βασικά, το είχε κάποια, κάποια κοπέλα, πρέπει να 'χεις άγκυρες στη ζωή σου, έχει, πρέπει από κάπου να κρατιέσαι και να μείνει καιρό αυτό, και να μη χαθεί αυτό γιατί άμα χάσεις την άγκυρα φταις κι εσύ. Και.. εμένα ας πούμε οι άγκυρές μου, η πιο γερή μου άγκυρα είναι η εκκλησία, ο Θεός. Είναι η πιο γερή μου άγκυρα, ή και πέρα.. ναι. [Μίνα]

Είναι πολύ σημαντική κατά την άποψη των συμμετεχόντων η συμμετοχή των παιδιών σε καθημερινές δραστηριότητες προκειμένου να διατηρείται υψηλό το επίπεδο εγρήγορσης, να κατακτούνται στόχοι, να βελτιώνονται οι δεξιότητες σε ατομικό ή κοινωνικό επίπεδο και κυρίως να αποσπάται η προσοχή τους. Προτείνουν τη γυμναστική και το χορό [Αννέτα, Παναγιώτα], να

βγαίνουν έξω 'για να βάλουν τις σκέψεις τους σε τάξη' [Μίνα] αλλά και να πάρουν απόσταση από τις εντάσεις στο σπίτι [Χρήστος], και να μην χάνουν τη ρουτίνα της καθημερινότητας:

..εε, φαντάζομαι ότι θα βοηθάγε το αντίστοιχο παιδάκι να μην βγει από την καθημερινότητά του. Δηλαδή να συνεχίσει να κάνει τα πράγματα που έκανε όπως πριν. Δηλαδή ακόμη κι αν νοσηλευόταν κάποιος γονείς δεν είναι ανάγκη να.. να π.χ. να χάσει το παιδί τα αγγλικά του, τις δραστηριότητες, μπορεί να κάνει μουσική, γιατί μπορεί να κάνει μια δραστηριότητα που του αρέσει κι αυτό το ευχαριστεί, οπότε νομίζω ότι είναι σημαντικό να κάνει κάτι στην καθημερινότητά του. Α, ό,τι και να συμβαίνει, γιατί είναι κάτι που ευχαριστεί το παιδάκι. (.) Και να του εξηγήσουνε, ότι εντάξει, π.χ. 'κι ο τάδε έχει ένα πρόβλημα, κι αυτός θα το αντιμετωπίσει, και θα γυρίσει και θα ναι καλά' ας πούμε. (.) Αυτό. Γιατί αν είναι και πιο μικρό παιδάκι, (.) εντάξει. [Κατερίνα]

Οι συμμετέχοντες, τέλος, συμβουλεύουν τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων να είναι ενεργοί στην κατάρριψη των κοινωνικών στερεοτύπων αρχικά ενδοατομικά και ακολούθως κοινωνικά:

Εε και, και να μιλήσουν για αυτό το πρόβλημα, να μην το κλείσουν, γιατί εγώ πιστεύω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι το κλείνουνε, λένε 'πρέπει να ζήσουμε μέσα σ' αυτό το σπίτι'. Όχι. Πρέπει να το μοιραστείς, πρέπει, πρέπει να μιλήσεις, πρέπει γιατί όσο περισσότερο μιλάς μπορεί να είσαι η έμπνευση για κάποιον άλλο άνθρωπο που μπορεί να μην το ξέρεις, και να έχει μια στήριξη από κει που δεν το περιμένεις. Αυτό θα τους έλεγα, να νικήσουν πρώτα την, το στερεότυπο που υπάρχει μέσα τους και να καταλάβουν ότι η ψυχική πάθηση ξεπερνιέται. Γιατί δυστυχώς ο καρκίνος δεν είναι, είναι μια πάθηση που μπορεί να κάνεις θεραπεία και να μην ξεπεραστεί ποτέ, και να πεθάνεις. Η ψυχική πάθηση όμως ξεπερνιέται. Παίρνεις, μπορείς να πάρεις το χάπι σου και να είσαι υγιής. Δεν είναι κάτι τελεσίδικο. [...] Δεν είναι λοιπόν θέμα ότι η μαμά μου θα με σκοτώσει ή ότι η μαμά μου είναι η σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι. Δεν είναι ο δολοφόνος με το πριόνι. Μια αγωγή χρειάζεται. Είναι πολύ μικρό. Κι όμως εμείς μέσα στις προκαταλήψεις και μέσα στην άγνοιά μας και μέσα στο φόβο μας, και μέσα, και μέσα στην έλλειψη παιδείας, όχι μόρφωσης, παιδείας, το 'χουμε κάνει τόσο. [Αλεξάνδρα]

9.6 Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΗ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ

9.6.1 'Σα να 'χα δύο ζωές..': Επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου σήμερα

Οι επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά όπως είναι ευνόητο είναι πολλές, και η εμπειρία αυτή έχει αφήσει άμεσα ή έμμεσα αποτυπώματα στον τρόπο που βλέπουν τον εαυτό τους στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν οι υποκατηγορίες που σχετίζονται με τα ψυχολογικά προβλήματα των συμμετεχόντων σήμερα, τις επιπτώσεις στις ακαδημαϊκές επιδόσεις και στην κοινωνικότητα, και οι αντιξοότητες στο παρόν.

Προσωπικά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στο παρόν. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες αναγνώριζαν στον εαυτό τους διάχυτο άγχος με αφορμή τα προβλήματα των γονιών ή τις υποχρεώσεις που επισύρει η αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκονται, κυρίως ως προς την περάτωση των σπουδών, την επαγγελματική αποκατάσταση και τη συντροφικότητα. Ενίοτε το άγχος αυτό προσδιορίζεται από τα παιδιά σε κλινικό επίπεδο το οποίο απαιτεί ψυχολογική ή ψυχιατρική φροντίδα. Δύο από τους συμμετέχοντες, ο Βαγγέλης και η Κάτια, πάσχουν επισήμως από μείζονα ψυχική διαταραχή (σχιζοφρένεια και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή), και ένας από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή [Πέτρος] για τα οποία αφήνουν αιχμές καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης ότι σχετίζονται ή οφείλονται στην ψυχική διαταραχή του γονιού. Ο Βαγγέλης αφηγείται το μακρύ ιστορικό νοσηλείων του σε ψυχιατρικές κλινικές μερικές εκ των οποίων συνέπεσαν με τις νοσηλείες της πάσχουσας μητέρας του στον ίδιο χώρο. Ένωσε δυσάρεστη έκπληξη όταν μετά από πολλά χρόνια, στο πρόσφατο παρελθόν, ήρθε αντιμέτωπος με την διάγνωσή του:

..βασικά, πιο πολύ εδώ με πείραξε, που μου 'πανε ότι έχω σχιζοφρένεια, αλλά εκεί δεν είπαν για Σχιζοφρένεια, κάτι άλλο λέγανε. Δηλαδή όταν ήρθα εδώ πέρα και πήγα στο Δαφνί, για μένα, για δική μου δουλειά, και γράφανε πάνω στο χαρτί Σχιζοφρένεια, εγώ ένιωσα πάρα πολύ άσχημα. [Βαγγέλης]

Ο Πέτρος αφηγείται τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή:

Εε, αυτό που σας είπα, νομίζω ότι έχω OCD, αυτό μου είπαν ότι έχω.., μάλλον αυτό είναι, ότι ας πούμε, εε, τι να σας πω, με το αμάξι ας πούμε πηγαίνω με συγκεκριμένους δρόμους, δεν πηγαίνω με άλλους, και αν είναι να ξαναγυρίσω δεν χρησιμοποιώ κάποιων χρωμάτων, κάποιων αριθμών, ε, πράγματα που τα έχουνε κάποιες εθνικότητες, θα μου πείτε τι σχέση έχει η εθνικότητα, είναι και αυτό, εε, μμ, τι να σας πω, ημερομηνίες, την έκτη μέρα του μήνα δεν κάνω τίποτα, την ημέρα που είχε γεννηθεί, που είχε τη γιορτή της η μεγάλη μου αδερφή δεν κάνω τίποτα σημαντικό πάλι, την έκτη ώρα της μέρας δεν κάνω τίποτα [εμείς συναντηθήκαμε έξι η ώρα], ό,τι έχει.., τελειώνει στον αριθμό έξι δεν το μπορώ, εμ, το οποίο βέβαια είναι καθαρά δογματική θρησκευοληπτική η προέλευσή του, χωρίς να 'μαι εγώ δογματικός ή θρησκευοληπτικός, απλά μου 'χει μείνει όταν ήμουνα μικρός και μου 'χει μείνει ακόμα, δεν είναι κάτι απλό..[...] Εε, οπότε οτιδήποτε έχει αυτό το αποφεύγω δεν μπορώ, δηλαδή.., όπως και πράσινο δεν φοράω, δεν χρησιμοποιώ.., άμα πιάσω.., άμα σας πω ότι θα πιάσω κάτι κόκκινο μετά.., δεν.., γιατί.., ήτανε.., ξέρετε είναι αυτά που μου δημιουργείται.. αυτή η πληροφορία στον εγκέφαλο, εγγράφεται και μετά γνωρίζεις που λανθάνει, αλλά δυστυχώς ο εγκέφαλός σου σου δίνει αυτό. Και για να πας αντίθετα πρέπει να 'ρθεις σε ρήξη με φοβίες κι οτιδήποτε, κι αυτή τη στιγμή δεν έχω ενέργεια ψυχική για να 'ρθω σε ρήξη μ' όλα αυτά, γιατί άμα έρθω σε ρήξη μ' αυτά πρέπει να 'ρθω σε καθολική ρήξη μ' όλες μου, εε, ααα, όλα τα κολλήματα αν θέλετε, δεν ξέρω πως λέγεται, εε, τι να σας πω. [Πέτρος]

Επίπτωση στις ακαδημαϊκές επιδόσεις. Μία άλλη επίπτωση που έχουν εντοπίσει οι συμμετέχοντες στο παρόν σχετίζεται με τις ακαδημαϊκές τους πορείες. Η Παναγιώτα αφηγείται ότι η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου συνέβαλε στην ελλειμματική συγκέντρωση στο πανεπιστήμιο, και στο γεγονός ότι 'ήμουνα αφηρημένη γενικά, πάντα αγχωμένη, ντροπαλή.. άρχισα να χάνω τον εαυτό μου'. Παρόμοια και η Μίνα ανέφερε ότι: 'δυσκολεύομαι, δυσκολεύομαι, δεν μπορώ να πάρω μπρος..'. Σε κάποιες περιπτώσεις τα παιδιά δεν μπόρεσαν να πραγματοποιήσουν το όνειρό τους στις σπουδές, είτε λόγω οικονομικής δυσχέρειας όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Κάτιας η οποία πέρασε στις πανελλήνιες εξετάσεις σε σχολή εκτός του τόπου κατοικίας της και δεν ήταν πρακτικά εφικτό να την περατώσει, είτε λόγω των προβλημάτων του πάσχοντος γονιού όπως η Παναγιώτα η οποία αναγκάστηκε να επιλέξει σπουδές στον τόπο διαμονής της για να μην είναι μακριά από τη μητέρα της, παρά το γεγονός ότι η επιθυμία της ήταν διαφορετική. Αλλά κι αυτοί που κατάφεραν να φύγουν εκτός του τόπου κατοικίας για σπουδές θεώρησαν εντέλει ότι μετέφεραν μέσα τους όλες τις ψυχικές δυσκολίες που αναδύθηκαν από τη γονική ψυχική νόσο. Τον Πέτρο τον αποθάρρυναν οι γονείς να σπουδάσει στο εξωτερικό γιατί δεν θα είχαν άλλον να τους φροντίζει:

..α, και όταν έφυγα στο εξωτερικό για σπουδές, μου λέγανε γιατί να φύγεις ολόκληρη οικογένεια αφήνεις, μια ζωή τέτοια μου λέγανε, μου 'λεγε η μάνα μου τα τελευταία οχτώ χρόνια. Τώρα που 'χουμε προβλήματα θέλεις να κάνεις το 'να; Τώρα που έχουμε προβλήματα; Δεν μπορείς να αφήσεις αυτήν την εξεταστική γι' αργότερα; [χαμογελάει] Απ' τα δεκαπέντε μου πρέπει να το ακούω αυτό. 'Τώρα που έχουμε προβλήματα πας να κάνεις αυτό; Δεν μπορείς του χρόνου;' Αλλά πάντα με επηρέαζε να τελειώσω τη σχολή και μετά να κάνω όλα τ' άλλα. Απλά θέλανε να συμπίεσουνε το χρόνο σου σε άλλα τμήματα αλλά όταν ήσουν συμπιεσμένος σου λέγανε πάλι το ίδιο, πιο μπροστά, ή θα 'πρεπε να το 'χες κάνει σε πρότερο χρόνο, στο οποίο δε θυμούνται να σου 'χουνε πει να μην το κάνεις γιατί έχουμε προβλήματα. Τέλος πάντων.[Πέτρος]

Επιπτώσεις στην κοινωνικότητα. Πολλές φορές τα παιδιά στην αναδυόμενη ενηλικίωση βιώνουν μία πόλωση στο κοινωνικό πλαίσιο της οικογένειας και το πλαίσιο των φίλων. Η Τζένη αναφέρει χαρακτηριστικά ότι 'σαν να είχα δύο ζωές περίπου, σα να 'τανε άλλο πράγμα στο σπίτι, τι γινότανε, το κράταγα στο σπίτι, κι ό,τι γινότανε στην παρέα ήτανε για την παρέα'. Η κοινωνική ζωή των παιδιών σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορούσε να αξιοποιηθεί στο βαθμό που αξιοποιούνταν από συνομήλικους είτε γιατί υπήρχε το στίγμα της ψυχικής νόσου του γονιού, είτε γιατί υπήρχαν πολλές οικιακές υποχρεώσεις οι οποίες δεν επέτρεπαν τη χρήση του ελεύθερου χρόνου:

Εε, βασικά θα 'λεγα ότι επηρέασε πιο πολύ, εε, την κοινωνική μου ζωή ως προς τις φίλιες μου αυτό το πράγμα, γιατί δεν μπορούσαμε, εε, να έχουμε μεγάλες παρές εε μ' όλα αυτά τα γεγονότα τα οποία συμβαίνανε στο σπίτι. Εε, (.) οπότε θα 'λεγα ως προς αυτό με επηρέασε, ντάξει, ε ίσως και στο σχολείο σε κάποια μαθήματα, θα μπορούσα, εε, να είχα καλύτερη επίδοση. Γιατί στο σπίτι έπρεπε να έχουμε και το μυαλό, έπρεπε να είχαμε από μικροί και το μυαλό μας στο να συμμαζέψουμε, να μαγειρέψουμε, όλο αυτό που υποτίθεται ότι το κάνει μια μητέρα. Επομένως δηλαδή πιστεύω ότι, θα μπορούσα να είχα λίγο καλύτερες επιδόσεις στο σχολείο ίσως. [Αφροδίτη]

Ανάλογες δυσκολίες διαπιστώνονται και στον τομέα των ρομαντικών σχέσεων. Ο Πέτρος εικάζει ότι δυσκολεύτηκε λόγω έλλειψης ανδρικού προτύπου, λόγω της πιεστικής συμπεριφοράς της μητέρας του, αλλά και λόγω των προσωπικών προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας. Συχνά οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι η εμπειρία της ερωτικής απογοήτευσης λειτουργεί εξίσου τραυματικά με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. Τρεις συμμετέχουσες [Παναγιώτα, Αλεξάνδρα, Αννέτα] αναφέρουν ότι λειτούργησε πολύ τραυματικά στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης η ερωτική απογοήτευση:

..ερωτεύτηκα πρώτη φορά στη ζωή μου, στα είκοσί μου χρόνια με έναν άνθρωπο, που εγώ, τώρα σας τα λέω για να δείτε πως μ' επηρέασε. Εε, δεν μπορείτε να φανταστείτε πόσο ερωτεύτηκα, και τι εισέπραξα. Εγώ από τα είκοσιδύο μου μέχρι τώρα έκανα αγώνα για να σταθώ στα πόδια μου από μια εγκατάλειψη και από μια αήθη συμπεριφορά που δεν μπορούσα ποτέ μου να την κατανοήσω. Που με διέλυσε ως άνθρωπο.[...] Πέρασα μαύρα. Πέρασα μαύρα. Μαύρα. Πέρασα δύο χρόνια σχεδόν πάρα πολύ άσχημα από αυτό, αυτό το γεγονός. Τέλος πάντων. Με πολύ κόπο δηλαδή, και ξεκίνησα μέσα από αυτό να δημοσιογραφώ, μετά είπα κάτι πρέπει να κάνω κι έδωσα ξανά πανελλήνιες, [βαριανασαίνει] εντάξει.. Ήμουν πάρα πολύ ερωτευμένη, συνήθως και στον πρώτο μας έρωτα υπάρχει μια εξιδανίκευση ότι ο άλλος είναι ο τέλειος, άρα αυτός, αυτή για να μου φέρεται έτσι εγώ πρόβλημα. Δηλαδή πέρασαν πολλά χρόνια για να χτίσω ξανά την αυτοεκτίμησή μου η οποία έγινε θρύψαλα. Μμμμ [Αλεξάνδρα]

Αντιξοότητες στο παρόν. Αρκετοί συμμετέχοντες βιώνουν πολλά προβλήματα τα οποία δεν συνδέουν ρητά άμεσα με τις δυσκολίες του ψυχικά πάσχοντος γονιού, αν και μερικές φορές αυτό προκύπτει από το συνολικό πνεύμα των συνεντεύξεων. Μία τέτοια περίπτωση είναι τα προσωπικά προβλήματα υγείας. Ο Πέτρος διαγνώστηκε στα 19 του με αυτοάνοση πνευμονοπάθεια, ο Θανάσης ταλαιπωρείται από ερυθηματώδη λύκο και πολύ σοβαρή για τη ζωή του καρδιακή ανεπάρκεια και η Κάτια έχει ταλαιπωρηθεί πολύ με ένα πρόβλημα υγείας στο χέρι που κατά την αφήγησή της αφήνει αιχμές ότι το αντιμετωπίζει μόνη της λόγω των συνθηκών με την πάσχουσα μητέρα της. Μία από τις πιο συνταρακτικές εμπειρίες των παιδιών είναι τα προβλήματα υγείας του υγιούς γονέα, μία απώλεια του θετικού αντίβαρου στην οικογένεια, και απώλεια των παππούδων, ειδικά στις περιπτώσεις που είχαν αναλάβει ρόλο βασικού κηδεμόνα. Η Αλεξάνδρα περιγράφει ότι ένιωσε μεγαλύτερη απώλεια όταν πέθανε η γιαγιά της συγκριτικά με τον θάνατο του πατέρα της:

Εμένα ήταν πολύ μεγάλο σοκ, ήταν πολύ μεγάλη απώλεια, τώρα δεν ξέρω πως θα σας φανεί, εγώ στενοχωρήθηκα εδώ πάρα πολύ κι όχι στον πατέρα μου. [...] Ακούγεται πολύ άσχημα.. Εγώ αιστάνθηκα, πέρασα πάρα πολύ άσχημα γιατί η γιαγιά μου ταλαιπωρήθηκε πάρα πολύ, πηγαينوερχόμουν στο νοσοκομείο, είχε πάθει έμφραγμα μέσα στο σπίτι και την είχα βρει μόνη μου. [...] Γιατί έψαχνα και χτυπούσα τα κουδούνια, κι έπαιρνα, ήταν μια από τις χειρότερες στιγμές στη ζωή μου, δηλαδή όταν πέθανε κι επειδή μετά δεν είχα περάσει και στις πανελλήνιες στη σχολή που ήθελα όλο αυτό με επηρέασε πάρα πολύ αρνητικά [Αλεξάνδρα]

Τέλος, είναι πολύ συχνές οι αντιξοότητες διαβίωσης στο παρόν στην καθημερινότητα. Ο Πέτρος επιδίδεται σε μακροσκελείς περιγραφές της δύσκολης καθημερινότητας λόγω των ψυχιατρικών δυσκολιών της μητέρας του, των προβλημάτων υγείας του πατέρα του και τα δικά

του, τις δυσκολίες της αδελφής, την οικονομική στενότητα της οικογένειας, αλλά και τη σύγχυση ορίων με μέλη της πατρικής οικογένειας της μητέρας τα οποία διέμεναν κατά το δοκούν στο σπίτι τους:

Οπότε έφυγα, πήγα εκεί, έμενα με το θείο μου, με το θείο ο οποίος ήτανε.., μύριζε γιατί δεν πλενότανε, μούλιαζε τα ρούχα του στη μπανιέρα, στη μπανιέρα τα οποία είχανε μύκητες επειδή δεν πλενότανε και τ' άφηνε τρεις μέρες, οπότε οι μύκητες αντί να πεθαίνουνε αναπτυσσόntonτουσαν, σαπρόφυτα.., τα 'βαζε σε κουβάδες, και μύριζε όλο το σπίτι λες και είχε ψοφήσει.., ξέρετε τη μυρωδιά όταν ψοφάει ένας γάτος πως μυρίζει; Που είναι σήψη σωθικών; Έτσι μύριζε γιατί μάλλον είναι παρόμοιοι οι μύκητες που τα τρώνε. Αυτά. Εεμ, πραγματικά άθλια κατάσταση. [Πέτρος]

9.6.2 Έχω ένα παιδί χωρίς να ήθελα..': Ο νέος ενήλικας σε ρόλο φροντιστή

Η διαμόρφωση της ταυτότητας των συμμετεχόντων στην αναδυόμενη ενηλικίωση περιλαμβάνει σαφώς το ρόλο του φροντιστή σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο, ένας ρόλος που διατηρείται από την παιδική ηλικία ή υιοθετήθηκε αργότερα λόγω απαιτητικών συνθηκών. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι σε αυτή την ηλικιακή φάση κάποιοι συμμετέχοντες επέλεξαν αυτό το ρόλο εκουσίως και δεν διαπραγματεύονται τη στήριξή τους στον πάσχοντα γονιό, θεωρούν ως δεδομένο ότι θα τον φροντίσουν, είτε επειδή αυτό αποτελεί οικογενειακή αξία και παράδοση -ότι τα παιδιά οφείλουν να φροντίζουν τους γονείς, ως επιστροφή φροντίδας και υποχρέωσης- είτε επειδή συναισθηματικά επιθυμούν να τους φροντίσουν ως απόδειξη ουσιαστικής αγάπης.

Εγώ κι η αδερφή μου. Μαζί το συζητήσαμε ότι.., εννοείται, μητέρα μας είναι.., τι.., θα την αφήσουμε έξω? Βεβαίως και θα μείνει μαζί μας. Και ντάξει, τώρα νομίζω έχω μεγαλώσει αρκετά και μπορώ να πατάω πόδι, και να πει κάτι ο πατέρας μου δηλαδή, δε θα κάτσω να.. να τη διώξει, δε θα την αφήσω. [...] όχι, η μαμά ήρθε σ' εμάς... [...] Οπότε δεν θα την αφήσω να φύγει. Νομίζω το 'χει πάρει πρέφα κι ο πατέρας μου, ότι.. μτς, δεν θα το.., δεν θα γίνει αυτό που θέλει αυτός, για μία φορά έστω. Έτσι κι αλλιώς, του λέω 'είσαι εκεί που είσαι, άστη να μείνει εδώ'. Αυτό. [Σωτήρης]

Αντίθετα, υπάρχουν αφηγήσεις [Γιώργος, Τζένη] σύμφωνα με τις οποίες οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι εγκλωβισμένοι στο ρόλο του φροντιστή στο παρόν:

Δηλαδή και τώρα που την έχω στο σπίτι, (.) μτς, μπορώ να πω δηλαδή και το λέω δηλαδή, εε, έχω ένα παιδί χωρίς να ήθελα ένα παιδί εγώ τώρα αυτή τη στιγμή. Αυτό. Δηλαδή αυτό νιώθω, ότι είναι μτς, σαν ένα βάρος να το πω, αυτό. Που είμαι υποχρεωμένος να το... να είμαι δίπλα της. Αναγκαστικά. Γιατί ναι, εντάξει, την αγαπώ και τα λοιπά.. αλλά έχω εγώ μια ζωή να ζήσω. Δεν, καταλάβατε, νιώθω ότι αυτή τη στιγμή.. και πόσο μάλλον που σκέφτομαι και το μέλλον εγώ, σκέφτομαι πολύ για το μέλλον μου, και σκέφτομαι ότι αν χειροτερέψει η κατάσταση τι θα κάνω κι εγώ? Αυτό. Μτς. Αυτά. [χαμογελάει] [...] ..ούτε μπορώ κάθε τρεις και λίγο να 'μαι πίσω από τη μάνα μου, λες και είμαι, έχω δικιά μου ζωή, δουλεύω, κάνω, ράνω, δεν μπορώ να ασχολούμαι συνεχώς. Κι αυτό είναι ένα κομμάτι που με στεναχωρεί εμένα, το ότι μπορούν να την εκμεταλλευτούν πολύ εύκολα. Αυτό είναι που με τρομάζει, αλλά απ' την άλλη δεν ξέρω και τι να κάνω. [...] ..γιατί η μάνα μου ποτέ δεν άκουγε, πάντα έκανε αυτό που ήθελε, πάντοτε, δηλαδή ό,τι και να της πεις, είτε με ήρεμο τρόπο, είτε να φωνάζεις, δεν θα πετύχαινες ποτέ τίποτα. Πάντα θα έκανε στην τελική αυτό που γουστάρει και θέλει. Οπότε κι εγώ τι να σας πω, από ένα σημείο και μετά ό,τι μπορώ κάνω, αλλά από ένα σημείο και μετά κι εγώ παραδίνομαι, δεν μπορώ. Μτς. Ε, αυτό. [Γιώργος]

Παρατηρείται και μία μέση κατάσταση σύμφωνα με την οποία ο νέος ενήλικας στο παρόν έχει επιθυμία να φροντίσει τον πάσχων γονιό του, έχει όμως ανησυχία για το μέλλον και κατά πόσο θα μπορέσει να κατακτήσει τους προσωπικούς του στόχους:

Είναι σα να με δεσμεύει. Είναι μια δέσμευση που έχω με τη μητέρα μου. Δεν δεν με ενοχλεί όμως. Προς το παρόν δεν μ' ενοχλεί γιατί δεν έχω άλλες υποχρεώσεις. Ίσως στην πορεία να γίνει κουραστικό. Να είναι πιο, να είναι πιεστικό, να πιέζομαι στο χρόνο. Αλλά πιστεύω ότι δεν είναι πολύ μία ώρα να αφιερώνω μία ώρα το μήνα. Για να έχω, να είμαι σίγουρη. [...] Κι ίσως και σκεφτόμουν κιόλας να φύγω από την Ελλάδα. Σκεφτόμασταν με το αγόρι μου να φύγουμε, να μεταναστεύσουμε στη Γερμανία. Έχω την έννοια για τη μητέρα μου. Ποιος θα την προσέχει εδώ, αν θα καθίσει εδώ ή αν θα έρθει μαζί μου. Έχω κι αυτό το... [Τζένη]

Από την ανάλυση του υλικού προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες μπορεί να διατηρούσαν το ρόλο του φροντιστή από την παιδική ηλικία μέχρι την αναδυόμενη ενηλικίωση χωρίς να αλλάξει ο τρόπος κατά τον οποίο παρείχαν την μέριμνα στον πάσχοντα γονιό και την οικογένεια.

Έκτοτε ο ρόλος συνεχίζει να είναι ο ίδιος, σε κάθε επεισόδιο ο μπαμπάς να πρέπει να τον πείσω να πάρει παραπάνω φάρμακο και να συνετίσω τη μαμά το ότι αυτό το πράγμα πάλι είναι αυτό κι ότι δεν είναι ο μπαμπάς που, που.. [...] ..Δεν θέλω και πολύ εγώ για να καταλάβω. Αλλά.. οκ. Εεμ, και μετά είναι του στυλ 'μη στενοχωριέσαι ρε παιδί μου εσύ, εγώ εδώ είμαι..' Ναι. Άπαξ και το έμαθα δεν, δεν εμπιστεύομαι. Είναι και δικό μου. Δηλαδή κάπου κι εγώ ίσως πρέπει να κάνω πίσω. Αυτό μου λέει και η αδερφή μου, 'άστους να μαλλιοτραβηχτούν κάνε πίσω ρε παιδί μου, και θα τον βρουν το δρόμο τους'. Το άγχος μου είναι το ότι 'αν δεν το βρουν; Τι θα κάνω εγώ μετά; Δηλαδή θα 'χει γίνει θηρίο κι εγώ μετά θα πάω να μαζέψω το θηρίο;' Ας το μαζέψουμε στην αρχή να μην έχουμε τα πιο δύσκολα μετά [Νεφέλη]

Άλλες φορές οι συμμετέχοντες διατηρούν το ρόλο του φροντιστή αλλά με διαφορετικό τρόπο ως νέοι ενήλικες:

Ούτε είχα ενεργό ρόλο στην οικογένεια, μέχρι που τον κατέκτησα, τώρα πρόσφατα (..) αα, αυτό κυρίως, από αυτή τη μεριά πιο λεπτομερής. [...] Εε, απλά έβλεπα τα πράγματα έτσι όπως είναι, και βρήκα τη μητέρα μου η οποία με εμπιστεύεται, και συν ότι ό,τι έβλεπα κι ό,τι ήθελα να προτείνω τα δικαιολογούσα, τα επιχειρηματολογούσα, κι έλεγα αυτό είναι αυτό ξέρω γω, θα μπορούσες να κάνεις το ένα, θα μπορούσες να κάνεις το άλλο. Σαν φίλοι ουσιαστικά, και.. βοηθούσα τη μητέρα μου, ενώ τώρα δεν.., τώρα, πριν δεν, απλά έκανα ό,τι μου λέγανε. Τώρα κάνουν ό,τι λέω [γελάει], σαν τη μητέρα μου. Εε, αυτό. Προσπαθώ να βρίσκω λύσεις κυρίως μαζί με τη μητέρα μου, να προτείνω στο άλφα θήτα πρόβλημα, εε, αυτά, ενώ παλιά δεν το 'κανα, απλά έκανα ό,τι μου λέγανε [χαμογελάει], γιατί φοβόμουνα ότι τώρα εντάξει. [Δήμητρα]

Ο ρόλος του φροντιστή στην αναδυόμενη ενηλικίωση ενίοτε αφορά και σε άλλα μέλη της οικογένειας όπως στις περιπτώσεις της Νεφέλης που φροντίζει τον υγιή γονιό και του Πέτρου που φροντίζει την αδελφή και συγγενείς από την πατρική οικογένεια της πάσχουσας μητέρας του:

Για τη μικρή φοβάμαι πολύ περισσότερο κι όπως σας είπα φοβάμαι από χρόνια, γι' αυτό προσπάθησα να το προλάβω, γι' αυτό προσπάθησα να την πάρω σπίτι, να μην.., να περάσει το τελευταίο.. φάση της εφηβείας της με εμένα, εε γι' αυτό.. προσπαθώ και γύρισα και δεν έμεινα εξωτερικό που θα μπορούσα να βρω δουλειά, και για άλλους λόγους προσωπικούς δικούς μου, εε, αλλά λέω θα γυρίσω πίσω έτσι ώστε να κάνω κάτι να μπορέσω να ξελασκάρω και τότε να την παλεύω να τη διώξω Erasmus. [...] Οπότε με βάση αυτό της λέω 'αδερφούλα μου βάλε στόχο, έχε πρόγραμμα, ακολούθα τους στόχους σου. Με πείσμα; Με πείσμα. [Πέτρος]

9.6.3 'Με πονάει κάθε φορά που τον βλέπω..': Συναισθηματικός αντίκτυπος στην αναδυόμενη ενηλικίωση

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τον συναισθηματικό αντίκτυπο της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου στα παιδιά στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης. Από την ανάλυση του υλικού προέκυψε ότι οι άρρενες του δείγματος [Θανάσης, Μάριος, Χρήστος, Σωτήρης] ενώ ένιωθαν πολύ ευάλωτοι, επέλεξαν να μην επικοινωνούν τα συναισθήματά τους, και κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν ίσως η πρώτη φορά που εκφράζονταν πιο βαθιά συναισθηματικά

αναλογιζόμενοι τα θέματα των πασχόντων γονιών. Ιδιαίτερα ο Χρήστος και ο Σωτήρης είχαν ένα δυναμικό προφίλ ενώ όταν συζητούσαμε δύσκολα θέματα δάκρυζαν:

Δεν ξέρω. Η αλήθεια είναι δεν μ' αρέσει καθόλου, δεν μ' αρέσει το 'παντρεύομαι, ή μπλέκω και δεν ξεμπλέκω'. Π.χ. εγώ άμα μου συνέβαινε κάτι τέτοιο σαν της μάνας μου, όχι θα 'χα λακίσει, θα 'χα φύγει.. κατευθείαν θα πήγαινα σε δικηγόρο, έτσι πιστεύω, τώρα δεν ξέρω πραγματικά, αλλά πιστεύω ότι, μτς, δηλαδή η αντιμετώπιση για κάτι τέτοιο, θα την παράταγα, αλήθεια. Δεν θα μπορούσα να το τραβήξω το υπόλοιπο για είκοσι χρόνια, τριάντα, σαράντα, όσο πάει. Αυτό μπορεί να με κάνει λίγο κυνικό. [...] Ότι τα βλέπω λίγο πιο αποστασιοποιημένα τα πράγματα, δεν βλέπω τόσο.. δε ξέρω. [Χρήστος]

Το ότι είμαι λίγο συγκρατημένος. Ε, μπορεί κάποιες στιγμές να τα κρατάω μέσα μου, αλλά είμαι ευαίσθητος σαν άνθρωπος, πολύ, αλλά δεν θα.., δεν θα το δείξω σε άλλους. Δεν θα κάτσω να.. να δείξω την προσωπικότητά μου σε άλλους. Είμαι πο πολύ κλειστός. [...] Οπότε αυτό με βοηθάει.. σαν άνθρωπο να.. κρατιέμαι με τον έξω κόσμο. Να μην είμαι, να μην ανοίγομαι στον καθένα. [Σωτήρης]

Κάποιοι συμμετέχοντες σε αυτή τη φάση εκφράζουν μία βαθιά μελαγχολία, στενοχώρια, έλλειψη ενέργειας και κατάθλιψη. Η Μίνα θεωρεί ότι είναι πολύ αναβλητική, δεν έχει την απαιτούμενη ενέργεια να φέρνει εις πέρας τους στόχους της, και κλαίει σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης:

..αλλά δεν ξέρω.. [κλαίει], αυτό ότι.. [παύση] δεν ξέρω ίσως να μην αντιμετωπίζω με τον καλύτερο τρόπο [κλαίει], δηλαδή είμαι, είμαι πολύ αναβλητική, γενικά είμαι πολύ αναβλητική, και.. και μένω πίσω, κι αυτό, κι ότι.., εε, ότι, εε, μάλλον τα παρατάω τα πράγματα [χαμογελάει], δεν.. [...] Εγώ το μόνο που 'χω κάνει, ντάξει, είναι, να κάνω δύο τρία πράγματα με τη σχολή μου [χαμογελάει], αγγλικά δεν τα 'χω προχωρήσει, τα 'χω παρατήσει από το λύκειο, τώρα ξεκίνησα λίγο το χειμώνα με κάνω πράγματα με το κατηχητικό, και.. αυτά βασικά. Αυτά βασικά. Δεν έχω προχωρήσει σε κάτι εγώ. Οπότε δεν ξέρω. Την έχω ανάγκη, αλλά νομίζω ότι πρέπει κι εγώ να πατήσω στα πόδια μου ότι.. αυτό.. Γιατί βλέπω και τα αδέλφια μου στενοχωριούνται, δηλαδή μου το λένε, 'στενοχωριέμαι που σε βλέπουμε έτσι', και.., τα, τα παρατάω τα πράγματα. Το σπίτι δεν, τα παρατάω τα πράγματα, δεν φροντίζω τον εαυτό μου [χαμογελάει], είμαι αφηρημένη, θα μου πείτε.., ναι, δεν ξέρω, ή.. φφ [ξεφυσάει] κι εγώ σκεφτείτε ότι ίσως να 'χω ακόμα και κατάθλιψη [χαμογελάει], γιατί είχα δει κάτι βίντεο, και.. αυτό που λένε.. εε, μτς, εε, πώς το λένε.., χαμογελαστή κατάθλιψη, κάπως έτσι, δεν ξέρω, αλλά.., δεν ξέρω, αλλά δεν.., δεν ξέρω, πάντως προσπαθώ να πάω μπροστά, αυτό, δεν ξέρω, το 'χω πάρει απόφαση πλέον ότι θα πάω μπροστά, και προσπαθώ λίγο να μαζευτώ κι αυτά.[Μίνα]

Ο Γιώργος αν και δηλώνει πιο ενεργός στην προσωπική του ζωή σε σχέση με τη Μίνα αναφέρει ότι έχει μέσα του στενοχώρια για την κατάσταση της μητέρας του στο παρόν. Μία

πολύ σημαντική διάσταση που προέκυψε από την ανάλυση είναι η αίσθηση της απώλειας και του πένθους για το γονιό, που ενώ βρίσκεται εν ζωή έχουν χαθεί οι δυναμικές πλευρές του και η συναισθηματική αμοιβαιότητα, άρα και δεν βρίσκεται σε θέση από δω και πέρα να φροντίσει τα παιδιά του, αλλά το αντίθετο, τα παιδιά του εκείνον:

Περνώντας ο καιρός στο δεύτερο, στη δεύτερη φάση όταν δηλαδή αφαίρεσε φάρμακο ο ψυχίατρος και το ξαναπάθαμε, εε, ένιωσα ότι δεν έχω τις ίδιες δυνάμεις όπως την πρώτη φορά, ότι λίγο μου 'ρθε πιο βαρύ, εεμ, σε πολύ δύσκολη φάση εε πέρασε από το μυαλό μου του στυλ.., 'κοίτα, εγώ βίωσα ότι έχασα τον πατέρα μου', και βιώνω [κλαίει], εμ γιατί δεν είναι αυτός που ήτανε, οπότε.., και νιώθω πάντα ότι πρέπει να 'μαι εγώ εκεί για να τον φροντίζω, κι όχι να φροντίζει αυτός εμένα. Όχι ότι έχω ανάγκη την, τη φροντίδα.., αλλά έχω ανάγκη.., είχα και έχω ανάγκη τον άνθρωπο αυτό που ήξερα σαν πατέρα μου [κλαίει], γιατί αυτόν που έχω τώρα δεν τον αναγνωρίζω. Τον αγαπάω, καταλαβαίνω, αλλά δεν είναι ο μπαμπάς μου, οπότε όταν το.. ψιλοκατάλαβα αυτό και το βίωνα, θυμάμαι σε μία πάρα πολύ άσχημη φάση που πάλι πάλευα με τη λογική του και τα λοιπά, γύρισα και είπα 'δεν ξέρω τι είναι καλύτερο τελικά, να τον χάνεις, ή να τον χάνεις έτσι;' [κλαίει] Ντάξει, αμέσως μετά λέω 'τι είναι αυτά που λες' στον εαυτό μου και τα λοιπά, αλλά όντως δε ξέρω [χαμογελάει], γιατί εγώ έτσι το βιώνω, τουλάχιστον έτσι το νιώθω. [Νεφέλη]

Άλλοι συμμετέχοντες θεωρούν ότι έχουν γίνει πιο οξύθυμοι, όπως η Αννέτα:

Τα αρνητικά είπα, έχω γίνει πιο οξύθυμη.. [...] σε κατάσταση πριν το.. [...] Πολλές φορές μπορεί να μην το διαχειρίζομαι, δεν είναι ότι γίνομαι βίαια, απλά γίνομαι οξύθυμη και αυτό προκαλεί κακό σε μένα, δηλαδή εγώ η ίδια φουντώνω. Πραγματικά φουντώνω. Κοκκινίζω ολόκληρη. [Αννέτα]

Ενίοτε, η δυσκολία του παιδιού στην αναδυόμενη ενηλικίωση μεγαλώνει αντί να καταστέλλεται:

Αλλά νιώθω ότι όσο περνάει ο καιρός με δυσκολεύει πάρα πολύ. Δηλαδή εχθές ας πούμε, πήρα τηλέφωνο, γι' αυτό λέω είναι περίεργη η περίοδος, γιατί τώρα το συνειδητοποιώ, εδώ και τρεις τέσσερις μήνες το πόσο δύσκολο μου είναι πλέον, δηλαδή πραγματικά όταν γυρνάω το χρόνο πίσω και λέω 'πώς το έκανα τότε;' Τώρα δεν.., 'γιατί τώρα ρε παιδί μου σου 'ναι τόσο..', έρχεται λες και μου κόβεται η αναπνοή στην ιδέα μόνο ότι πρέπει να το ξαναδιαχειριστώ αυτό το πράγμα [ρουφάει τη μύτη από το κλάμα] εεμ και παίρνω εχθές τηλέφωνο και αντιλήφθηκα ότι ψιλοτσακώνονται, εε, και λέω 'όχι πάλι, θα τσακωθούν, εε, ο πατέρας μου πάλι είναι στη φάση τώρα που εγώ παντρεύομαι έχει χαρεί παραπάνω, αλλά έχει αγχωθεί και με τη δουλειά του γιατί είναι για να βγει στη σύνταξη και τον αγχώνει και λέω 'τώρα τσακώνονται κιόλας, ωραία, θα μας κάτσει..', και μόνο που το σκέφτομαι εε βάζω τα κλάματα, έτσι, χωρίς να το.. χωρίς λόγο, βάζω τα κλάματα και μετά.. για παράδειγμα χθες αφού έγινε αυτό και συζητάγα μαζί του και προσπαθούσα να το.. 'ρε μπαμπά μην κάνεις έτσι, το ότι η μαμά φωνάζει έτσι είναι σαν άνθρωπος, τα 'χουμε ξαναπεί, είμαι ο ψυχολόγος του πατέρα

μου.. σαρανταπέντε λεπτά έκανα χθες, και στη μητέρα μου εε μετά γύρισα στο σπίτι και κοιμήθηκα το βράδυ χωρίς να το σκέφτομαι αυτό, εε το βράδυ έβλεπα στον ύπνο μου ότι ο πατέρας μου εε έχει πρόβλημα και ότι έπρεπε πάλι να το διαχειριστώ, ότι είχε ξανακυλίσει, και σηκώθηκα μ' ένα φοβερό πόνο στην κοιλιά, όπου τελικά πήγα τουαλέτα, και λέω, ξύπνησα δηλαδή από όλο αυτό, το.. δεν ξέρω αν συνδέεται το όνειρο με τον πόνο, αλλά δεν είχα ας πούμε άλλο λόγο να πονέσω τα.. τα εντερικά μου, και λέω 'τι γίνεται τώρα, έχεις αρχίσει και το σωματοποιείς;' [χαμογελάει]. Εε, αυτό. Με πολύ λίγα λόγια [χαμογελάει]. Αυτή είναι η ιστορία το τότε και το τώρα. Το πως το βίωνα, το βίωσα, το βιώνω εγώ τώρα και.. ένα μόνιμο φόβο έχω. Δύσκολο. [...] [Νεφέλη]

Η Παναγιώτα εστιάζει στο άγχος της ψυχιατρικής μέριμνας της μητέρας της, και εξαιτίας αυτού είχε επιπτώσεις στην ικανότητα συγκέντρωσης για να ανταποκριθεί στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις:

Εε, αγκωνόμουνα, (.) μτς δηλαδή έλεγα 'το κάνει αυτό κανένα άλλο παιδί' [χαμογελάει] ας πούμε? Ενώ ήτανε οι άλλοι να μου ζητούσανε να βγαίνουμε οι φίλοι μου, η παρέα μου να βγούμε, εγώ τους έλεγα 'δεν μπορώ'. Έχω, είχα και εξεταστική τότε, εντωμεταξύ, και πάνω στην εξεταστική δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ, η μαμά πάθαινε όλα αυτά, δεν έβγαινε από το σπίτι, μου φάνηκε [χαμογελάει] δεν ξέρω, ενώ οι άλλοι βγαίνανε εγώ έπρεπε να τους πω 'πρέπει να πάω στην αστυνομία γιατί η μαμά δεν είναι καλά, πρέπει να την πάμε στο νοσοκομείο και δεν δέχεται, και...' αυτό. Εκεί μας ρωτούσανε και τι έχει [...] Μετά κι εγώ είχα αποσυγκεντρωθεί τελείως, δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ στην εξεταστική καθόλου, προσπαθούσα λίγο να το διαχειριστώ και να πω ότι υπάρχω κι εγώ, γενικά είχα χάσει τον εαυτό μου, πιστεύω, γιατί, είχα κι εγώ και μια άλλη σχέση και ήταν στα χωρίσματα, και γενικά δεν, δεν, κάπου χαθη, ένιωσα ότι χάθηκα μ' αυτά. Ότι έτρεχα για αυτό έτρεχα για κείνο, ναι, κι έπρεπε να τρέχω και στη μαμά συνέχεια στο νοσοκομείο, εκείνη με κατηγορούσε ότι 'εσείς φταίτε, κι εσείς με βάλατε και με μισείτε' και ένιωθα πολύ άσχημα με τα λόγια της [χαμογελάει] πάντα ό,τι μου λεγε. Ναι. Αυτό. [Παναγιώτα]

9.6.4 'Απλά.. είμαι μαζί του..': Συντροφικές σχέσεις στην αναδυόμενη ενηλικίωση

Η συντροφικότητα στην αναδυόμενη ενηλικίωση αποτελεί μία από τις βασικές ανησυχίες των αναδυόμενων ενηλίκων. Στο δείγμα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι αποτελεί ένα από τα τρία κυρίαρχα θέματα των παιδιών σε αυτή την ηλικιακή φάση, (επιπλέον είναι η μέριμνα για την κατάσταση του πάσχοντος γονιού, οι σπουδές και η επαγγελματική σταδιοδρομία). Σε τέσσερις περιπτώσεις [Δήμητρα, Αλεξάνδρα, Αννέτα, Κάτια] το θέμα των συντροφικών σχέσεων μονοπώλησε τη συνέντευξη οι οποίες βρίσκονται σε συντροφική σχέση

αυτή την περίοδο και αντικατοπτρίζεται στις αφηγήσεις τους ο φόβος, οι απογοητεύσεις αλλά και ο ενθουσιασμός του νεανικού έρωτα, και η ευκαιρία να συνδεθούν με εγγύτητα, και να βρουν ένα στήριγμα μετά από πολλά χρόνια αντιξοοτήτων στην πατρική οικογένεια. Το ενδιαφέρον για τη συντροφικότητα αφορά βεβαίως και τους συμμετέχοντες που δεν έχουν συνάψει ως τώρα κάποια σχέση, όπως ο Πέτρος, ο οποίος έχει αρχίσει το τελευταίο χρονικό διάστημα με δειλία να προσεγγίζει άτομα του άλλου φύλου. Μερικές φορές οι θρησκευτικές προσλήψεις της οικογένειας δεν δημιουργήσαν το κατάλληλο υπόβαθρο για την σύναψη των σχέσεων στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Ο Πέτρος είχε εγκλωβιστεί στις απαγορεύσεις των προγαμιαίων σχέσεων της μητέρας του:

Το άλλο με τις προσωπικές σχέσεις σας λέω ότι δεν ένιωθα ποτέ άνετα με τη σεξουαλικότητά μου, ντάξει, τώρα νιώθω. Εε, δεν ένιωθα άνετα με το γεγονός πως θα βγω με κοπέλα. Εννοείται πως δεν ένιωθα άνετα με οποιαδήποτε προγαμιαία σχέση οτιδήποτε γιατί η μάνα μου, σας λέω, δεν ξέρω τι είχε κάνει εκείνη στη ζωή της αλλά σ' εμάς ήτανε.. έτσι.. απαγορευτική. Εε, ένιωθα ενοχές με το να βρω μία κοπέλα, ακόμα σήμερα αν πω ότι θα βγω με μια κοπέλα νιώθω ενοχές. Και δε βοηθάει πιστέψτε με [χαμογελάει]. [Πέτρος]

Κάποιοι συμμετέχοντες έχουν επιλέξει σύντροφο με γνώμονα την συνειδητή ή ασυνείδητη παροχή ή αποδοχή ψυχολογικής φροντίδας στη σχέση. Ο Χρήστος επέλεξε σύντροφο που εργάζεται ως ψυχιατρική νοσηλεύτρια- υπονοώντας ότι χρειάζεται να τύχει ειδικής φροντίδας στη σχέση για να υπάρχει κατανόηση για τον ίδιο αλλά και αποδοχή για το πρόβλημα της μητέρας του:

Πολύ πιθανόν, π.χ. η, η, η κοπέλα που βγαίνουμε τώρα, επειδή είναι πολύ κατανοητική, είναι και νοσηλεύτρια που δουλεύει κι αυτή σε ψυχιατρική κλινική.. [...] Ναι, είχε δουλέψει, μου λέει ότι σίγουρα επειδή μου 'χει πει για.. έχει κάνει νύξη για γάμο, και τα λουπά και τα λουπά και τα λουπά, και είμαι γενικά αρκετά αρνητικός, μου 'χει ότι 'μπορεί να σ' έχει επηρεάσει..' είχε, αυτή με την οικογένειά της είχε πολύ καλή σχέση, πάρα πολύ καλή έως άψογη, ε κι επειδή το 'χουμε συζητήσει τις εμπειρίες, μου λέει 'μπορεί και να σ' έχει επηρεάσει και η δικιά σου, το δικό σου, η δικιά σου εμπειρία', ναι. [...] Εε, γνωριζόμαστε τέσσερα χρόνια, βγαίναμε ένα διάστημα πριν τέσσερα χρόνια, κάνα εξάμηνο, έφυγε για Πάτρα γιατί διορίστηκε εκεί, το φιλοσπάσαμε, ξαναήρθε Αθήνα, το ξαναφιλοσπάσαμε, πάει λίγο έτσι, και τώρα τον τελευταίο χρόνο είμαστε- είμαστε μαζί [...]. [Χρήστος]

Στον αντίποδα αυτού συναντάμε αφηγήσεις [Κατερίνα, Νεφέλη] για σχέσεις στις οποίες ο σύντροφος έχει ψυχολογικά θέματα, σα να μην μπορούν να ξεφύγουν από το ρόλο του φροντιστή, από την εμπειρία του πάσχοντος γονιού.

Αλλά εε δεν ξέρω αν εσύ το διάλεξες ή είναι κάπως έτσι η ζωή σου, αλλά εμείς που ασχολούμαστε λίγο με την ψυχοθεραπεία, την ψυχολογία και όλο αυτό, πώς γίνεται να ελκύουμε το πρόβλημα; [...] Έχει θεματάκια, όχι αυτός, η οικογένειά του, που όμως αυτός έχει.. καλείται να τα αντιμετωπίσει, και έχουν αφήσει και σ' αυτόν πραγματάκια. [...] Αλλά δουλεύεται, είναι καλό παιδί. Αυτό. Αλλά δεν είναι ο πιο έτοιμος άνθρωπος που θα μπορούσα να 'χω βρει [γελάει]. [...] Έπρεπε και μ' εκείνον να κάνω μια προπόνηση [γελάει]. [Νεφέλη]

Στην περίπτωση της Δήμητρας διαφαίνεται ένας ενθουσιασμός μιλώντας για το δεσμό της, για τον οποίο θεωρεί ότι την έχει βοηθήσει πολύ να αποδεχτεί πολλά πράγματα από την εμπειρία με τον θετό πατέρα της, ενώ προσδιορίζει ότι δεν έχουν επισήμως σχέση, αλλά είναι απλά 'μαζί':

Εε, μεγαλύτερός μου εικοσιδύο χρονών, ε, και μ' άρεσε οκ, και είχαμε μια ιδιαίτερη σχέση, μιλάγαμε αρκετά αφού γύρισα εγώ Αθήνα κι είχαμε και.. και τα λοιπά, με κάλεσε στα γενέθλιά του, και ουσιαστικά έγινε κάτι και άρχισα μετά εγώ.. υπερβολικά συναισθήματα για εκείνον με τον καιρό, μέχρι που μείναμε δύο μήνες δύο εβδομάδες μαζί, επειδή το 'σκασα γιατί δεν ήθελα να μείνω στην Αθήνα, γιατί δεν.. ήθελα να 'μουνα.. [...] Ήμουνα μαζί του τις δύο εβδομάδες. Ε, κι εκεί πέρα κατάλαβα ότι ήμουνα ερωτευμένη μαζί του, πρώτη φορά στη ζωή μου, εε, μτς, το καταλάβαινε κι εκείνος ότι έτρεφα αισθήματα για κείνον, μ' έβαλε να αποδεχτώ πάρα πολλά, γιατί και η κατάσταση με τον πατέρα μου και μ' εμένα με το χαρακτήρα που έχω, έχω εκρήξεις θυμού και τα λοιπά, και να βάλω σε μια σειρά τις σκέψεις μου να αποδεχτώ το χαρακτήρα μου και ό,τι έχει συμβεί στη ζωή μου ν' αφήσω πίσω το παρελθόν. Και ουσιαστικά μέρα παρά μέρα με βοήθησε να τα αποδ, να τα κάνω όλα αυτά τα πράγματα και.. να.. καταφέρω ουσιαστικά ό,τι έχω καταφέρει αυτή τη στιγμή. Με έκανε καλύτερη, καλύτερο άνθρωπο. Εε, πιο ευγενική, εε, να προσέχω τον εαυτό μου, να μπορέσω να προσέχω τους άλλους, εε, τι άλλο; Να.. να 'μαι πιο θετικός άνθρωπος, ήμουνα πολύ απαισιόδοξο άτομο πραγματικά, ήμουν.., δηλαδή άμα με βλέπατε πριν.., άμα με βλέπατε τον Δεκέμβριο και με βλέπατε τώρα δεν είμαι καθόλου η ίδια κοπέλα. Πραγματικά δηλαδή έχω αλλάξει.., είμαι σαν το.. τη μύγα μες στο γάλα, έτσι είμαι, έτσι έχω αλλάξει, σαν Δήμητρα έχω γίνει έτσι, και.. βασικά με βοήθησε αυτός πάρα πολύ, αυτός ο συγκεκριμένος. Και.. αυτά [χαμογελάει]. [...] Με σέβεται, με.., είναι πολύ περιέργη κατάσταση, δεν ξέρω να το εξηγήσω [χαμογελάει], εε με σέβεται πάρα πολύ, είναι πολύ ευγενικός μαζί μου, με προσέχει η αλήθεια είναι, και.. ντάξει, δεν έχουμε κάποια σχέση απλά.. είμαι μαζί του, γιατί [] και τα λοιπά, ντάξει δεν το θέλω, δεν το βλέπω καθόλου έτσι, είναι.. είναι σαν ένας φίλος μου που έχω αισθήματα για κείνον, είναι σα να είναι κολλητός μου και ταυτόχρονα είναι και εραστής μου, οπότε.. ναι. Με κάνει σταθερό άνθρωπο ψυχικά και συναισθηματικά επίσης, εεε, αυτό. Και.. [Δήμητρα]

Από την άλλη πλευρά μπορεί να υπάρχει πολλή επιφυλακτικότητα στις κοντινές σχέσεις, κι όταν έρχεται η στιγμή να συνδεθούν πιο στενά τα ίδια τα παιδιά αποχωρούν από τη σχέση όπως αφηγείται ο Σωτήρης:

Τη.. τη γνώρισα πολύ μετά, αλλά στον πρώτο χρόνο της ανοίχτηκα, δηλαδή έπρεπε να περάσει ένας χρόνος για να την εμπιστευτώ την κοπέλα, είμαι τόσο κλειστός [χαμογελάει], και δεν της ανοίχτηκα κατευθείαν, αλλά μ' έβλεπε που πήγαινα κι έπαιρνα τα φάρμακα της μαμάς, έκανα το ένα έκανα το άλλο για τη μαμά, και με ρώταγε, οπότε έπρεπε κάποια στιγμή να της πω. Ντάξει. Με κράταγε κι αυτή όσο μπορούσε. Αλλά μετά το βρήκα λίγο too much. Πολύ πιεστικό, οπότε χωρίσαμε. Γι' αυτό το λόγο [χαμογελάει] [...]Τη βρήκα πολύ πιεστική. (.) [...]
[Σωτήρης]

Ενίοτε οι συμμετέχοντες περιγράφουν σχέσεις ως αναπαραγωγές των δυσλειτουργικών σχέσεων των γονιών τους, όπως βλέπουμε στην αφήγηση της Αννέτας, που λέει ότι ο σύντροφός της μοιάζει με τον πατέρα της στο γεγονός ότι στέκεται στις λεπτομέρειες κι ότι εκφράζει ζηλοτυπικές εξάρσεις. Παρόμοια αναπαραγωγή περιγράφει παραδόξως και η Νεφέλη που είναι αδελφή της Αννέτας.

Ο σεξουαλικός προσανατολισμός προέκυψε ότι ήταν μία σημαντική διάσταση για την σύναψη συντροφικών σχέσεων στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Τέσσερις συμμετέχοντες από τα υποκείμενα της έρευνας αναφέρθηκαν στον ομοφυλόφιλο σεξουαλικό προσανατολισμό τους και πως αυτό τους επηρέασε στην συντροφικότητα. Η Αλεξάνδρα από νωρίς στη συνέντευξη εξέφρασε τη δυσφορία της μοναδικής αποτυχημένης απόπειρας δεσμού με μία άλλη κοπέλα, η οποία την απέρριψε και ένιωσε εγκαταλελειμμένη, και σε αυτή τη φάση θεώρησε ότι η εμπειρία αυτή ήταν μεγαλύτερο ψυχικό τραύμα από εκείνο της πάσχουσας μητέρας της. Θεωρεί δε ότι η αποδοχή του σεξουαλικού προσανατολισμού ήταν για την ίδια μία σημαντική παράμετρος, όπως ακριβώς και του Γιώργου. Μία συμμετέχουσα αν και δεν σχολιάζει θέματα σεξουαλικής ταυτότητας, θεωρεί ότι κουράζεται να ανταποκρίνεται στις επιταγές της θηλυκότητας που επιβάλλονται στη γενιά της:

Γενικότερα σαν άτομο, δεν ξέρω αν είναι θηλυκό ή όχι, και δεν μ' ενδιαφέρει και καθόλου. Είμαι αυτό που είμαι. Εεμ, δεν μ' ενδιαφέρει το τι θαβάλω, δεν μ' ενδιαφέρει αν η τσάντα που θα φορέσω θα ταιριάζει με το παπούτσι, αν το μαλλί μου θα είναι στην εντέλεια, εάν θα βγω για ένα καφέ και να μην είμαι θαμμένη, δεν με νοιάζουν όλα αυτά. Δεν μ' ενδιαφέρει να βγω έξω και να ψωνίζω για πέντε ώρες. Θα βγω να ψωνίσω αυτά που χρειάζομαι και θα γυρίσω σπιτάκι μου. Βαριέμαι, πώς το λένε. Όλο αυτό λοιπόν [χαμογελάει] μέσα σε όλα αυτά τα χρόνια, επειδή οι περισσότερες γυναίκες είναι κάπως διαφορετικές σ' όλο αυτό το κομμάτι, και στο χορό, εε, η άλλη τη νευρίαζε ας πούμε που πήγαινα στη προπόνηση και ήμουνα με την κοτσίδα, ένα κολλάν, μία φούστα αναγκαστικά γιατί δεν μ' άφηνε χωρίς φούστα [χαμογελάει], κι ένα κορμάκι, που μπορεί ας πούμε το κορμάκι να 'τανε γαλάζιο και η φούστα να 'τανε γκρι, όχι έπρεπε να 'ναι όλα μαύρα. Ή έπρεπε ναβάλω ένα κορμάκι το οποίο θα 'χε

σκίσιμο στον ώμο το οποίο κάτι θα έκανε να είμαι βαμμένη για να 'μαι θηλυκή. Κι όσο δεν το έκανα τόσο τη νευρίαζε. Κι άλλο τόσο δεν το έκανα. Γιατί πολύ απλά αυτό ήμουνα. [Αννέτα]

Ένας συμμετέχων βίωσε την ακραία περίπτωση αιμομιξίας με τη μητέρα του κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ο ίδιος το αποδίδει στο ότι και οι δύο έχουν διάγνωση ψυχικής διαταραχής καθώς και στο ότι δεν υπήρχαν όρια στην οικογένειά τους. Θεωρεί επίσης ότι η εμπειρία αυτή επηρέασε τον τρόπο που επέλεγε συντρόφους στην αναδυόμενη ενηλικίωση:

Α, είχα κάνει μία σχέση μετά το.. μετά από αυτό με τη μητέρα μου αλλά.. δεν ξέρω.. μπορεί να 'τανε και η.. όχι μπορεί σίγουρα, να 'τανε και λάθος γυναίκα αυτή που διάλεξα. [...] Ε, ότι, εντάξει, η μητ, ντάξει, βασικά η μητ, η μητέρα μου, αλλά και μ' αυτή που 'χα πάει μετά είχαμε διαφορά ηλικίας, και μου λέγανε όλοι 'ρε' μου λέει 'με τη μητέρα σου θα πας? [Βαγγέλης]

9.6.5 'Είναι λίγο πρηχτικός..': Σχέση με τον πάσχοντα γονιό σήμερα

Ο προσδιορισμός της σχέσης με τον πάσχοντα γονιό από τα παιδιά σήμερα, στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης, δεν είναι εύκολος λόγω της ρευστότητας που προκύπτει από τον ρου των γεγονότων, είτε από την πλευρά της ψυχικής υγείας του γονιού, είτε από μείζονα γεγονότα ζωής άσχετα με την γονική ψυχική νόσο, είτε από τα αναπτυξιακά έργα στα οποία πρέπει να ανταποκριθούν οι συμμετέχοντες. Από την ανάλυση του υλικού προκύπτει ότι η σχέση των παιδιών με τον πάσχοντα γονιό μπορεί να είναι απόμακρη είτε επειδή το παιδί έχει ενεργά αποφευκτική συμπεριφορά γιατί δεν αντέχει την πίεση των ψυχιατρικών προβλημάτων [Αννέτα], είτε γιατί νιώθει φόβο εξαιτίας προηγούμενων επιθετικών συμπεριφορών [Δήμητρα], είτε γιατί η ασφάλεια του συναισθηματικού δεσμού έχει εξασφαλιστεί από τους παππούδες/γιαγιάδες με αποτέλεσμα την αποξένωση στη σχέση, όπως στην περίπτωση της Παναγιώτας:

..αλλά σ' όλα τ' άλλα, δεν έχω, δεν τη νιώθω κοντά μου. Δηλαδή, θέλει να με πάρει αγκαλιά ας πούμε, τώρα, ειδικά τώρα που βρήκα τον πατέρα μου, με βρήκε, τέλος πάντων, εε, πολύ τώρα θέλει να μ' αγκαλιάζει, και 'σ' αγαπάω' και τέτοια πράγματα. Και εγώ δε δεν νιώθω τόσο, όσο λέει αυτή, τέλος πάντων, ναι, πιο πολύ με τη γιαγιά δηλαδή, και τώρα ας πούμε αν πάμε σπίτι, θα δω, θέλω να δω πιο πολύ τη γιαγιά. (.) Αυτό. Δε νιώθω κάποιο συναισθηματικό δέσιμο τόσο πολύ, με τη μαμά.[Παναγιώτα]

Ενίοτε τα παιδιά έχουν την εμπειρία της χειριστικότητας και της ελεγκτικής συμπεριφοράς του πάσχοντος γονιού γεγονός που τους δυσκολεύει ιδιαίτερα στην συγκεκριμένη ηλικιακή φάση που οι συνθήκες επιτάσσουν την ενίσχυση των διεργασιών αυτονόμησης. Η Νεφέλη δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει την ελεγκτικότητα του πατέρα της όταν επέλεξε να συγκατοικήσει με το σύντροφό της και σταμάτησαν να επικοινωνούν εντελώς για τρεις μήνες. Υπάρχουν και περιπτώσεις παιδιών κατά τις οποίες η υπερβολική πίεση του γονιού δεν αφορά τόσο τη σχέση γονιού παιδιού αλλά τον έλεγχο των οικονομικών ορμώμενος από την υπερβολική αγωνία για την κάλυψη των αναγκών, γεγονός που αποξενώνει τα παιδιά γιατί ερμηνεύουν αυτή τη συμπεριφορά ως έλλειψη συναισθηματικού ενδιαφέροντος. Την ίδια ερμηνεία μπορεί να δίνουν και στις περιπτώσεις γενικότερης απόσυρσης.

Γενικά είναι λίγο 'πρηχτικός' ο πατέρας μου. [...] Κουραστικός. [...] Δηλαδή πετάει συνέχεια τέτοια πράγματα, εεμ, τον νοιάζανε πάντα τα λεφτά, τίποτα δεν τον νοιάζει, και, να σας πω την αλήθεια δεν είχαμε πρόβλημα με το οικονομικό, δηλαδή δεν είχαμε οικονομικό πρόβλημα γενικά. Δηλαδή έχουμε δικό μας σπίτι, ο πατέρας μου παίρνει μια καλ καλή σύνταξη, ακόμα και τώρα που την έχουν περικόψει δηλαδή δεν είναι άσχημη, η μητέρα μου εργάζεται στο... σας είπα, στο εξωτερικό. Είμαστε καλά, αλλά αυτός μόνο τα λεφτά. Εε, συνέχεια, συνέχεια συνέχεια σε αγχώνει ας πούμε. Κι αυτό είναι το κύριο χαρακτηριστικό του πατέρα μου ότι μας αγχώνει όλους, όλους μέσα στο σπίτι, και αυτό, δηλαδή μας προ, έχει ένα άγχος αυτός, δεν ξέρω. Και τώρα τελευταία μένω με τον πατέρα μου, και τώρα τελευταία που μένω με τον πατέρα μου προσπαθώ κι εγώ να τουβάλω όρια, να του πω, θα σου πω εγώ όταν είναι κάτι, θα σου πω εγώ, θα στο πω εγώ, δηλαδή δεν χρειάζεται να με φέρνεις συνέχεια να ρωτάς τι έγινε και πως έγινε αυτό, ναι. Ίσως, καμιά φορά, καμιά φορά πιστεύω ότι τα κάνει για να μας τραβήξει την προσοχή. Ναι. [...] [ελαφρά ανάσα] Νομίζω ότι γενικά δεν, ίσως θέλει να ρθει σ' επαφή μαζί μας απλά δεν ξέρει πώς να το κάνει δεν έχει τι να πει, οπότε ίσως λέει τα ίδια και τα ίδια, δηλαδή μτς, ή κάνει κάτι για να του πούμε 'τι κάνεις, γιατί το κάνεις αυτό' ξέρω γω, δηλαδή γιατί, μτς, ας πούμε 'άφησες αυτό έξω' για παράδειγμα μόνο και μόνο για να συναναστραφώ μαζί του και να χουμε ένα διάλογο, ας πούμε, αυτό. [...] Δηλαδή απ' τη μια νομίζω ότι είναι σα να θέλει να ασχοληθεί μαζί μου και... και αυτά ας πούμε, αλλά απ' την άλλη δεν κάνει και κάποια πράγματα, ή όταν πάω στο χωριό μ' αρέσει να ψαρεύω και του έχω πει 'πάμε να ψαρέψουμε μαζί', δεν έρχεται όμως, δηλαδή είχε έρθει, μια φορά είχε έρθει και δεν ξαναήρθε. Και η μάνα του λέει 'πήγαινε με το παιδί' ξέρω γω κι αυτά, ή του λεγα 'πάμε να κάνουμε λίγο οδήγηση μαζί' στο χωριό κι αυτά, δε, δεν θέλει να ασχοληθεί. Βαριέται? Δεν ξέρω ακριβώς τι, τι πιστεύει και τι σκέφτεται. Πραγματικά. Αλλά ταυτόχρονα όταν κάνει πράγματα για να τον προσέχεις, γιατί εμένα έτσι μου φαίνεται, είναι σα να σου λέει 'θέλω να ασχοληθώ' αλλά από την άλλη, τους λες να ασχ, ασχοληθείτε, να κάνει κάτι μαζί και δεν το κάνει, δεν ξέρω πραγματικά τι να σκεφτώ. Ναι. [παύση] [Μάριος]

Υπάρχουν και περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υπάρχει καθόλου επικοινωνία το τελευταίο χρονικό διάστημα, όπως αναφέρει στην αφήγησή της η Κάτια που θεωρεί ότι ήταν το μόνο που μπορούσε να κάνει μετά από ένα σοβαρό καυγά. Στον αντίποδα αυτής της αφήγησης βρίσκεται η εμπειρία κατά την οποία ο πάσχων γονιός εκδηλώνει εξαρτητική συμπεριφορά προς το παιδί, σε σημείο που να δυσχεραίνεται η αυτονόμηση του παιδιού. Σε άλλες αφηγήσεις αναγνωρίζεται η αγάπη και η εγγύτητα από τα παιδιά, ακόμη κι αν η ποσοτική διάσταση υστερεί έναντι της ποιοτικής [Αλεξάνδρα]. Σε παρόμοιο κλίμα βρίσκεται και η αφήγηση της Κατερίνας, που θεωρεί ότι έχει πολύ στενή σχέση με τη μητέρα της παρά το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχουν μικροεντάσεις στην καθημερινότητα:

Είχα πολύ καλή σχέση με τη μαμά. Και πάντα ήμουν πολύ δεμένη μαζί της, η αλήθεια είναι. Απλά θα έλεγα ότι νομίζω ότι από τότε που το χει αυτό, μτς, έτσι, αγχώνεται πιο πολύ εύκολα με πράγματα. Εε, και μπορεί εγώ ντάξει να το καταλαβαίνω να ναι από αυτό, μπορεί κι εγώ να εκνευριστώ και να μην, μτς, να μην της μιλήσω πολύ ωραία, δηλαδή η αδερφή μου μπορεί να πάει στο γιατρό να δει ένα βήχα, κι η μαμά μου, και.. 'λες να είναι καλά, λες να 'παθε κάτι και δε μου το σηκώνει το τηλέφωνο'; Και της λέω 'έλα ρε μαμά, έλεος, στο γιατρό είναι να πας', μπορεί καμιά φορά, στεναχωριέμαι λίγο, γιατί της μιλάω λίγο απότομα, αλλά μετά σκέφτομαι ότι μάλλον είναι απ' αυτό που της έχει μείνει, και ναι. [Κατερίνα]

Η σχέση πάσχοντος γονιού και παιδιού στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης μπορεί να εμπεριέχει και εμπιστοσύνη κυρίως σε θέματα συμβουλευτικής, υπό την προϋπόθεση ότι ο γονιός δεν έχει χάσει την ικανότητα να καθοδηγεί σωστά τα παιδιά του:

Και την εμπιστεύομαι σ' αυτό που θα μου πει κι έχω δει ότι μου λέει το σωστό. Και μάλλον είναι αυτό, μια κατεύθυνση πάντοτε, και όχι μια κατεύθυνση προς όπου να 'ναι, προς ένα τοίχο, τη σωστή κατεύθυνση όπου ξέρω ότι δε θα βρεθώ σε τοίχο, ούτε σε γκρεμό, μπορεί να είναι δύσκολο αλλά.. αλλά ξέρω ότι θα το περάσω. Αυτό [χαμογελάει]. Κι ότι είναι ο σωστός δρόμος. Δε θα με διαλύσει αυτός ο δρόμος. Τέλος πάντων. Ναι.[Μίνα]

9.6.6 'Θέλω ηρεμία..': Ο εαυτός στο μέλλον

Στην κατηγορία αυτή αναλύονται οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων που αφορούν στο πως βλέπουν τον εαυτό τους στο μέλλον. Από την ανάλυση προέκυψαν τρεις υποκατηγορίες.

Φόβος κληρονομικότητας. Έξι συμμετέχοντες εξέφρασαν το φόβο της κληρονομικότητας της ψυχικής πάθησης του γονιού για τον εαυτό τους ή τα παιδιά τους στο μέλλον. Η Νεφέλη στην αφήγησή της αναφέρει ότι έχει πάρα πολύ άγχος μήπως η ίδια εκδηλώσει παρόμοια προβλήματα με του πατέρα στο μέλλον, και γι' αυτό το λόγο προσπαθεί να το χειριστεί στην ψυχοθεραπεία της:

Γιατί η αλήθεια είναι ότι το 'χα πάρα πολύ άγχος μήπως είναι κληρονομικό όλο αυτό, εεμ, αλλά συζητώντας με την ψυχολόγο του και τα λοιπά μου λέει ότι 'Νεφέλη έχει λόγους, (.) σίγουρα υπάρχει μια.. προδιάθεση σαν χα, σαν.. σαν άνθρωπος', αλλά μου λέει 'λίγο το ότι δεν ήταν δουλεμένος λίγο όλο αυτό το ιστορικό' μου λέει 'ντάξει, θέλει πολύ,' Κι ένας άνθρωπος όχι επικοινωνιακός, δηλαδή όλον τον πόνο του όλη τη στεναχώρια του δεν την εκφράζει, δεν τα εκφράζει, δεν την έλεγε, δεν το 'βγαζε, τρώγεται μόνος του με το μέσα του. Αυτό. (.) Και να.. Αυτό, , δηλαδή η ψυχολόγος που το συζητάγαμε μου κάνει 'δεν έχεις να φοβάσαι κάτι, είσαι ένας άνθρωπος πολύ δουλεμένος, πριν καταλάβουν οι άλλοι ότι έχεις πρόβλημα θα το καταλάβεις εσύ, δε θα χρειαστεί καν να γίνει πρόβλημα, θα το δουλέψεις'. Οπότε έχοντας αυτό στο πίσω μέρος του μυαλού μου είναι κάτι το οποίο το ηρεμώ. Το αν είναι κληρονομικό δεν με ηρεμεί βέβαια, αλλά δε νομίζω ότι είναι..[γελάει]. [Νεφέλη]

Ένας από τους συμμετέχοντες αναφέρει ότι δεν τον φοβίζει ένα τέτοιο ενδεχόμενο με την έννοια ότι ακόμη κι αν ταραχτεί από σκέψεις ταύτισης ψυχιατρικών προβλημάτων με τη μητέρα του θα αναζητήσει τρόπο να το αντιμετωπίσει. Σε μία περίπτωση εκφράζεται ο φόβος της ενδεχόμενης προσωπικής εκδήλωσης ψυχιατρικής νόσου όχι τόσο για τις ατομικές επιπτώσεις που μπορεί αυτή να επισύρει αλλά για το ότι δεν θα είναι σε θέση τα παιδιά να συνεχίσουν να παράσχουν την φροντίδα στην ευρύτερη οικογένεια. Ο Σωτήρης, ορμώμενος από την δύσκολη εμπειρία της σχέσης των γονιών του που έχει προκύψει από τα ψυχιατρικά προβλήματα της μητέρας του, εκφράζει έμμεσα το φόβο του είτε για τον εαυτό του είτε για μια ενδεχόμενη δημιουργία οικογένειας, λέγοντας ότι δεν θέλει να παντρευτεί για να μην περάσει τα ίδια που πέρασαν και οι δικοί του: *'καμιά φορά λέω στον εαυτό μου, είσαι τρελός; Θέλεις να πάθεις τα ίδια; Όχι δε θέλω είναι απάντηση. Καλύτερα μόνος μου παρά όλο αυτό'.*

Φόβοι για το μέλλον. Εκτός από τον φόβο για την κληρονομικότητα προέκυψαν στην ανάλυση του υλικού και άλλοι φόβοι που μπορεί να συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με το πρόβλημα του γονιού, αλλά μπορεί και όχι. Μία συνήθης αγωνία των συμμετεχόντων για το μέλλον είναι ο τρόπος κατά τον οποίο θα συνδυαστεί η μέριμνα του πάσχοντος γονιού -ειδικά στην περίπτωση που το παιδί είναι ο μοναδικός φροντιστής- με τις προσωπικές φιλοδοξίες για την πραγματοποίηση των στόχων ζωής. Ο Γιώργος αφηγείται σχετικά:

Όχι απλά συνειδητοποιώ τη σοβαρότητα της κατάστασης και σκέφτομαι τι.. και με στεναχωρεί όλο αυτό το τι μπορεί να, πώς μπορεί να εξελιχθεί όλο αυτό, και τι θα κάνω γω. Γιατί ουσιαστικά, δεν έχω κάποιο κι εγώ στήριγμα. Είμαι μόνος μαζί της. [...] Η γιαγιά τι να σου κάνει? Δηλαδή, ουσιαστικά εγώ το περνάω μόνος μου μαζί της. Κι όλο αυτό με προβληματίζει εμένα, και για τη δικιά μου ζωή, πιο πολύ για μένα. Γιατί είμαι άνθρωπος που κοιτάω κι εγώ πολύ τον εαυτό μου μπορώ να σας πω. Δεν είναι ότι δεν μ' ενδιαφέρει κι ότι δεν μ' απασχολεί, αλλιώς δεν θα με στεναχωρούσε κιόλας εμένα αυτό, την αγαπάω εννοείται, αλλά αυτό πιο πολύ με προβληματίζει και με στεναχωρεί εμένα. Το τι μπορεί να γίνει. Θα μπορέσει να συνεχίσει τη δουλειά της? Γιατί μετά ποιος θα τη ζει? Εγώ, με τους μισθούς και μ' αυτά που παίρνω, δε, δε, δεν υπάρχει. Δεν πρόκειται, να μπορώ να κάνω κάτι. Ιδιαίτερο. Εε, μτς, (.) όλα αυτά σκέφτομαι, και με στεναχωρούνε. [Γιώργος]

Άλλοι φόβοι για το μέλλον μπορεί να είναι η αίσθηση της επάρκειας του εαυτού στην εργασία και τη συντροφικότητα. Ο Πέτρος στην αφήγησή του εκφράζει και τα δύο:

Δηλαδή ας πούμε τώρα οι δύο μεγάλες φοβίες που έχω είναι ότι πρώτον φοβάμαι να εργαστώ, να βγω έξω...[...] Εεμ, και το άλλο είναι στις ερωτικές σχέσεις οι οποίες είναι ανύπαρκτες, το άλλο αποστειρωμένο που.., ντάξει, οι παιδικοί έρωτες του γυμνασίου κανέννας ποτέ δεν.., ποτέ δεν είχα κοπέλα, ή του λυκείου ποτέ. Μία κοπέλα βρήκα όταν έδινα πανελλήνιες [χαμογελάει] δύο χρόνια μεγαλύτερη που ήθελε να προχωρήσουμε στη σχέση, εγώ της είπα όχι κι έφυγε πολύ απλά, και χρόνο με το χρόνο περάσανε τα χρόνια και είμαστε σήμερα και πάλι στα ίδια. [Πέτρος]

Ε3. Όνειρα και επιθυμίες. Αρκετοί συμμετέχοντες επιθυμούν να αλλάξουν στοιχεία του εαυτού τα οποία έχουν διαμορφωθεί στο πέρασμα των χρόνων ως αποτέλεσμα των αντιξοοτήτων μέσα στην οικογένεια. Το πιο συχνό στοιχείο που προέκυψε από την ανάλυση των αφηγήσεων είναι να αντικαταστήσουν την ευερεθιστότητα, την ένταση και το θυμό με ηρεμία:

...γιατί πολλές φορές οι άνθρωποι που πληγώνονται μετά βγάζουνε κακία. Μου 'χει συμβεί. Από την πολλή κακία που 'χεις εισπράξει, την κακία, την κακή ενέργεια, και τον πολύ θυμό και την κακοποιητική συμπεριφορά.. [...] αυτό βγάζεις. Γι' αυτό είχα κι εγώ πολύ θυμό μέσα μου. Από αυτά που είχα εισπράξει. Αλλά δεν θέλω να γίνω τέτοιος άνθρωπος. Ούτε να

κακοποιώ, ούτε να βρίζω, ούτε.., δεν θέλω εντάσεις, θέλω ηρεμία, θέλω.. να γυρνάω σπίτι μου να βάζω τη μουσική μου, ούτε ν' ακούω φωνές, μ' ενοχλούν, μ' ενοχλούν. Σκέψου ότι πλέον έχω φτάσει σε σημείο ότι μ' ενοχλεί η κίνηση στους δρόμους. Δεν μπορώ τις εντάσεις. Θέλω ήρεμο περιβάλλον. Να βγάξω τη δουλειά μου ας πούμε μόνη μου, πως να σας πω. Που πάω και καθαρίζω είναι πολύ καλύτερα για μένα παρά να 'μαι με κόσμο, ο κόσμος μου δημιουργεί.. ένταση, από την ένταση που έχω εισπράξει. Θέλω πιο.. low καταστάσεις. Ντάξει, μεγάλωσα κιόλας έτσι; Δεν είμαι.. το παιδάκι που ήμουνα κάποτε. Κι άλλαξαν και τα χρόνια. [Κάτια]

Οι συμμετέχοντες εκφράζουν την επιθυμία να καταφέρουν να αποκτήσουν, αυτογνωσία, σεβασμό προς τον εαυτό τους στο μέλλον και τα όριά τους:

..αλλά βασικά, το βασικό μου όνειρο είναι μτς το να ξέρω πως είμαι εγώ, πως, πώς να χειριστώ τον εαυτό μου, να μην τον αφήνω τον εαυτό μου από δω κι από κει να.., δεν μ' αρέσει ν' αφήνω τον εαυτό μου από δω κι από κει, θέλω να ξέρω τι θέλω, να ξέρω ποια είμαι και που πατάω. Οπότε ίσως αυτό να φτάσει σε σημείο φοβίας, και γι' αυτό να μην κάνω πράγματα, ίσως να φοβάμαι να κάνω πράγματα. Αυτό. Έχω, φοβάμαι λίγο την αλλαγή αλλά.. ναι. Αυτό. Ή έχω.. τέτοια, να δω πράγματα, να κάνω πράγματα, και, και αυτό που σας είπα, ότι το βασικό είναι να ξέρω ποια είμαι εγώ και να βρω κάποιον άνθρωπο που να 'μαστε καλά μαζί. Γιατί βασικά θεωρώ ότι δεν ξέρεις ποτέ στη ζωή τι θα συμβεί. [Μίνα]

Αρκετοί συμμετέχοντες εκφράζουν την επιθυμία να συνεχίσουν στο μέλλον να φροντίζουν τους πάσχοντες γονείς.

Με τον εαυτό μου, δε, δεν αλλάζει κάτι, δε νομίζω να αλλάξει κάτι, απλά, ε, θα πρέπει να χω πάντα τη μητέρα μου δίπλα. Θα είναι πάντα δίπλα. Και και δεν είναι ότι πρέπει, ότι το θέλω εγώ για να νιώθω εγώ καλά. [...] Γιατί άμα την αφήσω δεν θα νιώθω καλά. [παύση] [...] Να την προσέχω... ναι. Να είμαι ίσως και σίγουρη, γιατί, να πω την αλήθεια δεν της έχω εμπιστοσύνη. Για να έρθει να κάνει μόνη της την ένεση. Πάντα έρχομαι εγώ. Πάντα εγώ θα πάω να της πάρω το φάρμακο, κι εγώ θα τη φέρω εδώ. Γιατί δεν υπάρχει εμπιστοσύνη. Μεταξ, απέναντι στη μητέρα μου. [Τζένη]

Επτά συμμετέχοντες συμπεριέλαβαν στις επιθυμίες τους ταυτόχρονα τρεις βασικούς στόχους: την περάτωση των σπουδών, την επαγγελματική αποκατάσταση και τη δημιουργία οικογένειας. Οι στόχοι αυτοί θα μπορούσε να πει κανείς ότι αποτελούν κλασσικούς στόχους σε άτομα που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Οι στόχοι της αυτονομίας μπορεί να υπάρχουν παρά το ότι τα παιδιά αναγνωρίζουν ότι ο πάσχων γονιός θα βρίσκεται σε δυσμενή θέση.

Ντάξει. Θα στενοχωρηθεί ο πατέρας μου. Δεν θέλω να τον αφήσω με τη γιαγιά μου. Αλλά δεν μπορώ να κάτσω κι εγώ μαζί του. Πιστεύω ότι η γιαγιά μου είναι πολύ κακός, όχι

άνθρωπος, είναι πολύ..δεν είναι υγιές να κάθεται με τον πατέρα μου εκεί μαζί, δηλαδή τον επηρεάζει πάρα πολύ πιστεύω. Και το χω στο πίσω μέρος του μυαλού μου αλλά δεν μπορώ να κάνω κάτι άλλο. Δηλαδή, πρέπει να κάνω κι εγώ τη ζωή μου. [Μάριος]

Κάποιοι συμμετέχοντες επιθυμούν μεν να φύγουν από το σπίτι αλλά να μην είναι μακριά από τον πάσχοντα γονιό για να μπορούν να τον φροντίσουν:

Όχι, δεν θέλω τέτοιο, θα 'μαι, θα 'μαι, γενικά δε θέλω να φύγω καν από τη γειτονιά, οπότε ψάχνω και.. στο, στο μήνα που έψαχνα, έψαχνα γύρω από την.. στη γειτονιά. [...] Γιατί όλη η ζωή είναι εκεί. Είναι φίλοι, γονείς, συγγενείς, οπότε δε θέλω να.., για να βγαίνω για ένα καφέ, για να πηγαίνω.. π.χ. με τον πατέρα μου να δούμε μπάλα, δε θέλω να ταξιδεύω τώρα.. [Χρήστος]

Ο Βαγγέλης που φιλοξενείται σε δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ονειρεύεται κάποια στιγμή να μπορέσει να μείνει στο πατρικό του σπίτι:

Θα 'θελα να 'φτιαχνα το σπίτι μου κι αν δεν μπορούσα να το φτιάξω όλο, να είχα μόνο το κρεβάτι, τηλεόραση, πλυντήριο, και τέτοια, τηλεοράσεις κι όλα αυτά, κι άμα το κάνω αυτό, να..ντάξει, να φεύγω από 'δω, να προσπαθήσω να πηγαίνω στο γήπεδο, να πηγαίνω στην ΠΕΨΑΕΕ. (.) Ναι αλλά, τώρα με την ΠΕΨΑΕΕ είναι κάπως, γιατί εδώ είμαι κοντά, ενώ άμα πάω σπίτι μου δεν θα μπορώ να τους παρακολουθώ, αρκετές ομάδες, όχι όλες. [Βαγγέλης]

Άλλοι συμμετέχοντες έχουν σαφή σχέδια για το μέλλον να αποκτήσουν συντροφικότητα και να δημιουργήσουν οικογένεια, υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα επαναλάβουν τα λάθη των δικών τους γονέων:

...δηλαδή, με βλέπω πάντως, θα μ' άρεσε να κάνω οικογένεια. Τη δικιά μου οικογένεια, και να μην επαναλάβω τα λάθη των δικών μου. Κι επειδή και η Ψυχολογία μ' αρέσει κι όλα αυτά [χαμογελάει]. Και τα παιδιά, ναι, κι επίσης ήθελα, με βλέπω λέω 'άμα το προλάβω και τ' ακολουθήσω' δεν ξέρω τι θα γίνει, ε, για χο, για χορό, δασκάλα χορού ή χορεύτρια.. [...] Εμ, πιστεύω ότι θα 'μαι καλή μητέρα, ας πούμε, σίγουρα, απλά σίγουρα θέλω ακόμα πολλά εφόδια. Γιατί για να γίνεις γονιός πιστεύω δεν είναι εύκολο πλέον, και δεν είναι έτσι απλά, εε, 'κάνω ένα παιδί', ότι είναι αναπαραγωγή ειδικά σε μια κοινωνία [χαμογελάει], έτσι ναι. Οπότε ό,τι έχω μάθει απ' όλα αυτά, δεν θα τα επαναλάβω, πιστεύω θα είμαι καλή [χαμογελάει], καλή σα μαμά. Ναι. [Παναγιώτα]

Οι επαγγελματικοί στόχοι αποτελούν ένα από τα βασικά στοιχεία βάσει των οποίων οι συμμετέχοντες ονειρεύονται τον εαυτό τους στο μέλλον. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι πολλοί συμμετέχοντες επιθυμούν να ασχοληθούν με επαγγέλματα φροντίδας.

Εεμ, αυτό, και φέτος αποφάσισα να πάω να κάνω ένα σαν μεταπτυχιακό, δεν ξέρω, κάτι.. εε σαν σύμβουλος ψυχικής υγείας, που είναι τρία χρόνια, εε, όλοι όσοι με ξέρουνε μου λένε ότι το έχω κι ότι μπορώ, το πίστεψα κι εγώ.. [...] Οπότε.., εεε, εεε, θε, θε, θέλω γενικά στη δουλειά μου ή στη ζωή μου αυτό που κάνω, που μου τρώει πάρα πολλές ώρες να μπορώ να το εξελίσσω, εε, η ειδικότητά μου δεν εξελίσσεται εύκολα, τουλάχιστον στους χώρους που έχω πάει εγώ, και θεωρώ ότι αυτό είναι ένα ωραίο έτσι.. εργαλείο και εφόδιο έτσι ώστε να μπορώ μελλοντικά να το εξελίσσω. Να το εξελίξω. Το πως ακριβώς θα γίνει δεν το ξέρω, έχουμε μέλλον ακόμα, αλλά έχουμε τουλάχιστον την προοπτική εξέλιξης, αυτό, έχοντας αυτό το εφόδιο.
[Νεφέλη]

Σε κάποιες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες έχουν μεγαλεπήβολα σχέδια- όπως τα χαρακτηρίζουν οι ίδιοι- ως ένα αντιστάθμισμα σε όλα τα ελλείμματα του παρελθόντος που προέκυψαν από τη γονική ψυχική νόσο, τα οποία όμως λειτουργούν με έναν πιεστικό τρόπο. Ο Πέτρος αναφέρει ότι 'νιώθω μία εσωτερική πίεση. Κάθε μέρα σκέφτομαι να κάνω κάτι μεγάλο, και καμιά φορά δεν μπορώ να κοιμηθώ. Θέλω να κάνω το μέλλον πιο ένδοξο σε σχέση με το παρελθόν'. Πέντε συμμετέχοντες αναφέρουν ότι σε αυτή τη φάση της ζωής τους δεν έχουν ιδιαίτερα όνειρα για το μέλλον ή προσπαθούν να ονειρεύονται μόνο για το επόμενο χρονικό διάστημα χωρίς μακροπρόθεσμα σχέδια:

Η αλήθεια είναι ότι δεν ξέρω. Αλλά γενικότερα δεν είναι ότι, γενικά δεν θέλω να λέω 'με βλέπω έτσι στο μέλλον'. Λέω ότι έχω αυτό το στόχο τώρα, πάμε να το κάνουμε και ό,τι γίνεται. Νομίζω ότι μερικές φορές κι η ζωή τα φέρνει μόνη της τα πράγματα έτσι όπως έρχονται. Δεν μπορώ να με φανταστώ κάπως. Δηλαδή άμα μιλάμε για οικογένεια και παιδιά όχι δεν μπορώ να με φανταστώ. Ναι, κάποια στιγμή πιστεύω ότι θα κάνω, αλλά επειδή είμαι εικοστεσσάρων δεν μπορώ να με φανταστώ τόσο μακριά [χαμογελάει]. [Αννέτα]

Δεν περιμένω τίποτα πλέον, μια χαρά. Τους φίλους μου τους έχω, μετρημένοι στο ένα δάχτυλο, στο ένα χέρι [χαμογελάει] [...] Ένας δύο είναι. Την αδερφή μου την έχω, τον πατέρα μου τον έχω, τη μητέρα μου την έχω, θα 'θελα να 'χα και τη γιαγιά μου. Αυτό, μέχρι κει.
[Σωτήρης]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται η ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας υπό το πρίσμα των ερευνητικών ερωτημάτων, που όπως προαναφέρθηκε αφορούν την εμπειρία των συμμετεχόντων του να έχουν γονέα με διάγνωση από το φάσμα των ψυχώσεων, την κατασκευή της ταυτότητας, την επίπτωση των ψυχικών τραυμάτων, τις πηγές στήριξης και τις στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιήσει για να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες, και τη νοηματοδότηση των εμπειριών. Η δομή του παρόντος κεφαλαίου αποτελείται από έξι ενότητες, στις οποίες παρατίθεται η συζήτηση των θεματικών κατηγοριών με τη σειρά που προέκυψαν κατά την ανάλυση του υλικού. Οι ενότητες αυτές πιο συγκεκριμένα αφορούν στη συζήτηση για την πρόσληψη του οικογενειακού πλαισίου, την αντίληψη για την δυναμική των οικογενειακών σχέσεων, το βίωμα των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού, τον αντίκτυπο της γονικής ψυχικής νόσου στο παιδί, τη νοηματοδότηση της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου, και τη διαμόρφωση της ταυτότητας στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Η συζήτηση αυτή είναι το αποτέλεσμα μίας υποκειμενικής προσέγγισης του ερευνητή με βάση τις απόψεις των ίδιων των συμμετεχόντων, της αναστοχαστικής διεργασίας, της σχέσης με τον επόπτη της διατριβής, της επαφής με την αντίστοιχη βιβλιογραφία, και την εμπειρία ως ψυχολόγος με οικογένειες με γονική ψυχική νόσο. Αυτό σημαίνει ότι δεν επιχειρείται η διασφάλιση της αντικειμενικής πραγματικότητας όπως τονίστηκε και στο κεφάλαιο για τη μεθοδολογία, κι ότι το υλικό παραμένει ανοιχτό σε ένα γόνιμο διάλογο.

Πρόσληψη του οικογενειακού πλαισίου

Η θεματική κατηγορία που αφορά στην πρόσληψη των συμμετεχόντων για το οικογενειακό πλαίσιο αποτελείται από πέντε κατηγορίες: τα οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας, τις οικογενειακές αξίες, τις διαγενεακές επιρροές, τις οικογενειακές αντιξοότητες και την πρόσληψη των γονέων. Οι κατηγορίες αυτές (όπως επίσης και οι θεματικές κατηγορίες

μεταξύ τους) αλληλοπλέκονται στην παρούσα συζήτηση δεδομένου ότι τα όρια πολλές φορές δεν είναι ευδιάκριτα. Στην κατηγορία των οικογενειακών επικοινωνιακών προτύπων αναδύθηκαν οι διαστάσεις της πόλωσης της οικογενειακής ατμόσφαιρας, των αντιφατικών μηνυμάτων, των τριγωνικών σχέσεων, των διαγενεακών επιρροών, και της πρόσληψης των παιδιών για τα χαρακτηριστικά των γονιών τους, οι διαστάσεις δε αυτές αποτελούν μέρη της ευρύτερης οικογενειακής λειτουργικότητας, όπως ακριβώς ισχύει και για την επόμενη θεματική κατηγορία που αφορά στην πρόσληψη των παιδιών για τις σχέσεις στην οικογένεια. Σύμφωνα με τον Olson (2000) η λειτουργία των οικογενειών βασίζεται στις διαστάσεις της συνοχής, της ευελιξίας και της επικοινωνίας. Ειδικά οι δύο πρώτες διαστάσεις εδράζονται σε ένα συνεχές, από το χαμηλό επίπεδο συνοχής (ή ευελιξίας) στο πολύ υψηλό. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αντιλαμβάνονται το συνολικό οικογενειακό κλίμα ως πολωμένο, με τάση προς συχνότερη απομάκρυνση μεταξύ των μελών, παρά το γεγονός ότι περιγράφονται αρκετές συγκρούσεις που αφορούν κυρίως дуάδες οικογενειακών μελών. Το απόμακρο κλίμα στις οικογένειες των συμμετεχόντων κατά την άποψή μας, με βάση το μοντέλο του Olson, εντάσσεται περισσότερο στο συνδυασμό χαοτικής ευελιξίας και χαμηλής συνοχής, ή άκαμπτης ευελιξίας και χαμηλής συνοχής, που και οι δύο περιπτώσεις αποτελούν συνθήκες των άκρων, άρα είναι και περισσότερο προβληματικές. Σε μία ελληνική μελέτη (Koutra et al, 2014) στην οποία αξιοποιήθηκε το μοντέλο του Olson, εκτός των άλλων, για την αξιολόγηση των ενδοοικογενειακών σχέσεων σε δείγμα 50 ατόμων με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, 50 χρόνιους ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή και μια ισάριθμη ομάδα ελέγχου, βρέθηκε ότι οι οικογένειες των ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα συνοχής και προσαρμοστικότητας, βίωσαν πιο υψηλά επίπεδα οικογενειακής δυσλειτουργίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ είχαν υψηλότερα επίπεδα συνοχής και προσαρμοστικότητας σε σχέση με τις οικογένειες των χρονίων ασθενών. Οι συγγραφείς υποθέτουν ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με τη διάσταση της χρονιότητας της ψυχικής νόσου, κάτι που χαρακτηρίζει την παρούσα έρευνα. Η χρονιότητα είχε αρνητικό αντίκτυπο στην οικογενειακή επιβάρυνση, περίπου έξι φορές περισσότερο από την ομάδα ελέγχου και την ομάδα με το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, καθώς επίσης και περισσότερη ψυχολογική καταπόνηση. Παρόμοια, σε μία πρόσφατη γερμανική μελέτη για την οικογενειακή

λειτουργικότητα 210 οικογενειών με γονική ψυχική νόσο βρέθηκε μειωμένη συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα. Οι πάσχοντες γονείς αξιολογούσαν χαμηλότερα την λειτουργικότητα της οικογένειας σε σχέση με τα άλλα μέλη (Sell et al, 2021). Τα αποτελέσματα αυτά είναι πιθανό να αφορούν και τις οικογένειες του παρόντος δείγματος, και μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης για το μέλλον. Το απόμακρο κλίμα στην οικογενειακή ατμόσφαιρα στην παρούσα έρευνα ενίοτε προσδιορίζεται από τους ίδιους ως ένα μέσο προστασίας προκειμένου να μην επιβαρύνονται οι υπόλοιποι από το πρόβλημα του πάσχοντος γονιού. Το παράδοξο σε αυτή τη στρατηγική είναι ότι ακόμη κι αν τα παιδιά σε μικρή ηλικία μπορεί να μην επιβαρύνθηκαν από κάποιες διαστάσεις της γονικής ψυχικής νόσου, αργότερα θεώρησαν ότι η απομάκρυνση αποτέλεσε έναν από τους πιο επιβαρυντικούς παράγοντες γιατί αντιλαμβάνονταν ότι υπήρχαν προβλήματα και αυτή η πρόσληψη αυτή δεν γινόταν αποδεκτή από τα οικεία πρόσωπα.

Η απομάκρυνση μπορεί να σχετίζεται και με την έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης των υπολοίπων μελών. Η επιβάρυνση στις οικογένειες με ψυχική νόσο στην βιβλιογραφία αποτελεί έναν όρο με δύο βασικές διαστάσεις, την αντικειμενική επιβάρυνση (επιδράσεις στην υγεία, τα οικονομικά της οικογένειας, δυσκολίες στην κάλυψη καθημερινών αναγκών, κ.λπ.) και την υποκειμενική (προσωπική εκτίμηση των μελών για το μέγεθος της επιβάρυνσης). Παραδείγματα επιπτώσεων της οικογενειακής επιβάρυνσης από την βιβλιογραφία είναι: η απόσυρση των εξωτερικών κοινωνικών δραστηριοτήτων της οικογένειας, αύξηση της απόστασης και των διαφωνιών, κατάθλιψη σε άλλα μέλη, απώλεια αυτοεκτίμησης, μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων, κ.λπ. (Awad & Voruganti, 2008). Κατά την άποψη του ερευνητή, με βάση τη συνολική εκτίμηση των συνεντεύξεων, η απόμακρη στάση κάποιων οικογενειών αφορούσε ευρύτερα τις σχέσεις των οικογενειακών μελών κι όχι μόνο σε θέματα του ψυχικά πάσχοντος γονιού, σε πολλές δε περιπτώσεις αποτελούσε μέρος της κουλτούρας της ευρύτερης οικογένειας, ότι σε συναισθηματικό επίπεδο *‘ο καθένας μόνος του πρέπει να πορεύεται’* όπως τόνιζε η μητέρα της Νεφέλης που ήταν ο υγιής γονιός. Η στάση αυτή μπορεί να σχετιζόταν και με άλλους παράγοντες όπως η εμπειρία συναισθηματικής διασύνδεσης στις πατρικές οικογένειες των γονέων που μπορεί να λειτούργησε ως μάθημα ζωής, η ποιότητα της σχέσης του γονικού ζεύγους που λόγω των ποικίλων προβλημάτων μπορεί να μην επετεύχθη η

διατήρηση της συναισθηματικής εγγύτητας, τα μείζονα γεγονότα ζωής και οι αντιξοότητες που ενδεχομένως να επέβαλαν προτεραιότητες που αφορούσαν περισσότερο την πρακτική επιβίωση.

Βέβαια, αντιστάθμισμα στο απόμακρο οικογενειακό κλίμα ήταν η αξιοποίηση της εγγύτητας κάποιων δυάδων π.χ. με τα αδέλφια, τον υγιή γονιό και τους παππούδες. Το οικογενειακό πλαίσιο σύμφωνα με την πρόσληψη των συμμετεχόντων παρήγαγε επικοινωνιακές αντιφάσεις, δηλαδή τα παιδιά προσλάμβαναν δύο διαφορετικές στάσεις για το ίδιο θέμα που η μία αναιρούσε την άλλη. Η ξεκάθαρη επικοινωνία στο μοντέλο του Olson (2000) αποτελεί μία βασική προϋπόθεση για την διατήρηση μίας καλής οικογενειακής συνοχής και ευελιξίας, ως εκ τούτου μπορεί να προλαμβάνει ευρύτερες δυσκολίες στην οικογένεια, κι όχι μόνο αποκλειστικά τις επικοινωνιακές. Τα αντιφατικά μηνύματα παράγονταν κυρίως από τους γονείς στην μεταξύ τους σχέση, στη σχέση των γονιών με την πατρική τους οικογένεια, και από τους γονείς προς τα παιδιά. Αυτό μπορεί να γινόταν λεκτικά κατ' αποκλειστικότητα. Σε άλλες περιπτώσεις το ένα μήνυμα ήταν λεκτικό, κυρίως έκφραση συναισθημάτων αγάπης και σύνδεσης, και το άλλο μήνυμα μη λεκτικό σύμφωνα με το οποίο τα οικογενειακά μέλη προσλάμβαναν πληροφορίες μη ουσιαστικής διαθεσιμότητας του οικογενειακού μέλους. Αυτή η περίπτωση αποτελούσε την πιο συχνή πρόσληψη των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, και αξίζει να σημειωθεί ότι χρειαζόταν πολύς χρόνος να αντιληφθούν τα μη λεκτικά μηνύματα, πολλοί δε από αυτούς διαπίστωσαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ότι η μη λεκτική στάση του γονιού δεν συμβάδιζε με τη λεκτική. Σε αυτό συνέβαλε και η ηλικιακή συνθήκη (αναδυόμενη ενηλικίωση) των συμμετεχόντων της έρευνας, κατά τη οποία οι άνθρωποι καλούνται να προσεγγίζουν τον εαυτό και τη ζωή πιο ολοκληρωμένα σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια της ανάπτυξης (Hochberg & Konner, 2020; Raiu, 2019; Wood et al., 2018). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα κατά την πρόσληψη των αντιφατικών μηνυμάτων δεν λαμβάνονταν υπόψη απαραίτητως τα ψυχιατρικά προβλήματα του πάσχοντος γονιού, γιατί τα παιδιά ίσως θεωρούσαν ότι τα συναισθήματα αγάπης και ασφάλειας πρέπει να υπάρχουν ανεξαρτήτως των συνθηκών. Υπάρχει και η λιγότερο συχνά αναφερόμενη συνθήκη που και τα δύο αντικρουόμενα μηνύματα είναι σε μη λεκτικό επίπεδο, δηλαδή ο συμμετέχων καταλαβαίνει ότι ένα

οικογενειακό μέλος επιδεικνύει ενδιαφέρον και αγάπη και ταυτόχρονα απαξίωση και θυμό, χωρίς αυτή η κατάσταση να επικυρώνεται με τα λόγια.

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα αντιλαμβάνονταν ότι παγιδεύονταν στη δίνη κυρίως της σχέσης του γονικού ζεύγους και λιγότερο σε άλλες δυάδες, όπως στη σχέση του ενός γονιού με το δικό του γονιό, αδέρφια ή εξωσυζυγικές σχέσεις. Η παγίδευση αυτή επιβάλλει στο οικογενειακό μέλος να αποτελέσει μέρος ενός σχεσιακού τριγώνου για να επέλθει ομοιόσταση, ή ισορροπία (ή ψευδο- ισορροπία) στο οικογενειακό σύστημα (Byng Hall, 2008). Βέβαια, ο σχηματισμός του τριγώνου δεν αφορά αποκλειστικά τις σχέσεις, μπορεί να αφορά και καταστάσεις, όπως είναι τα προβλήματα υγείας, οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές ή η κατάχρηση ουσιών. Η διαδικασία της τριγωνοποίησης στις οικογένειες με μέλη που πάσχουν από μείζονα ψυχική διαταραχή καθιστά το σύστημα άκαμπτο σε τέτοιο βαθμό που μπορεί με τη σειρά του να δημιουργήσει τη συνθήκη για εκδήλωση ψυχικών δυσκολιών και σε άλλα μέλη (Buehler & Welsh, 2009). Οι Dallos & Vetere (2012) παραθέτουν τις απόψεις του Minuchin για τη λειτουργία της τριγωνοποίησης στις δυσλειτουργικές οικογένειες, η οποία αφορά τρεις συνθήκες. Η πρώτη αφορά στην έλλειψη ικανοποίησης της σχέσης του γονικού ζεύγους που εγείρει στρες στον έναν από τους δύο, με αποτέλεσμα όταν το παιδί εκδηλώνει συμπεριφορά που προκαλεί την προσοχή και των δύο καταλαβαίνει ότι αναγκάζονται να συνεργάζονται παραμερίζοντας τα δικά τους προβλήματα, ενισχύει και παγώνει αυτή τη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα να μειώνεται το στρες στους γονείς που αφορά στη συζυγική σχέση. Η δεύτερη συνθήκη αφορά πάλι την ελλειμματική σχέση του γονικού ζεύγους που ο ένας σύζυγος καλεί το παιδί συνειδητά εναντίον του άλλου, με αποτέλεσμα να εγείρονται ηθικά διλήμματα στο παιδί. Η τρίτη συνθήκη αφορά την ελλειμματική σχέση το ζευγαριού, όπου ο ένας σύντροφος αναζητά την ζεστασιά και την εγγύτητα στο παιδί, κι ο άλλος σε πρόσωπα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Στην παρούσα εργασία υπήρχαν παραδείγματα και από τις τρεις αυτές συνθήκες, όπως είδαμε στις περιπτώσεις της Νεφέλης και της Παναγιώτας που είχαν εγκλωβιστεί στη σχέση των γονιών, προσπαθώντας να διατηρήσουν την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος. Σύμφωνα με τους McCauley & Fosco (2021) οι οικογενειακοί παράγοντες επικινδυνότητας για τη λειτουργία της τριγωνοποίησης είναι η χαμηλή οικογενειακή συνοχή, η γονική κατάθλιψη και η δυσκολία διαχείρισης συναισθημάτων των

παιδιών, κυρίως στην εφηβική ηλικία. Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε αδέρφια, διαπιστώθηκε ότι συχνά αντιλαμβάνονταν την εύνοια των γονιών προς τα αδέρφια τους και όχι στους ίδιους, γεγονός που δημιουργούσε αισθήματα απομόνωσης και αδικίας, ειδικά αν ήταν πιο ενεργοί στο ρόλο του φροντιστή του γονιού. Η συνθήκη αυτή γινόταν δυσχερέστερη για τα παιδιά όταν η γονική εύνοια προερχόταν από τον υγιή γονιό παρά τον πάσχοντα, ίσως γιατί θεωρούσαν ότι η σχέση με το υγιή θα μπορούσε να αξιοποιηθεί πιο εποικοδομητικά. Η γονική εύνοια προς ένα παιδί μπορεί να δημιουργήσει αλλαγή στις ισορροπίες στο οικογενειακό σύστημα, και αποτελεί μία συνθήκη κατά την οποία το ευνοημένο παιδί μπορεί να παγιδευτεί σε έναν πόλο του τριγώνου της σχέσης των γονιών, και να εγείρει έντονες αντιδράσεις από τα παιδιά που δεν θεωρούνται ευνοημένα στην οικογένεια. Σύμφωνα με τους Suitor et al. (2013) η εύνοια των γονιών προς συγκεκριμένα παιδιά μπορεί να είναι σταθερή στο πέρασμα των χρόνων, και επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζεται με τα κοινωνικά και δομικά χαρακτηριστικά των παιδιών, με την ομοιότητα κάποιων χαρακτηριστικών με το γονιό, την δομική θέση των παιδιών στην οικογένεια, και την παροχή βοήθειας των παιδιών στους γονείς. Οι Salmon et al. (2011) θεωρούν ότι ιδιαίτερο ρόλο σε σχέση με τα άλλα χαρακτηριστικά διαδραματίζουν η σειρά γέννησης και το φύλο, με σαφή εύνοια προς τα πρωτότοκα και τα υστερότοκα.

Στην παρούσα έρευνα αναδύθηκε και η διάσταση της σύγχυσης των οικογενειακών ορίων. Όλοι οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη σημασία των ορίων κι ότι συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία της οικογένειας και των υποσυστημάτων της, όπως τονίζεται και στη βιβλιογραφία (Goldenberg & Goldenberg, 2005; Minuchin, 2018). Η υπέρβαση των ορίων που περιέγραψαν οι συμμετέχοντες αφορούσε διάφορα επίπεδα, συναισθηματικά, συμπεριφορικά, νοηματικά, ή πρακτικά. Η ελλειμματική οριοθέτηση στην οικογένεια με μέλος που πάσχει από μείζονα ψυχική διαταραχή επιφέρει πολλές επιπτώσεις σε όλο το οικογενειακό σύστημα (Dunn 1993; Kadish 2015; Foster 2010), ειδικά στα παιδιά που βρίσκονται στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης που κατά κάποιο τρόπο επιτάσσει τον προσανατολισμό προς την αυτονόμηση (Arnett, 2015). Σύμφωνα με την Παπαδιώτη-Αθανασίου (2014) η δυσκολία οριοθέτησης οδηγεί στη διαμόρφωση μη διαφοροποιημένης οικογένειας, με πολύ χαλαρά όρια, όπου ο ένας μιλά ως εκπρόσωπος του άλλου. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της Κάτιας, που στην αφήγησή της

ανέφερε χαρακτηριστικά ότι όταν πάσχει ένας στην οικογένεια τότε νοσούν όλοι, είναι ευνόητο ότι αφού η μητέρα της πάσχει από ένα σοβαρό ψυχιατρικό χρόνιο νόσημα θα ‘νοσεί’ κι εκείνη όσο νοσεί και η μητέρα της με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εμπόδια στην εξέλιξή της. Η σύγχυση των ορίων μπορεί να αφορά και άρρητους οικογενειακούς κανόνες σχετικούς με την φροντίδα των οικογενειακών μελών, τον τόπο και τον τρόπο διαβίωσης, καθώς και την ασάφεια μεταξύ πυρηνικής και ευρύτερης οικογένειας, ακόμη και σε περιπτώσεις που είναι σαφές ότι κάποια οικογενειακά μέλη δεν αξίζει να τύχουν ιδιαίτερης μεταχείρισης, όπως είδαμε στην αφήγηση του Πέτρου. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν λαμβάνεται υπόψη κατά προτεραιότητα η κάλυψη των προσωπικών αναγκών, αλλά οι ανάγκες των άλλων.

Μία σημαντική διάσταση των οικογενειακών επικοινωνιακών μοτίβων προέκυψε ότι είναι και οι συναισθηματικές αποκοπές των μελών της πυρηνικής ή ευρύτερης οικογένειας των συμμετεχόντων και λιγότερο συχνά οι επανασυνδέσεις. Σύμφωνα με τον Titelman (2003) η συναισθηματική αποκοπή αποτελεί συνάρτηση της απόστασης που καθορίζεται από τον βαθμό δυσφορίας που προκύπτει από τη συγχώνευση στις οικογένειες. Η αποκοπή περιλαμβάνει ένα εύρος συμπεριφορών, ένα συνεχές, από την μερική (δηλαδή απόσταση σε ορισμένους τομείς της οικογενειακής ζωής) στην ολική (ολοκληρωτική αποφυγή σχέσεων με ένα οικογενειακό μέλος) (Titelman, 2003). Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε ότι οι πιο συχνές αποκοπές στο οικογενειακό σύστημα αφορούσαν τη σχέση ενός από τους γονείς -κυρίως του πάσχοντος- με τους δικούς του γονείς ή αδέρφια, και λιγότερο του υγιούς γονιού, τη σχέση των παιδιών με τους παππούδες ή μέλη της ευρύτερης οικογένειας, και σε δύο περιπτώσεις τη σχέση των παιδιών με τον ένα γονιό. Οι αποκοπές στη συγκεκριμένη έρευνα περιλάμβαναν την πλήρη διακοπή επικοινωνίας με αφορμές που σχετίζονταν με οικονομικές και περιουσιακές διαφορές, τη συναισθηματική εύνοια άλλων οικογενειακών μελών, σε τρεις περιπτώσεις τα παιδιά δεν είχαν εικόνα για ποιο λόγο επήλθε η αποκοπή, και στην περίπτωση ανηλίκων μελών επιβλήθηκε η αποκοπή από τον έναν γονιό για τον άλλο. Στις περισσότερες αφηγήσεις για τις συνθήκες των οικογενειακών αποκοπών, και ιδιαίτερα στην τελευταία, ο ερευνητής είχε την εντύπωση ότι δεν αναδύθηκαν τα αναμενόμενα για αυτόν συναισθήματα κατά τη ροή της συνέντευξης. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να σχετίζεται με το ότι οι συμμετέχοντες ίσως θεωρούσαν ότι το κυρίαρχο πρόβλημα της ζωής τους είναι η ψυχική νόσος του γονιού και η χάραξη της

προσωπικής τους πορείας στην αναδυόμενη ενηλικίωση, ως εκ τούτου όλα τα άλλα έρχονται σε δεύτερη μοίρα ή ότι οι συμμετέχοντες δεν εκφράστηκαν συναισθηματικά στο συγκεκριμένο πλαίσιο της συνέντευξης, ή ο ερευνητής δεν ήταν σε θέση να εντοπίσει επαρκώς τα συναισθήματα στο συγκεκριμένο θέμα.

Σχετικά με την πρόσληψη των συμμετεχόντων για τις οικογενειακές αξίες προέκυψαν οι διαστάσεις των αξιών για την φροντίδα των οικογενειακών μελών, οι αξίες της ηρωικής στάσης ζωής ή των ηρωικών πράξεων για την προστασία της πατρίδας, αξίες για τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, αξίες για την εθνική συνείδηση και την ελληνικότητα της οικογενειακής προέλευσης και τις θρησκευτικές προσλήψεις. Μία από τις προτεινόμενες στη βιβλιογραφία διαδικασίες προσεταιρισμού των αξιών από τα οικογενειακά μέλη αποτελεί η έννοια της εσωτερίκευσης (Grolnick et al., 1997). Η εσωτερίκευση είναι μία διεργασία που μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιεσδήποτε αξίες, στάσεις και συμπεριφορές που αρχικά ήταν εξωτερικές και στη συνέχεια τις ασπάστηκε το άτομο, όπως είναι η δέσμευση στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, η θρησκευτικές προσλήψεις, πολιτισμικές αξίες, αξίες γύρω από την υγεία, κ.λπ.. Η διεργασία δεν αφορά μόνο να ασπαστεί το άτομο αυτές τις αξίες αλλά να τις ενσωματώσει στην αίσθηση του εαυτού, να τις κάνει δικές του, με αποτέλεσμα η συμπεριφορά να είναι αποτέλεσμα επιλογής και αυτορρύθμισης (Grolnick et al., 1997). Από την ανάλυση του υλικού προέκυψε ότι η πίστη στις οικογενειακές αξίες των συμμετεχόντων μπορεί να ενίσχυε την οικογενειακή συνοχή, ειδικά σε περιπτώσεις πολυπροβληματικών οικογενειακών ιστοριών στα πλαίσια των οποίων ήταν πολύ πιο εύκολο να εκδηλωθούν συναισθηματικές αποκοπές, απώλειες, τραυματικά γεγονότα ζωής, φτώχεια, κ.λπ.. αλλά και την ενίσχυση της ταυτότητας των μελών. Για παράδειγμα, η αφοσίωση στην αξία της φροντίδας των οικογενειών ενδεχομένως να διασφαλίζει την επιβίωση. Η αφοσίωση αυτή σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να αποβαίνει εις βάρος των μεμονωμένων μελών, όπως είδαμε να συμβαίνει στην περίπτωση του Πέτρου ο οποίος δήλωνε ότι ένιωθε την υποχρέωση αλλά και την επιθυμία να φροντίσει μέλη της πυρηνικής και της ευρύτερης οικογένειας, κυρίως σε θέματα οικονομικής φύσης, αρωγής σε θέματα υγείας, διαμονής, κ.λπ., σε μία περίοδο που ο ίδιος δεν μπορούσε να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για τον εαυτό του. Η αφοσίωση στην αξία αυτή άλλοτε του δίνει το δικαίωμα να διεκδικήσει δικαιωματικά σε άλλη φάση της ζωής του οικονομική αρωγή από μέλη της

ευρύτερης οικογένειας για την πραγματοποίηση των σπουδών του. Σύμφωνα με τους Goldenberg & Goldenberg (2005) οι αξίες της οικογένειας ορίζουν την εξαρτητικότητα και την κανονικότητα στις σχέσεις των μελών. Όμως κάποιες φορές η αφοσίωση στις αξίες αποδυναμώνεται όταν τα παιδιά στις οικογένειες νιώθουν ευάλωτα από τη γονική ψυχική νόσο και τις σχετιζόμενες με αυτή αντιξοότητες (Marston et al., 2018; Maunu & Stein, 2010).

Η έμφαση στην ηρωική στάση κυρίως των προγόνων μπορεί να έχει διαμορφωθεί από οικογενειακές ιστορίες οι οποίες ενέχουν την έννοια του θριάμβου, με αίσιο τέλος, και η υπόθεση του ερευνητή είναι ότι μπορεί να λειτουργούν αντισταθμιστικά στα οικογενειακά ελλείμματα λόγω της γονικής ψυχικής νόσου, σαν μία προσπάθεια 'εξωραϊσμού' του αντίξοου παρελθόντος και ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης. Ο ηρωισμός των προγόνων αφορούσε δύο καταστάσεις. Η μία σχετιζόταν με ηρωικές προσπάθειες επιβίωσης ενάντια στις άθλιες συνθήκες ζωής, οι ηρωισμοί δε αυτοί αφορούσαν και νεότερες γενιές, μέχρι δηλαδή τη γενεά των γονιών των συμμετεχόντων. Η άλλη σχετιζόταν με κυριολεκτικές ηρωικές πράξεις των προγόνων που πολέμησαν για την τιμή της πατρίδας, όπως είδαμε στην αντιπροσωπευτική αφήγηση του Σωτήρη για τον παππού του πατέρα του που πολέμησε στον Β' παγκόσμιο πόλεμο. Ίσως σε αυτές τις αφηγήσεις οι συμμετέχοντες προσπαθούν να τονίσουν και την ελληνικότητα της προέλευσής τους δεδομένου ότι αρκετοί συμμετέχοντες ή οι γονείς τους στην έρευνα γεννήθηκαν σε άλλη χώρα. Η ανάγκη τονισμού της ελληνικής ρίζας των οικογενειών προκύπτει πολύ νωρίς σε κάποιες συνεντεύξεις χωρίς απαραίτητα να συνδέεται νοηματικά στον ρου του διαλόγου με προηγούμενες αφηγήσεις, γεγονός που μπορεί να υποκρύπτει μία αγωνία καθορισμού και διασφάλισης της εθνικής ταυτότητας.

Αρκετοί συμμετέχοντες θεωρούν ότι αποτελεί οικογενειακή αξία να στοχεύουν στον ακαδημαϊκό τομέα είτε γιατί μέσω αυτού θα έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιτύχουν ένα ανώτερο επίπεδο διαβίωσης είτε γιατί αυτό θα ενισχύσει θετικά την εικόνα προς τον εαυτό και τους άλλους. Όταν δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις λόγω της γονικής ψυχικής νόσου, νιώθουν ότι αυτό αντίκειται στις οικογενειακές αξίες, γεγονός που συναντάται συχνά και στη βιβλιογραφία (Christiansen et al., 2019; Johnson et al., 2018; Mechling, 2011; Valdez et al., 2013). Υπάρχουν αφηγήσεις κατά τις οποίες τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα διατρέχουν τις γενεές όπως στην περίπτωση της Παναγιώτας, αλλά και αφηγήσεις

κατά τις οποίες οι ακαδημαϊκές επιδόσεις αφορούν μόνο την πυρηνική οικογένεια. Στη δεύτερη περίπτωση, παρατηρείται μεγαλύτερη σύνδεση με τα ψυχιατρικά προβλήματα του πάσχοντος γονιού, περισσότερο με την χρηστική έννοια των ακαδημαϊκών επιδόσεων, δηλαδή ότι οι σπουδές θα αποτελέσουν ένα θετικό αντίβαρο σε σχέση με τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου, ενέχουν την έννοια του 'θριάμβου' - ένα αίσιο τέλος σε μία αντίξοχη ιστορία, και είναι ένα μέσο 'για να βρει κανείς το δρόμο του' όπως αναφέρει η Αφροδίτη στην αφήγησή της.

Τέλος, στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων οι θρησκευτικές πεποιθήσεις προάγονται ως οικογενειακές αξίες, ίσως όχι τόσο για την αφοσίωση στη χριστιανική πίστη αυτή καθαυτή αλλά για την ενίσχυση της οικογενειακής ταυτότητας, ότι *'στην οικογένειά μας εμείς πιστεύουμε'* όπως ανέφερε η Νεφέλη. Ενίοτε, η θρησκευτική πίστη μπορεί να ενισχύει σε κάποιους συμμετέχοντες και την εθνική ταυτότητα της οικογένειας, (*'είμαι Έλληνας και χριστιανός ορθόδοξος'* - Σωτήρης). Σε μία αφήγηση [Δήμητρα] συναντάμε το αντίθετο, δηλαδή η αξία για τις θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετίζεται με την ελευθερία επιλογής των οικογενειακών μελών χωρίς κριτική, και με οικογενειακή αποδοχή. Δηλαδή υπάρχει ως αξία στην οικογένεια *'ο καθένας να πιστεύει ό,τι θέλει'*. Στην οικογένεια της συγκεκριμένης συμμετέχουσας υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις [χριστιανός ορθόδοξος, καθολικός, μουσουλμάνος, άθεος]. Κατά την άποψη του ερευνητή η ελευθερία αυτή ενδέχεται να αποτελεί επιπλέον και μία 'αναγκαστική' αποδοχή λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών της ευρύτερης οικογένειας, δεδομένου ότι ζούσαν σε μία μουσουλμανική χώρα που όταν μετανάστευσαν στην Ελλάδα η μουσουλμανική θρησκευτική ιδιότητα θα επιβάρυνε την ήδη στιγματισμένη ταυτότητα, τη σχετική με τη χώρα προέλευσης, αλλά και με τη ψυχική νόσο του θετού πατέρα. Στα παραπάνω συνηγορούν οι Hayes & Pittelkow (1993) που υποστηρίζουν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και αξίες στην οικογένεια μεταφέρονται στις οικογένειες από γενιά σε γενιά περισσότερο όταν και οι δύο γονείς ασπάζονται το ίδιο θρήσκευμα και υπάρχει ένα είδος θρησκευτικής δέσμευσης, αλλά και όταν το κλίμα στην οικογένεια είναι ελεύθερο από εντάσεις και συγκρούσεις. Τα παιδιά ασπάζονται λιγότερο το θρήσκευμα των γονιών και επιλέγουν ίδια βουλήσει αν θα ακολουθήσουν κάποιο θρήσκευμα ή όχι όταν υπάρχουν θρησκευτικές και άλλες διαφωνίες ή ασυμφωνίες στο γονικό ζεύγος. Οι μητέρες σύμφωνα με την έρευνα αυτή επηρεάζουν περισσότερο τα παιδιά στο να ασπαστούν κάποιο θρήσκευμα αλλά οι πατέρες τα

επηρεάζουν περισσότερο σε πιο πρακτικά θέματα δέσμευσης. Οι Flor & Flanagan- Knapp (2001) υποστήριξαν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σε πολλές περιπτώσεις περιλαμβάνονται στις ισχυρές και εμμένουσες οικογενειακές αξίες, και αποτελούν κοινά πεδία δραστηριοτήτων των οικογενειακών μελών. Τονίζουν ότι η εσωτερίκευση των θρησκευτικών πεποιθήσεων σχετίζεται ταυτόχρονα με ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η γονική υποστήριξη, ο γονικός έλεγχος, το θετικό συναίσθημα στη σχέση γονιού, παιδιού η σχέση μεταξύ των γονιών, κ.λπ.. Οι έφηβοι που ανέφεραν πιο υψηλά επίπεδα γονικής υποστήριξης και ελέγχου ήταν πιο πιθανό να προσεταριστούν τις πεποιθήσεις των γονιών τους καθώς και ότι η εσωτερίκευση πρώτα γίνεται στην πυρηνική οικογένεια και μετά ευρύτερα. Σύμφωνα με την Walsh (2006) η θρησκευτική πίστη και η πνευματικότητα ενισχύει την ψυχική ανθεκτικότητα των οικογενειών. Όμως σε κάποιες οικογένειες τα παιδιά μπορεί να αξιοποιούν λιγότερο τη θρησκευτική πίστη όταν έχουν πολλές απώλειες εξαιτίας της γονικής ψυχικής νόσου (Maunu & Stein, 2010).

Η τρίτη κατηγορία που προέκυψε στη θεματική για την πρόσληψη του οικογενειακού πλαισίου αφορά στις διαγενεακές επιρροές, στα πλαίσια των οποίων αναδύθηκαν δύο διαστάσεις, το διαγενεακό τραυματικό υπόβαθρο και το διαγενεακό ψυχιατρικό ιστορικό. Το διαγενεακό τραυματικό υπόβαθρο αφορούσε κυρίως αφηγήσεις για την οικονομική ένδεια και την φτώχεια των προηγούμενων γενεών και τις επιπτώσεις της σε όλους τους τομείς της οικογενειακής ζωής, κυρίως τις σχέσεις εντός και εκτός οικογενειακού πλαισίου, ασθένειες και απώλειες αγαπημένων προσώπων, βίαιες αλλαγές στον τρόπο και τον τόπο διαβίωσης, κ.λπ.. Το οικογενειακό διαγενεακό ιστορικό με επίκεντρο την φτώχεια και τις σχετικές με αυτήν κακουχίες έχει ιδιαίτερη σημασία τόσο για το τραυματικό υπόβαθρο αυτό καθαυτό [για το οποίο θα γίνει αναφορά σε επόμενο στάδιο της παρούσας συζήτησης], όσο και για το ότι υπάρχει ενεργός ο κίνδυνος της διαγενεακής μεταβίβασης της φτώχειας σε αρκετές γενεές μετά την αρχική. Η διαγενεακή μεταβίβαση της φτώχειας μπορεί να περιλαμβάνει την 'ιδιωτική' μεταβίβαση από παλαιότερες γενεές των ατόμων και οικογενειών (κυρίως από γονείς σε παιδιά, αλλά όχι μόνο), και την 'δημόσια' μεταβίβαση (ή την έλλειψη μεταβίβασης) πηγών από τη μία γενιά στην επόμενη, π.χ. μέσω της ανακατανομής του εισοδήματος των παλαιότερων γενιών που στηρίζουν την εκπαίδευση των νεότερων (Bird, 2007; Harper & Marcus, 2003). Οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αυτό που μεταφέρεται (ή δεν μεταφέρεται) από γενιά σε γενιά μπορεί να

αφορά οικονομικά, υλικά ή περιβαλλοντικά αγαθά, (χρήματα, χρέη, ιδιοκτησιακή γη, κ.λπ.), ανθρώπινο κεφάλαιο (εκπαίδευση, στρατηγικές αντιμετώπισης δυσκολιών, σωματική υγεία, κ.λπ.), και στάσεις, πολιτισμικές ή άλλες παραδόσεις (όπως προκαταλήψεις, κοινωνικοί κανόνες, κ.λπ.) Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων μπορεί να βρίσκονται σε ένα διαρκή κίνδυνο να περιέλθουν σε καταστάσεις φτώχειας αν δεν υπάρξει η κατάλληλη κινητοποίηση.

Εκτός από τις συνθήκες της φτώχειας αναδύθηκε και η βίαιη διαπαιδαγώγηση των παιδιών στις οικογένειές τους, μερικές φορές σε τέτοιο βαθμό που οι συμμετέχοντες μιλούσαν για κύκλο βίας που διέτρεχε τις γενεές. Και οι δύο αυτές συνθήκες ενδέχεται να σχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχιατρικής νόσου στο επίπεδο της γενεάς των γονιών. Ίσως οι συμμετέχοντες γνωρίζουν πολλές λεπτομέρειες για αυτή την πλευρά της οικογενειακής τους ιστορίας γιατί οι γονείς μπορεί να έχουν την τάση να αφηγούνται ιστορίες κακουχίας των προγόνων και δικές τους διαμορφώνοντας μία θυματοποιημένη εικόνα του εαυτού, εγκλωβισμένη στα οικογενειακά δυναμικά, και ως εκ τούτου δικαιολογημένη για την εκδήλωση ψυχιατρικών δυσκολιών. Η βίαιη συμπεριφορά που περιελάμβανε σωματική βία στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων για οικογενειακά μέλη παλαιότερων γενεών αποτελεί μία από τις πιο κοινές μορφές βίας ενάντια στα παιδιά και τις γυναίκες παγκοσμίως (Devries et al., 2010). Ο κύκλος βίας που ανέφερε η Μίνα στην αφήγησή της, στη βιβλιογραφία περιγράφεται ως μία τάση να επαναλαμβάνονται οι συμπεριφορές βίας στις οικογένειες τόσο σε οριζόντιο επίπεδο, δηλαδή σε μία γενεά ομοτίμων, ή κάθετο επίπεδο σε πολλές γενεές, και σχετίζεται επιπλέον με τον κύκλο ζωής της οικογένειας (Lev-Wiesel, 2007).

Η κατανόηση των οδών της διαγενεακής μεταβίβασης της ενδοοικογενειακής (και όχι μόνο) βίας είναι σημαντική διότι θα αποτελέσουν τη βάση για τις πρακτικές προσπάθειες ανακοπής αυτής της πορείας. Οι Woollett & Thomson (2016) παραθέτουν σχετικά ότι η μεταβίβαση του κύκλου βίας από γενιά σε γενιά μπορεί να είναι αποτέλεσμα μάθησης και μιμητικής συμπεριφοράς, στα πλαίσια της οποίας τα παιδιά μαθαίνουν ότι η βία είναι 'φυσιολογική' και κατάλληλη στις οικογένειες, αλλά ταυτόχρονα αναπόφευκτη στις εγγείς σχέσεις. Προτείνουν επίσης ως πιθανό μηχανισμό εξήγησης τη θεωρία Συναισθηματικού Δεσμού του Bowlby, που, όπως θα δούμε και παρακάτω, τα παιδιά εγκλωβίζονται σε

δυσλειτουργικές σχέσεις με τους γονείς οι οποίοι αποτελούν ταυτόχρονα τα πρόσωπα ασφάλειας και τα πρόσωπα κινδύνου. Ως εκ τούτου τα παιδιά συμπεριφέρονται στις δικές τους σχέσεις ως ενήλικες με τρόπο που είναι σχετικός με τη δική τους εμπειρία, δηλαδή έχουν άρρητες προσδοκίες ότι οι άλλοι θα έχουν την ίδια στάση με το γονιό ή θα προκαλούν στους άλλους να παράγουν τέτοιες στάσεις, σύμφωνα με τα εσωτερικά διεργασιακά μοντέλα του Bowlby. Επίσης, στα πλαίσια της ψυχοπαθολογίας, στις περιπτώσεις του μετατραυματικού στρες από εμπειρίες βίας στην οικογένεια, υπάρχει η περίπτωση των αναβιώσεων ή της παρορμητικής επανάληψης των τραυματικών βιωμάτων στη σχέση κυρίως με την επόμενη γενεά, αλλά και την μεθεπόμενη στις περιπτώσεις που υπάρχει εγγύτητα με τα εγγόνια (Van der Kolk, 1989). Οι Woollett & Thomson (2016) υποστηρίζουν ότι η βία στις οικογένειες μπορεί να λειτουργεί και προβολικά, δηλαδή όταν σε μία εγγύς σχέση εξουσίας ο ισχυρότερος εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά στον ασθενέστερο, τότε ο ασθενέστερος είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσει επιθετικότητα σε κάποιον άλλο, άσχετο με τον πρώτο, που συνήθως είναι ασθενέστερος από αυτόν. Άλλοι συγγραφείς προτείνουν κι άλλους μηχανισμούς εξήγησης της μεταβίβασης της διαγενεακής βίας επιπλέον των προαναφερθέντων, όπως είναι η θεωρία κοινωνικών επεξεργασιών, τα νευροφυσιολογικά μοντέλα (π.χ., η χρόνια έκθεση στο στρες που προκύπτει από βίαιες σχέσεις προάγει την ετοιμότητα σε νέες στρεσογόνες συνθήκες με εκρήξεις επιθετικότητας και μειώνει την ικανότητα του ατόμου για αυτορρύθμιση) και τα μοντέλα γενετικής της συμπεριφοράς (Widom & Wilson, 2015).

Σχετικά με τη δεύτερη διάσταση, που αφορά στο διαγενεακό ψυχιατρικό ιστορικό, από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες είχαν την εμπειρία των ψυχιατρικών δυσκολιών άλλων μελών της οικογένειας πέραν του γονιού. Αυτό συνάδει με ευρήματα πολλών ερευνών που υποστηρίζουν ότι οι συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού στις οικογένειες είναι σε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη ψυχωτικής διαταραχής και δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο αυτό αντανακλά αυξημένο κίνδυνο για σχιζοφρένεια συγκεκριμένα ή μία ευρύτερη ψυχιατρική ευπάθεια (DeVylder & Lukens, 2013). Οι Mortensen et al. (2010) υποστηρίζουν ότι το οικογενειακό ιστορικό με σχιζοφρένεια αποτελεί τον πιο ισχυρό δείκτη κινδύνου για την εκδήλωση της νόσου στις οικογένειες, και για αυτό πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην αρχική αξιολόγηση, αλλά σχετίζεται επίσης και με μία σειρά άλλων

ψυχιατρικών νοσολογικών οντοτήτων, είτε κοντά στο φάσμα των ψυχώσεων (π.χ. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διπολική διαταραχή), είτε όχι (π.χ. βουλιμία). Η εμπειρία αυτή στην παρούσα έρευνα άλλοτε ήταν άμεση με βάση το προσωπικό βίωμα, κι άλλοτε έμμεση μέσα από οικογενειακές αφηγήσεις. Η γνώση των παιδιών για τις ψυχιατρικές δυσκολίες των μελών της ευρύτερης οικογένειας βασιζόταν σε συγκεκριμένες διαγνώσεις που είχαν αποδοθεί από ειδικούς ή στηριζόταν στην προσωπική τους άποψη ή την άποψη άλλων μελών, όπως είδαμε στην περίπτωση της Κάτιας η οποία θεωρούσε ότι *‘κανένας δεν πάει καλά, όλοι έχουνε πρόβλημα’* από τα μέλη της ευρύτερης οικογένειας. Έχει ενδιαφέρον δε το ότι οι περισσότερες αφηγήσεις αφορούσαν τους συγγενείς από την πλευρά της μητέρας. Η διαπίστωση αυτή ενδέχεται να είναι συγκυριακή – σχετική με την τυχαιότητα του δείγματος, ή κάποιοι συμμετέχοντες να γνωρίζουν περισσότερες πληροφορίες για την πατρική οικογένεια της μητέρας λόγω ενδεχόμενης μεγαλύτερης συναισθηματικής εγγύτητας με αυτήν την πλευρά της ευρύτερης οικογένειας, ή το ότι οι μητέρες πάσχουσες ήταν περισσότερες συγκριτικά με τους πατέρες πάσχοντες [12 συμμετέχοντες είχαν την μητέρα ως πάσχων γονιό και πέντε τον πατέρα], άρα είναι πιο πιθανό να υπάρχει ψυχιατρική νόσηση στις προηγούμενες γενιές. Όπως αναφέρεται και στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, οι συμμετέχοντες κατά την αφήγηση των ψυχιατρικών προβλημάτων των προηγούμενων γενιών εμμέσως τονίζουν τη σημασία μειζόνων γεγονότων ζωής που στάθηκαν ως αφορμή ή αιτία για την εκδήλωσή τους. Όπως θα δούμε αργότερα, η ίδια οπτική ακολουθήθηκε και στην υπόθεση των συμμετεχόντων για τα αίτια της ψυχιατρικής κατάστασης του πάσχοντος γονιού τους. Αξίζει δε να σημειωθεί ότι σε μία περίπτωση υπήρξε επίσημη διάγνωση μείζονος ψυχικής διαταραχής σχεδόν σε όλα τα ενήλικα μέλη της πατρικής οικογένειας της πάσχουσας μητέρας, αλλά στην πρόσληψη του ερευνητή κυριαρχούσε ένας άρρητος διάχυτος φόβος του συμμετέχοντα ότι η επόμενη γενιά εκδήλωσης ψυχιατρικών νοσημάτων θα είναι η δική του.

Η τέταρτη κατηγορία που αναδύθηκε από την ανάλυση των αφηγήσεων σε αυτή τη θεματική αφορούσε τις προσληφθείσες αντιξοότητες της πυρηνικής οικογένειας των συμμετεχόντων. Οι αντιξοότητες σε αυτή την κατηγορία δεν αφορούσαν άμεσα τα προβλήματα της γονικής ψυχικής νόσου (σε κάθε περίπτωση όμως σχετίζονταν έμμεσα με διάφορους τρόπους όπως θα δούμε στη συνέχεια της παρούσας συζήτησης). Προέκυψαν τέσσερις

διαστάσεις αντιξοοτήτων: οι απώλειες αγαπημένων προσώπων και τα ιατρικά προβλήματα των οικογενειακών μελών, οι αλλαγές διαβίωσης της οικογένειας, ο χωρισμός του γονικού ζεύγους και οι οικονομική δυσπραγία της οικογένειας. Τα ιατρικά προβλήματα αφορούσαν κυρίως τους γονείς αλλά και τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Ενίοτε τα προβλήματα αυτά αποπροσανατόλιζαν τα οικογενειακά μέλη από τις δυσκολίες του ψυχικά πάσχοντος γονιού αλλά και των πραγματικών σχέσεων μεταξύ τους λόγω της επιτακτικής ανάγκης να αντιμετωπιστούν άμεσα, γεγονός που απαιτούσε τη συνεργασία όλης της οικογένειας (Lewandowski et al., 2007). Όταν τα προβλήματα αφορούσαν τον υγιή γονιό και ο πάσχων γονιός δεν είχε τη διαθεσιμότητα να βοηθήσει, επιστρατεύονταν τα υπόλοιπα μέλη, κυρίως τα παιδιά και οι παππούδες, αυτό σημαίνει ότι άλλαζαν οι συσχετίσεις και οι επικοινωνιακές ισορροπίες μεταξύ των μελών, αλλά και τα όρια της πυρηνικής με την ευρύτερη οικογένεια. Όταν τα προβλήματα αφορούσαν κάποιο από τα παιδιά της οικογένειας επιστρατεύονταν συνήθως τα αδέρφια τους. Αυτό αποτελούσε μία συνθήκη που αύξανε τα παράπονα των παιδιών για την ελλιπή κινητοποίηση των γονιών τους, κι από την άλλη ενίσχυε τη σύνδεση με τα αδέρφια ως τα πιο σημαντικά πρόσωπα στη ζωή. Σε μερικές περιπτώσεις τα παιδιά δεν εξέφραζαν καν την προσδοκία ότι οι γονείς θα μπορούσαν να ήταν αρωγοί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Σε κάθε περίπτωση όμως τα σωματικά προβλήματα αποτελούσαν μέρος της πολυπροβληματικής ιστορίας μίας οικογένειας που διέρχεται αλληπάλληλες αντιξοότητες. Σύμφωνα με τους Lewandowski et al. (2007) οι οικογένειες τα μέλη των οποίων εκδηλώνουν χρόνια σωματικά προβλήματα έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά με τις ψυχοσωματικές οικογένειες, δηλαδή την παγιδευτική εμπλοκή και τα αδύναμα όρια μεταξύ των μελών, άκαμπτους ρόλους και κανόνες, υπερπροστατευτική συμπεριφορά, και αδυναμία αναγνώρισης ή επίλυσης των συγκρούσεων.

Ομοίως, λειτούργησαν και οι απώλειες αγαπημένων προσώπων. Δύο από τους συμμετέχοντες βίωσαν την απώλεια του πατέρα που ήταν ο υγιής γονιός, οι περισσότεροι δε είχαν την εμπειρία της απώλειας των παππούδων, ενώ μία συμμετέχουσα βίωσε την απώλεια πρώτης εξαδέλφης όταν εκείνη αυτοκτόνησε. Όλες οι αναφερόμενες απώλειες είχαν τις αναμενόμενες επιπτώσεις σε ψυχολογικό και πρακτικό επίπεδο, ιδιαίτερη όμως βαρύτητα δόθηκε στις περιπτώσεις που οι παππούδες ασκούσαν γονικό ρόλο, συνειδητά για τα παιδιά

και κατ' αποκλειστικότητα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την διπλή απώλεια, του παππού και του 'γονιού', γεγονός που ήταν δυσβάστακτο όχι μόνο λόγω του πένθους αλλά και της ανασφάλειας που επέσυρε σε σχέση με την κάλυψη βασικών αναγκών. Ενίοτε το βίωμα της απώλειας των παππούδων συναρτώταν από τη σχέση που είχαν με τον πάσχοντα ή τον υγιή γονιό. Αν η σχέση ήταν συγκρουσιακή τα παιδιά έπρεπε να διαχειριστούν τα προσωπικά τους συναισθήματα σε σχέση με την αφοσίωση που είχαν στο γονιό. Οι απώλειες συντάρασσαν όλο το οικογενειακό σύστημα και σε μερικές περιπτώσεις οι επιπτώσεις ακολούθησαν τα παιδιά σε όλη τους τη ζωή, όπως είδαμε στην περίπτωση της Κάτιας που έχασε τον πατέρα της σε ηλικία 40 ημερών. Σύμφωνα με τους Davis et al. (2012) η συμβατική κατανόηση για το πως οι άνθρωποι εμπεριέχουν την απώλεια στην οικογένεια αφορά κυρίως ενδοατομικές διεργασίες όπως είναι οι γνωστικές ατομικές αξιολογήσεις της βιωμένης απώλειας, όμως αυτό σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι αρκετό γιατί με αυτό τον τρόπο δεν λαμβάνεται υπόψη το κοινωνικό πλαίσιο που αυτές οι αξιολογήσεις ή το συνολικό βίωμα λαμβάνουν χώρα. Υποστηρίζουν ότι οι αφηγήσεις των ανθρώπων για την τραυματική εμπειρία της απώλειας είναι κοινωνικές κατασκευές που λαμβάνουν χώρα στην οικογένεια, και η οικογένεια είναι ένα πολύ σημαντικό πλαίσιο στο οποίο κατασκευάζονται οι πραγματικότητες των μελών. Η εμπειρία της απώλειας ειδικά των παππούδων όταν συμβαίνει στην περίοδο της αναδυόμενης ενηλικίωσης επισύρει ιδιαίτερες επιπτώσεις. Οι Manoogian et al. (2017) σε μία ανασκόπηση τονίζουν ότι οι νέοι ενήλικες μπορεί να αποσύρονται από τις εγγύς κοινωνικές σχέσεις από το φόβο μην τις χάσουν, παρόμοια με την απώλεια στην οικογένεια, διακόπτουν προσωπικούς στόχους όπως είναι οι σπουδές και η καριέρα, χάνουν τα οφέλη της πρακτικής προσφοράς του ατόμου που έφυγε στο σπίτι, κινητοποιούνται προς μία αναθεώρηση του εαυτού και των σχέσεων με αφορμή την απώλεια, ή επιβαρύνονται με τις ευθύνες του ειδικά αν δεν υπάρχει άλλο διαθέσιμο πρόσωπο στο σπίτι, και τέλος, το μέγεθος του πένθους είναι σε συνάρτηση με το βαθμό εγγύτητας που είχαν όταν ήταν εν ζωή. Οι Westerink & Stroebe (2012) υποστηρίζουν ότι η απώλεια των παππούδων ακόμη και σε μικρότερες ηλικίες, για παράδειγμα 11-18 ετών, έχει πολύ σοβαρές επιπτώσεις, ιδιαίτερα σε ευάλωτες οικογένειες, και η εμπειρία αυτή αφορά ένα ποσοστό που ξεπερνά το 50% των εφήβων. Εντούτοις, οι έρευνες για τις επιπτώσεις της απώλειας των παππούδων στα παιδιά είναι ελάχιστες.

Η οικονομική δυσπραγία των πυρηνικών οικογενειών των συμμετεχόντων αποτελούσε μία από τις πιο αντίξοες συνθήκες δεδομένου ότι έθετε σε ανασφάλεια την πρακτική επιβίωση των μελών, γεγονός που συναντάται σε ένα μεγάλο αριθμό ερευνών για τις οικογένειες με γονική ψυχική νόσο (Mechling 2016; Metz & Jungbauer 2021; Mowbray & Mowbray, 2006). Σύμφωνα με έρευνες η οικονομική ένδεια αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές αντιξοότητες είτε υπάρχει γονική ψυχική νόσος είτε όχι (Kessler et al., 1997; Taylor et al., 2011; Wu et al., 2010). Οι οικονομικές αντιξοότητες παρουσιάζονταν από τους συμμετέχοντες σε μία αμοιβαία συσχέτιση με τα ψυχιατρικά προβλήματα του πάσχοντος γονιού, που η μία συνθήκη ενίσχυε την άλλη. Η συνθήκη αυτή γινόταν ακόμη πιο δύσκολη όταν ο πάσχων γονιός ήταν το μοναδικό πρόσωπο με εισόδημα στο σπίτι. Οι οικονομικές αντιξοότητες και η συσχέτισή τους με προβλήματα ψυχικής υγείας πολλαπλασιάστηκαν με την κοινωνική συνθήκη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα αλλά και τις οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας (Ευθυμίου και συν., 2013; Γιωτάκος και συν, 2011). Η οικονομική δυσχέρεια στις οικογένειες σχετίζεται αμφίδρομα με την ψυχική υγεία των μελών. Σύμφωνα με την υπόθεση της κοινωνικής αιτιότητας οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες αυξάνουν τον κίνδυνο για ψυχική νόσο μέσω του αυξημένου στρες, του κοινωνικού αποκλεισμού, της επιρρέπειας στο τραύμα και τη βία, την ανεπαρκή ιατρική φροντίδα, κ.λπ.. Από την άλλη, σύμφωνα με την υπόθεση της κοινωνικής επιλογής οι οικογένειες με ψυχικά νοσήματα είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να περιπέσουν σε οικονομική δυσμένεια μέσω της μειωμένης ικανότητας για εργασία, πιο συχνών απολύσεων στην εργασία, του κοινωνικού στίγματος, απώλειας ή ακατάλληλης χρήσης των εισοδημάτων (Lund et al, 2010; Saraceno et al, 2005). Αξίζει δε να σημειωθεί ότι η φτώχεια εντούτοις στις οικογένειες των συμμετεχόντων παρά το γεγονός ότι ήταν πλήρως αναγνωρισμένη, δεν είχε τον ανάλογο συναισθηματικό αντίκτυπο που θα περίμενε ο ερευνητής, ίσως γιατί οι σχέσεις στην οικογένεια και η ψυχική υγεία του γονιού αποτελούσαν καταστάσεις μεγαλύτερης προτεραιότητας για τα ίδια.

Κάτι παρόμοιο ίσχυσε και στην αναδυθείσα από την έρευνα διάσταση των αλλαγών διαβίωσης της οικογένειας, που ως επί το πλείστον επελέγησαν για οικονομικούς λόγους και σπανιότερα για πρακτικούς λόγους που σχετίζονταν με την ψυχική κατάσταση του πάσχοντος γονιού, όπως στην περίπτωση του Χρήστου που σε όλη του την παιδική ηλικία διέμενε με την

αδελφή της γιαγιάς του προκειμένου να μην είναι μάρτυρας των ψυχωσικών επεισοδίων της μητέρας του. Οι αλλαγές διαβίωσης για οικονομικούς λόγους που αφορούσαν αλλαγή χώρας αποτελούσαν μία επιπλέον επιβαρυντική συνθήκη δεδομένων των πολλών προσαρμογών που έπρεπε να διέλθει η οικογένεια, συμπεριλαμβανομένης και της διαμόρφωσης της εθνικής ταυτότητας. Η μετανάστευση επηρεάζει τη ζωή της οικογένειας, τόσο τα μέλη που φεύγουν, όσο και τα μέλη που παραμένουν ή επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους, μέσα από τη διαμόρφωση ιδιότυπων οικογενειακών σχηματισμών, ή τύπων διαβίωσης με πολλές δυσμενείς επιπτώσεις ιδιαίτερα στα παιδιά σε όλα τα επίπεδα της ανάπτυξης (Bures, 2009). Ο αντίκτυπος της μετανάστευσης στην οικογένεια αφορά και σοβαρά θέματα ψυχικής υγείας, τα οποία προστίθενται στο ήδη βεβαρυμμένο ψυχιατρικό ιστορικό των οικογενειών των συμμετεχόντων της έρευνας (von Werthern et al., 2018). Η μετανάστευση των οικογενειών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι ο τρόπος εισαγωγής στη νέα χώρα, οι πολιτισμικές νόρμες της χώρας προέλευσης και οι δεσμοί της οικογένειας, η μεταναστευτική πολιτική της χώρας εισαγωγής, μεγαλύτερη πιθανότητα συγκατοίκησης με μέλη της ευρύτερης οικογένειας, και η ανεπάρκεια κοινωνικών δικτύων (Clark et al., 2009).

Ο χωρισμός του γονικού ζεύγους αποτέλεσε ομοίως μία συχνή αντίξοχη συνθήκη για την πυρηνική οικογένεια των συμμετεχόντων, το οποίο είναι ένα συχνό εύρημα στη σχετική βιβλιογραφία (Metz & Jungbauer, 2021; Riebschleger, 2004). Η αντιξοότητα αυτή αφορούσε ιδίως στις περιπτώσεις που τα παιδιά έπρεπε να παραμείνουν με τον πάσχον γονιό, ο οποίος ενίοτε δεν είχε την ψυχική επάρκεια να ασκήσει τα γονικά του καθήκοντα αλλά ούτε και τους οικονομικούς πόρους για να στηρίξει την λειτουργία του νοικοκυριού. Πολλοί από τους συμμετέχοντες θεώρησαν εύλογη την επιλογή του χωρισμού των γονιών, η πρόσληψη όμως του ερευνητή κατά τη συνέντευξη ήταν ότι θα προτιμούσαν τους γονείς ενωμένους παρά τις δυσκολίες που αναδύθηκαν. Ο χωρισμός των γονιών σε κάποιες περιπτώσεις αποτέλεσε την κύρια αιτία κατά τους συμμετέχοντες των ψυχιατρικών προβλημάτων του πάσχοντος γονιού, όπως βλέπουμε και σε σχετικές έρευνες (Cogan et al., 2005; Gladstone, 2011). Σε μια περίπτωση δε συγκρουσιακού διαζυγίου των γονέων, κόστισε στην συμμετέχουσα την επικοινωνία με τον υγιή γονιό καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Η συνθήκη του χωρισμού των γονιών όπως είναι ευνόητο λειτουργεί επιπρόσθετα ως επιβαρυντικός παράγοντας, επιπλέον των θεμάτων

που προκύπτουν από τη γονική ψυχική νόσο. Η εμπειρία του διαζυγίου στις οικογένειες (με ή χωρίς γονική ψυχική νόσο) ολοένα και αυξάνεται στη σύγχρονη εποχή (Arnett, 2015). Επίσης, το διαζύγιο αποτελεί στατιστικά την πιο συχνή αντιξοότητα της παιδικής ηλικίας (Kessler, 1997, 2010; Lu et al., 2008). Παρά το γεγονός ότι η έρευνα για τις επιπτώσεις του χωρισμού των γονιών στα παιδιά είναι ευρεία, δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να μελετούν τις επιπτώσεις αυτές διαχρονικά μέχρι και την ενηλικίωση, παρά το ότι είναι εμφανείς σε διάφορους τομείς της ζωής (Ford et al., 2010). Σε μία από αυτές βρέθηκε ότι τα παιδιά χωρισμένων γονιών στην ενηλικίωση παρουσιάζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, περισσότερες πιθανότητες για ανεργία, αντίξοα γεγονότα ζωής και προβλήματα σωματικής υγείας (Huure et al., 2005). Σε μία άλλη μελέτη (Frank, 2007) επιβεβαιώθηκε ότι το διαζύγιο σχετίστηκε με την διάρρηξη των ευρύτερων οικογενειακών σχέσεων, ότι η σχέση πατέρα παιδιού είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στο διαζύγιο ιδιαίτερα καθώς τα παιδιά εισέρχονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση. Αντίθετα, η σχέση μητέρας παιδιών ήταν λίγο πιο θετική σε σχέση με του πατέρα μετά το διαζύγιο. Επίσης, έχει σημασία το επίπεδο των γονικών συγκρούσεων πριν το διαζύγιο, που όσο πιο ισχυρές είναι τόσο μεγαλύτερα προβλήματα υπάρχουν αργότερα στη σχέση με τα παιδιά. Βρέθηκε επίσης πολύ αρνητική σχέση πατέρα κόρης μετά το διαζύγιο σε σχέση με τη δυάδα πατέρα γιου. Η ηλικία του παιδιού κατά το χωρισμό των γονιών έχει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα (Frank, 2007).

Η τελευταία κατηγορία σε αυτή τη θεματική είναι η αντίληψη που έχουν σχηματίσει οι συμμετέχοντες για τα χαρακτηριστικά των γονιών στο πέρασμα των χρόνων. Η πρόσληψη αυτή σχετίζεται περισσότερο με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και την εικόνα που έχουν για τους πάσχοντες γονείς τους εντός του οικογενειακού πλαισίου πριν και μετά τη νόσηση κι όχι τόσο με τη σχέση γονιού παιδιού (ακολουθεί ανάλυση για αυτό στο επόμενο κεφάλαιο). Τα περισσότερα στοιχεία των πασχόντων γονιών αφορούν στο χρονικό διάστημα μετά τη νόσηση διότι στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων η νόσηση των γονιών είχε εκδηλωθεί όταν τα παιδιά ήταν μικρά, ή οι αλλαγές που επήλθαν στην οικογένεια μετά τη νόσηση ήταν τόσο καταγιστικές που τα παιδιά δυσκολεύονται να έχουν αναμνήσεις πριν από αυτό. Ως εκ τούτου αρκετές πληροφορίες που είχαν οι συμμετέχοντες για το παρελθόν προήλθαν από οικογενειακές ιστορίες για τα στοιχεία του γονιού. Από την ανάλυση του υλικού προέκυψε ότι οι

συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν θετικές και δύσκολες πλευρές του εαυτού του γονιού (π.χ., φιλότιμος, εργατικός, στοργικός, ισχυρογνώμων, κλειστός, αφελής, χειριστικός, ευέξαπτος). Έχει ενδιαφέρον το ότι οι κάποιοι συμμετέχοντες θεωρούν πως ο πάσχων γονιός κατάφερε να διατηρήσει κάποια θετικά στοιχεία και μετά τη νόσηση, και σε λιγότερες περιπτώσεις κατάφερε να ανταποκρίνεται στις επαγγελματικές υποχρεώσεις. Σε αντίστοιχες έρευνες η εικόνα που έχουν τα παιδιά για τους γονείς τους είναι συγκεχυμένη διότι δυσκολεύονται να διακρίνουν τα συμπτώματα της ασθένειας από το ποιος είναι ο γονιός ως πρόσωπο (Baik & Bowers 2006). Σε άλλες περιπτώσεις θεωρούσαν ότι ο γονιός άλλαζε το μεγαλύτερο μέρος της εικόνας του ή μεταλλάσσόταν ολοκληρωτικά σε ένα άλλο πρόσωπο μετά τη νόσηση (Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Rölkki et al., 2004). Μια χαρακτηριστική παρομοίωση ενός συμμετέχοντα σε μία έρευνα ήταν ότι ο γονιός ήταν 'σαν ένα μαγαζί που δεν είχε κανέναν υπάλληλο στο ταμείο' (Murphy et al., 2017). Ομοίως και στην πρόσληψη για τον υγιή γονιό υπάρχει η εικόνα για θετικές και δύσκολες πλευρές του εαυτού (π.χ., κοινωνικός, δυνατός, υπομονετικός, ευερέθιστος, βίαιος). Παρόμοια στη βιβλιογραφία θεωρούν τον υγιή γονιό ότι είναι σταθερός, ανεξάρτητος, έμπιστος, αλλά ενίοτε και αδύναμος και αποφευκτικός (Kadish 2015; Petrowski and Stein 2016). Στην περίπτωση του υγιούς γονιού στην παρούσα έρευνα υπάρχουν σταθερά στοιχεία της προσωπικότητας κατά την πρόσληψη των συμμετεχόντων, υπάρχουν όμως και αλλαγές ιδίως μετά τη νόσηση του/της συζύγου, κυρίως αρνητικές. Κατά την πρόσληψη του ερευνητή η εικόνα των συμμετεχόντων για τους γονείς τους σε μερικές περιπτώσεις αποτελεί μία (συν)κατασκευή στο οικογενειακό πλαίσιο που ενδέχεται να έχει συγκεκριμένες λειτουργίες. Για παράδειγμα, η Μίνα και ο Πέτρος έχουν στηριχτεί σε προφορικές ιστορίες για τα θετικά χαρακτηριστικά της πάσχουσας μητέρας τους (αικίνητη, φιλομαθής, δραστήρια, κοινωνική, κ.λπ.) πριν γεννηθούν οι ίδιοι και τα έχουν ασπαστεί πλήρως ακόμη κι αν δεν έχουν καμία παρόμοια βιωματική εμπειρία, ως μία διεργασία εξισορρόπησης εσωτερικευμένων θετικών και αρνητικών πλευρών του εαυτού του γονιού. Το ενδιαφέρον είναι ότι η συντήρηση αυτή τις περισσότερες φορές προάγεται από όλη την οικογένεια, πυρηνική και ευρύτερη, με αποτέλεσμα τα παιδιά να 'αναγκάζονται' να ασπαστούν με αφοσίωση προς το οικογενειακό πλαίσιο αυτά τα χαρακτηριστικά, ή και το αντίθετο, δηλαδή να στασιάζουν ενάντια στο πλαίσιο και να τα αμφισβητήσουν, όπως κάνουν συνήθως τα άτομα σε αυτή την ηλικία.

Δυναμική των οικογενειακών σχέσεων

Η δεύτερη θεματική κατηγορία που αναδύθηκε από την ανάλυση των αφηγήσεων αφορά στην πρόσληψη των συμμετεχόντων για τις οικογενειακές σχέσεις, και πιο συγκεκριμένα την προσωπική τους σχέση με τον πάσχοντα γονιό, τον υγιή γονιό, τα αδέρφια, και το ευρύτερο περιβάλλον, και τη σχέση των γονιών μεταξύ τους και με μέλη ευρύτερης οικογένειας. Η σχέση των παιδιών με τον πάσχοντα γονιό ουσιαστικά διατρέχει όλες τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, με συγκεκριμένες ρητές αναφορές για το πώς αντιλαμβάνονταν τη σχέση παλιότερα και σήμερα, καθώς και μέσα από τις περιγραφές του υποκειμενικού βιώματος των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού. Διακρίνονται συγκεκριμένα μοτίβα που αφορούν στο παρελθόν και το παρόν, υπό το πρίσμα μιας στατικής οπτικής, δηλαδή μιας συγκεκριμένης άποψης που είναι σταθερή στα χρόνια, ή μιας δυναμικής οπτικής, δηλαδή μιας μετεξέλιξης (θετικής ή αρνητικής) που δεν έχει τέλος. Επίσης, σε πολλές αφηγήσεις διαφοροποιείται από τα υποκείμενα η ψυχιατρική κατάσταση του γονιού από την πρόσληψη που έχουν για την ευρύτερη σχέση μαζί του, ως κάτι που δεν ευθύνεται ο ίδιος αλλά η κατάσταση στην οποία βρίσκεται, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την βιβλιογραφία (Hill, 2004). Από την ανάλυση των αφηγήσεων για τη σχέση του παιδιού με τον πάσχοντα γονιό αναδύθηκαν πέντε διαστάσεις: η απόμακρη σχέση, ο έλεγχος και η χειριστικότητα, οι συγκρούσεις, η εγγύτητα, η γονική επάρκεια και οι ευχάριστες αναμνήσεις.

Η πρόσληψη των συμμετεχόντων για την απόμακρη σχέση με τον πάσχοντα γονιό αφορά την πλειοψηφία του δείγματος στην παρούσα έρευνα, και αναφέρεται κυρίως στην εκτίμηση του παιδιού για το κατά πόσο ο γονιός επιθυμεί ή προσπαθεί να διατηρήσει επικοινωνία με το παιδί σε συναισθηματικό ή πρακτικό επίπεδο. Κατά την πρόσληψη των παιδιών η απομάκρυνση με το γονιό μπορεί να ξεκινάει από την αποφευκτική στάση του γονιού, είτε γιατί δεν κατέχει την κατάλληλη δεξιότητα ως στοιχείο από την πατρική του οικογένεια, είτε γιατί υπήρχε αποξένωση στη σχέση του γονικού ζεύγους και η αποξένωση αυτή μεταδόθηκε και σε άλλες σχέσεις μέσα στην οικογένεια, είτε γιατί δεν έχει την ενέργεια να επενδύσει στη σχέση του με το παιδί του. Ενίοτε, στην παρούσα έρευνα, η απομάκρυνση μπορεί να εκκινείται από το ίδιο το παιδί γιατί αξιολογεί ότι ο γονιός του δεν θα κινητοποιηθεί επαρκώς ή για να αποφύγει τις συγκρούσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις η απομάκρυνση επιβλήθηκε από τον άλλο γονιό. Η

απομάκρυνση με τον πάσχοντα γονιό μπορεί να έχει πολύ δυσμενείς επιπτώσεις στην περίπτωση που αποτελεί τον μοναδικό φροντιστή του παιδιού. Διαπιστώθηκε επίσης ο τονισμός της διάστασης του φύλου του γονιού σε σχέση με το φύλο του παιδιού, συσχέτιση κατά την οποία τα ελλείμματα προσλαμβάνονταν ακόμη μεγαλύτερα καθότι έλειπε η εγγύτητα και η συμβουλευτική *‘ως άντρας προς άντρα’* ή *‘ως μάνα κόρη’*, με αποτέλεσμα ο ρόλος του φύλου να διαμορφώνεται μέσα από άλλες σχέσεις στην ευρύτερη οικογένεια ή και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Οι συγκρούσεις στη σχέση πάσχοντος γονιού και παιδιού είναι πολύ συχνές στην παρούσα έρευνα, αν και κατά την πρόσληψη του ερευνητή οι συμμετέχοντες δεν χαρακτηρίζουν τη σχέση αυτή συνολικά ως συγκρουσιακή, όπως στην προηγούμενη περίπτωση με τον απόμακρο δεσμό, αλλά μία σχέση που έχει και συγκρούσεις μεταξύ άλλων στοιχείων. Οι εντάσεις με τον πάσχοντα γονιό σχετίζονται με τα ψυχιατρικά προβλήματα του γονιού, με τα όρια αντοχής του παιδιού, με την εμπλοκή του παιδιού στη σχέση του γονικού ζεύγους και με την προστασία του σε περιπτώσεις βίας. Οι συγκρούσεις στη σχέση με το γονιό σχετίζονται σύμφωνα με τις αφηγήσεις των παιδιών και με την προσωπική του ιστορία. Ο Πέτρος αναφέρει χαρακτηριστικά: *‘αυτά έμαθε από την οικογένειά της κι αυτά κάνει’*. Σύμφωνα με τους Hill (2004) και Lyons Routh et al. (1999), τα ανεπεξέργαστα τραύματα του γονιού πυροδοτούνται στη σχέση με το παιδί (π.χ. διαφωνίες) με αποτέλεσμα να επιδίδεται σε τρομαχτικές για το παιδί συμπεριφορές. Η συνθήκη αυτή ενεργοποιεί το σύστημα του δεσμού στο παιδί, σύμφωνα με την οποία το παιδί έχει ανάγκη να ανακουφιστεί από το πρόσωπο που του την έχει προκαλέσει, κάτι που δεν μπορεί να συμβεί. Σύμφωνα με την πρόσληψη των παιδιών, οι εντάσεις στη σχέση τους με τον πάσχοντα γονιό μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα της χειριστικότητας και της ελεγκτικής συμπεριφοράς του δεύτερου. Η ανάγκη για έλεγχο από την πλευρά του γονιού στην παρούσα έρευνα άλλες φορές σχετίζεται με το υψηλό άγχος σε σχέση με τα γονικά του καθήκοντα, και τα παιδιά θεωρούν ότι προϋπάρχει ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ή είναι αποτέλεσμα της χαμηλής αυτοπεποίθησης του γονιού λόγω των ψυχιατρικών του προβλημάτων. Όταν τα παιδιά νιώθουν ότι ο γονιός ασκεί τη γονικότητα με υψηλό έλεγχο κι όχι με γονική υποστήριξη τότε μειώνεται η δυνατότητα για στενή διασύνδεση, ζεστασιά και αμοιβαιότητα, κι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα περισσότερες εκδραματίσεις και ψυχικές δυσκολίες (Kuppens & Ceulemans, 2019). Σε δύο περιπτώσεις τα παιδιά θεωρούν ότι ο έλεγχος και η

χειριστικότητα του γονιού έχει σκοπό μόνο την κάλυψη των δικών του αναγκών, υποδηλώνοντας τη χαμηλή γονική ενσυναίσθηση και υψηλή εγωκεντρικότητα. Η γονική ενσυναίσθηση αποτελεί μία πολύ σημαντική διεργασία για πολλούς λόγους, ένας εκ των οποίων αφορά τη σύνδεση με τη λειτουργία του ασφαλούς συναισθηματικού δεσμού, ή αντίστροφα, άτομα με ανασφαλή τύπο συναισθηματικού δεσμού έχουν λιγότερη ενσυναίσθηση (Stern et al, 2014). Από την πλευρά των παιδιών αναφέρονται από τους συμμετέχοντες συμπεριφορές υπακοής στην ελεγκτική στάση του γονιού είτε γιατί θεωρούν ότι ο γονιός έχει ορθή κρίση, είτε από το φόβο πυροδότησης ψυχιατρικών συμπτωμάτων ή ευρύτερων εντάσεων στην οικογένεια. Επίσης, εντοπίζονται και συμπεριφορές αντίστασης, με άμεσο τρόπο, δηλαδή ευθεία αντιπαράθεση, ή έμμεσο αποκρύπτοντας την αλήθεια. Σε μία ανασκόπηση της Smentana (2017) για το στυλ γονικότητας ο ψυχολογικός γονικός έλεγχος που είναι χαρακτηριστικός της απολυταρχικής γονικότητας περιλαμβάνει τη γονική παρεμβατικότητα, την ενοχή, την απόσυρση από την εκδήλωση αγάπης προς το παιδί, και σχετίζεται με εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα. Αιτία αυτών των αρνητικών επιδράσεων μπορεί να είναι η γονική έλλειψη σεβασμού. Στη βιβλιογραφία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε παρόμοια με τα ως άνω προβλήματα στη δύσκολη σχέση πάσχοντος γονιού και παιδιού. Περιγράφεται θυμός στη σχέση με το γονιό διότι θεωρούσαν ότι αναγκάζονταν από τη συνθήκη της γονικής ψυχικής νόσου να απομονώνονται από το κοινωνικό περιβάλλον (Dunn 1993; McCann et al. 2015). Γίνονταν ο γονιός του γονιού σε αυτή τη σχέση με αποτέλεσμα την προσωπική τους επιβάρυνση (Metz & Jungbauer, 2021; Oskouie et al., 2011) και κάποιες φορές προσπαθούσαν να διαχωρίσουν την παροχή φροντίδας από την ίδια τη σχέση (Aldridge & Becker, 2003). Δυσκολεύονταν σε αυτή τη σχέση να θέτουν όρια (Foster, 2010). Η απόσταση στη σχέση όπως και στην παρούσα έρευνα ήταν συχνή αλλά μεγαλώνοντας θεωρούν ότι το έχουν μετανιώσει (Petrowski & Stein, 2016). Συχνά νιώθουν ανασφαλείς σε αυτή τη σχέση λόγω της εχθρικής αλληλεπίδρασης που πηγάζει από τις σφοδρές συμπεριφορές του γονιού (Valdez et al., 2013). Κάποια παιδιά νιώθουν ότι η σχέση με το γονιό είναι μία άγνωστη κατάσταση, κι ότι δεν υπάρχει καμία εγγύτητα (Duncan & Browning, 2009).

Οι θετικές πλευρές στη σχέση συμμετεχόντων με τους πάσχοντες γονείς τους σύμφωνα με την ανάλυση του υλικού είναι σαφώς λιγότερες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα παιδιά

βίωσαν και συγκράτησαν στη μνήμη τους περισσότερο τις δύσκολες πλευρές της σχέσης με το γονιό, ή ότι βρήκαν ευκαιρία στο πλαίσιο της συνέντευξης να ακουστούν τα προβλήματά τους σε μία περίοδο που δεν υπάρχει κανείς εκεί για αυτούς. Ως αντιστάθμισμα στις δύσκολες πλευρές της σχέσης τους με το γονιό είναι η ελευθερία στη γονική διαπαιδαγώγηση, αν και η προσωπική πρόσληψη του ερευνητή ήταν ότι σε κάποιες περιπτώσεις δεν επρόκειτο για μία πλουραλιστική αντιμετώπιση της σχέσης αλλά μίας σχέσης χωρίς έλεγχο. Αυτό προέκυψε από περιπτώσεις όπως της Αλεξάνδρας η οποία περιέγραφε την μητέρα της με σύγχρονες αντιλήψεις για τη γονική διαπαιδαγώγηση με πλήρη ελευθερία, ταυτόχρονα όμως με πολύ χαμηλή ενέργεια στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών που δεν εκδήλωνε κανένα ενδιαφέρον για τίποτα. Επίσης, αναφέρεται από τους συμμετέχοντες η εγγύτητα στη σχέση με τον πάσχοντα γονιό. Η εγγύτητα αυτή προσδιορίζεται περισσότερο βάσει της πρόσληψης της διαθεσιμότητας του γονιού για κάλυψη πρακτικών αναγκών παρά την συναισθηματική. Τέλος, στα θετικά της σχέσης εντάσσονται από τα παιδιά και οι ευχάριστες αναμνήσεις από ψυχαγωγικές δραστηριότητες και οι κοινή συμμετοχή στη λειτουργία εθίμων και τελετουργικών της οικογένειας, όπως οι θρησκευτικές εορτές, ο εορτασμός των γενεθλίων, οι οικογενειακές διακοπές κ.λπ.. Στη βιβλιογραφία, παρά τα προβλήματα που εκφράζονται από τα παιδιά, συχνά αναφέρονται συναισθήματα αγάπης (Dunn, 1993). Θεωρούν ότι διατηρούν με το γονιό μία ζεστή και στενή σχέση όταν δεν βρίσκεται σε φάση υποτροπής (Kadish, 2015). Ότι επιθυμούν να είναι κοντά στο γονιό, κατανοούν τι περνάει και έχουν συμπόνια (Yamamoto & Keogh, 2018). Άλλοι θεωρούν ότι μπορούν να αξιοποιούν την εμπιστοσύνη στη σχέση τους με τον πάσχοντα γονιό (Petrowski & Stein, 2016), και καθώς μεγαλώνουν θεωρούν ότι η σχέση αυτή μπορεί να γίνει πιο ισορροπη (Foster, 2010). Επίσης, η σημασία των οικογενειακών τελετουργικών έχει τονιστεί ποικιλοτρόπως, διότι προσδίδεται η αίσθηση της συνοχής και ταυτότητας των οικογενειακών μελών αλλά και μία αίσθηση υγείας σε χαώδεις συνθήκες που προκύπτουν από το πρόβλημα του γονιού (Crespo et al., 2013; Fiese et al., 2002). Όπως και στην παρούσα έρευνα, η σχέση των παιδιών με τους γονείς διέρχεται μία εξέλιξη, από την πλήρη ταύτιση με το γονιό προς μία πιο ώριμη οπτική (Russel et al., 2002). Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας δεδομένου ότι βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση βαδίζουν σιγά σιγά σε μία τέτοια ώριμη οπτική

σύμφωνα με την οποία μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα την πολυπλοκότητα του γονικού ρόλου.

Σχετικά με την πρόσληψη της σχέσης του γονικού ζεύγους προέκυψαν οι διαστάσεις της γνώσης που έχουν οι συμμετέχοντες για την αρχική γνωριμία των γονιών τους, των συγκρούσεων, και της φροντίδας. Σύμφωνα με την γενικότερη εντύπωση του ερευνητή η αντίληψη για τη σχέση των γονέων στις αφηγήσεις δεν είναι πολύ σαφής στους συμμετέχοντες, και ίσως είναι η πρώτη φορά που μπορεί να αφηγούνται σε κάποιον εκτός οικογενείας τέτοιου είδους θέματα. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι η γονική σχέση ίσως να είναι ιδιαίτερα ρέουσα εξαιτίας της έλλειψης σταθερότητας και ρουτίνας προερχόμενης από την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού, με συχνές εναλλαγές ηρεμίας και έντασης, με ξαφνικούς αποχωρισμούς και επανασυνδέσεις, ή από το ότι πολλά προβλήματα αποκρύπτονταν από τα παιδιά ως ένα μέσον προστασίας για να μην τα εκθέτουν σε περαιτέρω αντιξοότητες. Επίσης, στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης που βρίσκονται οι συμμετέχοντες ενδέχεται να μην έχουν αποκρυσταλλώσει σαφείς εικόνες για τη σχέση των γονέων γιατί δεν είναι έτοιμοι να αποδεχτούν ένα μέρος των δυσκολιών μέσα στην οικογένεια- γεγονός που συμβαίνει ούτως ή άλλως και με την αποδοχή της γονικής ψυχικής νόσου αυτής καθαυτής, όπως θα δούμε και παρακάτω.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν γνώριζαν την ιστορία της γνωριμίας των γονέων τους, είχαν όμως εικόνα αν επρόκειτο για σχέση που προέκυψε αυθόρμητα και ιδία βουλήσει ή αν ήταν προϊόν διακανονισμού των πατρικών οικογενειών. Στην πρώτη περίπτωση συχνά υπήρξε η εντύπωση για επιπόλαιες και ανώριμες επιλογές και στη δεύτερη για ατυχείς επιλογές. Και στις δύο περιπτώσεις τα παιδιά διέκριναν δυσχερείς επιπτώσεις στην πορεία της οικογενειακής ζωής. Η προσλαμβανόμενη συγκρουσιακότητα στη σχέση των γονιών από τους συμμετέχοντες ήταν η πιο συχνή συνθήκη που προέκυψε κατά την ανάλυση των αφηγήσεων, και αποδόθηκε κυρίως στην προϋπάρχουσα ανεπάρκεια της σχέσης, τα ψυχιατρικά προβλήματα του πάσχοντος γονιού και τη στάση του υγιούς γονιού, τα στοιχεία προσωπικότητας και των δύο γονιών, και τις επιδράσεις από τα άτομα του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος. Η συγκρουσιακότητα του γονικού ζεύγους επιβεβαιώνεται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία (Murphy et al. 2015b; Yamamoto Keogh, 2018). Τουλάχιστον σε τέσσερις περιπτώσεις η επιρροή

και η χειριστικότητα μελών της πατρικής οικογένειας στον ένα από τους δύο συζύγους -κυρίως γονείς- ήταν συνεχόμενη από την έναρξη της γνωριμίας του ζευγαριού μέχρι σήμερα. Πολλές φορές τα παιδιά εγκλωβίζονταν ανάμεσα στους δύο συγκρουσιακούς πόλους και δυσκολεύονταν να συνταχθούν προς τη ή την άλλη πλευρά, και εντέλει δεν κατάφερναν να συνδεθούν επαρκώς με κανέναν από τους δύο γονείς. Σε κάποιες περιπτώσεις ένιωθαν ότι ο υγιής γονιός δεν μπορούσε να υποστηρίξει περαιτέρω τον/την σύζυγο με αποτέλεσμα επιπλέον συγκρούσεις, το οποίο αποτελεί συχνό εύρημα σε σχετικές μελέτες (Kadish 2015; Petrowski and Stein 2016). Είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον το ότι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν τη συνθήκη σύμφωνα με την οποία οι γονείς συνασπίζονταν σθεναρά παρά τις συγκρούσεις όταν υπήρχε κοινά προσλαμβανόμενος εξωτερικός κίνδυνος. Επίσης, στις περιπτώσεις που οι γονείς είχαν χωρίσει υπήρχαν συχνές εντάσεις για τη διαχείριση των αναγκών του παιδιού σε τέτοιο σημείο που οι ίδιες οι συγκρούσεις κατέληγαν αυτοσκοπός. Εν μέρει οι συγκρούσεις στη σχέση του γονικού ζεύγους μπορεί να σχετίζονται με την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών που συνήθως είναι οι υγιείς γονείς, και το εκφραζόμενο συναίσθημα μέσα στην οικογένεια. Η έννοια του εκφραζόμενου συναισθήματος στις οικογένειες με μέλος με ψύχωση αναφέρεται στην στάση του φροντιστή που περιλαμβάνει επικριτικότητα και εχθρότητα, συναισθηματική υπερεμπλοκή και ταυτόχρονα θετικά σημεία στη σχέση και ζεστασιά (Abraam et al., 2022; Fahrner et al., 2022; Koutra et al., 2014; Sapouna et al., 2015). Ένα παρόμοιο προφίλ είδαμε στην πρόσληψη της Νεφέλης για την σχέση των γονιών της. Η έννοια του εκφραζόμενου συναισθήματος είναι σε κάθε περίπτωση σημαντική στις οικογένειες αυτές διότι μπορεί να αποτελέσει μία ισχυρή ψυχοπιεστική συνθήκη για εκδήλωση υποτροπών της ψυχιατρικής νόσου (Amaresha, 2012).

Σε μία ποιοτική μελέτη (Fozard & Gubi, 2020) σχετικά με την εμπειρία των παιδιών για την αναπτυξιακή επίδραση των γονικών συγκρούσεων βρέθηκαν τέσσερις θεματικές κατηγορίες: η απώλεια ασφάλειας στο σπίτι, ο αντίκτυπος στην οικογενειακή δομή (αντιστροφή ρόλων, απόμακρες σχέσεις κ.λπ.), το τραύμα, και ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή. Όταν υπάρχουν γονικές συγκρούσεις τα παιδιά αναγκάζονται να παίρνουν μέρος σε αυτή την πόλωση, ιδίως όταν οι γονείς το προσπαθούν αυτό ενεργά. Η Baker (2007, 2010) υποστηρίζει ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι που οι γονείς εμπλέκουν τα παιδιά στις

συγκρούσεις, όπως για παράδειγμα με το να περιορίζουν την επαφή με τον άλλο γονιό, να παρεμβαίνουν στην επικοινωνία τους, να πιέζουν το παιδί να επιλέξει στρατόπεδο (όπως είδαμε στην περίπτωση της Παναγιώτας), να είναι αποκρουστικός για την υγεία του παιδιού στον άλλο γονιό, κ.λπ., αρκετά εκ των οποίων αναδύθηκαν στην παρούσα έρευνα. Οι επιπτώσεις από τις γονικές συγκρούσεις στα παιδιά σε κάθε περίπτωση είναι πολυεπίπεδες και διαρκείς (Bannon et al., 2017), και μπορεί να είναι εμφανείς και στις περιπτώσεις που είναι άρρητες, κεκαλυμμένες και διαρκείς (Pryor & Pattison, 2007).

Τέλος, υπάρχουν και αφηγήσεις φροντίδας και στοργής στη γονική σχέση, κυρίως από την πλευρά του υγιούς γονιού προς τον πάσχοντα, αλλά είναι σαφώς λιγότερες. Σύμφωνα με τους Fitzgerald et al., (2020), η πρόσληψη της σχέσης του γονικού ζεύγους από τα παιδιά τους επηρεάζει στην εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων. Η ποιότητα της σχέσης συμβαίνει παράλληλα με τις γονικές συμπεριφορές και από τους δύο γονείς, και παραθέτουν το παράδειγμα ότι τα ζευγάρια που εκδηλώνουν αρνητικές ποιότητες σχέσεων μπορεί να χρησιμοποιούν πιο σκληρές γονικές πρακτικές, και το αντίθετο, τα ζευγάρια που εκδηλώνουν πιο θετικές ποιότητες μπορεί να χρησιμοποιούν πιο θετικές γονικές πρακτικές (Fitzgerald et al., 2020). Αυτό είναι σημαντικό ειδικά για τον πληθυσμό της παρούσας έρευνας διότι η σχέση του γονικού ζεύγους θα μπορούσε να αποτελέσει έναν από τους δρόμους παρέμβασης στις οικογένειες για την ισορροπία των παιδιών. Παρόμοιες απόψεις έχει και η Kitzmann (2000), η οποία μελέτησε τη γονική σύγκρουση 40 ζευγαριών που αλληλεπιδρούσαν με τα παιδιά τους σε συγκρουσιακές συζητήσεις. Βρήκε ότι οι πατέρες επέδειξαν μικρότερη υποστήριξη και αλληλεπίδραση ειδικά με τους γιους, κι ότι το στυλ γονικότητας ήταν λιγότερο δημοκρατικό. Τόνισε το ότι η αρνητικότητα του ζευγαριού σχετιζόταν με την αρνητικότητα όλης της οικογένειας ανεξαρτήτως θέματος συζήτησης, το οποίο σημαίνει ότι τα δύο υποσυστήματα στην οικογένεια συνδέονται, κι ότι η δυσκολία στη σχέση του ζευγαριού σχετίζεται στενά με τις δυσκολίες στην άσκηση των γονικών καθηκόντων.

Από την ανάλυση των αφηγήσεων σχετικά με την πρόσληψη των συμμετεχόντων για τη σχέση με τα αδέλφια τους προέκυψαν οι διαστάσεις της εγγύτητας, στήριξης και συνεργασίας, ο απόμακρος δεσμός, οι συγκρούσεις και ο επιμερισμός ή η πόλωση κυρίως όταν τα αδέλφια ήταν πάνω από δύο. Η στενή σχέση με τα αδέλφια αποτελεί την πιο συχνή αναφορά συγκριτικά

με άλλους τύπους αδελφικών σχέσεων στην παρούσα έρευνα, κι αυτό είναι αποτέλεσμα αξιών του οικογενειακού πλαισίου που προτρέπει τα μέλη *‘να είμαστε πάντα ενωμένοι’* όπως αναφέρει η Μίνα, ή αποτελεί έναν τρόπο που προάγει την ψυχική και πρακτική επιβίωση των παιδιών ενόψει των πολλών οικογενειακών αντιξοοτήτων. Σε αρκετές περιπτώσεις κυρίως τα πρωτότοκα αδέλφια λειτούργησαν ως *‘γονείς’* για τα υπόλοιπα δημιουργώντας έτσι δεσμούς αλληλεξάρτησης, και σε άλλες συνασπίζονταν ενάντια στο υποσύστημα των γονέων για να διεκδικήσουν υψηλότερη αυτονομία ή μερικές φορές την ηρεμία τους. Στην πλειοψηφία της βιβλιογραφίας αναφέρονται παρόμοια αποτελέσματα (Kadish, 2015; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Metz & Jungbauer, 2021; Murphy et al. 2016; Petrowski & Stein, 2016; Riebschleger, 2004; Valdez et al., 2013; Van Parys et al., 2015). Η απόμακρη σχέση των αδελφών ήταν συχνό εύρημα στην παρούσα ανάλυση και σχετίστηκε κυρίως με το ευρύτερο απόμακρο συναισθηματικά κλίμα της οικογένειας, σύμφωνα με το οποίο δεν υπήρχε η εμπειρία να μοιράζονται συναισθήματα και ανησυχίες, υπήρχε ανεπαρκής ενσυναίσθηση, και επικεντρώνονταν κυρίως στην κάλυψη των υλικών αγαθών. Η συνθήκη της έλλειψης του στενού δεσμού με τα αδέλφια προσθέτει επιπλέον μοναξιά στην ήδη επιβαρυνμένη εμπειρία των παιδιών από τα προβλήματα του σπιτιού, όπως είδαμε στην περίπτωση του Μάριου. Σε δύο αφηγήσεις η αδελφική σχέση προσδιορίστηκε *‘ούτε κοντά ούτε μακριά’* όπως ανέφερε η Τζένη, με άλλα λόγια οι συμμετέχοντες αναγνώριζαν μία στοιχειώδη επικοινωνία, ενδιαφέρον και φροντίδα, αλλά δεν μοιράζονταν δύσκολα και δυσάρεστα συναισθήματα, ιδίως εκείνα που σχετίζονταν με το πρόβλημα του γονιού. Αντίστοιχες εμπειρίες αποτυπώνονται και σε άλλες δημοσιεύσεις (Metz & Jungbauer, 2021; Van Parys & Rober, 2013). Σε μία αφήγηση προέκυψε πολύ έντονα συγκρουσιακή αδελφική σχέση με εκδηλώσεις βίας και επιθετικότητας που ήταν το αποτέλεσμα έλλειψης ορίων λόγω της ανεπαρκούς άσκησης των γονικών καθηκόντων της πάσχουσας μητέρας, αλλά και λόγω των ανεπιθύμητων ευθυνών της πρωτότοκης κόρης προς την δευτερότοκη. Η δευτερότοκη αδελφή σε αυτή την περίπτωση δεν είχε κανένα υποστηρικτικό πλαίσιο ή άτομο να απευθυνθεί, έπρεπε να αντιμετωπίσει μόνη της τις εκρήξεις της αδελφής της, και λόγω του νεαρού της ηλικίας της δεν μπορούσε να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους η αδελφή εκδήλωνε τέτοια συμπεριφορά (η περίπτωση της Αλεξάνδρας).

Τέλος, αναδύθηκε και η συνθήκη της πόλωσης ή του επιμερισμού στις αδελφικές σχέσεις, μία συνθήκη κατά την οποία εκδηλώνονταν εντάσεις ή συγκρούσεις. Η πόλωση αυτή σχετιζόταν με το συνασπισμό των αδελφών με τους γονείς με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε δύο στρατόπεδα όταν η γονική σχέση ήταν συγκρουσιακή. Επίσης, η πόλωση μπορεί να είχε έμφυλο χαρακτήρα, για παράδειγμα το κορίτσια επιβαλλόταν να διεκπεραιώνουν τις δουλειές του σπιτιού ενώ στα αγόρια όχι (περίπτωση της Αφροδίτης). Σε μία περίπτωση υπήρξε πόλωση με βάση την εξουσία της ηλικίας, όπου ο μεγαλύτερος αδελφός καρπωνόταν υλικά αγαθά εις βάρος των μικρότερων (Θανάσης). Σύμφωνα με έρευνα των Menesini et al. (2010) η θυματοποίηση ανάμεσα στα αδέλφια ήταν υψηλότερη για τα αγόρια και κορίτσια με μεγαλύτερο αγόρι αδελφό. Η ύπαρξη ενός μεγαλύτερου σε ηλικία αγοριού αδελφού αυτή καθαυτή είναι παράγοντας κινδύνου για περιστατικά θυματοποίησης στο σπίτι. Τα μεγαλύτερα αγόρια αδέλφια εκφράζουν πιο συχνά ζήλεια για τα μικρότερα η οποία οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά (Menesini et al., 2010). Η σχέση των αδελφών διακρίνεται για τρία χαρακτηριστικά, τη συναισθηματική ένταση, την οικειότητα, και το μεγάλο εύρος ατομικών διαφορών. Ενίοτε, εκδηλώνουν αμφιθυμία, με εχθρότητα και θετικό ενδιαφέρον ταυτόχρονα (Dunn, 2002). Τα αδέλφια που έχουν ασφαλή συναισθηματικό δεσμό με τους γονείς τους είναι πιο πιθανό να έχουν ασφαλή δεσμό μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να ισχύσει και αντίστροφα, δηλαδή η επιθετική συμπεριφορά στην αδελφική σχέση να επηρεάσει αρνητικά τη σχέση με τους γονείς (Hank & Steinbach, 2018; McHale et al., 2012). Η έρευνα δείχνει ότι μέσω της εκπαίδευσης και της φροντίδας στην αδελφική σχέση παράγονται οφέλη για την γνωστική, γλωσσική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, τόσο των μικρότερων όσο και των μεγαλύτερων, με επαρκέστερη ενσυναίσθηση (Brody, 2004).

Η πρόσληψη των συμμετεχόντων για τη σχέση με τον υγιή γονιό αφορά τις διαστάσεις της απόμακρης σύνδεσης, της εγγύτητας και της φροντίδας, και των συγκρούσεων. Σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων ο πιο συχνός τύπος σχέσης με τον υγιή γονιό ήταν ο απόμακρος. Η απόσταση αυτή οφειλόταν κατά τους συμμετέχοντες στην αποφευκτική στάση του γονιού, στο ότι ο γονιός δεν κατανοούσε την ανάγκη σύνδεσης των παιδιών, και σε κάποιες περιπτώσεις δεν μπορούσαν να συνάγουν κάποια υπόθεση για τη συγκεκριμένη στάση του γονιού. Ενίοτε, η απόσταση στη σχέση εκκινείται από την πλευρά του παιδιού ως αποτέλεσμα απογοήτευσης για

το ότι ο γονιός δεν έχει τη δυνατότητα να καλύψει τις ανάγκες δεσμού του παιδιού. Σε τρεις περιπτώσεις υπήρξε αμφιθυμία για τον υγιή γονιό γιατί τα παιδιά εγκλωβίζονταν στην εικόνα της συναισθηματικής απομάκρυνσης και την εικόνα ενός ανθρώπου που προσπαθεί να καλύψει τις πρακτικές ανάγκες της οικογένειας ελλείψει στήριξης του συζύγου του. Οι επιπτώσεις της απόμακρης σχέσης με τον υγιή γονιό είναι σοβαρές για τα παιδιά, ειδικά όταν αποτελεί τον κύριο φροντιστή, όπως στις περιπτώσεις διαζυγίου των γονιών. Στη βιβλιογραφία η απόμακρη σχέση του υγιούς γονιού με τα παιδιά αποτελεί ένα σύνηθες εύρημα (Kadish 2015; Petrowski & Stein, 2016; Pölkki et al., 2004; Valdez et al., 2013). Σε δύο περιπτώσεις (Δήμητρα, Παναγιώτα) ολοκληρωτικής απουσίας του υγιούς γονιού από τη ζωή του παιδιού λόγω συνθηκών παρατηρήθηκε από τον ερευνητή ότι οι συμμετέχοντες δεν είχαν συνειδητοποιήσει το μέγεθος αυτής της απουσίας από τη ζωή τους, και κατά την αφήγηση του συγκεκριμένου θέματος δινόταν η εντύπωση ότι περιγράφουν την ιστορία άλλου προσώπου. Παρόμοια, στην έρευνα των Caton et al. (1998) αρκετά άτομα από το δείγμα δεν διατηρούσαν επαφή με τον πατέρα τους, και κάποιοι δεν ήξεραν ούτε αν βρίσκεται στη ζωή. Σύμφωνα με τους Scharp & Dorrance (2018) η οικογενειακή αποξένωση απαιτεί την ύπαρξη παραγόντων όπως η ποιότητα της επικοινωνίας, η φυσική απόσταση, η παρουσία- απουσία συναισθημάτων, η επιθυμία ή όχι συμφιλίωσης, κ.λπ..

Σε μερικές περιπτώσεις η οικογενειακή απόσταση μπορεί να είναι μία υγιής επιλογή σε ένα μη υγιές περιβάλλον, (όπως είδαμε στην περίπτωση της Κάτιας που υποστήριξε ότι η ζωή της μπορεί να ήταν καλύτερη στο οικοτροφείο παρά στο σπίτι της ευρύτερης οικογένειας) και μπορεί να περιλαμβάνει την απομάκρυνση από ένα πιθανά τοξικό οικογενειακό περιβάλλον, με συναισθηματική ή άλλη κακοποίηση, την σύνδεση με υγιείς σχέσεις εκτός οικογενείας, τον εντοπισμό συμμάχων στην οικογένεια, και την διαμόρφωση νοήματος για το τι πραγματικά έχει σημασία στη ζωή (Scharp & Dorrance, 2018). Προέκυψαν και αφηγήσεις στην παρούσα έρευνα για την εγγύς σχέση των συμμετεχόντων με τον υγιή γονιό, στα πλαίσια της οποίας αναγνωρίζουν τις προσπάθειές του να καλύψει τις ανάγκες τους σε όλα τα επίπεδα, να γίνει *‘μάννα και πατέρας’* όπως αναφέρει η Αφροδίτη. Κατά την άποψη του ερευνητή η αναφερόμενη συναισθηματική διασύνδεση δεν ήταν αντιληπτή κατά τη συνέντευξη στο μέγεθος της αφήγησης των παιδιών. Αυτό μπορεί να συνδέεται με την ευγνωμοσύνη τους για τις

προσπάθειες του γονιού να ανταποκριθεί στις ανάγκες της οικογένειας, ως εκ τούτου να μην υπάρχει περιθώριο για έκφραση παραπόνων. Επίσης, μία άλλη υπόθεση είναι ότι στην εξελικτική φάση που βρίσκονται να μην έχουν επεξεργαστεί ολοκληρωμένα τις αντιξοότητες της οικογένειάς τους με αποτέλεσμα να μην μπορούν ακόμη να έρθουν σε επαφή με δυσάρεστα συναισθήματα (Misrachi, 2012; Lombardo & Motta, 2008; Mueser & Gingerich, 2006). Μια άλλη διάσταση στον εγγύς τύπο σχέσης αφορά στο φύλο του παιδιού και το φύλο του γονιού. Προέκυψε η πρόσληψη για τη στενή διασύνδεση με το γονιό του ίδιου φύλου, ως μία ανάγκη να αξιοποιηθεί η σχέση μέσω ανδρικών ή γυναικείων θεμάτων, αλλά και του άλλου φύλου ακόμη και σε πολύ προσωπικά ζητήματα, όπως είδαμε στην περίπτωση της Κατερίνας που συμβουλευόταν τον πατέρα της για γυναικεία θέματα. Επίσης, η γεωγραφική απόσταση δεν κατάφερε να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για τη διατήρηση της στενής σχέσης γονιού παιδιού, όπως στην περίπτωση του Σωτήρη που ο πατέρας του διέμενε σε άλλη χώρα. Η διατήρηση της στενής σχέσης εντοπίζεται στη βιβλιογραφία αλλά όπως και στην παρούσα έρευνα είναι σαφώς λιγότερη (Backer et al., 2016; Foster, 2010; Metz & Jungbauer, 2021). Τέλος, προέκυψε και η διάσταση των συγκρούσεων που ακόμη κι αν ήταν συχνές οι συμμετέχοντες δεν θεωρούσαν ότι χαρακτήριζαν τη σχέση με τον υγιή γονιό ολοκληρωτικά. Οι συγκρούσεις αποδίδονταν σε ακατάλληλες συμπεριφορές του υγιούς γονιού προς τον πάσχοντα, στην έλλειψη κατανόησης, στην επιρροή από μέλη της ευρύτερης οικογένειας και στην εύνοια στα άλλα αδέλφια. Σε κάποιες περιπτώσεις επέρχονταν συγκρούσεις λόγω δυσλειτουργικών συμπεριφορών του υγιούς γονιού ή ενδεχόμενων αδιάγνωστων ψυχιατρικών προβλημάτων.

Η τελευταία κατηγορία της θεματικής για την πρόσληψη των σχέσεων στην οικογένεια αφορά την εικόνα των συμμετεχόντων για τις σχέσεις της οικογένειας με το ευρύτερο περιβάλλον. Οι διαστάσεις που αναδύθηκαν αφορούσαν στη σχέση των συμμετεχόντων με τους παππούδες/γιαγιάδες και μέλη της ευρύτερης οικογένειας, και την πρόσληψη για τις σχέσεις των γονιών με τις πατρικές τους οικογένειες και τις πατρικές οικογένειες των συζύγων. Όπως ήταν αναμενόμενο η σχέση με τους παππούδες είναι στενή στην πλειοψηφία των αφηγήσεων διότι αποτέλεσαν πρόσωπα σταθερότητας και ασφάλειας σε περιόδους αναστάτωσης και φόβου. Ενώ οι συμμετέχοντες είχαν την αντίληψη ότι οι παππούδες ασκούσαν γονικά

καθήκοντα λόγω της αδυναμίας των γονιών τους, σε τρεις περιπτώσεις προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν τους παππούδες γονείς, υπό την έννοια ότι είχαν ανταποκριθεί πλήρως σε όλες τις υποχρεώσεις που απέρρεαν από το ρόλο του γονιού. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα της πλειοψηφίας των αντίστοιχων ερευνών (Dam et al., 2017; Mordoch & Hall 2008; Mowbray & Mowbray 2006; Reupert Maybery 2015; Van Parys & Rober, 2013; Van Parys et al., 2015; Valdez et al., 2013). Ο ρόλος των παππούδων/γιαγιάδων θεωρήθηκε σημαντικός από τους συμμετέχοντες ακόμη κι αν δεν υπήρχε η ευχέρεια να βοηθήσουν στην ανατροφή των παιδιών λόγω δυσμενών συνθηκών, ήταν βοηθητικοί *‘μόνο και μόνο που υπάρχουν’* όπως είδαμε στην αφήγηση της Νεφέλης. Κατά την πρόσληψη του ερευνητή αυτό μπορεί να σχετίζεται με την ανάγκη θετικών στοιχείων στην προσωπική ταυτότητα υπό την έννοια ότι η εικόνα που διαμορφώνεται για τον εαυτό δεν εμπεριέχει μόνο αρνητικές και διασπασμένες εμπειρίες από τη σχέση με τους κύριους φροντιστές.

Επίσης, από την έρευνα προέκυψε πόλωση στη σχέση των παιδιών με τους μητρικούς ή τους πατρικούς παππούδες (δηλαδή τους γονείς της μητέρας ή του πατέρα), σύμφωνα με την οποία διατηρούσαν μεγαλύτερη εγγύτητα μόνο με την μία πλευρά, ίσως λόγω του βαθμού παροχής φροντίδας των παππούδων στα παιδιά, λόγω της σχέσης που διατηρούσαν με τον εκάστοτε γονιό (εγγύτητα με το γονιό του γονιού που ήταν πιο συνδεδεμένο το παιδί), ή λόγω της σχέσης που διατηρούσε ο γονιός με τους παππούδες. Η πόλωση αφορούσε και τη σχέση με τους παππούδες από μία πατρική οικογένεια, δηλαδή ανάμεσα στον παππού και τη γιαγιά από την πλευρά της μητέρας ή του πατέρα. Προέκυψαν δε λίγες αφηγήσεις που αφορούσαν τη συγκρουσιακή σχέση των παιδιών με τους παππούδες, είτε επειδή ασπάστηκαν τη θέση των γονιών τους είτε επειδή κάποιοι παππούδες είχαν βίαιη συμπεριφορά προς την οικογένεια. Η αντίληψη των σχέσεων με την ευρύτερη οικογένεια αφορούσε κυρίως την απομάκρυνση ή τις συγκρούσεις που σχετίζονταν με τη γονική ψυχική νόσο ή με την παγίωση διαταραγμένων σχέσεων πριν από αυτό, και λιγότερο την παροχή βοήθειας σε περιόδους κρίσεων της πυρηνικής οικογένειας. Ομοίως, οι συμμετέχοντες είχαν σχηματίσει την αντίληψη ότι οι γονείς τους είχαν συγκρουσιακή σχέση με τις πατρικές τους οικογένειες ή τις πατρικές οικογένειες του/της συζύγου, κυρίως για οικονομικούς λόγους. Η σχέση με των εγγονών με τους παππούδες είναι σημαντική στις οικογένειες, κι όπως άλλες δυάδες έτσι και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει μία

αλληλεξάρτηση καθώς μοιράζονται την οικογενειακή ιστορία και αλληλεπιδρούν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο οικογενειακών δεσμών. Μπορεί να υπάρχει αμοιβαία συναισθηματική εγγύτητα, εμπιστοσύνη, και κυρίως στήριξη σε απαιτητικές περιόδους για την οικογένεια, όπως είναι το διαζύγιο των γονέων, η ασθένεια, και άλλα (Manoogian et al, 2017).

Ειδικότερα στις περιπτώσεις οικογενειών με γονική ψυχική νόσο διαμορφώνονται 'διαγενεακά' νοικοκυριά, υπό την έννοια ότι μπορεί να παραλείπεται μία γενιά από την φροντίδα του σπιτιού, είτε λόγω φυσικής απουσίας του γονιού (νοσηλείες, κ.λπ.) είτε ανεπάρκειας λόγω των προβλημάτων της ψυχικής νόσου (Goodman, 2007). Η ίδια συγγραφέας θεώρησε ότι μπορεί να δημιουργηθεί ένα ισχυρό τρίγωνο στην οικογένεια -κατά τον ορισμό που δόθηκε νωρίτερα στην παρούσα συζήτηση- που αφορά τη σχέση του παιδιού, των παππούδων και του γονιού. Σε πρωθύστερη μελέτη του 2003 που παραθέτει η ίδια συγγραφέας (Goodman, 2007) περί της ευζωίας 987 γιαγιάδων σε τέτοιου είδους νοικοκυριά προέκυψαν οι εξής τύποι τριγώνων: τρίγωνα με ισχυρή τριπλή δέσμευση των γιαγιάδων, του γονιού και του παιδιού, τρίγωνα με διπλή δέσμευση όπου το ένα μέλος λειτουργεί ως γέφυρα για τα άλλα δύο όταν υπάρχει απόσταση ή σύγκρουση, τρίγωνα στα οποία υπάρχει μία δυνατή σχέση και το τρίτο μέλος είναι συναισθηματικά αποκλεισμένο, και τρίγωνα στα οποία όλες οι σχέσεις είναι αδύναμες. Ένα σημαντικό εύρημα σε αυτή τη μελέτη είναι ότι υπάρχει αίσια έκβαση για τα παιδιά όταν υπάρχει παππούς ή γιαγιά στο ρόλο του φροντιστή ακόμη και στη συνθήκη της παραμέλησης από το γονιό του.

Η Roehlmann (2003) θεωρεί ότι η θεωρία του συναισθηματικού δεσμού είναι η πλέον κατάλληλη για την μελέτη της σχέσης των παππούδων με τα εγγόνια ειδικά στις οικογένειες με ιδιαιτερότητες διότι μας δίνει ένα εμπειριστατωμένο θεωρητικό πλαίσιο για τη μελέτη δυαδικών σχέσεων, αφορά διαγενεακές σχέσεις και όλη την πορεία της ζωής, μελετά ταυτόχρονα τις αλληλεπιδράσεις των συμπεριφορικών, γνωστικών, συναισθηματικών και διαπροσωπικών δυναμικών, και δίνεται ιδιαίτερη σημασία σε περιπτώσεις αποχωρισμών ή απωλειών. Σε μία συνθετική ανασκόπηση που αφορούσε τις ανάγκες των παππούδων που φροντίζουν τα εγγόνια (Choi et al., 2016) τονίστηκε η σημασία της ευζωίας των παππούδων προκειμένου να μπορούν να συνεχίσουν να παρέχουν την φροντίδα ειδικά σε θέματα διαχείρισης στρες αλλά και της σημασίας που έχει η επίσημη και ανεπίσημη κοινωνική υποστήριξη, η αντιμετώπιση της

κοινωνικής απομόνωσης από ομοτίμους, η μοναξιά από πλευράς συντροφικότητας καθώς και η αντιμετώπιση ειδικών συνθηκών, όπως είναι τα προβλήματα υγείας τόσο των ίδιων των παππούδων, των παιδιών τους που νοσούν ψυχιατρικά και των εγγονών τους. Ο Edwards (2009) τονίζει ότι δεν έχουν γίνει πολλές μελέτες που να αφορούν στην επίδραση που έχει στα παιδιά η σχέση φροντίδας από τους παππούδες όταν οι γονείς έχουν προβλήματα μεταξύ των οποίων είναι και τα ψυχιατρικά, και από τις λίγες μελέτες που υπάρχουν παραθέτει ευρήματα που αφορούν αισθήματα ματαιότητας και θυμού κυρίως προς τον πάσχοντα γονιό, υψηλό στρες και κατάθλιψη για την 'απώλεια' του πάσχοντος γονιού, σύγχυση για το νέο ρόλο των παππούδων ως γονείς, φόβο για το μέλλον, ενίοτε παλινδρομούν σε διάφορους τομείς (άγχος αποχωρισμού, νυχτερινή ενούρηση, κ.λπ.), μπορεί να υπάρχει ανεπάρκεια κοινωνικών δεξιοτήτων, συμπεριφορές εκδραμάτισης ή έντονη ντροπή.

Το βίωμα των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού

Η τρίτη θεματική κατηγορία αφορά το βίωμα των συμμετεχόντων για τις ψυχιατρικές δυσκολίες του γονιού, και πιο συγκεκριμένα τη γνώση που έχουν για την ψυχιατρική διάγνωση, την κλινική εικόνα, την πορεία των ψυχιατρικών εκδηλώσεων, τις νοσηλείες, τις απόπειρες αυτοκτονίας και την πρόσληψη που έχουν σχηματίσει για την στάση των μελών της οικογένειας για τα προβλήματα του πάσχοντος γονιού. Σχετικά με τις γνώσεις για την ψυχιατρική διάγνωση, ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στις οικογένειες με γονική ψυχική νόσο είναι ότι τα παιδιά δεν γνωρίζουν από επίσημα χείλη από τι πάσχει ο γονιός, και το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών (Murphy et al., 2015a; Reupert et al., 2020; Villate et al., 2022; Wahl et al., 2017). Το αποτέλεσμα αυτού είναι να διαμορφώνουν τη δική τους άποψη μεγαλώνοντας καθώς έρχονται σε επαφή μέρα με την ημέρα χωρίς να είναι βέβαιοι ότι η δική τους πρόσληψη είναι σωστή, ειδικά όταν το οικογενειακό περιβάλλον διατηρεί αποκρυπτική στάση ή ενεργά προσπαθεί να τους αποπροσανατολίσει προς την ιδέα ότι 'δεν συμβαίνει τίποτα', όπως είδαμε στην περίπτωση του Μάριου. Η οπτική των διαγνώσεων είναι δύσκολη ούτως ή άλλως δεδομένου ότι πολλές φορές είναι ρέουσες, δηλαδή οι ασθενείς λαμβάνουν διαφορετικές διαγνώσεις σε διαφορετικές περιόδους της ζωής τους ή λαμβάνουν διαφορετικές

διαγνώσεις από διαφορετικούς θεράποντες. Σε κάποιες έρευνες έχει υποστηριχτεί η σταθερότητα της διάγνωσης της σχιζοφρένειας ως νοσολογική οντότητα και μάλιστα σε πολύ υψηλά ποσοστά (Harvey et al., 2012), δηλαδή αν λάβει κανείς την συγκεκριμένη διάγνωση είναι πολύ πιθανό να την λάβει ξανά στο μέλλον. Εντούτοις, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συμβάλλουν σε μία διαγνωστική αστάθεια, όπως είναι πραγματικές αλλαγές της νόσου στο άτομο, η μη σταθερότητα στην παροχή πληροφοριών (σε αξιολογήσεις μεταπαρακολούθησης μπορεί να παρέχονται περισσότερες πληροφορίες από τους οικείους αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς), της αστάθειας στην κλινική παρατήρηση (δηλαδή δύο παρατηρητές να αξιολογούν διαφορετικά το ίδιο σύμπτωμα), (Veen et al., 2004). Σε μία μελέτη περί της σταθερότητας της διάγνωσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο τα μισά υποκείμενα είχαν ξεκινήσει με την ίδια διάγνωση αρχικά πριν συμμετάσχουν. Τα περισσότερα υποκείμενα είχαν αλλαγή από μία άλλη διάγνωση προς την διάγνωση της σχιζοφρένειας παρά από την διάγνωση της σχιζοφρένειας προς μία άλλη διάγνωση. Οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να έχουν αλλαγή στη διάγνωση από σχιζοφρένεια σε κάποια άλλη διαταραχή, ενώ οι άνδρες είχαν περισσότερες αλλαγές από άλλες διαταραχές προς σχιζοφρένεια (Chen et al., 1996).

Επιπροσθέτως, είναι πολύ συνηθισμένη η συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που παραβλέπονται από το βάρος της διάγνωσης μίας μείζονος ψυχικής διαταραχής. Η έννοια της συννοσηρότητας στη σχιζοφρένεια αφορά την ταυτόχρονη διάγνωση με άλλη νοσολογική οντότητα, κυρίως άγχος, κατάθλιψη και χρήση ουσιών (Buckley, 2009). Οι Tsai & Rosenheck (2013) σε σχετική έρευνα βρήκαν τρία διακριτά προφίλ συννοσηρότητας σε σχέση με τη σχιζοφρένεια: άτομα χωρίς συννοσηρότητα, άτομα με συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης και άτομα με χρήση ουσιών. Στην περίπτωση της ταυτόχρονης διάγνωσης σχιζοφρένειας και χρήσης ουσιών στην βιβλιογραφία αναφέρεται ως διπλή διάγνωση (Drake και συν., 2007) και σε κάποιες μελέτες έχει βρεθεί ότι περίπου το 50% των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένεια κάνουν χρήση ουσιών. Ομοίως, πολύ υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας υπάρχουν και στην περίπτωση της κατάθλιψης και του άγχους, με αποτελέσματα που επιβαρύνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς αλλά και την ποιότητα ζωής (Buckley, 2009). Η συννοσηρότητα βεβαίως μπορεί να ισχύει και για σωματικά νοσήματα, όπως φάνηκε και στην παρούσα έρευνα, με προεξάρχοντα το διαβήτη, την υπερλιπιδαιμία, καρδιαναπνευστικά προβλήματα,

παχυσαρκία, κ.λπ., τα οποία συνδέονται στη βιβλιογραφία κυρίως με δυσκολίες στην αναγνώριση και στην διαχείριση της ιατρικής κατάστασης των ασθενών με σχιζοφρένεια (Lambert et al., 2003).

Στην παρούσα έρευνα, κάποιοι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η ψυχιατρική κατάσταση του γονιού είναι μία φυσιολογική συμπεριφορά και δεν έχουν συνειδητοποιήσει ότι υπάρχει πρόβλημα υγείας. Οι συμμετέχοντες έχουν περάσει από διάφορα στάδια σχετικά με την αντίληψή τους για τη διάγνωση του πάσχοντος γονιού. Στην κατηγορία αυτή υπήρχε η δυνατότητα από τον ερευνητή να διασταυρωθούν στην πλειοψηφία του δείγματος οι διαγνώσεις που είχαν δοθεί από τις υπηρεσίες, τυπικά ή άτυπα, δηλαδή από τη μελέτη των ιατρικών φακέλων ή από προφορική επικοινωνία με τον θεράποντα ψυχίατρο. Ένα πολύ συνηθισμένο μοτίβο στην παρούσα έρευνα είναι η σύγχυση που έχει δημιουργηθεί στα παιδιά για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής ή της σχιζοφρένειας. Η σύγχυση αυτή μπορεί να σχετίζεται κατά την πρόσληψη του ερευνητή με το μακρύ ψυχιατρικό ιστορικό του πάσχοντος γονιού ή με το ότι τα παιδιά έχουν απόσταση από την πλευρά της υγείας του γονιού και δεν γνωρίζουν αρκετές πλευρές της ζωής του, ή ότι η διπολική διαταραχή τους φαίνεται ότι είναι λιγότερο βαριά από τη σχιζοφρένεια ή την σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, και την προτιμούν όταν καλούνται να ονομάσουν το πρόβλημα του γονιού. Σε μία αφήγηση η συμμετέχουσα διαπίστωσε ότι η μητέρα της είχε λάβει πέντε διαγνώσεις από την κατηγορία των μειζόνων ψυχικών διαταραχών στο πέρασμα των χρόνων. Στην παρούσα έρευνα σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν γνώριζαν τη διάγνωση του γονιού, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν. Σε κάποιες περιπτώσεις αναζήτησαν μόνοι τους πληροφορίες μέσω του διαδικτύου. Ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι σε μία περίπτωση η συμμετέχουσα δεν επιθυμούσε να γνωρίζει τη διάγνωση του πατέρα της και προσπαθούσε ενεργά να το αποφύγει. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εντούτοις είχε βιωματική επαφή και γνώση για τα μεμονωμένα ψυχιατρικά συμπτώματα του γονιού ακόμη κι αν δεν γνώριζαν τη διάγνωση, όμως συχνά τα ενέτασσαν στις δύσκολες πλευρές της προσωπικότητας του γονιού ή στη δυσλειτουργία του ευρύτερου οικογενειακού πλαισίου παρά στην ψυχική νόσο αυτή καθαυτή.

Σχετικά με την πρόσληψη των συμμετεχόντων για την κλινική εικόνα του γονιού, συναντάμε έναν από τους πυρήνες του ψυχικού τραύματος των παιδιών που έχουν την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. Πρόκειται για δύσκολα βιώματα που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι επαναλαμβανόμενα στην αναπτυξιακή πορεία των παιδιών. Σε πολλές αφηγήσεις φαίνεται ότι τα παιδιά δεν είχαν την ευκαιρία να μοιραστούν αυτές τις εμπειρίες, είτε επειδή δεν επιτρεπόταν από την οικογένειά τους, λόγω εσωστρέφειας ή έλλειψης εμπιστοσύνης, είτε γιατί δεν είχαν συνειδητοποιήσει το μέγεθος των αντίξοης φύσης των βιωμάτων με αποτέλεσμα για πολλά χρόνια να τα θεωρούν φυσιολογικά. Ως εκ τούτου, το ότι τα μοιράζονται σε ένα ερευνητικό πλαίσιο είναι μια πολύ σημαντική πράξη από μόνο του, (γεγονός που εγείρει στον ερευνητή αίσθημα ευθύνης). Οι περιγραφές των αντιξοοτήτων αυτών ουσιαστικά προσδίδουν μία πολύ καθαρή εικόνα για την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού, σα να διαβάζει κανείς εγχειρίδιο ψυχιατρικών νοσολογικών οντοτήτων και σε συνάρτηση με το προηγούμενη ενότητα περί γνώσης για την ψυχιατρική διάγνωση του γονιού μπορούμε να πούμε ότι ακόμη κι αν δεν γνωρίζουν το επίσημο όνομα της διαταραχής, γνωρίζουν πολύ καλά το περιεχόμενο.

Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν οι αντιλήψεις των παιδιών για τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας του γονιού. Τα θετικά αφορούν μία υπερβολική ή μία παραποίηση της φυσιολογικής λειτουργίας όπως για παράδειγμα είναι οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις, η αποδιοργανωτική συμπεριφορά και τα αρνητικά αναφέρονται στην μείωση ή την απουσία συμπεριφορών που συνδέονται με τα κίνητρα και τα ενδιαφέροντα, όπως είναι η ανηδονία, η ελλιπής κοινωνικότητα, το επίπεδο συναίσθημα (Rabinowitz και συν., 2012). Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας θεωρούνται από τα πυρηνικά στοιχεία της νόσου και ευθύνονται για την φτωχή λειτουργικότητα. Τα αρνητικά συμπτώματα διακρίνονται στα πρωτογενή που είναι εγγενή στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας και τα δευτερογενή που σχετίζονται με ιατρικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η φαρμακοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα στα θετικά και δευτερογενή αρνητικά συμπτώματα αλλά όχι τόσο στα πρωτογενή αρνητικά (Correll & Schooler, 2020; Rabinowitz et al., 2012). Στην παρούσα έρευνα τα θετικά συμπτώματα αναφέρονταν πιο συχνά, ίσως επειδή η αρνητική συμπτωματολογία να προκαλούσε περαιτέρω σύγχυση λόγω της ομοιότητας με τα συμπτώματα άλλων ψυχικών καταστάσεων όπως της κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι η πιο

δύσκολη διαχείριση αφορούσε στα θετικά συμπτώματα, κυρίως εκείνα που περιλάμβαναν έντονες εκδραματίσεις, παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις. Βασικά στοιχεία στη δυσφορία των παιδιών ήταν η επιθετικότητα του γονιού, η αίσθηση ότι ο γονιός χάνει τον εαυτό του και η εικόνα της οικογένειας προς τα έξω. Κατά την πρόσληψη του ερευνητή αυτό το χάσμα μεταξύ του υποκειμενικού βιώματος των συμμετεχόντων ότι τα θετικά συμπτώματα είναι πιο σοβαρά σε σχέση με τα αρνητικά και την άποψη των ειδικών ότι τα αρνητικά είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν σε σχέση με τα θετικά ενδέχεται να δημιουργεί σύγχυση, διότι τα αρνητικά συμπτώματα μπορεί να αναφέρονται από τους φροντιστές λιγότερο συχνά στους ειδικούς, ως λιγότερο σημαντικά με πιθανές επιπτώσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ένα άλλο στοιχείο που προέκυψε από την ανάλυση ήταν η αντίληψη των παιδιών για τις εξάρσεις και υφέσεις της νόσου τις οποίες ενίοτε συνδέουν με στρεσογόνους παράγοντες, κι άλλες φορές δεν μπορούν να υποθέσουν τι μπορεί να πυροδότησε το γονιό. Σε κάποιες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί κλινικά ότι υπάρχει μία εποχικότητα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων, και έχουν προταθεί διάφορες επιστημονικές υποθέσεις για αυτό. Εκτός από ενδογενείς και κοινωνικούς παράγοντες έχει σημειωθεί στη βιβλιογραφία και η εποχικότητα σε σχέση με τις περιβαλλοντικές και κλιματολογικές συνθήκες (Jahan et al., 2020). Οι συμμετέχοντες, επιπλέον, αντιλαμβάνονται τα πρώιμα σημεία που αποτελούν προπομπό για την εμφάνιση της υποτροπής του γονιού τους. Οι Birchwood et al., (2000), σε μία ανασκόπηση παραθέτουν ότι τα πρώιμα συμπτώματα που οδηγούν στην υποτροπή μπορεί να περιλαμβάνουν αρχικά μικρές αλλαγές στην σκέψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά. Στη σχιζοφρένεια είναι πιο συχνά τα δυσφορικά συμπτώματα (καταθλιπτική διάθεση, απόσυρση, διαταραχές ύπνου και διατροφής) και ακολουθούν αυτά που είναι πιο καθοριστικά της ψύχωσης (π.χ. ιδέες διώξεως, καχύποπτος ιδεασμός). Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να συμβαίνουν σε μία προβλεπόμενη σειρά, που στην αρχή εμφανίζονται τα μη ψυχωτικά φαινόμενα, στη συνέχεια ακολουθούν αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής αναταραχής και τέλος έρχονται τα αμιγή ψυχωτικά συμπτώματα. Οι ψυχιατρικές υποτροπές είναι πολύ συχνές στα άτομα με σχιζοφρένεια αλλά υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στη φύση και στο χρόνο εκδήλωσης των πρώιμων συμπτωμάτων και για αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη περισσότερο η εξατομικευμένη πορεία του κάθε ασθενή. Σε κάποιες έρευνες έχει βρεθεί ότι οι

ίδιοι οι ασθενείς μπορούν να εντοπίσουν τα πρώιμα συμπτώματα εξίσου καλά με τους ψυχιάτρους (Morris et al., 2013). Χαρακτηριστικό παράδειγμα πρόσληψης πρώιμων σημείων είδαμε στην αφήγηση της Αλεξάνδρας που σχολίασε ότι καταλάβαινε την επερχόμενη υποτροπή *‘από το βλέμμα’* της μητέρας της. Σε μία έρευνα για τα πρώιμα συμπτώματα ειδικά σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας προέκυψαν πέντε διαστάσεις: η συναισθηματική δυσφορία και παράξενες πεποιθήσεις και προσλήψεις, η ελλειμματική λειτουργικότητα, οι αλλαγές στην ψυχοβιολογική και νευρολογική λειτουργικότητα, η καχυποψία με δυσκολίες στη συγκέντρωση, η ευερεθιστότητα και επιθετικότητα (Norman et al., 2005). Κάποιες φορές οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού μέσω των αλλαγών στην εξωτερική εμφάνιση, ή σε σχέση με τη λήψη ή την παράλειψη της φαρμακευτικής αγωγής. Σύμφωνα με τους Haddad et al. (2014) η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αν και αφορά όλες τις χρόνιες ασθένειες, ειδικά στη σχιζοφρένεια τα ποσοστά αποφυγής είναι πολύ υψηλά και κάποιες φορές ξεπερνούν το 50% του πληθυσμού των ασθενών. Όπως είναι ευνόητο το πιο σημαντικό κόστος της μη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή είναι ο μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης ψυχιατρικής υποτροπής με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο και την οικογένεια, όσο και σε επίπεδο υπηρεσιών, όπως είναι η ψυχιατρική νοσηλεία, η χρήση των επειγόντων ψυχιατρικών υπηρεσιών, η βία και η θυματοποίηση, η χρήση ουσιών, η φτωχότερη νοητική λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής, απόπειρες αυτοκτονίας. Ειδικά σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή είναι η κυριότερη αιτία νοσηλείας.

Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να είναι εμπρόθετη (ενεργή αποφυγή από το φόβο των παρενεργειών) μπορεί και όχι (πρακτικά προβλήματα δεν επιτρέπουν τη συμμόρφωση, π.χ. ο ασθενής το ξέχασε, δεν κατανόησε τις οδηγίες, δεν μπορεί να διαχειριστεί μόνος του τις ιατρικές συνταγές), (Haddad et al., 2014). Σύμφωνα με τους Sendt et al. (2015) η πιο θετική στάση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η ενδοσκοπήση για την ψυχική νόσο ήταν οι μόνοι παράγοντες που σχετίζονταν σταθερά με καλύτερη συμμόρφωση, γεγονός που δεν περιεγράφηκε από τους συμμετέχοντες για τους πάσχοντες γονείς. Κάποιοι συμμετέχοντες συνέδεαν τη σωματική εικόνα του πάσχοντος γονιού με τα συμπτώματα της νόσου, όπως στην περίπτωση της αφήγησης του Πέτρου για τη μητέρα του. Ειδικότερα για την περίπτωση αύξησης

του βάρους και τη σωματική εικόνα, οι Faulkner et al., (2010) υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία είναι ένα κοινό πρόβλημα στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια το οποίο έχει αυξηθεί τελευταία λόγω της διαδεδομένης χρήσης των αντιψυχωτικών δεύτερης γενιάς πολλά από τα οποία έχουν συνδεθεί με μεταβολικές διαταραχές και αύξηση του βάρους, αλλά συνδέεται και με άλλους παράγοντες όπως οι γενετικοί, ο τρόπος ζωής, και άλλοι.

Σχετικά με τη πρόσληψη των συμμετεχόντων για την πορεία των προβλημάτων του γονιού από την ανάλυση προέκυψαν οι διαστάσεις της αρχικής αντίληψης των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού, η πρόσληψη των ψυχιατρικών υποτροπών, και η εικόνα που έχουν σχηματίσει για το γονιό τα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών. Η αρχική αντίληψη για τις δυσκολίες του γονιού σε κάποιους συμμετέχοντες συμβαδίζει χρονικά με τις πρώιμες αναμνήσεις για τον εαυτό και την οικογένειά τους, ως εκ τούτου είναι εξοικειωμένοι με αυτή τη συνθήκη, ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν γνωρίζουν τη διάγνωση. Η αρχική αντίληψη μπορεί να διαμορφώθηκε με αφορμή ένα συγκεκριμένο γεγονός που αφορούσε τις ευρύτερες συνθήκες της οικογένειας ή την ξαφνική αλλόκοτη συμπεριφορά του ίδιου του ασθενή και των οικείων, ή μπορεί να επήλθε σταδιακά σε περιόδους που τα συμπτώματα ήταν πιο ήπια και συγχέονταν με τις δύσκολες πλευρές της προσωπικότητας του γονιού ή τις αντιδράσεις σε αντίξοες συνθήκες. Σύμφωνα με την άποψη του ερευνητή, με βάση την κλινική του εμπειρία, σε κάθε περίπτωση η πρόσληψη της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού δεν ταυτίζεται σε όλες τις περιπτώσεις με την συνειδητοποίηση της κατάστασης αυτής και των επιπτώσεων που έχει στον ψυχισμό του παιδιού και την οικογένεια, αλλά είναι μία συνεχής διεργασία εσωτερικής διαπραγμάτευσης που ουσιαστικά δεν μπορούμε να πούμε ότι έχει ένα συγκεκριμένο τέλος, όπως θα δούμε και παρακάτω. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε μία περίπτωση, στο πλαίσιο της έρευνας, η αρχική πρόσληψη του συμμετέχοντα για το ψυχιατρικό επεισόδιο της μητέρας του που σχηματίστηκε όταν ήταν στο δημοτικό ήταν θολή, και η εμπειρία του διαμορφωνόταν στο διάλογο, στο εδώ και τώρα της συνέντευξης μέσα από αναμνήσεις και συναισθήματα, και καθώς μιλάει, συνθέτει μέρη της μνήμης και βουρκώνει, ίσως για πρώτη φορά, μπροστά σε κάποιον για αυτά τα θέματα.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες του δείγματος έχουν επίσης το βίωμα των υποτροπών του γονιού με βασικότερη αιτία την εκούσια διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, και με υψηλή

συχνότητα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η συχνότητα προσδιορίζεται σε συγκεκριμένες εποχές. Οι συχνές υποτροπές ενίοτε επιτάσσουν στα παιδιά να είναι διαρκώς άγρυπνα, στη θέση του παρατηρητή, προκειμένου να κινητοποιηθούν άμεσα. Σε μία ανασκόπηση βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών είναι πολύ υψηλός όταν διακόπτεται η φαρμακευτική αγωγή ακόμη και μετά από ένα μοναδικό ψυχωσικό επεισόδιο, ότι μία μακρά περίοδος θεραπείας πριν την διακοπή των φαρμάκων δεν μειώνει τον κίνδυνο για υποτροπή, ενίοτε η υποτροπή μπορεί να επέλθει και χωρίς προειδοποιητικά σημάδια και πάρα πολύ γρήγορα μετά την διακοπή των φαρμάκων, καθώς και όταν ξεκινούν πάλι τα φάρμακα μετά την υποτροπή η ανταπόκριση των ασθενών μπορεί να μην είναι η ίδια (Emsley et al., 2013). Σε έρευνες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου γενικότερα για υποτροπή βρέθηκαν η μικρή συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, η ανεργία, η μειωμένη ικανότητα στην κάλυψη αναγκών της καθημερινότητας, η ανεπαρκής ιατρική ασφάλιση, το ιατρικό κόστος της φροντίδας και το χαμηλό εισόδημα (Mi et al., 2020). Η εικόνα του γονιού που έχουν οι συμμετέχοντες στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών ποικίλει. Αρκετοί υποστήριξαν ότι ο γονιός είχε ψυχική σταθερότητα και επάρκεια στην άσκηση των γονικών του καθηκόντων. Σε περιπτώσεις συγκρούσεων οι περισσότερες αφορούσαν στον έλεγχο λήψης φαρμακευτικής αγωγής, στην προσπάθεια των παιδιών να κινητοποιήσουν το γονιό – κόντρα στην παραμένουσα αρνητική συμπτωματολογία της ψύχωσης, και τις σχέσεις του γονικού ζεύγους.

Η εμπειρία των παιδιών για τις νοσηλείες του γονιού σε ψυχιατρικές κλινικές ήταν τραυματική διότι κάθε νοσηλεία ακολουθούσε μετά από μία πολύ σοβαρή υποτροπή, η διαδικασία της προσαγωγής ήταν συνήθως βίαιη ή επίπονη για τα παιδιά, και η παραμονή αυτή καθ' αυτή στην κλινική συνήθως ήταν αντίξοη. Με τη νοσηλεία του γονιού σύμφωνα με τους συμμετέχοντες διασπάται η συνοχή της οικογένειας για μεγάλα διαστήματα, αλλάζει η οικογενειακή ρουτίνα, η οικογενειακή ιεραρχία και εγείρεται μεγάλη ανασφάλεια. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών (Metz & Jungbauer, 2021). Οι συμμετέχοντες εκφράζουν το φόβο για τις επιπτώσεις της νοσηλείας του γονιού στη σχέση τους. Σε αντίστοιχες έρευνες έχει εκφραστεί φόβος για την απουσία λόγω της νοσηλείας (Foster 2010; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019), ότι ο αποχωρισμός θα είναι μόνιμος (Gladstone et al., 2011), ότι ο γονιός θα πεθάνει (Yamamoto & Keogh 2018), ή ότι δεν ανανήψει ποτέ κατά τη

νοσηλεία (Gladstone et al., 2011). Άλλες φορές εκφράζεται ένας ευρύτερος φόβος για τις νοσηλείες χωρίς να προσδιορίζονται ακριβώς οι συγκεκριμένες διαστάσεις (Mordoch & Hall, 2008).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της έρευνας έχουν μεγάλη εμπειρία των νοσηλείων του γονιού από πολύ μικρή ηλικία, τόσο ακούσιες όσο και εκούσιες. Οι ακούσιες προσαγωγές ήταν μία συχνή εμπειρία στις αφηγήσεις, και βιώνονταν πολύ τραυματικά λόγω της συμβολής της αστυνομίας και των έντονων αντιστάσεων του πάσχοντος γονιού που δημιουργούσαν πολύ δύσκολες εικόνες για τα παιδιά. Σε κάποιες περιπτώσεις τα παιδιά ακόμη και σε μικρή ηλικία ήταν υπεύθυνα για την εκκίνηση της ακούσιας προσαγωγής ελλείψει άλλων διαθέσιμων προσώπων. Σε ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες για την εμπειρία αναγκαστικής νοσηλείας ατόμων με ψύχωση προέκυψαν αρνητικές και θετικές οπτικές από την πλευρά των ασθενών. Οι αρνητικές περιλάμβαναν: τον περιορισμό της αυτονομίας και μη συμμετοχής στις αποφάσεις για θεραπεία, την ποιότητα της φροντίδας, τον συναισθηματικό αντίκτυπο, τη ντροπή και το στίγμα. Οι θετικές οπτικές περιλάμβαναν: τον σεβασμό και αυτονομία, την φροντίδα για θεραπευτικούς σκοπούς, τη βελτίωση της κλινικής εικόνας (Katsakou & Priebe, 2006, 2007; Rusch et al., 2014). Από την πλευρά των παιδιών εκτός από τα παραπάνω υπήρχε ντροπή για τις ακούσιες νοσηλείες του γονιού, ειδικά στις περιπτώσεις της συνδρομής της αστυνομίας (Kadish, 2015; Rölkki et al., 2004; Somers, 2007). Σε μία έρευνα που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τη διαδικασία των ακούσιων νοσηλείων [EUNOMIA] σε 12 χώρες, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, τονίστηκε η σημασία ενημέρωσης των ασθενών για τους λόγους της νοσηλείας και της πιθανής διάρκειας, η ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η ενθάρρυνση συμμετοχής των οικογενειακών μελών, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των θεραπευτικών ομάδων και των κοινοτικών υπηρεσιών, η οργάνωση των υπηρεσιών και η εκπαίδευση σε κλινικά θέματα (Fiorillo et al., 2011). Η ακούσια νοσηλεία σε κάθε περίπτωση αποτελεί μία διαδικασία που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής λόγω των παρενεργειών που μπορεί να επιφέρει σε όλα τα επίπεδα, είναι εντούτοις μία σημαντική επιλογή στις περιπτώσεις που απαιτείται θεραπεία μίας ψυχιατρικής διαταραχής και το άτομο δεν είναι σε θέση να συναινέσει τη στιγμή της οξείας φάσης, ειδικά όταν συνοδεύεται από τον κίνδυνο για τους άλλους ή τον εαυτό (Zhang et al., 2015). Η εκούσια προσαγωγή ήταν επίσης

τραυματική εμπειρία στην παρούσα έρευνα γιατί ο γονιός έπρεπε να πειστεί να εισαχθεί στην κλινική με τη θέλησή του προκειμένου να αποφευχθεί η βίαιη προσαγωγή με την αρωγή της αστυνομίας, κι αυτό πολλές ήταν πολύ δύσκολο να επιτευχθεί, και αποτελούσε μία διαδικασία με ισχυρές εντάσεις.

Μία από τις πιο δύσκολες αναμνήσεις των συμμετεχόντων ήταν και οι συνθήκες νοσηλείας των πασχόντων γονιών τους, ειδικά στις περιπτώσεις που δεν είχαν συνειδητοποιήσει πλήρως την ψυχιατρική τους κατάσταση, κυρίως γιατί δυσκολεύονταν να αποδεχτούν ότι ο γονιός ήταν σε παρόμοιο επίπεδο με τους άλλους ασθενείς. Μερικοί συμμετέχοντες εξέφραζαν την αγωνία για τη λειτουργία της οικογένειας γιατί με την απουσία του γονιού στην κλινική μπορεί να μην υπήρχε άλλο πρόσωπο να βοηθήσει στην κάλυψη των αναγκών. Από την άλλη μεριά, υπήρξαν και αρκετές αφηγήσεις σύμφωνα με τις οποίες τα παιδιά ένιωθαν ανακούφιση για τη νοσηλεία του γονιού, προκειμένου να τύχει πληρέστερης φροντίδας από τις θεραπευτικές ομάδες των κλινικών, και να ξεκουραστούν οι ίδιοι από τη διαρκή φροντίδα των γονιών στην οξεία φάση της νόσου, ειδικά στις περιπτώσεις απουσίας του υγιούς γονιού ή άλλων προσώπων. Αυτό επικυρώνεται σε αρκετές έρευνες στη βιβλιογραφία (Knutsson – Medin et al., 2007; Yamamoto & Keogh 2018). Σε μία ποιοτική έρευνα σχετικά με την εμπειρία των νοσηλειών των ασθενών σε ψυχιατρική κλινική (κι όχι απαραίτητα σε σχέση με τη συνθήκη της αναγκαστικής νοσηλείας), ανέκυψαν από την ανάλυση οι θεματικές κατηγορίες που αφορούν στην ποιότητα της επικοινωνίας, την ασφάλεια, την εμπιστοσύνη, την ίδια τη θεραπεία, τις πολιτισμικές διαφορές κυρίως σε μετανάστες, την ελευθερία, και το περιβάλλον (Gilburt et al., 2008). Στη βιβλιογραφία, όπως και στην παρούσα έρευνα, τα ίδια τα παιδιά αναφέρουν ότι όταν επισκέπτονται το γονιό στην ψυχιατρική κλινική περνούν δύσκολα (Dam et al., 2018). Ανεξάρτητα από τη συνθήκη εκούσιας ή ακούσιας νοσηλείας του γονιού, τα παιδιά εκφράζουν το παράπονο της έλλειψης ενημέρωσης ή της ελλιπούς μέριμνας και της ανεπαρκούς διαχείρισης των αναγκών των παιδιών, όπως βλέπουμε άλλωστε και σε πολλές μελέτες (Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Mechling, 2016; Murphy et al., 2011).

Εξίσου δύσκολο με την εμπειρία της νοσηλείας του γονιού είναι και το βίωμα των αποπειρών αυτοκτονίας. Στο παρόν δείγμα αρκετοί συμμετέχοντες είχαν την εμπειρία αποπειρών αυτοκτονίας των γονιών τους, συνθήκη κατά την οποία τα παιδιά κινητοποιούνταν

σε διαρκή επιτήρηση από το φόβο της επανάληψης της προσπάθειας. Η εμπειρία της απόπειρας αυτοκτονίας του γονιού αλλά και ο έντονος φόβος μίας ενδεχόμενης απόπειρας αποτελεί εύρημα στην πλειοψηφία των ερευνών (Ahlstrom et al., 2011; Duncan & Browning, 2009; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Knutsson – Medin et al., 2007; Metz & Jungbauer, 2021; Murphy et al. 2015b; Spiegelhoff et al., 2011; Trondsen, 2012). Οι περισσότεροι πάσχοντες γονείς στο παρόν δείγμα διέπραξαν απόπειρες κυρίως με την υπερβολική λήψη φαρμάκων που αποτελούσαν μέρος της φαρμακευτικής αγωγής, είτε ορμώμενοι από συναισθήματα απελπισίας και αγανάκτησης για την κατάστασή τους, είτε υπό το κράτος παραληρητικών ιδεών. Οι άμεσες συνέπειες των αποπειρών ήταν εξίσου δύσκολες διότι τα παιδιά έπρεπε να διαχειριστούν τη διπλή νοσηλεία του γονιού, μία στην παθολογική κλινική για τον έλεγχο των σωματικών επιπτώσεων της απόπειρας, και μία στην ψυχιατρική κλινική που παραπεμπόταν ο αυτόχειρας για την παροχή ψυχιατρικής μέριμνας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι στις περιπτώσεις που ο πάσχων γονιός είναι αποκρυπτικός της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και τα παιδιά το ανακαλύπτουν τυχαία (π.χ. βρίσκουν σημειώματα) τότε οι επιπτώσεις είναι ακόμη χειρότερες (Mechling, 2016). Έρευνες υποστηρίζουν ότι πάνω από το 10% των ατόμων με σχιζοφρένεια θα διαπράξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους απόπειρα αυτοκτονίας, ότι είναι 20 φορές πιο πιθανή η απόπειρα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, κι ότι 40% των ασθενών θα έχει τουλάχιστον μία απόπειρα σε όλη την πορεία της νόσου (Altamura et al., 2003; Pompili et al., 2007). Σύμφωνα με έρευνες υπάρχουν πολλές επιβλαβείς επιπτώσεις στα παιδιά γονέων που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, του άγχους, των μετατραυματικών συμπτωμάτων, των αποκλινουσών συμπεριφορών, την αίσθηση απόρριψης από το γονιό, αισθήματα ενοχής, ντροπής, θυμού και μομφών ενάντια στο γονιό (Jennings et al., 2010). Επίσης, είναι σημαντικά τα ευρήματα ερευνών σύμφωνα με τα οποία είναι αυξημένα τα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας στα παιδιά των γονέων με ιστορικό αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών, κι αυτό αφορά τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια. Σε μία μελέτη που αφορούσε ένα μεγάλο αριθμό παιδιών στη Δανία βρέθηκε πολύ ισχυρή συσχέτιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς γονέων και παιδιών, ειδικά εκείνα που εκτίθενται σε αυτή την εμπειρία στα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης (Ranning et al., 2021). Ομοίως έχει βρεθεί ότι υπάρχει αξιοσημείωτη αυτοκτονικότητα στα παιδιά ψυχικά πασχόντων

γονέων, παρά το ότι στο παρόν δείγμα αυτό δεν επιβεβαιώθηκε (Brummelhuis, 2022). Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μία ισχυρή τάση να διατρέχουν τις οικογένειες οι αυτοκτονικές συμπεριφορές. Έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις που αφορούν γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όμως οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει μέχρι σήμερα σε ολοκληρωμένες προτάσεις (Goodwin et al., 2004; Ranning et al., 2021).

Το βίωμα των συμμετεχόντων για την στάση των μελών της οικογένειας στο ψυχιατρικό πρόβλημα του γονιού σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων περιλαμβάνει τις διαστάσεις της στάσης των παππούδων/ γιαγιάδων, των αδελφών, του υγιούς γονιού και την προσωπική στάση του ίδιου του παιδιού. Σε αρκετές περιπτώσεις οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν ότι οι παππούδες/ γιαγιάδες διατηρούσαν στάση αποδοχής και φροντίδας για τον πάσχοντα γονιό και ενίοτε παρείχαν πρακτική βοήθεια στην οικογένεια. Εξάιρεση σε αυτό ήταν κάποιοι παππούδες και γιαγιάδες από την πατρική οικογένεια του υγιούς γονιού που είχαν συγκρουσιακή ή απόμακρη σχέση με τον πάσχοντα ανεξάρτητα της ψυχικής νόσου. Αρκετοί συμμετέχοντες είχαν την εμπειρία των παππούδων και των γιαγιάδων που δεν μπορούσαν να αποδεχτούν ότι το παιδί τους έχει ψυχιατρικό πρόβλημα με αποτέλεσμα να μην κινητοποιηθούν εγκαίρως για την παροχή ψυχιατρικής μέριμνας και να χαθεί πολύτιμος χρόνος.

Η πρόσληψη των παιδιών για τη στάση του υγιούς γονιού στα προβλήματα του πάσχοντος ποικίλουν στην παρούσα έρευνα. Τα παιδιά αντιλαμβάνονται ότι ο υγιής γονιός κάποιες φορές εκφράζει ευάλωτα συναισθήματα για την κατάσταση του συζύγου του, και κάποιες άλλες εκδηλώνει επιθετική και επικριτική συμπεριφορά, κυρίως υπό το κράτος των υποχρεώσεων που έχουν προκύψει από την ασθένεια. Προέκυψε επίσης ότι ο υγιής γονιός μπορεί να έχει αποκρυπτική συμπεριφορά προς τα παιδιά και τα μέλη της ευρύτερης οικογένειας για την ψυχιατρική κατάσταση του πάσχοντος είτε για προστασία είτε από το φόβο του κοινωνικού στιγματισμού. Σε κάποιες αφηγήσεις προέκυψε ακριβώς το αντίθετο, δηλαδή ο υγιής γονιός να έχει ανοιχτή στάση στα παιδιά, εξηγώντας ακριβώς την κατάσταση και προτρέποντας να κινητοποιηθούν για να τον βοηθήσουν. Η ανοιχτή στάση προς τα παιδιά όμως δεν συμβάδιζε πάντα με την ανοιχτή στάση στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Η πρόσληψη των συμμετεχόντων για τη στάση των αδελφών στο πρόβλημα του γονιού αφορά κυρίως την αποφυγή όχι μόνο της ψυχιατρικής του κατάστασης αλλά και της σχέσης γενικότερα. Η στάση

αυτή κατά τους συμμετέχοντες οφείλεται στη μειωμένη αντοχή των αδελφών ενόψει της οικογενειακής επιβάρυνσης που προκύπτει από το πρόβλημα του γονιού. Άλλες φορές οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται ότι τα αδέλφια έχουν στάση μη αποδοχής και για αυτό επιδίδονται σε συχνές συγκρούσεις με τον πάσχοντα γονιό, δεδομένου ότι δεν μπορούν να πιστέψουν ότι οι αλλόκοτες συμπεριφορές προέρχονται από την ψυχιατρική κατάσταση κι όχι από τα στοιχεία της προσωπικότητας. Υπάρχουν βεβαίως και αφηγήσεις που αναφέρονται στη στάση αποδοχής, ενδιαφέροντος και φροντίδας, αν και είναι λιγότερες στο παρόν δείγμα.

Τέλος, η προσωπική στάση των συμμετεχόντων για τα προβλήματα του γονιού αφορούν κι εδώ ζητήματα αποδοχής, τις συγκρούσεις, και την στάση φροντίδας και υπομονής. Σύμφωνα με τους Caqueo-Urízar et al. (2011) η στάση των οικογενειακών μελών αφορά κυρίως τον γνωστικό, το συναισθηματικό και το συμπεριφορικό τομέα. Όταν η στάση αυτή είναι αρνητική μέσα στην οικογένεια φαίνεται ότι η συναισθηματική διάσταση έχει την χειρότερη επίδραση και πυροδοτεί στον ασθενή αλλά και στον ίδιο τον φροντιστή καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτοκτονικό ιδεασμό και χρήση ουσιών. Σε μία έρευνα υποστηρίχτηκε ότι ο αντίκτυπος της επικριτικότητας των στενών συγγενών στα θετικά συμπτώματα διαμεσολαβούταν από τη σχέση με την αρνητική αυτοεκτίμηση κι αυτό έχει σημασία γιατί η αρνητική αυτοεικόνα στη σχιζοφρένεια συμβάλλει στην ανάπτυξη θετικών συμπτωμάτων (Barrowclough et al., 2003). Ο Mamnuah (2021) υποστηρίζει από την άλλη πλευρά ότι η στάση των οικείων στην οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει και προστατευτικά, όπως για παράδειγμα στην πρόληψη της υποτροπής, μέσω της αποδοχής, της βοήθειας, της ενστάλαξης της ελπίδας, και της επικοινωνίας. Σύμφωνα με τους Manao & Pardede (2019) η στάση των οικογενειακών μελών καθορίζεται και από το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο του οποίου αποτελούν μέλη και έχουν διαμορφώσει μία συγκεκριμένη στάση για τον εαυτό και τη ζωή, με αποτέλεσμα αυτό να μεταφέρεται στη σχέση με τον πάσχοντα. Μία συνήθης στάση που σχετίζεται με την διάσταση της αποδοχής στην παρούσα έρευνα σε κάποιες περιπτώσεις είναι η οπτική της μονιμότητας του ψυχιατρικού προβλήματος του γονιού, βάσει της οποίας όταν η νόσος είναι σε ύφεση τα παιδιά μπορεί να θεωρούν ότι δεν αποτελεί μία κατάσταση χρόνια, και να πιστεύουν ως εκ τούτου ότι η νόσος αφορά κυρίως τις υποτροπές. Αυτή η οπτική συνάδει με τις απόψεις κάποιων ερευνητών που προσεγγίζουν τη σχιζοφρένεια περισσότερο ως μία 'επεισοδιακή' νόσο σε ένα

άτομο με υπόβαθρο ευαλωτότητας, παρά το αντίθετο, δηλαδή ένα άτομο ασθενές με ενδιάμεσα επεισόδια υγείας (Harding et al., 1992). Η έννοια της χρονιότητας ακόμη και στον κόσμο των ειδικών είναι συνυφασμένη με τη σχιζοφρένεια. Η οπτική αυτή μπορεί να έχει πολλές επιπτώσεις τόσο στην ορθή κρίση των κλινικών όσο και στο σχεδιασμό των θεραπειών και της ευρύτερης πολιτικής για την αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων, αλλά πολλές φορές και στην οικογένεια και το ίδιο το άτομο. Αντ' αυτού, ο ασθενής μπορεί να θεωρηθεί ως ένας πιο ενεργός παράγοντας για τη ζωή του με πολλές δυνατότητες βελτίωσης σε διάφορα επίπεδα. Κι αυτό μπορεί να σημαίνει σύμφωνα με ερευνητές ότι δεν είναι τόσο μία χρόνια νόσος όσο μία παρατεταμένη νόσος (Chinman et al., 2001; Harding et al., 1992).

Ο αντίκτυπος της γονικής ψυχικής νόσου στα τέκνα

Η θεματική για τον αντίκτυπο της γονικής ψυχικής νόσου στο παιδί περιλαμβάνει τις κατηγορίες που σχετίζονται με την εμπειρία των συμμετεχόντων στο ρόλο του φροντιστή, το συναισθηματικό αντίκτυπο, τις αντίξοες αναμνήσεις, το στίγμα και την ανάπτυξη θετικών εφεδρειών και πηγών στήριξης. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή στον πάσχοντα γονιό ή όλη την οικογένεια αφορούσε όλους ανεξαιρέτως τους συμμετέχοντες της έρευνας. Η ανάληψη του ρόλου αυτού πραγματοποιούνταν μέσω 'ανάθεσης' από άλλα οικογενειακά μέλη ή με πρωτοβουλία των παιδιών. Παραδείγματα ανάθεσης αυτού του ρόλου βρίσκουμε στη βιβλιογραφία που αφορά κυρίως στην εμπειρία γονικής ψυχικής νόσου των εφήβων (Mordoch & Hall, 2008; Östman, 2008). Η πρωτοβουλία των ίδιων των παιδιών απέρρεε από την εκτίμηση του παιδιού για τις ανάγκες της οικογένειας και του γονιού. Σε παρόμοιες έρευνες φαίνεται ότι κινητοποιούνταν όταν έβλεπαν ότι δεν υπάρχει άλλο πρόσωπο να διαχειριστεί τις ανάγκες (Mordoch, 2010; Östman, 2008). Οι πιο συχνές ευθύνες που προέκυψαν στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων αφορούσαν τις οικιακές εργασίες κι αυτό αποτελεί το πιο συχνά εύρημα σε αντίστοιχες μελέτες (Aldridge & Becker, 2003; Aldridge, 2006; Griffiths et al., 2012; Handley et al., 2001; Mordoch, 2010; Mordoch & Hall, 2008; Pölkki et al., 2004; Riebschleger, 2004; Stallard et al., 2004). Η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή είχε προσωπικό κόστος την ελλιπή κάλυψη των ατομικών αναγκών. Στη βιβλιογραφία οι συμμετέχοντες νιώθουν εγκλωβισμένοι στο ρόλο αυτό (Van Parys et al., 2015), αισθάνονται

σωματική και συναισθηματική απομόνωση (McCann et al., 2015), αποτελεί εμπόδιο στους προσωπικούς στόχους (Blake-Holmes, 2019) και γίνονται πρόωρα ώριμοι αναλαμβάνοντας έργα που δεν αρμόζουν στην ηλικία τους (Mechling 2011). Ενίοτε, η ανάληψη αυτών των ευθυνών αφορούσε κι άλλα άτομα στην οικογένεια αλλά με την ίδια αίσθηση επιβάρυνσης και εγκλωβισμού, κυρίως τα μικρότερα αδέλφια, τους παππούδες ή τη φροντίδα της γονικής σχέσης, όπως και σε άλλες έρευνες (Ali et al., 2012; Mordoch, 2010; Östman, 2008). Το δεύτερο πεδίο φροντίδας αφορούσε την ψυχιατρική μέριμνα, ήτοι, τον έλεγχο για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την εικοσιτετράωρη επαγρύπνηση για τυχόν εκδήλωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων, την αρωγή στις εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες, την μέριμνα για το διάστημα κατά το οποίο ο γονιός νοσηλευόταν στην ψυχιατρική κλινική, και τη συνεργασία με ειδικούς ψυχικής υγείας. Στη βιβλιογραφία πιο συχνά συναντάται η μέριμνα για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (Ali et al., 2012; Mechling 2011; Pihkala et al., 2011). Παρά τις προαναφερθείσες δυσκολίες προσδιορίζονται από τους συμμετέχοντες και θετικές οπτικές από το ρόλο του φροντιστή. Τέτοιες οπτικές μπορεί να είναι η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, της αυτοφροντίδας του νοήματος στη ζωή, οπτικές που συναντάμε και στα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Mc Cann et al., 2015).

Σχετικά με τον συναισθηματικό αντίκτυπο της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου, αναδύθηκαν συναισθήματα στενοχώριας, θυμός, ντροπή, φόβος και μοναξιά. Όπως είναι ευνόητο, τα συναισθήματα ουσιαστικά διατρέχουν όλες τις αφηγήσεις, αποτελούν δε μία συνεχή παράλληλη πληροφορία μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Αυτή η παράλληλη πληροφορία ενίοτε ενίσχυε τη λεκτική επικοινωνία, κάποιες φορές όμως προέκυπταν αντιφάσεις. Στην πρώτη περίπτωση όταν το λεκτικό περιεχόμενο αφορούσε αντίξοα βιώματα η ατμόσφαιρα στο δωμάτιο της συνέντευξης γινόταν όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων 'πυκνή' σε βαθμό που ο ερευνητής χρειαζόταν να αφουγκραστεί τις ανάγκες του συνομιλητή για να μην υπερβεί τα όρια της αντοχής του. Στη δεύτερη περίπτωση των υποκειμενικά προσλαμβανόμενων από τον ερευνητή αντιφάσεων γινόταν προσπάθεια αξιοποίησης σε δεύτερο χρόνο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ή κατά την ανάλυση του υλικού. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων κατά την πρόσληψη του ερευνητή επέδειξε εμπιστοσύνη στο πλαίσιο της έρευνας και στο πρόσωπο του ερευνητή σε τέτοιο σημείο

που σε αρκετά σημεία η συγκίνηση του τελευταίου αποτελούσε αμοιβαία πληροφορία προς τον συμμετέχοντα, με αποτέλεσμα την ανάδυση ενός αλληλεπιδραστικού συναισθηματικού διαλόγου.

Η στενοχώρια των συμμετεχόντων αφορούσε κυρίως την αίσθηση της απώλειας της υγιούς πλευράς του γονιού, τις περιπτώσεις που ο πάσχων γονιός καταφερόταν εναντίον του παιδιού είτε λόγω των παραληρητικών ιδεών είτε λόγω του ελέγχου που ασκούσε το παιδί στα πλαίσια του ρόλου του φροντιστή, την πικρία του παιδιού για την αδικία της ζωής να έχει ένα γονιό που δεν μπορεί να τον φροντίσει, καθώς και τη στενοχώρια για τον εγκλωβισμό του υγιούς γονιού και του δικού του. Ο θυμός των συμμετεχόντων αφορούσε την ανεπαρκή ενσυναίσθηση του γονιού προς το παιδί, αποτελούσε ένα μέσο προσέγκυσης της προσοχής του γονιού και σχετιζόταν με την ιδέα του παιδιού ότι ζει σε μία οικογένεια που δεν είναι φυσιολογική όπως όλες οι υπόλοιπες. Επίσης ένιωθαν θυμό ενάντια στην αδυναμία του γονιού, ή οι συμμετέχοντες προσδιόριζαν το θυμό ως μέσο αντίστασης στις επιθετικές συμπεριφορές του γονιού. Η ντροπή αφορούσε τον κοινωνικό στιγματισμό και την έκθεση όταν ο γονιός εκδήλωνε ψυχωσικές συμπεριφορές δημοσίως, αλλά και ντροπή για τη συνολική ύπαρξη. Αντιστοίχως και η αίσθηση της μοναξιάς για κάποιους συμμετέχοντες είναι αποτέλεσμα όλων των παραπάνω συναισθηματικών καταστάσεων, αλλά και της τάσης των συμμετεχόντων να αποκρύπτουν τις ευάλωτες πλευρές του εαυτού γιατί είναι πεπεισμένοι ότι δεν υπάρχει διαθέσιμος άνθρωπος να τους ακούσει και να τους κατανοήσει, καθώς και ότι έχουν μεγαλώσει σε οικογενειακά περιβάλλοντα που δεν προήγαγαν την κοινωνικότητα λόγω δυσμενών συνθηκών. Τέλος, προέκυψε και η συναισθηματική κατάσταση του φόβου λόγω της επικείμενης βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς του πάσχοντος γονιού και μερικές φορές του υγιούς. Ο φόβος σε αρκετές περιπτώσεις αναδυόταν προς τον κόσμο γενικότερα γιατί τα παιδιά ένιωθαν ότι αν τους τύχει κάτι δεν θα έχουν ένα στιβαρό οικογενειακό περιβάλλον να τους προστατέψει.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των συμμετεχόντων σε κάποιες περιπτώσεις ελέγχονταν μέσω της εκλογίκευσης ως μία στρατηγική ελέγχου του εαυτού και της απώθησης των επίπονων βιωμάτων. Σε όλες τις δημοσιευμένες μελέτες αναφέρονται παρόμοια με τα παραπάνω συναισθήματα των συμμετεχόντων, είτε συνοπτικά (π.χ. Knutsson – Medin et al., 2007; Mordoch & Hall, 2008), είτε για κάθε συναισθηματική κατάσταση ξεχωριστά. Στη δεύτερη

περίπτωση, κυριαρχεί το συναίσθημα του φόβου για τις υποτροπές και των αποπειρών του γονιού (Cogan et al., 2005; Östman, 2008; Riebschleger, 2004; Van Parys et al., 2015; Wagenblass 2001), φόβος για την έλλειψη κατανόησης της ψυχικής νόσου (Garley et al., 1997; Handley et al., 2001; Meadus & Johnson, 2000; Murphy et al., 2015b; Riebschleger, 2004; Somers, 2007) καθώς επίσης και φόβος για τις συνεχείς εναλλαγές της κατάστασης του γονιού (Foster, 2010). Αντιστοίχως, εντοπίζεται και συναίσθημα της ντροπής (Dunn, 1993; Fjone et al., 2009; Foster, 2010; Murphy et al., 2015b), της λύπης (Dam et al., 2017; Wagenblass, 2001; Murphy et al., 2016; Van Parys et al., 2015), των ενοχών (Murphy et al., 2016; Metz & Jungbauer, 2021), και του θυμού (Knutsson – Medin et al., 2007; Metz & Jungbauer, 2021; Mordoch & Hall, 2008). Στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, παρά το ότι τα αρνητικά συναισθήματα προεξήρχαν, υπήρχαν και θετικά, όπως αγάπη, εγγύτητα, ενδιαφέρον, αφοσίωση. Τέτοια συναισθήματα έχουν περιγραφεί παρομοίως και σε άλλες έρευνες (Gladstone et al., 2011; Östman 2008; Pölkki et al., 2004; Valiakalayil et al., 2004), το οποίο ανέκυψε και στην ενότητα για τη θετική πλευρά της σχέσης των συμμετεχόντων με τον πάσχοντα γονιό.

Το στίγμα για την ψυχική νόσο του γονιού αποτελεί μία εμπειρία που αναφέρεται σε όλες τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα. Σε κάποιες αφηγήσεις σύμφωνα με την πρόσληψη του ερευνητή διαφαίνεται ότι οι συμμετέχοντες έχουν ήδη επεξεργαστεί τις διαδικασίες του κοινωνικού στιγματισμού και των επιπτώσεών του σε συνειδητό τουλάχιστον επίπεδο, σε άλλες ότι προσεγγίζεται το θέμα αυτό από την πλευρά της θυματοποίησης και της παθητικότητας, ενώ σε κάποιες αφηγήσεις οι συμμετέχοντες βρίσκονται σε μία διαρκή φάση εσωτερικών διεργασιών και διαπραγματεύσεων. Κάποιοι συμμετέχοντες θεωρούν ότι ο στιγματισμός επιβάλλεται από την κοινωνία, και περιθωριοποιεί τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, μία συνθήκη που προκαλεί απομόνωση και ντροπή. Επίσης, σύμφωνα με την πρόσληψη των συμμετεχόντων η κοινωνία θεωρεί ότι όταν νοσεί ο γονιός, τότε είναι πολύ πιθανό να νοσεί και το παιδί του. Οι εμπειρίες τους σε σχέση με τον κοινωνικό στιγματισμό είχε ως στόχο τον εαυτό τους, τον πάσχοντα γονιό και την οικογένεια. Σχετικά με την πρώτη συνθήκη βίωναν κυρίως τον εκφοβισμό και τις συμπεριφορές διάκρισης στο σχολικό και στο ευρύτερο φιλικό περιβάλλον με κύριο χαρακτηρισμό η *‘κόρη της τρελής’* όπως ανέφερε η Παναγιώτα στην αφήγησή της. Σχετικά με το δεύτερη οι συμμετέχοντες έχουν αναμνήσεις περιθωριοποίησης και

εκφοβισμού του γονιού στο επαγγελματικό του πλαίσιο αλλά και στο πλαίσιο της ευρύτερης οικογένειας. Το ίδιο ίσχυε και στην περίπτωση όλης της πυρηνικής οικογένειας, ιδίως σε μικρές κοινωνίες, η 'οικογένεια του τρελού' όπως αναφέρει ο Θανάσης για τη στάση της κοινωνίας του χωριού στην οικογένειά του.

Όπως είδαμε και στο κεφάλαιο για την πρόσληψη της στάσης προς τον ψυχικά πάσχοντα εντός της οικογένειας, κάποια από τα παραπάνω στοιχεία τα αναπαρήγαγαν τα ίδια τα οικογενειακά μέλη προς τον πάσχοντα, ιδιαίτερα σε περιόδους εντάσεων. Κατά την πρόσληψη του ερευνητή διαφαίνονται στις αφηγήσεις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι συμμετέχοντες έχουν ενστερνιστεί τον κοινωνικό στιγματισμό με στόχο τον ίδιο τους τον εαυτό, όχι μόνο ως μέρος μιας οικογένειας στην οποία υπάγεται μέλος με μείζονα ψυχική διαταραχή, αλλά και ως άτομα, (*είμαι τρελή σαν τη μάνα μου* -Κάτια). Η κατάσταση αυτή παραπέμπει στις διαδικασίες του αυτοστιγματισμού, με σοβαρές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση (Corrigan & Miller, 2004; Stier & Hinshaw, 2007; Corrigan & Watson, 2002; Overton & Medina, 2008).

Από την ανάλυση του υλικού προέκυψαν και αρκετές περιπτώσεις εμπειριών πολυστιγματισμού, δηλαδή περιπτώσεων κατά τις οποίες βιώνουν πάνω από μία στιγματιστική συνθήκη (Conner & Rosen, 2008; Daftary, 2012; Sheehan et al., 2016), όπως για παράδειγμα το στίγμα για τη ψυχική νόσο, την εθνική καταγωγή, το σεξουαλικό προσανατολισμό και τη φτώχεια των συμμετεχόντων. Πολλοί από τους συμμετέχοντες έρχονταν αντιμέτωποι με το στίγμα για τη γονική ψυχική νόσο αλλά και για την εθνική τους καταγωγή, δεδομένου ότι πέντε άτομα από το δείγμα προέρχονταν από άλλη χώρα. Τέσσερις συμμετέχοντες καλούνταν να αντιμετωπίσουν και το στίγμα που σχετιζόταν με τη σεξουαλική ταυτότητα. Σε μία περίπτωση ο συμμετέχοντας έπρεπε να αντιμετωπίσει το στίγμα για την ψυχική νόσο του πατέρα του, τα προσωπικά του θέματα υγείας, και τις ιδιαιτερότητες της οικογένειάς του σύμφωνα με τις οποίες η μητέρα διατηρούσε εξωσυζυγική σχέση με άτομο που φιλοξενούσαν στο σπίτι της οικογένειας. Η εμπειρία του στιγματισμού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων αναφέρεται σε όλες σχεδόν τις αντίστοιχες έρευνες. Κυρίαρχη διάσταση αποτελεί η ντροπή που προέρχεται από το στίγμα όπως είδαμε και στην θεματική κατηγορία για το συναισθηματικό αντίκτυπο, (στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων για τον αντίκτυπο της γονικής ψυχικής νόσου στο παιδί) (Brummelhuis et al., 2022; Cogan 2005; Fjone et al., 2009; Kadish, 2015; Somers 2007). Όμως

εξίσου συχνή είναι και η στάση αποκρυπτικότητας και κοινωνικής συστολής, καθώς και η αίσθηση της διαφορετικότητας λόγω του στίγματος (Ali et al., 2012; Cogan et al., 2005; Dam & Hall, 2016; Fudge & Mason 2004; Griffiths et al., 2012; Kadish, 2015; Mordoch & Hall, 2008; Murphy et al., 2015; Oskouie et al., 2011).

Οι τραυματικές αναμνήσεις των συμμετεχόντων διατρέχουν όλες τις αφηγήσεις στην παρούσα έρευνα και έχουν αποτυπωθεί ως τώρα στα κεφάλαια-μεταξύ άλλων- για την πρόσληψη του οικογενειακού πλαισίου και τις σχέσεις, την πρόσληψη για την κλινική εικόνα του γονιού, τις νοσηλείες, τις απόπειρες αυτοκτονίας του γονιού. Σε άμεσες αφηγήσεις για το ποιες πιστεύουν ότι είναι οι πιο δύσκολες αναμνήσεις της ζωής τους αναφέρθηκαν όχι μόνο στην ψυχιατρική κατάσταση του γονιού, αλλά και τις δύσκολες πλευρές του χαρακτήρα του, τις αντιξοότητες από την προσωπική του ιστορία ζωής, τις δυσκολίες των ευρύτερων συνθηκών και τις επιπτώσεις που έχουν όλα αυτά στη σχέση τους και σε όλη την οικογένεια. Από την ανάλυση του υλικού προέκυψε ότι τα άμεσα αναγνωρισμένα τραυματικά βιώματα που σχετίζονταν με την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού αφορούσαν τον χειρισμό των θετικών συμπτωμάτων της ψύχωσης, κυρίως τις παραληρητικές ιδέες και τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, περιστατικά που απαιτούσαν τη διαχείριση του φόβου όταν το παιδί θεωρούσε ότι ο γονιός θα καταφερθεί εναντίον του στην οξεία φάση της κρίσης, η αθροιστική κόπωση και ο φόρτος υποχρεώσεων λόγω της απουσίας των γονιών, και οι επισκέψεις στην ψυχιατρική κλινική. Αντίστοιχα ευρήματα έχουν εντοπιστεί και σε άλλες έρευνες (Duncan & Browning 2009; Dunn 1993; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Murphy et al., 2015a; Murphy et al. 2015b). Σύμφωνα με την McCormack (2016) η εμπειρία των παιδιών χαρακτηρίζεται από τραύμα και προδοσία, αφού ζουν πολύ συχνά σε ένα τρόπο δίχως τέλος λόγω των ψυχιατρικών συμπτωμάτων του γονιού, ή έχουν την εμπειρία κακοποίησης και παραμέλησης σε όλη την παιδική ηλικία. Σε μία περίπτωση στην παρούσα έρευνα η πιο τραυματική αναγνωρισμένη εμπειρία του συμμετέχοντα αφορά την αιμομιξία με τη μητέρα του καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας, έχουν δε τονιστεί στη βιβλιογραφία οι δυσμενείς επιπτώσεις μίας τέτοιας εμπειρίας, ειδικά στις περιπτώσεις από τη μητέρα στο γιο που αναφέρονται πιο σπάνια (Haliburn, 2018; Lawson & Akay-Sullivan, 2020). Σε μία άλλη περίπτωση η συμμετέχουσα προσδιορίζει την εγκατάλειψη από τη μητέρα της στην

παιδική ηλικία – ενώ ο υγιής γονιός είχε ήδη φύγει από τη ζωή- για έναν ολόκληρο χρόνο χωρίς να έχει ειδοποιήσει κανέναν.

Σε αυτή την περίπτωση, όπως και σε αρκετές άλλες στην παρούσα έρευνα, πρόκειται για πολυτραυματικές εμπειρίες που περιλαμβάνουν το θάνατο του ενός γονέα, τη ψυχική νόσο του άλλου, τη γονική εγκατάλειψη και την τραυματικά συγκρουσιακή σχέση με την αδελφή. Οι αναγνωρισμένες τραυματικές αναμνήσεις ενίοτε αποτελούν συγκυρίες αντίξων βιωμάτων που μπορεί να συμβούν ταυτόχρονα, σε ένα μικρό χρονικό διάστημα, και κατά συνέπεια να ξεπεραστεί το όριο αντοχής και η ικανότητα μεταβολισμού τους. Κάποιοι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι βίωσαν τραυματικά ταυτόχρονα το χωρισμό των γονιών, τις συγκρούσεις στην πυρηνική και ευρύτερη οικογένεια, και το στίγμα για την ψυχική νόσο. Η πολυτραυματική διάσταση της εμπειρίας έχει τονιστεί εντόνως στις μελέτες για τις αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας, σε σημείο που υποστηρίζεται ότι όταν έχει εντοπιστεί μία πρέπει να αναζητούνται κι άλλες (Benjet et al., 2010; Kessler et al., 1997, 2010; Lu et al., 2008). Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι ενώ περιγράφονται στη βιβλιογραφία σοβαρά τραυματικά βιώματα στην εμπειρία των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων δεν σχολιάζονται συχνά μέσω της επιστημολογίας του ψυχικού τραύματος (Misrachi, 2012). Αν λάβουμε υπόψη τους ορισμούς για το ψυχικό τραύμα (βλ. American Psychiatric Association, 2013; Βεντουράτου, 2009; Herman, 1992; Van der Kolk, 2014) μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι είναι σχετικές όλες οι διαστάσεις με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, όπως η δυσκολία διαφυγής, η έλλειψη συνεκτικού νοήματος, η επίδραση στην αντιληπτικότητα, η χρονιότητα, κ.λπ.. Αν και η παρούσα ενότητα αναφέρεται στις αναγνωρισμένες τραυματικές αναμνήσεις, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και πολλές αναμνήσεις που είναι διασπασμένες ή αποσπασματικές, σε κάποιες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα δεν είχαν καθόλου αναμνήσεις, ή διατηρούσαν στη μνήμη πλήρεις αναμνήσεις χωρίς καμία συναισθηματική επένδυση. Τα στοιχεία αυτά σχετίζονται άμεσα με τις περιγραφές για το ψυχικό τραύμα καθώς επίσης και τη ψυχική αποσύνδεση (American Psychiatric Association, 2013; Carlson et al., 2009; Liotti, 2009; Putnam, 1997; Silberg & Dallam, 2009). Επίσης, η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου αποτελεί ένα παράδειγμα αναπτυξιακού ψυχικού τραύματος, υπό την έννοια της αθροιστικής επίδρασης

αντίξων βιωμάτων σε μεγάλα χρονικά διαστήματα της ζωής (Heller & LaPierre, 2012; Read et al., 2005; Sar, 2011; Schmid et al., 2013; Van der Kolk, 2005, 2014; Walker, 2013).

Ο αντίκτυπος της γονικής ψυχικής νόσου στο παιδί περιλαμβάνει και την ανάπτυξη και αξιοποίηση θετικών εφεδρειών και πηγών στήριξης. Τα στοιχεία αυτά όπως είναι ευνόητο ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα και την μετατραυματική ανάπτυξη των συμμετεχόντων. Η ψυχική ανθεκτικότητα σύμφωνα με τον Rutter (2007) πρέπει να έχει μία αναπτυξιακή οπτική, στοιχείο το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί πλήρως στην εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, καθώς επίσης και την οπτική του πλαισίου αναφοράς, που είναι η οικογένεια (Walsh, 2006). Η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να αφορά τη δυνατότητα των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων να αλλάξουν ριζικά σημαντικούς τομείς της ζωής τους μετά από αυτή την εμπειρία (Joseph, 2012; Shiri, et al., 2010; Tedeschi et al., 1998). Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι τα παιδιά διαμόρφωσαν και ακολούθως στηρίχτηκαν σε πλευρές του εαυτού όπως είναι η υπομονή, η ενσυναίσθηση, η αγάπη και η εμπιστοσύνη προς την οικογένεια, η επιστράτευση της λογικής και της αισιόδοξης οπτικής στη ζωή και κάποιες φορές η 'σκληρότητα'. Η σκληρότητα [Δήμητρα, Παναγιώτα] αναφέρεται κυρίως στην ενεργητική στάση ζωής και την αποφυγή της θυματοποίησης. Επίσης βοήθησε πολύ η ιδέα ότι ο πάσχων γονιός έχει δυνατά σημεία πέραν των ανεπαρειών, κι ότι υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει σε σύγκριση με αυτά που δεν μπορεί. Τα στοιχεία αυτά του εαυτού ως πηγές συνάδουν με ευρήματα αντίστοιχων μελετών (Dam & Hall, 2020; Metz & Jungbauer, 2021; Petrowski & Stein, 2016). Επιπροσθέτως στη βιβλιογραφία έχει τονιστεί η σημασία της αποδοχής (McCormack et al., 2016), της σημασίας να είναι κανείς ταυτόχρονα ευαίσθητος και δυνατός (Dam & Hall, 2020), της ανάγκης να θέτει όρια (Blake-Holmes, 2019) και να έχει τον έλεγχο της ζωής του (Foster, 2010). Ο καθορισμός των προσωπικών μικροπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων και η εσωτερική δέσμευση σε αυτούς ήταν επίσης πολύ βοηθητικά.

Επιπλέον, μία άλλη πηγή στήριξης που αναγνώρισαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες ήταν τα οικεία τους πρόσωπα από την οικογένεια ή το ευρύτερο περιβάλλον. Οι πιο συχνές αναφορές αφορούσαν στη σχέση με τα αδέρφια όπως έχει ήδη αναφερθεί στο κεφάλαιο για την δυναμική των οικογενειακών σχέσεων. Οι σχέσεις με τα αδέρφια αποτέλεσαν πηγή στήριξης σε όλη την παιδική ηλικία και σε πολλές περιπτώσεις διατηρείται αυτό μέχρι σήμερα που βρίσκονται στην

αναδυόμενη ενηλικίωση. Επίσης, πηγή στήριξης αποτέλεσε κατά τους συμμετέχοντες ο υγιής γονιός, και σε κάποιες περιπτώσεις ο πάσχων γονιός είτε από τις θετικές πλευρές της προσωπικότητας είτε σε περιόδους ύφεσης της νόσου και στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών. Ομοίως, πηγή στήριξης αποτέλεσαν και οι παππούδες/γιαγιάδες ιδίως στις περιπτώσεις που ασκούσαν γονικά καθήκοντα ελλείψει της παρουσίας των γονέων, και λιγότερο τα αδέρφια των γονέων και τα ξαδέλφια. Οι στενοί φίλοι και οι σύντροφοι κατά την πρόσληψη των συμμετεχόντων παρείχαν σημαντική βοήθεια κυρίως σε ψυχολογικό επίπεδο. Ειδικά στην περίπτωση των συντρόφων πηγή στήριξης αποτέλεσαν και οι οικογένειές τους, με αφορμή τις οποίες οι συμμετέχοντες ήρθαν για πρώτη φορά σε επαφή με ένα υγιές σπιτικό, με φροντίδα και σταθερότητα.

Από πλευράς προσώπων, σε μία αφήγηση προέκυψε ότι πηγή στήριξης αποτέλεσε ο δάσκαλος του παιδιού στο σχολείο, ο οποίος μέσα από τη στάση του, μία στάση σεβασμού αλλά και ενδιαφέροντος για τη ζωή του παιδιού, κατάφερε να μείνει στη μνήμη του παιδιού ως μία από τις πιο θετικές φιγούρες στη ζωή του. Τα ευρήματα για την κοινωνική στήριξη συνάδουν με εκείνα αντίστοιχων ερευνών για όλα τα προαναφερθέντα πρόσωπα (Duncan & Browning 2009; Dunn 1993; McCann et al., 2015; Nilsson et al. 2015; Valdez et al., 2013). Οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι η ενασχόληση με τα κατοικίδια, με δραστηριότητες και χόμπι τους βοήθησε να προσεγγίσουν την υγιή πλευρά της ζωής, στο συγκεκριμένο δε δείγμα αναφέρθηκε πολύ συχνά ο χορός και η συγγραφή. Στη βιβλιογραφία τονίζεται ομοίως η συμβολή αυτών των δραστηριοτήτων στη διαμόρφωση της ψυχικής ανθεκτικότητας (Pölkki et al., 2004; Yamamoto & Keogh, 2018). Σε δύο περιπτώσεις σημαντική θετική εφεδρεία θεωρήθηκε η ενασχόληση με τη θρησκευτική πίστη όπως και σε αρκετές έρευνες (Kinsella & Anderson, 1996; Valdez et al., 2013). Τέλος, οι συμμετέχοντες τόνισαν και τη σημασία της βοήθειας ειδικών ψυχικής υγείας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά η συμβολή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των ειδικών στη ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων (Van Parys et al., 2015; Yamamoto & Keogh, 2018) και αρκετοί επέλεξαν να ασχοληθούν με επαγγέλματα υγείας ορμώμενοι από την προσωπική τους εμπειρία (Patrick et al., 2019). Σύμφωνα με την αντίληψη του ερευνητή θα ήταν αναμενόμενο (με βάση την μελέτη της βιβλιογραφίας) να υποστηρίζεται πιο σθεναρά από τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας η αξιοποίηση των

ειδικών και των πλαισίων παροχής ψυχολογικής βοήθειας. Η στάση αυτή μπορεί να οφείλεται σε μία τάση αποφυγής των συμμετεχόντων των πλαισίων που τους υπενθυμίζουν το πρόβλημα του γονιού ή τους πυροδοτούν τραυματικές αναμνήσεις ιδίως εκείνες που σχετίζονται με τις νοσηλείες. Μία άλλη υπόθεση είναι ότι όταν τα παιδιά βρισκόταν σε μικρότερη ηλικία δεν μπορούσαν να αναλάβουν τέτοιου είδους πρωτοβουλίες από μόνα τους, και στη φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης ενδεχομένως να προσπαθούν να στηριχτούν στις δικές τους δυνάμεις στα πλαίσια της ενίσχυσης της αυτονομίας. Τέλος, μπορεί να συνέβαλε και η ανεπάρκεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας και ο ελλιπής συντονισμός για τις ανάγκες των παιδιών στις υπηρεσίες των ενηλίκων.

Η νοηματοδότηση της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου

Η θεματική κατηγορία της νοηματοδότησης της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου περιλαμβάνει τις κατηγορίες για την εικόνα του εαυτού των συμμετεχόντων μεγαλώνοντας στη συγκεκριμένη οικογένεια, οι αιτιοπροσδιορισμοί των συμμετεχόντων για τη νόσο του γονιού, τα μαθήματα ζωής που διαμόρφωσαν από την μέχρι τώρα εμπειρία τους, την πρόσληψη για τα προσωπικά τους επιτεύγματα, και τις συμβουλές σε άτομα με αντίστοιχες εμπειρίες. Σχετικά με την εικόνα του εαυτού μεγαλώνοντας αναδύθηκαν οι προσλήψεις για τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις από την οικογένεια, την επίδραση από την έλλειψη υλικών αγαθών και τις ευρύτερες αντιξοότητες, ακόμη κι εκείνες πέραν της γονικής ψυχικής νόσου. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες εντόπιζαν περισσότερα αρνητικά στοιχεία στον εαυτό τους μεγαλώνοντας, όπως είναι η αντιδραστικότητα, η αναβλητικότητα, η τελειομανία, η παθητικότητα, ο ρόλος του 'καλού παιδιού', κ.λπ.. Η εικόνα του εαυτού επίσης επηρεάστηκε από τις αλληπάλληλες αντιξοότητες που υπέστη η οικογένεια με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση μίας πλευράς του εαυτού που χαρακτηρίζεται από αβοηθητικότητα, μοναξιά και θυματοποίηση, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας. Επίσης, είναι σημαντική και η αίσθηση της εύθραυστης εικόνας του εαυτού σε περιπτώσεις που το παιδί εκδήλωνε ιατρικά νοσήματα σοβαρά για τη ζωή του. Κατά την αντίληψη του ερευνητή τα παιδιά προσδιορίζουν τα αρνητικά στοιχεία του εαυτού περισσότερο ως ενδογενή στοιχεία της προσωπικότητας που οφείλουν την ύπαρξή τους

αποκλειστικά σε ιδιοσυγκρασιακούς λόγους, (*‘εγώ φταίω που είμαι αντιδραστικός’* - Βαγγέλης), ενώ αναλύοντας προσεκτικά τις αφηγήσεις ενδέχεται ουσιαστικά να αποτελούν παγιωμένα μορφώματα του εαυτού ως αναπόσπαστα μέρη μίας αλληλεπιδραστικής αλυσίδας σχέσεων και συμβάντων στην οικογένεια. Για παράδειγμα, η αντιδραστικότητα του παιδιού μπορεί να αποτελεί μέρος της αλληλεπίδρασης με το γονιό που εκδηλώνει πολύ ελεγκτική συμπεριφορά. Ομοίως και η τελειομανία να αποτελεί μέρος της αλληλεπίδρασης σε μία παντελώς χαώδη οικογενειακή λειτουργία.

Σχετικά με την επάρκεια υλικών αγαθών, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι θυμούνται μεγάλες ελλείψεις στην πατρική τους οικογένεια, ελλείψεις οι οποίες τους ακολουθούν ως σήμερα. Η γνώση αυτών των ελλείψεων συνέβαλε στη δημιουργία καταστάσεων άγχους και ανασφάλειας, με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι έχουν εξ’ αυτού μία αγχώδη πλευρά εαυτού, την ταύτιση με την φτώχεια και ενός διαφορετικού εαυτού σε σχέση με τους συνομηλίκους.

Η εικόνα του σεξουαλικού εαυτού σύμφωνα με την ανάλυση του υλικού προέκυψε κυρίως για περιπτώσεις έλλειψης έκφρασης της σεξουαλικότητας και ομοφυλόφιλου σεξουαλικού προσανατολισμού. Ο ομοφυλόφιλος σεξουαλικός προσανατολισμός στους περισσότερους ήταν σαφής από την παιδική ηλικία, αποδίδονταν δε σε οικογενειακούς παράγοντες, όπως η έλλειψη του πατέρα [Γιώργος]. Σε μία περίπτωση υπάρχει μέχρι και σήμερα σύγχυση (κατά την άποψη του συμμετέχοντα) στην σεξουαλική ταυτότητα αλλά δεν είναι σαφές κατά πόσο σχετίζεται με την ευρύτερη σύγχυση του εαυτού και της οικογένειας (ο συμμετέχων και η μητέρα του πάσχουν από ψύχωση). Η διαμόρφωση της εικόνας του σεξουαλικού εαυτού του συμμετέχοντα αυτού και η συγκεκριμένη εικόνα, κατά την πρόσληψη του ερευνητή, προφανώς επηρεάστηκε από μία σειρά εμπειριών όπως οι σεξουαλικές παρενοχλήσεις από άτομα του ίδιου φύλου από μικρή ηλικία, από σεξουαλικές εμπειρίες με αγόρια και κορίτσια, την πάσχουσα μητέρα του, αλλά και άλλους παράγοντες όπως η έλλειψη βούλησης και δυνατότητας οριοθέτησης και η χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων. Ο ομοφυλόφιλος σεξουαλικός προσανατολισμός ενίοτε λειτούργησε επιβαρυντικά από την πλευρά του διπλού κοινωνικού στίγματος όπως αναφέρθηκε σε άλλο σημείο της συζήτησης, ενώ άλλες φορές αποτέλεσε

έναυσμα για ενεργή κινητοποίηση των συμμετεχόντων για θέματα που σχετίζονται με τα κοινωνικά δικαιώματα, την ισότητα, τον πλουραλισμό, κ.λπ..

Η εικόνα για θετικές πλευρές του εαυτού ήταν σαφώς λιγότερο συχνή στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων και σχετιζόταν συνήθως με θετικές αναμνήσεις από την οικογενειακή ζωή, ενθυμούμενοι έναν χαρούμενο και ανέμελο εαυτό. Στη βιβλιογραφία η διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων, όπως και στην παρούσα έρευνα, ποικίλει. Από τη μία, θεωρούν ότι υπάρχουν θετικές επιδράσεις στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους (γνώσεις για την ψυχική υγεία, ενσυναίσθηση, αντοχή, υπομονή, ανεξαρτησία, κ.λπ.), (Metz & Jungbauer 2021). Από την άλλη, θεωρούν ότι είναι ανίκανοι για σχέσεις (Brummelhuis et al., 2022), απομονωμένοι (Foster, 2010), ότι δεν είναι επιθυμητοί λόγω της ψυχικής νόσου του γονιού κι ότι τα κάνουν όλα λάθος (Murphy et al., 2011). Έχουν ισχυρή την αίσθηση ενός διαφορετικού εαυτού σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο (Dam & Hall, 2020; Murphy et al., 2015b), αλλά και ενός εαυτού διαφορετικού στο σπίτι και διαφορετικού έξω (Murphy et al., 2016). Ενίοτε βιώνουν την απώλεια του εαυτού, υπερτονίζοντας στην οικογένεια το 'εμείς' έναντι του 'εγώ' (Murphy et al., 2016). Επίσης, κάποιοι συμμετέχοντες βιώνουν τον εαυτό τους με συνεχείς αλλαγές και ανατοποθετήσεις κυρίως ως προς την οικογένεια και ανοιχτό στη διαμόρφωση μίας νέας ταυτότητας (Valdez et al., 2013; Van Parys et al., 2015).

Σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων οι συμμετέχοντες αποδίδουν την ψυχιατρική κατάσταση του γονιού ως επί το πλείστον στα τραυματικά γεγονότα ζωής, όπως είναι η συγκρουσιακή σχέση του γονικού ζεύγους και το διαζύγιο, η μετανάστευση, θέματα σωματικής υγείας και απώλειες στην οικογένεια, αντιξοότητες στην παιδική ηλικία του γονιού. Αρκετά συχνά επίσης αποδίδουν την ψύχωση του γονιού στις σχέσεις με μέλη της πατρικής οικογένειας με αφορμή τις περιουσιακές διαφορές, συνασπισμούς και αλλαγές ισορροπιών στο οικογενειακό σύστημα, κ.λπ.. Δύο συμμετέχοντες την αποδίδουν σε πρόβλημα σωματικής ιατρικής το οποίο υποπτεύονται ότι ευθύνεται για την εκδήλωση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Σε άλλες περιπτώσεις θεωρούν ως αιτία ότι ο γονιός έχει επιβαρυνθεί πολύ από τις επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις, ή από στοιχεία του χαρακτήρα όπως η ανεπαρκής επεξεργασία του στρες. Μόνο σε δύο αφηγήσεις διαμορφώνεται η υπόθεση για την κληρονομικότητα. Κατά την πρόσληψη του ερευνητή οι υποθέσεις των συμμετεχόντων σε

κάποιες περιπτώσεις συνάδουν με τις προσλήψεις που έχει συνολικά η οικογένεια για τα αίτια της γονικής ψυχικής νόσου, κυρίως ο υγιής γονιός, και ενίοτε βασίζονται σε προφορικές ιστορίες για το παρελθόν του γονιού. Σε αρκετές αφηγήσεις ο ερευνητής είχε την αίσθηση ότι οι συμμετέχοντες προσπαθούσαν να σκεφτούν τις αιτίες κατά τη διάρκεια της συνέντευξης να μην ήταν προετοιμασμένοι και χρειάζονταν χρόνο να στοχαστούν. Η προτίμηση της απόδοσης σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις ζωής (έναντι βιολογικών ή κληρονομικών παραγόντων) ενδεχομένως σχετίζεται με την υπόθεση ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα αποτελούν μία αιτία πέραν των ανεπαρκειών του εαυτού άρα ο γονιός δεν είναι ελλειμματικός αλλά άτυχος ή θύμα των περιστάσεων. Ενδέχεται επίσης να υπονοείται σε αυτή την υπόθεση και μία αχτίδα αισιοδοξίας ότι όταν οι ψυχοπιεστικοί παράγοντες ελεγχθούν τότε δεν θα υπάρχει λόγος για εκδήλωση ψυχιατρικών καταστάσεων. Κάτι παρόμοιο μπορεί να ισχύει και στην περίπτωση της ιατρικής υπόθεσης, ότι όταν το υποκείμενο σωματικό νόσημα υποχωρήσει δεν θα υπάρχει ψύχωση. Η υπόθεση της κληρονομικότητας κατά τον ερευνητή ενδέχεται να εγείρει φόβο, γιατί οι συμμετέχοντες που βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση αν ασπαστούν αυτή τη σκέψη σημαίνει ότι θα αποτελέσουν την επόμενη γενιά εκδήλωσης ψυχιατρικών προβλημάτων στην κληρονομική ακολουθία.

Τέλος, παρατηρείται μία σύγχυση από τους συμμετέχοντες μεταξύ των αιτίων της εκδήλωσης της ψυχικής νόσου και των συνθηκών που πυροδοτούν μία ψυχιατρική υποτροπή, γεγονός το οποίο μπορεί να συνδέεται με μία τάση αποφυγής της νόσου όταν ο γονιός βρίσκεται σε μία σχετική ισορροπία στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών, όπως είδαμε και στο κεφάλαιο για το βίωμα της γονικής ψυχικής νόσου. Σε αντίστοιχες έρευνες στη βιβλιογραφία παρατίθενται παρόμοια ευρήματα, κυρίως ως προς την απόδοση της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού σε τραυματικά γεγονότα (διαζύγιο, απώλεια αγαπημένων προσώπων, σεξουαλική κακοποίηση, κ.λπ.) (Flood-Grady & Kellas, 2019; Garley, 1997; Gladstone et al., 2011), στη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Garley, 1997), σε παρελθούσες εμπειρίες όπως κατάχρηση ουσιών, και κάποιο ιατρικό πρόβλημα ή ατύχημα στον εγκέφαλο (Valiakalayil et al., 2004).

Σχετικά με την αντίληψη των συμμετεχόντων για το τι έχουν μάθει ως τώρα από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, αναδύθηκαν οι διαστάσεις της βιωματικής γνώσης για το μικροεπίπεδο του παιδιού, δηλαδή μαθήματα ζωής για τον εαυτό στο μέλλον, αλλά και

μαθήματα ζωής που αφορούν το κοινωνικό σύνολο. Σχετικά με την πρώτη συνθήκη τα παιδιά έμαθαν ότι είναι σημαντικό να θέτουν όρια στη ζωή τους, να δίνουν ευκαιρίες στον εαυτό τους ώστε να προάγεται η ωρίμανση ανάλογη με την ηλικιακή φάση που βρίσκονται κάθε φορά, να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις και να μην εξαρτώνται από τους άλλους. Μία σημαντική διαπίστωση που προέκυψε από την ανάλυση των αφηγήσεων είναι η διεργασία της συγχώρεσης του παιδιού προς το γονιό αν θέλει να συνεχίσει τη ζωή του χωρίς συναισθηματικά εμπόδια του παρελθόντος. Επίσης, θεωρούν ότι πρέπει να βρίσκονται σε μία συνεχή εγρήγορση σε σχέση με τον εαυτό ώστε αν προκύψει κάποιο θέμα ψυχικής υγείας να αναζητήσουν έγκαιρα βοήθεια. Σε μία περίπτωση η συμμετέχουσα θεώρησε ότι η προσωπική της εμπειρία την βοήθησε να έχει καλύτερη ενσυναίσθηση και να είναι περισσότερο προσανατολισμένη να βοηθάει ανθρώπους με αντίστοιχα προβλήματα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται η σημασία της κατάκτησης του ελέγχου στην προσωπική ζωή (Foster, 2010), ότι είναι απαραίτητη η διατήρηση ισορροπίας μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ευαισθησίας εκεί που χρειάζεται (Dam & Hall, 2020). Αναφέρεται επίσης ότι είναι απαραίτητη η διατήρηση της ελπίδας στις δύσκολες περιόδους (Kadish, 2015), η διεργασία της αποδοχής των δυσάρεστων εμπειριών της παιδικής ηλικίας (Dam & Hall, 2020), και η μελλοντική αξιοποίηση των εμπειριών της παιδικής ηλικίας στη δική τους οικογένεια (Murphy et al., 2018). Σχετικά με τα μαθήματα ζωής που δεν αφορούν μόνο τον εαυτό αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και το στίγμα είναι η αναθεώρηση των προσωπικών τους απόψεων για την ψυχική νόσο, ότι ο ψυχικά πάσχοντας εκτός από ελλείμματα έχει και δυνατότητες, ότι δεν πρέπει να διαιωνίζουν τα αρνητικά στερεότυπα για την ψυχική υγεία, κι ότι η οπτική για τα προβλήματα των ψυχικά πασχόντων πρέπει να είναι περισσότερο ιατρική, να μην διαχωρίζεται δηλαδή η ψυχική νόσος από τα άλλα προβλήματα σωματικής υγείας. Επίσης, κάποιοι συμμετέχοντες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να αλλάξουν την οπτική τους στις αντιξοότητες της ζωής γενικότερα, δηλαδή να καταφέρουν να τις δουν ως ευκαιρίες ζωής (όπως είναι το μάθημα ζωής που συζητάμε σε αυτή την κατηγορία), ότι αποτελούν έναυσμα για να δυναμώνουμε ως άνθρωποι, κι ότι κάθε πρόβλημα έχει εντέλει τη λύση του. Τέλος, σε πολλές αφηγήσεις οι συμμετέχοντες κατέληξαν ότι τίποτα δεν είναι δεδομένο στη ζωή και για αυτό δεν πρέπει να επαναπαύονται.

Κατά την πρόσληψη του ερευνητή σε αυτή την κατηγορία όπως και σε κάποιες προηγούμενες δινόταν η αίσθηση ότι οι συμμετέχοντες επιδίδονταν σε μία συνεχή διεργασία εσωτερικής διαπραγμάτευσης για τα μαθήματα ζωής από την κατάσταση της γονικής ψυχικής νόσου, είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα, όμως στο πλαίσιο της συνέντευξης ίσως ήταν η πρώτη φορά που αυτό μετατρεπόταν σε λόγια μπροστά σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας ή σε έναν ενήλικα γενικότερα. Ο ερευνητής αντιλαμβανόταν μία αίσθηση ανακούφισης από τους συμμετέχοντες, ίσως έξαψης σε κάποιες περιπτώσεις, ενδεχομένως γιατί το μάθημα ζωής από ένα αντίξοο βίωμα μπορεί να είναι μία πληροφορία ότι ένα μέρος της ζωής και της προσωπικής εμπειρίας *‘δεν χάθηκε άδικα’* όπως ανέφερε η Δήμητρα στην αφήγησή της. Επίσης, αυτό μπορεί να αποτελεί και μία *‘άγκυρα’* ώστε να βοηθάει τα παιδιά να μην ξαναζήσουν με τον ίδιο τρόπο τις αντιξοότητες που προέκυψαν από τη γονική ψυχική νόσο.

Αρκετοί από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε θετικά επιτεύγματα παρά τις αντιξοότητες που βίωσαν από την παιδική ηλικία μέχρι σήμερα. Αυτά αφορούσαν κυρίως εκπλήρωση στόχων ανάλογων της αναπτυξιακής φάσης της αναδυόμενης ενηλικίωσης και θετικές αλλαγές σε πλευρές του εαυτού. Τα πιο συχνά αναφερόμενα επιτεύγματα αφορούσαν τις ακαδημαϊκές επιδόσεις, δηλαδή το ότι κατάφεραν να περατώσουν τη φοίτηση στο σχολείο, ή να επιτύχουν στις εξετάσεις για την τριτοβάθμια εκπαίδευση ή να περατώσουν τις σπουδές στο πανεπιστήμιο. Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι τα επιτεύγματα αυτά έχουν επιπρόσθετη αξία αν ληφθούν υπόψη οι αντίξοες συνθήκες στην οικογένειά τους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα αναγνώρισαν ότι κατάφεραν να αποκτήσουν σχετική οικονομική αυτονομία διότι μπόρεσαν (ή αναγκάστηκαν) από πολύ νωρίς να αναζητήσουν εργασία λόγω της οικονομικής δυσπραγίας στην οικογένειά τους, παράλληλα με τις σπουδές. Αυτό τους ενίσχυσε την αυτοπεποίθηση, και την ιδέα ότι μπορούν να στηριχτούν στον εαυτό τους στο μέλλον. Τα θετικά επιτεύγματα που αφορούσαν στοιχεία του εαυτού σχετίζονταν με το ότι κατάφεραν να συμφιλιωθούν και να αποδεχτούν πλευρές του εαυτού όπως ο ομοφυλόφιλος σεξουαλικός προσανατολισμός, ή τις πλευρές που έχουν προκύψει από τη γονική ψυχική νόσο όπως είναι η ευαλωτότητα και η ευαισθησία. Κάποια παιδιά θεωρούν επίτευγμα το ότι μπόρεσαν να αντισταθούν στις προκλήσεις της ζωής (π.χ. κατάχρηση ουσιών, παραβατικότητα) ειδικά την

περίοδο της εφηβείας, αλλά και να διαμορφώσουν μία ψυχική ισορροπία και αγάπη προς τον εαυτό.

Κατά την πρόσληψη του ερευνητή δεν ήταν εύκολος ο προσδιορισμός των θετικών επιτευγμάτων ίσως γιατί βρίσκονται σε μία φάση ζωής κατά την οποία είναι πολύ πρόσφατη η εκκίνηση της προσπάθειας για εκπλήρωση στόχων που θα στηρίξουν την αυτονόμηση του νέου ενήλικα, άρα δεν έχουν προλάβει να ολοκληρώσουν τα αναμενόμενα για αυτούς αναπτυξιακά έργα. Από την ανάλυση του υλικού δεν βρέθηκαν αναφορές σε επιτεύγματα στην παιδική ηλικία, ίσως γιατί στα μάτια των παιδιών ήταν σαρωτική η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου και δεν είναι ακόμη σε θέση να αναγνωρίσουν και να συνειδητοποιήσουν τι κατάφεραν. Κάποιοι συμμετέχοντες εντούτοις αναγνωρίζουν ότι κατάφεραν να επιβιώσουν ψυχικά και πρακτικά από όλες αυτές τις αντιξοότητες ως παιδιά. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι συμμετέχοντες κατάφεραν να επιτύχουν θετικές αλλαγές όπως αυτοεκτίμηση, απόλαυση της ζωής και της χαράς, να έχουν ενεργό ρόλο κι όχι παθητικότητα (Patrick & Stein, 2016). Επίσης κάποιοι θεωρούν ότι κατάφεραν να εξισορροπήσουν τη σχέση τους με τον πάσχοντα γονιό, να διαχειριστούν τα προσωπικά τους ψυχολογικά προβλήματα και να μην τα μεταφέρουν σε νέες σχέσεις καθώς και να αναζητούν σταθερά περιβάλλοντα (Foster, 2010; Patrick et al., 2019). Σε άλλες περιπτώσεις αναφέρεται ότι έχουν καταφέρει να αναζητούν την κατάλληλη υποστήριξη όταν χρειάζεται και να επιλέγουν δραστηριότητες που αποτελούν φροντίδα για τον εαυτό κι όχι απομύζηση (McCann et al., 2015). Αρκετοί κατάφεραν να είναι πιο δυνατοί και ανεξάρτητοι, με υψηλή δημιουργικότητα και πνευματικότητα (Kinsella & Anderson, 1996).

Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν συμπεράσματα από τις εμπειρίες των συμμετεχόντων που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν βοηθητικά, ως συμβουλές για άτομα που βιώνουν παρόμοιες συνθήκες. Οι συμβουλές είναι προσανατολισμένες κυρίως προς την αναζήτηση και αποδοχή βοήθειας των παιδιών από ειδικούς ψυχικής υγείας, κυρίως ψυχολόγους, σε ατομικό, ή οικογενειακό επίπεδο, λιγότερο συχνά δε ψυχιάτρους ή άλλους ειδικούς- ενώ τονίζεται και ανάγκη για την παρουσία ψυχολόγων στα σχολικά περιβάλλοντα. Η σημασία της συμβολής του σχολικού περιβάλλοντος τονίζεται και σε ελληνικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε εκπαιδευτικούς (Bibou-Nakou, 2003b, 2004). Σε μία περίπτωση η συμμετέχουσα θεωρεί ότι ο ψυχολόγος δεν μπορεί να βοηθήσει συγκριτικά με τα άτομα που

αποτελούν το υποστηρικτικό δίκτυο για το παιδί. Υποστηρίζει ότι ο ψυχολόγος δεν μπορεί να επιστρατεύσει την ενσυναίσθηση που απαιτείται προκειμένου να στηριχτεί το παιδί διότι προσεγγίζουν τα προβλήματα των ανθρώπων αποστασιοποιημένα και επιστημονικά, χωρίς να ξέρουν τις αντιξοότητες που έχουν περάσει. Αρκετοί συμμετέχοντες θεωρούν ότι οι ειδικοί πρέπει να τηρούν μία στάση ζεστασιάς (*‘όχι ψυχροί επαγγελματίες’ -Δήμητρα*), κατανόησης, στήριξης και κυρίως να παράσχουν σωστή ενημέρωση. Το ζήτημα της ανάγκης για ενημέρωση έχει τονιστεί από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στις αντίστοιχες έρευνες (Bee et al., 2013; Cogan et al., 2005; Fudge & Mason, 2004; Mordoch, 2010; Valiakalayil et al., 2004). Κάποιοι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η αναζήτηση βοήθειας πρέπει να γίνει σε άτομα του εγγύς οικογενειακού περιβάλλοντος όπως οι γονείς – συμπεριλαμβανομένου και του πάσχοντος, τα αδέλφια, κ.λπ..

Σε σχέση με την φροντίδα προς τον πάσχοντα γονιό αναδύθηκε μία πόλωση στις αφηγήσεις, από τη μία πλευρά κάποιοι συμμετέχοντες θεωρούν ότι τα παιδιά πρέπει να συνεχίσουν την παροχή φροντίδας και αγάπης τόσο στο γονιό όσο και στην οικογένεια, ενώ από την άλλη πλευρά προτρέπουν να υποχωρήσουν από αυτή τη θέση προκειμένου να αναλάβουν ευθύνες και άλλα μέλη της οικογένειας. Σε μία αφήγηση δε η συμβουλή της συμμετέχουσας είναι να βρει το κάθε παιδί την ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο πόλων, να μάθουν να οριοθετούνται επαρκώς και να βρίσκουν σταθερά σημεία αναφοράς στη ζωή τους από τα οποία μπορεί να αντλούν ασφάλεια και δύναμη. Τέλος, συστήνουν τη δέσμευση των παιδιών σε καθημερινές δραστηριότητες προκειμένου να έχουν δομή, ως αντιδιαστολή με τα χαώδη περιβάλλοντα των οικογενειών τους, στόχους, δεξιότητες, και ευχάριστες στιγμές, καθώς και να διατηρούν μία ρουτίνα σε θέματα αυτοφροντίδας. Τέλος, συστήνουν να είναι τα παιδιά ενεργά σε θέματα αντίστασης και αντιμετώπισης των κοινωνικών στερεοτύπων. Η πλειοψηφία των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων στη βιβλιογραφία τονίζει τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης και των ευχάριστων δραστηριοτήτων ως αντιστάθμισμα στις δυσκολίες από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου (Bee et al., 2013; Dam & Hall, 2016; Foster, 2010; Fudge & Mason, 2004; Kadish, 2015; Pölkki et al., 2004; Reupert et al., 2020; Yamamoto & Keogh 2018).

Η διαμόρφωση της ταυτότητας στην αναδυόμενη ενηλικίωση

Στην θεματική κατηγορία για την διαμόρφωση της ταυτότητας στην αναδυόμενη ενηλικίωση προέκυψαν οι κατηγορίες των επιπτώσεων της γονικής ψυχικής νόσου σήμερα, του ρόλου του φροντιστή από τον αναδυόμενο ενήλικα, του συναισθηματικού αντίκτυπου στον αναδυόμενο ενήλικα, των συντροφικών σχέσεων, της σχέσης με τον πάσχοντα γονιό σήμερα, και του πως βλέπουν οι συμμετέχοντες τον εαυτό τους στο μέλλον. Από την ανάλυση των αφηγήσεων για την κατηγορία των επιπτώσεων της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού στην αναδυόμενη ενηλικίωση προέκυψαν οι προσλήψεις των συμμετεχόντων για τα προσωπικά τους ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στο παρόν, τις επιπτώσεις στις επιδόσεις τους στο σχολείο ή το πανεπιστήμιο, στην κοινωνικότητα και τις αντιξοότητες στο παρόν. Σε σχέση με τις ψυχολογικές επιπτώσεις σήμερα, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν στον εαυτό τους θλίψη και διάχυτο άγχος που το συσχετίζουν με τα προβλήματα του γονιού και τις υποχρεώσεις της αναπτυξιακής φάσης που βρίσκονται. Το άγχος θεωρούν ότι έχει λειτουργήσει αθροιστικά λόγω των αντιξοοτήτων όλων των προηγούμενων χρόνων, ότι έχει μειωθεί η αντοχή τους ακόμη και σε μικρής κλίμακας ερεθίσματα στο παρόν, κι εκτιμούν ότι ενίοτε απαιτείται ψυχιατρική ή ψυχολογική φροντίδα. Σε τρεις περιπτώσεις συμμετεχόντων υπάρχει επίσημη ψυχιατρική διάγνωση, δύο από το φάσμα των ψυχώσεων και μία από την κατηγορία των αγχωδών διαταραχών. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με εκείνα της πλειοψηφίας των αντίστοιχων ερευνών που αφορούν στις ψυχολογικές και ψυχιατρικές επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου (Brummelhuis et al., 2022; Hosman et al., 2009; Leijdesdorff et al., 2017; Reupert & Maybery, 2016; Metz & Jungbauer 2021; Foster, 2010). Τονίστηκε δε ότι σε κάποιες περιπτώσεις η ψυχολογική δυσφορία αυξανόταν καθώς τα παιδιά εισέρχονταν στην αναδυόμενη ενηλικίωση, γεγονός που προέκυψε και στην παρούσα έρευνα από κάποιους συμμετέχοντες (Metz & Jungbauer, 2021).

Οι επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου στις ακαδημαϊκές επιδόσεις των παιδιών σήμερα αφορούν κυρίως δυσκολίες στη συγκέντρωση, έλλειψη ενέργειας και κινήτρων και έντονο αποπροσανατολισμό λόγω των προβλημάτων στο σπίτι. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν ήταν εφικτό να περατώσουν τις σπουδές της επιλογής τους λόγω των οικονομικών δυσκολιών της οικογένειας, ή τις περάτωσαν χωρίς την συνδρομή των γονιών. Σε αρκετές έρευνες εντοπίζονται ανάλογες δυσκολίες στην εκπλήρωση των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων (Leahy,

2015; Mechling, 2011), αλλά σε κάποιες περιπτώσεις εντοπίζονται και θετικά στοιχεία, υπό την έννοια ότι αξιοποιείται η εκπαίδευση ως μία θετική δραστηριότητα σε αντίθεση με την ατμόσφαιρα του σπιτιού που ενίοτε τη θεωρούν δύσκολη και αρνητική, και οι σπουδές αξιοποιούνται ως μέσο επίτευξης υψηλών στόχων (O'Connell, 2008).

Επίσης, οι συμμετέχοντες εντόπισαν δυσκολίες που σχετίζονται με την κοινωνικότητα στο παρόν, τόσο σε οικογενειακό και φιλικό επίπεδο, όσο και σε ευρύτερα κοινωνικό, λόγω της ντροπής και του κοινωνικού στιγματισμού, ή λόγω φόρτου υποχρεώσεων στο σπίτι, ιδίως αν είναι τα πρωτότοκα παιδιά στην οικογένεια. Εντοπίστηκαν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, που η ντροπή τους επέβαλε την τάση απομόνωσης. Επίσης υπήρχε δυσκολία στη διαχείριση της εγγύτητας και της απόστασης, ή άλλες φορές είναι καχύποπτοι για τις προθέσεις των άλλων. Όλοι δε εξέφρασαν την επιθυμία να διατηρούν στενές σχέσεις με συνομήλικους, τόσο για την απόκτηση νέων εμπειριών όσο και για την έκφραση της ανάγκης τους για μοίρασμα των δυσκολιών τους, όπως άλλωστε βλέπουμε και στη βιβλιογραφία (Ali et al., 2012; Duncan & Browning, 2009; Foster, 2010; Gladstone 2011; Kadish 2015; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019; Metz & Jungbauer 2021; Murphy et al 2011; Murphy et al. 2015a).

Σχετικά με τις αντιξοότητες στο παρόν, οι συμμετέχοντες προσδιόρισαν τα προσωπικά προβλήματα υγείας (αυτοάνοση νεφροπάθεια, νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα, σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια, κ.λπ.), τα οποία συνέδεσαν κατά κάποιο τρόπο με τα προβλήματα της γονικής ψυχικής νόσου, που επέδρασε ως ψυχοπιεστική συνθήκη για την εμφάνισή τους αλλά και τα προβλήματα υγείας άλλων μελών της οικογένειας. Το εύρημα αυτό αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία (ψυχοσωματικά προβλήματα όπως οι ημικρανίες, οι διαταραχές ύπνου και η παράλυση του προσωπικού νεύρου), (Metz & Jungbauer 2021). Επίσης, ως αντιξοότητες στο παρόν προσδιορίστηκαν οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες και η έλλειψη ορίων στην καθημερινότητα της οικογενειακής ζωής. Η οικονομική δυσπραγία των οικογενειών με γονική ψυχική νόσο αποτελεί σε όλες τις έρευνες μία από τις πιο αντίξοες συνθήκες (Sell et al., 2021) που προσθέτουν επιπλέον επιβάρυνση από τις ίδιες τις επιπτώσεις της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού.

Σχετικά με το ρόλο του φροντιστή στην αναδυόμενη ενηλικίωση προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες είτε συνέχιζαν το ρόλο αυτό από την παιδική ηλικία είτε τον υιοθέτησαν στην

πορεία λόγω των απαιτήσεων στο παρόν, όπως για παράδειγμα το πρόσφατο διαζύγιο των γονέων, ο μεγαλύτερος αδελφός έφυγε από το σπίτι, κ.λπ.. Η στάση των παιδιών σύμφωνα με την ανάλυση έχει δύο πόλους ως προς το ρόλο του φροντιστή. Στο έναν πόλο βρίσκεται η άποψη ότι οι νέοι επιθυμούν να φροντίσουν τον πάσχοντα γονιό και την οικογένεια, και στον άλλο ότι νιώθουν εγκλωβισμένοι παρά τα συναισθήματα αγάπης και ενδιαφέροντος. Σε κάθε περίπτωση εκφράζεται η ανησυχία για το πως θα καταφέρουν την ισορροπία στην πραγματοποίηση των προσωπικών στόχων στην αναδυόμενη ενηλικίωση και την κάλυψη των αναγκών της οικογένειας. Το περιεχόμενο και ο τρόπος της παροχής φροντίδας σε κάποιες περιπτώσεις παρέμενε ο ίδιος στο πέρασμα των χρόνων, και σε άλλες ήταν διαφορετικός στην αναδυόμενη ενηλικίωση, για παράδειγμα προστίθενται στη μέριμνα του νέου ενήλικα κι άλλα πρόσωπα ή έχει ένα στυλ φροντίδας πιο κυριαρχικό και ελεγκτικό. Ο ρόλος του φροντιστή στο παρόν αποτελεί σύνηθες εύρημα στη βιβλιογραφία (Dam & Hall, 2016; Mordoch & Hall, 2008; Mordoch 2010; Nilsson et al., 2015; Trondsen 2012). Ομοίως, διαπιστώνεται συχνά και η αίσθηση της αμφιθυμίας για το ρόλο του φροντιστή έναντι της κάλυψης των προσωπικών αναγκών (Metz & Jungbauer, 2021), καθώς επίσης και της αίσθησης της υποχρέωσης-ακόμη περισσότερο από την παιδική ηλικία (Abraham & Stein, 2010; Petrowski & Stein 2016).

Ο συναισθηματικός αντίκτυπος των νέων από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων είτε συνεχίζεται με τον ίδιο τρόπο από την παιδική ηλικία είτε μεταλλάσσεται προϊόντος του χρόνου. Κατά την πρόσληψη του ερευνητή υπάρχει μία έμφυλη διάσταση στον συναισθηματικό αντίκτυπο και την ακόλουθη διαχείριση των συναισθημάτων από τους νέους. Ενδέχεται τα αγόρια καθώς εισέρχονται στην ενηλικίωση να μην επιτρέπουν στον εαυτό τους να αναγνωρίζει και να εκφράζει ευάλωτα συναισθήματα, ακολουθώντας το στερεότυπο ότι αυτό δεν αποτελεί συμπεριφορά που ανταποκρίνεται στο ρόλο του ανδρικού φύλου. Ή ότι η αναδυόμενη ενηλικίωση είναι μία αναπτυξιακή φάση που δεν επιτρέπει τα ευάλωτα συναισθήματα γιατί πρέπει κανείς να είναι προσανατολισμένος στον καθορισμό και πραγματοποίηση σημαντικών στόχων. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψαν συναισθήματα στενοχώριας, έλλειψης ενέργειας και κινήτρων, ευερεθιστότητα. Τα ευάλωτα συναισθήματα συνδέθηκαν κυρίως με τις σκέψεις για το μέλλον του γονιού, για την προσωπική απώλεια της παιδικής ηλικίας, αλλά και την απώλεια των υγιών πλευρών του γονιού.

Σε ανάλογες έρευνες εντοπίζεται ο φόβος στο παρόν (Foster 2010; Kadish 2015; Knutsson–Medin et al., 2007; Murphy et al., 2015b; Murphy et al., 2016), καθώς και η λύπη και η στενοχώρια, ο θυμός και η αγωνία (Ali et al., 2012; Dam & Hall 2020; Gladstone 2011; Knutsson–Medin et al., 2007; Mccann et al. 2015· Murphy et al., 2011). Η αίσθηση μίας σειράς απωλειών από την πλευρά των συμμετεχόντων συνάδει με τις απώλειες που εντοπίστηκαν στην μελέτη των Maunu & Stein (2010): των κοινωνικών ρόλων, των προηγούμενων σχέσεων, της αίσθησης του εαυτού, της καθημερινής ρουτίνας και της αίσθησης του μέλλοντος.

Σχετικά με τη σύναψη σχέσεων στην αναδυόμενη ενηλικίωση, σύμφωνα με την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι αποτελεί μία από τις πιο συχνές ανησυχίες των συμμετεχόντων (επιπλέον είναι η κατάσταση του γονιού και οι σπουδές/ καριέρα). Στο συγκεκριμένο δείγμα η πλειοψηφία των νέων ενηλίκων έχει συνάψει ρομαντική σχέση τουλάχιστον μία φορά, και τη στιγμή της συνέντευξης βρισκόταν σε σχέση τέσσερις συμμετέχοντες, οι αφηγήσεις των οποίων περιλάμβαναν τις ανησυχίες και τον ενθουσιασμό αντίστοιχο με το στερεότυπο για τα άτομα της ηλικίας τους. Από τις προσλήψεις των συμμετεχόντων έχει προκύψει το μοτίβο της επιλογής συντρόφων με βάση την ανάληψη ρόλου του φροντιστή ή του φροντιζόμενου στην κάλυψη ψυχολογικών αναγκών. Για παράδειγμα, μπορεί να επιλέξουν σύντροφο που να έχει τη δυνατότητα να επιδείξει κατανόηση, στήριξη και ανοχή στην προσωπική ιστορία του νέου ενήλικα αλλά και στις αδύναμες πλευρές του εαυτού του που σχετίζονται με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου, ή να επιλέξουν σύντροφο με πολλές ψυχολογικές δυσκολίες με αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν εκείνοι το ρόλο του φροντιστή – ‘θεραπευτή’ στη σχέση. Κάποιοι συμμετέχοντες θεωρούν ότι συνάπτουν σχέσεις ως αντίγραφο των σχέσεων των γονιών τους, με παρόμοια μοτίβα εντάσεων, και κάποιοι άλλοι διαπιστώνουν στον εαυτό τους φόβο της εγγύτητας στις σχέσεις, φεύγουν τη στιγμή που η σχέση αρχίζει να γίνεται πιο δεσμευτική. Στη βιβλιογραφία συναντάται συχνά η εμπειρία της αναπαραγωγής των προσωπικών τους εμπειριών από την πατρική οικογένεια στις συντροφικές σχέσεις (Blake-Holmes, 2019; Duncan & Browning, 2009).

Στις αφηγήσεις για τις ομοφυλόφιλες σχέσεις οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι το δράμα στις περιπτώσεις αποχωρισμών είναι μεγαλύτερο συγκριτικά με άλλους τύπους σχέσεων, ίσως λόγω της υποκειμενικά προσλαμβανόμενης μικρότερης διαθεσιμότητας των άλλων ατόμων, ή

της κοινωνικότητας των ίδιων των συμμετεχόντων. Σε τρεις περιπτώσεις εκλήφθηκε η ερωτική απογοήτευση ως απόρριψη και εγκατάλειψη και βιώθηκε από τα παιδιά ως τραυματική εμπειρία χειρότερη από εκείνη της γονικής ψυχικής νόσου, που κατά την πρόσληψη του ερευνητή ενδέχεται να είχαν επενδύσει στις σχέσεις περισσότερο λόγω του ιστορικού μεγαλύτερων ελλειμμάτων δεσμού στην πατρική τους οικογένεια, αλλά βεβαίως και λόγω του ότι βρίσκονται στην αναδυόμενη ενηλικίωση στα πλαίσια της οποίας υπάρχει συνήθως επένδυση που γίνεται με πιο γρήγορο τρόπο και ίσως πιο επιπόλαια (Fons, et al., 2005; Kramer et al. 2017; Smith, 2011). Υπάρχουν και λίγες περιπτώσεις που δεν έχουν συνάψει σχέση μέχρι σήμερα, γεγονός που ενισχύει την έλλειψη αυτοπεποίθησης και εγείρει ανασφάλειες, που έχουν ούτως ή άλλως από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. Οι ίδιοι θεωρούν ότι αυτό οφείλεται στις δυσκολίες που έχουν περάσει στην οικογένεια, στην έλλειψη χρόνου, στο άγχος κάλυψης των αναγκών του γονιού και τις αυστηρές πεποιθήσεις των γονέων περί συντροφικότητας των νέων. Σε παρόμοιες έρευνες είναι συχνό το εύρημα ότι εντοπίζονται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες δυσκολίες να συνάψουν σχέση λόγω δυσκολιών στην εμπιστοσύνη και την οικειότητα (Baik & Bowers 2006; Duncan & Browning 2009; Foster 2010), ένιωθαν ότι είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Kadish, 2015), θεωρούσαν για τον εαυτό τους ότι δεν είναι ικανός να διατηρήσει μακροχρόνιες σχέσεις (Metz & Jungbauer, 2021), ή δεν είχαν το χρόνο λόγω της φροντίδας προς τον πάσχοντα γονιό (Blake-Holmes, 2019).

Ο προσδιορισμός της σχέσης των νέων ενηλίκων με τον πάσχοντα γονιό σήμερα χαρακτηρίζεται από αντικρουόμενες σκέψεις και συναισθήματα που κατά την πρόσληψη του ερευνητή φαίνεται σαν να αντικατοπτρίζεται ένα 'ψυχικό μούδιασμα', σα να βρίσκονται οι συμμετέχοντες σε ένα σταυροδρόμι και δεν είναι σε θέση να επιλέξουν ποιο δρόμο να επιλέξουν. Οι περισσότερες αφηγήσεις εντοπίζουν απομάκρυνση στη σχέση με τον πάσχοντα γονιό είτε γιατί ο νέος ενήλικας θέλει να αφοσιωθεί στην πραγματοποίηση των στόχων, είτε γιατί πιέζεται από τα προβλήματα της οικογένειας, είτε γιατί οι ανάγκες δεσμού καλύπτονται από άλλα πρόσωπα στην οικογένεια. Σε μία περίπτωση υπάρχει πλήρης αποξένωση αυτό το χρονικό διάστημα ως αποτέλεσμα εντάσεων στη σχέση. Ενίοτε, συνεχίζουν να εκλαμβάνουν τη συμπεριφορά του γονιού ως ελεγκτική και χειριστική όπως και στην παιδική τους ηλικία, σε θέματα όμως που αφορούν την αναδυόμενη ενηλικίωση, όπως είναι η επιλογή των συντρόφων,

οι σπουδές, η διαχείριση των οικονομικών και η αυτονόμηση γενικότερα. Οι δυσκολίες στην παρούσα σχέση με τον πάσχοντα γονιό αποτυπώνονται στην πλειοψηφία των αντίστοιχων μελετών (Dunn 1993; McCann et al. 2015; Murphy et al. 2015b; Petrowski & Stein 2016; Yamamoto & Keogh 2018). Όμως, υπάρχουν και αφηγήσεις αγάπης και φροντίδας, αλλά και εμπιστοσύνης ότι οι θετικές πλευρές του γονιού μπορούν να συμβάλουν θετικά στις ανάγκες του νέου ενήλικα, αλλά είναι σαφώς λιγότερο συχνές. Η θετική διασύνδεση με το γονιό στο παρόν αποτυπώνεται επίσης σε αντίστοιχες δημοσιεύσεις (Dam & Hall, 2016; Dunn, 1993), κυρίως στις φάσεις που ο γονιός δεν βρίσκεται σε υποτροπή (Dam & Hall, 2016; Metz & Jungbauer, 2021; Yamamoto & Keogh, 2018).

Η τελευταία κατηγορία που προέκυψε αφορά την πρόσληψη των συμμετεχόντων για τον εαυτό τους στον μέλλον. Αναδύθηκαν οι διαστάσεις του φόβου της κληρονομικότητας της ψυχικής νόσου στο μέλλον, των ανησυχιών και των φόβων γενικότερα, και των ονείρων και των επιθυμιών των νέων ενηλίκων στο μέλλον. Από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε ότι πολλοί συμμετέχοντες νιώθουν φόβο με τη σκέψη της κληρονομικότητας του ψυχικού νοσήματος του γονιού, τόσο για τους ίδιους δεδομένου ότι αποτελούν την αμέσως επόμενη γενεά μετά τη γενεά του πάσχοντος, όσο και για τα παιδιά τους. Είναι ενδιαφέρον δε ότι κάποιοι συμμετέχοντες φοβούνται το ενδεχόμενο της προσωπικής τους νόσησης όχι τόσο για τον εαυτό τους όσο για το ότι σε αυτή τη συνθήκη δεν θα δύνανται να φροντίζουν τους πάσχοντες γονείς τους. Ο φόβος της μετάδοσης της ψυχικής νόσου είναι εμφανής στις περισσότερες έρευνες που αφορούν τα ενήλικα τέκνα ψυχικά πασχόντων γονέων (Brummelhuis, 2022; Gladstone 2011; Dam & Hall 2016; Kallquist & Salzmann-Erikson, 2019). Εκτός από το φόβο της κληρονομικότητας οι συμμετέχοντες εξέφρασαν και την αγωνία της αναζήτησης του τρόπου εξισορρόπησης της μέριμνας του πάσχοντος γονιού και της πραγματοποίησης των προσωπικών στόχων, καθώς και ζητήματα προσωπικής επάρκειας στον επαγγελματικό τομέα και τον τομέα της συντροφικότητας. Ενίοτε τους απασχολούν και θέματα διαχείρισης των συναισθημάτων γιατί αρκετοί από αυτούς δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, όπως για παράδειγμα στη διαχείριση του άγχους. Σχετικά με τα όνειρα και τις επιθυμίες για το μέλλον από την ανάλυση των αφηγήσεων προέκυψε το ενδιαφέρον να αλλάξουν στοιχεία του εαυτού όπως η ευερεθιστότητα, η ένταση κι ο θυμός κι αντ' αυτών να καταφέρουν να έχουν ηρεμία στη ζωή

τους, να αποκτήσουν σεβασμό προς τον εαυτό και επαρκή γι' αυτούς οριοθέτηση, να καταφέρουν να φροντίζουν τους πάσχοντες γονείς αλλά ταυτόχρονα να αποκτήσουν μία σχετική αυτονομία. Τουλάχιστον οι μισοί συμμετέχοντες εκφράζουν την επιθυμία για επίτευξη τριών ταυτόχρονα στόχων, την περάτωση των σπουδών, την επαγγελματική αποκατάσταση, και την δημιουργία οικογένειας. Πολύ συχνά δε αναφέρεται η επιθυμία να καταφέρουν να μείνουν σε δικό τους σπίτι. Σε σχέση με τους επαγγελματικούς στόχους αναφέρθηκε συχνά η επιθυμία να ασχοληθούν με επαγγέλματα φροντίδας, ίσως ορμώμενοι από την προσωπική τους εμπειρία.

Τέλος, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το ότι τουλάχιστον πέντε συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν έχουν ιδιαίτερα όνειρα και επιθυμίες για το μέλλον, κι ότι επιλέγουν να μην σκέφτονται μακροπρόθεσμα, αλλά *‘βλέποντας και κάνοντας’* όπως ανέφερε στην αφήγησή της η Αννέτα. Σε μία αφήγηση ο συμμετέχων ανέφερε ότι δεν επιθυμεί τίποτα γιατί ό,τι χρειάζεται αισθάνεται ότι το έχει ήδη. Κατά την πρόσληψη του ερευνητή ενδέχεται να υποκρύπτεται φόβος έκφρασης επιθυμιών από αυτούς του συμμετέχοντες, είτε γιατί δεν μπορούν να προβλέψουν την κατάσταση του πάσχοντος γονιού στο μέλλον οπότε αφήνουν όλα τα ενδεχόμενα ανοιχτά, είτε δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό ότι θα καταφέρει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ζωής στο μέλλον, είτε γιατί θεωρούν ότι το πεπρωμένο ή η μοίρα είναι προδιαγεγραμμένη, κι ότι η ζωή θα τους φέρει στο μέλλον ό,τι έφερνε και τα προηγούμενα χρόνια. Στη βιβλιογραφία, σε αντίστοιχες έρευνες παρατίθενται παρόμοια με τα ως άνω ευρήματα και επιπροσθέτως η επιθυμία κάποια στιγμή στο μέλλον να αναγνωριστούν οι προσπάθειές τους, να υπάρξει επαρκέστερη δημόσια κατανόηση για την ψυχική νόσο και να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή (Dam & Hall, 2016; Mechling, 2016; Metz & Jungbauer, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διεξαγωγή των συμπερασμάτων στην παρούσα έρευνα δεν αποτελεί μία εύκολη υπόθεση αν αναλογιστούμε τον τεράστιο όγκο των δεδομένων σε συνάρτηση με τις χρονοβόρες διαδικασίες σε κάθε στάδιο. Επιπροσθέτως, σε κάθε ανάγνωση του καταγεγραμμένου υλικού προκύπτει και ένα διαφορετικό παράγωγο καθώς το πλαίσιο της αλληλεπίδρασης της οπτικής του ερευνητή και του υλικού δεν είναι πάντα το ίδιο. Εντούτοις, μπορούμε να κάνουμε μια σειρά από παρατηρήσεις.

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να 'δοθεί φωνή σε μία ομάδα του πληθυσμού που μέχρι πρότινος θεωρούταν περιθωριοποιημένη. Η πλειοψηφία των ερευνών αφορά τις εκτιμήσεις από την πλευρά των ειδικών ψυχικής υγείας ή των γονέων, όχι όμως των ίδιων των παιδιών. Ως εκ τούτου, οι απόψεις των ίδιων των παιδιών έχουν ιδιαίτερη σημασία, τόσο για τον προσδιορισμό των θεμάτων που προκύπτουν από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου όσο και για την αξιοποίησή τους σε επίπεδο υπηρεσιών. Στο ελληνικό συγκείμενο, η παρούσα έρευνα αποτελεί μία από τις ελάχιστες (αν όχι την μοναδική) που μελετά τις αφηγήσεις των αναδυόμενων ενηλίκων τέκνων γονέων με διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων.

Η επιλογή της ηλικιακής περιόδου της αναδυόμενης ενηλικίωσης διαφωτίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες των νέων με ψυχικά πάσχοντες γονείς, καθώς η ζωή απαιτεί να αξιοποιήσουν ευκαιρίες στις σπουδές, στη σύναψη σχέσεων, την αυτονόμηση, την αγορά εργασίας, τον πειραματισμό και τη διαμόρφωση της ταυτότητας. Η αξιοποίηση αυτή ενίοτε δυσχεραίνεται από τις επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου με αποτέλεσμα οι νέοι να μην προετοιμάζονται επαρκώς για να εισέλθουν στην ενήλικη φάση της ζωής. Οι αναδυόμενοι ενήλικες (ανεξαρτήτως της γονικής ψυχικής νόσου) συχνά περιπλανιόνται σε νέες αναζητήσεις, και κατά τη διαδικασία αυτή μερικές φορές επιβαρύνονται από παράγοντες όπως οι σχέσεις στην οικογένεια και οι ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, με αποτέλεσμα να είναι μία συνθήκη από μόνη της απαιτητική. Όταν προστίθενται τα προβλήματα από την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου τότε απαιτούνται ειδικοί χειρισμοί και υποστήριξη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι συμμετέχοντες μεγάλωσαν σε δυσλειτουργικά οικογενειακά περιβάλλοντα τόσο όσον αφορά τις σχέσεις μεταξύ των μελών της πυρηνικής και ευρύτερης οικογένειας, όσο και τις αντιξοότητες που προέκυψαν από την ψυχική νόσο του γονέα, ή άλλες αντιξοότητες όπως η ενδοοικογενειακή βία, ο χωρισμός των γονιών, η οικονομική δυσχέρεια, τα προβλήματα σωματικής υγείας, η μετανάστευση, κ.λπ.. Τα προβλήματα του οικογενειακού περιβάλλοντος αποτελούσαν αποτέλεσμα της ψυχιατρικής κατάστασης του γονιού, ενώ άλλες φορές προηγούνταν της εμφάνισης της γονικής ψυχικής νόσου και σε κάποιες περιπτώσεις θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες ότι λειτούργησαν ως αιτία της εμφάνισής της.

Ο αντίκτυπος της εμπειρίας της γονικής ψύχωσης στους νέους είναι ισχυρός και πολυεπίπεδος, σε τομείς όπως είναι η ψυχολογική τους ισορροπία (σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές), οι κοινωνικές δεξιότητες, οι ακαδημαϊκές επιδόσεις, η συντροφικότητα, η αυτονόμηση, κ.λπ.. Η εμπειρία της γονικής ψύχωσης ως συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα αποτέλεσε έναν ιδιαζόντως επιβαρυντικό παράγοντα, κυρίως μέσα από τις ψυχιατρικές υποτροπές, τις αναγκαστικές νοσηλείες και την έντονη απόσυρση στα μεσοδιαστήματα των υποτροπών. Συχνά, οι συμμετέχοντες καλούνταν να διαχειριστούν τις απόπειρες αυτοκτονίας ή το παραλήρημα του γονέα, με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας όταν ο γονιός τους έθετε στο επίκεντρο των παραληρητικών ιδεών. Οι εμπειρίες αυτές αποτελούν χρόνιες αντιξοότητες που συνάδουν με τα προαπαιτούμενα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία για το αναπτυξιακό ψυχικό τραύμα.

Σε όλες τις θεματικές κατηγορίες που αναδύθηκαν προέκυψαν ζητήματα που αφορούν στην εμπειρία του στίγματος για την ψυχική νόσο του γονιού, τόσο σχετικά με το πως βλέπουν οι συμμετέχοντες ότι το στίγμα επηρέασε την οικογένειά τους και τον πάσχοντα γονιό, όσο και τον εαυτό τους. Αρκετοί συμμετέχοντες είχαν πολυστιγματιστικές εμπειρίες δεδομένου ότι εκτός από την ψυχική νόσο του γονιού βίωναν ταυτόχρονα στίγμα και για άλλες καταστάσεις όπως η εθνική καταγωγή, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, τα προσωπικά προβλήματα υγείας και η φτώχεια. Πολλοί από τους συμμετέχοντες αναγκάστηκαν να υιοθετήσουν στρατηγικές κατά την παιδική ηλικία και την αναδυόμενη ενηλικίωση που ήταν επιβαρυντικές στην ανάπτυξή τους, (π.χ. στρατηγικές απομόνωσης).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων δεν παρέχουν θεσμοθετημένα πλαίσια που να συμπεριλαμβάνουν την μέριμνα των παιδιών όταν συνεργάζονται με έναν ενήλικα που έχει παιδιά. Οι συμμετέχοντες τόνιζαν την έλλειψη επίσημης ενημέρωσης για το πρόβλημα του γονιού, γεγονός το οποίο είχε δυσμενείς επιπτώσεις καθώς προσπαθούσαν μόνοι τους να νοηματοδοτήσουν τις παράξενες, ακατανόητες και ασταθείς συμπεριφορές. Ενίοτε είχαν την εμπειρία απαξιωτικών ή στιγματιστικών συμπεριφορών από τους θεράποντες των γονέων. Επίσης τόνιζαν ιδιαίτερα την ανεπάρκεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και των δράσεων πρόληψης ή έγκαιρης παρέμβασης, καθώς και τις δυσμενείς συνθήκες θεραπείας των ψυχιατρικών κλινικών. Παρόμοια, προέκυψε κατά την άποψη των συμμετεχόντων ότι δεν υπήρχε επαρκής διασύνδεση των διαφόρων υπηρεσιών και φορέων όπως το σχολείο, το ψυχιατρικό νοσοκομείο, η κοινωνική υπηρεσία των δήμων, κ.λπ..

Στην παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες εντόπιζαν και θετικά στοιχεία από την εμπειρία της γονικής ψύχωσης εκτός από τα τραυματικά βιώματα. Τα στοιχεία αυτά αφορούσαν τη σχέση με τον πάσχοντα γονιό και την οικογένεια, καθώς αφηγούνται την αγάπη και το ενδιαφέρον να είναι καλά, αλλά και την πρόσληψη ότι ο ίδιος ο γονιός έχει πολλά θετικά στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν σε αυτή τη σχέση παρά τα ψυχιατρικά προβλήματα. Κατάφεραν να αναπτύξουν ψυχική ανθεκτικότητα, να ενισχύσουν πλευρές του εαυτού όπως είναι η ενσυναίσθηση, η αισιοδοξία για τη ζωή, η θετική ενέργεια, η γνώση για τα θέματα ψυχικής υγείας, η αξιοποίηση των κοινωνικών δικτύων, κ.λπ.. Σε αρκετές περιπτώσεις η εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου λειτούργησε ως αφορμή για την κατάκτηση ενός επιπέδου ωρίμανσης πολύ υψηλότερου από αυτό που θεωρούσαν ότι είχαν πριν από αυτή την εμπειρία, με αλλαγή της κοσμοθεωρίας τους και των προτεραιοτήτων, με βάση τις αρχές της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Η αφηγηματική θεματική ανάλυση ως μέθοδος στην παρούσα έρευνα προέκυψε ότι ήταν μία πολύ γόνιμη επιλογή για την μελέτη της εμπειρίας της γονικής ψύχωσης από τους αναδυόμενους ενήλικες. Το επίκεντρο ανάλυσης που αφορούσε ολόκληρες τις ιστορίες των συμμετεχόντων- κι όχι διασπασμένες- έδωσε τη δυνατότητα στην πληρέστερη προσέγγιση των εμπειριών που μοιράστηκαν με τον ερευνητή, με επίκεντρο το αφηγούμενο πρόσωπο και την μοναδικότητά του. Η προσέγγιση αυτή επέτρεψε την ανάδυση αντιφάσεων, την ενίσχυση της

πολυδιάστατης ερμηνείας έναντι της γραμμικής αιτιότητας καθώς και την ανάδυση όχι μόνο αρνητικών αλλά και θετικών οπτικών της εμπειρίας της γονικής ψυχικής νόσου. Μέσω των αφηγήσεων δημιουργήθηκε και διευρύνθηκε ο χώρος των νοηματοδοτήσεων των υποκειμένων στα πλαίσια της αναπτυξιακής πορείας από την παιδική ηλικία μέχρι σήμερα, με τους φακούς του νέου ενήλικα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν είναι εύκολο να γενικευτούν στον πληθυσμό, όπως άλλωστε αυτό αφορά και την πλειοψηφία των ποιοτικών μελετών, εντούτοις μας δίνουν τη δυνατότητα να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις μας εις βάθος. Σχετικά με τους περιορισμούς της έρευνας και τις επακόλουθες προτάσεις για το μέλλον θεωρούμε ότι θα ήταν χρήσιμη η διεύρυνση της συμπερίληψης των υποκειμένων ως προς κάποιες διαστάσεις. Για παράδειγμα, θα ήταν χρήσιμο να συμπεριληφθούν άτομα από μη αστικά περιβάλλοντα δεδομένου ότι στην παρούσα έρευνα όλοι οι συμμετέχοντες ήταν κάτοικοι της Αθήνας. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τονίστηκε ότι στις μικρότερες κοινωνίες ή απομονωμένες περιοχές ενδέχεται να υπάρχουν διαφορές στην εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου. Θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν και άλλες ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες των γονέων πέρα από τις διαταραχές του φάσματος των ψυχώσεων που θα επέτρεπαν τις συγκρίσεις μεταξύ των διαφόρων ψυχιατρικών καταστάσεων. Επίσης, θα ήταν χρήσιμες οι συνεντεύξεις των πασχόντων γονέων και όλης της οικογένειας καθώς και των ειδικών ψυχικής υγείας για τον εμπλουτισμό και την ευρύτερη νοηματοδότηση της γονικής ψυχικής νόσου. Σχετικά με την ηλικία των υποκειμένων θα είχε πολύ μεγάλο ενδιαφέρον να συμπεριληφθούν σε μία ανάλογη έρευνα άτομα και από άλλες ηλικιακές ομάδες τόσο από την παιδική και εφηβική ηλικία, όσο και ενήλικες ή υπερήλικες, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν μέχρι τώρα επαρκείς αντίστοιχες δημοσιεύσεις. Θα ήταν εμπλουτιστικό αν αξιοποιούταν η δυνατότητα επαναληπτικών συνεντεύξεων στα ίδια υποκείμενα για περισσότερες επεξηγήσεις, και καλύτερη κατανόηση της εμπειρίας τους, είτε την ίδια χρονική περίοδο είτε διαχρονικά.

Τέλος, με αφορμή τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, θεωρούμε πολύ σημαντική τη σύσταση υπηρεσιών με εξειδικευμένη τεχνογνωσία γύρω από θέματα που αφορούν στη φροντίδα των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων. Κρίνεται απαραίτητο να συστηθεί συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο και να ληφθούν αποφάσεις από την κεντρική εξουσία κατά το

υπόδειγμα των χωρών της βόρειας Ευρώπης, του Καναδά και της Αυστραλίας. Οι ειδικοί ψυχικής υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται για τις επιπτώσεις που επισύρει η εμπειρία της γονικής ψύχωσης στα παιδιά, αλλά και την κάλυψη των εξειδικευμένων αναγκών. Θα πρέπει να υπάρχουν θεσμοθετημένες καλές πρακτικές εντοπισμού των παιδιών ψυχικά πασχόντων γονέων στην Ελλάδα και επαρκής διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και ενηλίκων, ή διεύρυνση των υπηρεσιών ενηλίκων ώστε να έχουν τη δυνατότητα μέριμνας για τα παιδιά. Επίσης, θα πρέπει να ενισχυθούν οι κοινοτικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα εκείνες που έχουν τη δυνατότητα για αμοιβαία αλληλεπίδραση με τους κατοίκους στο μικροεπίπεδο της γειτονιάς και η σύνδεσή τους με άλλους φορείς όπως το σχολείο. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να λειτουργούν με μία συνέχεια στο χρόνο, κι όχι να αφορούν την περάτωση προδιαγεγραμμένων χρονικά προγραμμάτων. Τέλος, πρέπει να λειτουργούν επίσης με συνέχεια και ενεργά δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος για την ψυχική νόσο και την πρόληψη.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ

Η εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής αποτελεί για τον ερευνητή μέρος μίας συνεχούς εκπαιδευτικής διαδικασίας από την περίοδο των προπτυχιακών σπουδών μέχρι σήμερα. Η επανασύνδεση με την ακαδημαϊκή κοινότητα ήταν αναζωογονητική, σα να άνοιξε ένα νέο παράθυρο στη συγκεκριμένη φάση ζωής. Η κλινική μου εμπειρία από την εργασία μου στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και την ιδιωτική πρακτική καθώς επίσης και οι ιστορίες ζωής των ανθρώπων του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου αποτέλεσαν έναυσμα για την ανάδυση της αρχικής ιδέας που στη συνέχεια διαμορφώθηκε σε πρόταση. Μέσω της άσκησης της οικογενειακής θεραπείας, της συνεργασίας με ψυχικά πάσχοντες και τις οικογένειές τους στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων, καθώς επίσης και της ενασχόλησης με τη θεραπεία του ψυχικού τραύματος, διαπίστωσα ότι η μελέτη της εμπειρίας των παιδιών για τη γονική ψυχική νόσο ήταν ιδιαζόντως σημαντική.

Ένωσα πολύ τυχερός που ο επιβλέπων της διατριβής πρότεινε την αφηγηματική θεματική ανάλυση ως μεθοδολογική προσέγγιση διότι θεώρησα ότι ταιριάζει απόλυτα όχι μόνο στη φύση της συγκεκριμένης έρευνας αλλά και σε μένα προσωπικά. Η αίσθηση αυτή με συνόδευσε από την αρχή, μέχρι σήμερα που γράφω αυτό τον επίλογο. Αν και δεν είχα πρότερη ερευνητική εμπειρία με βάση την προσέγγιση αυτή, είχα την αίσθηση της εγγύτητας δεδομένου ότι είχα εκπαιδευτεί παλαιότερα στην αφηγηματική θεραπεία και γνώριζα τη σημασία των αφηγήσεων στη ζωή των ανθρώπων. Είδα στην πράξη το μέγεθος του σεβασμού, της δημοκρατικότητας και ταυτόχρονα της υψηλής επιστημονικής διάστασης, από τον αρχικό σχεδιασμό, την παραγωγή των δεδομένων με τους συμμετέχοντες, και την ανάλυση του υλικού. Κατά κάποιο τρόπο ένιωσα ότι οι αρχές της αφηγηματικής προσέγγισης διείσδυσαν στην εποπτική σχέση που είχα με τον επιβλέποντα, γεγονός το οποίο με βοήθησε να διατηρώ μία καλή ισορροπία μεταξύ των διαφόρων οπτικών, και να νιώθω έναν υψηλό βαθμό ελευθερίας. Από τη μία η στενή συνεργασία με τον επιβλέποντα, η προσωπική μελέτη και η κλινική μου εμπειρία αποτέλεσαν οδηγό στις διάφορες φάσεις της έρευνας, κι από την άλλη πλευρά συχνά είχα την αίσθηση ότι με καθοδηγούσε η ίδια η έρευνα για το τι έπρεπε να ακολουθήσει.

Η επιλογή επαρκών αριθμητικά για την έρευνα συμμετεχόντων αρχικά αποτέλεσε πηγή στρες. Αργότερα επήλθε ανακούφιση όταν διαπίστωσα ότι είχα συγκεντρώσει ένα μεγάλο αριθμό υποψηφίων, όμως το στρες επανεμφανίστηκε όταν χρειάστηκε να μην συμπεριλάβουμε κάποιους από αυτούς για τεχνικούς λόγους. Η επαφή μου με τους συμμετέχοντες μου έδωσε τη δυνατότητα να βιώσω πολλά συναισθήματα. Κατέβαλα προσπάθειες να υπερισχύσει η ερευνητική μου ιδιότητα έναντι της θεραπευτικής στην οποία ήμουν συνηθισμένος όλα αυτά τα χρόνια, αλλά αυτό δεν ήταν πάντα εύκολο. Σε κάποιες περιπτώσεις είχα την αίσθηση ότι η μη λεκτική μου επικοινωνία εξέπεμπε μηνύματα ότι οι συμμετέχοντες βρίσκονται σε ένα ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο, και δευτερευόντως σε ερευνητικό. Κάποιες άλλες φορές νόμιζα ότι δεν εξασφάλιζα ούτε ερευνητικό ούτε θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά μία ανθρώπινη συζήτηση με συναισθηματική εγγύτητα. Η εγγύτητα αυτή ίσως ήταν ένας από τους λόγους που διατηρήθηκε επικοινωνία με αρκετούς συμμετέχοντες μέχρι σήμερα. Με ενημέρωναν για διάφορα γεγονότα ή ορόσημα στη ζωή τους όπως η λήψη του πτυχίου, η απώλεια γονέα, ή η εύρεση εργασίας. Όλες οι ιστορίες των συμμετεχόντων ήταν πολύ συγκινητικές, κι ενώ διακρίνονταν κοινά μοτίβα στην εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου εγώ ένιωθα ότι ο κάθε ένας ήταν τόσο ξεχωριστός που θα άξιζε μία εν τω βάθει διερεύνηση σε δεύτερο χρόνο. Ενίοτε βίωνα αγωνία αν η πορεία της συζήτησης εξυπηρετούσε το σκοπό της έρευνας ή ήταν πιο ανοιχτή και ξέφευγε από το υπό διερεύνηση θέμα. Άλλες φορές ένιωθα ενοχές κατά το πέρας της συνέντευξης, γιατί είχα την αίσθηση ότι τους εγκατέλειπα μετά από μία κατάθεση ψυχής. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων παρατηρούσα ότι μου αναδύονταν στοχασμοί για ανάλογες εμπειρίες θεραπευομένων μου στις οποίες ενδεχομένως δεν είχα δώσει την κατάλληλη προσοχή. Επίσης, στοχαζόμουν (και κατέγραφα σε δεύτερο χρόνο) τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων και των αναγκών μέτρων πρόληψης σχετικά με την εμπειρία της γονικής ψυχικής νόσου.

Κατά το στάδιο της ανάλυσης και της συγγραφής κατέβαλα προσπάθειες να παραμείνω πιστός στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων. Παρά το ότι στην αφηγηματική προσέγγιση δεν διερευνάται η αντικειμενικότητα των δεδομένων, είχα αγωνία να αποτυπώσω όσο γίνεται περισσότερο το δικό τους πνεύμα έτσι όπως προέκυπτε από τις συναντήσεις. Ενίοτε είχα αγωνία αν η επιλογή των αποσπασμάτων από τις αφηγήσεις τους ήταν η πλέον κατάλληλη, ή ο

προσδιορισμός των ιστοριών είχε την αρχή, μέση και τέλος σύμφωνα με τη δική τους νοηματοδότηση. Από την άλλη πλευρά, συχνά ένιωθα ικανοποίηση για την ευκαιρία που δινόταν να αποτυπωθούν ολόκληρες οι ιστορίες των συμμετεχόντων ώστε να έχει την ευκαιρία ο αναγνώστης να διαπιστώσει τις εμπειρίες τους, με τα δικά τους μάτια. Η συναισθηματική διεργασία ήταν έντονη κατά την ανάλυση και τη συγγραφή διότι ερχόμουν σε επαφή ξανά με τους συμμετέχοντες αλλά και με τα συναισθήματα που είχα νιώσει κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Διατηρούσα έντονη την προσοχή και εγρήγορση να μην εκθέσω τα προσωπικά τους δεδομένα στα αποτελέσματα, και για αυτό επιδιόκουν σε αλλεπάλληλες αναγνώσεις, παρά το ότι οι περισσότεροι δήλωσαν ότι δεν τους ενδιαφέρει καθόλου το ζήτημα της ανωνυμίας, καθώς θεωρούν ότι συμμετείχαν για να μοιραστούν την εμπειρία τους και να βοηθήσουν με τον τρόπο τους άλλα παιδιά. Ειδικά η πρώτη συμμετέχουσα στην έρευνα θεώρησα ότι ήταν δώρο για μένα καθώς ήταν ευπροσήγορη, πολύ ανοιχτή στο διάλογο, επέλεξε να επιδείξει εμπιστοσύνη και θεωρούσε ότι τα ψυχικά νοσήματα αποτελούν συνθήκη που πρέπει να μοιράζεται ο κόσμος προκειμένου να καταρριφθούν τα κοινωνικά στερεότυπα. Η στάση της αυτή μου έδωσε ιδιαίτερη δύναμη για τις επόμενες συνεντεύξεις.

Η εκπόνηση της παρούσας διατριβής ήταν για μένα ένα πολύ ενδιαφέρον ταξίδι και θεωρώ ότι με βοήθησε να είμαι καλύτερος ακροατής, να προσεγγίζω την αλήθεια με προσοχή, μέσα από το πρίσμα της συγκατασκευής και της συμβολής των εκάστοτε πλαισίων. Επίσης ενισχύθηκε μέσα μου η πίστη στους ανθρώπους, ότι παρά τις αντιξοότητες υπάρχουν θετικά αποθέματα που χρειάζονται προσοχή και ενδυνάμωση. Κατανόησα ακόμη περισσότερο τη δύναμη της αλληλεγγύης μεταξύ των ανθρώπων που νιώθω ότι τα τελευταία χρόνια έχει ατονήσει. Το παρόν πόνημα θεωρώ ότι είναι μία συγκατασκευή της προσωπικής μου προσπάθειας, του επιβλέποντος της διατριβής, των συμμετεχόντων και των οικογενειών τους, των ψυχιάτρων που τους παρέπεμψαν, κι όλων των πλαισίων που αποτελούμε μέρος τους. Ως τελευταία πρόταση παραθέτω τον εξής αγαπημένο στίχο:

Έπειδή τα δάκρυα είναι κι αυτά Πατρίδα που δε χάνεται. Κει που γυάλισαν κάποτε ύστερα η αλήθεια ήλθε', Ο. Ελύτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham, K., & Stein C. (2010). Staying Connected: Young Adults' felt obligation toward parents with and without mental illness. *Journal of Family Psychology*, 24(2), 125-134. <https://doi.org/10.1037/a0018973>
- Abraham, K. & Stein C. (2012). Emerging adult's perspectives on their relationships with mothers with mental illness, implications for caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 542-549. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01175.x>
- Adams, B. L., Stavropoulos, V., Burleigh, T. L., Liew, L. W., Beard, C. L., & Griffiths, M. D. (2019). Internet gaming disorder behaviors in emergent adulthood: A pilot study examining the interplay between anxiety and family cohesion. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 828-844. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9873-0>
- Ahlstrom, B. H., Skarsater I., & Danielson E. (2009). Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scand J Caring Sci*, 23, 309–316. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00624.x>
- Afzelius, M., Plantin, L., & Ostman, M. (2018). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 69-77. <https://doi.org/10.1111/jpm.12433>
- Aktar, E., Qu, J., Lawrence, P. J., Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M., & Bögels, S. M. (2019). Fetal and Infant Outcomes in the Offspring of Parents with Perinatal Mental Disorders: earliest Influences. *Front. Psychiatry*, 10,391. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00391>
- Aldridge, J. (2006). The Experiences of Children Living with and Caring for Parents with Mental Illness. *Child Abuse Review*, 15, 79-88. <https://doi.org/10.1002/car.904>
- Aldridge, J., & Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals* (First edition). Policy Press. <https://doi.org/10.46692/9781847425676>
- Ali, L., Ahlström, B. H., Krevers, B., & Skärsäter, I. (2012). Daily life for young adults who care for a person with mental illness: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(7), 610-617. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01829.x>
- Allen, B. & Lauterbach, D. (2007). Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 587-595. <https://doi.org/10.1002/its.20195>
- Alegre, A., & Benson, M. J. (2019). Family warmth, self-perception, social competence, and friendships in emerging adulthood. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36(2), 75-81. <https://doi.org/10.1017/edp.2019.10>
- Altamura, A. C., Bassetti, R., Bignotti, S., Pioli, R., & Mundo, E. (2003). Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophrenia Research*, 60(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00164-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00164-0)
- Amaresha, A., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12-19. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.96149>
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5).

- Washington, DC: American psychiatric association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amrock, S. M., & Weitzman, M. (2014). Parental psychological distress and children's mental health: results of a national survey. *Academic pediatrics*, 14(4), 375-381.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.02.005>
- Anderson, E. L., Steen, E., & Stavropoulos, V. (2017). Internet use and problematic internet use: A systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *International Journal of adolescence and youth*, 22(4), 430-454.
<https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1227716>
- Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2011). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261, 21-27. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0120-3>
- Αρβανίτη, Α., Σπυροπούλου, Α., & Ζέρβας Ι. (2012). Γονεϊκή ικανότητα μητέρων με σχιζοφρένεια. *Ψυχιατρική*, 23(4), 314-321.
- Arikian, A., Keel, P. K., Miller, K. B., Thuras, P., Mitchell, J. E., & Crow, S. J. (2007). Parental psychopathology as a predictor of long-term outcome in bulimia nervosa patients. *Eating disorders*, 16(1), 30-39. <https://doi.org/10.1080/10640260701771672>
- Arnett, J. (2015). *Emerging Adulthood. The winding road from the late teens through the twenties.* Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199795574.013.9>
- Avraam, G., Samakouri, M., Tzikos, A., & Arvaniti, A. (2022). High Expressed Emotion and Warmth among Families of Patients with Schizophrenia in Greece. *Healthcare*, 10, 1957.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10101957>
- Awad, A., & Voruganti, L., (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26 (2): 149-162. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
- Backer, C., Murphy, R., Fox, J. R., Ulph, F., & Calam, R. (2017). Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(2), 212-228. <https://doi.org/10.1111/papt.12099>
- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative inquiry*, 9(1), 69-96. <https://doi.org/10.1075/ni.9.1.05bae>
- Baik, S. Y., & Bowers, B. (2006). Living with a mother with chronic depression: To tell or not to tell? *The internet journal of mental health*, 3(1), 1-5. <https://doi.org/10.5580/18be>
- Baker, A. J. L. (2007). *Adult children of parental alienation syndrome: Breaking the ties that bind.* Norton.
- Baker, A. J. L. (2010). Adult recall of parental alienation in a community sample: Prevalence and associations with psychological maltreatment. *Journal of Divorce & Remarriage*, 51, 16–35. <https://doi.org/10.1080/10502550903423206>
- Bannon, S. M., Barle, N., Mennella, M. S., & O'Leary, K. D. (2018). Parental conflict and college student functioning: Impact of child involvement in conflict. *Journal of divorce & remarriage*, 59(3), 157-174. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1402654>

- Barrow, S. M., Alexander, M. J., McKinney, J., Lawinski, T., & Pratt, C. (2014). Context and opportunity: Multiple perspectives on parenting by women with a severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 176. <https://doi.org/10.1037/prj0000078>
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults, a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 224-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bassani, D. G., Padoin, C. V., Philipp, D., & Veldhuizen, S. (2009). Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health survey. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-6>
- Bassani, D. G., Vontobel C., Padoin, C. V. & Veldhuizen, S. (2008). Counting children at risk Exploring a method to estimate the number of children exposed to parental mental illness using adult health survey data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 927–935. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0376-3>
- Bee, P., Berzins, K., Calam, R., Prymachuk, S., & Abel, K. M. (2013). Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: A preliminary stakeholder-led model. *PLoS One*, 8(9), 73739. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073739>
- Bella, T., Goldstein, T., Axelson, D., Obreja, M., Monk, K., Hickey, M. B., ... & Birmaher, B. (2011). Psychosocial functioning in offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.022>
- Benjet, C., Borges, G. & Medina- Mora, M. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages, childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 732-740. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>
- Βεντούρατου, Δ. (2009). Εισαγωγή στην Ψυχotraumatολογία και στην Τραυματοθεραπεία, η μέθοδος EMDR. Πεδίο.
- Berenbaum, H., Thomson R., Milanak M., Boden M., & Bredemeier, K. (2008). Psychological Trauma and Schizotypal Personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 502-519. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.3.502>
- Bibou-Nakou, I. (2003a). “Troubles Talk” Among Professionals Working with Families Facing Parental Mental Illness. *Journal of Family Studies*, 9(2), 248-266. <https://doi.org/10.5172/jfs.9.2.248>
- Bibou-Nakou, I. (2003b). Parental Mental Health/Illness and Children's Well-Being: Implications for the Educational Services. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5(1), 6-15. <https://doi.org/10.1080/14623730.2003.9721891>
- Bibou-Nakou, I. (2004). Helping Teachers to Help Children Living with a Mentally Ill. Parent Teachers’ Perceptions on Identification and Policy Issues. *School Psychology International*, 25(1), 42-58. <https://doi.org/10.1177/0143034304041502>
- Bifulco, A., Moran P., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I. Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8215-0>
- Bifulco, A., Moran, P., Ball, C. & Lillie A. (2002). Adult attachment style II. Its relationship to psychosocial depressive vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8216-x>

- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P., Bunn A., & Beer N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect / abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 796-805. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0101-z>
- Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000). Schizophrenia: early signs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 93–101. <https://doi.org/10.1192/apt.6.2.93>
- Bird, K. (2007). The intergenerational transmission of poverty: An overview (Working Paper 99). *Manchester: IDPM/Chronic Poverty Research Centre (CPRC)*.
- Blake-Holmes, K. (2019). Young adult carers: making choices and managing relationships with a parent with a mental illness, *Advances in Mental Health*, 18,3, 230-240 <https://doi.org/10.1080/18387357.2019.1636691>
- Bogaert, A. F., & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, 9(2), 191-204. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00012>
- Boenisch-Alert, S., Holtz, K., Müller, A. G., Bramesfeld, A., Hierse, F., Schützwohl, M., ... & Kocalevent, R. D. (2013). Mentally ill parents in psychiatric outpatient care: results of the study 'HELP-S for Children'. *International Journal of Mental Health Promotion*, 15(5), 254-262. <https://doi.org/10.1080/14623730.2013.844917>
- Boszormenyi-Nagy, I.K. (1986). *Between Give And Take: A Clinical Guide To Contextual Therapy* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203776315>
- Boucher, M. È., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R., & Gaham, S. (2017). Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and mental health*, 11(4), 229–255. <https://doi.org/10.1002/pmh.1385>
- Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22325>
- Boursnell, M. (2014). Assessing the capacity of parents with mental illness: Parents with mental illness and risk. *International Social Work*, 57(2), 92-108. <https://doi.org/10.1177/0020872812445197>
- Bowlby, J. (1997). *Attachment and Loss: Attachment*. Pimlico.
- Bowlby, J. (1998). *Separation. Attachment and Loss Trilogy*. Vol 2. Pimlico.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(4), 375-388. <https://doi.org/10.1177/1524838009339757>
- Briere, J. & Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy*. Sage.
- Brison, S. (1999). Trauma, narratives and the remaking of the self. In M. Bal, J. Crewe, L. Spitzer (Eds) *Acts of memory: cultural recall in the present*. University Press of New England.
- Brody, G. H. (2004). Siblings' direct and indirect contributions to child development. *Current directions in psychological science*, 13(3), 124-126. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00289.x>
- Brown, D. P., & Elliott D. S. (2016). *Attachment Disturbances in Adults. Treatment for comprehensive repair*. W.W. Norton & Company.

- Brummelhuis, I. A., Kop, W. J., & Videler, A. C. (2022). Psychological and physical wellbeing in adults who grew up with a mentally ill parent: A systematic mixed-studies review. *General Hospital Psychiatry*, 79, 162-176. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.09.006>
- Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Words*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674029019>
- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18, 1–21 <https://doi.org/10.1086/448619>.
- Bruner, J. (2002). *Making Stories: Law, Literature, Life*. Farrar, Strauss and Giroux.
- Buckley, P., Miller, B., Lehrer, D., & Castle, D. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Buehler, C., & Welsh D. (2009). A Process Model of Adolescents' Triangulation Into Parents' Marital Conflict: The Role of Emotional Reactivity. *Journal of Family Psychology*, 23 (2), 167-180. <https://doi.org/10.1037/a0014976>
- Bures, R. (2009). Living arrangements over the life course, families in the 21st century. *Journal of Family Issues*, 30(5), 579-585. <https://doi.org/10.1177/0192513X08331131>
- Burman, E. (1994). Interviewing. In P. Banister, E. Burman, I. Parker, M. Taylor, & C. Tindall (Eds.), *Qualitative methods in psychology: A research guide* (σ.1- 16). Open University Press.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships*, 15(1), 141-154. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x>
- Byng-Hall, J. (1995). Creating a secure family base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Family process*, 34(1), 45-58. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00045.x>
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family process*, 41(3), 375-388. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41307.x>
- Byng-Hall, J. (2008). The significance of children fulfilling parental roles: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 147-162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00423.x>
- Bynner, J. (2005). Rethinking the youth phase of the life-course: The case for emerging adulthood?. *Journal of youth studies*, 8(4), 367-384. <https://doi.org/10.1080/13676260500431628>
- Campbell, C., & Patrick, P. (2023). Adult children of parents with mental illness: Family stigma and coping on sense of self. *Child & Family Social Work*, 28(3), 622-634. <https://doi.org/10.1111/cfs.12989>
- Carlson, C. L. (2014). Seeking self-sufficiency: Why emerging adult college students receive and implement parental advice. *Emerging Adulthood*, 2(4), 257-269. <https://doi.org/10.1177/2167696814551785>
- Carlson E. A., Yates, T. M., & Sroufe, A. (2009). Dissociation and Development of the Self. In P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds), *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V and beyond*. Routledge Taylor & Francis Group.

- Caton, C. L. M., Cournos, F., Felix, A., & Wyatt, R. J. (1998). Childhood Experiences and Current Adjustment of Offspring of Indigent Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49(1), 86–90. <https://doi.org/10.1176/ps.49.1.86>
- Charles, G., Stainton, T., & Marshall, S. (2009). Young carers: Mature before their time. *Reclaiming Children and Youth*, 18(2), 28–41.
- Chao, G., T. & Gardner P. D. (2017). Healthy Transitions to Work. In L. M. Padilla-Walker & L. J. Nelson (Eds), *Flourishing in Emerging Adulthood: Positive Development During the Third Decade of Life*. Oxford University. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190260637.003.0009>
- Caqueo-Úrizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Peñaloza-Salazar, C., Richards-Araya, D., & Cuadra-Peralta, A. (2011). Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC family practice*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-101>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 82(2), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Chappell, K. D., & Davis, K. E. (1998). Attachment, partner choice, and perception of romantic partners: An experimental test of the attachment-security hypothesis. *Personal Relationships*, 5(3), 327–342. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1998.tb00175.x>
- Cheek, J. (2000). *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*. Thousand Oaks, Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452204895>
- Chen, Y. C. (2014). Exploration of the short-term and long-term effects of parental illness on children's educational and behavioral functioning using a large Taiwanese sample. *Western journal of nursing research*, 36(5), 664–684.
- Chen, Y. H., Chiou, H. Y., Tang, C. H., & Lin, H. C. (2010). Risk of death by unnatural causes during early childhood in offspring of parents with mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 167(2), 198–205. <https://doi.org/10.1177/0193945913509899>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429–441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Choi, M., Sprang, G., & Eslinger, J. G. (2016). Grandparents raising grandchildren. *Family and Community Health*, 39(2), 120–128. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000097>
- Christiansen, H., Reck, C., Zietlow, A. L., Otto, K., Steinmayr, R., Wirthwein, L., ... & Schwenck, C. (2019). Children of Mentally Ill Parents at Risk Evaluation (COMPARE): design and methods of a randomized controlled multicenter study—part I. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 128. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00128>
- Γιωτάκος, Ο. (2011). Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 22, 109–119.
- Chen R., Swann A., Burt D. (1996). Stability of diagnosis in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 682–686.
- Clandinin, D.J. & Connelly, F.M. (2000). *Narrative Inquiry: Experience and Story in Qualitative Research*. Jossey-Bass. <https://doi.org/10.1016/B978-008043349-3/50013-X>

- Clark, C., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S. A. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of epidemiology*, 20(5), 385-394. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.02.008>
- Clark, R. L., Glick, J. E., & Bures, R. M. (2009). Immigrant families over the life course: Research directions and needs. *Journal of Family Issues*, 30(6), 852-872. <https://doi.org/10.1177/0192513X09332162>
- Clemens, V., Berthold, O., Witt, A., Sachser, C., Brähler, E., Plener, P. L., ... & Fegert, J. M. (2020). Lifespan risks of growing up in a family with mental illness or substance abuse. *Scientific reports*, 10(1), 15453. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-72064-w>
- Cogan, N., Riddell, S., & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems: a qualitative study. *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), 47-66. <https://doi.org/10.1191/1478088705qp024oa>
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., ... & Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00358-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00358-2)
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*, 31(3), 211-229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child abuse & neglect*, 28(11), 1133-1151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- Conner, K. O., & Rosen, D. (2008). "You're nothing but a junkie": multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. *Journal of social work practice in the addictions*, 8(2), 244-264. <https://doi.org/10.1080/15332560802157065>
- Cooklin, A. (2008). Children as carers of parents with mental illness. *Psychiatry*, 8(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.10.010>
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 519-534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), p.537-548. <https://doi.org/10.1080/09638230400017004>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Courtois, C. A. (2010). *Healing the incest wound: adult survivors in therapy* (2nd ed). W.W. Norton & Company.
- Cowling, V., Luk, E. S., Mileskin, C., & Birlson, P. (2004). Children of adults with severe mental illness: Mental health, help seeking and service use. *Psychiatric Bulletin*, 28(2), 43-46. <https://doi.org/10.1192/pb.28.2.43>

- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Willan Publishing.
- Crespo, C., Santos, S., Canavarro, M. C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & Féres-Carneiro, T. (2013). Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. *International Journal of Psychology*, 48(5), 729-746. <https://doi.org/10.1080/00207594.2013.806811>
- Crossley, M. (2000). *Introducing narrative psychology. Self, trauma and the construction of meaning*. Open University Press, Buckingham.
- Crossley M. (2000). Narrative psychology, trauma and the study of self/ identity. *Theory & Psychology*, 10(4), 527-546. <https://doi.org/10.1177/0959354300104005>
- Daftary, A. (2012). HIV and tuberculosis: The construction and management of double stigma. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1512-1519. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.027>
- Dallos, R., & Vetere, A. (2012). Systems theory, family attachments and processes of triangulation: Does the concept of triangulation offer a useful bridge? *Journal of Family Therapy*, 34(2), 117-137. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00554.x>
- Dam, K., & Hall E. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scand J Caring Sci*, 30(3), 442-457. <https://doi.org/10.1111/scs.12285>
- Dam, K., Joensen, D. G., & Hall, E. O. C. (2018). Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small-scale society : A Qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(2), 78–87. <https://doi.org/10.1111/jpm.12446>
- Dam, K., & Hall, E.O. (2020). Childhood experiences pursue adulthood for better and worse: a qualitative study of adults' experiences after growing up with a severely mentally ill parent in a small-scale society. *Journal of research in nursing: JRN*, 25(6-7), 579–591. <https://doi.org/10.1177/1744987120942272>
- Davis, C. G., Harasymchuk, C., & Wohl, M. J. (2012). Finding meaning in a traumatic loss: A families approach. *Journal of traumatic stress*, 25(2), 142-149. <https://doi.org/10.1002/jts.21675>
- Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., & Pedersen, C. B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(8), 822-829. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003786>
- Dean, K., Green, M. J., Laurens, K., R., Kariuki, M., Tzoumakis, S., Sprague, T., Lenroot, R., & Carr, V. J. (2018). The impact of parental mental illness across the full diagnostic spectrum on externalising and internalising vulnerabilities in young offspring. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003786>
- Denzin, N., & Lincoln, Y., (2018). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, L.A.
- DeVylder, J. E., & Lukens, E. P. (2013). Family history of schizophrenia as a risk factor for axis I psychiatric conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 47(2), 181-187. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003786>
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19

- countries. *Reproductive health matters*, 18(36), 158-170. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36533-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36533-5)
- Dieserud, G., Forsén, L., Braverman, M. T., & Røysamb, E. (2002). Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: a matched case-control study. *Archives of suicide research*, 6(4), 291-308. <https://doi.org/10.1080/13811110214525>
- Dobener, L. M., Fahrner, J., Purtscheller, D., Bauer, A., Paul, J. L., & Christiansen, H. (2022). How do children of parents with mental illness experience stigma? A systematic mixed studies review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 43. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.813519>
- Domingue, R., & Mollen, D. (2009). Attachment and conflict communication in adult romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(5), 678-696. <https://doi.org/10.1177/0265407509347932>
- Drake, R. E., Mueser, K. T., & Brunette, M. F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry*, 6(3), 131.
- Drost, L. M., van der Krieke, L., Sytema, S., & Schippers, G. M. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 102-115. <https://doi.org/10.1111/inm.12176>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 25(12), 1627-1640. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00293-9)
- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F., & Croft, J. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic medicine*, 71(2), 243. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181907888>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*, 37(3), 268-277. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00123-3)
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 369(9576), 1891-1899. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60856-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60856-3)
- Duncan, G., & Browning, J. (2009). Adult attachment in children raised by parents with schizophrenia. *Journal of Adult Development*, 16(2), 76-86. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9054-2>
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American journal of orthopsychiatry*, 63(2), 177-189. <https://doi.org/10.1037/h0079423>
- Dunn, J. (2002). Siblings relationships. In K. Smith, C. Hart, (Eds), *Blackwell handbook of childhood social development*. Blackwell Publishers.
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical child psychology and psychiatry*, 7(2), 163-178. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002005>

- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 361-371. <https://doi.org/10.1177/0020764008093957>
- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., & Stefanis, C. N. (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(1), 17-25. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02282.x>
- Edward, K. L., Welch, A., & Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 587-595. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04912.x>
- Edwards, O. W. (2009). Empirical investigation of the psychosocial functioning of children raised by grandparents. *Journal of Applied School Psychology*, 25(2), 128-145. <https://doi.org/10.1080/15377900802484653>
- Elliott, J. (2005). *Using Narrative in Social Research*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9780857020246>
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC psychiatry*, 13, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-50>
- Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε., & Μακρή Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα? *Εγκέφαλος*, 50, 22-30.
- Evenson, E., Rhodes, J., Feigenbaum, J., & Solly, A. (2008). The experiences of fathers with psychosis. *Journal of Mental Health*, 17(6), 629-642. <https://doi.org/10.1080/09638230701506259>
- Fahrer, J., Brill, N., Dobener, L. M., Asbrand, J., & Christiansen, H. (2022). Expressed emotion in the family: a meta-analytic review of expressed emotion as a mechanism of the transgenerational transmission of mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 2529. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721796>
- Falkov, A. (2012). *The Family Model Handbook: An integrated approach to supporting mentally ill parents and their children*. Pavilion Publishing and Media Ltd.
- Farina, A. (2000). The few gains and many losses for those stigmatized by psychiatric disorders. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (pp. 183 – 207). Brunner-Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315783345-14>
- Faulkner, G., Cohn, T., & Remington, G. (2007). Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005148.pub2>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

- Ferguson, B. (2011). *Children of parents with mental illness: parental disclosure, children's illness beliefs and the development of a shared understanding of mental illness in the family* (Doctoral dissertation). [02whole.pdf \(adelaide.edu.au\)](#)
- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of family psychology*, 16(4), 381. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.381>
- Finkelstein, N., Rechberger, E., Russell, L. A., VanDeMark, N. R., Noether, C. D., O'Keefe, M., Gould, K., Mockus, S., & Rael, M. (2005). Building resilience in children of mothers who have co-occurring disorders and histories of violence: intervention model and implementation issues. *The journal of behavioral health services & research*, 32(2), 141–154. <https://doi.org/10.1007/BF02287263>
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative research*, 2(2), 209-230. <https://doi.org/10.1177/146879410200200205>
- Finzi-Dottan, R., Dayan-Gazith, E., Borosh, T., & Golubchik, P. (2016). Involvement and warmth of fathers with mental illness: The role of the caregiving system, parental self-efficacy, social support and child characteristics. *Community mental health journal*, 52, 972-982. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0011-9>
- Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G., ... & Kallert, T. (2011). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry*, 26(4), 201-207. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.013>
- Fitzgerald, M. M., Schneider, R. A., Salstrom, S., Zinzow, H. M., Jackson, J., & Fossel, R. V. (2008). Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification: pathways to current psychosocial adjustment. *Journal of family psychology*, 22(2), 320. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.320>
- Fitzgerald, M., London-Johnson, A., & Gallus, K. L. (2020). Intergenerational transmission of trauma and family systems theory: An empirical investigation. *Journal of Family Therapy*, 42(3), 406-424. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12303>
- Fjone, H.H., Ytterhus, B., & Almvik A. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for 'normality' and avoid stigma: to be or not to be . . . is not the question. *Childhood*, 16, 461–77. <https://doi.org/10.1177/0907568209343743>
- Fletcher, R. J., Maharaj, O. N., Fletcher Watson, C. H., May, C., Skeates, N., & Gruenert, S. (2013). Fathers with mental illness: implications for clinicians and health services. *The Medical journal of Australia*, 199(3 Suppl), S34–S36. <https://doi.org/10.5694/mja11.11140>
- Flood-Grady, E., & Koenig Kellas, J. (2019). Sense-making, socialization, and stigma: Exploring narratives told in families about mental illness. *Health communication*, 34(6), 607-617. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1431016>
- Flor, D. L., & Knapp, N. F. (2001). Transmission and transaction: predicting adolescents' internalization of parental religious values. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 627. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.4.627>
- Flynn, S. M., Shaw, J. J., & Abel, K. M. (2013). Filicide: mental illness in those who kill their children. *PloS one*, 8(4), e58981. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058981>

- Follette, V., & Ruzek, J. (2006). *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma*. The Guilford Press.
- Fons, C., Young, A., & Stewart, R. The Hook-up: An Analysis of Sexual Encounters in Emergent Adulthood. *German Romanticism, the Sociology of Knowledge and Identity Crisis in Wolf's Unter den Linden.....* 48, 59.
- Ford, E., Clark, C., & Stansfeld, S. A. (2011). The influence of childhood adversity on social relations and mental health at mid-life. *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 320-327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.017>
- Ford, J. D. (2005). Treatment implications of altered affect regulation and information processing following child maltreatment. *Psychiatric Annals*, 35(5), 410. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-07>
- Ford, J. D. (2010). Complex adult sequelae of early life exposure to psychological trauma. In R.A. Lanius, E., Vermetten & C. Pain (Eds), *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042.009>
- Forrest, C. B., & Riley, A. W. (2004). Childhood origins of adult health: a basis for life-course health policy. *Health Affairs*, 23(5), 155-164. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.5.155>
- Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': Experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3143-3151. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x>
- Foster, K. P., Hills, D., & Foster, K. N. (2018). Addressing the support needs of families during the acute hospitalization of a parent with mental illness: A narrative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 470-482. <https://doi.org/10.1111/inm.12385>
- Fozard, E., & Gubi, P. (2020). An examination of the developmental impact of continuing destructive parental conflict on young adult children. *Illness, Crisis & Loss*, 28(2), 175-189. <https://doi.org/10.1177/1054137317709581>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, 4(2), 132-154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. The University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226260037.001.0001>
- Frank, A. W. (2002). Why study people's stories? The dialogical ethics of narrative analysis. *International journal of qualitative methods*, 1(1), 109-117. <https://doi.org/10.1177/160940690200100102>
- Frank, H. (2007). Young adults' relationship with parents and siblings: The role of marital status, conflict and post-divorce predictors. *Journal of Divorce & Remarriage*, 46(3-4), 105-124. https://doi.org/10.1300/J087v46n03_07
- Frederick, J., & Goddard, C. (2007). Exploring the relationship between poverty, childhood adversity and child abuse from the perspective of adulthood. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 16(5), 323-341. <https://doi.org/10.1002/car.971>
- Friedman, S. H., Horwitz, S. M., & Resnick, P. J. (2005). Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1578-1587. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1578>

- Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3, 1–9. <https://doi.org/10.5172/jamh.3.2.50>
- Furlong, A. (2009). Education. In A. Furlong (Ed.) *Handbook of Youth and Young Adulthood. New perspectives and agendas*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203881965>
- Furlong, A., & Cartmel, F. (2009). Mass higher education. In A. Furlong (Ed.), *Handbook of Youth and Young Adulthood. New perspectives and agendas*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203881965-23>
- Gamma, F., Goldstein, J. M., Seidman, L. J., Fitzmaurice, G. M., Tsuang, M. T., & Buka, S. L. (2014). Early intermodal integration in offspring of parents with psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 40(5), 992-1000. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt111>
- Gammage, R. J., & Nolte, L. (2020). Family understanding and communication about an adult relative's mental health problem: A systematic narrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(6), 763-788. <https://doi.org/10.1111/jpm.12617>
- Garley, D., Gallop, R., Johnston, N., & Pipitone, J. (1997). Children of the mentally ill: a qualitative focus group approach. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 4(2), 97-103. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1997.00036.x>
- Gatsou, L., Yates, S., Goodrich, N., & Pearson, D. (2017). The challenges presented by parental mental illness and the potential of a whole-family intervention to improve outcomes for families. *Child & Family social work*, 22(1), 388-397. <https://doi.org/10.1111/cfs.12254>
- Gelkopf, M., & Jabotaro, S. E. (2013). Parenting style, competence, social network and attachment in mothers with mental illness. *Child & Family Social Work*, 18(4), 496-503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00874.x>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Attachment interview for adults*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley. <https://doi.org/10.1037/t02879-000>
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1988). Narrative and the self as relationship. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, pp. 17-56). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60223-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60223-3)
- Gergen, K.J. (2009). *An invitation to social construction*. Sage Publications.
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC health services research*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children & society*, 14(1), 37-47. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2000.tb00149.x>
- Gladstone, B., Boydell K., Seeman M., & McKeever P. (2011). Children's experiences of parental mental illness, a literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 271-289. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x>
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2005). *Family therapy, an overview*. Wadsworth Publishing Company.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 14-23. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0126-3>

- Goodman, C. C. (2007). Intergenerational triads in skipped-generation grandfamilies. *The International Journal of Aging and Human Development*, 65(3), 231-258. <https://doi.org/10.2190/AG.65.3.c>
- Goodman, R. (2013). The transgenerational transmission of trauma and resilience genogram. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, (3-4), 386-405. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.820172>
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*, 106(3), 458–90. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458>
- Goodwin, R. D., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry research*, 126(2), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.010>
- Grant, G., Repper, J., & Nolan, M. (2008). Young people supporting parents with mental health problems: experiences of assessment and support. *Health & social care in the community*, 16(3), 271-281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00766.x>
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A., & Ide, M. (2006). Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *The American Journal of Family Therapy*, 34(4), 285-300. <https://doi.org/10.1080/01926180600637465>
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113-123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- Griffiths, J., Norris, E., Stallard, P., & Matthews, S. (2012). Living with parents with obsessive–compulsive disorder: Children's lives and experiences. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 68-82. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02016.x>
- Grolnick, W. S., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1997). Internalization within the family: The self-determination theory perspective. *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory*, 135-161.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2009). *Analyzing Narrative Reality*. Thousand Oaks, CA: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452234854>
- Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient related outcome measures*, 43-62. <https://doi.org/10.2147/PROM.S42735>
- Haliburn, J. (2018). Anorexia Nervosa is a Body-Image Disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(5), 491–492. <https://doi.org/10.1177/0004867418766242>

- Halkitis, P. N., Siconolfi, D., Fumerton, M., & Barlup, K. (2008). Facilitators of barebacking among emergent adult gay and bisexual men: implications for HIV prevention. *Journal of LGBT health research*, 4(1), 11-26. <https://doi.org/10.1080/15574090802412580>
- Halpern, C. T., & Kaestle, C. E. (2014). Sexuality in emerging adulthood. APA Handbook of Sexuality and Psychology, vol. 1. Person Based Approaches. D.L. Tolman and L.M. Diamond (Editors in Chief). <https://doi.org/10.1037/14193-016>
- Halpern, C. T., Waller, M. W., Spriggs, A., & Hallfors, D. D. (2006). Adolescent predictors of emerging adult sexual patterns. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 926-e1. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.08.005>
- Handley, C., Farrell, G. A., Josephs, A., Hanke, A., & Hazelton, M. (2001). The Tasmanian children's project: The needs of children with a parent/carer with a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(4), 221-228. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00214.x>
- Hank, K., & Steinbach, A. (2018). Intergenerational solidarity and intragenerational relations between adult siblings. *Social science research*, 76, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.08.003>
- Hänninen, V. (2004). A model of narrative circulation. *Narrative inquiry*, 14(1), 69-85. <https://doi.org/10.1075/ni.14.1.04han>
- Hans, S., Auerbach, J., Styr B. & Marcus J. (2004). Offspring of parents with schizophrenia, mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 303-315. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007080>
- Harding, C., Zubin, J., & Strauss J., (1992). Chronicity in schizophrenia: revisited. *British Journal of Psychiatry*, 161(18), 27-37. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298887>
- Harper, C., Marcus, R., & Moore, K. (2003). Enduring poverty and the conditions of childhood: lifecourse and intergenerational poverty transmissions. *World development*, 31(3), 535-554. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(03\)00010-X](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(03)00010-X)
- Harvey, S. M., Dorahy, M. J., Vertue, F. M., & Duthie, S. (2012). Childhood psychological maltreatment and perception of self, others, and relationships: A phenomenological exploration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(3), 237-255. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.665428>
- Harvey, P. D., Heaton, R. K., Carpenter Jr, W. T., Green, M. F., Gold, J. M., & Schoenbaum, M. (2012). Diagnosis of schizophrenia: Consistency across information sources and stability of the condition. *Schizophrenia research*, 140(1-3), 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.026>
- Hawkins, M. T., Letcher, P., Sanson, A., Smart, D., & Toumbourou, J. W. (2009). Positive development in emerging adulthood. *Australian journal of psychology*, 61(2), 89-99. <https://doi.org/10.1080/00049530802001346>
- Hayes, B. C., & Pittelkow, Y. (1993). Religious belief, transmission, and the family: An Australian study. *Journal of Marriage and the Family*, 755-766. <https://doi.org/10.2307/353355>

- Hazan, C., & Shaver, P. (2017). Romantic love conceptualized as an attachment process. In *Interpersonal development* (pp. 283-296). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351153683-17>
- Heller & LaPierre (2012). *Healing Developmental Trauma. How Early Trauma Affects Self-Regulation, Self-Image, and the Capacity for Relationship*. North Atlantic Books.
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2010). How universal is emerging adulthood? An empirical example. *Journal of youth studies*, 13(2), 169-179. <https://doi.org/10.1080/13676260903295067>
- Herman J. L. (1992). *Trauma and recovery: the aftermath of violence- from domestic to political terror* (2nd ed.). Basic Books.
- Herbert, H. S., Manjula, M., & Philip, M. (2013). Resilience and factors contributing to resilience among the offsprings of parents with schizophrenia. *Psychological Studies*, 58, 80-88. <https://doi.org/10.1007/s12646-012-0168-4>
- Hill, J. (1996). Parental psychiatric disorder and the attachment relationship. *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*, 7-16.
- Hill, S. Y., Tessner, K. D., & McDermott, M. D. (2011). Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent female probands: a prospective study. *Journal of psychiatric research*, 45(3), 285-294. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.005>
- Hindle. (1998). Growing up with a parent who has a chronic mental illness: one child's perspective. *Child & Family Social Work*, 3(4), 259-266. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.1998.00082.x>
- Hinnen, C., Sanderman, R., & Sprangers, M. A. (2009). Adult attachment as mediator between recollections of childhood and satisfaction with life. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(1), 10-21. <https://doi.org/10.1002/cpp.600>
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
- Hochberg, Z. E., & Konner, M. (2020). Emerging adulthood, a pre-adult life-history stage. *Frontiers in endocrinology*, 10, 486415. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00918>
- Holloway, I., Freshwater, D., (2007). *Narrative Research in Nursing*. Blackwell Publishing, UK.
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing Qualitative Research Differently: free association, narrative and the interview method*. Sage
- Holstein, J., & Gubrium, J., (2008). *Handbook of constructionist research*. The Guilford Press.
- Homlong, L., Rosvold, E. O., Sagatun, Å., Wentzel-Larsen, T., & Haavet, O. R. (2015). Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC Public Health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1734-1>
- Hooper, L. (2007a). Expanding the discussion regarding parentification and its varied outcomes: Implications for mental health research and practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(4), 322-337. <https://doi.org/10.17744/mehc.29.4.48511m0tk22054j5>
- Hooper, L. M. (2007b). The application of attachment theory and family systems theory to the phenomena of parentification. *The Family Journal*, 15(3), 217-223. <https://doi.org/10.1177/1066480707301290>

- Hornstein, N. L., & Putnam, F. W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1077–1085. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00013>
- Hosman, C. M., van Doesum, K. T., & van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental health*, 8(3), 250-263. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.250>
- Hovens, J. G., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta psychiatrica scandinavica*, 122(1), 66-74. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>
- Howe, D. (2011). *Attachment across the Life Course; a Brief Introduction*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-34601-7>
- Huurte, T., Junkkari, H., & Aro, H. (2006). Long-term Psychosocial effects of parental divorce: A follow-up study from adolescence to adulthood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256, 256-263. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0641-y>
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). Εισαγωγή στην ανάλυση δεδομένων ποιοτικής κοινωνικής έρευνας. *Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου. Ανάκτηση*, 26(7), 2017.
- Jaeger, J., Lindblom, K. M., Parker-Guilbert, K., & Zoellner, L. A. (2014). Trauma narratives: It's what you say, not how you say it. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 473-481. <https://doi.org/10.1037/a0035239>
- Jahan, S., Wraith, D., Dunne, M. P., Naish, S., & McLean, D. (2020). Seasonality and schizophrenia: a comprehensive overview of the seasonal pattern of hospital admissions and potential drivers. *International journal of biometeorology*, 64, 1423-1432. <https://doi.org/10.1007/s00484-020-01910-3>
- Jankowski, P. J., Hooper, L. M., Sandage, S. J., & Hannah, N. J. (2013). Parentification and mental health symptoms: Mediator effects of perceived unfairness and differentiation of self. *Journal of Family Therapy*, 35(1), 43-65. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00574.x>
- Jayakrishnan, K. (2015). A correlative Study to Assess the Self Esteem and Psychological Well Being among Adult Children of Mentally Ill Parents in Kasturba Hospital, Manipal of Udupi district. *International Journal of Nursing Education and Research*, 3(1), 87-90.
- Jennings, W. G., Maldonado-Molina, M. M., Piquero, A. R., & Canino, G. (2010). Parental suicidality as a risk factor for delinquency among Hispanic youth. *Journal of youth and adolescence*, 39, 315-325. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9439-3>
- Johnson S. M. (2013). Δημιουργώντας σύνδεση. Ίνδικτος.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>
- Johnson, S. E., Lawrence, D., Perales, F., Baxter, J., & Zubrick, S. R. (2018). Prevalence of mental disorders among children and adolescents of parents with self-reported mental health problems. *Community mental health journal*, 54, 884-897. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0217-5>

- Johnson, S., & Whiffen, V. (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. Guilford Press, 2003.
- Jones, D., Macias, R. L., Gold, P. B., Barreira, P., & Fisher, W. (2008). When parents with severe mental illness lose contact with their children: are psychiatric symptoms or substance use to blame? *Journal of Loss and Trauma*, 13(4), 261-287. <https://doi.org/10.1080/15325020701741849>
- Jørgensen, S. E., Michelsen, S. I., Andersen, A., Tolstrup, J. S., & Thygesen, L. C. (2021). Identifying and characterizing children of parents with a serious illness using survey and register data. *Clinical Epidemiology*, 253-263. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S294919>
- Joseph, S. (2012). *What Doesn't Kill Us: The New Psychology of Posttraumatic Growth*. Basic Books
- Josselson, R. (2011). "Bet you think this song is about you": Whose Narrative Is It in Narrative Research? *Narrative Matters*, 1(1), 33–51.
- Jungbauer, J., Kaufmann, K., Metz, D., & Großheinrich, N. (2019). Bindungsstile bei erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern. *Psychiatrische Praxis*, 46(07), 381-387. <https://doi.org/10.1055/a-0945-3542>
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost Childhoods: The Plight of the Parentified Child*. Brunner/Mazel
- Jurkovic, G. J. (1998). Destructive parentification in families: Causes and consequences. In L. L'Abate (ed.), *Family Psychopathology: Relational Roots of Dysfunctional Behavior* (pp. 237–255). The Guilford Press.
- Kachadourian, L. K., Fincham, F., & Davila, J. (2004). The tendency to forgive in dating and married couples: The role of attachment and relationship satisfaction. *Personal relationships*, 11(3), 373-393. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00088.x>
- Kadish, Y. (2015). Five women's recollections and reflections on being raised by a mother with psychosis. *South African Journal of Psychology*, 45(4), 480–494. <https://doi.org/10.1177/0081246315581565>
- Källquist, A., & Salzmänn-Erikson, M. (2019). Experiences of Having a Parent with Serious Mental Illness: An Interpretive Meta-Synthesis of Qualitative Literature. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 2056 - 2068. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01438-0>
- Karnieli-Miller, O., Perlick, D. A., Nelson, A., Mattias, K., Corrigan, P., & Roe, D. (2013). Family members' of persons living with a serious mental illness: Experiences and efforts to cope with stigma. *Journal of Mental Health*, 22(3), 254-262. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.779368>
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission—a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 232-241. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x>
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(2), 172-178. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00004802>
- Καφέτσιος, Κ. (2005). *Δεσμός, συναίσθημα και διαπροσωπικές σχέσεις*. Τυπωθήτω.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health

- Survey Initiative. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Hwang, I.H., Puac-Polanco, V., Sampson, N.A., Ziobrowski, H.N., & Zaslavsky, A.M. (2021). Changes in Prevalence of Mental Illness Among US Adults During Compared with Before the COVID-19 Pandemic. *The Psychiatric Clinics of North America*, 45, 1 - 28. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.11.013>
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(5), 1101-1119. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005588>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*, 197(5), 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Ketokivi, K. (2015). Mental illness, stigma and belonging in family relationships. *Families, Relationships and Societies*, 4(3), 349-363. <https://doi.org/10.1332/204674314X14151979019318>
- Kim, B. R., Teti, D. M., & Cole, P. M. (2012). Mothers' affect dysregulation, depressive symptoms, and emotional availability during mother–infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 469-476. <https://doi.org/10.1002/imhj.21326>
- Kinsella, K. B., Anderson, R. A., & Anderson, W. T. (1996). Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(2), 24. <https://doi.org/10.1037/h0095388>
- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73-86. <https://doi.org/10.1177/153476560100700202>
- Kitzmann, K. M. (2000). Effects of marital conflict on subsequent triadic family interactions and parenting. *Developmental psychology*, 36(1), 3. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.1.3>
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Olino, T. M. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine*, 35(3), 353-365. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003587>
- Kleres, J. (2011). Emotions and narrative analysis: A methodological approach. *Journal for the theory of social behaviour*, 41(2), 182-202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2010.00451.x>
- Kloep M., & Hendry, L.B. (2011). A systemic approach to the transitions to adulthood. In J. J. Arnett, M. Kloep, L. I. Hendry, & J. T. Tanner (Eds), *Debating Emerging Adulthood Stage or Process?* Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199757176.003.0004>
- Kluczniok, D., Boedeker, K., Fuchs, A., Attar, C. H., Fydrich, T., Fuehrer, D., ... & Bermppohl, F. (2016). Emotional availability in mother-child interaction. <https://doi.org/10.1002/da.22462>
- Knutsson – Medin L., Edlund B., & Ramklint M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 744–752. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01181.x>

- Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2011). Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. *Child abuse & neglect*, 35(5), 309-318. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.006>
- Konstam, V. (2015). *Emerging and Young Adulthood Multiple Perspectives, Diverse Narratives*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-11301-2>
- Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., ... & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.031>
- Korkeila, K., Kivelä, S. L., Suominen, S., Vahtera, J., Kivimäki, M., Sundell, J., ... & Koskenvuo, M. (2004). Childhood adversities, parent-child relationships and dispositional optimism in adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 286-292. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0740-x>
- Koro-Ljungberg, M. (2008). A social constructionist framing of the research interview. In J. Holstein, & J. Gubrium, (2008), *Handbook of constructionist research*. The Guilford Press.
- Koschade, J. E., & Lynd-Stevenson, R. M. (2011). The stigma of having a parent with mental illness: Genetic attributions and associative stigma. *Australian Journal of Psychology*, 63(2), 93-99. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00009.x>
- Koutra, K., Economou, M., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2014). Cross-cultural adaptation and validation of the Greek version of the Family Questionnaire for assessing expressed emotion. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 1038-1049. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.017>
- Kowal, S., O'Connell D. (2014). Transcription as a Crucial Step of Data Analysis. In U. Flick (Ed), *The Sage Handbook of Qualitative Analysis*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446282243.n5>
- Kramer Holmes, E., Brown, G., Shafer K., & Stoddard, N. (2017). Healthy Transitions to Family Formation. In L. M. Padilla-Walker, & L. J. Nelson (Eds), *Flourishing in Emerging Adulthood: Positive Development During the Third Decade of life*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190260637.003.0006>
- Kroger, J., & Marcia, J. E. (2011). The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 31-53). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_2
- Kuppens, S., & Ceulemans, E. (2019). Parenting styles: A closer look at a well-known concept. *Journal of child and family studies*, 28, 168-181. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x>
- Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. (Reprinted from 'Essays on the Verbal and Visual Arts, Proceedings of the 1996 annual spring meeting of the American Ethnological Society', pp. 12-44, 1967), *Journal of Narrative and Life History*, 7 (1-4): 3-38. <https://doi.org/10.1075/jnlh.7.02nar>
- Lambert, T. J., Velakoulis, D., & Pantelis, C. (2003). Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical journal of Australia*, 178(9), S67. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05311.x>

- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 23-37. <https://doi.org/10.1177/1524838010386975>
- Lapsley D., & Hardy S. A. (2017). Identity Formation and Moral Development in Emerging Adulthood. In L. M. Padilla-Walker, & L. J. Nelson (Eds), *Flourishing in Emerging Adulthood: Positive Development During the Third Decade of life*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190260637.003.0002>
- Larson, J. E., & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32, 87-91. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.87>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. T., & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC health services research*, 14, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Rognmo, K., Nilsen, M. A., & Walstad, A. (2018). Identification of and support for children of mentally ill parents: a 5 year follow-up study of adult mental health services. *Frontiers in psychiatry*, 9, 507. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00507>
- Lawson, D. M., & Akay-Sullivan, S. (2020). Considerations of dissociation, betrayal trauma, and complex trauma in the treatment of incest. *Journal of child sexual abuse*, 29(6), 677-696. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1751369>
- Leahy, M. A. (2015). Children of mentally ill parents: Understanding the effects of childhood trauma as it pertains to the school setting. *International Journal of Educational Research*, 71, 100-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijer.2015.04.005>
- LeBel, T. P. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2(2), 409-432. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x>
- Leeson, C. (2014). Asking difficult questions: exploring research methods with children on painful issues. *International Journal of Research & Method in Education*, 37(2), 206-222. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2013.820643>
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 312-317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Leon, K., & Jacobvitz, D. B. (2003). Relationships between adult attachment representations and family ritual quality: A prospective, longitudinal study. *Family Process*, 42(3), 419-432. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00419.x>
- Lev-Wiesel, R. (2007). Intergenerational transmission of trauma across three generations: A preliminary study. *Qualitative Social Work*, 6(1), 75-94. <https://doi.org/10.1177/1473325007074167>
- Leverton, T. J. (2003). Parental psychiatric illness: the implications for children. *Current opinion in Psychiatry*, 16(4), 395-402. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000079218.36371.78>
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The journal of pain*, 11(11), 1027-1038. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.04.005>
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis, and interpretation* (Vol. 47). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781412985253>

- Lima, A. R., Mello, M. F., & de Jesus Mari, J. (2010). The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 383-387. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833a51ce>
- Liotti, G. (2009). Attachment and Dissociation. In P. F. Dell, J. A. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders edited DSM-V and beyond*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Liu, T. C., Chen, C. S., & Loh, C. P. A. (2010). Do children of parents with mental illness have lower survival rate? A population-based study. *Comprehensive psychiatry*, 51(3), 250-255. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.004>
- Lloyd, C., & National Research Council. (2005). Institute of Medicine. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries, Editor. Committee on Population Board on Children, Youth, and Families Division of Behavioral and Social Sciences and Education. National Research Council and Institute of Medicine of the national academies. The National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/11174>
- Lombardo, K. L., & Motta, R. W. (2008). Secondary trauma in children of parents with mental illness. *Traumatology*, 14(3), 57-67. <https://doi.org/10.1177/1534765608320331>
- Long, C., & Eagle, G. (2009). Ethics in tension: Dilemmas for clinicians conducting sensitive research. *Psycho-analytic psychotherapy in South Africa*, 17(2), 27-52.
- Loudon, E. (2021). *Family experiences of parental mental illness in Northern Ireland. A social phenomenological study*. [Doctor of Philosophy, School of Social Sciences, Education and Social Work Queen's University Belfast]. [https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/260153938/Family_experiences_of_Parental_Mental_Illness_in_Northern_Ireland_A_social_phenomenological_study.pdf\(qub.ac.uk\)](https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/260153938/Family_experiences_of_Parental_Mental_Illness_in_Northern_Ireland_A_social_phenomenological_study.pdf(qub.ac.uk)).
- Lu, W., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., & Jankowski, M. K. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services*, 59(9), 1018-1026. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.1018>
- Luke, N., & Banerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33(1), 1-28. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2012.10.001>
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., ... & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social science & medicine*, 71(3), 517-528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Luyckx, K., Schwartz, S. J., Goossens, L., Beyers, W., & Missotten, L. (2011). Processes of personal identity formation and evaluation. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 77-98). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_4
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry research*, 206(2-3), 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>

- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the society for research in child development*, 64(3), 67-96. <https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034>
- Marchand, J. F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment & Human Development*, 6(1), 99-112. <https://doi.org/10.1080/14616730310001659575>
- Madianos, M. G., Economou, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *European Journal of Psychiatry*, 26, 55-67. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000100006>
- Mamnuah, M. (2021). The Role of the Family in Preventing Relapse of Schizophrenia Patient. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T4), 44-49. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5789>
- Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Correlation of Family Burden of The Prevention of Recurrence of Schizophrenia Patients. *Mental Health*, 4(1), 31-42.
- Manjula, M., & Raguram, A. (2009). Self-concept in adult children of schizophrenic parents: An exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(5), 471-479. <https://doi.org/10.1177/0020764008094732>
- Manning, C., & Gregoire, A. (2006). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 5(1), 10-12. <https://doi.org/10.1383/psyt.2006.5.1.10>
- Manoogian, M. M., Vandenbroeke, J., Ringering, A., Toray, T., & Cooley, E. (2018). Emerging adults' experiences of grandparent death. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 76(4), 351-372. <https://doi.org/10.1177/0030222817693140>
- Μάνος, Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press.
- Marrs, J., Cossar, J., & Wroblewska, A. (2014). Keeping the family together and bonding: a father's role in a perinatal mental health unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 340-354. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.920951>
- Marsh, D. T., Appleby, N. F., Dickens, R. M., Owens, M., & Young, N. O. (1993). Anguished voices: Impact of mental illness on siblings and children. *Innovations & Research*, 2(2), 25-33.
- Marsh, D. T., Dickens, R. M., Koeske, R. D., Yackovich, N. S., Wilson, J. M., Leichter, J. S., & McQuillis, V. (1993). Troubled journey: Siblings and children of people with mental illness. *Innovations and Research*, 2(2), 13-24.
- Marston, N., Maybery, D., & Reupert, A. (2018). Parent perceptions comparing times of parental mental wellness and illness using a family functioning model. *Journal of Family Studies*, 24(3), 235-256. <https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1176591>
- Massie, H., & Szajnberg, N. (2002). The relationship between mothering in infancy, childhood experience and adult mental health. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(1), 35-55. <https://doi.org/10.1516/AGD4-FLA0-94M9-5PTP>
- Mattejat, F., & Lisofsky, B. (Eds.). (2013). *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker*. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag.
- Maunu, A., & Stein, C. H. (2010). Coping with the personal loss of having a parent with mental illness: Young adults' narrative accounts of spiritual struggle and strength. *Journal of community psychology*, 38(5), 645-655. <https://doi.org/10.1002/jcop.20385>

- May, T., & Perry, B. (2014). Reflexivity and the practice of qualitative research. *The SAGE handbook of qualitative data analysis*, 109, 109-122. <https://doi.org/10.4135/9781446282243.n8>
- Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E., & Reupert A. (2005). Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. *Aust e-J Adv Ment Health*, 4, 1-11. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.78>
- Maybery, D., & Reupert, A. E. (2018). The number of parents who are patients attending adult psychiatric services. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(4), 358-362. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000427>
- Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin*, 33(1), 22-26. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018861>
- McCann, T. V., Bamberg, J., & McCann, F. (2015). Family carers' experience of caring for an older parent with severe and persistent mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 203-212. <https://doi.org/10.1111/inm.12135>
- McCauley, D. M., & Fosco, G. M. (2022). Family and individual risk factors for triangulation: Evaluating evidence for emotion coaching buffering effects. *Family process*, 61(2), 841-857. <https://doi.org/10.1111/famp.12703>
- McCormack, L., White, S., & Cuenca, J. (2017). A fractured journey of growth: making meaning of a 'Broken' childhood and parental mental ill-health. *Community, Work & Family*, 20(3), 327-345. <https://doi.org/10.1080/13668803.2015.1117418>
- McCoy, B. M., Rickert, M. E., Class, Q. A., Larsson, H., Lichtenstein, P., & D'Onofrio, B. M. (2014). Mediators of the association between parental severe mental illness and offspring neurodevelopmental problems. *Annals of Epidemiology*, 24(9), 629-634. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.05.010>
- McHale, S. M., Updegraff, K. A., & Whiteman, S. D. (2012). Sibling relationships and influences in childhood and adolescence. *Journal of marriage and family*, 74(5), 913-930. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.01011.x>
- McKinney, C., & Milone, M. C. (2012). Parental and late adolescent psychopathology: Mothers may provide support when needed most. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 747-760. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0293-2>
- McLaughlin, K. A., Gadermann, A. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., ... & Kessler, R. C. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290-299. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101253>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychological medicine*, 40(5), 847-859. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991115>
- Meadus, R. J., & Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(5), 383-390.
- Meadus, R. J., & Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a

- parent who has a mood disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(5), 383-390. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00319.x>
- Mechling, B. M. (2011). The experiences of youth serving as caregivers for mentally ill parents: A background review of the literature. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 49(3), 28-33. <https://doi.org/10.3928/02793695-20110201-01>
- Mehta, S. I., & Farina, A. (1988). Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7(2-3), 192-202. <https://doi.org/10.1521/jscp.1988.7.2-3.192>
- Menesini, E., Camodeca, M., & Nocentini, A. (2010). Bullying among siblings: The role of personality and relational variables. *British Journal of Developmental Psychology*, 28(4), 921-939. <https://doi.org/10.1348/026151009X479402>
- Metz, D., & Jungbauer J. (2021). "My Scars Remain Forever": A Qualitative Study on Biographical Developments in Adult Children of Parents with Mental Illness. *Clinical Social Work Journal*, 49,(1), 64–76. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00722-2>
- Mi, W. F., Chen, X. M., Fan, T. T., Tabarak, S., Xiao, J. B., Cao, Y. Z., ... & Lu, L. (2020). Identifying modifiable risk factors for relapse in patients with schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 574763. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.574763>
- Mikulincer, M., & Erev, I. (1991). Attachment style and the structure of romantic love. *British Journal of Social Psychology*, 30(4), 273-291. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1991.tb00946.x>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2009). An attachment and behavioral systems perspective on social support. *Journal of social and personal relationships*, 26(1), 7-19. <https://doi.org/10.1177/0265407509105518>
- Minuchin, S. (2018). *Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία*. Πεδίο.
- Mishler, G.E. (1996). *Συνέντευξη Έρευνας*. Ελληνικά Γράμματα.
- Misrachi, S. (2012). *Lives unseen: unacknowledged trauma of non-disordered, competent Adult Children Of Parents with a Severe Mental Illness (ACOPSMI)* (Doctoral dissertation, University of Melbourne). <http://hdl.handle.net/11343/37852>
- Mizock, L., Salmonsens, J., & Smith, S. (2022). Family challenges experienced by women with serious mental illness. *Family Relations*, 71(1), 426-438. <https://doi.org/10.1111/fare.12566>
- Mordoch, E. (2010). How children understand parental mental illness: "You don't get life insurance. What's life insurance?". *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 19.
- Mordoch, E., & Hall, W. A. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: A critical analysis of the literature and research implications. *Archives of psychiatric Nursing*, 16(5), 208-216. <https://doi.org/10.1053/apnu.2002.36231>
- Mordoch, E, & Hall WA. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qual Health Res*, 18, 1127–44. <https://doi.org/10.1177/1049732308320775>

- Morriss, R., Vinjamuri, I., Faizal, M. A., Bolton, C. A., & McCarthy, J. P. (2013). Training to recognise the early signs of recurrence in schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005147.pub2>
- Mortensen, P. B., Pedersen, M. G., & Pedersen, C. B. (2010). Psychiatric family history and schizophrenia risk in Denmark: which mental disorders are relevant?. *Psychological medicine*, 40(2), 201-210. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990419>
- Mouzas, O. D., Angelopoulos, N. V., & Liakos, A. (2008). Public opinions about mental illness in a Greek area: The influence of socio-demographic factors. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 19(4), 337-349.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., MacFarlane, P., & Bowersox, N. (2006). Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: Demographic and clinical history predictors. *Health & Social Work*, 31(2), 99-108. <https://doi.org/10.1093/hsw/31.2.99>
- Mowbray, C. T., & Mowbray, O. P. (2006). Psychosocial outcomes of adult children of mothers with depression and bipolar disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(3), 130-142. <https://doi.org/10.1177/10634266060140030101>
- Mowbray, C. T., Lewandowski, L., Bybee, D., & Oyserman, D. (2004). Children of mothers diagnosed with serious mental illness: patterns and predictors of service use. *Mental health services research*, 6, 167-183. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000036490.10086.95>
- Μπίμπου – Νάκου Ι. (2004b). Γονική ψυχική διαταραχή και ψυχοκοινωνική υγεία παιδιών και εφήβων: Θεραπευτικά διλήμματα που αφορούν την κατανόηση της γονικής ψυχικής διαταραχής από τα παιδιά. Στο Μ., Ζαφειροπούλου, & Γ., Κλεφτάρας, *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία του Παιδιού*. Ελληνικά Γράμματα.
- Μπίμπου – Νάκου, Ι. & Στογιαννίδου, Α. (2004α). Εμπειρίες παραμέλησης / κακοποίησης σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή. *Ψυχολογία*, 11(2), 162-183.
- Mueser, K.T. & Gingerich, S. (2006). *The Complete Family Guide to Schizophrenia*. The Guilford Press.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia research*, 53(1-2), 123-143. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00173-6](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00173-6)
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., ... & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 493. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.3.493>
- Muralidharan, A., Lucksted, A., Medoff, D., Fang, L. J., & Dixon, L. (2016). Stigma: a unique source of distress for family members of individuals with mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43, 484-493. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9437-4>
- Murphy, K. A., Blustein, D. L., Bohlig, A. J., & Platt, M. G. (2010). The college-to-career transition: An exploration of emerging adulthood. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 174-181. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00006.x>

- Murphy, G., Peters K., Jackson D., & Wilkes L. (2011). A qualitative meta-synthesis of adult children of parents with a mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3430–3442. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03651.x>
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2015a). Adult children of parents with mental illness: navigating stigma. *Child & Family Social Work*, 36, 294–299. <https://doi.org/10.1111/cfs.12246>
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2015b). Childhood parental mental illness: living with fear and mistrust. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 294–299. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.971385>
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. M., & Jackson, D. (2016). Adult children of parents with mental illness: losing oneself. who am I? *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 668–673. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1178359>
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2018a). Adult children of parents with mental illness: Dehumanization of a parent - 'She wasn't the wreck in those years that she was to become later'. *International journal of mental health nursing*, 27(3), 1015–1021. <https://doi.org/10.1111/inm.12409>
- Murphy G., Peters K., Wilkes L., Jackson D. (2018b). Adult children of parents with mental illness: parenting journeys. *BMC Psychology* (2018) 6:37 <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0248-x>
- Needham, B. L., & Austin, E. L. (2010). Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *Journal of youth and adolescence*, 39, 1189–1198. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9533-6>
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B. R., Henry, A. D., & Stier, L. (2001). Critical issues for parents with mental illness and their families. <https://doi.org/10.1037/e303792004-001>
- Nicholson, J., Biebel, K., Katz-Leavy, J., & Williams, V. (2002). Prevalence of parenthood among adults with severe mental illness. In R.W. Manderscheid & M. J. Henderson (Eds.), *Mental health, United States*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services
- Nicholson, J., Nason, M. W., Calabresi, A. O., & Yando, R. (1999). Fathers with severe mental illness: Characteristics and comparisons. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0080390>
- Nilsson, S., Gustafsson, L., & Nolbris, M. J. (2015). Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness. *Journal of Child Health Care*, 19(4), 444–453. <https://doi.org/10.1177/1367493513519296>
- Norman, R. M., Scholten, D. J., Malla, A. K., & Ballageer, T. (2005). Early signs in schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000149214.17924.d9>
- O'Connell, K. L. (2008). What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(2), 89–104. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00136.x>
- O'Connor, M., Sanson, A., Hawkins, M. T., Letcher, P., Toumbourou, J. W., Smart, D., ... & Olsson, C. A. (2011). Predictors of positive development in emerging adulthood. *Journal of youth and adolescence*, 40, 860–874. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9593-7>

- Oladeji, B. D., & Gureje, O. (2011). Parental mental disorders and suicidal behavior in the Nigerian survey of mental health and well-being. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 372-383. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.616151>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Orbke, S., & Smith, H.L. A. (2013). Developmental Framework for Enhancing Resiliency in Adult Survivors of Childhood Abuse. *Int J Adv Counselling*, 35, 46–56. <https://doi.org/10.1007/s10447-012-9164-6>
- Oskouie, F., Zeighami, R., & Joolaei, S. (2011). Outcomes of parental mental illness on children: A Qualitative Study from Iran. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 49(9), 32-40. <https://doi.org/10.3928/02793695-20110802-06>
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation. *Nord J Psychiatry*, 62: 354–9. <https://doi.org/10.1080/08039480801960065>
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143-151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Oyserman, D., Bybee, D., & Mowbray, C. (2002). Influences of maternal mental illness on psychological outcomes for adolescent children. *Journal of adolescence*, 25(6), 587-602. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0506>
- Padgett, D. (2017). *Qualitative methods in social work research*. 3rd edn. Sage.
- Padilla -Walker, L., & Nelson L. (2017). *Flourishing in emerging adulthood. Positive development during the third decade of life*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190260637.003.0001>
- Padilla-Walker, L., & Nelson L. (2017). Flourishing in Emerging Adulthood. An Understudied Approach to the Third Decade of Life. In L. Padilla-Walker & L. Nelson (Eds), *Flourishing in Emerging Adulthood: Positive Development During the Third Decade of Life*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190260637.003.0001>
- Παπαδιώτη- Αθανασίου, Β. (2014). *Οικογένεια και όρια*. Συστημική προσέγγιση. Τόπος.
- Papadopoulos, C., Leavey, G., & Vincent, C. (2002). Factors influencing stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37, 430-434. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0560-9>
- Park, S., & Park, K. S. (2014). Family stigma: A concept analysis. *Asian Nursing Research*, 8(3), 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.006>
- Pasupathi, M., & Hoyt, T. (2009). The development of narrative identity in late adolescence and emergent adulthood: the continued importance of listeners. *Developmental psychology*, 45(2), 558-574. <https://doi.org/10.1037/a0014431>
- Patrick P., Reupert A., & McLean L. (2019). “We Are More than Our Parents’ Mental Illness”: Narratives from Adult Children. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 839. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050839>
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4th edition). Sage Publications.

- Peh, O. H., Rapisarda, A., & Lee, J. (2019). Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(7), 1089-1101. <https://doi.org/10.1017/S003329171800394X>
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C., & Levitan, R. (2012). Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child abuse & neglect*, 36(5), 433-437. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.006>
- Perren, S., Von Wyl, A., Simoni, H., Stadlmayr, W., Bürgin, D., & Von Klitzing, K. (2003). Parental psychopathology, marital quality, and the transition to parenthood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 55-64. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.1.55>
- Petrowski, C. E., & Stein, C. H. (2016). Young women's accounts of caregiving, family relationships, and personal growth when mother has mental illness. *Journal of Child and Family Studies*, 25(9), 2873-2884. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0441-6>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358-367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Pietromonaco, P. R., & Carnelley, K. B. (1994). Gender and working models of attachment: Consequences for perceptions of self and romantic relationships. *Personal Relationships*, 1(1), 63-82. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1994.tb00055.x>
- Pihkala, H., Sandlund, M., & Cederström, A. (2012). Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 623-628. <https://doi.org/10.1177/0020764011419055>
- Plass-Christl, A., Otto, C., Klasen, F., Wiegand-Grefe, S., Barkmann, C., Hölling, H., ... & Ravens-Sieberer, U. (2018). Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 27, 867-876. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1084-x>
- Poehlmann, J. (2003). An attachment perspective on grandparents raising their very young grandchildren: Implications for intervention and research. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, 24(2), 149-173. <https://doi.org/10.1002/imhj.10047>
- Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *International journal of qualitative studies in education*, 8(1), 5-23. <https://doi.org/10.1080/0951839950080103>
- Polkinghorne, D., (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. State University of New York Press.
- Pölkki, P., Ervast, S. A., & Huupponen, M. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social work in health care*, 39(1-2), 151-163. https://doi.org/10.1300/j010v39n01_10
- Pollock, G. (2008). Youth transitions: Debates over the social context of becoming an adult. *Sociology compass*, 2(2), 467-484. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2008.00097.x>

- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., ... & Tatarelli, R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*, 6(1), 1-22. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-10>
- Porfyri, G. N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Angelopoulos, K., Skarpari, S., Zagalioti, S. C., ... & Diakogiannis, I. (2023). Mental illness through the perspective of undergraduate medical students in Greece: a cross-sectional study at Aristotle University of Thessaloniki. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1228539.
- Power, J., Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., O'Hanlon, B., Cuff, R., & Perlesz, A. (2016). Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal of Social Work*, 16(1), 66-82. <https://doi.org/10.1177/1468017314568081>
- Pryor, J. E., & Pattison, R. (2007). Adolescents' perceptions of parental conflict: The downside of silence. *Journal of Family Studies*, 13(1), 72-77. <https://doi.org/10.5172/jfs.327.13.1.72>
- Price-Robertson, R. (2015). Fatherhood and mental illness: a review of key issues. Australian Institute of Family Studies. CFC PAPER NO. 30. (1- 24).
- Putnam, F. W. (1994). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. Guilford Press.
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Garibaldi, G., Bugarski-Kirola, D., Berardo, C. G., & Kapur, S. (2012). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophrenia research*, 137(1-3), 147-150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.015>
- Racine, N., McArthur, B.A., Cooke J.E., Eirich R., Zhu J., & Madigan S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Radicke, A., Barkmann, C., Adema, B., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Children of parents with a mental illness: predictors of health-related quality of life and determinants of child–parent agreement. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 379. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020379>
- Raiu, S. L. (2019). The Emergent Adult: Transition from School to Work. *European Review Of Applied Sociology*, 12(19), 33-48. <https://doi.org/10.1515/eras-2019-0009>
- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*, 374(9690), 646-653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60238-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60238-5)
- Ranning, A., Laursen, T. M., Thorup, A., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2015). Serious mental illness and disrupted caregiving for children: a nationwide, register-based cohort study. *The journal of clinical psychiatry*, 76(8), 19263. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08931>
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>

- Reedtz, C., Lauritzen, C., Stover, Y. V., Freili, J. L., & Rognmo, K. (2019). Identification of children of parents with mental illness: a necessity to provide relevant support. *Frontiers in psychiatry*, 9, 728. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00728>
- Reid-Cunningham, A. R. (2009). Parent—Child Relationship and Mother's Sexual Assault History. *Violence Against Women*, 15(8), 920-932. <https://doi.org/10.1177/1077801209335492>
- Reupert, A., & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 362-369. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.3.362>
- Reupert, A., & Maybery, D. (2009). Fathers' experience of parenting with a mental illness. *Families in society*, 90(1), 61-68. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3846>
- Reupert, A., & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child & Youth Services*, 37(2), 98-111. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104037>
- Reupert, A., Maybery, D., & Nicholson, J. (2015). Towards the development of a conceptual framework. *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*, 1-15. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107707559>
- Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., Drost, L., & Foster, K. (2021). Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. *International journal of mental health nursing*, 30(1), 6–26. <https://doi.org/10.1111/inm.12820>
- Richardson, L. (1990). Narrative and sociology. *Journal of contemporary ethnography*, 19(1), 116-135. <https://doi.org/10.1177/089124190019001006>
- Ricoeur, P. (1985). Time and Narrative, Vol 2, McLaughlin K. University of Chicago. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226713526.001.0001>
- Ricoeur, P. (1988). Time and narrative III. Trans. K. Blamey and D. Pellauer. Chicago University Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226713533.001.0001>
- Riebschleger, J., Grové, C., Cavanaugh, D., & Costello, S. (2017). Mental Health Literacy Content for Children of Parents with a Mental Illness: Thematic Analysis of a Literature Review. *Brain sciences*, 7(11), 141. <https://doi.org/10.3390/brainsci7110141>
- Riggs, S. A., & Han, G. (2009). Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *Journal of adult development*, 16, 39-52. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9051-5>
- Roberts, B. (2002). *Biographical Research*. Open University Press.
- Rolland, J. S. (1999). Parental illness and disability: a family systems framework. *Journal of family therapy*, 21(3), 242-266. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00118>
- Ronkainen, E. L. (2017). "He is what he is": narratives on the experiences of paternal mental health problems (Master's thesis, E.-L. Ronkainen). [Microsoft Word - E-LGradu kopio.docx \(oulu.fi\)](https://doi.org/10.1111/1467-6427.00118)
- Rose, L., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2002). A grounded theory of families responding to mental illness. *Western Journal of Nursing Research*, 24(5), 516-536. <https://doi.org/10.1177/019394590202400505>

- Rossiter, A., (2000). The postmodern feminist condition: new conditions for social work. In B. Fawcett, B. Featherstone, J. Fook & A. Rossiter (Eds), *Practice Research in Social Work, Postmodern Feminist Perspectives*, (p.p. 24-38). Routledge.
- Rubin, H., & Rubin, I., (2005). *Qualitative interviewing, the art of hearing Data*, (2nd ed.). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452226651>
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schönenberger, T., ... & Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264, 35-43. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0412-5>
- Russel, A., Mize, J., Bissaker, K. (2002). Parent child relationships. In K., Smith & C., Hart, *Blackwell handbook of childhood social development*. Blackwell Publishers.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child abuse & neglect*, 31(3), 205-209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>
- Ryan, T. (2005). When you reflect are you also being reflexive. *Ontario Action Researcher*, 8(1), 1-5.
- Salmon, C., Shackelford, T., & Michalski, R. (2012). Birth order, sex of child, and perceptions of parental favoritism. *Personality and Individual Differences*, 52, 357–362. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.033>
- Sanchez-Gistau, V., Romero, S., Moreno, D., de la Serna, E., Baeza, I., Sugranyes, G., ... & Castro-Fornieles, J. (2015). Psychiatric disorders in child and adolescent offspring of patients with schizophrenia and bipolar disorder: a controlled study. *Schizophrenia research*, 168(1-2), 197-203. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.034>
- Sanders, A., & Szymanski, K. (2013). Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*, 49, 554-559. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9498-x>
- Sansone, R. A., Leung, J. S., & Wiederman, M. W. (2012). Five forms of childhood trauma: Relationships with employment in adulthood. *Child abuse & neglect*, 36(9), 676-679. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.007>
- Sapouna, V., Dafermos, V., Vivilaki, V., Chatziarsenis, M., Aivaliotis, I. L., Bitsios, P., & Lionis, C. (2015). Exploring the Burden of the Family Caregivers of Pa-tients with Major Mental Disorders in Greece. *depression*, 9, 10.
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5622. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622>
- Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World psychiatry*, 4(3), 181.
- Sarbin, T., (1986). *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. Praeger.
- Savvidou, I., Bozikas, V. P., Hatzigeleki, S., & Karavatos, A. (2003). Narratives about their children by mothers hospitalized on a psychiatric unit. *Family process*, 42(3), 391-402. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00391.x>

- Scabini, E., Marta, E., & Lanz, M. (2007). *The transition to adulthood and family relations: An intergenerational approach*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203965221>
- Seedat, S., Pienaar, W. P., Williams, D., & Stein, D. J. (2004). Ethics of research on survivors of trauma. *Current Psychiatry Reports*, 6(4), 262-267. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0075-z>
- Shimkowski, J. R., Punyanunt-Carter, N., Colwell, M. J., & Norman, M. S. (2018). Perceptions of divorce, closeness, marital attitudes, romantic beliefs, and religiosity among emergent adults from divorced and nondivorced families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 59(3), 222-236. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1403820>
- Scharp, K. M., & Dorrance Hall, E. (2019). Reconsidering family closeness: A review and call for research on family distancing. *Journal of Family Communication*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/15267431.2018.1544563>
- Schlüter-Müller, S. (2020). Children of Mentally Ill Parents-A High Risk Population. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 3), 346-348.
- Schmid M., (2004). *Narrative memory and the impact of trauma on individuals with reference to one short sequence of memento*. Seminar paper [Narrative memory and the impact of trauma on individuals with reference to one short sequence from "Memento" - GRIN](#)
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Developmental trauma disorder: Pros and cons. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47-63.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry*, 13, 1-12. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000008>
- Schubert, E. W., & McNeil, T. F. (2003). Prospective study of adult mental disturbance in offspring of women with psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 473-480. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.473>
- Scott-Storey, K. (2011). Cumulative abuse: Do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(3), 135-150. <https://doi.org/10.1177/1524838011404253>
- Sendt, K. V., Tracy, D. K., & Bhattacharyya, S. (2015). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry research*, 225(1-2), 14-30. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.002>
- Shukla, N., Wilson, E., Lives, Y., & Boddy, J. (2014). Narrative Research in Action Combining thematic and narrative analysis of qualitative interviews to understand children ' s spatialities in Andhra Pradesh , India.
- Seifer, R. (2003). Young Children with Mentally Ill Parents- Resilient Developmental Systems. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (pp. 29-49). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.004>

- Seligowski, A., McNamee, P., Albert, K., Williams, V., & Nicholson, J. (2008). Exploring the Concept of "Young Carer" in Families Living with Parental Mental Illness. University of Massachusetts.
- Sell, M., Barkmann, C., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Stiawa, M., ... & Wiegand-Grefe, S. (2021). Associations of family functioning and social support with psychopathology in children of mentally ill parents: multilevel analyses from different rating perspectives. *Frontiers in Psychology*, 12, 705400. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705400>
- Sell, M., Daubmann, A., Zapf, H., Adema, B., Busmann, M., Stiawa, M., ... & Wiegand-Grefe, S. (2021). Family functioning in families affected by parental mental illness: parent, child, and clinician ratings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7985. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157985>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2017). Structures and types of stigma. *The stigma of mental illness-end of the story?*, 43-66. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3
- Sheffield, J. M., Williams, L. E., Blackford, J. U., & Heckers, S. (2013). Childhood sexual abuse increases risk of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Comprehensive psychiatry*, 54(7), 1098-1104. <https://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2013.05.013>
- Shevlin, M., Dorahy D Clin Psych, Ph D, M. J., & Adamson, G. (2007). Trauma and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 166-169. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.166>
- Shiri, S., Wexler, I. D., & Kreitler, S. (2010). Cognitive orientation is predictive of posttraumatic growth after secondary exposure to trauma. *Traumatology*, 16(1), 42-48. <https://doi.org/10.1177/1534765609348243>
- Shulman, S., Feldman, B., Blatt, S. J., Cohen, O., & Mahler, A. (2005). Emerging adulthood: Age-related tasks and underlying self processes. *Journal of adolescent research*, 20(5), 577-603. <https://doi.org/10.1177/0743558405274913>
- Sideli, L., Murray, R. M., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A., & Fisher, H. L. (2020). Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological medicine*, 50(11), 1761-1782. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002172>
- Silberg, J. L., & Dallam, S. (2009). Dissociation in Children and Adolescents: At the Crossroads. In P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds), *Dissociation and the dissociative disorders edited DSM-V and beyond*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: methods for analysing talk, text and interaction*. Sage.
- Slavich, G. M., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. (2011). Early parental loss and depression history: Associations with recent life stress in major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 45(9), 1146-1152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.004>
- Slominski, L. J. (2010). *The effects of parental mental illness on children: Pathways to risk to resilience from infancy to adulthood* (Doctoral dissertation, University of Michigan). [Microsoft Word - Slominski Dissertation.doc \(umich.edu\)](#)

- Smetana, J. G. (2017). Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs. *Current opinion in psychology*, 15, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.012>
- Smith, B. (2000). Narrative analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds), *Analysing qualitative data in psychology*, (pp 202-213). Sage.
- Smith C. 2011. *Lost in transition. The dark side of emerging adulthood*. Oxford. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199828029.001.0001>
- Smith, B., & Sparkes, A. C. (2008). Changing bodies, changing narratives and the consequences of tellability: A case study of becoming disabled through sport. *Sociology of health & illness*, 30(2), 217-236. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01033.x>
- Somers, V. (2007). Schizophrenia: the impact of parental illness on children. *Br J Soc Work*, 37, 1319-34. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl083>
- Spiegelhoff, S. F., & Ahia, C. E. (2011). Impact of parental severe mental illness: Ethical and clinical issues for counselors. *The Family Journal*, 19(4), 389-395. <https://doi.org/10.1177/1066480711419942>
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7(4), 349-367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press.
- Stafford, M., Gale, C. R., Mishra, G., Richards, M., Black, S., & Kuh, D. L. (2015). Childhood environment and mental wellbeing at age 60-64 years: Prospective evidence from the MRC National Survey of Health and Development. *PLoS One*, 10(6), e0126683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126683>
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39-52. <https://doi.org/10.1177/1359104504039767>
- Stambaugh, L. F., Forman-Hoffman, V., Williams, J., Pemberton, M. R., Ringeisen, H., Hedden, S. L., & Bose, J. (2017). Prevalence of serious mental illness among parents in the United States: results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008–2014. *Annals of Epidemiology*, 27(3), 222-224. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2016.12.005>
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T., & Power, C. (2011). Repeated exposure to socioeconomic disadvantage and health selection as life course pathways to mid-life depressive and anxiety disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46, 549-558. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0221-3>
- Stansfeld, S., Head, J., Bartley, M., & Fonagy, P. (2008). Social position, early deprivation and the development of attachment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 516-526. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0330-4>.
- Steed, L. G., & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*.

- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76. <https://doi.org/10.1037/a0023081>
- Stern, J., Borelli J., & Smiley, P. (2014). Assessing parental empathy, a role for empathy in child attachment. *Attachment & Human Development*. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.969749>
- Stier, A., & Hinshaw, S. P. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, 42(2), 106-117. <https://doi.org/10.1080/00050060701280599>
- Stolper, H., van Doesum, K., & Steketee, M. (2021). How to support parents of infants and young children in mental health care: a narrative review. *Frontiers in Psychology*, 12, 745800. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.745800>
- Stringer, E. (1999). *Action research*. Sage Publications.
- Suitor, J., Gilligan, M., & Pillemer, K. (2013). Continuity and change in mothers' favoritism toward offspring in adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 75(5), 1229-1247. <https://doi.org/10.1111/jomf.12067>
- Sümer, N., & Cozzarelli, C. (2004). The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. *Personal relationships*, 11(3), 355-371. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00087.x>
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 205, 44-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.073>
- Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., ... & Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International journal of mental health nursing*, 25(4), 319-329. <https://doi.org/10.1111/inm.12194>
- Tanner J. L. (2015). Mental Health in Emerging Adulthood. In J. J. Arnett (Ed), *The Oxford Handbook of Emerging Adulthood*. Oxford Library of Psychology. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199795574.013.30>
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 92–99. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.92>
- Taylor, S. E., Way, B. M., & Seeman, T. E. (2011). Early adversity and adult health outcomes. *Development and psychopathology*, 23(3), 939-954. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000411>
- Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional psychology: research and practice*, 36(3), 230. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.230>

- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 1–22). Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9781410603401>
- Telzer, E. H., & Fuligni, A. J. (2009). Daily family assistance and the psychological well-being of adolescents from Latin American, Asian, and European backgrounds. *Developmental psychology*, 45(4), 1177. <https://doi.org/10.1037/a0014728>
- Teschinsky, U. (2000). Living with schizophrenia: the family illness experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(4), 387-396. <https://doi.org/10.1080/016128400248004>
- Thomas, L., & Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: Lacking motivation to parent. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 153-157. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00282.x>
- Titelman, P. (2003). *Emotional Cutoff. Bowen Family Systems Theory Perspectives*. Routledge
- Trondsen, M.V. (2012). Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qual Health Res*, 22, 174–88. <https://doi.org/10.1177/1049732311420736>
- Τσαγκαράκης, Μ. (2007). *Ερμηνείες και στρατηγικές αντιμετώπισης αρνητικών συμπεριφορών ερωτικών συντρόφων: ο ρόλος της ενήλικης προσκόλλησης* (Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας).
- Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2013). Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: a latent class analysis. *Psychiatry research*, 210(1), 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.013>
- Τσιώλης, Γ., (2015). *Η βιογραφική αφηγηματική προσέγγιση στην εμπειρική κοινωνική έρευνα: παραγωγή και ανάλυση βιογραφικών αφηγήσεων*. Ερευνητικό εργαστήριο, Ηράκλειτος II- ΕΑΠ, Πάτρα.
- Τσιώλης, Γ. (2017). Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Τσιώλης, Γ. (2018). Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. *Ερευνητικές διαδρομές στις κοινωνικές επιστήμες. Θεωρητικές-μεθοδολογικές συμβολές και μελέτες περίπτωσης*, 97-125.
- Tzouvara, V., & Papadopoulos, C. (2014). Public stigma towards mental illness in the G reek culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 931-938. <https://doi.org/10.1111/jpm.12146>
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2016). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *The International journal of social psychiatry*, 62(3), 292–305. <https://doi.org/10.1177/0020764016629699>
- Valdez, C. R., Chavez, T., & Woulfe, J. (2013). Emerging adults' lived experience of formative family stress: The family's lasting influence. *Qualitative Health Research*, 23(8), 1089-1102. <https://doi.org/10.1177/1049732313494271>
- Valiakalayil, A., Paulson, L. A., & Tibbo, P. (2004). Burden in adolescent children of parents with schizophrenia: The Edmonton High Risk Project. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 528-535. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0778-9>
- Vandemark, N. R., O'Keefe L., Finkelstein, M., Noether, N., & Gampel C. J. (2005). Children of mothers with histories of substance abuse, mental illness, and trauma. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 445 - 459. <https://doi.org/10.1002/jcop.20062>

- Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *The Psychiatric clinics of North America*, 12(2), 389–411. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30439-8](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30439-8)
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Burbridge, J. (2005). Approaches to the treatment of PTSD. In S. Hobfoll & M. de Vries (Eds.), *Extreme stress and communities: impact and intervention*. Norwell:Kluwer.
- Van der Werf, H. M., Luttik, M. L. A., Francke, A. L., Roodbol, P. F., & Paans, W. (2019). Students growing up with a chronically ill family member; a survey on experienced consequences, background characteristics, and risk factors. *BMC Public Health*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7834-6>
- van der Sanden, R. L., Bos, A. E., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 73-80. <https://doi.org/10.1037/a0031752>
- van der Sanden, R. L., Pryor, J. B., Stutterheim, S. E., Kok, G., & Bos, A. E. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: The mediating role of coping. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 1233-1245. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1256-x>
- van der Sanden, R. L., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., Kok, G., & Bos, A. E. (2014). Coping with stigma by association and family burden among family members of people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(10), 710-717. <https://doi.org/10.1002/casp.2221>
- Van Doorn, M. M., Kuijpers, R. C., Lichtwarck-Aschoff, A., Bodden, D., Jansen, M., & Granic, I. (2016). Does mother–child interaction mediate the relation between maternal depressive symptoms and children’s mental health problems?. *Journal of child and family studies*, 25, 1257-1268. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0309-1>
- Van Loon, L. M., Van de Ven, M. O., Van Doesum, K. T., Witteman, C. L., & Hosman, C. M. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1201-1214. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9781-7>
- Van Loon, L. M. A., Van De Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Witteman, C. L. M. (2015, December). Factors promoting mental health of adolescents who have a parent with mental illness: A longitudinal study. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 44, pp. 777-799). Springer US. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9304-3>
- Van Parys, H., Bonnewyn, A., Hooghe, A., De Mol, J., & Rober, P. (2015). Toward understanding the child’s experience in the process of parentification: young adults’ reflections on growing up with a depressed parent. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 522–536. <https://doi.org/10.1111/jmft.12087>
- Van Parys, H., & Rober, P. (2013). Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 330-345. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x>

- Van Parys, H., Smith J. A., & Rober P. (2014). Growing up with a mother with depression: an interpretative phenomenological analysis. *The Qualitative Report*, 19(15), 1-18. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2014.1245>
- van Santvoort, F., Hosman, C. M., van Doesum, K. T., & Janssens, J. M. (2014). Children of mentally ill parents participating in preventive support groups: Parental diagnoses and child risk. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 67-75. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9686-x>
- Van Santvoort, F., Hosman, C. M., Janssens, J. M., Van Doesum, K. T., Reupert, A., & Van Loon, L. M. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 18, 281-299. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Veen, N. D., Selten, J. P., Schols, D., Laan, W., Hoek, H. W., van der Tweel, I., & Kahn, R. S. (2004). Diagnostic stability in a Dutch psychosis incidence cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 185(6), 460-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.6.460>
- Villatte, A., Piché, G., & Benjamin, S. (2022). Perceived support and sense of social belonging in young adults who have a parent with a mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 2577. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.793344>
- von Werthern, M., Robjant, K., Chui, Z., Schon, R., Ottisova, L., Mason, C., & Katona, C. (2018). The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1945-y>
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: Findings from the GB national study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 509-514. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0061-3>
- Wagenblass S. (2001). Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern [Biographical experiences of children of psychiatrically ill parents]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50(7), 513-524.
- Wahl, P., Bruland, D., Bauer, U., Okan, O., & Lenz, A. (2017). What are the family needs when a parent has mental health problems? Evidence from a systematic literature review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(1), 54-66. <https://doi.org/10.1111/jcap.12171>
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic medicine*, 68(1), 129-135. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4>
- Walker, P. (2013). *Complex PTSD: from surviving to thriving: a guide and map for recovering from childhood trauma*. Azure Coyote.
- Walker, C. S., & McKinney, C. (2015). Parental and emerging adult psychopathology: Moderated mediation by gender and affect toward parents. *Journal of Adolescence*, 44, 158-167. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.07.016>
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. The Guilford press.

- Wan, M. W., & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child–mother attachment. *Archives of women's mental health*, 12, 123-134. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0066-5>
- Wasow, M. (2000). An Important Guide for Practitioners on Family Caregiving and Mental Illness. *Psyccritiques*, 45(2). <https://doi.org/10.1037/004703>
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child development*, 71(3), 695-702. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00178>
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of general psychiatry*, 54(10), 932-940. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830220054009>
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., ... & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024-1032. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Westerink, D., & Stroebe, M. (2012). The death of a grandparent: Kaey's story. *Bereavement Care*, 31(1), 6-10. <https://doi.org/10.1080/02682621.2012.654698>
- White, S. (2014). *A fractured journey of growth: Making meaning of a 'broken' childhood and parental mental ill-health*. (Doctoral Dissertation, University of Newcastle). nova.newcastle.edu.au
- Whisman, M. A. (2006). Childhood trauma and marital outcomes in adulthood. *Personal Relationships*, 13(4), 375-386. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00124.x>
- Widom, C. S., & Wilson, H. W. (2014). Intergenerational transmission of violence. *Violence and mental health: Its manifold faces*, 27-45. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8999-8_2
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., Petermann, F., & Plass, A. (2012). Psychopathology and quality of life in children of mentally ill parents. *Mental Illnesses-Evaluation, Treatments and Implications*, 21-34. <https://doi.org/10.5772/31458>
- Wiegand-Grefe, S., Sell, M., Filter, B., & Plass-Christl, A. (2019). Family functioning and psychological health of children with mentally ill parents. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1278. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071278>
- Williams, J., Bucci, S., Berry, K., & Varese, F. (2018). Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review. *Clinical psychology review*, 65, 175-196. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.009>
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Barnes, L. L., de Leon, C. F. M., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2006). Childhood adversity and psychosocial adjustment in old age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 307-315. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000196637.95869.d9>
- Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., Malaspina, D., ... & Corcoran, C. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(2), 108-115. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00116.x>
- Wood, D., Crapnell, T., Lau, L., Bennett, A., Lotstein, D., Ferris, M., & Kuo, A. (2018). Emerging Adulthood as a Critical Stage in the Life Course. In N. Halfon (Eds.) et. al., *Handbook of Life*

- Course Health Development*. (pp. 123–143). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_7
- Woollett, N., & Thomson, K. (2016). Understanding the intergenerational transmission of violence. *SAMJ: South African Medical Journal*, 106(11), 1068-1070. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2016.v106i11.12065>
- Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E., & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive behaviors*, 35(1), 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.003>
- Wyn, J. (2009). Educating for late modernity. In A. Furlong (Ed.), *Handbook of Youth and Young Adulthood. New perspectives and agendas*. Routledge.
- Yamamoto, R., & Keogh, B. (2018). Children's experiences of living with a parent with mental illness: a systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 25(2), 131–41. <https://doi.org/10.1111/jpm.12433>
- Yin, M., Li, Z., & Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 141-160. <https://doi.org/10.1111/inm.12668>
- Young, R. A., Marshall, S. K., Valach, L., Domene, J. F., Graham, M. D., & Zaidman-Zait, A. (2011). *Transition to adulthood: Action, projects, and counseling*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6238-6>
- Zeighami, R., Oskouie, F., & Joolaei, S. (2018). Mental health needs of the children of parents with mental illness. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 5(3), 95. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_36_18
- Zhang, S., Mellsop, G., Brink, J., & Wang, X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience bulletin*, 31, 99-112. <https://doi.org/10.1007/s12264-014-1493-5>
- Zhou, T., Chen, W., Liu, X., Wu, T., Wen, L., Yang, X., ... & Yu, X. (2021). Children of parents with mental illness in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in China. *Asian Journal of Psychiatry*, 64, 102801. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102801>
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive psychiatry*, 49(2), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.007>
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 626-653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ
ΨΥΧΩΣΕΩΝ, ΤΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

- ✓ Επιβεβαιώνω ότι διάβασα προσεκτικά το ενημερωτικό φυλλάδιο συμμετοχής στην έρευνα με θέμα: *Τα παιδιά γονέων με διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων, το αναπτυξιακό ψυχικό τραύμα και το πλαίσιο της οικογένειας*. Μου δόθηκε η ευκαιρία για επαρκή πληροφόρηση για το σκοπό και τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας.

☐ Ναι ☐ Όχι

- ✓ Κατανοώ ότι μπορώ να αποσυρθώ από την έρευνα όποια στιγμή το επιλέξω χωρίς καμία αρνητική επίπτωση. Κατανοώ επίσης ότι δεν θα μπορώ να αποσύρω τα δεδομένα μετά την 1/12/2019 καθώς η έρευνα θα βρίσκεται στο στάδιο της επεξεργασίας.

☐ Ναι ☐ Όχι

- ✓ Κατανοώ ότι δεν θα έχω κάποιο άμεσο όφελος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα, παρά μόνο έμμεσα, από την παραγόμενη γνώση η οποία ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί για την φροντίδα των παιδιών γονέων με ψυχιατρικά προβλήματα σε γενικό επίπεδο ή επίπεδο υπηρεσιών.

☐ Ναι ☐ Όχι

- ✓ Συναινώ στη συλλογή των δεδομένων της συνέντευξης και την επεξεργασία τους από τον ερευνητή και τους συνεργάτες του, και στην τελική τους διαμόρφωση σε

ενιαίο κείμενο που θα δημοσιευτεί στην επιστημονική κοινότητα, με την προϋπόθεση ότι θα διατηρηθεί αυστηρά η πολιτική απορρήτου και η ανωνυμία μου.

☐ **Ναι** ☐ **Όχι**

- ✓ Δηλώνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την διαχείριση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σε σχέση με το νόμο που εποπτεύει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (4624/2019, γενικός κανονισμός ΕΕ 2016/679, κ.λπ.).

☐ **Ναι** ☐ **Όχι**

- ✓ Δηλώνω ότι είμαι σε θέση να δίνω τη συγκατάθεσή μου από την πλευρά της συνολικής ψυχοσωματικής μου κατάστασης τη δεδομένη χρονική στιγμή.

☐ **Ναι** ☐ **Όχι**

ο/η
συμμετέχων/ουσα

-ο-
ερευνητής

Ημ/νία:-----



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Ενημερωτικό φυλλάδιο συμμετοχής στην έρευνα με θέμα: Τα παιδιά γονέων με διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων, το αναπτυξιακό ψυχικό τραύμα και το πλαίσιο της οικογένειας

Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας ?

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση και η κατανόηση της εμπειρίας του να μεγαλώνει κανείς με τον έναν ή και τους δύο γονείς με διαταραχή από το φάσμα των ψυχώσεων, η νοσηματοδότηση της εμπειρίας από τα ίδια τα παιδιά, και η σκιαγράφηση των αρνητικών και θετικών επιπτώσεων στο παιδί αλλά και σε όλη την οικογένεια.

Γιατί να συμμετάσχω στην έρευνα?

Η συμμετοχή είναι σημαντική διότι θα δοθεί η ευκαιρία να ακουστούν οι απόψεις και οι ανάγκες των παιδιών που έχουν γονείς με ψυχιατρικά προβλήματα από τα ίδια τα παιδιά, γεγονός που μέχρι πρόσφατα έχει παραγνωριστεί ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο αλλά και διεθνώς. Η γνώση που θα προκύψει από την έρευνα μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση πλαισίων παροχής φροντίδας στα παιδιά αυτά, που να στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα.

Ποιος μπορεί να συμμετάσχει?

Στην έρευνα μπορούν να συμμετάσχουν άτομα που βρίσκονται στην φάση της αναδυόμενης ενηλικίωσης, και πιο συγκεκριμένα από 17 μέχρι 25 ετών, τα οποία έχουν μεγαλώσει με ένα γονιό (ή και τους δύο) που πάσχει από διαταραχή από το φάσμα των ψυχώσεων, που επιθυμούν να μοιραστούν την εμπειρία αυτή και συναινούν να υπογράψουν το έγγραφο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα.

Είναι υποχρεωτική η συμμετοχή?

Η συμμετοχή είναι πλήρως εκούσια και εθελοντική. Η επιλογή της μη συμμετοχής δεν θα έχει καμία αρνητική επίπτωση στη ζωή του ατόμου ή της οικογένειάς του από την πλευρά του ερευνητή. Ο κάθε συμμετέχοντας μπορεί να αποσυρθεί από τη διαδικασία όποια στιγμή το επιθυμεί χωρίς καμία επίπτωση. Επίσης, διατηρεί το δικαίωμα να μην απαντήσει σε

ερωτήσεις στην περίπτωση που δεν είναι έτοιμος. Στην περίπτωση που ο συμμετέχοντας αλλάξει γνώμη μετά το πέρας της συνέντευξης και δεν επιθυμεί πλέον να συμπεριληφθεί η δική του συνέντευξη στην διαδικασία της μελέτης και τη συγγραφή της διατριβής μπορεί να το αιτηθεί μέχρι την 1/12/2019, όπου θα αρχίσει η επεξεργασία του υλικού στην τελική της μορφή.

Πως θα διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα?

Θα τηρηθεί αυστηρή πολιτική απορρήτου προκειμένου να διαφυλαχθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Κατά την απομαγνητοφώνηση θα γίνει αποκοπή των λεπτομερειών εκείνων που ενδέχεται να εκθέσουν το άτομο. Η πρόσβαση στο υλικό θα είναι αποκλειστικά από τον ερευνητή και τους άμεσους συνεργάτες (π.χ. επιβλέπων της έρευνας), ενώ η αποθήκευσή του θα γίνει με κάθε τρόπο που να διασφαλίζει το απόρρητο της διαδικασίας.

Τι θα μου ζητηθεί να κάνω?

Θα σου ζητηθεί να μελετήσεις και να υπογράψεις το έγγραφο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα, θα ερωτηθείς για τυχόν απορίες που αφορούν στην έρευνα, θα παράσχεις πληροφορίες για τα δημογραφικά σου στοιχεία, και θα απαντήσεις ερωτήσεις που αφορούν στην εμπειρία σου να μεγαλώνεις σε μια οικογένεια όπου ο ένας γονιός πάσχει από ψυχιατρική διαταραχή. Οι απαντήσεις σου θα καταγράφονται σε μέσα καταγραφής ήχου και εικόνας.

Πόση ώρα θα διαρκέσει?

Η διάρκεια της συνέντευξης θα είναι περίπου μία ώρα, εξαιρουμένου του χρόνου που απαιτείται για την διεκπεραίωση των διαδικαστικών (εισαγωγή στη διαδικασία, καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, κ.λπ.). Ο ακριβής χρόνος θα εξαρτηθεί από την διαθεσιμότητα του κάθε συμμετέχοντα να μοιραστεί πληροφορίες από την εμπειρία του.

Πώς θα χρησιμοποιηθεί το υλικό της συνέντευξης?

Θα γίνει απομαγνητοφώνηση του υλικού το οποίο θα μελετηθεί και θα χρησιμοποιηθεί για τη συγγραφή της διδακτορικής διατριβής με τέτοιο τρόπο ώστε να μην προσβάλλεται η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα. Η διατριβή θα κατατεθεί στο τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Υπάρχουν κίνδυνοι από τη συμμετοχή μου στην έρευνα?

Εκτιμάται ότι δεν θα δημιουργηθούν προβλήματα από την διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος στην ψυχολογία των συμμετεχόντων δεδομένου ότι θα τηρηθούν όλες οι απαιτούμενες διαδικασίες προφύλαξης (π.χ. διατήρηση δικαιώματος να μην απαντηθούν ερωτήσεις που μπορεί να αναστατώσουν τον συμμετέχοντα, τακτική διερεύνηση από τον

ερευνητή με άμεσες ερωτήσεις και παρατήρηση, κ.λπ.). Αν παρόλα αυτά δημιουργηθεί οποιαδήποτε εσωτερική αναστάτωση, μπορεί να διακοπεί η διαδικασία και να προταθεί η δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης από έμπειρους ψυχολόγους- συνεργάτες του ερευνητή, σε επίπεδο ατομικό ή οικογενειακό.

Θα έχω κάποιο όφελος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα?

Δεν υπάρχει κάποιο άμεσο όφελος από τη συμμετοχή στην έρευνα, παρά μόνο έμμεσα, από την παραγωγή της γνώσης που θα προκύψει, η οποία ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί για την φροντίδα παιδιών γονέων με ψυχιατρικά προβλήματα σε γενικό επίπεδο ή επίπεδο υπηρεσιών.

Στοιχεία επικοινωνίας και περαιτέρω πληροφορίες

- Ρούσσινος Σπυρίδων: τηλ. 6974735712, e-mail: sroussinos@yahoo.com
- Παπασταθόπουλος Στάθης: spapasta@cc.uoi.gr

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ/ ΣΤΟΧΑΣΜΟΙ

Αλεξάνδρα

Είναι 23 ετών. Σπουδάζει στη σχολή [XXXXX]. Η μητέρα της 56 ετών έχει διάγνωση Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού τύπου [F20.0/ ICD-10] με ιστορικό νοσηλειών σε ψυχιατρική κλινική του ΨΝΑ. Σε αυτή τη φάση η μητέρα ζει στο σπίτι και διατηρεί συνεργασία με ψυχίατρο στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Έχει μια αδελφή δύο χρόνια μεγαλύτερη, πτυχιούχο [XXXXXX]. Ο πατέρας έχει πεθάνει από σοβαρό νόσημα, καθώς και η μητρική γιαγιά [που είχε το ρόλο του βασικού κηδεμόνα όταν υποτροπίαζε η μαμά]. Και τα δύο αυτά πρόσωπα παρουσιάζονται επισήμως ως ελεύθερα ψυχιατρικών δυσκολιών, χωρίς διάγνωση. Αρθρογραφεί σε διάφορα σάιτ στο διαδίκτυο για ποικίλα θέματα, συμπεριλαμβανομένων και των θεμάτων ψυχικής υγείας, με βασικό γνώμονα την υπεράσπιση των συμφερόντων των αδυνάτων, του ρατσισμού και των κοινωνικών στερεοτύπων. Η ίδια δεν έχει επίσημη ψυχιατρική διάγνωση, ούτε έχει τονιστεί από κάποιον ειδικό [ή μη] ότι χρήζει κάποιας ψυχολογικής αξιολόγησης.

Ο θεράπων ψυχίατρος της μητέρας της με τον οποίο είμαστε συνεργάτες σε άλλο ψυχιατρικό πλαίσιο της πρότεινε να συμμετάσχει στην έρευνα και της εξήγησε κάποια βασικά πράγματα. Εκείνη δέχτηκε με μεγάλη προθυμία.

Μιλήσαμε στο τηλέφωνο για να κανονίσουμε το ραντεβού και με ρώτησε πάρα πολλά πράγματα, ως εκ τούτου κάποια από αυτά δεν τα ρώτησα στην συνέντευξη διότι μου τα είχε πει ήδη (π.χ. για τα δημογραφικά).

Η συνέντευξη έγινε στο ιδιωτικό γραφείο μου, η συνάντηση διήρκεσε συνολικά δύο περίπου ώρες. Η μαγνητοφώνηση διήρκεσε λιγότερη ώρα διότι ήθελε λίγο χρόνο να διασφαλίσει την εχεμύθεια.

Μου τόνισε επανειλημμένως πριν την μαγνητοφώνηση ότι είναι απαραίτητη η εχεμύθεια, είχε ένα ιδιαίτερο άγχος με αυτό, ίσως επειδή είχε σκοπό να μου εκμυστηρευτεί πολύ προσωπικά θέματα –όπως κι έγινε, αλλά και γιατί μπορεί να θεωρεί ότι είναι δημόσιο πρόσωπο αφού αρθρογραφεί επώνυμα στο διαδίκτυο.

Σχετικά με τη δική μου εμπειρία: Ήταν η πρώτη μου συνέντευξη και είχα από την αρχή μια ανησυχία αν θα μπορέσω να παραμείνω κοντά στο πνεύμα των ερωτήσεων του πρωτοκόλλου, διότι ήδη από το τηλέφωνο ένιωσα ότι είναι πολύ δυναμική και κυριαρχική στο διάλογο.

Επίσης, σκεπτόμουν πώς θα καταφέρω να κρατήσω μια σωστή ισορροπία μεταξύ της ιδιότητάς μου ως ερευνητής και εκείνης ως ψυχοθεραπευτής. Επειδή η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στο γραφείο μου, και καθόμουν στην καρέκλα που κάθομαι συνήθως ως θεραπευτής ίσως σε κάποια σημεία στη συνέντευξη να στάθην υποστηρικτικά με το θεραπευτικό πνεύμα και όχι το ερευνητικό. Κατέβαλα συνειδητές προσπάθειες να μείνω πιστός στο ερευνητικό μου έργο. Δηλαδή παρατηρούσα διαρκώς τον εαυτό μου, την εξωλεκτική μου επικοινωνία αλλά και τη λεκτική ανατροφοδότηση στις απαντήσεις της. Από την άλλη μεριά ενδέχεται και η ίδια να ένιωσε κάποιες στιγμές περισσότερο ότι μπήκε στο γραφείο του θεραπευτή παρά του ερευνητή όμως θεωρώ ότι υπερίσχυσε η συμμετοχή στην ερευνητική στάση.

Ίσως κάποιες στιγμές ο τόνος της φωνής μου χαμήλωνε γιατί συντονιζόμουν με μια στενάχωρη αφήγηση, κι αυτό να έδινε το πράσινο φως για να συνεχίσει με πιο συναισθηματική χροιά.

Κάποιες στιγμές ένιωθα περισσότερο παθητικός ακροατής από τον χειμαρρώδη λόγο της που μου φαινόταν διαποτισμένος από μια ακτιβιστική τάση για το πώς η κοινωνία πρέπει να σταθεί στην ψυχική νόσο, κι αυτό μπορεί να φαινόταν μη λεκτικά από τη στάση μου, χωρίς όμως να μου σχολιάσει κάτι τέτοιο.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ανέφερε ένα γεγονός που αφορούσε στην προσωπική της ζωή το οποίο ήταν πολύ δυσάρεστο για εκείνη που αρχικά θεώρησα ότι δεν είχε άμεση σχέση με τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα, και για αυτό το λόγο ανησύχησα ότι μπορεί να κατευθύνει όλη τη συζήτηση μέχρι το τέλος, κάτι που εντέλει δεν έγινε.

Ένιωσα θαυμασμό για την πλευρά του εαυτού της που κατάφερε να αναπτυχθεί, να αποκτήσει δύναμη σε ένα πλαίσιο πολύ κακών συγκυριών και τραυματικών βιωμάτων, και για το γεγονός ότι προσπάθησε να μετατρέψει τις δυσκολίες της σε μάθημα ζωής για τον εαυτό και τους άλλους. Παράλληλα, επειδή ασχολούμαι πολύ με την ψυχοτραυματοθεραπεία, ένιωθα ότι πρόκειται για έναν αντισταθμιστικό μηχανισμό για να μπορέσει να χειριστεί μέσα της όλα αυτά που έχει περάσει κι ότι έχει ένα πολύ ευάλωτο κομμάτι που δεν το χει μεταβολίσει ακόμη, γεγονός που μου προκαλούσε συμπόνοια κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Ένιωσα επίσης εξ αρχής την ανάγκη της για εγγύτητα με έναν άνθρωπο του χώρου της ψυχικής υγείας ή με έναν άνθρωπο γενικότερα και προσπάθησα να προσφέρω ένα πλαίσιο αποδοχής ώστε να μπορέσει να μιλήσει. Είχα την αίσθηση ότι αποζητούσε διαρκώς την αποδοχή με τον τρόπο της παρά το ότι ανέφερε ότι δεν την ενδιέφερε η γνώμη των άλλων.

Στο τέλος της συνέντευξης με ρώτησε πώς την βλέπω ως ψυχολόγος, διέκοψα την καταγραφή, και της είπα ότι δεν είχα καμία συνειδητή πρόθεση να την 'εξετάσω' αλλά να μείνω στο ερευνητικό έργο γιατί θα μπερδεύαμε τους ρόλους και τους στόχους. Μου ζήτησε να διατηρήσουμε μια επικοινωνία προκειμένου να διαβάσω τα άρθρα της που έχει δημοσιεύσει στο διαδίκτυο και δέχτηκα. Μετά από μία εβδομάδα μου έστειλε τους συνδέσμους και όντως διάβασα κάποια από αυτά και της έστειλα ένα θετικό σχόλιο. Στην επόμενη συνάντηση που είχε με τον ψυχίατρο της μητέρας της δήλωσε ενθουσιασμένη με την συνέντευξη, γεγονός που με τη σειρά του ενθουσίασε τον ψυχίατρο (και δεσμεύτηκε να βρούμε κι άλλα υποκείμενα για την έρευνα!!).

Κατά την απομαγνητοφώνηση παρατήρησα ότι ένιωσα παρόμοια συναισθήματα με εκείνα που μου αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης

Από τη στιγμή της συνέντευξης μέχρι σήμερα διατηρούμε επαφή μέσω μηνυμάτων, κι αυτό με χαροποιεί ιδιαίτερα.

ΣΥΜΒΟΛΑ ΜΕΤΕΓΓΡΑΦΗΣ

- = χωρίς κενό μεταξύ των ομιλητών
- (.) σύντομη παύση
- (λέξη) αβεβαιότητα, δεν ακουγόταν καλά
- [λέξη] [λέξη] : επικάλυψη ομιλίας
- [κλάμα]: καταγραφή μη λεκτικών στοιχείων
- Λέεεεξη μακρόσυρτη λέξη
- >λέξη< γρήγορος ρυθμός ομιλίας
- <λέξη> αργός ρυθμός ομιλίας
- λέξη τονισμός του ερευνητή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ιωάννινα, 13 Μαρτίου 2023

Αριθμ. Πρωτ.: 13259

Προς

τον κ. Σπυρίδωνα Ρούσσινο
Υποψήφιο Διδάκτορα
Τμήμα Ψυχολογίας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

τηλ.: 26510-08454
fax : 26510-07200
e-mail: ebonos@uoi.gr,
ederveni@uoi.gr

Αξιότιμε κύριε Ρούσσινε

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων εξέτασε στην τελευταία Συνεδρίασή της στις 8 Μαρτίου 2023 την αίτησή σας, καθώς και τις διευκρινίσεις σας στις προϋποθέσεις που έχουν τεθεί για την έγκριση της έρευνας. Έχει χορηγηθεί δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: «Τα ενήλικα παιδιά γονέων με διαταραχές από το φάσμα των ψυχώσεων, το αναπτυξιακό ψυχικό τραύμα και το πλαίσιο της οικογένειας».

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση

Ελευθέριος Μπόνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Γεωπονίας

Αντιπρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της
Έρευνας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

A. 'Μου βάζανε λόγια..': Οικογενειακά πρότυπα επικοινωνίας

A1. Κλίμα πόλωσης.

A2. Αντιφατικά μηνύματα γονέων

A3. Τριγωνοποίηση

A4. Συναισθηματικές αποκοπές- επανασυνδέσεις

A5. Σύγχυση οικογενειακών ορίων.

A6. Εύνοια γονιών στα αδέλφια. Η πρόσληψη των παιδιών για τα οικογενειακά πρότυπα

B. 'Ο ένας προσέχει τον άλλον..': Πρόσληψη για τις οικογενειακές αξίες

B1. Αξίες οικογένειας για φροντίδα μελών

B2. Ηρωισμός

B3. Αξίες οικογένειας για ακαδημαϊκά επιτεύγματα

B4. Αξίες για τις ελληνικές ρίζες

B5. Θρησκευτικές προσλήψεις

Γ. 'Κάποιοι είναι αδιάγνωστοι..': Διαγενεακές επιρροές

Γ1. Διαγενεακό τραυματικό υπόβαθρο

Γ2. Διαγενεακό ψυχιατρικό ιστορικό

Δ. Οικογενειακές αντιξοότητες

Δ1. Απώλειες-προβλήματα υγείας

Δ2. Αλλαγές διαβίωσης.

Δ3. Χωρισμός γονικού ζεύγους

Δ4. Οικονομικές αντιξοότητες

Ε. 'Πολύ ατίθασο πνεύμα..': Πρόσληψη των γονέων

E1. Πρόσληψη για τον πάσχων γονιό

E2. Πρόσληψη για τον υγιή γονιό

2. ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

A. 'Δεν είχαμε πολύ.. το πατέρα γιός..': Πρόσληψη της σχέσης με τον πάσχων γονιό

A1. Απόμακρη σχέση.

A2. Συγκρουσιακή σχέση

A3. Χειριστικότητα- έλεγχος

A4. Θετικές πλευρές

B. 'Σαν το σκύλο με τη γάτα..': Πρόσληψη της σχέσης των γονιών

Γ. 'Ήταν το πρότυπό μου..': Πρόσληψη της σχέσης των αδελφών

Δ. 'Την έχει κάνει λίγο άνωθη.., άνωθη..': Πρόσληψη της σχέσης με τον υγιή γονιό

Ε. 'Σα μαμά..': Πρόσληψη των σχέσεων με το ευρύτερο περιβάλλον

Ε1. Πρόσληψη των σχέσεων με παππούδες

Ε2. Πρόσληψη σχέσεων με την ευρύτερη οικογένεια

3. ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΟΥ

Α. 'Για μένα ήταν φυσιολογικό..': Γνώσεις για την ψυχιατρική διάγνωση του γονιού

Β. 'Δεν καταλαβαίνεις πότε είναι εκείνη..': Το βίωμα της κλινικής εικόνας του γονιού

Γ. Πρόσληψη της πορείας των ψυχιατρικών εκδηλώσεων του γονιού

Γ1. Η αρχική πρόσληψη των ψυχιατρικών δυσκολιών του γονιού

Γ2. 'Πάλι τα ίδια, πάλι τα ίδια..': Πρόσληψη των υποτροπών.

Γ3. Πρόσληψη για την κλινική εικόνα του γονιού στα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών

Δ. 'Το αναγκαίο κακό...': Το βίωμα των νοσηλειών του γονιού

Ε. 'Ό,τι χειρότερο έχω δει στη ζωή μου..': Απόπειρες αυτοκτονίας- αυτοκτονικός ιδεασμός γονιού

Στ. Πρόσληψη της στάσης των μελών της οικογένειας στο πρόβλημα του γονιού

Στ.1. Πρόσληψη της στάσης των παππούδων.

Στ.2. Πρόσληψη της στάσης του υγιούς γονιού.

Στ.3. Πρόσληψη της προσωπικής στάσης για το πρόβλημα του γονιού

Στ. 4. Πρόσληψη της στάσης των αδελφών

4. Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Α. 'Με τα πράγματα.. και φορτωμένη..': Το παιδί στο ρόλο του φροντιστή

Β. 'Λέω θα περάσει κι αυτή η μέρα..': Συναισθηματικός αντίκτυπος

Γ. 'Πέτρινα χρόνια..': Αντίξοες αναμνήσεις

Δ. 'Με λέγανε μολυσμένη..': Στίγμα

Ε. 'Δίπλα ο ένας στον άλλο..': Πηγές στήριξης

5. Η ΝΟΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Α. 'Να' μαι το καλό παιδί..': Η εικόνα του εαυτού μεγαλώνοντας

Β. 'Μπορεί να έγινε κάτι άσχημο..': Αιτιοπροσδιορισμοί για τη γονική ψυχική νόσο

Γ.: 'Ένα ακόμα παράσημο..': Μαθήματα ζωής

Δ. 'Τα καταφέραμε, τα καταφέραμε..': Θετικά επιτεύγματα

Ε. 'Να' χεις άγκυρες στη ζωή σου..': Συμβουλές για αντίστοιχες περιπτώσεις

6. Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΗ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ

Α. 'Σα να 'χα δύο ζωές..': Επιπτώσεις της γονικής ψυχικής νόσου σήμερα

Α. Προσωπικά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στο παρόν

Β. Επίπτωση στις ακαδημαϊκές επιδόσεις

Γ. Επιπτώσεις στην κοινωνικότητα

Δ. Αντιξοότητες στο παρόν.

Β. Έχω ένα παιδί χωρίς να ήθελα..': Ο νέος ενήλικας σε ρόλο φροντιστή

Γ. Έμε πονάει κάθε φορά που τον βλέπω..': Συναισθηματικός αντίκτυπος στην αναδυόμενη ενηλικίωση

Δ. Έπλά.. είμαι μαζί του..': Συντροφικές σχέσεις στην αναδυόμενη ενηλικίωση

Ε. Είναι λίγο πρηχτικός..': Σχέση με τον πάσχοντα γονιό σήμερα

Στ. Έθέλω ηρεμία..': Ο εαυτός στο μέλλον

Ε1. Φόβος κληρονομικότητας

Ε2. Φόβοι για το μέλλον

Ε3. Όνειρα και επιθυμίες

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

α/α	Ψευδώνυμο	Ηλικία	Εκπαίδευση	Διαζύγιο γονέων	Αδέλφια	Ψυχιατρική κατάσταση παιδιού
1	Θανάσης	19	2ΒΘ*		3 Α**	-
2	Μάριος	26	3ΒΘ		1 Α, 1Κ	-
3	Χρήστος	29	2ΒΘ		-	-
4	Πέτρος	26	3ΒΘ		1 Α, 1Κ	Ιδεοψυχαναγκαστική διατ.
5	Γιώργος	20	2ΒΘ	✓	-	Αγχώδης διατ.
6	Σωτήρης	25	2ΒΘ	✓	1Κ	-
7	Βαγγέλης	29	2ΒΘ	✓	1 Α, 1Κ	Σχιζοφρένεια
8	Μίνα	22	3ΒΘ		1 Α, 1Κ	Αγχώδης διατ., κατάθλιψη
9	Δήμητρα	18	2ΒΘ	✓	2Α	-
10	Αννέτα	24	3ΒΘ		1Κ	-
11	Τζένη	24	3ΒΘ		1Α	-
12	Αλεξάνδρα	26	3ΒΘ		1Κ	Αγχώδης διατ.
13	Κάτια	29	2ΒΘ		-	Σχιζοσυναισθηματική διατ.
14	Νεφέλη	29	Φοίτηση ιδιωτική σχολή		1Κ	Κατάθλιψη
15	Κατερίνα	23	3ΒΘ	✓	1Α	-
16	Αφροδίτη	23	3ΒΘ	✓	2 Α, 1Κ	-
17	Παναγιώτα	22	3ΒΘ	✓	-	Κατάθλιψη
*2ΒΘ, 3ΒΘ: δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια εκπαίδευση **Α: αγόρι, Κ: κορίτσι						

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

α/α	Ψευδώνυμο	Πάσχων γονιός	Διάγνωση γονιού	Νοσηλεία	Αυτοκτονική Συμπ.
1	Θανάσης	Π*, Μ	Σχιζοφρένεια		✓
2	Μάριος	Μ	Σχιζοφρένεια		
3	Χρήστος	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ.	✓	
4	Πέτρος	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	
5	Γιώργος	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	✓
6	Σωτήρης	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
7	Βαγγέλης	Μ, Π	Σχιζοφρένεια	✓	✓
8	Μίνα	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	
9	Δήμητρα	Π	Σχιζοσυναισθηματική Διατ	✓	✓
10	Αννέτα	Π	Παραληρητική διατ.		✓
11	Τζένη	Μ	Παραληρητική διατ.	✓	✓
12	Αλεξάνδρα	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
13	Κάτια	Μ	Σχιζοσυναισθηματική Διατ.	✓	
14	Νεφέλη	Π	Παραληρητική διατ.		✓
15	Κατερίνα	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
16	Αφροδίτη	Μ	Σχιζοφρένεια		
17	Παναγιώτα	Μ	Σχιζοφρένεια	✓	✓
*Π: πατέρας, Μ: μητέρα					

